



المركز الفلسطيني للإرشاد
الدائرة العلاجية برنامج عسر التعلم

دليل في العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

2013

بدعم من

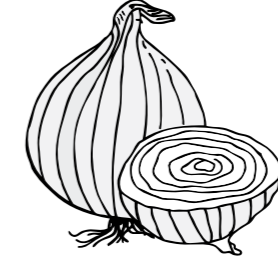


Save the Children



المركز الفلسطيني للإرشاد
The Palestinian Counseling Center

بيت حنينا ١٥١٢٢٧٢-٠٢ البلدة القديمة في القدس ٠٢-١٢٧٧٣١٠
www.pcc-jer.org email: pcc@palnet.com



المركز الفلسطيني للإرشاد
الدائرة العلاجية / برنامج عسر التعلم

دليل في العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة



المركز الفلسطيني للإرشاد
The Palestinian Counseling Center

بيت حنينا 02-6562272
البلدة القديمة في القدس 02-6277360
www.pcc-jer.org
email: pcc@palnet.com

تصميم وطباعة
مؤسسة امرزيان للطباعة والنشر
هاتف: 02-2343420
print@emerezian.com

2013

2013

58	الجزء الخامس: الإعاقة الحركية
58	أولاً: مفهوم الإعاقة الحركية
58	ثانياً: مؤشرات الكشف عن الإعاقة الحركية
61	ثالثاً: التشخيص
62	رابعاً: توصيات التدخل
65	خامساً: قائمة المراجع
66	الجزء السادس: الإعاقة البصرية
66	أولاً: مفهوم الإعاقة البصرية
66	ثانياً: مؤشرات الكشف عن الإعاقة البصرية
74	ثالثاً: التشخيص
75	رابعاً: توصيات التدخل
78	خامساً: قائمة المراجع
79	الجزء السابع: صعوبات السمع
79	مفهوم الإعاقة السمعية
79	ثانياً: مؤشرات الكشف عن الإعاقة السمعية
82	ثالثاً: التشخيص
86	رابعاً: توصيات التدخل
94	خامساً: قائمة المراجع
95	الجزء الثامن: المشاكل والاضطرابات السلوكية والنفسية
95	مفهوم المشاكل والاضطرابات السلوكية والنفسية
96	ثانياً: مؤشرات الكشف عن المشاكل والاضطرابات السلوكية والنفسية
98	ثالثاً: التشخيص
106	رابعاً: توصيات التدخل
108	خامساً: قائمة المراجع
109	الجزء التاسع: التوحد
109	مفهوم التوحد
110	ثانياً: مؤشرات الكشف عن التوحد
112	ثالثاً: التشخيص
113	رابعاً: توصيات التدخل
113	خامساً: قائمة المراجع
114	قائمة باسماء المؤسسات للتحويل

قائمة المحتويات

المقدمة	5
تقديم الدليل	5
تقديم حول العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	7
الجزء الأول: القدرات العقلية	10
أولاً: مفهوم القدرات العقلية	10
ثانياً: مؤشرات الكشف عن مشاكل القدرات العقلية	10
ثالثاً: التشخيص	12
رابعاً: توصيات التدخل	14
خامساً: قائمة المراجع	15
الجزء الثاني: عسر التعلم	16
أولاً: مفهوم عسر التعلم	16
ثانياً: مؤشرات الكشف عن عسر التعلم	17
1 مؤشرات الكشف عن عسر تعلم اكايمي	17
2 مؤشرات الكشف عن عسر تعلم نمائي	22
ثالثاً: توصيات التدخل	24
رابعاً: قائمة المراجع	33
الجزء الثالث: صعوبات اللغة	37
أولاً: مفهوم اللغة	37
ثانياً: مؤشرات الكشف عن مشاكل اللغة	38
ثالثاً: التشخيص	41
رابعاً: توصيات التدخل	45
خامساً: قائمة المراجع	50
الجزء الرابع: العلاج الوظيفي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	51
أولاً: مفهوم العلاج الوظيفي	51
ثانياً: مؤشرات الكشف عن الصعوبات التي تحتاج العلاج الوظيفي لذوي الاحتياجات الخاصة	51
ثالثاً: التشخيص	54
رابعاً: توصيات التدخل	56
خامساً: قائمة المراجع	57

تقديم لدليل

يُعتبر مستوى الرعاية والحماية بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة معياراً أساسياً لقياس مستوى العدالة والمساواة بين الناس في الفرص والتقدم، وتشكل رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من بين إحدى أولويات التربويين في عصرنا الحالي، ذلك أن رعايتهم تنطلق من مشروعية حقوقهم في الفرص المتكافئة مع غيرهم في كافة المجالات، وفي العيش بكرامة وأمان بما يضمن إستقلالهم الذاتي في الاختيار والحرية وتطورهم في المهارات الحياتية والتعليمية المختلفة.

لقد أبدى المجتمع الدولي اهتماماً خاصاً بحقوق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والذي أعطى بعداً عالمياً لرعاية الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة. ثم أعقبه إعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة في العام 1975 بشأن حقوق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل في العام 1989، والتي أكدت على ضرورة تمتع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الرعاية الخاصة والتعليم المناسب وتوفير الخدمات والتسهيلات التي تساعدهم على تسيير حياتهم الخاصة.

وتُعرف منظمة الصحة العالمية ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة) بأنها "الضرر الذي يُصيب الفرد نتيجة حالة القصور أو العجز، ويحد أو يحول دون قيام الفرد الطبيعي بالنسبة لعمره وجنسه في إطار عوامل اجتماعية وثقافية يعيشها الفرد". لذلك ترتبط مسألة وصف وتعريف الإعاقة بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي للدولة التي يعيش فيها الفرد، كما وأكد قانون الطفل الفلسطيني على ضرورة أن تتخذ الدولة الإجراءات والتدابير المناسبة لضمان تمتع الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بالرعاية اللازمة في المجالات كافة وبخاصة التعليم والصحة والتأهيل المهني لتعزيز إعتمادهم على النفس وضمان مشاركتهم الفاعلة في المجتمع.

إن التعريفات السابقة لذوي الاحتياجات الخاصة تشير إلى الحاجة المستمرة إلى تطوير نهج يستجيب لاحتياجات الطلبة في الحماية والرعاية وتقديم كافة التسهيلات التي تساعدهم على الإستقلال الذاتي والتعلم والتقدم في شتى المجالات، ومن أجل ذلك أصبح من المهم تطوير سياسات وإجراءات تساعد في تعزيز تكيف الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة مع البيئة المدرسية، وكذلك رفد الأهالي بالتوعية والتثقيف التي تمكنهم من توفير فرص لتحسين حياة أبنائهم في فرص التعلم والنمو على المستوى النفسي والاجتماعي والجسدي.

يوفر هذا الدليل أداة تثقيف وتوعية لمساعدة الأهالي والمعلمين والتربويين على خدمة احتياجات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بأشكالها المختلفة، حيث يُقدم الإجراءات التربوية والتعليمية الخاصة والتي تنسجم مع حاجات الطلبة التي تتطلبها كل صعوبة.

وتعتبر كافة المحتويات هذا الدليل وليدة لتطور في المعرفة العلمية والعملية المتصلة بالخبرة في العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس، حيث يتكون الدليل من تسعة أجزاء متمثلة بالعسر التعليمي، الإعاقة العقلية، صعوبات اللغة، صعوبات الكتابة، صعوبات البصر والسمع، المشاكل السلوكية والعاطفية وأخيراً الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد. حيث يتناول الدليل وصف دقيق لكل صعوبة من حيث التعريف ومؤشرات الكشف المبكر عن المشكلة من قبل الأهل والتربويين، وأدوات التشخيص المناسبة، كما ويقدم توصيات مهنية للتدخل مع الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للأهل والمدرسة والمختص في غرفة المصادر.

نأمل أن يسهم هذا الدليل في تطوير معارف الأهل والعاملين مع الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك لتطوير الامكانيات وتوفير الفرص اللازمة التي تنعكس إيجابياً على تطور الأطفال ونموهم النفسي الاجتماعي العاطفي والتعلمي، وفي هذا السياق وجب تقديم الشكر والامتنان لكل من ساهم في إخراج هذا الدليل إلى النور وكل من ساهم في تطوير محتوياته.

تقديم حول العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

جاءت فكرة العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على النحو التعليمي، النفسي والاجتماعي في المركز الفلسطيني للإرشاد من منطلق الحاجة الملحة التي ظهرت لدى فئة الأطفال، ذلك من خلال فحص احتياجات الأطفال المتوجهين إلى المركز، حيث بينت النتائج ارتفاع نسبة الأطفال الذين يتوجهون لطلب خدمة الإرشاد النفسي والعلاج، وبينت أيضاً أن الأعراض التي يشكون منها مرتبطة بالتحصيل الأكاديمي، إضافة إلى توجه العديد منهم مباشرة للحصول على خدمات تعليمية تلي حاجاتهم الناتجة عن مشاكلهم التعليمية، وكاستجابة لهذه الحاجة فقد تم تضمين العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الخطة الاستراتيجية للمركز للعام 2010-2014، حيث بدأ المركز الفلسطيني للإرشاد تنفيذ برنامج علاجي جديد يستهدف الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم. في العام 2012 توجهت مؤسسة إنقاذ الطفل إلى المركز الفلسطيني للإرشاد من أجل دعم ومساندة المركز في إعداد وإنشاء برنامج علاج عسر التعلم في القدس على أن يلبي حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بما في ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم.

أنشأ المركز الفلسطيني للإرشاد بالشراكة مع مؤسسة إنقاذ الطفل ووزارة التربية والتعليم الفلسطينية ومركز الطفل في جامعة القدس، مركز المصادر في البلدة القديمة في القدس، بهدف توفير الدعم التربوي والعلاجي للأطفال بين الفئات العمرية 6-14 عام من الذين يعانون صعوبات في التعلم، من أجل تعزيز نوعية التعليم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير العلاج للأطفال ذوي صعوبات التعلم وأسراهم. لاحقاً لتأسيس مركز المصادر إنطلقت فكرة بناء هذا الدليل، بهدف إلقاء الضوء على أبرز المشاكل التي يعاني منها الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومساعدة المعلمين، ومسؤولي التعليم الجامع والأهالي في التعامل مع هذه الصعوبات، إضافة إلى التعرف على أبرز ملامح المشاكل والصعوبات التي تساعد على الاستدلال عن هذه المشاكل وتحسين إمكانية الكشف المبكر عنها.

يقدم هذا الدليل توصيات مباشرة وواضحة لتسهيل التدخل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل شمولي ما بين المدرسة ومركز المصادر والأهل.

من أجل تدخل ناجع ومهني مع الأطفال، سوف يعمل طاقم العمل في المركز الفلسطيني للإرشاد على عقد لقاءات تدريبية لمستخدمي الدليل، وبالتحديد المعلمين ومرشدي التعليم الجامع في غرفة المصادر في وزارة التربية والتعليم الفلسطينية، ذلك من أجل تزويدهم بالمهارات والمعارف اللازمة التي تمكنهم من التدخل مع الأطفال بكفاءة وفاعلية للوصول إلى الغايات المرجوة من الدليل.

الفئات المستهدفة من الدليل

يستهدف الدليل ثلاث فئات محيطية بالطفل وهم: المعلمين والمعلمات في المدرسة، معلمي التعليم الجامع في غرفة المصادر في المدرسة وأهالي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يشكل هذا الدليل أداة تعليمية في التعامل والتواصل مع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وهو منطلق من فهم معمق لاحتياجاتهم في النمو والتطور التعليمي، النفسي والاجتماعي. ويتوجه هذا الدليل إلى جميع العاملين والعاملات في مجال التعليم والتدريب التربوي لتعزيز مهارات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في شتى مجالات الحياة، سواء في التحصيل الأكاديمي أو التكيف الاجتماعي والنمو الصحي والنفسي. وهو يطمح إلى تطوير قدرة العاملين في الاستجابة إلى احتياجات هؤلاء الطلبة في النمو والتقدم بما يتلائم مع مستوى واحتياجات كل إعاقة، ومن ثم العمل على تحديد جوانب التشخيص لكل إعاقة وطرق التعامل معها في إطار البيئة المدرسية.

أجزاء الدليل

يتكون الدليل من تسعة أجزاء، حيث يبين وصفاً لكل حاجة "إعاقة" ومؤشرات الكشف المبكر عن المشاكل المصاحبة لها، وأدوات التشخيص المناسبة، كما يقدم توصيات مهنية للتدخل في إطار المدرسة وتوصيات تتعلق بدور الأهل ومسؤولياتهم.

يتمحور الجزء الأول في المشاكل العقلية وتأثيراتها المختلفة على النمو، طرق الكشف المبكر وآليات التدخل التربوية مع المشاكل العقلية في مختلف المراحل للتربويين والعاملين في المدرسة، حيث طور هذا الجزء الأخصائي الكلينيكي عنان سرور.

يتناول الجزء الثاني وصف الاضطرابات المتنوعة التي تظهر في مجال عسر التعلم، ويعكس هذا الجزء مشكلة عسر التعلم عند طلاب المدرسة والتي ترتبط باكتساب واستعمال مهارات القراءة، الكتابة، الإصغاء، الكلام، قدرة استعمال المصطلحات والتعبير و/أو القدرات الحسائية، وطرق الكشف المبكر وتفصيلات المشاكل حسب التشخيص وتقديم توصيات للتدخل التربوي والتعليمي. حيث طور هذا الجزء الأخصائي التربوي جواد دويك. يشمل الجزء الثالث على وصف اضطرابات اللغة ومفهوم صعوبات النطق على عدة مستويات، والمشاكل التي تواجه الطفل/ الطالب في الكلام أو الاتصال أو صعوبة في التعامل مع اللغة، وطرق الكشف المبكر وتوصيات التدخل. طور هذا الجزء من الدليل أ. صباح النابلسي إختصاصية النطق، اللغة والاتصال.

يقدم الجزء الرابع من الدليل العلاج الوظيفي، حيث يهدف إلى إلقاء الضوء على دور العلاج الوظيفي في مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتحديد الاحتياجات المرتبطة بالعضلات الدقيقة والتي تعيق تمكن الأطفال من إجادة المهارات اللازمة للاستقلالية، وتساهم في منع العجز الناتج عن الإعاقة، كما يركز على الكيفية التي يقضي بها الأفراد أوقاتهم كي ينجزوا الأدوار المنوطة بهم في الحياة ضمن بيئات متعددة. طور هذا الجزء من الدليل أخصائية العلاج الوظيفي السيدة سعيقة جابر.

يصف الجزء الخامس من الدليل الاعاقات الحركية، ويتناول أهم مؤشرات الكشف عن مشكلة الاعاقات، ويقدم توصيات مباشرة للتعامل مع الأطفال ذوي الاعاقة، حيث يشمل على توصيات تساعد في التعامل مع الصعوبات الناجمة عن الاعاقة. قام بتطوير هذا الجزء أخصائي الاعاقات الحركية علاء سلهب.

الجزء السادس نتناول فيه وصفاً تشخيصياً للإعاقة البصرية، تصنيفاتها ومستوى إنعكاسها على القراءة والكتابة، إضافة إلى وصف الصعوبات الصحية الناتجة عن مشاكل البصر، وتقديم توصيات للبرامج التربوية في التعامل مع كل مستوى من الإعاقة البصرية. قامت بتطوير هذا الجزء من الدليل أخصائية البصر فائدة عليان.

الجزء السابع نتناول فيه صعوبات السمع، وخطوات التشخيص التي تشتمل على قياس اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومستويات النطق والكلام والتقييم الوظيفي السلوكي، ووصف الصعوبات السمعية وتأثيراتها الملموسة وبعيدة المدى على تطور الأداء للطلبة في عملية الاتصال والتعلم وطرق التأهيل والتكيف. وقد قامت بتطوير هذا الجزء الأخصائية رزان بزبنت.

يستعرض الجزء الثامن من الدليل الصعوبات والاضطرابات السلوكية والنفسية التي قد يعاني منها الأطفال وتظهر داخل البيئة التربوية التعليمية، وطرق الكشف المبكر وآليات التعامل التربوي مع الصعوبات والاضطرابات السلوكية والعاطفية. تم تطوير هذا الجزء من الدليل من قبل الأخصائية النفسية يعاد غنادري والأخصائية النفسية رمال صلاح.

يعكس الجزء التاسع من الدليل تعريف اضطراب التوحد، ويوضح مؤشرات الكشف المبكر للاضطراب، كما ويقدم توصيات تربوية للتدخل مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. حيث قام على إنجاز هذا الجزء الأخصائي طارق معاري.

الجزء الأول: القدرات العقلية

أولاً: مفهوم القدرات العقلية

في هذا الجزء من الدليل سنستعرض المشاكل المتعلقة بالقدرات العقلية العامة والتي عادة ما يطلق عليها اسم «التخلف العقلي». وهو عبارة عن تدني ملحوظ في القدرات العقلية العامة مما يحد من قدرات الطالب من أداء المهام اليومية العادية. غالباً ما يترافق التخلف العقلي مع متلازمات جينية تنعكس في مظهر الطفل الخارجي مثل حجم الرأس، شكل الوجه، ومبنى الجسم.

يعد مصطلح القدرات العقلية حديث الظهور (نسبياً)، فقد نشأ هذا المفهوم في ميدان علم النفس التطبيقي، وكان في نهاية القرن التاسع عشر متصلاً بالدراسات التجريبية، وفي بداية القرن العشرين، ظهر في فرنسا مرتبطاً بقياس الذكاء في أبحاث العالم «ألفرد بينه»، ثم تطور على يد العالم الإنجليزي «تشارلز سبيرمان» الذي رفض مصطلح «الذكاء» لأنه يحمل الكثير من المعاني، وقام باستبداله بمصطلح «العامل العام» الذي يعبر عن الطاقة العقلية العامة التي تهيمن على جميع النشاطات العقلية الأخرى، وذلك حسب مقتضيات نظريته المعروفة بنظرية العاملين. ويتفق معظم علماء النفس على التعريف الاجرائي للقدرة العقلية، باعتبار أنه ما ينتج عن الأداء العقلي، كالقدرة العديدة، والقدرة الابتكارية، حيث يرى العالم «فيري وارن» ومعه «بينجهام» أن القدرة العقلية هي «القوة على أداء الاستجابة، وتشتمل على المهارات الحركية، كما تشتمل على حل المشاكل العقلية». وهو ما يعني التخلص من المفهوم الفلسفي للقدرة العقلية، واعتبار الاستجابة موقفاً مشخصاً لهذه القدرة من حيث ان الاستجابة لا يقوى عليها الفرد إلا بفضل هذه القوة الواعية.

ثانياً: مؤشرات الكشف عن مشاكل القدرات العقلية

هنالك العديد من المجالات التي تظهر بها الاعاقات العقلية. وهي كما يلي:

- الجانب الجسدي:
- كما ذكرنا سابقاً، كثيراً ما يترافق مع التخلف العقلي مؤشرات جسدية خارجية مثل:
- تشويه في ملامح الوجه (وجه مستطيل، لسان ضخم، أذنان كبيرتان، فتحة عيون غير عادية).
- حجم رأس كبير أو صغير بشكل ملحوظ.
- عدم تساوي في نصفي الوجه/ الرأس الأيمن والأيسر.
- تشويه في مبنى المفاصل أو كف اليد أو القدم.
- تشوهات خلقية مختلفة.

- الجانب التطوري :
- غالباً ما يعاني هؤلاء الأطفال من تأخر ملحوظ في تطور اللغة والحركة .
- مشاكل لغوية ملحوظة ، حيث يتحدث الطفل بجمل قصيرة (حتى 3 كلمات) ويستعمل ثروة لغوية بسيطة جداً .
- صعوبات في النطق ، وكثيراً ما يتحدث الطالب بلهجة طفولية .
- أحياناً ينعدم التواصل اللفظي تماماً ويستبدل بأصوات وإشارات .
- فشل في استعمال الضمائر وأسماء الإشارة بشكل فعال في بناء جمل معبرة .
- صعوبات في الحفاظ على التوازن ، واستبداله بمشي على قاعدة عريضة .
- صعوبة في الانسياب الحركي ، وتعكس في بطئ كبير في الحركة ، وصعوبة في تنفيذ مهارات حركية تحتاج لتأزر مثل لقف كرة ، القفز على رجل واحدة ، . . . الخ .
- صعوبات في العضلات الدقيقة ، مثل إستخدام المسكات بشكل فعال : قبضة ، مسكة ثلاثية (ويقصد بها مسك القلم بثلاثة أصابع) أو تسمى بمسكة الملقط .

• الجانب الأكاديمي :

- تأخر ملحوظ في اكتساب المهارات الأكاديمية المتوقعة للعمر بحسب مراحل النمو الطبيعي للطفل .
- عدم القدرة على اكتساب القراءة والكتابة الأساسية .
- صعوبات ملحوظة في فهم مفهوم الكمية والعدد .
- صعوبات كبيرة في إتمام مهام وفهم التعليمات .
- صعوبات في العضلات الدقيقة بما فيها السيطرة على القلم والكتابة .
- صعوبة في التواجد الزماني في المدرسة : ما هو الدرس الآن ، ابتداء الاستراحة ، معنى دقة الجرس ، ساعة الذهاب إلى البيت ، . . . الخ .

• المهارت الحياتية اليومية :

- من أهم ميزات التخلف العقلي هو أداء المهارات اليومية :
- عدم القدرة على الحفاظ على النظافة الشخصية بشكل يناسب عمر الطالب .
- صعوبة في تحضير الطعام وتناوله .
- صعوبة في التواجد المكاني والزماني ، حيث يستصعب الطفل التنقل لوحده ، ومن الممكن أن يضيع خلال تنقله من المدرسة إلى البيت وبالعكس .

• الجانب السلوكي والعاطفي :

- تمتاز سلوكيات الطلاب الذين يعانون من تخلف عقلي بما يلي :
- عدم ملاءمتها للوضع وللمتوقع من العمر .
- عدم فهم وتقدير الوضع الاجتماعي .
- صعوبة في بناء علاقات اجتماعية مع الأقران .

- أحياناً تبدو عدم ملائمة بين الانفعالات العاطفية والوضع الاجتماعي ، مثل الانفعال المفرط أو إبداء ضحك أو بكاء بدون سبب .
- في بعض الأحيان تبدو أيضاً حركات منوالية مثل هز الرأس ، تحريك الأيدي بشكل أجنحة ، الالتفاف حول الذات ، التصفيق . هذه الحركات تظهر أيضاً في حالات التوحد أو الأمراض النفسية الذهنية .

ثالثاً: التشخيص

المعلومات المطلوبة للتشخيص الأولي

- على طاقم غرفة المصادر التأكد من مؤشرات الشك ، وخاصة التركيز على الجانب الجسدي ، التطوري والأداء اليومي .
- غرفة المصادر هي عبارة عن غرفة داخل المدارس ، مخصصة لمدرس التربية الخاصة ، مجهزة بجميع الوسائل والأدوات التعليمية المساعدة ، يتم فيها تقديم خدمات تعليمية داعمة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة .
- على الطاقم في غرفة المصادر إتخاذ الاجراءات التالية :
- مراجعة جميع الوثائق الطبية عن الطالب ، بما فيها وثائق عن إجراء عمليات جراحية .
- أخذ معلومات تطويرية موسعة منذ الولادة حتى عمر 5 سنوات : نطق ، حركة ، نظافة شخصية ، مزاج عام .
- السؤال عن علاجات - نطق أو وظيفي - قد مر بها الطالب في السابق .
- استيضاح مفصل حول مهارات الطالب اليومية وأداءه اليومي ومدى إستقلالته ، تواجده المكاني والزماني ، قدراته على التفاعل الاجتماعي . يجب التأكد من عدم نسب التأخر في أحد المجالات إلى مشكلة حسية مثل البصر أو السمع ، أو مشكلة حركية مثل الشلل الجسدي أو الشلل الدماغي .
- في حال وجود أي تشويه خلقي ، التحويل إلى الطبيب للبت في وجود أو عدم وجود متلازمات عن طريق فحوصات جينية ، وعلى الطاقم في غرفة المصادر التحويل للجهات المختصة . مرفق في آخر الدليل قائمة بأسماء المؤسسات التي يمكن التحويل إليها .
- تحويل إلى أخصائي نفسي لتقييم قدرات (الذكاء) .

التشخيص المفارق والجهات المخولة لإجراءه

على الجهة المخولة لإجراء التشخيص أن تجيب على سؤاين أساسيين :

- هل الطالب يعاني من تخلف عقلي؟
- إذا كان الجواب نعم فعلينا تحديد درجته .

تشخيص التخلف العقلي

هنالك حاجة للتشخيص المفارق بين التخلف العقلي لما يلي :

- بطئ التعلم : تقييم القدرات العقلية الذي يقوم به الأخصائي النفسي يحدد إذا كان الضعف في القدرات ملحوظ بمستوى التخلف أم لا زال في مستوى بطئ التعلم . في حال وجود الطالب بين إنحراف معياري دون المستوى فهو يشخص كبطيء التعلم أما إذا كان أكثر من 2 إنحراف معياري دون المستوى فهنالك شك

لتخلف عقلي . على الأخصائي البت في تشخيص التخلف العقلي وذلك وفقاً لأداء الطالب في مجالات حياتية أخرى ، وليس فقط قدراته العقلية .

- اضطراب التواصل (توحد): كثيراً ما يسبب اضطراب التواصل صعوبات في الأداء اليومي ، مما يشبه التخلف العقلي من حيث الصورة العيادية . للبت في هذا السؤال يقوم الأخصائي النفسي بتقييم مهارات الطالب في التواصل ومقارنتها بقدراته العقلية . في حال صعوبة في الاجابة على هذا السؤال ، يجب استشارة أخصائي /ة نفسي أو طبيب أعصاب أو طبيب نفسي للأطفال كي يقوم بتقييم اضطرابات الاتصال (انظر الجزء 9 ، التوحد).
- مرض نفسي ذهني : الأمراض النفسية الذهانية في الطفولة تؤدي أداء الطفل بشكل كبير لدرجة خفضها لمستوى التخلف العقلي . لكن الطفل الذي يعاني من أمراض نفسية ذهانية لديه ماضي تطوري سليم مما يميزه عن التخلف العقلي . للبت بهذا السؤال هنالك حاجة لتقييم من قبل طبيب نفسي مختص للأطفال .

تحديد درجة التخلف العقلي

إذا كان التشخيص النهائي تخلف عقلي أو تشخيص مركب يحتوي على تخلف عقلي (مثل توحد وتخلف عقلي أو مرض نفسي وتخلف عقلي)، ينبغي من الأخصائي النفسي تحديد درجة التخلف ، وذلك حسب التعريفات التالية :

- تخلف عقلي بسيط : عادةً من الصعب تمييزهم عن الأطفال الذين لا يعانون من تخلف عقلي ، حيث تبرز الفجوات في عمر متأخر . الأطفال التابعون لهذه الفئة يطورون مهارات إجتماعية وإتصال خلال فترة ما قبل المدرسة . لديهم صعوبات بسيطة في المجال الحسي والحركي . في نهاية عمر المراهقة من الممكن أن يصلوا إلى إنجازات مدرسية موازية لصف السادس . يحتاجون مساعدة خاصة في الأوضاع والأماكن غير المألوفة ، فباستطاعتهم الوصول إلى استقلالية شبه كاملة .
- تخلف عقلي متوسط : أغلب هؤلاء الطلاب يستطيعون تطوير مهارات إجتماعية أساسية في عمر مبكر ، يستفيدون من تدريب مهني وتدريب حول الاستقلالية اليومية . لديهم صعوبة لتخطي مستوى الصف الثاني من حيث القدرات الأكاديمية . يستطيعون تعلم التنقل باستقلالية في أماكن معروفة . عدم قدرتهم في فهم المواقف الإجتماعية قد تؤدي علاقاتهم مع الآخرين في جيل المراهقة . في البلوغ يستطيعون العمل داخل أطر محمية وتحت مراقبة مستمرة .
- تخلف عقلي شديد : غالباً ما يفشل من يعاني من تخلف شديد في اكتساب التواصل اللغوي خلال السنين الأولى من حياته . يستطيعون اكتساب مواد ما قبل المدرسة من ناحية أكاديمية ولكن لا يستطيعون الوصول للقراءة . الأطفال التابعون لهذه الفئة يستطيعون القيام بمهام بسيطة من خلال مساعدة مكثفة . وفي البلوغ فهم بحاجة إلى أطر مساعدة ومرافقة في جميع المجالات .
- تخلف عقلي عميق : الأطفال التابعون لهذه الفئة يعانون من إعاقة شديدة في الأداء الحسي والحركي . أفضل بيئة لهم هي بيئة مبنية ومحددة الأشخاص ، حيث تكون العلاقات واحد لواحد . لتطوير مهارات حركية وإجتماعية هنالك حاجة لتدريب مكثف .

من المهم الإشارة الى أن الجهة الرسمية المكلفة في تحديد التخلف العقلي في القدس (حسب القانون الاسرائيلي) هي لجنة الاعتراف من قبل وزارة الرفاه الاجتماعي الاسرائيلية . يمكن التوجه إليها عن طريق الشؤون الاجتماعية في القدس . هذه هي لجنة متعددة التخصصات وتقوم بتقييم قدرات الطفل وأسباب التخلف .

المعلومات المهمة للأهل

- تخلف بسيط : باستطاعة أطفال هذه الفئة الوصول إلى مستوى صف سادس من حيث القدرات الأكاديمية بمساعدة تدخلات علاجية ملائمة ، يستطيعون إدارة حياة مستقلة في المستقبل مع بعض المتابعة خاصة في الظروف الجديدة ، هنالك حاجة لتدريب متكرر في المهارات اليومية ومرافقتهم في المواقف الجديدة .
- تخلف متوسط : يستطيعون الوصول إلى مستوى أكاديمي موازي للصف الثاني الابتدائي . بحاجة لمرافقة في أغلب المهام الحياتية . يستطيعون بناء علاقات إجتماعية أساسية مع الآخرين ، ولكنهم سواجهون بعض الصعوبات في عمر المراهقة ، بسبب عدم فهمهم للمواقف الاجتماعية ، التدخل يجب أن يأخذ طابع تدريبي ومن الممكن الوصول إلى استقلالية معينة في أماكن مألوفة .
- التخلف الشديد : هؤلاء الطلاب سيحتاجون مساعدة مستمرة في جميع أمور حياتهم ، ومن المفضل وجود اطار رعاية كامل يلبي هذه الحاجة ، القدرات اللغوية والاتصال متدنية ، ولذا من الصعب عليهم بناء علاقات إجتماعية مع المحيط ، فهم بحاجة لتدريب مكثف للمهارات الأساسية ، وبالأساس بحاجة إلى مراقبة متواصلة .
- تخلف عميق : تنقص هؤلاء الطلاب الاستقلالية بشكل كامل ، وعادةً ما يحتاجون لرعاية مكثفة ، يتم العمل معهم بالأساس على تلبية حاجات أساسية يومية مثل النظافة الشخصية والأكل ، ليس من الممكن الوصول معهم إلى استقلالية لذا على الأهل التفكير باطار يلبي حاجة الرعاية المستمرة .

رابعاً: التوصيات

توصيات للأهل وتوصيات علاجية

بعد الوصول إلى تشخيص التخلف العقلي وتحديد درجته ، يجب تزويد الأهل بالمعلومات التالية :

- ما هي قدرات الطالب الحالية وفي أي المجالات بحاجة للمساعدة ، ونخص بالذكر المهارات الحياتية اليومية .
- ما هو المتوقع من حيث القدرات لطالب يعاني من التخلف العقلي بالدرجة المعينة .
- الإشارة إلى القدرات الكامنة في بعض المجالات ، وتوجيهه إلى علاج نطق أو وظيفي لتطوير هذه القدرات .
- في حالات الشك بمتلازمة معينة هناك حاجة لتحويل إلى طبيب وفحوصات جينية .

توصيات تربوية

- يستطيع اطار التربية العادية إحتواء طلاب يعانون من تخلف بسيط أو متوسط ، لكن التخلف الشديد والعميق غير قابلين للدمج . لذا فإن التوصيات التربوية ستتركز في هذه المستويات من التخلف العقلي .
- على الطاقم المدرسي العمل مع الطالب وفقاً لخطة فردية تركز على الجانبين الأكاديمي والاستقلالية اليومية ، كلما كان التخلف أكثر شدة سيكون الجانب الثاني في المركز على حساب الأول ، تنطلق الخطة الفردية من قدرات الطالب وليس من المنهاج . يقوم الطاقم المدرسي في تحديد بعض الأهداف المحددة في كل من المجالين ، ويقوم بتحضير استراتيجيات ووسائل من شأنها أن توفي بالغرض .
- على الطاقم المدرسي اعطاء اهتمام كافي للدمج الاجتماعي مع الأقران ، وتلبية اطار حامي لهؤلاء الطلاب . يتم ذلك عن طريق الوساطة في العلاقات الاجتماعية والدمج المخطط له مسبقاً .

توصيات للعمل في اطار مركز المصادر

- بما أن الطلاب الذين يعانون من تخلف عقلي بحاجة إلى أطر داعمة بشكل مستمر ، فإن مركز المصادر سيأخذ دوراً في بناء الخطط ، لكن دوره سيكون محدود في تطبيقها إذ أن الجهة الأساسية في التطبيق ستكون المدرسة والعائلة .
- يقوم طاقم مركز المصادر بالتنسيق مع الأهل والطاقم التربوي بتحديد مجالات التدخل ، ثم يقوم باعطاء التوصيات حول الاستراتيجيات الأكثر مناسبة لتطوير المهارات في هذا المجال . تقع على طاقم مركز المصادر مسؤولية متابعة الخطة مع الجهة المتدخلة .
- في بعض الأحيان يقوم الطاقم بتوفير جلسات علاج نطق و/ أو علاج وظيفي بهدف تطوير الطالب في مجال محدد ، ولكن ليس باستطاعة مركز المصادر توفير الخدمة العلاجية بصورة مكثفة ومدى طويل .

خامساً: قائمة المراجع

- DSM- Diagnostic and statistical manual of mental disorders,2000 ,fourth edition. Published by the American Psychiatric Association, Arlington, VA.

إعداد: الأخصائي عنان سرور

الجزء الثاني: عسر التعلم

أولاً: مفهوم عسر التعلم

إنّ من أكثر التعريفات شيوعاً هو تعريف الجمعية الأمريكية الوطنية للعسر التعلّمي (The National Joint Committee on Learning Disabilities)، وينص على أنّ عسر التعلّم هو تعبير عام يتعلق بمجموعة من الاضطرابات المتنوعة التي تظهر بصعوبات جديدة في مجال اكتساب واستعمال مهارات الإصغاء ، الكلام ، القراءة ، الكتابة ، وقدرة استعمال المصطلحات والتعابير و/ أو القدرات الحسابية .

تلك الاضطرابات تكون عادةً داخلية ، ويفترض أنها ناتجة عن عطل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي ، ويمكن أن تظهر على مدى الحياة . بالرغم من أن العسر التعلّمي قد يتزامن مع أوضاع مقيدة أخرى (إعاقة حسية ، تخلف عقلي ، اضطراب شعوري أو اجتماعي أو ظروف خارجية مثل تباين اجتماعي ، تعلم غير كاف أو غير ملائم) ولكن العسر التعلّمي ليس نتيجة مباشرة لتلك الظروف .

التعريف المقبول لتحديد تشخيص العسر التعلّمي هو تعريف ال-DSM-IV-1994- المرشد للتشخيصات النفسية لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين (Diagnostic Statistical Manual Disorders) . وهو تعريف عملي بأساسه ، ومتفق عليه من قبل مجموعات واسعة من الباحثين والمختصين في مجالات مهنية مختلفة ومن الذين يتعاملون مع الطلاب ذوي العسر التعلّمي .

”يعرف الإنسان على أنه إنسان ذو عسر تعلّمي ، عندما تكون نتائج تحصيله في الامتحانات المعيارية في القراءة ، الكتابة ، الحساب أو التعبير الكتابي التي تمرر له بشكل فردي متدنية بشكل واضح ، مقارنة بما هو متوقع منه حسب جيله ومستوى ثقافته ومستوى ذكائه . كما أن المشاكل الأخيرة تؤدي إلى اضطرابات جديدة في مستوى تحصيله الأكاديمي ونشاطاته اليومية الأخرى التي تتطلب مهارات في القراءة ، الكتابة ، الحساب أو التعبير الكتابي“ .

بناءً على ذلك ، يعرف الطلاب على أنهم ذوو عسر تعلّمي عندما يستوفون الشرطين التاليين :

- وجود فارق واضح ومستمر بين تحصيل الطالب التعليمي وبين التحصيل المتوقع منه بناءً على جيله ومستوى صفه .
- وجود فارق بين تحصيل الطالب التعليمي وبين قدراته العقلية التي تحددها امتحانات الذكاء الموضوعية .

من المقرر أن يصدر في شهر أيار 2013 المرشد الخامس للتشخيصات النفسية لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM-V-2013 ، والذي سيطرأ فيه تعديل على تعريف عسر التعلّم على النحو التالي :

1 . الطلاب الذين يحصلون على درجة ذكاء (IQ) أقل من المتوسط ، يمكن أن يشخصوا على أنهم من ذوي العسر التعلّمي في حال أن صعوباتهم في أداء امتحانات الذكاء نابعة من صعوبة في فهم ما يتطلبه التشخيص نتيجة للصعوبة التي يواجهونها .

2 . وجود اعتماد منحي التجاوب مع التدخل Response to Intervention كأداة فاعلة في عملية تشخيص الطلاب الذين يعانون من عسر تعلّمي .

3. سيتم تغيير المدة الزمنية لظهور أعراض اضطراب الانتباه والتركيز من جيل سبع سنوات (كحد أدنى) سابقاً إلى جيل إثني عشر عاماً.

ثانياً: مؤشرات الكشف عن عسر التعلم

1. مؤشرات الكشف المبكر عن عسر تعليمي أكاديمي

فيما يلي عرض مؤشرات الكشف عن الأنواع المختلفة لعسر التعلم، ومن الجدير بالذكر أن بعض الطلاب من الممكن أن يعانون من أكثر من نوع من عسر التعلم في آن واحد.

1.1 عسر القراءة (الديسلكسيا): صعوبات القراءة ليست نتيجة لخلل بالحواس أو الأعضاء

تظهر العلامات التالية لدى الأطفال الذين يندرجون ضمن هذه الفئة:

- تدني في تحصيل الطلاب في القراءة الجهرية مقارنة بقدراتهم العقلية، وأقرانهم من نفس الجيل.
- يواجهون صعوبات ومشاكل في تعلم الأحرف الأبجدية وتمييز بعضها عن بعض.
- يجدون صعوبة في فصل الكلمات للأصوات المكونة لها، وفي دمج الأصوات لتكوين كلمات.
- صعوبات في قراءة كلمات مألوفة من خلال عرضها لهم بشكل بصري، وإنما يحتاجون إلى تهجئتها من جديد.
- صعوبات في التهجئة، مزج المقاطع وقراءة الكلمات متعددة المقاطع بيسر.
- قراءتهم تتميز بالبطء وعدم السلاسة مقارنة مع أبناء جيلهم.
- صعوبة في الوعي اللفظي، المتعلق بقواعد اللغة والأصوات (تقطيع الكلمات إلى مقاطع، اضطرابات في تجميع أو مزج الأصوات لتصبح كلمات، صعوبة في تمييز المسموع بين الكلمات المبدوءة بالحرف نفسه أو المنتهية بالحرف نفسه، ويكون التمييز بين الكلمات أصعب منه في الحروف).
- يخطئون في قراءة كلمات بلا معنى.
- يميل الطلاب إلى تخمين الكلمات حسب بعض الحروف التي تشمل الكلمة، بدلاً من تهجئتها بشكل دقيق.
- يستبدل الطلاب الحروف المتشابهة بصرياً أثناء القراءة مثلاً ج بدل من ح، أو خ بدل من ج وهكذا.
- يستبدل الطلاب الحروف المتشابهة سمعياً أثناء القراءة مثلاً ت بدل من ط، أو ق بدل من ك وهكذا.
- يقومون باستبدال الحروف في القراءة، كأن يقرأ ملح بدلاً من ملح.
- يتجنب أو يمتنع عن القراءة الجهرية.
- عدم مراعاة علامات الترقيم أثناء القراءة.
- عدم الاهتمام بالحركات أثناء القراءة و/ أو عدم لفظ التنوين.
- يصعب على المستمع فهم النص من خلال قراءته الجهرية، فهي غير منسجمة ومشعبة بالأخطاء، وتتأرجح ما بين التقطيع وما بين تشبيك الجمل دون مراعاة لعلامات الوقف والترقيم.
- تدني القدرة على فهم المقروء، أو عدم الفهم للمقروء بسبب الجهد المبذول في عملية القراءة نفسها.
- يجدون صعوبة في فهم وتعلم السوابق واللواحق للكلمات وجذور الكلمات.
- تمييز قراءتهم بالتجاهل للكلمات و/ أو حروف في بداية الكلمة، و/ أو حروف في نهاية الكلمة.

1.2 عسر الكتابة (الديسجرافيا): ليست نتيجة لخلل بالحواس أو الأعضاء

تظهر العلامات التالية لدى الأطفال الذين يندرجون ضمن هذه الفئة:

- تدني في مقروئية الخط، وتدرج ما بين اشتغالها على العديد من الأخطاء الإملائية، أو الطالب هو/ هي الوحيد/ة الذي يستطيع/ تستطيع قراءة ما كتب/ ت، أو عدم مقروئية الخط تماماً من قبل الطالب و/ أو المعلم/ة.
- تنظيم غير متناسق للورقة من حيث مراعاة الهوامش واستقامة الأسطر.
- المسافات غير مناسبة بين الأحرف والكلمات.
- القبض على القلم بطريقة غير عادية (إمساك القلم بشكل قريب جداً من الورقة، أو إمساك القلم بإصبعيه فقط).
- وضع غير طبيعي لليد أو الجسم أو المعصم أو الورقة أثناء الكتابة.
- عدم الطلاقة في الكتابة.
- تشكيل الحروف بشكل غير مناسب، أحجام غير مناسبة ومنسجمة للأحرف.
- اتجاه كتابة الحروف غير سليم.
- عكس ترتيب الأحرف، وابدالها أو اهمالها أو عدم تنقيطها.
- تحريك الورقة أو الجسم بشكل متوتر أثناء الكتابة.
- اغلاق رديء للأحرف.
- إنخفاض القدرة على التمييز بين مقاطع المد القصير والطويل أثناء الكتابة والخلط بينهما.
- الإفراط في استخدام המחاة.
- بذل مجهود كبير أثناء الكتابة، ضغط كبير على القلم مما يسبب في كسره، أو ضغط على الورقة (في بعض الأحيان) يمزقها.
- بذل مجهود قليل أثناء الكتابة، ضغط ضعيف على القلم مما يسبب حروف باهته ووقوع القلم بشكل متكرر.
- وجود فرق في جودة الكتابة ما بين بداية الكتابة ونهايتها.
- عدم مراعاة علامات الترقيم أثناء الكتابة.
- تجنب أو الامتناع عن الكتابة، حيث يميل تعبيرهم الكتابي إلى الاختصار الشديد.

1.3 عسر الحساب (الديسكالوليا): ليست نتيجة لخلل بالحواس أو الأعضاء

تظهر العلامات التالية لدى الأطفال الذين يندرجون ضمن هذه الفئة:

- يجد الطالب صعوبة في تقدير الوقت، التعامل مع الزمن وقراءة ساعة اليد.
- يجد الطالب صعوبة في حفظ وتذكر حقائق رياضية مثال: $0=1 \times 0$.
- يجد الطالب صعوبة في حفظ وتذكر قوانين رياضية مثال: قانون مساحة المثلث.
- يجد الطالب صعوبة في التعامل مع الجداول، من أين يبدأون وإلى أين يذهبون، ترتيب المسائل الحسابية، تحليل المسائل الكلامية ومعرفة التسلسل.
- يجد الطالب صعوبة في التعامل مع أمور تحتاج إلى تسلسل خطوات، مثل: القسمة والضرب، وتكون هذه المسائل بمثابة تحد للطلاب لأن عليهم تذكر التسلسل، عليهم حفظ معلومات في الذاكرة الفعالة لأنهم سيستخدمونها في الخطوات اللاحقة، وهذه تعتبر أمور في غاية الصعوبة لدى الطلاب الذين يعانون من الديسكالوليا.
- يجد الطالب صعوبة في تمييز الاتجاهات (يمين، يسار)، تمييز الأيام والأوقات (الأمس، اليوم، غداً، قبل، بعد، تحت، فوق) حيث معظم متطلبات المادة الرياضية تحتاج لأي تعامل يومي مع هذه المفاهيم.

- يجد الطالب صعوبة في التفريق بين الأعداد مثل (8/7، 2/6)، التفريق بين الترتيب التصاعدي والتنازلي، بين السابق والتالي، بين أكبر وأصغر، حتى من ناحية المفهوم اللغوي للكلمات.
- يجد الطالب صعوبة في العد التسلسلي وحده 1-2-3، 57-58، 99-100، وهكذا.
- يجد الطالب صعوبة في حفظ جدول الضرب.
- يجد الطالب صعوبة في حل أبسط المسائل الحسابية، جمع، طرح، ضرب وقسمة.
- يستغرق الطالب وقتاً طويلاً من أجل حل مسائل رياضية بالرغم من بساطتها.
- يستخدم الطالب العد على الأصابع في مراحل تعليمية متقدمة، وحتى عند حل أبسط المسائل الحسابية.
- يجد الطالب صعوبة في التعامل مع المساحات أو وحدات القياس أو الأحجام والكسور.
- يجد الطالب صعوبة في تحويل المسألة الكلامية إلى تمرين حسابي.
- ضعف في الانتباه على الاشارات الحسابية - + × ÷.
- لديه أخطاء شائعة عند الكتابة، القراءة واستدعاء الأعداد، مثل: اضافة رقم للعدد، تبديل رقم في عدد، تبديل مكان رقم، حذف رقم، وعكس الرقم.

1.4 اضطراب الحركة الزائدة وقلة التركيز ويسمى

(Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) ADHD

أنواع اضطراب ADHD

1. صعوبة في التركيز (Predominantly Inattentive Type) سمي في الماضي ADD Attention Deficit Disorder.
2. الحركة الزائدة والاندفاعية دون وجود أعراض صعوبة التركيز ويسمى (Predominantly Hyperactive-Impulsive Type).
3. اضطراب (ADHD) Combined Type يتكون من كلا النوعين من الاضطرابات حركة زائدة مع قلة تركيز وهو الأكثر شيوعاً بين الاطفال.

• الشروط الواجب توفرها من أجل التشخيص:

1. ظهور 6 من 9 من الأعراض سواء A أو B (انظر القائمة أدناه) التي تدل على وجود هذا الاضطراب، أن تظهر تلك الأعراض على الأقل خلال الستة أشهر التي تسبق التشخيص، وأن تكون تلك الأعراض ليست تكيفية ولا تتلاءم مع مستوى التطور.
2. جزء من الأعراض من A أو B ظهر قبل جيل سنتين.
3. جزء من تلك الأعراض تظهر على الأقل في إطارين مختلفين مثلاً (البيت والمدرسة).
4. هناك براهين واضحة بأنها تؤثر على أداء المفحوص في البيت، المدرسة أو العمل.
5. إن تلك الأعراض ليست أثناء تطور اضطراب تطوري موسع PDD، انفصام بالشخصية، أو اضطرابات ذهانية، ويصعب تفسيرهم على خلفية اضطرابات نفسية مثل اضطراب في المزاج، اضطراب بالقلق، اضطراب انفصامي أو اضطرابات شخصية.

- مؤشرات تشير إلى وجود شك لتوفر "إضطرابات في الإصغاء والتركيز والحركة الزائدة" حسب DSM-IV

• الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-

الأعراض A	
مجال الأصغاء والتركيز	
1	لا يعطي اهتماماً للتفاصيل، أو يقوم بعمل أخطاء إهمال (قلة انتباه) بالتعليم أو بفعاليات أخرى.
2	يصعب عليه المحافظة على إصغاء متواصل أثناء قيامه بمهام معينة أو ألعاب.
3	يبدو عليه وكأنه غير مصغي عندما نتحدث إليه.
4	يصعب عليه اتباع التعليمات، ويصعب عليه تكملة مهام بدأ بها مثل وظائف مدرسية (والسبب ليس رغبة في التمرد أو عدم فهم المطلوب).
5	يصعب عليه تنظيم المهام و/أو الفعاليات المطلوبة منه.
6	يبتنع، يتجنب، أو لا يعنيه القيام بفعاليات تتطلب مجهود فكري متواصل، (مثل: التعليم في المدرسة، الوظائف البيتية).
7	يفقد حاجيات له يحتاجها للقيام بمهام مطلوبة منه (مثل: أقلام، دفاتر... الخ).
8	يتشتت من مشيرات خارجية.
9	ينسى فعاليات يجب أن يقوم بها بشكل يومي.

الأعراض B	
مجال الحركة الزائدة	
1	يحرك يديه ورجليه أو يقفز من كرسيه.
2	يترك كرسيه في الصف، أو في أوضاع أخرى يكون المتوقع منه أن يبقى في مكانه. أي لا يستطيع البقاء جالساً لفترات طويلة.
3	يركض أو يتسلق بشكل مبالغ فيه (السلوك لا يتلائم مع الموقف)، لدى المراهقين والبالغين الشعور بقلة الهدوء.
4	يجد صعوبة في القيام بمهام بأوقات الفراغ، عدم القدرة على اشغال وقت الفراغ.
5	نجدته في حركة مستمرة ومتواصلة.
6	يتحدث بدون توقف.
مجال الاندفاعية	
7	يصدر عنه أجوبة قبل انتهاء السؤال، أو يتحدث في منتصف جملة وعبارات الآخرين.
8	يصعب عليه الانتظار في دوره.
9	يزعج ويضايق الآخرين مثل: لمس الآخرين، التدخل بألعابهم بدون إذن،... الخ.

1.5 عسر التعلم غير الكلامي Non Verbal Learning Disabilities

(نواح سلوكية، اجتماعية، ووجدانية)

تظهر العلامات التالية لدى الأطفال الذين يندرجون ضمن هذه الفئة:

- يميلون إلى العزلة الاجتماعية .
- قد يكونون منبوذين اجتماعياً .
- يحبطون بسرعة ولأتمه الأسباب .
- غير قادرين على توقع نتائج سلوكهم .
- تقريباً لا يشعرون بوجودهم داخل المجموعة .
- لديهم عدد قليل من الأصدقاء أو لا وجود لهم .
- تقديرهم لذاتهم ضعيف (ثقتهم بأنفسهم متدنية ويحطون من تقديرهم لذواتهم) .
- صعوبة في فهم الدعاية .
- صعوبة في فهم القوانين الاجتماعية غير الكلامية .
- عدم وجود دور اجتماعي واضح، أو أدوارهم ليست فعالة .
- يجدون صعوبة في التأقلم والتكيف مع المواقف الجديدة وغير المألوفة .
- صعوبة في التفسير والحكم على تفاعلات و/ أو مواقف اجتماعية .
- صعوبة في تمييز عبارات اجتماعية .
- يميزهم التردد والحجل (الانطواء) مما يقلل أو يقطع تفاعلهم الاجتماعي .
- صعوبة في تمييز نبرة الصوت ومعناها .
- يبدو عليهم حالات من الاكتئاب، التوتر والقلق أحياناً غير المبرر، مخاوف، شكوك، نوبات غضب، شعور بالوحدة .
- ضعف القدرة على استيعاب وفهم التواصل غير اللفظي (كتعبيرات الوجه والإيماءات ونبرة الصوت) .
- صعوبة في التواصل الاجتماعي مثل: الضحك، اتصال غير كلامي، تواصل بالنظر، المحافظة على مسافة كافية بالقرب من الآخر .
- صعوبة في فهم انتقادات الآخرين لهم .
- صعوبة في التواجد المكاني والتعامل مع المفاهيم المكانية .
- صعوبات في التناسق الحسي الحركي، صعوبات في التوازن الجسدي .
- صعوبات في الرياضيات، فهم المقروء، وخط اليد .
- صعوبات في تهجئة كلمات غير شائعة .
- صعوبات في التنظيم والترتيب .
- صعوبات في التفكير المجرد .

2. مؤشرات الكشف عن عسر التعلم النمائي

كي نستطيع مساعدة الطلاب الذي يعانون من عسر تعلم في ملائمة أسلوب التدريس لحاجتهم، يجب تحديد مجالات الضعف في عمليات التعلم. لهذا الهدف سنعرض نموذج يصف القدرات المختلفة التي من شأنها أن تؤثر على عملية التعلم. هذا النموذج يتطرق إلى أنواع مختلفة من العسر التعليمي النمائي.

• تعريف عسر التعلم النمائي

اضطراب في الوظائف والمهارات الأولية التي يحتاجها الطالب بهدف التعلم، مثل: اللغة، التفكير، الإدراك، الذاكرة، التناسق الحسي الحركي وغيرها. حيث تعتبر هذه المهارات أساسية في تعلم التهجئة، القراءة، الكتابة وإجراء العمليات الحسابية. إن الاضطراب الكبير والواضح في تلك المهارات، وعجز الطالب عن تعويضها من خلال مهارات ووظائف أخرى، هو دليل واضح على أن الطالب يعاني من صعوبات تعلم نمائية. (الفاسم، 2000).

1. صعوبات في الإدراك:

ترتبط بالمشكلات في مجال الإدراك السمعي والبصري، وفهم واستيعاب المعلومات التي حصلوا عليها من خلال حواسهم المختلفة، وسيتم تفصيل أنواع صعوبات الإدراك على النحو التالي:

- ❖ صعوبات في الإدراك البصري: تشويش في الإدراك البصري، أي تشويش في استقبال وتنظيم وفهم معنى المثير البصري، مع أن مركبات العين سليمة وحاسة البصر أيضاً سليمة.
- صعوبة التمييز بين الحروف المتشابهة بصرياً مثل ص-ض، ع-غ، ف-ق، d-p-q-b.
- صعوبة في تمييز الحروف حسب موقعها في بداية، وسط، نهاية الكلمة (متصل وغير متصل).
- صعوبة الإغلاق البصري، صعوبة إكمال صورة و/ أو شكل غير كامل.
- صعوبة التمييز بين الصور المتشابهة والتعرف على الفروقات بينهم.
- صعوبة التمييز بين الكل والجزء، أو الخلفية والأساس.
- صعوبة في تمييز تعابير الوجه.

2. صعوبات في الإدراك السمعي:

تشويش في الإدراك السمعي أي تشويش في استقبال وتنظيم وفهم معنى المثير السمعي مع أن مركبات الأذن سليمة وحاسة السمع أيضاً سليمة.

- صعوبة تمييز أصوات ونغمات متشابهة سمعياً مثل س-ص، د-ض، ت-ط، ق-ك... الخ.
- صعوبة التمييز بين الكلمات المتشابهة سمعياً مثل (صوت-سوط)، (قلب-كلب)
- صعوبة في تمييز نبرات صوتية والتعرف على الأشخاص من خلال نبرة الصوت.
- صعوبات في إدراك المفاهيم المكانية أو الزمانية: تشويشات في تقدير المسافات أو الأزمنة.
- صعوبة في تمييز اتجاه الكتابة مما يسبب في عكس الأرقام والحروف.
- صعوبة في فهم مصطلحات مكانية مثل يمين-يسار، داخل-خارج، أمام-خلف، السابق-التالي... الخ.
- صعوبة في تقدير المسافات بين الكلمات والحروف.
- صعوبة في استعمال الخريطة، الهندسة، الرسم.
- صعوبة في قراءة عقارب الساعة.
- صعوبة في التقدير الزمني.

3. صعوبات في الذاكرة:

ترتبط بالمشكلات في مجال تذكر المعلومات التي يحصلون عليها من خلال حواسهم المختلفة، وسيتم تفصيل أنواع صعوبات الذاكرة على النحو التالي:

أ. الذاكرة قصيرة المدى : وهي صعوبة في تذكر المعلومات التي تعلمناها على المدى القصير .

- صعوبة في تذكر كلمات و/ أو جمل للتو ذكرت له .
- يذهب الطالب لإحضار شيء من غرفته أو مكان آخر وينسى ما ذهب إليه .
- نسيان اسم شخص ما كنت قد التقيت به للتو .
- صعوبة في تذكر صور للتو عرضت لهم .

ب. الذاكرة طويلة المدى : وهي صعوبة في تذكر المعلومات التي تعلمناها على المدى البعيد .

- صعوبة في حفظ أيام الأسبوع، الأشهر، الأناشيد، معلومات . . . الخ .
- صعوبة في تذكر الأحداث التي تمر معه خلال اليوم .
- صعوبة في تذكر الواجبات البيتية .
- صعوبة في تذكر الأماكن التي يضع بها احتياجاته .
- صعوبة في تذكر أسماء أو وجوه الأشخاص الذين يعرفهم من قبل .

4. صعوبات في التفكير :

- تصلب التفكير وعدم المرونة .
- مقاومة التفكير وتجنب المهام التي تتطلب تفكير .
- صعوبة في فهم المعنى الخفي للنص .
- صعوبة في فهم الفكرة الرئيسية من النص/ الفقرة .
- صعوبة في التمييز بين المعلومة الرئيسية والمعلومة الثانوية .
- صعوبة في تنظيم وتصنيف الأفكار .
- صعوبة في الانتقال من فكرة لأخرى .
- صعوبة في حل المشكلات وإيجاد البدائل .
- صعوبة في توظيف الاستراتيجيات الملائمة للمواقف التي يواجهونها .
- صعوبة في التفكير المنهجي .
- تشعب التفكير وتداعيات أفكار لا تتلاءم مع الموضوع المطروح .

5. صعوبات في الوظائف الإدارية:

هو مصطلح عام يضم عدداً من المجالات مثل : كبح رد الفعل، الذاكرة العاملة/الفعالة، التخطيط، التنظيم، المراقبة والرصد، التمهيد (بدء)، حل المشكلات، ضبط النفس، الانتقال من أمر إلى آخر، التفكير المجرد، التنظيم الذاتي، الإبداع، المرونة الإدراكية/التفكيرية، بلورة وصياغة المفاهيم، افتراض فرضيات .

- صعوبة في تجهيز مستلزمات المدرسة .
- صعوبة في متابعة العمل متسلسل الخطوات .
- صعوبة في تمييز الخطأ والقيام بعمليات تصحيح ذاتيه .
- صعوبة في القدرة على التوقع .
- صعوبة في القدرة على تثبيط/ كبح رد الفعل .
- صعوبات في التخطيط والتنظيم الذاتي .
- صعوبات في الذاكرة العاملة/الفعالة - إدارة أكثر من أمر بذات الوقت .
- صعوبات في اختيار استراتيجيات ناجعة لحل المشاكل .

ثالثاً : توصيات التدخل

موائمت التعليم والتقويم للطلبة ذوي عسر التعلم.
أولاً: موائمت الامتحانات

ملاحظات	الملاءمة المناسبة	معيقات عملية التعبير عن المادة التعليمية
يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على القراءة، الكتابة والحساب أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب ملاءمة زيادة الوقت وقد أثبتت فعاليتها فإن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	زيادة وقت	الوقت الممنوح للطالب مقارنة بغيره من طلاب جيله غير كافي نتيجة: بطء في القراءة و/ أو الكتابة و/ أو التحليل و/ أو الفهم و/ أو معالجة المعلومات و/ أو قلة تركيز .
يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على فهم المسموع أولاً ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب ملاءمة «قارئ محايد» وقد أثبتت فعاليتها فإن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	يقوم شخص بالقراءة للطالب .	قراءة (مشوشة، بطيئة أو سريعة، غير متواصلة، تؤدي إلى إضاعة المعنى وعدم فهم التعليمات و/ أو الأسئلة و/ أو النصوص).
يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على الكتابة والتعبير الكتابي أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب ملاءمة «تجاهل الأخطاء الإملائية» وقد أثبتت فعاليتها فإن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	تجاهل الأخطاء الإملائية	الكتابة مع العديد من الأخطاء الإملائية .
يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على الكتابة والتعبير الكتابي أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب ملاءمة «إعادة نسخ المكتوب» وقد أثبتت فعاليتها فإن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	إعادة نسخ المكتوب: يقوم الطالب بقراءة ما كتب ويقوم شخص آخر بالكتابة الحرفية لما كتبه الطالب .	الكتابة بخط مقروء للطالب فقط
يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على التعبير الشفهي وعدم وجود مشاكل بالتركيز أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب ملاءمة «إملاء المادة» وقد أثبتت فعاليتها فإن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	إملاء المادة: يقوم الطالب بإملاء ما يريد كتابته لشخص آخر والذي يقوم بدوره بالكتابة الحرفية لما يريده الطالب .	الكتابة بخط غير مقروء بتاتاً
يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على القراءة والكتابة والحساب أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب الملاءمات «أ، ب، ج» وقد أثبتت فعاليتها فإن هذا مؤشر إيجابي لوجود اضطراب في الإصغاء والتركيز .	أ. زيادة وقت . ب. العمل الطالب في مكان خالي من المشتتات . ج. تكبير النصوص .	صعوبة في التركيز أو التشتت تمنع الطالب من مواصلة التفكير، وتؤدي به إلى تجاهل أجزاء من المادة أو يبدو عليه التسرع في إعطاء الاجابات، القيام بأخطاء ناتجة عن قلة انتباه. فقد يعاني الطالب من صعوبات في الإصغاء والتركيز والحركة الزائدة

ملاحظات	الملاءمة المناسبة	معيقات عملية التعبير عن المادة التعليمية
	أ. ورقة قوانين . ب. زيادة حرية الاختيار : تعطى للطلاب عدة مهام أكثر من غيره ويعطى الحرية باختيار المهام/ الأسئلة التي يرغب في الإجابة عليها . ج . قاموس إلكتروني .	الذاكرة : • صعوبة في تذكر المادة أو معاني الكلمات باللغات الأجنبية . • يظهر عليه أو يشتكي من صعوبة في التذكر أو يذكر أنه نسي المادة . • إجابات صحيحة جزئياً وغير وافية، متمكن جداً من بعض الأسئلة والبعض الآخر غير متمكن . • عدم استعمال القانون الصحيح . • استعمال قانون بدل قانون آخر .
	يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على التعبير والحساب أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب الملاءمات «أ، ب، ج» وقد أثبتت فعاليتها فأن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	التعبير الكتابي : من الممكن أن يكتب الطالب بخط مقروء، ولكن صعوبة الطالب في الصياغة والتعبير الكتابي وليست نتيجة للخط، وبالتالي يصعب فهم ما يقصده الطالب . أو أن الطالب يستطيع التعبير كتابياً ولكن أفكاره مشتتة ومبعثرة، يتميز بتداعيات أفكار كثيرة وانتقال سريع من فكرة إلى أخرى قد تكون ليست ذات صلة مباشرة بما سبق، وبالتالي النتيجة تكون حصيلة كتابية غير مفهومة .
	يشترط أن تكون لدى الطالب القدرة على التعبير الشفهي عما يريد أولاً، ومن ثم في حال تم إعطاء الطالب ملاءمة «التعبير الشفهي عن المعلومة» وقد أثبتت فعاليتها فأن هذا مؤشر إيجابي لوجود عسر تعلم .	

ثانياً: ملاءمات بالتعليم حسب نوع عسر التعلم النمائي

1. ملاءمات لصعوبات في الإدراك البصري

- مضاهاة ومطابقة الألوان والمقارنة بينها .
- المقارنة بين أشياء من ناحية الطول، الحجم، الشكل، . . . الخ .
- ترتيب أشياء من ناحية الطول، الحجم، الشكل، . . . الخ .
- المطابقة بين نماذج الحروف والأرقام والأشكال .
- اكتشاف الاختلافات بين صورتين .
- استخراج لون معين من بين عدة ألوان .
- استخراج رمز، صورة، كلمة معينة من بين عدة رموز، صور، كلمات .
- التعرف على الجزء الناقص من صورة .
- ترتيب صور بتسلسل قصصي .
- استخراج الشيء الشاذ من بين مجموعة معطاة (حروف، كلمات، أرقام، صور، . . . الخ) .
- سؤال الطالب عن تفاصيل في صور أو مشهد معطى .
- وصف مشهد في فيلم كارتون .
- استخدام ألعاب الإغلاق البصري مثل puzzle .

2. ملاءمات لصعوبات في الإدراك السمعي

- التمييز بين أصوات مجموعة واحدة (الحيوانات الأليفة، الحيوانات المفترسة، وسائل المواصلات، . . . الخ) .
- التمييز بين أصوات مجموعات مختلفة (تلفون يرن، جرس يرن، أيادي تصفق، باب يفتح، سيارة تسير، . . . الخ) .
- الاستماع إلى صوت في خلفية من الضجيج .
- يسمع الطالب صوت معين ثم يحاول معرفة مصدر الصوت .
- تحديد الكلمات التي تبدأ بحروف واحدة من خلال السمع، مثل : تحديد الكلمات التي تبدأ بحرف ب من خلال السمع (بطة، ماما، بطاطس، قمر، ورد، بابا، كتاب، قل) .
- يسمع الطالب صوت شيء معين، ثم يستخرج صورة ذلك الشيء من بين عدة صور معطاة .
- اختيار الحرف/ المقطع الذي يغلق الكلمة المسموعة مثال : أر (نب) / شا (دي) وهكذا .
- تدريب الطالب على تمييز نبرة الصوت حسب العمر أو حسب الشخص (طفل، شاب، مسن) أو (هذا صوت بابا، ماما، أخي، المعلم علي) وهكذا .
- تدريب الطالب على استخدام الكلمات المسجوعة التي لها وزن معين قافية معينة مثل (فأس، كأس، رأس) .

3. ملاءمات لصعوبات في الإدراك الحسي-حركي

- استخدام أنشطة المشي، حيث يطلب المعلم/ة من الطالب أن يمشي في الاتجاه الذي يحدده (أمام-خلف جانب الباب)، أو يمشي حاملاً كتبه على رأسه دون أن تقع، أو رافعاً يديه بطريقة معينة، أو يقلد مشي الحيوانات (الفيل، الأرنب، الحصان)، أو يمشي في خط مستقيم أو يمشي على خطوط ملونة .

- استخدام أنشطة الركل والرمي والمسك ، حيث يطلب المعلم أن يرمي الطالب الكرة لمسافة معينة أو يلتقط كرة في الهواء أو يحمل الماء في أوعية مسطحة بحيث لا يقع منه .
- استخدام أنشطة الرسم ، حيث يطلب المعلم من الطلاب تلوين أجزاء معينة بحيث يراعي الطالب الدقة في التلوين ولا يخرج عن الحد .
- استخدام ألعاب المتاهات .
- استخدام التعرف على الأشياء من خلال اللمس والعينيين معصوبتين .
- استخدام أسلوب الرسم بالهواء .
- استخدام أسلوب التمثيل الجسدي للأشياء و/ أو الحروف .

4. ملاءمات لصعوبات في الذاكرة

- إعادة التعلم : إن تكرار تعلم ما تعلمه الطالب في السابق يعزز من قيمة الاحتفاظ فيها .
- بناء قواعد منظمة للمعرفة : يمكن للمتعلم أن يستفيد من فكرة قواعد البيانات من خلال محاولة ربط المفاهيم الجديدة مع المفاهيم والحقائق القديمة ، حيث أنه كلما تحسنت التنظيم وربط الجديد بالقديم كلما تحسنت الذاكرة .
- التوليد القصصي : وتقوم على أساس محاولة بناء قصة ذات معنى ومغزى للطالب ، وذلك من النص أو مجموعة المفردات المراد تذكرها .
- استخدام الخرائط المفاهيمية : يمكن للطالب تحويل أي نص يراد تذكره إلى خارطة مفاهيمية تربط بين مفاهيم النص وفق علاقات منظمة وذات دلالة واضحة ، كما هو الحال في فكرة شيكات المعلومات التي ستوضح في فصل تمثيل المعلومات .
- تدوين الملاحظات بصورة مستمرة : وذلك من خلال إعادة كتابة النص على شكل مختصر لتوفر لنفسك دلالات للتذكر تغني عن النص أو المادة المطلوبة كاملة ، وهذه الطريقة أصبحت ممكنة أكثر الآن مع توفر أجهزة الحاسوب المحمولة الصغيرة أو الهواتف الخلوية .
- عوامل البيئة المادية : يجب البحث عن الظروف البيئية المساعدة على التذكر والبعيدة عن تشتيت الانتباه بطريقة الجلوس ، مكان الدراسة ، الإضاءة والتهوية ، وغيرها من عوامل البيئة التي تؤثر في التذكر .
- عوامل التغذية الصحية : يجب على الطالب أخذ ما يحتاج من غذاء وفيتامينات ، والتي نقصها يؤثر سلباً على قدرة الطالب على الحفظ والتذكر .
- استخدام بطاقات التوجيه عند تعليم الطالب .

5. ملاءمات لصعوبات في التفكير

- تعليم الطالب استراتيجيات في تحليل المهمات .
- تدريب الطالب على ألعاب التفكير وتنمية الإبداع .
- تعليم الطالب برامج تدخل في حل المشكلات .
- استخدام بطاقات التوجيه عند تعليم الطالب .
- استخدام جداول المقارنة ما بين الأشياء .

6. ملاءمات لصعوبات في الوظائف الإدارية

- لصق البرنامج الأسبوعي على الطاولة .
- تعويد الطالب على تجميع أوراقه في ملفات وبشكل منظم .
- تحفيزه على الكتابة الأسبوعية في دفتر أو يوميات .
- إعداد دفتر اتصال مع البيت (دفتر مفكرة) .
- تصنيف الكتب المدرسية والدفاتر حسب الألوان .
- استخدام قلم تحديد ملون أو قلم رصاص لتحديد مواضيع في النص ، ليسهل عليه التواجد في النص عند الاجابة على الأسئلة أو بهدف التلخيص .
- كتابة تأليف لائحة - check list ، تحديد الأولويات والتحقق من المهام المكتملة .
- بناء جدول زمني ثابت ، تعيين المدة الزمنية المخصصة للدراسة ، للمتعة والأعمال الأخرى .
- اختيار وقت ثابت لحل الوظائف البيتية .
- التحضير ليلاً لليوم التالي ، الملابس والمواد التعليمية ، . . الخ .
- إجراء تعيينات واضحة على اللوح حول سير الدرس ، الصفحة التي نتواجد بها ، وما هو المتوقع؟
- تعيين مكان ثابت ووحيد للمواد التعليمية والقرطاسية . والذي يساهم في الحفاظ على الترتيب ، واستغلال أفضل للوقت خلال الحصص .
- استخدام بطاقات التوجيه .

7. ملاءمات لصعوبات في اللغة

- توسيع الثروة اللغوية عن طريق بناء قاموس يحوي كلمات مستعملة بشكل شائع ، من الممكن أن يتألف القاموس من بطاقات عليها الكلمة من جهة ومن الجهة الأخرى صورة ملائمة للكلمة . بهذه الطريقة تتغلب على مشاكل القراءة ، والصورة تساعد على التغلب على مشاكل استدعاء الكلمات .
- حث الطالب على إجراء محادثات شفوية ، المعلم يطلب من الطالب التحدث عن فعالية مسلية حدثت في عطلة الشتاء ، عند وجبة الغذاء/ العشاء يستطيعون الأهل التحدث عن ما حدث خلال اليوم . يمكن إجراء مسرحية عن درس تعلموه وإعطاء مخزن كلمات يستطيعون استعماله خلال المسرحية .
- سرد القصص على الطلاب ، حيث يستطيع/ تستطيع المعلم أن يسأل أسئلة عن القصة خلال قراءتها للمساعدة على فهمها (يمكن الاستفادة أيضاً من القصة لتوسيع الثروة اللغوية) .
- الاكثار من ألعاب اللغة ، مثل لعبة مؤنث مذكر ، كلمة وعكسها ، استخراج كلمات على نفس الوزن .
- حث الطالب على التكلم بشكل واضح ، مثلاً طرح أسئلة تساعد المعلم على فهم قصد الطالب ، ومن بعدها تحليل الأسئلة التي طرحها المعلم لفهم نوعية المعلومات التي كانت تنقص . يمكن أيضاً اللعب بألعاب تحث الطالب على وصف شيء معين وعلى الطالب الآخر معرفة هذا الشيء .
- فعليات لتصحيح جمال من ناحية القواعد والصرف ، مثلاً : يقول المعلم جملة وعلى التلميذ تحديد ما إذا كانت الجملة صحيحة من ناحية القواعد ، وإذا كانت خاطئة عليهم محاولة تصحيحها .
- ألعاب لتطوير الحساسية للأصوات : اختيار صوت معين ، وكل من تصله الكرة عليه أن يقول كلمة تبدأ/ تنتهي بالصوت .
- تحليل كلمات الى أصوات/ مقاطع ، نرسم قطار أو نبنى القطار من الكرتون ، نكتب الكلمات على بطاقات ، أولاً تكون البطاقة مخفية ، نسمع الطالب كلمة ونطلب منه تحليلها إلى مقاطع/ أصوات ، وبعد أن يحللها

سمعيًا، نعرض عليه البطاقة ونطلب منه قصها بحسب ما حللها ويضع كل مقطع / صوت في قاطرة . هذه الفعالية تقوي أيضاً قدرة تحويل الصوت إلى رمز مكتوب ، وبهذا تطوير قدرة القراءة والكتابة .

ثالثاً: ملاءمات بالتعليم حسب نوع عسر التعلم الأكاديمي

1. ملاءمات لصعوبات في القراءة

- تدريب الطالب على مهارات الوعي الصوتي .
- استخدام استراتيجية الألوان في تعليم الطلاب القراءة .
- استخدام البطاقات الخاطفة في القراءة .
- التدريب على القراءة بحسب مستوى الطالب بشكل يومي .
- تنمية اللغة والحصيلة اللغوية للطلاب عن طريق سرد القصص والألعاب المختلفة .
- استخدام ألعاب الصرف .
- استخدام تقنيات تعتمد على الرؤية ، السمع ، اللمس والحركة ، تسهم بشكل فعال في تعلم الحروف والقراءة .
- إعادة كتابة النص (Rephrasing) ، مثل : تقصير طول الجمل ، تغيير الكلمات لكلمات أخرى أكثر استخداماً وشيوعاً .
- إدخال تغيير على مبنى النص (Restructure) ، مثل : ترقيم الصفحات من جديد ، ترقيم الفقرات و/ أو الأسطر ، تقسيم النص إلى فقرات وإعطاء كل فقرة عنوان ، إضافة صور توضيحية ، رسومات ، رسومات بيانية ، . . . الخ ، إضافة ملاحظات في الهامش لتساعد على التنظيم .
- قبل وأثناء قراءة النصوص ، من الضروري تهيئة الطالب للنص المراد قراءته ، وعدم البدء بالقراءة الفعلية دون تمهيد ، فعملية التمهيد تهدف إلى تحسين الفهم وتجعل النص مألوفاً للطلاب ، ولتنفيذ ذلك يمكن الاستعانة بالرسومات الموجودة داخل النص ، واستنباط معلومات من العنوان ، ربط النص بنصوص سابقة ذات علاقة ، وأثناء القراءة البحث عن معلومات مركزية (اصطلاحات أساسية ، كلمات ربط ، تعابير وجمل مفتاحية) .
- تقليص وتلخيص المادة المتعلمة (Summarizing) ، مثل : إبراز المعلومات المركزية بشكل واضح ، تحديد كلمات ، تعابير وجمل تعتبر مفتاحية (key words) ، تقليص المادة المتعلمة لمعلومات مركزية حسب نوعية النص المقروء ، فإن كان نصاً قصصياً على سبيل المثال يمكن تلخيصه بنقاط محددة (الشخصيات ، الأحداث ، الزمان ، المكان ، . . . الخ) .
- مرافقة سمعية للنصوص ، مثل : تسجيل النصوص على جهاز تسجيل صوتي (Audio) ، وعندما يريد الطالب القراءة يقوم بتفعيل جهاز التسجيل مما ييسر عليه القراءة ، يزيد من فهم المقروء ، يكسبه ثروة لغوية أكبر ، ويساعده على التركيز وعدم التشتت في أمور أخرى عند القراءة ، وندرب الطالب على الإصغاء "إذا لم تفهم عد مرة ثانية وأصغ للشريط" ، كما يمكننا إدخال مؤثرات صوتية ، التغير في نبرة الصوت من أجل إبراز الأفكار الرئيسية أو معلومات هامة .
- صياغة المهام والواجبات الصفية والبيتية يجب ألا تعتمد على تذكر تفاصيل ، وإنما على فهم الأفكار الرئيسية ، بحيث تكون مصاغة بشكل واضح ، وبكلمات شائعة ومن لغة القارئ .

2. ملاءمات لصعوبات في الكتابة

- تعليم مهارات ما قبل الكتابة ، مثل : تنمية العضلات الدقيقة ، مسك القلم ، الجلسة الصحيحة ، إنتاج الخطوط والزوايا ، . . . الخ . لمزيد من التفاصيل الرجوع الى مادة العلاج الوظيفي .
- تعليم الطالب مهارات الوعي الصوتي من أجل التمييز بين الأحرف المتشابهة سمعياً .
- تعليم الطالب كتابة الحروف من خلال الحركة (بالطباشورة ، الرمل ، الألوان المائية ، المعجونة ، . . . الخ) .
- تعليم الطالب عن طريق رسم النماذج المنقطعة ، بالتوصيل بين نقطة وأخرى .
- للطلاب الذين يعانون من مشاكل في التواجد في المكان ، يمكن مساعدتهم عن طريق تسطير الدفتر إلى خانات ، ويكتب كل كلمة بخانة ثم تمرينه على ترك فراغ بين الكلمات .
- تدريب الطالب بشكل يومي من خلال كراسات الخط .
- تعليم الطالب استراتيجيات للتمييز بين التنوين والنون الأصلية .
- تعليم الطالب استراتيجيات للتمييز بين التاء المربوطة والتاء المفتوحة .
- تعليم الطالب استراتيجيات للتمييز بين المد القصير والمد الطويل .
- تعليم الطالب استراتيجيات للتمييز بين التاء المربوطة والتاء المفتوحة .
- تعليم الطالب عملية التنقيط الذاتي (الحديث بصوت مسموع) أثناء النسخ والإملاء .
- استخدام البطاقات الخاطفة ، بحيث ينظر إليها الطالب ومن ثم ينطقها شفهاً ومن ثم يقوم بكتابتها .
- الترحيل بإعطاء الأسئلة للطلاب في البداية الأكثرية أسئلة مغلقة وتدرجياً الانتقال الى أسئلة مقالية .
- تجنب الكتابة الثرية ، تمكين الطالب من كتابة ما يريد بأقل كم من المعلومات الثرية ، فيمكن مساعدته على كتابة المعلومات التي يريد بها بمساعدة جداول ، رسومات توضيحية ، رسومات بيانية ، كريكتورات ، وعروض بوربوينت .
- الكتابة برؤوس أقلام ، عندما يواجه الطلبة صعوبة في الكتابة ، فمن المفضل حثه على كتابة القليل المفيد للفهم والدراسة ، وليس الكثير المشتت وغير المفهوم وغير المقروء .
- استخدام الحاسوب ، تشجيع الطلبة على الكتابة باستخدام الحاسوب حيث يساعد الحاسوب الطالب على تنظيم كتابته ، مراعاة الفراغات بين الكلمات ، ويساعد على تصحيح الأخطاء الإملائية بيسر وسهولة .
- تعبير شفهي ، تدريب الطالب على التعبير عما يريد شفهاً ، وتنمية هذه المهارة لديه من نواحي تنظيم الأفكار ، تسلسلها ، المنهجية في التخطيط وعرض الأفكار والتمتع بفن الخطابة (Speech) .

3. ملاءمات لصعوبات في الحساب

- تدريب الطالب على جميع المفاهيم ذات العلاقة بمادة الرياضيات ، مثل : (أكبر-أصغر ، قبل-بعد ، الأسبق-التالي ، تنازلي-تصاعدي ، . . . الخ) .
- تدريب الطالب على تنمية وتطوير محور الأعداد الوهمي ، ومكان كل عدد على هذا المحور .
- تنمية لغة الطالب في المجال الحسابي ، حيث تشتمل مادة الرياضيات على العديد من المفاهيم الاصطلاحات ، المفردات الخاصة بهذه المادة .
- إعداد دفتر يعتبر بقاموس لغوي لمادة الرياضيات .

- مرافقة التعامل مع الأرقام بشرح لغوي لما يقوم به المعلم .
- تدريب الطالب على التعامل مع الرياضيات بالتدرج من المحسوس إلى شبه المجرد، ومن ثم إلى المجرد وكذلك ربط كل شيء بالحياة .
- تدريب الطالب على استخدام المعداد .
- التركيز في المادة التعليمية على الفهم الحسابي، إلى جانب إستخدام العمليات الحسابية وعدم التركيز فقط على العمليات .
- إستخدام استراتيجيات لا تعتمد على الحفظ من أجل التمكن من جدول الضرب .
- تعليم الطالب التعامل مع المسائل الحسابية من خلال تقسيمها إلى معطيات، المطلوب، العملية/ العمليات المطلوبة، الحل والتحقق .
- تحييد صعوبة الطالب في القراءة كعائق أمام تقدمه في مادة الرياضيات .
- تنظيم الطالب الذي يعاني من صعوبة في التواجد المكاني من خلال دفاتر مربعات .
- تدريب الطالب على استخدام بطاقات التوجيه التي تساعده في خطوات الحل وتتغلب على مشاكل الذاكرة .
- تعليم الطلاب ألعاب وفعاليات الهدف منها تنمية الفهم الرياضي، وتحفيز التفكير الإبداعي .
- تعليم الطالب مكملات الأعداد ضمن 10 ومن ثم أعداد أخرى .
- تعليم الطالب إستخدام الآلة الحاسبة .

4. ملاءمات لصعوبات في الإصغاء والتركيز

- يوصى باستشارة أخصائية تغذية حتى يتم التأكد من اتزان الجسم بالفيتامينات والمواد الحيوية .
- يوصى بتعليم الطالب استراتيجيات سلوكية ذهنية من أجل زيادة السيطرة على الذات والتركيز CPT .
- يوصى باستشارة أخصائي نفسي تربوي من أجل مساعدة الأهل بعلاجات مكاملة، مثل: تعزيز الثقة بالنفس، التعامل مع نوبات الغضب، التعامل مع المشاكل السلوكية، تغيير النظرة إلى الطالب وطرق تقبله والتعاطي معه .
- تقسيم العمل مع الطالب حسب فترات زمنية قصيرة، مع المحافظة على إعطاء تغذية راجعة عند كل تشتت .
- العمل تدريجياً على تدريب الطالب في التكيف مع العمل في ظروف بها مثيرات بيئية، مع إعطاء تغذية إيجابية مع كل مرة يتجاهل فيها الطالب تلك المثيرات .
- بيئة تعليمية مناسبة: من المهم توفير الجو المناسب للطالب أثناء الدراسة، من ناحية مكان الجلوس بحيث يكون قريباً للمدرس، بعيداً عن النوافذ، بعيداً عن المشتتات . والاتفاق مع الطالب على حركة معينة (Body Code)، لمسة مثلاً أو إشارة باليد تساعده على التركيز مرة ثانية أو لفظ معين (Verbal Code) مثل (هيا نتذكر جميعاً عن ماذا نتحدث الآن) .
- تقليل المعلومات اللفظية: أحد العوامل التي تشكل ضائقة للطلاب قليلي التركيز، هو كم المعلومات اللفظية التي تعرض داخل الصف، مما تشكل عبئاً كبيراً وتخلق لديهم بلبلة وقلة تركيز، لذا يوصى بحصر المعلومات اللفظية بأمر مركزي، وتدعيمها بإيماءات جسدية، رسومات على اللوح، بطاقات، وتغيير نبرة الصوت أثناء سير الدرس من أجل جذب إنتباه الطالب .

- تكملة المعلومات الناقصة، نتيجة فقدان التركيز والتشتت يميل الطلاب من ذوي صعوبات الإصغاء والتركيز إلى فقدان بعض المعلومات، وعدم إتمام نقل المواد المطلوبة عن السبورة، لذا يوصى بتعيين "مرافق" يساعد الطالب في تسجيل مذكراته، ووظائفه البيئية وإتمام ما ينقصه من معلومات، . . الخ .
- سير الدرس: الامتناع أثناء سير الدرس من سلسلة تكرارات حول نفس النقطة، فالإفاضة بالكلام ليست في صالح الطالب، وإنما تقود إلى تشتت أكبر وعدم تركيز وعدم فهم الفكرة الرئيسة من الدرس، لذا يوصى بعرض الدرس بنقاط محددة تكتب على اللوح، حيث تكتب النقاط التي يريد المعلم شرحها، ويوضح عملية الانتقال من نقطة إلى أخرى، ولا يقوم بذلك بشكل مفاجئ ودون تمهيد، مما يساعد الطالب على التركيز .
- ملاءمة النصوص: تقليل الاكتظاظ، زيادة الفراغات بين الأسطر والفقرات، تكبير حجم الخط، اختيار الخلفية المناسبة للطالب، إبراز الكلمات المفتاحية .
- تخصيص مكان في حجرة الصف للعمل الفردي، لزيادة القدرة على التركيز وعدم التشتت .
- توفير التغذية الراجعة الفورية في كل مرة ينجح فيه الطالب تقدم ملحوظ بقدراته على التركيز .
- استخدام أسلوب التعزيز لزيادة قدرة الطالب على التركيز والتقليل من الحركة الزائدة لديه .
- توفير أدوات/ ألعاب تفكير للطالب بهدف ملئ لحظات الفراغ داخل الحصة، عندما ينهي ما هو مطلوب منه، و ينتظر الخطوة التالية .
- إصاق برنامج الدروس الأسبوعي على درج الطالب .
- عمل اتفاقية مع الطالب لما هو متوقع منه .
- استعمال قوائم المهام checklist من أجل مساعدة الطالب على أن يكون منظماً .
- تعليق قوانين الصف بشكل بارز وأمام الطالب .
- المحافظة على مبنى لوح منظم ومرتب وتطبيقات ثابتة .

5. ملاءمات لصعوبات في المجال الاجتماعي

- من الضروري إشعار الطالب بالمهام التي يستطيع أداءها والمهام التي لا يستطيع أداءها .
- عند إظهار سلوك غير مرغوب من قبل الطالب يجب التركيز على أن عدم الرضا هو عن سلوكه وليس عن الطالب نفسه .
- تطوير مهارات الطالب الاجتماعية .
- إعطائه الفرصة للحديث والتعبير عن مشاعره .
- تدريب الطالب على مشاهدة أحداث بال تلفزيون، مثلاً بدون صوت، وحلل معه التواصل بين الأشخاص الذين يشاهدهم، من خلال الرموز غير الكلامية .
- تهيئة الطالب لأحداث ومواقف جديدة من أجل تجنبه حالات من الإحباط .
- من المفضل أن توجد لدى الطالب نماذج (أشخاص) يحاكيها .
- تدريب الطالب على النظر إلى الأمور من زوايا مختلفة ومن وجهة نظر الآخرين .
- ركز في ردة فعلك على ما يفعله الطالب وليس على ما يقوله .
- صغ توقعاتك منه بشكل واضح جداً .

- وفر للطلاب تفسيرات منطقية ولغوية ، لماذا يجب عليه أن يجرب هذا الأمر و/ أو لماذا عليه أن يفعل شيء ما .
- تسليط الضوء على قدرات الطالب ونقاط القوة لديه .
- استخدام الصوت الهادئ عند الحديث مع الطالب عن سلوك غير مرغوب فيه .
- وجود نظام روتيني للصف بحيث يعرف الطالب ما هو متوقع منه .
- تعرف جيداً على قدرات الطالب وما يستطيع عمله وما لا يستطيع نتيجة ما لديه من عسر .
- استغل نقاط القوة لدى الطالب وعدم تهيمشها مثل الذاكرة السمعية الجيدة .
- لاحظ تصرفات الطالب في بيئات جديدة من أجل توجيهه لاحقاً لكيفية التصرف .
- عبر بالكلمات ما يجب عليه فعله ، وكيف عليه أن يستعد من أجل تنفيذ المهمة المطلوبة .
- لا تعتمد على قدراته الذاتية في تحليل مواقف غير كلامية .
- حدد له مقعد ثابت للجلوس .
- قم بعمل توأمة بينه وبين طالب آخر لمساعدته في الدروس .
- خطط معه مهام متوقعة مسبقاً ، لا تفاجئه بمهام صعبة أو غير متوقعة .
- بداية تحدث إليه ومن ثم وجه ما عليه أن يفعل .
- افحص مدى جاهزيته دائماً .
- انتهج مبدأ التكرار والتدريب بشكل دائم .
- تجنب الكتابة الكثيرة .
- ركز على الجودة وليس على الكم .
- امنحه وقت إضافي كي يصل إلى الهدف .
- أعطه رموز كلامية كي يستطيع توجيه نفسه بالمجال المكاني .
- اسمح له بالعمل بوحدات تعليمية صغيرة وقابلة للتنفيذ .
- أعطه عنوان كلامي لكل عملية تواصل . (توجيه : ، ملاحظة : ، سؤال :)
- قل ، أكتب ومن ثم كرر قوانين اجتماعية .

رابعاً: قائمة المراجع

1. أبو شعيشع ، السيد (1996): دراسة للفروق بين الأطفال الذين يعانون من صعوبة القراءة (الدسلكسيا) والأطفال العاديين على بعض المتغيرات ، المؤتمر الثالث لمركز الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس .
2. السيد ، عبد الحميد السيد (2000): صعوبات التعلم ، تاريخها ، مفهومها ، تشخيصها ، علاجها ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر .
3. الروسان ، فاروق ، (2001) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الخامسة ، عمان ، الاردن .

4. الزيات ، فتحي مصطفى ، (1998): صعوبات التعلم – الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية ، الطبعة الأولى ، دار الفكر ، عمان ، الاردن .
5. الزراد ، محمد فيصل خير ، (2004): الذاكرة تعرفها اضطرابها وعلاجها . رسالة ماجستير غير منشورة ، طرابلس .
6. العتوم ، عدنان يوسف ، (2007): علم النفس المعرفي . دار الكتب للطباعة والنشر . عمان الاردن .
7. القاسم ، جمال ، (2000): أساسيات صعوبات التعلم ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط1 ، عمان ، الاردن 8. القيسي ، رؤوف محمود (2008) علم النفس التربوي . مطابع دار دجلة . عمان .
8. جلجل ، نصره (1994): العسر القرائي «الدسلكسيا» دراسة تشخيصية علاجية ، مكتبة النهضة ، القاهرة ، مصر .
9. خيرى ، عجاج ، (1998): صعوبات القراءة والفهم القرائي ، دار الوفاء للطباعة والنشر ، ط1 ، المنصور ، مصر .
10. زياد ، محمد (2001): ظاهرة الصعوبات التعليمية وأثرها على الطلاب ، مجلة الكرامة ، العدد 2 ، ص 55-70 ، القدس ، فلسطين .
11. عبد الله ، محمد قاسم (2003): سيكولوجية الذاكرة ، مطابع السياسة ، الكويت .
12. عبد الهادي ، نبيل وآخرون . (2003) : مهارات في اللغة والتفكير ، دار المسيرة ، عمان ، الاردن .
13. عدس وقطامي ، عبد الرحمن ، يوسف (2003): علم النفس التربوي النظرية والتطبيق الأساسي ، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن .
14. عدس ، محمد عبد الرحيم ، (2000): صعوبات التعلم ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، الأردن .
15. كوافحة ، تيسير مفلح ، (2003): صعوبات التعلم والخطة العلاجية المقترحة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، الطبعة الأولى ، عمان ، الاردن .
16. كيرك ، صمويل وكالفنت ، جيمز (1984): صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية ، (ترجمة : السرتاوى ، زيدان أحمد و السرتاوى ، عبد العزيز مصطفى ، الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية .
17. ملحم ، سامي محمد ، (2003): صعوبات التعلم ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، الطبعة الأولى ، عمان ، الاردن .

قائمة المراجع الانجليزية

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Rev.). Washington, DC: Author
2. American Speech-Language-Hearing Association (1996). Central auditory processing: Current status of research and implications for clinical practice. *American Journal of Audiology*, 5(2), 41–54.

16. P., Katz, L., & Francis, D. J. (1998). Subtypes of reading disability: Variability around a phonological core. *Journal of Educational Psychology*, 90, 347-373
 17. Shah, M., Blevins, N., & Karmody, C. (2005). Mid-frequency sensorineural hearing loss: aetiology and prognosis. *The Journal of Laryngology & Otology*, 119, 529-533.
 18. Shalev, L., Tsal Y., & Mevorach, C. (March, 2003). Progressive attentional training program: Effective direct intervention for children with ADHD. Paper presented at the 10th annual meeting of the Cognitive Neuroscience Society, New-York City
 19. Shargorodsky, J., Sharon G. Curhan, MD & Gary C. (2010). Change in Prevalence of Hearing Loss in US Adolescents Free. *Journal of the American Medical Association*, 304(7):772-778
 20. Tsal, Y., Shalev, L., & Mevorach C. (In press). The Diversity of Attention Deficits in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Prevalence of Four Cognitive Factors in ADHD vs. Controls. **Journal of Learning Disabilities**
- Zeng X, Wang S, Chen Y, Li Y, Xie M, & Li Y (2007). The audiograms of 462 tinnitus victims

اعداد: الأخصائي التربوي جواد دويك

3. American Speech-Language-Hearing Association (2005). (Central) Auditory Processing Disorders [Technical Report]. Available at www.asha.org/policy.
4. Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functioning: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
5. Burger, N.P. (2004) A Special Kind of Brain: Living with Nonverbal Learning Disabilities. London: Jessica King sley publishers (www.jkp.com)
6. Dwairy M. (2004), dynamic approach to learning disability assessment: DLD test, *Dyslexia*; 10(1):1-23, Wiley InterScience
7. Dupaul, G., Anastopoulos, A., Power, T., Murphy, K., & Barkley, R. (1994). *Lehigh University*
8. Faust, M., Dimitrovsky, L., & Shacht, T. (2003). Naming Difficulties in Children with Dyslexia: Application of the Tip-of-the-Tongue Paradigm. *Journal of Learning Disabilities*, 36(3), 203-215.
9. Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P., & Young, C. (2003). Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities: Research and Practice*, 18(3), 157–171.
10. Kaufman, A.S. & Kaufman N.L (2001). Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: Psychological assessment and evaluation (p, *Cambridge University Press, Cambridge, England*, 433–461.
11. Kave, G. (2005). Phonemic fluency, semantic fluency, and difference scores: Normative data for adult Hebrew speakers. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 690-699.
12. Kave, G. (2005). Standardization and norms for a Hebrew naming test. *Brain and Language*, 92, 204-211.
13. Kave, G. (2006) The development of naming and word fluency: Evidence from Hebrew speaking children between age 8 and 17. *Developmental Neuropsychology*, 29(3), 493-508.
14. Mohamed M. (2010). Constructing and Norming Arabic Screening Tool of Auditory Processing Disorders: Evaluation in a Group of Children at Risk For Learning Disability. (Doctoral dissertation, *Cologne University, 2010*), Cologne, Germany.
15. Morris, R. D., Stuebing, K. K., Fletcher, J. M., Shaywitz, S. E., Lyon-Reid, G., Shankweiler, D.

الجزء الثالث: صعوبات اللغة

أولاً: مفهوم اللغة

اللغة تتكون من مفردات وقوانين، وهي محدودة العدد، واستعمال هذه القوانين في جمل يكون غير محدود. تحتوي اللغة على قوانين مركبة، وهذه القوانين تساعد الفرد على فهم اللغة اللغوية وتمنحه القدرة على إنتاج اللغة. يجب التمييز بين اللغة والكلام، فاللغة هي القدرة على استيعاب الأفكار والتعبير عنها بصورة متفق عليها، أما الكلام فهو الناحية الحركية (الديناميكية) الفعلية لإنتاج الكلام وهو جزء من التطور الحركي ككل. يشمل مفهوم صعوبة النطق على عدة مفاهيم، حيث يمكن أن يواجه الطفل / الطالب صعوبة في الكلام أو الاتصال، أو صعوبة في التعامل مع اللغة.

التواصل هي الوسيلة التي من خلالها يتبادل الأفراد المعلومات ويعبرون عن آرائهم وأفكارهم ومشاعرهم. وهي مرحلة فعالة تتطلب مراسلاً ومستقبلاً، والمرسل هو الذي يرسل الرسالة ويصيغ المعلومات في الرسالة، والمستقبل هو الذي يقوم بتحليل وفهم المعلومة. ونستعمل في عملية التواصل اللغة المحكية، الكلام، وكذلك الرموز التي تساعد على فهم المعلومات اللغوية، كالرموز الموازية وغير الموازية للغة. والرموز الموازية للغة قد تكون التشديد على بعض الكلمات، نبرة الصوت أثناء الحديث، طريقة التعبير وضبط علو الصوت أو إنخفاضه. أما الرموز غير الموازية للغة فقد تساعد وتدعم عملية الاتصال اللغوي، وهي تشمل الايماءات، حركات الجسم، الاتصال العيني/ البصري وتعابير الوجه.

مكونات اللغة:

• القالب أو الصيغة اللغوية، وتشمل:

الأصوات: وهي التي تتكون منها اللغة وكيف تجمع، أصوات إنفجارية مثل (ب، ت، ك)، اهتزازية (ز، ذ)، خلفية (ح، ع)، أنفية (م، ن).
الصرف: قوانين تكوين الكلمات؛ مثل المذكر والمؤنث؛ تصريف الأفعال، أكل - أكلت، طاولة - طاولات.
الأعراب (النحو): كيف تبني جملة مفهومة، سليمة قواعدياً (فعل، فاعل، مفعول به)، أكلت البنت التفاحة.

• المضمون والدلالات

كل كلمة لها معنى ومدلول، وهي تحمل معنى تتطرق للفحوى (الثروة اللغوية لدى الطالب ومدى استعماله لها). كل كلمة أو جملة تحمل معنى تتطرق للفحوى ليتعرف الطفل على العالم من حوله على الأشياء، الناس، الحيوانات، الفعاليات والعلاقة بينهما.

• الاستعمال

وهي القدرة على إستخدام اللغة ضمن المجتمع الذي يعيش فيه، كيف نتكلم، نسأل أسئلة، أخذ الدور، المبادره في الحديث، المحافظة على موضوع المحادثة والرجوع إليه.
مثال: أحمد عمره ثلاث سنوات وهو واقف أمام النافذة ينظر إلى الخارج.
سألته أخته: ماذا ترى؟
أحمد: كلبين!.

نبين في هذا المثال عملية الدمج بين المركبات اللغوية الثلاثة:

- الشكل اللغوي: الدمج والنطق الصحيح واستعمال صيغة المثني.
- الفحوى (المضمون): وهو تسمية الحيوانين.
- الاستعمال: الاجابة بشكل صحيح على السؤال.

• الكلام:

هو الوسيلة الشفهية للاتصال بين الأفراد الذي تستخدم فيها أعضاء الكلام لإصدار الأصوات. إضافة إلى الكلام هناك الكتابة والرسم والاشارة، ويتطلب الكلام السيطرة على الأعصاب التي تتحكم بالحنجرة واللسان والفم التي هي المسؤولة عن إخراج الكلام.

ثانياً: مؤشرات الكشف عن مشاكل اللغة

من المؤشرات التي تثير شك الأهل والمعلم لدى الطفل هي المشاكل التالية:

• المشاكل السمعية:

من المشاكل التي تظهر: عدم القدرة على فهم المثيرات السمعية، عدم القدرة على تمييز الكلمات المتشابهة، عدم القدرة على تمييز الأشياء المسماة، وقد بينت الدراسات والأبحاث أن نسبة كبيرة من الأصوات، مثل (س، ش، ت، ف) تنطق بشكل غير صحيح، مثل: تبديل أصوات في الكلمة (صباح تنطق صباح) والحذف (سيارة تنطق يارة).

• اضطرابات النطق:

وهي الأخطاء اللفظية وتشوه في الأصوات، وتزداد هذه الأخطاء بزيادة تعقيد الجمل والكلمات مع عدم وضوح في الكلام، والذي يعتمد على عدد الأحرف المضطربة، وتصنف كالاتي:
الإبدال: وهو أن يبدل الشخص حرفاً بحرف آخر، فمثلاً يستبدل حرف ك بحرف ت.
الحذف: يقوم الشخص بحذف الحرف كلياً، فمثلاً يقول "فاحة" بدلاً من "تفاحة".
الإضافة: يقوم الشخص بإضافة حرف زائد للكلمة، فمثلاً يقول "تبطه" بدلاً من "بطه".
التشويه: وهو أن يلفظ الحرف الأصلي ولكن بطريقة غير صحيحة أو جزئية، مثلما مبين في الجدول:

الحذف	ولا بدل كولا
الإبدال	تولا بدل كولا
الإضافة	باكولا بدل كولا
التشويه	ش بدل س
عدم القدرة على لفظ أصوات مختلفة	--

• مشاكل اللغة:

- حالات التأخر اللغوي الطبيعي .
- حالات التأخر العقلي .
- الحالات التي أصيبت بالجلطات الدماغية Aphasia .
- انشقاق الحلق والخنف : مثل الشفة الأرنبية .

• المشاكل الناتجة عن إضطرابات عصبية:

- عدم القدرة على النطق بسبب ضعف العضلات . يكون الصوت ضعيفاً وأيضاً متقطعاً .
- عدم القدرة على التصويب . وهي الصعوبة في تقليد الأصوات مثل ب ، ت ، ك .
- عدم القدرة على إنتاج أو فهم الكلام بسبب جلطات الدماغ .

• مشاكل التعبير والمحادثة:

عدم وضوح الكلام، أخطاء في القواعد (النحو)، ضعف في قواعد الصرف والنحو (الجمع، تاء التانيث، المبني للمجهول ال التعريف) عدم إيجاد الكلمة المناسبة أو تذكر الكلمة المطلوبة (محدودية المخزون اللغوي)، عدم تكوين جمل صحيحة، عدم القدرة على التعبير أو الحديث في موضوع ما، تكون اللغة بسيطة جداً وقليلة التعقيد .

• التأتأة: وهي عدم السلاسة في إخراج الكلمات، فيحس الشخص أن هناك ما يمنعه من

إخراج الكلمة بالشكل الصحيح، ومن مظاهرها:

1. السلوك الأساسي للتأتأة:
 - التكرار (ب ب ب ب) باب للصوت أو المقطع .
 - انحباس الكلام، الوقوف وعدم القدرة على النطق .
 - الإطالة (سسسس) للحرف الواحد .
2. السلوك الثانوي (الحركات المصاحبة): رمش العينين، الشد، هز الرأس، شد الأصابع، إحمرار الوجه .
3. مراحل التأتأة (المبتدئة، المتوسطة، المتقدمة).
 - عدم الطلاقة الطبيعية: هذا النوع لا يحتاج إلى تدخل، ويحدث في عمر 1-4 سنوات .
 - التأتأة المتوسطة: وهي تحتاج إلى إستشارة إختصاصي نطقي، وتكون في عمر 4-8 سنوات .
 - التأتأة المتقدمة الشديدة: يحتاج الشخص إلى جلسات علاجية مكثفة، كما يصاحب هذه التأتأة حركات جسمية، كتتحريك الرأس أو الأرجل، أو الشفتين أو الشد بالعينين .

• مشاكل واضطرابات الصوت:

تنتج مشاكل الصوت عن أسباب كثيرة، وغالباً ما تكون على شكل بحة، أو انخناق في الصوت، أو لا أصوات على الإطلاق، أو ما يطلقون عليه الصوت الطفولي، كأن تكون هناك مشاكل في الأوتار الصوتية أو مشاكل في الحنجرة، . . . الخ، ويتطلب من الشخص المصاب بمشاكل في الأوتار الصوتية التوجه إلى طبيب الأنف والأذن والحنجرة لتقييم المشكلة، ومن ثم تحويله لإختصاصي نطقي لمعالجة المشكلة مثل البحة الصوتية، إنعدام الصوت، الصوت الطفولي .

• معلومات تهم الأهل بخصوص مشاكل السمع واللغة:

يجب توعية الأهل بأهمية الاكتشاف والتدخل المبكر لمشاكل السمع في جيل مبكر، لأن السمع السليم ضروري لاكتساب وتطوير اللغة وتعلم الكلام . والطفل من الولادة وحتى جيل 5 سنوات يكتسب ويطور أساسيات اللغة والكلام اعتماداً على ما يسمعه . والطفل الذي لديه مشكلة لغوية أو نطقية غير معالجة لن يستطيع أن يطور اللغة والكلام بشكل تلقائي، ويصعب عليه التواصل مع الآخرين وسيواجه أيضاً مشاكل تعليمية، مشاكل إجتماعية وكذلك مشاكل نفسية، مما يؤدي إلى عدم مقدرته على الاندماج بالحياة العامة، ولأن اللغة المنطوقة هي لغة التعليم المدرسي ولغة المجتمع .

• تترك اضطرابات النطق والكلام آثاراً متنوعة وعديدة على الطفل، منها:

- تعرض الطفل للسخرية والاستهزاء من الآخرين؛ مما يزيد من ثورات غضبه وإنفعاله .
- حرمان الشخص من بعض الفرص الوظيفية والمهنية المرغوبة في المستقبل .
- الشعور بالنقص، والخجل والحرمان من فرص النجاح .
- في بعض المواقف لا يستطيع أن يبدي رأيه بالشكل المطلوب، ولا يستطيع الدفاع عن حقوقه، وهذا قد يؤدي إلى ردود فعل عكسية .

• من أسباب صعوبة الاتصال في اللغة والنطق:

- أسباب وراثية .
- تناول الأم بعض الأدوية أثناء الحمل بدون إستشارة طبية .
- إصابة الأم بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل .
- نقص اليود في غذاء الأم .
- الولادة العسرة (نقص الأوكسجين)، الشلل الدماغى، صعوبة في تحريك أعضاء النطق مثل الوجه، الفم والأسنان .
- التعرض للجلطات الدماغية .
- أسباب ناتجة عن مشاكل سمعية (وراثية او مكتسبة) لأن مشاكل السمع تؤدي إلى اضطراب في إخراج الأصوات .
- قد لا يكون هناك أسباب للتأخر النطقي واللفظي (بيئي أو وظيفي) .
- أسباب غير معروفة .

ثالثاً: التشخيص

يجب على الأهل أن يأخذوا بعين الاعتبار احتمالية التأخر اللغوي أو النطقي إذا لوحظ تأخر في مراحل اكتساب اللغة في النواحي التالية:

- المرحلة ما قبل الكلامية: أصوات، بكاء، ابتسامة، تأشير.
- المرحلة إحادية الكلمة: المعدل (129- شهر).
- المرحلة القواعدية المبكرة: المعدل (18-26 شهر)، تزداد الثروة اللغوية أكثر، جهاز النطق يصبح أكثر تطوراً وكلامه أكثر مفهومية، يستعمل الجمل البسيطة، يستعمل الأسماء ويضيف إليها الأفعال وتزداد المفاهيم.
- المرحلة القواعدية المتأخرة: تقل الأخطاء بصورة ملحوظة، وتصبح لديه، ها جمل طويلة ومتراطة وسليمة قواعدياً، الثروة اللغوية التي لديه تمكنه من الاندماج في المدرسة، وفهم ما يدور حوله والحديث عنه وإضافة أشياء أخرى لقاموسه اللغوي.

• تطور المركبات اللغوية لدى الأطفال

العمر	الكلام	الشكل	الفحوى	الاستعمال
4 أشهر	التحول من أصوات ردود فعلية تلقائية مثل البكاء، إلى أصوات خلفية (تصدر من الحنجرة) مثل (خ، غ).			
7 أشهر	أصوات خلفية قوية ومختلفة مرحلة الململة مستمرة مثل (داددا).			يلعب بقوانين أخذ الدور.
10 أشهر	أصوات متسلسلة وبنغمة متنوعة، ينتج أصوات خلفية وأمامية.			يعبر عن حاجياته الأساسية بصورة موجهة (مقصودة)
15 شهراً	يخرج أصواتاً تهدف التعبير عن كلمة معينة مثل (بيب) تمثل كل السيارات).	مرحلة الكلمة الأولى. يعبر عن إرادته. لديه كلمة واحدة.	يفهم بسيطة، يؤشر إلى حيوانات، ملابس، وألعاب.	يقلد الكلمات ويعبر عن أحاسيسه.

العمر	الكلام	الشكل	الفحوى	الاستعمال
19-24 شهراً	نطق الكلمات قريب من المقبول، في الكلام المتواصل يحذف بعض الأصوات مما يصعب فهمه.	يبدأ باستعمال تعابير مركبة من كلمتين: ماما بدي بوت (يستعملون قوانين الصرف، مذكر، مؤنث، مفرد، جمع).	يسرد أحداث من الماضي، يكتب المصطلحات الأساسية، مثل: كبير، صغير، فوق تحت.	يجيب على الأسئلة البسيطة
30 شهراً	النطق جيد وفي الغالب مفهوم، احتمال حذف بعض الأصوات.	من التعابير يعبر بواسطة جمل، يضيف كلمات الربط (في، ال، مع) يستعمل قوانين الصرف بصورة موسعة، فعل ماضي ومضارع.	يدخل مفاهيم كثيرة، مثل الحجم، الألوان وصفات مختلفة.	مبادرة أكثر في المحادثة والأسئلة والتعابير التلقائية ويعرف قوانين المحادثة يأخذ بالأعتبار المعلومات لدى السامع.
3 سنوات	كلام واضح ومفهوم حتى للغرباء.	يستخدم الجمل المركبة والطويلة وقوانين الصرف مع أخطاء طفيفة فقط، يعبر/ تعبر عن سلسلة من الأفكار.	يفهم طلبات مركبة أكثر، وسلسلة من الأحداث، يتحدث عن مواضيع غير متصلة بتجاربه، يفهم مصطلح الزمن والكمية بشكل حزني فقط.	
4 سنوات	النطق سليم وسيطر على معظم الأصوات اللغوية.	يتحدث بواسطة جمل مركبة وشرطية مكونة من 4-5 كلمات تقريباً. الثروة اللغوية تتراوح ما بين 1500-1600 كلمة تقريباً ويستعمل 150000 منها كل يوم وهناك علاقة قواعدية بين الجمل.	يفهم أيضاً مواقف السخرية.	
5 سنوات	الثروة اللغوية تقريباً 2200 كلمة.	يدرك مفهوم الزمن ويفهم: اليوم، غداً، البارحة.	يستطيع استعمال اللغة للمحادثة مع الآخرين، يناقش مشاعره ولديه روح النكتة.	

يكون تطور اللغة في السنوات المقبلة بطيئاً ثم يبدأ بالاستقرار

بعد ملاحظة الاكتشاف من قبل الأهل أو المعلم، وتحويله لاختصاصي اللغة والنطق والسمع، فإن أول مرحلة من مراحل التدخل العلاجي هو إجراء عملية التقييم الشامل.

خطوات عملية التقييم، تشمل الآتي:

- تعبئة النموذج الخاص باستقبال الحالة (Intake form) والذي يحتوي:
- تاريخ الحالة، من أهم النماذج التي تحتوي على معلومات أساسية يتم الاعتماد عليها في عملية التقييم، مثل: الحالة الاجتماعية، الوضع الطبي، من خلال التقارير الطبية المرفقة ومعلومات عن تاريخ ظهور المشكلة، وهناك معلومات أساسية لا بد أن تعطى بشكل واضح وصريح للحصول على تقييم دقيق حتى يتم العلاج بشكل مهني وفعال.
- معلومات عن الحالة الاجتماعية والتي تشمل تاريخ الميلاد، مكان الولادة، العمر، إسم المدرسة، ترتيب الطفل بين أخوته، عدد أفراد الأسرة، صلة القرابة بين الوالدين، المستوى التعليمي للوالدين، مشاكل سمعية أو لغوية أو مشاكل تأتأة في العائلة. التعرف على التاريخ المرضي ووصف المشكلة (Case His) مثل هل هي اضطراب في النطق، أو تأخر لغوي، أو مشاكل في الصوت، أو تأتأة.
- مرحلة الحمل والولادة: وزن الطفل عند الولادة، نقص الأوكسجين، إرتفاع نسبة الصفار في الدم.
- مراجعة مراحل تطور اللغة وفقاً للجدول أعلاه والكشف عن المراحل التي حدث بها تأخر.
- أمراض تعرض لها (مثل السحايا، مشكلات في الأذن، . . الخ).
- فحص تجويف الفم وفحص مخارج الحروف للكشف عن اضطرابات النطق، مثل استبدال حرف بحرف آخر.
- أخذ عينة كلامية تشمل كافة جوانب اللغة، فحص الاستيعاب والفهم، والتعبير، والمخزون اللغوي، فحص جوانب اللغة من أصوات، نحو، معاني، إستعمال الأفعال والأسماء، إستخدام اللغة (البلاغة)، مذكر مؤنث، جمع، جمع مذكر سالم وجمع مؤنث سالم، قراءة وكتابة. فحص الطلاقة من خلال إجراء محادثة، تسجيل الكلام مع ملاحظة عدة أمور تتعلق بالطلاقة مثل سرعة الكلام، الاطالة، الوقف الجهد في الكلام وخصوصاً عند بداية الكلام الشد.
- تقييم اضطرابات الصوت مثل البحة الصوتية (ضرورة إرفاق تقرير طبي من قبل اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة قبل البدء بالعلاج، وأثناء العلاج وبعد الانتهاء من الجلسات العلاجية).
- ضرورة إرفاق تقارير طبية وتربوية ونفسية وفحوصات سمع إن وجدت.

التشخيص والجهات المعنية

إختصاصي/ة النطق واللغة والسمع: هو الشخص المخول لعمل التشخيص والعلاج لمشاكل النطق واللغة والسمع، وللحصول على تقييم شامل وصحيح لا بد من إستشارة بعض الأطباء من ذوي الاختصاص وليس من الضروري الكل، كل حسب مشكلته ويتضمن هذا الفريق الآتي ذكرهم:

إختصاصي/ة انف وإذن وحنجرة: هو الاختصاصي لكل الحالات الذي يفحص الأنف، الأذن، الحنجرة والواتار الصوتية، ومن ثم يعمل تحويل لفحص السمع وهذا إجراء روتيني لجميع الفئات والحالات، ويجب ان يرفق تقرير من الاختصاصي قبل العلاج ومثال على ذلك مشاكل الصوت (البحة الصوتية).

طبيب تقويم أسنان: يتم استشارته إذا ارتأت الحاجة لمشاكل في نطق بعض الأحرف، مثل حرف (س، ص) وايضاً لتقييم حركة الفك السفلي والعلوي.

إختصاصي/ة جراحة: يتم إستشارته إذا وجد المعالج لدى الطفل اضطراب في إخراج حرف «ر» كربط اللسان (ملاحظة يجب تصويبها، مشكلة ربط اللسان لا تسبب التأخر اللغوي وإنما تؤثر فقط على نطق حرف ر)، وفي كثير من الأحيان يكون اضطراب حرف «ر» سبب وظيفي لا أكثر ويعالج من قبل إختصاصي اللغة والنطق. وإذا دعت الحاجة إختصاصي نفسي: لتشخيص التأخر العقلي، وأيضاً يتم إستشارة إختصاصي أعصاب أطفال: لعمل التشخيص اللازم للتوحد، وإختصاصي تطور الطفل.

• الخطة العلاجية:

تبنى الخطة العلاجية كل حسب تقييمه الأولي، وعملية التقييم هي عملية مستمرة. يعتمد النجاح مع الشخص الذي لديه مشكلة على عدة أسباب، منها: العمر، أسلوب المعالج، الوالدين، الأسرة، المدرسة، المتابعة، الوسائل المتبعة، الحالة النفسية، العمر العقلي والدافعية والاستمرارية.

أهداف الخطة العلاجية:

- التحفيز السمعي، مثل: التمييز السمعي للكلمات المتشابهة مثل باب- ناب، رز- غز.
- وضوح الكلام وعدم السرعة في الحديث.
- إستخدام اللغة بشكل صحيح في مواقف الحياة المختلفة.
- زيادة القدرة على الانتباه والتركيز والاستيعاب والتعبير.
- إستخدام سرعة معتدلة من الكلام وقدرة جيدة على الكلام (الطلاقة في الكلام)، والتخلص من التأتأة.
- تدريبات على صحة الصوت والتعرف على سوء إستخدام للصوت.
- إستخدام استراتيجيات لتحسين الفهم وسرعة القراءة.
- إستخدام التكنولوجيا لتحسين السمع، مثل: إستخدام أجهزة FM، وتركيب السماعات ذات الكفاءة العالية الجودة Digital Hearing Aids، وزراعة القوقعة Cochlear Implant.

ملاحظة تهم المعلمون/ ات والمدربون/ ات وأولياء الامور الأعزاء :

جميع العلاجات الواردة ذكرها ليست فقط للطلاب وانما لفئات المجتمع كافة وتشمل الأطفال وكبار السن أيضاً.

رابعاً: توصيات التدخل

توصيات للأهل وتوصيات علاجية

- المتابعة عند ذوي الاختصاص عند حدوث مشاكل في الأذن (طبيب الأنف والأذن والحنجرة كاعطاء العلاج بالادوية وإن لزم الامر لعمل العمليات الجراحية للأذن)، وعمل الفحوصات السمعية الدورية عند أخصائي السمعيات أو تركيب السماعات أو عمل زراعة القوقعة.
- متابعه الجلسات العلاجية بصورة مستمرة وحسب التوصيات اللازمة من قبل الاختصاصي، والتزام الأهل بالارشادات الموصى بها.
- عمل الصيانة اللازمة للاجهزة السمعية أو أي أجهزة أخرى مساعدة.
- أخذ شكوى الطفل على محمل الجد وليس الهزل، ففي كثير من الأحيان تكون شكواه في محلها: مثال "طفل يشكو من عدم السمع في إحدى الاذنين".
- التأهيل بعد عملية زراعة القوقعة:
- الأطفال بعد زرع القوقعة بحاجة لتدريب خاص ليساعدهم على تطور مهارات السمع والكلام. لذلك من الضروري أن يلتحق هؤلاء الأطفال في برنامج تأهيل/ تعليم يعمل على تطوير مهارات السمع والكلام لديهم.

أساليب تطوير وتشجيع اللغة الملائمة للاهل والمعلم/ة و لاختصاصي التربية الخاصة.

- قلد وتفاعل: كرر كلمات الأطفال أو أصواتهم وأفعالهم مع مراعاة اللفظ الصحيح؛ يظهر الاهتمام ويعزز قيمة التواصل الكلامي عند الأطفال بل وينمي لغتهم.
- تفاعل مع أي بادرة للتواصل بحب ومرح ونشاط، وقلد الأصوات المحيطة به، وشجعه على تقليد الأصوات وإربطها مع ما يمثلها من الأشياء.
- أضف: دائماً كلمة إلى كلماته ومعنى إلى معناه وصوتاً إلى صوته.
- إذا قال: سيارة، يمكن أن تقول: سيارة أحمد. وإذا قال لعبة، قل: لعبة كبيرة أو لعبة أحمد، وما أجمل اللعبة.
- علق: كن معلقاً بارعاً وصف كل ما يهتم الطفل وما ينشغل به أو ينتبه له بالنظر أو بالاستكشاف أو باللعب، وشد انتباهه بقدر المستطاع واصفا الحدث.
- فسر: فسر وترجم كلماته وأصواته وحركاته الغامضة إلى كلمات أو عبارات ذات معنى، وتتصل بما يقول أو يحاول أن يقول، أو بما يشير إليه.
- مثال ذلك: إذا قال الطفل "اتلابلا" أثناء وقوفه عند الباب ممسكاً بمقبض الباب، يمكن أن يفسر ذلك أنه يريد أن يقول: أنا أريد أن أخرج خارج الغرفة (أطلع برا)، كرر العبارة بنطق سليم. لتبين النموذج الصحيح، ووفر له فرصة الاستماع.

- اهتم بالرسائل: كن قارئ جيد لكل رسالة يرسلها لك طفلك؛ فكل محاولة من الأطفال للتواصل ذات أهمية لنمو اللغة، وإن كانت ضعيفة. الرسائل بقصد التواصل متنوعة منها النظرة بالعينين والابتسامة وحركة اليدين والذراعين، وحركة الرأس والرقبة والصدر، وحركات الأرجل، والإشارات والإيماءات، والأصوات غير المفهومة والصراخ والبكاء والأنين، والكلمات المفردة غير الواضحة والواضحة، والعبارات القصيرة والجملة الطويلة، كلها رسائل ينبغي على الراشد حسن التعامل معها وعدم رميها في سلة المهملات؛ لأن ذلك يقضي على فرص التواصل بين الطفل والديه ومجتمعه.
- لذا حين يشير الطفل إلى الكأس، استجب له وقل: تريد ماء، حسناً، سوف أسكب الماء، خذ الماء. إن تجاهل محاولاتهم سيثنيهم عن القيام بمحاولات أخرى، ولذا دعهم يعرفوا أنك تفهم رسائلهم الكلامية وغير الكلامية على أن تتواصل معهم شفهاياً.
- علم كلمات: الطفل بحاجة أن يعبر بكلمات لكن قد تعوزه اللغة. مثال: حين يسقط الطفل أرضاً ويصرخ من الألم، قل له: آه، وإستخدم مفردة مناسبة للحدث، أو حين يمسك بحدائه في يده، فقد يدل ذلك على أنه يرسل لأمه رسالة معناها "أمي أريد أن تلبسيني حذائي" فالاستجابة التواصلية والعملية تشجعه على تعلم التواصل.
- امنح خيارات: أسلوب يسمح بالتواصل من دون إحباط. مثل: إذا أشار الطفل إلى كأس، فقل له: تريد حليباً أو عصيراً؟ إن احتمال الحصول على إجابة لفظية لهذا السؤال ستكون أكثر مما لو طرح السؤال بصيغة ماذا تريد؟
- تعجب واستفهم للإيضاح: فإذا قال الصغير: "صير"، ويقصد، تقصد "عصير"، ماذا تقصد؟ مع علامات دالة على التعجب.
- قل: آه تقصد عصير. أنت تريد عصير، تحب عصير، سأسكب عصير، عصير لذيد. التواصل بتلك الطريقة ينمي لغة الأطفال من دون إحباط.
- أعد ببطء: لا تتوقع منهم نطق الأصوات بوضوح. أعد في هدوء وببطء وبالغ في نطق الصوت الذي لا يستطيع نطقه، أو قد حذفه أو استبدله أو شوهه.
- مثال: إذا قال: تمكه ويعني سمكه، يمكن أن تقول: مازحاً (س س سمكة كبيرة) متيحاً للطفل فرصة النظر إلى فمك وتعلم اللفظ السليم. وحاذر أن تقول مباشرة لطفل: أنت تخطيء النطق أو أعد الكلمة قسراً، أو أن تضحك من نطقه أو تقولها كما هي. لكن أعد مباشرة ما قاله بنطق سليم بطيء مع مبالغة في حركة الفم تكراراً ومراراً عند كل فرصة سانحة ووجهك لوجه، ولا تجبره على التقليد إن لم يرغب بذلك.
- توقف وأنظر: انزل على ركبتيك وقابله وجهاً لوجه؛ ليعرف الطفل أنك تحاول فهم ما يقول وتقدر، وامنحه وقتاً كافياً بالإصغاء له، وامنحه وقتاً يجمع أفكاره؛ ليعبر عما يجول بذهنه، يؤكد هذا السلوك من الراشد أن جهود الصغير تلقى اهتمام من الآخرين.
- تعرف على مشاعر الإحباط: إذا لاحظت أن الطفل محبط فتوقف وخطط للقيام بمحاولة أخرى فيما بعد، كن لطيفاً معه عندما يحاول ويفشل أو عندما لا تفهم كلامه. حاول تفسير مقصده، وإن لم تنجح وجه انتباهه واهتمامه نحو شيء آخر في المكان ويمكنه التحدث عنه بنجاح.
- تحدث عن ما يهتمهم: راقب اهتمامات الطفل، وتحدث معه عن ما يهتمهم وعن أنشطته وعن خبراته، الأطفال ينشغلون في ما يهتمهم ويتعلمون منها، وقد لا يهتمهم ما يهتم الآخرون.
- القدوة: كن نموذجاً وقدوة حسنة في كلامك وتواصلك؛ ليستطيع الطفل الإقتداء بك.

- علم إيصال المعنى بطرق عدة: تكلم بأساليب مختلفة مثل تغيير نبرة الصوت وسرعة الكلام، أو استخدام المترادفات وتصحيح اللفظ. يمكن تعليم هذه الاستراتيجيات عن طريق استخدامها حين تتحدث معه مرتكباً أخطاء متعمدة، ليرى الطفل كيف تصححها.
- مثال ذلك: عندما تقول، أحضر يا أحمد تيارتك، تيارتك! لا لأعني سيارتك، نعم سيارتك. حين يلاحظ الطفل أنك تستخدم هذه الاستراتيجية سينظر إليها على أنها أسلوب يمكن استخدامه إذا ما ارتكب خطأ، أو أراد أن يبين المعنى الذي يقصد. حين يبدأ الطفل في تصحيح كلامه، دعه يعرف أنك تقدر الجهود التي يبذلها كأن تقول له: آه كنت رائعاً يا أحمد.
- تحدث بكثرة: تأكد من أن تتيح للطفل كثير من الفرص للتحدثا سوياً من خلال القصص المصورة أو النشاطات اليومية عند تغيير الملابس، أو الاستحمام، أو الطعام أو الرحلات.
- شارك: شاركهم اهتماماتهم، كالنظر إلى ما ينظرون إليه، واللعب معهم، والتحدث عما يريدون الكلام عنه.
- كن ديمقراطي: لا تكن دائماً مواجه للنشاط، بل امنحهم الحرية في اختيار ما يرغبون القيام به، فهذا أفضل للتواصل معهم.
- لا تتطفل: لا تشاركهم النشاط إن لم يرغبوا بذلك، بل كن مراقب عن بعد، وحاول وصف ما يقوموا به، ثم حاول الانضمام لهم.
- شجع الأصوات: شجعهم على الاستجابة الصوتية ولو لم تكن واضحة؛ لأن ذلك يساعد في التطور التواصل.
- كن مشجعاً لا تتوقع من الاطفال الكمال في كل محاولة لاستخدام الكلام، شجع كل محاولة يقوموا بها حتى ولو لم يتحقق الهدف.
- اعمل على تعزيز الطفل كافتهم على كل المحاولات التي يقوموا بها للكلام، وابتسم أو هزر رأسك أو كرر الصوت كنوع من التواصل، فهذا يجعلهم يحاولوا التفاعل أكثر.
- لا تتنبأ: لا تتوقع احتياجاتهم من غير تواصل بالكلام، فهذا يلغي الدور المؤثر لاستخدام اللغة الكلامية، ولا تنسى أن الحاجة هي أم الاختراع، وإحدى وظائف استخدام اللغة بين البشر هي التعبير عن الاحتياجات.
- استمع: استمع لما يقوله بانتباه واهتمام شديد، فهذا يمنحهم الشعور بأهميتهم مما يدفعهم لتعلم المزيد من أجل تواصل فعال. ولا تقاطعهم أثناء تحدثهم وكن مستمعاً جيداً.
- توسيع الثروة اللغوية: سمي مسميات الأشياء واستعمالها بأن تسمي الأشياء مثل الملابس، وأعضاء الجسم وتعريف ما هي وظيفة كل واحد منهم مثال: هذا أنفي يشم فيه رائحة الورد، الكعك، الألعاب، الأطعمة، أسماء أفراد العائلة، أثاث المنزل، والحيوانات وغيرها. والاستمرار في استعمال الكلمات الجديدة.
- أنشد لهم: الإنشاد محبب عند كل الأطفال فلما لا يستخدم لتنمية اللغة والتواصل.
- علمه الإصغاء: ساعدهم على تعلم الاستماع للآخرين. حاول لفت انتباههم للأصوات طوال اليوم، وردد/ي كثيراً عبارة "إسمع أو أنا أسمع".
- بسط اللغة: تكلم معهم من خلال جمل بسيطة، وإن كانت لغتهم متأخرة جداً تكلم من خلال كلمات مفردة، ولا تكن لغتك بعيدة كل البعد عن مستوى لغة الطفل.
- سهل المهمة: أطلب منهم ما يستطيعوا عمله عند بداية تعليم اللغة؛ لتشجيعهم على التعلم، وتدريباً ضمن المهام الأكثر تعقيداً.
- لا تجبرهم على قول كلام لا يرغبوا قوله، إنما حاول تشجيعهم.

- استخدم الجمل: تكلم في جمل ذات معاني يفهموها؛ لأن فهم اللغة يسبق استخدامها ومتطلب لتأسيس التواصل.
- كرر كل ما تريد تعليمه، التكرار يساعده على التعلم بشكل كبير.
- قف: أكثر من الوقفات بين الجمل، لتمنحهم وقتاً للمشاركة.
- لا إشارات: لا تستم في التواصل معهم من خلال الإشارات، لأن ذلك يلغي أهمية التواصل من خلال الكلام.
- الحلم: كن/كوني صبوراً ومعلماً حكيماً، فتعليم اللغة يتطلب بعض الوقت إلى أن تظهر النتائج المرجوة. الإهمال والتفاسس يبطئ من تطور اللغة، يعوق الأطفال عن التواصل مع الآخرين وعن اللحاق بأقرانهم في النمو، وقد يعوق تعلمهم أيضاً. تذكر أن التعلم يتطلب وقتاً وجهداً.
- كن/كوني ممتعاً: المرح والتسلية والمتعة ينبغي أن يترافقوا مع تعليم اللغة؛ لأن ذلك يعزز الاكتساب السريع ويقلل الإحباط على الأطفال. لا تكن أجواء تعليم اللغة رسمية ورتيبة ومملة، فذلك أدعى للفشل من النجاح.
- بالغ في النطق: المبالغة في النطق تساعد الأطفال على تعلم نطق الأصوات بشكل أفضل، افتح فمك وبالغ في حركة شفاهك، لسانك وأسنانك وواجه الطفل.
- فعندما يقول الطفل على سبيل المثال: "وثخ" ويقصد "متسخ"، قل مع المبالغة الشديدة: وسسسسخ، ضاغطاً على الأسنان ومباعداً بين الشفتين ووجهها لوجه في حوار جميل.
- كن مبدعاً: كن خلاقاً لنشاطات والأفكار، ولا تكن مقيداً لأفكار محدودة، لأن اهتمامات الأطفال مختلفة، مما يتطلب المرونة في العمل والأنشطة.
- الشمولية: انطلق من خلال أفكار أكثر شمولية لتعليم اللغة، فذلك أسرع في اللحاق بالأطفال الأسوياء. انطلق من خلال تنمية مهارات عديدة وفي أوقات قريبة، فذلك يوفر الجهد والوقت.
- تبادل الأدوار: واحد من أهم أهداف اللغة والتواصل هو تبادل الأدوار، علم الطفل تبادل الأدوار من خلال اللعب، وإن لم يشاركك دعه والعب مع غيره حتى يرغب في المشاركة.
- الكثافة الحسية: علم اللغة والتواصل باستخدام أكبر قدر من الحواس، مثل: الذوق، الشم، السمع، البصر واللمس.
- إغتنم الفرصة: يمنحنا الأطفال فرصاً لا متناهية للتواصل معهم وبطرق مختلفة، وقد تكون وسائلهم للتواصل ضعيفة، لكن على الراشدين إستغلالها لصالح تعلم اللغة والتواصل، والتعرف على أنواع الفرص التي يمنحها الأطفال الكبار وكثيراً ما تهمل.
- إعطاءه فرصة: إمنح الطفل الوقت لإكمال حديثه وتعزيز كل محاولة اتصال، وأيضاً منح الاهتمام والاصغاء الكامل.
- تعليم المفاهيم: إدخال ظرف المكان والزمان (الأمس، اليوم، الغد)، استعمال الكلمات العكسية (بعيد - قريب) (عالي - واطي) وتفسير التصنيف (فواكه، خضار، ملابس، مثل «البنطلون لا يدخل تحت تصنيف التفاحة لأنه لا نستطيع أكله»).
- الوصف: إعطاءه المجال لوصف ما شاهده في يومه من شخصيات وأحداث.
- تعلم الدمج في أساليب التعلم: حاسة السمع، حاسة البصر، والتطبيق العملي.
- استخدام التطور التكنولوجي: لأنه يعطي مجالاً واسعاً، مثال استغلال البقايا السمعية بالسماعات أو زراعة القوقعة واستعمال برنامج اللوح الداعم للغة.

- العمل على توجيه الاهل للاماكن التي تتوفر فيها الخدمة لأي مشكلة .
- وفي النهايه فإن «الاكتشاف والعلاج المبكر» هما أفضل طريقة للوصول إلى نتائج إيجابية .

خامساً: قائمة المراجع

زريقات، إبراهيم عبدالله (2005): **إضطراب اللغة و الكلام التشخيص و العلاج 9957-7432**، دار الفكر، عمان، الاردن .

المراجع الانجليزية

Fromkin V., Rodman R. (1993): **An Introduction to Language**. Harcourt Brace collage publishers. ISBN: 0-03-054983-3.

Culatta R., Goldberg S. A. (1887): **Stuttering Therapy**. An Integrated Approach to Theory and Practice. Allyn and Bacon.

Shamas,H. S., Wiig, E., Secord, A.W. (1994): **Fourth Edition**. Human Communication Disorders.An Intruduction. ISBN: 0-409471-4. Macmillan college puplishing , Inc

El-Zraigat, I. (2009). **Hearing Impairment**. Principles of Audiological , Speech, & Educational Rehabilitation. ISBN: 9957-07-607-8.

El-Zraigat, I. (2005). **Speech & Language Disorders**. Diagnoses and Treatment. ISBN:

اعداد: أستاذ صباح النابلسي

توصيات تربوية موجهة للطاقت المدرسي

- عند دخول الطالب الى المدرسة يجب أن نخبر المدرسة عن المشاكل التي يعاني منها الطفل ، ومنها مشكلته السمعية حتى يتم إجلاسه في المقاعد الأمامية في الصف للتأكد من تقدمه الأكاديمي .
- توفير بيئة تربوية هادئة وغنية من النواحي الفيزيائية والتكنولوجية ، حراره الغرفة ، الضجيج مثل إزالة صوت الكراسي ، إزالة الصدى من الغرفة ، إزالة الرسومات المشوشه للانتباه ، وتركيب أجهزة FM لتنقية الصوت ووضوحه ، إطفاء الأجهزة التي تسبب الضوضاء مثل التلفاز والراديو .
- تقديم الدعم الكافي للطفل وعدم إحراجه وتفهم مشكلته وتوجيهه بتوفير الحلول المناسبة التي تلائم مشاكل الطفل ، وعدم الاستهتار بمطالبه .
- توطيد العلاقة بين المدرسة والأهل المبينة على العلاقة الجيدة على أن يكون الطفل هو المحور الرئيسي .
- العمل على إجراء مسح لغوي لجميع الأطفال في جيل 5 سنوات .
- التنوع في عرض الوسائل التعليمية اللافتة للانتباه كالصور أو القصص ، والعمل على توفيرها أو عملها ضمن الفعاليات .

الوقايه خير من العلاج:

- حتى نتفادي جميع المشكلات التي قد تحصل للطفل لا بد من العمل على :
- العناية بالحامل منذ بداية الحمل ، والتأكد من خلوها من الأمراض ، فقر الدم وسوء التغذية ، الاهتمام بصحتها وتغذيتها ، وتجنب استعمال الأدوية دون استشارة طبية ، وأيضاً العناية الخاصة بالحوامل المعرضات أكثر من غيرهن لمضاعفات الحمل والولادة .
- التشخيص المبكر : فحص المواليد قبل الخروج من المستشفى ، وذلك بإجراء فحص السمع المسحي والمتابعة إن لزم الامر ، وأيضاً فحص المواليد فحصاً دقيقاً من قبل مراكز الأمومة وأطباء الاطفال ، ومراقبة نمو الطفل وتطوره ، مما يساعد على تشخيص الحالات والمشاكل بصورة مبكرة للحصول على أفضل النتائج .
- الوقاية من الأمراض ، كالتهاب السحايا والحماية من حوادث البيت والمدرسة والطرق .

توصيات للعمل في مركز المصادر

هذه التوصيات تشكل الأساس للخطة التربوية التي ستبنى للطالب في مركز المصادر:

- العمل على توفير معلم تربوية خاصة في غرفة المصادر .
- العمل على تقييم أولي للطفل يتناسب والمرحلة العمرية وتحديد نقاط القوه والضعف ليتم العمل عليها خلال السنة .
- عمل تقييم شامل ودقيق لمادة اللغة العربية والرياضيات ، وبناء خطة تربوية فردية لكل طفل .
- عمل تقييم مرتين في السنة لمعرفة التحسن الذي يطرأ على الطفل / الطالب .
- العمل على تحويل الطفل الى أخصائيين آخرين إذا دعت الحاجة أو وجود شك في أي مشكله مثل (أخصائي علاج نطق ولغه أو أخصائي وظيفي ، . . . الخ) .
- يفضل تحويل الطفل لإجراء فحص سمع قبل البدء بالجلسات الفردية .
- التنسيق لعمل دورات إرشادية مع اختصاصي اللغة والنطق والسمع في كل مدرسة ، ودعوة أهالي الطلاب والمدرسين بهدف توعوي .

الجزء الرابع: العلاج الوظيفي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

أولاً: مفهوم العلاج الوظيفي:

هو إحدى المهن الطبية المساعدة تُعنى بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، المصابين باعاقات جسدية، حسية، حركية، فكرية، عقلية، نفسية أو اجتماعية. وهي تعمل على تأهيل أو إعادة تأهيل المهارات والقدرات التي تساعد على التكيف الوظيفي والسلوكي للأشخاص وذلك من خلال نشاط هادف.

ان الهدف الرئيسي للعلاج الوظيفي هو تطوير استقلالية الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية ودمجه في مجتمعه. وهي مهنة تعمل في مجالات الوقاية، التأهيل، إعادة التأهيل، التدريب والدمج المدرسي.

تقوم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم. تنمية البراعة اليدوية، تنمية التآزر الحركي - الحسي. تنمية مهارات الحياة اليومية. تنمية قدرة الطفل على التحكم بعضلاته. التدريب على إستخدام الأجهزة المساعدة على التنقل والحركة. توظيف أوقات الفراغ واستغلالها. تنمية مهارات العناية بالنفس.

دور الأخصائي الوظيفي

يركز أخصائي العلاج الوظيفي في المدارس على تحسين عملية الاكتساب وتطوير أداء الطالب في المجال التعليمي/ الأكاديمي، ودور الأخصائي هو أن يقيم الطالب ويعرفه على المعينات التي تحد من اكتسابه التعليم أولاً، ومن ثم تقييم الطالب في المجال الحركي، ومجال الإدراك الحسي، والإدراك البصري وقرارات الاعتناء الذاتي ومهارات المعيشة اليومية، ومهارات ما قبل المهني ومهارات العضلات الدقيقة.

أهمية وجود أخصائي للعلاج الوظيفي في المدارس، هو أن يشجع الطالب ويساعده على النجاح في مجال التركيز والإصغاء، والتعامل مع القراءة والكتابة وفي التعبير عن رغباته بسلوكيات ايجابية مرغوبة. الأخصائي للعلاج الوظيفي هو أيضاً جزء لا يتجزأ من وضع الأهداف للخطة الفردية التعليمية للطالب وهو داعم أساسي لتحقيق هذه الأهداف.

ثانياً: مؤشرات الكشف عن الصعوبات التي تحتاج العلاج الوظيفي لذوي الاحتياجات الخاصة

المؤشرات الخاصة بالأهل للطفل دون سن 5 سنوات:

- صعوبة في لفظ الكلمات.
- صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة.
- صعوبة في تعلم الحروف الأبجدية، الأعداد، الألوان، الأشكال الهندسية، أيام الأسبوع.

- صعوبة في استعمال الأزرار، السحابات، وربط الحذاء.
- صعوبة في تلبية طلب (تطبيق الأوامر).
- صعوبة في التحكم بقلم الرصاص أو التلوين، استعمال المقص.
- صعوبة في التلوين داخل إطار.
- صعوبة في الرسم.
- ضعف في التوازن عند الركض، القفز، والتسلق.
- صعوبة في التركيز (قابل للتشتت).
- الاندفاعية.
- صعوبة في إتمام المهام.
- صعوبة في الانخراط الاجتماعي، يفضل اللعب لوحده.
- حركة زائدة.

المؤشرات الخاصة بالأهل والمعلم للطالب في سن الروضة والمرحلة الابتدائية:

- إهمال في الأداء.
- ضعف في تحديد الاتجاهات (يمين، يسار/ فوق، تحت/ أمام، خلف).
- صعوبة في فهم تعابير الوجه (الإيماءات).
- صعوبة في فهم المواقف الاجتماعية.
- صعوبة في إكتساب مهارات جديدة.
- صعوبة الربط بين الحرف والصوت التابع له.
- صعوبة في المزج الصوتي لتلوين الكلمات.
- استمرارية الخطأ في تهجئة الكلمات وقراءتها.
- أخطاء في النسخ عن اللوح والكتاب.
- صعوبة في اكتساب المفاهيم الحسابية الأساسية.
- استمرارية الخطأ في استعمال الرموز الحسابية (+، -، X، /).
- صعوبة في قراءة الساعة/ الوقت.
- حركة زائدة، سلوكيات غير مرضية.

المؤشرات الخاصة بالمعلم/ة لطالب في المرحلة الإعدادية:

- تجنب القراءة والكتابة.
- صعوبة في فهم المقروء.
- صعوبة في تلخيص الفكرة الأساسية للنص.
- صعوبة في الأسئلة المفتوحة.
- استمرارية الخطأ في تهجئة الكلمات وكتابتها.
- ضعف في فهم المجرد.
- ضعف في المهارات الإنشائية.
- ضعف في تطبيق المهارات الحسابية.

- غير منظم .
- بطيء في إتقان المهارات .
- صعوبة في تصحيح عمله .
- صعوبة في تقبل النقد .
- صعوبة في تقبل الإطراء أو تقديم الإطراءات .
- صعوبة في النقاش والمحاورة .
- صعوبة في فهم آراء الآخرين .
- حركة زائدة وسلوكيات غير مرضية .

جميع المؤشرات التي ذكرت سابقاً مهمة لأخصائي العلاج الوظيفي لكي يصنفها ويحددها إلى المجالات الإدراكية والذهنية المناسبة، لكي يضع خطة علاجية تعليمية هادفة لاحتياجات الطالب . ويتم تصنيف المؤشرات على المجالات الإدراكية الذهنية التالية :

المؤشرات في مجال الإدراك البصري:

- **عند الكتابة:**
 - في عملية النسخ عن اللوح أو الكتاب لا يضع الطالب النقاط على الحروف ، يحذف حروف من الكلمة أو يحذف كلمة من الجملة ، يزيد أحرف في الكلمة .
 - استمرارية في المحي أو في استعمال المحاة .
- **عند القراءة:**
 - يعطي مبررات لعدم قدرته على القراءة .
 - يشكي من ألم في عينيه باستمرار .
 - يحذف من قراءة أسطر بكاملها في النص .
 - يعيد قراءة كلمات في النص أو يعيد قراءة أسطر من النص .

المؤشرات في مجال التخطيط البصري- الحركي:

- عندما يكتب الطالب لا يترك المسافات المناسبة بين الكلمة والكلمة ، حيث يروا عدة كلمات كأنهم كلمة واحدة .
- صعوبة في تكوين الحروف في الكلمات .
- يكتب الطالب فقرات قصيرة وبجهد كبير .
- هناك تردد في التعبير الكتابي .
- مسك القلم غير فعال .

المؤشرات في مجال العلاقات الفراغية أو العلاقات المكانية:

- يستبدل الطالب مفهوم اليمين واليسار بمفهوم فوق وتحت والعكس صحيح .
- لديه صعوبة في استعمال رسم بياني ، الأعمدة الحسابية ، والشبكة الحسابية .

- لدية صعوبة في تكوين الحروف من حيث البداية والنهاية للحرف .
- غير منظم أي هناك فوضى في حقيبة المدرسة ، في جاروره المدرسي ، أو في أداؤه .
- صعوبة في اكتساب المصطلحات أو المفاهيم المكانية مثل على ، من ، بجانب ، أبعد ، أقرب ، بين ، في الوسط .
- سهل على الطالب أن يضيع في بيئته (جغرافياً) .

مؤشرات في مجال التفكير المجرد:

- صعوبة في التصنيف .
- صعوبة في إكتساب مصطلحات أو مفاهيم الزمن مثل أمس ، غداً ، قبل ، بعد ، قبل أسبوع .
- صعوبة في فهم النكت (Jokes) والمزح .
- محدودية في الإبداع والتخيل .
- صعوبة في التنبؤ وفي السبب والنتيجة .
- صعوبة في تسلسل أحداث معينة .
- التعليق غير هادف الموضوع .
- بطيء في الإجابة .

مؤشرات في مجال الذاكرة والتذكر:

- صعوبة في أن يتذكر ما شاهده أو ما سمعه .
- صعوبة في أن يتذكر تسلسل أحداث أو معطيات .
- صعوبة في عملية حفظ القصائد والأناشيد ، تواريخ ، جداول الضرب .
- هناك تكرار في الأخطاء وإن كان التكرار في اللفظ أو التهجئة أو في القراءة أو الكتابة .

ثالثاً : التشخيص

- أهم التشخيصات والتقييمات التي يستعملها أخصائي العلاج الوظيفي في تحديد مشاكل الطالب ذو العسر التعليمي .
- هناك عدة تشخيصات وتقييمات يمكن أن يستعملها أخصائي العلاج الوظيفي في تحديد المشاكل الكتابية لدى الطالب ذو العسر التعليمي ، وفهم يتضمن :
 - Processing Speed Index Scores from the Wisc
 - Development Test of visual- motor Integration
 - Bender- Gestalt
 - Jordan left- right revisal Test
 - Trails tests from the Hallstead reitan Neuropsychological battery .
- هناك عدة تشخيصات وتقييمات لتحديد المشاكل في الإدراك البصري - الحركي ومنها يتضمن :
 - The Development test of visual Motor Integration (VMI) (1

• التدخل في العلاج الوظيفي

هو إمكانية العمل والقيام بالأنشطة والمهارات المتعلقة بالحياة اليومية للطلاب . ويهدف العلاج الوظيفي إلى تحسين تطور الشخص، وزيادة استعداداته للاستقلالية، ومنع العجز الناتج عن الإعاقة، كما يركز على الكيفية التي يقضي بها الأفراد أوقاتهم كي ينجزوا الأدوار المنوطة بهم في الحياة ضمن بيئات متعددة . يكمن دور خدمات العلاج الوظيفي في تحسين أداء الفرد والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة . كما يعمل العلاج الوظيفي أيضاً على تحسين قدرة الفرد على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية والحد من اعتماده على الغير . ويركز العلاج الوظيفي بشكل رئيس على أداء الأطراف العليا الدقيقة في الجسم، خاصة حركة الأصابع، واليدين، والذراعين . تعتبر برامج العلاج الوظيفي من العناصر الرئيسية التي تستند إليها برامج التربية الخاصة سواء في مدارس التربية الخاصة وفصولها، أو في مدارس الدمج في التعليم العام وفصوله، ويقوم بالإشراف على هذا البرنامج أخصائي العلاج بالعمل والذي يركز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة .

الوسائل التي تستخدم في العلاج هي فعاليات ونشاطات هادفة إلى إيصال الطالب إلى تحقيق أهدافه التعليمية، وهناك استراتيجيات يستخدمها الأخصائي في العلاج ومنها التواصل المباشر مع مربي الصف، جلسات علاجية فردية مع الطالب، تعديلات في بيئة الصف، وملائمات خاصة هدفها إيصال الطالب إلى الأداء المطلوب منه .

أخصائي العلاج الوظيفي مسؤولاً عن المجالات التالية:

- 1) تشخيص علاجي للطالب، وضع خطة علاجية تعليمية، وتطوير الأهداف .
- 2) أن يوفر الأخصائي الملائمات المناسبة والاستراتيجيات الملائمة للطالب لكي يكتسب مهارات أدائية ناجحة في التعليم .
- 3) وأن يساعد الطالب في اكتساب المهارات الاجتماعية التي توجب عليه إتقانه خلال النشاطات والفعاليات المدرسية .
- 4) وأن يساعد الطالب في إتمام المهام المدرسية التعليمية باستقلالية .

لكي يحقق أهدافه في المجالات التي ذكرت سابقاً، على أخصائي العلاج الوظيفي أن يقوم ب:

- 1) المسح الشمولي للطالب:
 - تحديد الطلاب الذين يحتاجون الى تدخل علاجي .
 - تحديد الطلاب الذين يحتاجون على المزيد من التقييمات لتحديد احتياجاتهم .
 - تحديد المستوى الأدائي التعليمي للطالب .
 - التشخيص العلاجي .
 - تقييم الطالب تعليمياً .
 - تحديد الأهداف والتعديلات والملائمات المناسبة لاحتياجاته .
 - تحديد الاستراتيجيات العلاجية التعليمية في الخطة الفردية للطالب .
- إعادة تقييم الطالب من حيث التطورات التعليمية الايجابية، وتحديد الأهداف والملائمات والتعديلات والاستراتيجيات الخاصة بالطالب مجدداً .

رابعاً: توصيات

للمدرسة والأهل

- من الحلول التي يمكن أن يستخدمها الأخصائي في العلاج الوظيفي في تحسين أداء الطالب في عملية الكتابة في ثلاثة مجالات (1) الكشف المبكر (2) التعديلات (3) الملائمات .
- وللحد من المشاكل المستقبلية للطالب ذوي العسر التعليمي إذا تمت الوقاية في المراحل المبكرة في التعليم أي في مراحل الروضات، وصفوف الأول والثاني الابتدائي، وتتضمن الوقاية:
- التدريب المكثف على تكوين الحروف بأشكالها الصحيحة، أي من نقطة انطلاق الحرف وتكوينه (الاتجاهات) .
- موقع الحرف على السطر .
- استعمال الحواس المختلفة للتعلم الحركة، اللمس .

من التعديلات التي يمكن إستخدامها

- هو استخدام الحاسوب بحيث أن الطالب يتعلم الحرف وتهجئته من خلال برامج على الحاسوب ومن ثم الكتابة .
- والعمل على التقليل من كمية الكتابة .
- استخدام الطالب الالتقاء الشفهي .
- تسجيل كلام الطالب .
- تعديل أسئلة الامتحانات إلى أجوبة نعم أو لا، أو إلى جمل قصيرة .
- اعطاء الطالب المعلومات بطريقة مشوقة أو مصورة بدل النسخ عن اللوح .

ومن الملائمات التي يمكن أن يستخدمها الأخصائي للعلاج الوظيفي في أداة الكتابة:

- تعديل في سماكة القلم .
- وضع أداء مطاطية على القلم لزيادة الحس اللمسي عند الطالب .
- استخدام الافلام الميكانيكية بدل قلم الرصاص المعتمد عليه .

توصيات للعمل في غرفة المصادر

طرق لتحسين خط الطالب:

- الجلسة الصحيحة: وذلك يتضمن ملائمة طاولة الطالب وكروسي الطالب لطوله وحجمه .
- وضعية الورقة: وذلك يتضمن وضع الورقة أو الدفتر في زاوية 45 درجة إلى جسم الطالب، وأن تكون يد الطالب الغير مسيطرة على الطاولة لتثبيت الورقة بها .
- أسلوب التشفير: وذلك يتضمن وضع ورقة شفافة على الحرف أو الجمل وعلى الطالب أن يرسم ما يراه مراعيًا بداية الحرف وتسلسل الحركة ونهاية الحرف .
- استعمال الألوان: وذلك يتضمن وضع نقاط ملونة مثل نقطة خضراء على بداية الحرف ونقطة حمراء على نهاية الحرف .

- استعمال الأسهم: وذلك يتضمن وضع أسهم لمعرفة الطالب اتجاه الحركة للحرف عند كتابته.
- ملاحظة: أية خطة علاجية أو تعليمية تبنى للطالب، يجب أن يكون هناك متابعة في البيت، فلذلك لنجاحة الخطة وتحسين أداء الطالب، ويجب على المعلم والمعالج مناقشة الخطة التعليمية العلاجية مع الأهل وبناء خطة متابعة معهم لوضع التعديلات والملائمة على مرور الزمن، وذلك من أجل اعطاء الطالب أفضل فرصة ممكنة في النجاح الأكاديمي.

الجزء الخامس: الإعاقة الحركية

أولاً: مفهوم الإعاقة الحركية

تُعرف الإعاقة الحركية على أنها إعاقة تعوق الفرد عن الحركة بسبب خلل أو عاهة أو مرض، وهذا الخلل يمكن أن يكون ناتج عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي) عند الإنسان، أو إصابة بالهيكل العظمي أو العضلات، بحيث تحد من وظيفتها العادية، أو فقدان أحد الأطراف مما يؤثر على تعليم المعاق وعلى استقلالته، وعلى تكيفه الشخصي والاجتماعي. وتجمع الأدبيات حين يتم التطرق إلى تعريف الإعاقة الحركية على جملة من التعريفات والتي يمكن تلخيصها على النحو التالي:

- وجود خلل في جميع أو أحد الأعضاء المسؤولة عن حدوث هذه الإعاقة الحركية سواء كان مصدرها الجهاز العصبي المركزي أو عظمية أو عضلية أو غيرها.
- تحد هذه الإعاقة لدى الفرد من أداء وظائفه الحياتية اليومية.
- وجود الإعاقة يجعل الإنسان بحاجة إلى تدخل طبي، نفسي، اجتماعي، مهني وتربوي.
- مصدر الإصابة قد يكون خلقي، وراثي، أو مكتسب.

أنواع الإعاقات الحركية بحسب مصدرها:

1. الشلل الدماغي، الصلب النخاعي المشقوق، شلل الأطفال، المصدر: الجهاز العصبي المركزي
2. ضمور العضلات، الوهن العضلي، الحثل العضلي، المصدر: الجهاز العضلي
3. تشوهات العمود الفقري، مرض لج/كاف، المصدر: الهيكل العظمي
4. بتر أحد الأعضاء، إصابات الرأس، المصدر: مرضية أو مكتسبة

ثانياً: مؤشرات الكشف عن الإعاقة الحركية

- تأخر في النمو الحركي (من ناحية الزحف المشي، القفز، الركض).
- أنماط حركية غير طبيعية، مثل: عدم التناسق في المشي رعشة في اليدين، . . . الخ.
- توتر عضلي غير طبيعي (عالي، منخفض، متغير)، ووجود نبرة عضلية عالية (تقلصية أو تيبسية)، حركة العضلات غير لينة وغير كاملة في مداها، وهي تشمل جميع عضلات الجسم مثل عضلات الجزء العلوي (الرقبة واليدين).
- وجود نبرة عضلية منخفضة (ارتخائي)، وهي ارتخاء جميع عضلات الجسم وتشمل الرأس والأطراف الأربعة.
- عدم اختفاء الانعكاسات الأولية في الوقت المناسب، مثل (استجابة مورو) وهي استجابة طبيعية حتى جيل 6

خامساً: قائمة المراجع

- D. Nelson, & M. Jepson-Thomas(2003): Occupational form, occupational performance and a conceptual framework for therapeutic occupation
- J. Northfield(2004). Factsheet – what is learning disability? British Institute of Learning Disabilities, Kidderminster
- **Goodman, Jane; Hurst, Jenni; & Locke, Christine.** (2008). Occupational Therapy for People with Learning Disabilities: A Practical Guide, 1edition [Paperback]
- Pape, **Lynne; & Ryb, Kelly.** (2004). Practical Considerations for School-Based Occupational Therapists (Book & CD-ROM) [Spiral-bound].
- Turkington,Carol & Harris, Joseph. The Encyclopedia of Learning Disabilities.
- Segal, Ruth. (1998). The construction of family occupations: A study of families with children who have Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Canadian Journal of Occupational Therapy.
- Rief, Sandra F., & Stern, Judith. The Dyslexia Checklist: A Practical Reference for Parents and Teachers (2010). Published by Jossey-Bass. Sanfransisco, U.S.A.
- Thomson, Patience & Gilchrist, Peter. (1997). Dyslexia: A Multidisciplinary Approach. Published by Chapman & Hall, United Kingdom

إعداد: أخصائية العلاج الوظيفي سعيقة جابر

- أشهر، وتعني انبساط في الأطراف العليا بحيث تبتعد الذراعين عن مركز الجسم ثم تنقبض تدريجياً فتعود إلى مركز الجسم، وهي تحدث في حال سماع صوت فجائي وعالي، أو انبساط فجائي في رأس الطفل، واستجابة أخرى (استجابة القبض) وهي استجابة أولية حين يتم وضع الإصبع في كف الطفل فإنه يغلق قبضته على الإصبع ويفترض أن تنتهي في جيل 4 شهور. وهناك العديد من الاستجابات الأخرى.
- وجود شلل في جميع الأطراف أو جزء منها.
- وجود اضطراب في النبيرة العضلية للعضلات وقد تكون نبيرة عضلية عالية، أو منخفضة، أو متغيرة تبعاً لنموذج الشلل الدماغي.
- وجود تشوهات في العظام وخاصة العمود الفقري.
- وجود تشوهات في مبنى المفاصل أو القدم واليد.
- عدم القدرة على ممارسة نشاطات صافية تتعلق بمجهود جسدي.
- وجود صعوبات بتنفيذ ما يتعلق بالعضلات الدقيقة (اليدين).
- تراجع بالأداء الوظيفي للجسم، في حالة الإصابة بضمور العضلات تظهر صعوبة في المشي، الركض، القفز، صعود الدرج ونزوله، وكثرة الوقوع على الأرض، وفي مراحل متقدمة قد نجد صعوبة في الجلوس بشكل سليم، عدم القدرة على استعمال اليدين بشكل كامل، صعوبة في مسك القلم والكتابة، بطء في سرعة الكلام، ووجود إنحناءات في العمود الفقري.
- وفي حالة الإعاقة الجسدية الناتجة عن بتر احد الأطراف نجد أن الطالب يُركب طرف بديل (صناعي)، وقد نجد عدم التوازي في طرفي الجسم، أو التوازن أثناء المشي.

1- مؤشرات وصف التطور الحسي حركي

تدل على وجود خلل في الأجهزة الحسية الثلاثة (الحسي السطحي، التوازني، العميق)، إضافة إلى تعرض الحواس الخمس إلى اضطرابات. فقد نجد عند البعض صعوبات في النظر، السمع، النطق، التذوق واللمس.

المزيد من التفصيل:

- وجود اضطراب في السمع في الأذن الواحدة أو الاثنتين.
- قد لا يستجيب الطفل عند مناداته أو التحدث إليه.
- قد يستعمل الطفل أجهزة مساعدة على السمع (سماعات).
- وجود اضطرابات في مجال النطق وجودته.
- وجود اضطراب لغوي.
- وجود صعوبات في الفهم، الاستيعاب، التعبير، المخزون اللغوي والثروة اللغوية.
- قد يحتاج بعضهم إلى أداة اتصال بديلة.
- قد يوجد اضطراب في مجال الرؤية (حول، عمى، ثقل بالرؤيا)، وقد يحتاج إلى لبس نظارات طبية.
- قد يحتاج إلى إيجاد زاوية مناسبة وبعد مناسب للرؤية حين يمارس المهام الأكاديمية.
- بالنسبة للتذوق قد يلاحظ صعوبة في تمييز الأطعمة.
- قد نجد سيلان اللعاب بسبب مبنى الفم أو اضطرابات في الغدة اللعابية.
- بالنسبة لحاسة اللمس فقد نجد صعوبة بتمييز الخشن والناعم في الملابس المختلفة.

- بالنسبة للأجهزة الحسية السطحية، قد يلاحظ بعدم رغبته في أن يلمسه أحد، خاصة منطقة الوجه والرأس والرقبة بسبب الحساسية العالية لذلك.
- قد يلاحظ الحساسية العالية عند لمسه لبعض المواد كالقلم والمحاة.
- بالنسبة للجهاز الحسي التوازني، فقد يلاحظ أحياناً صعوبة في التوازن أثناء الجلوس أو الوقوف أو الحركة.
- يلاحظ خلل في تفسير حركات اليدين ووظيفتهما من ناحية القوة والضعف لدى الطالب (مسكة، قوة وشد القلم أثناء الكتابة).
- بالنسبة لجهاز الحسي العميق نجد صعوبة في التواجد المكاني لأعضاء جسمه.

2- مؤشرات وصف المجال الأكاديمي

- وجود تأخر ملحوظ في مجالات المادة التعليمية والمنهاج، قد يصل هذا التأخر إلى حد التخلف العقلي البسيط.
- تظهر لدى هذه الفئة صعوبات في التركيز، التذكر، الاسترجاع، الحفظ والسيان.
- نقص في تأزر حركات الجسم، وخاصة تأزر العين مع اليد. (مثل النظر إلى اللوح ثم الكتابة على الدفتر في نفس الوقت).
- بطء في مجال التعلم في شتى المجالات.
- عدم القدرة على اكتساب مهارات القراءة والكتابة مقارنة مع أبناء جيلهم.
- عدم القدرة على تعلم الرياضيات خاصة المادة المجردة.
- وجود صعوبة في مجال الإدراك البصري (تمييز التشابه، الخلفية، الصورة الشاذة).
- ترجع هذه الصعوبات نتيجة ضرر في مناطق من الدماغ تكون مسئولة عن المهارات الذهنية (كفهم المقروء، التحليل، التركيب، التعميم، التنظيم والتذكر، . . . الخ).
- وعليه فإن هذه الفئة بحاجة إلى إستراتيجيات تربوية خاصة تراعي إعاقاتهم والفروق الفردية بينهم وبين زملائهم، بحيث تعتمد على التبسيط والانتقال من السهل إلى الصعب، ومن البسيط إلى المركب، والاعتماد على النمذجة والتلقين، وتجزئة المهارات والمهام المطلوبة منهم، وإعطائهم وقت كافي لتنفيذها.

3- مؤشرات وصف المهارات الحياتية اليومية

- صعوبة في تناول الطعام والشراب لوحده، أو قد يتطلب زمن أكثر لتنفيذ هذه المهمة.
- صعوبة في خلع الملابس أو لبسها، كالمعطف أو القبعة أو القميص، . . . الخ).
- صعوبة في الذهاب إلى الحمام وما يتطلبه من التنظيم.
- صعوبة في الذهاب لشراء احتياجاته بنفسه (من مقصف المدرسة).
- صعوبة في المحافظة على النظافة الشخصية (كوجود سيلان اللعاب على الوجه والملابس، أو عدم السيطرة الكاملة على عملية التبول، . . . الخ).
- صعوبة التنقل لوحده في المدرسة أو خارجها.
- وجود أدوات مساعدة للتنقل (كالعكاز، أو كرسي عجلات كهربائي، أو أجهزة أخرى، . . . الخ).

4- مؤشرات وصف الجانب السلوكي العاطفي

- قد نجد ضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي، وعدم النضج الكافي لإقامة علاقات اجتماعية.
- أحياناً نجد انعزال أو انطواء.
- عدم التكيف مع الزملاء.
- عدم الثقة بالنفس.
- وجود بعض سلوكيات انفعالية غير تكيفية، مثل: (التهور، العنف، الفوضى، النشاط الزائد، . . . الخ).
- عدم استخدام كلمات معبرة تعبر عن مشاعره ومتطلباته الوجدانية.
- عدم احترام الدور مع زملائه "بسبب أنه معاق ويحق له كل شيء".

ثالثاً: التشخيص

• المعلومات اللازمة للتشخيص الأولي:

- على طاقم مركز المصادر التأكد من المؤشرات النفسية، للتركيز على الجانب الجسدي والتطوري، الأداء اليومي، واتخاذ الإجراءات التالية:
- مراجعة جميع الوثائق الطبية عن الطالب، وتشمل نوعية التشخيص والعلاجات التي تمت والعلاجات المقترحة.
- مراجعة جميع الوثائق الخاصة بالتشخيصات النفسية المتعلقة بقدرات الطالب الذهنية.
- أخذ معلومات سابقة عن الطالب من ناحية التطور الحسي الحركي حتى جيل 5 سنوات.
- أخذ معلومات عن أي علاجات مكتملة قام بها الطالب (علاج طبيعي، وظيفي، نطق) أو أي علاجات أخرى.
- الاستفسار عن تطوره في المجال الحركي دوماً، وفحص الأجهزة المساعدة واللازمة له، مثل: (الضبان، العكازات، جهاز المشي، المشدات، نظارات، سماعات وغيرها).
- تحويل الطالب في حالة وجود أي طارئ لمعالجة المسألة عند الطبيب، كوجود حالات صرع لدى الطالب.

• معلومات أولية للأهل:

- إعطاء معلومات دقيقة وصحيحة للأهل عن وضع الطالب في المدرسة من ناحية السلوك التكيفي، ومن الناحية الأكاديمية.
- عدم إعطاء أي آمال لشفاء الطالب، ورفع سقف توقعاتهم في هذا المجال، والتأكيد على أنه من يحدد هذا الأمر هم الأطباء والأخصائيين النفسيين.
- إعطاء تقييم دوري ومتكرر للأهل عن وضع الطالب.
- التأكيد على عدم مقارنة الطالب مع أخوته أو زملائه، والأخذ بعين الاعتبار وضعه الخاص.
- ضرورة ملائمة التوقعات مع أهل الطالب لبرامجه الأكاديمية كل عام من جديد.
- إبداء التفهم لمواقف الأهل وإعطائهم الدعم المعنوي، وعدم الحكم عليهم وعلى سلوكهم اتجاه ابنهم. ومن المهم التوضيح للأهل أهمية العلاجات المكتملة (الطبيعي، الوظيفي، نطق)، للحفاظ على الأداء الحالي وتطوره وعدم تدهور الحالة.

رابعاً: توصيات التدخل

1. توصيات للأهل

- معرفة طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطالب من حيث الأسباب والطرق المتاحة للمساعدة، ومن حيث معرفة الخدمات التربوية والعلاجية اللازمة للطالب المعاق.
- عدم الخجل من وجود طفل معاق في الأسرة، لأن ذلك قضاء وقدر من الله سبحانه وتعالى ويجب أن نقبل به والاستمرار بالقيام بالواجبات الاجتماعية.
- ترتيب مسؤوليات رعاية وتربية الطالب المعاق بين الوالدين والأخوة، وعدم إلقاء الحمل على الأم وحدها، حيث أن المعاق بحاجة لمشاركة كل أفراد الأسرة صغاراً وكباراً في البرامج المقدمة له ليشعر بالدمج الكامل.
- الإيمان بقدرات الطالب المعاق وتقبله كما هو، والأمل بإمكانية تطور قدراته على أن تبقى التوقعات ضمن حدود الواقع وليست خارقة للعادة، وعدم اللجوء إلى أي وسائل غير علمية من أجل العلاج.
- استمرار الحصول على المعرفة من أصحابها ومصادرهما المتنوعة، وسعة الاطلاع حول المستجدات العلمية ذات العلاقة بحالة الطالب.
- الاستمرار بمتابعة برامج التربية والمشاركة الايجابية مع معلمي المدرسة وطلب المساعدة حين اللزوم.

2. توصيات خاصة بالمرافق المدرسية

- تهيئة مداخل المدرسة بما يسهل حركة دخول وخروج مستخدمي الكراسي المتحركة.
- تخصيص أبواب في المدرسة تفتح بمجرد الضغط على زر تلقائياً عند وصول المعاق أو أبواب تفتح باتجاهين.
- مراعاة أن يكون حجم الأبواب واسع ليسهل دخول المعاقين حركياً.
- مراعاة وضع المداخل المنحدرة للملائمة للأبواب سواءً تلك التي تفتح للخارج أو للدخل.
- مراعاة توفير مواقف خاصة للمعاقين حركياً قرب مدخل المدرسة.
- توفير على الأقل واحدة من مشارب المياه تكون مخصصة للمعاقين حركياً وذات إرتفاع مناسب.
- استخدام مقايض الأبواب الطويلة ليسهل استخدامها من قبل المعاق حركياً.
- تصميم متكآت (دريزين) على الجدران، تساعد المعاقين على الانتقال بسهولة من الكراسي المتحركة إلى أي مكان آخر.
- تسوية عتبات المداخل وإزالة العوائق لتسهيل تنقل المعاق حركياً.
- ضرورة أن يكون فناء المدرسة والممرات مستوية وواقية من الانزلاق.
- ضرورة أن تكون الممرات واسعة بحيث تسمح بمرور كرسيين متحركين على الأقل.
- المرافق الصحية في المدرسة
- توفير حمامات ذات كراسي مرتفعة لكي يسهل استعمالها من قبل المعاق حركياً.
- توفير مغسلة بارتفاع مناسب أو متحركة لكي يسهل استخدامها من قبل المعاق حركياً.
- توفير مساند من القضبان على الجانبين لتسهيل حركة المعاق حركياً.
- توفير مرايا ذات ارتفاع منخفض لكي يسهل استعمالها من قبل المعاق حركياً.
- إمكانية فتح الحمامات من الخارج، ليسهل إنفاذ أو مساعدة المعاق حركياً إذا تطلب الأمر.

- **الوسائط التعليمية داخل الصف**
- توفير باين لغرفة الصف وليس باباً واحداً .
- توفير باب لغرفة الصف يمكن فتحه بشكل تدريجي إما أوتوماتيكياً أو ميكانيكياً عن طريق مفتاح كهربائي أو باب يدوي يفتح باتجاهين .
- أن يكون اللوح متحرك ومنخفض بما فيه الكفاية .
- أن تكون للأبواب مماسك طويلة .
- أن تكون أرضية الصف مغطاة لمنع الإنزلاقات .
- أن تكون الطاولة الخاصة بالتلميذ المعاق حركياً مصممة بحيث تتناسب مع طول جذع التلميذ .
- أن يكون ارتفاع الطاولة متناسباً يسمح بدخول الكرسي المتحرك للمعاق حركياً .
- يراعى أن يجلس الطالب في الصف بين مجموعة من زملائه العاديين .
- إيجاد مكان مناسب لوضع أدوات الطالب الخاصة مثل العكازات ، جهاز المشي كرسي العجلات .
- يفضل وجود مرافق للطالب بأوقات جزئية حسب الحاجة .
- يفضل وجود طالبين من ذوي الاحتياجات الخاصة كحد أقصى في الصف الواحد .

3. توصيات للهيئة التدريسية

- إذا كان الطالب يعاني من إعاقة حركية فيجب على المعلم أن يعي أنه مقيد في حركته ، وأن عليه أن يساعده في حركة كرسيه النقال وكذلك في الملابس أو المأكل أو غير ذلك من النشاطات التربوية .
- إيمان المعلم بقدرات الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة ، وأن لديه نقاط قوة بجانب نقاط الضعف . إضافة إلى إعطائه الدعم النفسي المستمر .
- التأكد عند تحريك الكرسي من أن الأرجل في مكانها الخاص في الكرسي .
- إخبار الطفل بكل ما ينوي المعلم القيام به سواءً في إجلاسه أو تحريك كرسيه .
- عدم تقريب الكرسي من مصادر الحرارة .
- إعادة ترتيب جلسة الطفل كل نصف ساعة على الأكثر .
- عدم سحب الطفل من ذراعيه ولكن من أبطيه .
- التأكد من إجلاس الطفل على المقعد في الصف من ملامسة القدمين للأرض ، وانحناء الركبتين والظهر مسنداً .
- تجزئة الواجبات والأنشطة إلى وحدات صغيرة مترابطة يراعى بها المجهود الفصلي والحركي والذهني الذي تحتاجه كل وحدة .
- منح المعاق وقتاً كافياً للإجابة عن الأسئلة أو إنجاز الأنشطة داخل الصف بما يتناسب مع طبيعة إعاقته .
- يراعى توفير وقت كافٍ لكل معاق للاسترخاء في ركن خاص من أركان الصف .
- ملاحظة ومراقبة مدى ملائمة التجهيزات الخاصة في الصف مع الحاجات الخاصة بالطالب المعاق .
- الاهتمام بتعليق وسائل الإيضاح بارتفاع يناسب الطالب المعاق بحيث تكون بمستوى نظره ، وبحجم خط واضح وألوان مناسبة .
- عدم بقاء المعلم وحيداً مع التحديات التي يشكها الطالب ، وطلب النصح والمشورة من الأخصائيين المختلفين .

4. توصيات لمركز المصادر

- أن تكون مساحة غرفة المصادر واسعة .
- أن تكون ذات تهوية جيدة وإضاءة مناسبة .
- بعيدة عن جميع عوامل الإثارة وتشتت الانتباه .
- يتم تزويدها بأنواع مختلفة من طاولات التلاميذ ورفوف وخزائن وحواجز وألواح متحركة ، تناسب إحجام الطلاب ونوع إعاقتهم .
- توفير جميع الوسائل التعليمية والأجهزة ، مثل : جهاز حاسوب وجهاز عرض ، اللوح الذكي وألعاب تربوية تناسب جميع التلاميذ ، بالإضافة إلى جهاز (الوي) يقوم الطالب بعمل حركات وتمثيل جسدي ويظهر ذلك أمامه على اللوح المقابل له .
- توفير المواد الخام للمعلم حتى يتمكن من تصميم بعض الوسائل والنماذج التعليمية المساعدة .
- أما من حيث المظهر فيجب أن يكون لغرفة المصادر مظهر جميل ومبهج ومنظم بشكل جيد ، والاهتمام المستمر بغرفة المصادر لجعلها بيئة جذابة تساعد على التعلم .
- توفر الأجهزة السمعية والبصرية .
- توفير الملائمات للأجهزة الكهربائية مثل لوحة المفاتيح ، الفأرة تكون بأنواع وأحجام تلائم الطالب ، شاشة حاسوب تستجيب للمس .

5. توصيات عامة

- سن قوانين لضمان دمج الطلبة وتهيئة كافة الظروف التي تساعدهم على الاندماج في التعليم .
- إلزام جهاز وزارة التربية والتعليم بتنفيذ القوانين التي تحمي حقوق الأطفال المعاقين في التعلم .
- إلزام وزارة الرفاه الاجتماعي لتقديم الخدمات الاجتماعية النفسية اللازمة .
- إلزام وزارة الصحة بتقديم الخدمات العلاجية والأدوات اللازمة لتسهيل عملية الدمج .
- ضرورة وجود الموارد البشرية والمادية لدعم هذا الدمج .

خامساً: قائمة المراجع

- الخطيب، جمال (2003): الشلل الدماغي والاعاقة الحركية . الطبعة الاولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن .
- القمش، نوري، المعاينة، خليل عبد الرحمن (2007): سيكولوجية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- مرهج، ريتا (2001): اولادنا من الولادة حتى المراهقة، أكاديمياً انترناشيونال، بيروت، لبنان .
- سليمان، عبد الرحمن، وآخرون (2004): تقييم وتشخيص الاعاقات الجسمية والصحية، الطبعة الاولى، دار الزهراء للنشر، الرياض .
- الريموي، محمد عودة (2003): علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة، الطبعة: الاولى، دار المسيرة للنشر، عمان، الاردن .
- الخطيب، جمال الحديدي، منى (2011): استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الثالثة، دار الفكر للنشر، عمان، الاردن .
- الروسان، فاروق (2006): قاموس مصطلحات في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، عمان-الاردن .
- جرجورة، وليد (2001): مسارات في التربية العادية والخاصة، الطبعة الأولى، الناصرة، فلسطين .

إعداد: الأخصائي علاء سلهب

الجزء السادس: الإعاقة البصرية

أولاً: مفهوم الإعاقة البصرية:

التعريف التربوي للإعاقة البصرية

الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي يشكو من إعاقة بصرية شديدة ولا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة بريـل . أما المكفوف جزئياً وهو ذلك الشخص الذي يستطيع قراءة الكتابة العادية وذلك بالاستعانة بالعدسات المكبرة والكتب ذات الأحرف الكبيرة .

تصنيفات الإعاقة البصرية:

الأول: المعاقون بصرياً كلياً

تلك الفئة الذين فقدوا درجات الإبصار كلية، و/ أو وصل مجال الرؤيا إلى أقل من 20 درجة وذلك بعد استخدام النظارة، ومثل هذه الفئة لا يمكنها الاستفادة من الخبرات التي تقدمها البرامج التربوية والتعليمية للأسوياء، وينطبق عليها التعريفين القانوني والتربوي .

الثاني: المعاقون بصرياً جزئياً

وهم تلك الفئة الذين فقدوا جزءاً من أبصارهم ويستطيعون قراءة الكلمات المكبرة بأي وسيلة تكبير، مثل النظارة، وتتراوح حدة الإبصار ما بين 4/24 - 6/36 م إلى 6/60 م، بأقوى العينين بعد إجراء التصحيحات الممكنة . بحيث أن القصور البصري (low vision) وكلمة (low) منخفض والتي تعارف على ترجمتها بالقصور تشير إلى أن بصرهم حتى بعد التصحيح يكون أقل من البصر العادي، وهذا ما يميزهم عن الأفراد ذوي البصر العادي، أما كلمة (vision) فتشير إلى أن لديهم إيبصار بالفعل وهذا يميزهم عن المكفوفين . هذا وقد يرتبط تعريفه بالأداء الوظيفي البصري مصاحباً لنوعية المرض، فإذا كانت مشكلة انكسار فقط كطول النظر أو قصر النظر أو الانحراف فقد ينصح بإجلاس الطالب على بعد لا يزيد عن المترين، وإذا كان خلاف ذلك من أمراض العيون كتلك التي تصيب الشبكية فهناك توصيات عديدة أخرى .

ثانياً: مؤشرات الكشف عن الأعاقة البصرية

- الأعراض السلوكية
- يفرك عينيه باستمرار .
- يغمض إحدى عينيه .
- يقرب كثيراً من الشيء عند النظر إليه .
- لديه صعوبة في القراءة أو في عمل يتطلب النظر عن قرب .
- يرمش بعينه أكثر من المعدل الطبيعي .

- يطبق جفونه أو يبعدهما عن بعضهما .
- تغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة .

• الأعراض الظاهرية

- انتفاخ الجفون والتهاب الجفون .
- احمرار العينين .
- الحول .
- الإحساس بتنميل في العين باستمرار .
- لون بؤبؤ العين أبيض .

• الأعراض عن طريق الشكوى

- حكة في العين والشعور بالألم .
- حرقة في العين .
- الشعور بجرح في العين .
- الصداع بعد إنجاز عمل يتطلب جهد عن قرب أو الغثيان .
- الدوخة عند القراءة أو الكتابة والشعور بوجود شيء خشن أو رمل في العين .
- ازدواجية في الرؤية أو غشاوة الرؤية .

• الأعراض يمكن ملاحظتها في الصف

- تفضيل الواجبات والأنشطة التي لا تتطلب التعامل مع العين مثل الاستماع .
- عدم الاهتمام بالأنشطة البصرية مثل النظر إلى اللوح أو القراءة .
- كثرة التعرض للسقوط أو الاصطدام .
- الحذر الشديد عند نزول الدرج .
- الخلط بين الأشياء والحروف والأرقام المتشابهة .

معلومات هامة يجب أخذها بعين الاعتبار

• الأعراض التحذيرية التي تستدعي مراجعة طبيب

- إذا كانت العينين تتراقص بشكل أفقي أو عمودي .
- كثرة الدموع أو إفرازات من العين .
- أي تغيير في حالة العين عن الحالة الطبيعية .
- حساسية العين للأضواء .
- ظهور لون أبيض أو رمادي أو أصفر في بؤبؤ العين .
- ظهور احمرار في إحدى العينين وبقائه لبضعة أيام .
- وجود الحول أو انحراف العينين .
- الحكة الدائمة في العين .

- محاولة الطفل التركيز عن طريق تضيق العينين .
- إمالة الرأس إلى أحد الجانبين .
- ارتخاء الجفون أو جحوظ العين .

معلومات عن فحص النظر:

فحص العين والنظر، للتعرف المبكر على الحالات التي يمكن أن تهدد النظر ويوصى بفحص العين روتينياً في أربع مراحل من الطفولة .

المرحلة الأولى: عند الولادة، عندما يولد الطفل يجب أن يقوم طبيب الأطفال بفحص عينيه قبل مغادرته حضانه المواليد للتأكد من عدم وجود التهابات في العين أو أي عيوب خلقة أو مياه بيضاء أو زرقاء، يجب أن يقوم طبيب مختص بأمراض العيون بفحص الأطفال الخدج أو من استخدم الأكسجين في علاجه .

المرحلة الثانية: عند عمر ستة شهور، يقوم طبيب الأطفال بفحص عيني الطفل للتأكد من عدم وجود حول .

المرحلة الثالثة: عند عمر 3-4 سنوات، يقوم طبيب الأطفال بفحص العين وحدة البصر للتعرف على أي مشاكل قد تسبب صعوبة في الرؤية، وبالتالي صعوبة في التعلم وعند وجود أي مشكلة في النظر يحال الطفل إلى طبيب العيون .

المرحلة الرابعة: عند عمر خمس سنوات وأكثر، يقوم طبيب الأطفال بفحص النظر سنوياً للتأكد من حدة النظر وسلامة وظائف العين بحسب حاجة المريض .

• الأمراض التي تصيب العين

1- مشاكل العيون الانكسارية والظاهرة للعين:

1.1 الحول الكاذب:

في مثل هذه الحالات يعطي منظر عيني الطفل الإيحاء بأن لديه حول، والحقيقة أنهما سليمتان والسبب في ذلك وجود عظمة أنف عريضة أو زوائد جلدية بين الأنف والزواوية الداخلية للعين وفي الغالب تنتهي هذه المشكلة بنمو الطفل، ولكن طبيب الأطفال هو الذي يحدد ما إذا كان هناك حول حقيقي أو كاذب وقد يقرر إحالة الطفل إلى طبيب العيون للاستشارة .

1.2 الحول: Strabismus

مشكلة في النظر تظهر لدى حوالي 4% من الأطفال، وعادة ما تلاحظ إذا ما نظر الطفل إلى شيء بعيد، حيث أن إحدى حدقتي العينين تنظر باتجاه مستقيم بينما تنحرف الأخرى إلى الداخل أو الخارج أو إلى الأعلى أو الأسفل، إذا كان انحراف العين إلى الداخل يسمى حول داخلي esotropi، وإذا كان انحراف العين إلى الخارج فيسمى حول خارجي exotropia، إذا ترك الطفل الذي يعاني من الحول دون علاج فإنه في الغالب يتوقف عن استعمال العين المنحرفة، مما يؤدي إلى كسلها وبالتالي فقدان القدرة على النظر بتلك العين، لذلك وللمحافظة على النظر في كلتا العينين يجب الاهتمام بالطفل الذي يعاني من الحول وعرضه على طبيب العيون في أقرب فرصة .

1.3 العين الكسولة: Amblyopia

هو ضعف في النظر بسبب عدم استخدام العين التي عادةً ما تكون سليمة، تحدث هذه الحالة في إحدى العينين وليس كليهما، وتكون نتيجة لعدم اتضاح الرؤية بسبب الحول، أو ارتخاء الجفون أو المياه البيضاء أو مشاكل حدة النظر، وتحدث مشكلة العين الكسولة في 2% من الأطفال، ويمكن تفادي حدوثها عند مراجعة طبيب العيون مبكراً للتعرف على السبب وعلاجه.

1.4 المياه البيضاء: Cataract

هو تلون عدسة العين التي يجب أن تكون شفافة بلون أبيض، وهذه المشكلة تعتبر نادرة لدى الأطفال، ولكن يمكن أن تحدث كعييب خلقي في العين إثر إصابة مباشرة على العين، عند ملاحظة وجود مياه بيضاء في العين يجب مراجعة طبيب العيون فوراً لازالتها عن طريق الجراحة حتى يتسنى للعين النظر والتطور الطبيعي.

1.5 كثرة الدمع:

يوجد بين العين والأنف قناة صغيرة تقوم بتصريف الفائض من الدمع إلى الأنف، وعادةً ما تفتح هذه القناة في الأيام الأولى بعد الولادة، ولكن عند البعض تبقى هذه القناة مغلقة مما يؤدي إلى كثرة الدمع وتجمع بعض الإفرازات الصمغية أو الصديديّة. إذا لاحظت كثرة الدمع عند طفلك يجب مراجعة الطبيب الذي سيحدد بعد فحصه للعين ما إذا كانت كثرة الدمع بسبب انسداد في قناة تصريف الدمع أو هناك أسباب أخرى، وفي حالات الانسداد ينصح بعمل تدليك لهذه القناة من الخارج باستمرار مما يساعد على فتحها لدى معظم الأطفال المصابين، أما إذا استمر الانسداد فيمكن فتحها عن طريق تسليك القناة جراحياً بعد استشارة طبيب العيون الذي يقرر ذلك.

1.6 التهاب وانتفاخ الجفن

عادةً ما يحدث بسبب التهاب في الغدد الدهنية الموجودة عند منبت شعر الرموش، مما يؤدي إلى انتفاخ في الجفن مع تجمع إفرازات صمغية أو صديديّة والتصاق الرموش خاصة في الصباح، وربما تصاحب بألم وإحساس بوجود جسم غريب في الجفن، ويمكن علاجه بعمل كمادات دافئة للعين وتنظيف شعر الرموش بواسطة شامبو الأطفال، وفي بعض الحالات تستخدم المضادات الحيوية لعلاج هذه الحالة إذا كان هناك التهاب جرثومي، ويلزم مراجعة طبيب الأطفال للاستشارة ولوصف العلاج المناسب.

1.7 احمرار العين (التهاب الملتحمة)

هو تلون الجزء الأبيض من العين بلون وردي أو احمر مع زيادة في الدمع أو إفرازات صمغية أو صديديّة، تصاحب عادةً بالإحساس بوجود جسم غريب في العين، هناك الكثير من الأسباب التي تؤدي إلى التهاب الملتحمة ويوصف العلاج بناءً على سبب الالتهاب، وغالباً ما تستخدم قطرات ومرامح العين مع مراعاة غسل اليدين باستمرار عند ملامسة العين منعاً لانتشار العدوى بين أفراد العائلة، ويجب عرض الطفل على طبيب الأطفال لوصف العلاج المناسب.

1.8 خدوش القرنية

هو خدش في الجزء الشفاف المغطى لقرنية العين، وعادةً ما يكون مؤلم ويصاحب كثرة في الدمع وحساسية للضوء، ويعالج باستخدام المضادات الحيوية لمنع حدوث التهابات مع تغطية العين لفترة من الوقت كي يتسنى لهذا الخدش الالتئام، ويجب مراجعة طبيب العيون فوراً لمعاينة الخدش واتخاذ إجراءات الفحص والعلاج المناسب.

1.9 قصر النظر myopia

هو قدرة الشخص على رؤية الأشياء القريبة بوضوح بينما لا يستطيع رؤية الأشياء البعيدة بنفس الوضوح، وقصر النظر يعتبر نادراً لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنوات، ولكن تتضح هذه المشكلة بعد هذه السن بعد دخول الطفل المدرسة، يساعد لبس النظارة بتوضيح الرؤية، ولكن مشكلة قصر النظر لا تنتهي بلبس النظارة حيث يزداد قصر النظر بتقدم العمر حتى مرحلة البلوغ، لذلك يجب مراجعة طبيب العيون للكشف الدوري على العين وتغيير النظارة.

1.10 طول النظر hypermetropia

في هذه الحالة تكون قدرة العين على رؤية الأشياء البعيدة بوضوح أفضل من رؤية الأشياء القريبة، والدرجات البسيطة من طول النظر لدى الأطفال تعتبر طبيعية، إلا أن طول النظر بدرجة كبيرة قد يؤثر على العين ويسبب الحول أو الكسل في العين، لذا يجب مراجعة طبيب العيون الذي يحدد ما إذا كان الطفل يحتاج إلى نظارة أم لا.

1.11 اللابؤرية (astigmatism)

وتسمى أيضاً (عدم تماثل النظر)، وهي مشهورة باسم (الانحراف)، وهي تسمية غير دقيقة. حينما يركز الإنسان على جسم ما، قريب أو بعيد، فإن صورة الجسم تدخل العين عن طريق محورين متقاطعين بشكل تعامدي في القرنية، بحيث تسقط الصورة بشكل متطابق وصافي ونقي على الشبكية. تحدث اللابؤرية حينما يكون هناك تحذب لمحور أكثر من المحور الآخر، عندها تختل الصورة المتقاطعة وتسقط على الشبكية بشكل غير متساوي، وهذا يؤثر على تركيز الصورة، فتنتج لنا صورة غير صافية وغير دقيقة، سواءً للأجسام القريبة أو البعيدة. ولتصحيح هذا الخطأ الإنكساري يحتاج المريض لعدسات أسطوانية (cylinder) تصحح الصورة اعتماداً على المحور المصاب بالخلل. غالباً ما تكون اللابؤرية مصاحبة لقصر النظر أو طول النظر، ويندر أن يصاب بها الإنسان لوحدها.

وهذا العيب الإنكساري له تأثير غير مريح على الممارسات البصرية بكافة أشكالها. معظم هذه الأمراض قابلة للعلاج والتصحيح، وفي حال تم تصحيحها حتى حدة 6/18 فما أقل يجب إجراء تقييم الأداء الوظيفي البصري من جهة المرشد ليمنح الملائمات والتوصيات المناسبة.

2- أمراض شبكية العين:

الشبكية هي الطبقة الرقيقة الحساسة التي تبطن العين من الداخل، وهي مسؤولة عن استقبال الأشعة الضوئية وإرسالها إلى المراكز البصرية في الدماغ.

• أمراض الشبكية الصبغية Retinitis Pigmentosa

هي مجموعة من الأمراض التي تصيب الشبكية فتشترك في خاصية واحدة وهي اختلال في توزيع الصبغة الموجودة في طبقة الشبكية وخلل في تكوين خلايا الشبكية العصبية.

وعند حدوث أحد هذه الأعراض يحصل تلف تدريجي في الخلايا العصبية المستقبلية للضوء، كما يحدث نتيجة ذلك تجمع غير طبيعي للصبغة في بعض مناطق الشبكية، وتعتبر هذه الأمراض وراثية حيث أنها قد تنتقل من أحد الأبوين المصابين إلى الأبناء في العائلة.

• وصف أعراض الشبكة الصبغية

عادةً ما تكون الأعراض في سن مبكرة عند المراهقين أو الشباب ولكن من الممكن أن تلاحظ الأعراض في أي سن آخر، وأول هذه الأعراض صعوبة في الرؤية في الضوء الخافت وخصوصاً في الليل أو ما يسمى بالعشى الليلي واختفاء تدريجي للرؤية الجانبية. ويتم التأقلم على الرؤية في الظلام عند الأشخاص العاديين بسهولة وخلال وقت قصير، لكن هذا التأقلم يستغرق مدة أطول عند الأشخاص الذين يعانون من العشى الليلي نتيجة هذا المرض، أما تدهور الرؤية الجانبية فإنه يشكل لهم إعاقة بصرية كبيرة مما يسبب لهم صعوبة في الحركة، وقد يصل ضيق المجال البصري إلى درجة أن يشعر المصاب وكأنه ينظر من خلال أنبوب ضيق وتختفي الرؤية الجانبية تماماً.

معظم أنواع أمراض الشبكة الصبغية يمكن وراثتها، وتختلف أشكال التوارث من حالة إلى أخرى ومن عائلة لأخرى، لذلك فمن المهم عمل استشارة وراثية لأفراد العائلة المصابين حتى تتمكن من معرفة إمكانية التزاوج بعضهم البعض ومدى احتمالات إصابة الأطفال بهذا المرض.

يتم تشخيص هذا المرض بواسطة أخصائي العيون الذي يستخدم جهاز التنظير العيني لرؤية الشبكة، حيث يستطيع مشاهدة العديد من البقع الصبغية منتشرة على الشبكة وخصوصاً على أطرافها، وفي معظم الأحيان يتم تشخيص المرض بسهولة إذا لوحظت هذه العلامات المميزة، ولكن قد تكون العين مصابة بدون أن تظهر هذه البقع الصبغية وذلك في حالات نادرة، في هذه الأحوال قد يستلزم أن يطلب أخصائي العيون إجراء فحص تخطيط الشبكة، حيث تتم تسجيلات للذبذبات الكهربائية التي ترسلها الشبكة عندما تستقبل الضوء، وتكون هذه الذبذبات في حالة الإصابة بمرض الشبكة الصبغية ضعيفة جداً.

عادةً ما يوصي أخصائي البصريات بإعطائهم وسائل تكبير ورؤية خاصة بضعاف البصر، وتدريبهم عليها في سن مبكرة حتى يتمكنوا من الاستمرار في التحصيل العلمي من غير أن يؤثر ضعف الرؤية عليهم بشكل كبير، هذا ويجب توجيههم الوجهة التعليمية الملائمة لقدراتهم البصرية، حيث من المحتمل أن يقل الإبصار عندهم بشكل سريع ويؤدي ضيق المجال البصري إلى عدم تمكنهم من التعلم بطريقة عادية، فهنا التوصية للجوء لطريقة تعليمهم بطريقة برييل، ففي حال وصل الطالب إلى مجال رؤيا ضيق بما يقارب 20 درجة، يتوجب على الجهات التعليمية تهيئته نحو طريقة برييل للمكفوفين.

• انفصال الشبكة Retinal Detachment

إذا انفصلت الشبكة عن المشيمية تتكون حالة مرضية يطلق عليها "انفصال الشبكة". سبب الانفصال عادةً ينشأ نتيجة تهتك أو ثقب الشبكة نتيجة لصدمة أو علة في الشبكة ذاتها، أو بسبب انكماش حجم السائل الزجاجي الذي يملأ تجويف العين، مما يضع شداً على الشبكة ويمزقها. الثقب أو التمزق يكون عادةً عند طرف الشبكة، ينساب السائل الزجاجي خلفها مبعداً إياها عن بطانة المشيمية التي تمدها بالحياة.

إذا تركت الحالة دون علاج فإنها تتفاقم وتزداد المساحة المنفصلة من الشبكة حتى تنفصل كلياً، وتبقى مرتبطة فقط من خلال الجسم الهدبي في مقدمة العين وبطرف القرص البصري في قاع العين.

وصف أعراض انفصال الشبكة:

الأعراض الوحيدة الملموسة لانفصال الشبكة هي إختلال الرؤية في العين المصابة، ولكن بما أن العين الأخرى سليمة قد لا يشعر المريض بالأعراض في مرحلة مبكرة. الأعراض الأولى تكون برؤية ومضات ضوئية ثم رؤية أشكال طافية كخيوط العنكبوت وذلك عندما يكون الثقب في طور التكون. بعد الانفصال يبدأ المريض بفقدان

الرؤية في عينه المصابة ابتداءً من الحقل الخارجي للرؤية (أطراف المشهد) وكأن هناك ستارة سوداء تغطي العين وتزيد مساحة انعدام الرؤية بتفاقم الحالة، يمكن أن تصل العين المصابة إلى مرحلة العمى التام. وانفصال الشبكة في إحدى العينين قد يكون مؤشراً لانفصال شبكية العين الأخرى، لذلك يجب أن تفحص العين السليمة أيضاً للاكتشاف المبكر لأي مناطق ضعيفة في شبكيتها لمعالجتها وتلافي إمكانية انفصال الشبكة. لذلك فالانفصال الشبكي هو حالة طيبة طارئة، وأي شخص يشك في أعراض الانفصال الشبكي عليه باللجوء الفوري إلى طبيب العيون.

دلالات الانفصال الشبكي:

- تزايد مفاجئ في عدد الأجسام العائمة (Floaters)، هذه الأجسام العائمة عبارة عن بقع عائمة في مجال الرؤية و/أو وميض من الضوء.
- العرض الآخر هو ظهور ما يشبه الستار الذي أسدل وحجب الرؤية.
- رؤية الأشياء وكأنها تموج مثل الأجسام في الماء أو الموج.

أسباب الانفصال الشبكي:

من الذي يتعرض لمخاطر الانفصال الشبكي؟

يحدث الانفصال الشبكي في أي مرحلة عمرية للإنسان ولكلا النوعين من الذكور والإناث، كما أنه أكثر شيوعاً بين الأشخاص التالية:

- الذين يعانون من قصر نظر حاد.
- الذين يعانون من انفصال شبكي في العين الأخرى.
- الذين يوجد لديهم تاريخ وراثي في العائلة بحالات من الانفصال الشبكي.
- التي أجريت لهم جراحة المياه البيضاء.
- الذين يعانون من أمراض واضطرابات أخرى مرتبطة بالعين، مثل اعتلال الشبكة السكري.

اعتلال الشبكة عند الأطفال الخدج (Retinopathy of Prematurity أو ROP اختصاراً)

هو مرض يصيب عيون الأطفال المولودين في حالة مبكرة لوقت ولادتهم الطبيعية، في الأصل هو عبارة عن عملية تكون غير منتظمة لشرايين دموية في العين بحيث تؤثر على الشبكة. غالباً ما يحصل المرض عند الأطفال ذوي الوزن القليل أكثر منهم من ذوي الوزن الطبيعي عند الولادة، ويتم معرفته بواسطة الفحوص المبكرة. تنقسم حدة هذا المرض إلى خمسة أقسام في أخطر حالاتها ينتج بقعة بيضاء في عين الطفل.

3- الأمراض التي تصيب عصب العين:

3.1 العصب البصري:

التهاب العصب البصري يعني التهاب الضفيرة العصبية - العصب البصري - المسئولة عن نقل المعلومات البصرية من العين - وبالتحديد الشبكية - إلى مراكز الإبصار في المخ. وأغلب حالات التهاب العصب البصري تحدث نتيجة خلل في جهاز المناعة نتيجة إصابته فيروسية، مما تؤدي لمهاجمة جهاز المناعة العصب البصري ويؤدي للالتهابات. وفي أحيان أخرى يكون التهاب العصب البصري مصاحب أو عرض لمرض آخر يصيب الجهاز العصبي والحبل

الشوكي وهو مرض التصلب المتعدد - sclerosis multiple - مما يؤدي أيضاً لالتهاب العصب البصري مما يؤثر مؤقتاً على الرؤية وربما يؤدي إلى تلفه للأبد وفقد الإبصار .

وصف أعراض التهاب العصب البصري:

في أغلب حالات التهاب العصب البصري تصيب عين واحدة ولكن في بعض الحالات تكون الإصابة بالعينين الاثنتين .

أغلب المرضى الذين يعانون من التهاب العصب البصري مروا بمرحلة ألم شديد بالعين المصابة . ويتميز هذا الألم بأنه يزيد بحركة العين . وقد يستمر هذا الألم لأسبوع .

• **فقدان الرؤية:** يختلف تأثير التهاب العصب البصري على العين من فرد لآخر . ففي بعض حالات التهاب العصب البصري يعاني المريض من ضعف الرؤية وفي حالات أخرى لالتهاب العصب البصري يعاني المريض من فقدان كامل ومؤقت للرؤية .

• **عمى الألوان:** في أغلب حالات التهاب العصب البصري يكون هناك خلل في استقبال - رؤية - الألوان . وغالباً ما يكون اللون الأحمر الذي قد يبدو باهت في بعض الأحيان ولا مع أكثر من اللازم في أحيان أخرى .

3.2 الضمور البصري:

الضمور البصري هي حالة بصرية تؤثر على الأعصاب التي تحمل النبضات من العين إلى الدماغ، وكلمة ضمور تعنى إضاعة أو اهدار، ولا يعتبر الضمور البصري مرضاً بقدر ما هو إشارة لحالة أكثر خطورة ناجمة عن تعرض الأعصاب البصرية لتلف نتيجة أمراض عديدة، وقد تسبب هذه الحالة مشاكل في الإبصار بما فيها العمى .

التدخل ناجم عن عوامل عديدة منها:

إصابة العين بمرض المياه الزرقاء، أو انسداد في الشرايين البصرية، الورم العصبي الذي يضغط على الأعصاب البصرية، التهاب الأعصاب البصرية، التهاب الأعصاب البصرية الثانوية لمرض التصلب المتعدد .

الحالات الوراثية لدى الأشخاص الذين يعانون من فقدان البصر في إحدى العينين أولاً، ثم في الأخرى والتي تعرف باسم (ليبس الوراثية للعصب الوراثي)، سوء تركيبة الأعصاب البصرية التي تكون مشكلة خلقية في الأساس أي ولدت مع صاحبها .

• أعراض الضمور البصري

ترتبط أعراض الضمور البصري بحدوث تغيرات في الرؤية، وتحديدًا في وضوحها ومواجهتها صعوبة في الرؤية المحيطة، كما تؤثر على رؤية وتمييز الألوان وتؤثر إلى انخفاض حدة الرؤية البصرية .

3.3 المياه الزرقاء: glaucoma

هي حالة تحدث بسبب ارتفاع في ضغط العين أكثر مما تحتمله خلايا الشبكية الحساسة الذي إذا لم يعالج يؤدي إلى فقدان البصر، حيث يؤثر سلباً على عصب العين .

• الأعراض الدالة على ارتفاع ضغط العين:

الحساسية للضوء، كثرة الدمع، الألم المستمر في العين، جحوظ الحدقة، فقدان شفافية القرنية وانقباض الجفنين .

عند اكتشاف وجود هذه الحالة لدى الطفل يتم تحويله فوراً إلى طبيب العيون الذي عادة ما يجري جراحة عاجلة في العين للمحافظة على النظر المتبقي .

ثالثاً: التشخيص

المعلومات المطلوبة للتشخيص الأولي

إذن بعد أن يتم ملاحظة واحدة أو أكثر من الدلائل على الطفل، فإنه يحول إلى أخصائي العيون الذي يقوم بإجراء الفحص الدقيق على عين الطفل وذلك لتحديد:

- درجة الإعاقة البصرية: هل تتراوح بدرجات حدة البصر المعرفة للإعاقة البصرية؟
- نوع الإعاقة البصرية: هل تقتصر على مشكلة انكسار قابلة للتصحيح أم أنها مشكلة غير قابلة للتصحيح؟ وأي جزء مصاب في العين؟
- احتمالات تطورها: هل المرض متطور؟ مستقر؟ أو قابل للتدخل الجراحي؟ فمشاكل الانكسار عادةً قابلة للتصحيح بتدخل التصحيح بالنظارات أو العدسات أو الجراحة والليزر. أما مشاكل الشبكية فإما مستقرة على حدة نظر منخفضة أو متدهورة مثل مرض الـ RP الذي يؤدي بالمجال البصري إلى الرؤية النفقية ثم العمى التام. كل متعلق بنوعية الجينات التي تحدد عن طريق الأطباء المختصين بالجينات .

بالإضافة إلى أخصائي العيون فإنه يتم تحويل الطفل إلى كل من أخصائي الأطفال لتحديد مدى تأثيرها على النمو الجسمي والأخصائي النفسي لتحديد مدى تأثيرها على الذكاء في حين يستدعي الأمر ذلك، كذلك أخصائي اللغة والكلام لتحديد مدى تأثيرها على التواصل .

قد يشخص أخصائي العيون حالة الطفل على أنها من النوع القابل للعلاج أو التصحيح، وذلك من خلال تدريب عضلات العين، أو من خلال الجراحة أو من خلال العدسات أو النظارات الطبية التي تساعد على الرؤية بشكل طبيعي، وفي هذه الحالة فإن هذا الطفل لا يحتاج إلى برامج تربوية خاصة، أما إذا كانت حالة الطفل من النوع المتطور أو غير القابل للعلاج أو التصحيح فإن الطفل يكون بحاجة إلى الانخراط في برامج التربية الخاصة .

• التشخيص المفارق

على الجهة المشخصة تحديد فيما إذا كانت المشكلة نابعة نتيجة صعوبة النظر أو نتيجة صعوبات في القراءة، يتم تحديد ذلك عن طريق التشخيص للأداء الوظيفي البصري الذي يحدد الأبعاد عن قرب وعن بعد، في المرحلة الأولى للتشخيص يتم السؤال حول:

❖ **للرؤية القريبة** (رؤية لوحة فينبلوم لقياس الأداء الوظيفي البصري عن قرب (ملحق رقم 1-1)، وللجيل المبكر يمكن الاستعانة بالصور والألعاب التربوية .

جد:

- فتحة الشكل الهندسي بأحجامه المختلفة المعطاة، وذلك عن البعد المعطى للعين السليمة 03-53 سم .
- جد الأرقام بأحجامها المختلفة المعطاة، ببعد مطلوب ثم بالبعد المناسب للمشخص .
- جد الحروف بأحجامها المختلفة المعطاة، ببعد مطلوب ثم بالبعد المناسب للمشخص .
- اقرأ الكلمات بأحجامها المختلفة المعطاة، ببعد مطلوب ثم بالبعد المناسب للمشخص .

- اقرأ الجمل بأحجامها المختلفة المعطاة، ببعد مطلوب ثم بالبعد المناسب للمشخص.
- اقرأ الفقرات بأحجامها المختلفة المعطاة، مشكّلة وغير مشكّلة، ببعد مطلوب ثم بالبعد المناسب للمشخص.
- مراقبة النسخ عن قرب: طريقة النسخ، السرعة والدقة.
- ❖ **للرؤية عن بعد** (الاستعانة باللوح، وللجيل المبكر يمكن استعمال الصور الكبيرة، والمجسمات المألوفة، للتشخيص عن بعد):
- قياس البعد الأمثل للطالب للرؤية عن بعد بتمييز: أرقاماً وأعداداً، حروفاً، كلمات وجمل توافقاً بالمستوى التعليمي لأبناء جيله، كتابة المشخص لا تتعدى أُل 3-4 سم طول متوسط للحرف.
- مراقبة النسخ عن بعد: طريقة النسخ، السرعة والدقة.
- قياس البعد لتمييز الأغراض والمجسمات ثلاثية الأبعاد.
- قياس البعد لتمييز الأشخاص.

❖ التنقل والتواجد المكاني:

- مراقبة وضع الطالب بقدرته على التواجد المكاني والتنقل في داخل الصف وخارجه مراعاتاً بنوعيات الإضاءة.

رابعاً: توصيات التدخل

1- توصيات للأهل

- الكفيف مثل أي شخص آخر لا يختلف عنك؛ لذا عامله كما تعامل أي شخص بشكل طبيعي وبدون افتعال. لا تظهر له العطف الزائد والشفقة، وخاصة كلمة مسكين، فهذه الكلمة تجعله يشعر وكأنه عاجز حقاً.
- عند التقائق معه لا بد من تحيته ومصافحته عوضاً عن الابتسامة التي ترسم على شفثيك لغيره. فعندما تتحدث مع الكفيف أعلمه أنك تتحدث إليه، فهو لا يرى عينيك حتى يعرف أنك تتحدث إليه؛ لذا نادِه باسمه حتى يعرف أن الحديث موجه إليه، وخاصة عندما يكون مع مجموعة فإنك في حديثك تنتقل من شخص إلى آخر.
- عند التحدث معه لا تحاول رفع صوتك، بل اجعل حديثك معه مثل السوي تماماً، لأن ارتفاع الصوت يؤذيه ويؤدي إلى مضايقته. فلا تشعر بالإحراج من استخدام كلمات تتعلق بالنظر مثل، انظر، هل رأيت، من وجهة نظرك، . . . الخ، فهذه الكلمات لا تخرج الكفيف فهو يستخدمها في حديثه وإن كان لا يرى، ولا تتجنب استخدامها لأن ذلك سوف يحرجه. لا تشعر بالإحراج من التحدث عن كف البصر وعن إعاقته، فهذا لا يضايقه لأنه قد اعتاد عليها وإنما عليك اتباع الأسلوب المناسب.
- عند التحدث مع الكفيف عليك أن تستدير وتنظر باتجاهه وإن كان لا يراك، فهو يشعر ويعرف إن كنت تتحدث إليه من خلال اتجاه صوتك، وكما أنه من غير اللائق التحدث إلى شخص مبصر دون النظر إليه، فإن ذلك ينطبق على الكفيف أيضاً.
- عند دخولك على كفيف دعه يشعر بوجودك، وذلك عن طريق إخراج بعض الأصوات، ولا تعتمد على أنه يعلم بوجودك، فهو لا يراك وأنت تدخل.
- إذا كنت قد انتهيت من حديثك وأردت الخروج من الغرفة مثلاً، فعليك أن تُعلم الكفيف وتنبهه لذلك فهو لا يراك وأنت تخرج. ومن المحرج له أن يتحدث إليك وهو يظن أنك ما زلت في الغرفة ويكتشف بعد ذلك أنه يحدث نفسه.

- لا تقدم الكثير من المساعدات للكفيف، وخاصة في الحالات التي يمكنه القيام بالعمل بمفرده، فإنك إن فعلت تجعله عاجزاً عن القيام بأبسط الأفعال، ومع مرور الزمن فإنه لن يستطيع الاعتماد على نفسه أبداً ويتكل على الآخرين بشكل تام.
- إذا قام الكفيف بأداء عمل بسيط معتمداً على نفسه، فلا تنظر إليه باستغراب وكأن عمله معجزة وتقول له: "هل فعلت ذلك وحدك دون مساعدة؟!"، فإنك تعامله وقتها وكأنه طفل. إذا أردت إرشاد الكفيف إلى موضوع شيء فلا تقل له هناك، فهو لا يرى هناك، وإنما كن دقيقاً في الشرح وقل مثلاً: على يمينك على بعد ثلاثة أقدام.
- عند تواجدك في مكان ما مع كفيف اشرح له ما يوجد حوله حتى تكون لديه فكرة عما يحيط به، تفادياً لما قد يقع إذا تحرك دون أن يكون على علم بما حوله، فقد يصطدم بأشياء أو يوقع أشياء أخرى إذا لم يكن على علم مسبق بموقعها، وكذلك فإن الأشياء المعلقة والبارزة على مستوى رأسه قد تكون خطيرة عليه إذا لم يعلم بوجودها.
- لا تترك الأبواب نصف مفتوحة فإن ذلك يعرض الكفيف لخطر الاصطدام بها، فالأبواب يجب أن تكون إما مغلقة تماماً أو مفتوحة تماماً.
- إذا لزم الأمر تغيير أثاث الغرفة أو تحريك أي قطعة من مكانها الذي اعتاد عليه الكفيف، فعليك إعلامه بهذا التغيير تجنباً لأي صدمات غير متوقعة.
- عند تقديمك شيئاً ما للكفيف، لا تقل له خذ فهو لا يرى اتجاه يديك وموقعك، وبالتالي فإنك إما تصدر صوتاً بالشيء الذي تريد تقديمه له فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه، وإما أن تقربه إلى يده حتى يلمسه ويشعر به فيستطيع أخذه.
- عند تقديمك شرباً من أي نوع للكفيف لا تملأ الكأس إلى آخره، فإن ذلك يؤدي إلى سكبها. إذا قدمت طعاماً للكفيف فأذكر ما هو هذا الطعام، وأذكر موقعه على الطاولة وموقع الكأس والأدوات الأخرى، وذلك لكي يتسنى له أخذه دون أن يوقعه، وأفضل طريقة لشرح مواقع الأشياء هو استخدام طريقة الساعة، وهي كالتالي، تشرح للكفيف وتقول له إن الكأس عند الساعة 6 والطبق عند الساعة 3 وقطعة الجبن عن الساعة 9 وهكذا، وكأن الطاولة هي ساعة وتترتب بشكل دائري.
- عند توصيلك الكفيف إلى سيارة ما، لا تفتح له الباب، فإنك إن فعلت تعرضه لخطر الاصطدام بحافة الباب؛ لذا يكفي أن تضع يده على مقبض باب السيارة وهو يقوم بالباقي. إذا قابلت كفيفاً في الطريق فلا تمسك يده مباشرة وتجره فقد لا يحتاج إلى مساعدتك، وعليك أولاً أن تعرض عليه المساعدة، فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك، وإذا رفضها فهذا يعني أن بإمكانه الاعتماد على نفسه في هذا الأمر ويجب أن نشجعه على ذلك.
- إذا أردت أن ترشد الكفيف إلى مكان ما وأصبحت أنت المرافق المبصر فلا تجره خلفك جراً أو تدفعه أمامك دفعاً، وإنما اتبع طريقة المرشد المبصر الصحيحة وهي كالتالي:
- يقف المرشد المبصر متقدماً نصف خطوة عن الشخص الكفيف، ويقف الكفيف إلى جانب المرشد المبصر.
- يمسك الكفيف منطقة فوق الكوع (المرفق) للشخص المبصر خلف خط الوسط بالنسبة لجسم الكفيف، مستخدماً يده اليمنى ليمسك فوق المرفق لليد اليسرى للمرشد المبصر وتكون مسكة اليد معتدلة وخفيفة.
- عند السير في ممرات ضيقة يقوم المرشد بتحريك يده واليد التي يمسك بها الكفيف إلى الخلف ووسط ظهره، وهذه الإشارة تنبئ الكفيف إلى الوقوف خلف المرشد مباشرة على بعد خطوة وبعد الانتهاء يعيد المرشد إلى الوضع السابق.

- عند صعود ونزول السلالم على المرشد أن يتوقف برهة للإشارة بأنه سوف يصعد أو ينزل السلم ، ومن حركة جسم المرشد سوف يدرك الكفيف ذلك ، وإمكانه أن يوضح ذلك لفظاً بقوله (اصعد الدرج) .
- عند الجلوس على مقعد يقوم المرشد بوضع يد الكفيف على ظهر أو يد الكرسي .

مع الوقت يطور كل كفيف أسلوبه في التعامل مع من حوله من حيث التنقل فهناك من يفضل وضع يده على الكتف أو يفضل عدم مسكه بالمرّة ، علينا احترام ما يريحه إذا كان ذلك مناسباً لنا أيضاً .

2- توصيات تربوية

2.1 تهيئة الظروف للاستفادة من القدرات المتبقية عن طريق:

- توفير الإضاءة المناسبة .
- أن يكون مصدر الإضاءة جانبياً للطفل .
- مراعاة عدم ظهور الظلال على الناحية التي ينظر إليها الطفل .
- جلوس الطفل في مكان قريب من السبورة .
- عدم الوقوف بين الطفل ومصدر الضوء .

2.2 تهيئة الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة للطفل داخل الصف بمراعاة ما يلي:

- ساعد الطفل على تنمية اتجاهات سليمة نحو نفسه وعلى إدراك الصعوبات التي يعاني منها .
- راعي الفروق الفردية بين الأطفال .
- اسمح للطفل بالمشاركة في جميع النشاطات .
- عبر للطفل عن سعادتك لوجوده في الصف .
- أعط الطفل أدواراً قيادية كالأطفال الآخرين .
- عامل الطفل كما تعامل الآخرين .
- أعط الأطفال المبصرين معلومات عن طبيعة الضعف البصري .
- شجع التفاعلات الإيجابية بين الطلبة .
- في حالة تحيّر بالنسبة لمشاركة الطالب بإحدى الفعاليات قم بسؤاله عنها .

2.3 تهيئة الظروف التعليمية المناسبة للطفل داخل الصف مع مراعاة ما يلي:

- توفير الأدوات التعليمية المناسبة ، كالسجلات ، الأشرطة والمكبرات ، الطباعة المكبرة والأقلام الغليظة .
- التحدث أثناء الشرح بصوت عادي مسموع .
- التحدث عما يكتب على اللوح .
- إعطاء الطفل نسخاً بخط واضح ، اسمح للطفل بأن يكون قريباً من منطقة التطبيق إذا كنت تقوم بتجربة ، وإذا تحدث عن صورة أعطاها للطفل أو دعه يقترب أكثر من غيره لرؤيتها .
- أعط الطفل وقتاً أطول من غيره لعمل واجباته أو امتحاناته ، فإذا كان الأمر صعباً استخدم الطرق الشفوية أو التسجيل .
- إذا أعطيت الطفل واجبات منزلية ، حدد مدى حاجته لمعينات بصرية أو غيرها لإتمام الواجب ، واعمل على توفيرها أو إعارتها له بالتنسيق مع الأهل .

2.4 تهيئة الخبرات المدرسية بطريقة مقبولة للطفل:

- ناد الطفل باسمه كلما أردت التحدث معه أو توجيه سؤال له ، واطلب من التلاميذ الآخرين عمل ذلك .
- عزز السلوك الاجتماعي المقبول داخل المدرسة ، ووجه الطفل نحو السلوكيات الصحيحة .
- لا تحرم الطفل من النشاطات الرياضية التي يمكن أن يتعلمها ويستمتع بها ، مع مراعاة تكييف ما هو غير مناسب حسب حاجته .
- عرف الطفل بالتفصيل على كل مرافق المدرسة وتأكد من معرفته لها .
- وضح للطفل أي تغيير يحدث في الصف أو خارجه لئلا يقع في مأزق .
- نسق مع المرشد النفسي في المدرسة للتأكد من متابعة تقديم الخدمات النفسية بالشكل السليم .
- أكد على استقلالية الطفل وعلمه متى يطلب المساعدة وكيف يطلبها إن اقتضى الأمر ذلك .
- من المهم إقرار طريقة التعلم الأنسب ، وذلك بأن يحصر الطلاب الذين ينبغي التركيز في تدريسهم على الوسائل السمعية واللمسية (كطريقة بريل) ، وتتضمن هذه الفئة الذين ليس لديهم بقايا بصر ، الذين رجحت التقارير الطبية استمرار تناقص بصرهم ، والذين لم يستفيدوا من المعينات البصرية في تحسين مستواهم التحصيلي والاجتماعي في المدرسة ، حينها يجب الأخذ بعين الاعتبار جيل الطالب ، استعداداته لتعلم الطريقة والقدرات العقلية التي تمكنه من استيعابها ، إضافة إلى زمن حدوث الإعاقة .
- أما بالنسبة لفئة ضعاف البصر فتكمن الأهمية باستخدام المعينات البصرية وغير البصرية الملائمة ، وحثهم على استخدامها والمحافظة عليها وذلك أثناء الدراسة وأداء الواجبات . فتتم متابعة طبيب العيون لمن لديهم بقايا بصر من هؤلاء الطلاب مرة في أول كل عام دراسي ، وذلك للوقوف على مدى تحسن أو ضعف درجة الإبصار ومدى ملاءمة المعينات البصرية المستخدمة في ضوء نتيجة الفحص البصري . إضافة إلى التقنيات الإلكترونية في الحاسوب المزود ببرنامج تكبير وكاميرا ، والتي يستطيع الطالب من خلالها رؤية اللوح على شاشة الحاسوب حفظ المادة تكبيرها وتغيير خلفية مناسبة .
- يجب مراعاة قدرة الطالب البصرية على قراءة الخط المكتوب بخط اليد ، أو تفضيله مطبوعاً .

خامساً: قائمة المراجع

- الهيندي ، منال عبد الفتاح(2006): الأطفال ذوو الإعاقات البصرية المنهج والطريقة ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر .
- اليسير ، سمر(2002): كف البصر وصعوبات الرؤية دليل مصور للأهل والعاملين مع الأطفال ، وشة الموارد العربية ، وزارة التربية والتعليم والإسرائيلية(2009) : تشخيص الأداء الوظيفي البصري ، مجالات الدعم البصري ، القدس .

إعداد: أخصائية البصر فائدة عليان

الجزء السابع: صعوبات السمع

يعاني ستة من كل ألف طفل من فقدان في السمع . وتترتب على الصعوبات السمعية تأثيرات ملموسة وبعيدة المدى على تطوير الأطفال . التأثير الأولي هو في مجال تطور اللغة ، الحديث والاتصال . قد تكون هنالك تأثيرات ثانوية أخرى في المجال التعليمي العاطفي والاجتماعي . كلما حصل الطالب خلال حياته على دعم ، تأهيل وتربية أشمل وملائمة لإعاقة ، كلما تقلصت انعكاسات صعوبات السمع . نشهد في العقد الأخير تطوراً تقنياً وطيباً واسعاً في هذا المجال ، وكذلك تطوراً كبيراً في مجالات التأهيل والتعليم لدى الطلاب ذوي الصعوبات السمعية . بالمقابل فإن إدراك النواحي المختلفة حول موضوع مشاكل السمع أخذ بالازدياد لدى المعالجين بهذا المجال ولدى الأهل أيضاً . كل هذا يلهمنا أملاً بمستقبل جديد للطلاب ذوي الصعوبات السمعية . من هذا المنطلق فإننا سنركز في هذه الكراسة ، على موضوع تعليم الأطفال ذوي الصعوبات السمعية .

أولاً: تعريف صعوبة السمع:

يعتمد تعريف صعوبة السمع لأي حالة على عملية التشخيص ، والذي يشتمل على قياس اللغة الإستقبالية والتعبيرية ومستويات النطق والكلام والتقييم الوظيفي السلوكي .

ما هو فقدان السمع؟

عندما تصاب قدرة الإنسان على سماع الأصوات بخلل معين نقول أنه يعاني من فقدان في السمع . يتم التعبير عن خصائص فقدان السمع ودرجة صعوبته من خلال القوة التي يحتاجها الإنسان لسماع الأصوات المختلفة ، معنى ذلك (إلى أي مدى يجب أن تكون النغمة قوية حتى تستطيع الأذن أن تميزها) ، وأيضاً بمجال الذبذبات التي يستطيع الإنسان التقاطها (ما هو نوع وعدد الأصوات التي تستطيع الأذن الإستجابة لها) . يتواجد فقدان السمع بدرجات صعوبة مختلفة والتي تؤدي إلى تشويشات في التقاط الأصوات من قبل الأذن .

يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من فقدان السمع ، تعرف هذه الأنواع حسب موقع الإصابة على امتداد الجهاز السمعي .

الأنواع هي : فقدان سمع توصيلي ، فقدان سمع حسي عصبي وفقدان سمع مختلط .

ثانياً: مؤشرات الكشف عن الإعاقة السمعية

مؤشرات تثير الشك لوجود عسر سمعي:

1. مؤشرات سلوكية

- يسأل الطالب بأوقات متقاربة : ماذا؟
- لا يتجاوب عندما نتكلم معه من الخلف .
- يلفظ بعض الأحرف بشكل مشوش ويسمع كلمات جديدة بشكل مشوش .

- يوظف قدراته بشكل أفضل أثناء الاتصال المباشر مقارنة بالاتصال ضمن مجموعة أو في ظروف ضجيج .
- التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية .
- الميل للحديث بصوت مرتفع .
- الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين .

2. مؤشرات صحية:

- الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن .
- الرشوحات المستمرة وسيلان الأنف دليل على وجود سوائل في الأذن الوسطى .
- ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان .

3. مؤشرات أكاديمية:

- اجاباته عامة ، غير ملزمة وأحياناً لا تمت بعلاقة للموضوع .
- يبدو متعلقاً بوجه المتكلم لفهم المضمون .
- يميل إلى اهمال المعلومات والملاحظات التي يتم تحريرها شفهاً .
- يطلب مساعدة الطالب بجانبه لفهم تعليمات المعلم .
- ادارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام .
- استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية .
- الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب اعادتها .
- عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام .
- الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث ، أو لحذف بعض الحروف .
- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي .
- ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الاختبارات الشفوية .
- صعوبات تعلم وفجوة معرفية وتعليمية .

4. مؤشرات نفسية واجتماعية:

- عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية .
- منعزل وانطوائي أو فضولي ومزعج .
- يشعر أنه مرفوض اجتماعياً .
- هناك شعور أن الطالب "ليس معنا دائماً" .

معلومات مهمة للأهل في حالات الحاجة لتدخل أخصائي نطق وأخصائي سمعيات وطبيب أنف ، أذن وحنجرة .

وظيفة السمع السليم:

- اكتساب اللغة بشكل طبيعي .
- القيام بعملية الاتصال .

- الشعور بالأمان في البيئة .
- تمييز أصوات منبهة .
- التواجد المكاني .

خلال عملية السمع تشترك: الأذن والتي تتكون من الأذن الخارجية، الأذن الوسطى والأذن الداخلية .
عصب السمع يقوم بنقل الحافز السمعي من الأذن الداخلية إلى مركز السمع في الدماغ .
تصنف الصعوبة السمعية تبعاً لثلاثة معايير هي :

- العمر عند الإصابة .
- موقع الإصابة .
- شدة الإصابة .

تصنف الصعوبات السمعية تبعاً للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى صعوبة سمعية قبل اللغة، وهي التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل، وصعوبة سمعية بعد اللغة وهي التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة، وأسبابها خلقية أو مكتسبة .

وتصنف الصعوبات السمعية تبعاً لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى :

ضعف سمعي توصيلي: وهي مشكلة في توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية وتضم السوائل الناتجة عن التهابات الأذن أو تكلس في عظيمات الأذن .

ضعف سمعي حسي عصبي: وهي مشكلة في تحويل الأصوات إلى مؤشرات عصبية داخل الأذن الداخلية أو تتعلق بعصب السمع .

ضعف سمع مختلط: يشترك به ضعف سمع نتيجة ضعف سمع توصيلي بالإضافة إلى ضعف سمع نتيجة التعرض للضجيج أو التقدم في العمر .

ضعف سمعي مركزي: وهي مشكلة في تفسير الدماغ للمحفزات الصوتية وعادةً ما ترتبط بإصابات دماغية أو أمراض عصبية .

تصنيف ضعف السمع حسب شدة الصوت وتقاس شدة الصوت بالديسبل .

درجات فقدان السمع

سمع سليم	0-15 ديسبل
فقدان سمع بسيط	16-30 ديسبل
فقدان سمع متوسط	41-55 ديسبل
فقدان سمع متوسط شديد	55-70 ديسبل
فقدان سمع شديد	71-90 ديسبل
فقدان سمع عميق	أكثر من 91 ديسبل

ثالثاً: التشخيص

المعلومات المطلوبة للتشخيص الأولي

العوامل المتصلة بالشخص فتشتمل على :

- العمر عند الإصابة بالصعوبة السمعية، أي قبل جيل اكتساب اللغة أو بعد جيل اكتساب اللغة .
- فقدان السمع المفاجيء له تأثير أكبر على التواصل من التدريجي، فالشخص الذي لديه إعاقة تدريجية يبني استراتيجية للتواصل وفهم اللغة .
- بدأ العلاج في الوقت المناسب ونوع الأجهزة المستعملة .

التشخيص المفارق والجهات المحولة:

من هم الأطفال ضمن دائرة خطر مشاكل السمع :

- وجود أفراد بالعائلة لديهم فقدان في السمع منذ الصغر .
- وزن الطفل عند ولادته أقل من 1500 غرام .
- صعوبات تنفس عند الولادة أو مؤشرات حياته منخفضة .
- تشوهات في الأذن الخارجية، بالمبنى الداخلي، سقف الحلق و/أو الشفة الأرنبية .
- تشوهات خلقية متعدد .
- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، تسمم الدم، التهاب جلدي (هيربس) .
- إصابة المولود بالصفار بأكثر من 20 ملغم/ 100 ملم أو تم استبدال دمه .
- مكوث الطفل بعد الولادة في العناية المكثفة للأطفال ل48 ساعة أو أكثر .
- أهل يريدون الاطمئنان على سمع ابنهم .

إذا كانت الإجابة نعم على أحد هذه الأسئلة أو أكثر، فمن المهم إجراء فحص سمع على يد اختصاصي سمع، لأن السمع الطبيعي والسليم ضروري للتعليم ولتطوير اللغة والنطق السليم، ولأن الأطفال لا يستطيعون إخبارنا أن لديهم مشكلة في سمعهم؛ لذلك علينا إخضاعهم للفحص المبكر الذي يعمل به في المستشفيات، وهو مسح السمع المبكر للأطفال حديثي الولادة، فحص الصدى الصوتي (OAE) .

اختصاصي السمع هو الشخص المخول لعمل الفحوصات السمعية بعد استشارة اختصاصي الأنف، الأذن والحنجرة وعمل تحويل له .

الفحوصات السمعية:

- فحص السمع Audiometry لفحص شدة ونوع ضعف السمع .
- فحص الأذن الوسطى Tympanometry: لتقييم حركة غشاء طبلة الأذن .
- تخطيط الانبعاث القوقعي Otoacoustic Emission: لتقييم سمع أولي للأطفال حديثي الولادة .
- تخطيط السمع الدماغى ABR: لفحص العصب السمعي وتقييم شدة الضعف السمعي أثناء النوم .
- جهاز معايرة السماع Hearing Aid Fitting .

• أسباب عسر السمع

- هناك أسباب رئيسية لعسر السمع التي تلزم تدخل طبي وفي أغلبها تركيب المعينات السمعية أو زراعة قوقعة:
- الوراثة .
- تلوثات وفيروسات أثناء الحمل (مثلاً، الحصبة الألمانية، C.M.V).
- أمراض معينة (مثلاً، مرض السحايا).
- نقص الأكسجين أثناء الولادة.
- التهابات متكررة بالأذنين .
- حوادث (كدمات جسدية).
- التعرض المتواصل للضجيج .

• مناهج تعليم ضعاف السمع

الهدف الأساسي من جميع مناهج أو أساليب الاتصال، هو تحسين مستوى الاتصال بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات السمع وبين البيئة المحيطة بهم وتطوير قدرتهم على التعبير باستخدام اللغة وفهمها .

خطوط عامة في جميع مناهج الاتصال:

- ليس هناك اتفاق على منهج واحد صحيح فقط .
- ليس هناك منهج يلائم جميع الأطفال .
- لكل منهج هدفه الأساسي تحقيق التواصل للطفل .
- كل المناهج تحتاج إلى تقييم الطفل باستمرار لمعرفة التقدم أو الاحتياج إلى التغيير .

مناهج الاتصال الأساسية:

- 1- طريقة الاتصال الشفهي .
- الأسلوب الشفوي المحض .
- الأسلوب الشفوي متعدد الحواس .
- أسلوب الكلام المرموز .
- 2- طريقة الاتصال الشاملة .
- 3- طريقة الاتصال ثنائية اللغة .

أمور يجب أخذها بعين الاعتبار عند اختيار منهج الاتصال:

- مستوى فقدان السمع لدى الطفل .
- جيل بدأ العلاج لدى الطفل .
- قدرات الإبصار عند الطفل .
- الوضع العائلي/ الأسري : التصميم ، المسؤولية ، القوة النفسية ، الحالة السمعية للوالدين ، . . . الخ .
- وتيرة تقدم الطفل في أسلوب الاتصال (تقييم) .
- المؤسسات والخدمات المتوفرة في المنطقة .

الاتصال الشفوي:

- المبدأ: التركيز على استعمال اللغة المتحدثة في تعليم الأطفال الذين يعانون من مشاكل في السمع .
- اللغة المحكية هي اللغة الطبيعية .
- القواعد التي يتعلمها الطفل بالطريقة الشفوية هي قواعد اللغة المتكلم بها في المجتمع السامع .
- الاستعانة بجهاز أو معين سمعي لتكبير الصوت ، هو جزء أساسي من عملية التأهيل في هذا المنهج .

أ- الطريقة الشفهية المحضة Auditory Verbal

- الوصول إلى اللغة عن طريق حاسة السمع فقط .
- يتم تعريض الطفل للغة المحكية .
- الهدف تمكينه من استعمال البقايا السمعية لديه .
- استعمال أجهزة التكبير هو شيء ضروري والزامي .
- الوالدين هم الركيزة الأساسية في هذا المنهج .
- الوالدين هم نموذج التعليم والمعالج هو المرشد .
- عدم الاستعانة بحاسة البصر نهائياً منع قراءة الشفاه .
- عدم استخدام الإشارة .
- بيئة التأهيل هي بيئة سمعية وليس بصرية .
- تقييم مستمر لتقدم الطفل .

ب- الطريقة الشفهية متعددة الحواس

- المنهج الأكثر شهرة .
- التدريب على استخدام البقايا السمعية لدى الطفل .
- المبدأ العام: أنظر واسمع .
- هذه الطريقة تهدف إلى إصدار الأصوات والنطق وأيضاً تعريضه للكتابة .

ج- طريقة الكلام المرموز

- استعمال رموز باليدين للمساعدة في عملية قراءة الكلام للأصوات التي لا ترى بواسطة الشفتين .
- يوجد ثماني إشارات بوضع اليدين على أعضاء النطق أثناء الكلام .

الاتصال الشامل:

- المبدأ: وجوب استعمال كل الوسائل لتحسين الاتصال مع الطفل الذي يعاني من الخلل السمعي
- هذا المنهج يستعمل: الكلام، الإشارة، الكتابة، إيماءات الجسم وأي وسيلة تجمع بين الإشارة وبين الكلام تُعد مرغوبة ومقبولة عند أصحاب هذا المنهج .
- يُسمى هذا المنهج بالاتصال المتزامن: حيث يعتمد على استعمال الكلام وإشارات اليدين في آن واحد .
- هذا المنهج يتضمن: تكبير الأصوات قراءة الشفاه، استخدام الإشارة .
- يتم أخذ الكلمات من لغة الإشارة ولكن الكلام يخضع لقوانين وقواعد اللغة المنطوقة .

الاتصال ثنائي اللغة:

* المبدأ: تعليم الطفل الذي يعاني من الخلل السمعي لغتين منفصلتين: لغة الإشارة واللغة المتحدثة.

- لغة الإشارة تكون اللغة الأولى عند الطفل ، وتكون اللغة المتحدثة لغته الثانية .
- ليس هناك تشديد على استخدام بقايا السمع أو إصدار الأصوات أو الكلام المنطوق .
- أصحاب هذا المنهج يعتبرون أن للصم مجتمع خاص بهم ولغة الإشارة هي من مميزات هذا المجتمع .

لغة الإشارة:

- هي لغة التواصل بين الأشخاص الصم .
- هي لغة مستقلة لها قوانينها وقواعدها الخاصة بها .
- هي لغة تستعمل اليدين وتعابير الوجه في تنفيذ الإشارة ويتم استقبالها بحاسة البصر .
- لغات الإشارة مختلفة مثل اللغات المحكية ، فلغة الإشارة الأمريكية تختلف عن لغة الإشارة العربية .

أطر تربية وتأهيل داعمة

- هنالك أطر دعم للأولاد ذوي الخلل السمعي التي تعمل بعد الظهر ، يعمل في هذه الأطر أخصائيو اتصال ، معلمون لأولاد ذوي صعوبات سمعية ، مرشدون مهنيون واجتماعيون . تتم ملائمة برنامج تعليمي واجتماعي لكل تلميذ وفق احتياجاته الشخصية ورغباته . تعرض هذه الأطر على الأطفال وعائلاتهم أطراً من الدعم والتأهيل والذي يشتمل على تأهيل سمعي ، تحسين القدرة الكلامية ، الحديث والاتصال ، دروس مساعدة للتلاميذ بالمواضيع الصعبة ، دورات ، لقاءات اجتماعية ، حلقات تعليمية ، دروس ودعم عاطفي . بالإضافة إلى ذلك ، تمنح للعائلات في المكان استشارات في كل المجالات المتعلقة بالعيش بالبنهم الذي يعاني من خلل سمعي . تمنح هذه الأطر الطالب ذي الخلل السمعي فعاليات اجتماعية خارج نطاق المدرسة ، إمكانية قضاء الوقت مع أولاد آخرين ذوي مشاكل سمعية وخلق علاقات اجتماعية . هنالك أهمية كبرى لخلق قنوات اتصال سليمة ومستمرة بين طاقم الإطار مع الطواقم الخارجية التي تهتم بالتلاميذ في المدارس ومع الأهل . وهناك وسائل تعليمية متبعة في التربية الخاصة لأولاد ذوي الصعوبات السمعية .

رابعاً: توصيات التدخل

1. توصيات للأهل

- العناية بالحامل منذ بداية الحمل ، التأكد من خلوها من الأمراض وفقر الدم وسوء التغذية ، الاهتمام بصحتها وتغذيتها ، تجنب استعمال الأدوية بشكل اعتباطي ، وعدم تعرضها للأدوية وأيضاً العناية الخاصة بالحوامل المعرضات أكثر من غيرهن لمضاعفات الحمل والولادة .
- الوقاية من الأمراض ، كالتهاب السحايا والحماية من حوادث البيت والطرق .
- متابعه الجلسات العلاجية بصورة مستمرة وحسب التوصيات اللازمة من قبل الاختصاصي ، والتزام الأهل بالارشادات الموصى بها .
- المتابعة عند ذوي الاختصاص عند حدوث مشاكل في الأذن (طبيب الأنف والأذن والحنجرة) ، كاعطاء العلاج بالأدوية ، وإن لزم الأمر للعمليات الجراحية للأذن وعمل الفحوصات السمعية الدورية عند أخصائي السمعيات أو تركيب السماعات أو عمل زراعة القوقعة .
- عمل الصيانة اللازمة للاجهزة السمعية ، أو أي أجهزه أخرى مساعدة في هذا القسم ، نحاول سرد توصيات للحل بعد التشخيص وليس للوقاية ، لذا ما كتبته أعلاه أقل مناسب ولكن ما ذكر بعد هو مناسب جداً ، ما ذكر في الجزء الأول الخاص بالقدرات العقلية ضروري جداً لأن الوقاية خير من العلاج .

التشخيص المبكر: فحص المواليد قبل الخروج من المستشفى ، وذلك بإجراء فحص السمع المسحي والمتابعة إن لزم الامر ، وأيضاً فحص المواليد فحصاً دقيقاً من قبل مراكز الأمومة ، وأطباء الأطفال ، ومراقبة نمو الطفل وتطوره ، مما يساعد على تشخيص الحالات والمشاكل بصورة مبكرة للحصول على أفضل النتائج .

أساليب تطوير وتشجيع اللغة الملائمة للطفل

- قلد وتفاعل ، تقليد الأصوات المحيطة بالطفل ، وتشجيعه على تقليد الأصوات وربطها مع ما يمثلها من الأشياء ، والتفاعل مع أي بادرة للتواصل بحب ومرح ونشاط .
- أضف : دائماً أضف كلمة إلى كلماته ومعنى إلى معناه وصوتاً إلى صوته لأن الاضافة تساهم في تطور اللغة .
- علق : كن معلقاً بارعاً وصف كل ما يهم الطفل وما ينشغل به أو ينتبه له بالنظر أو بالاستكشاف أو باللعب ، وشد انتباهه بقدر المستطاع واصفاً الحدث .
- فسر : فسر وترجم كلماته ، أصواته وحركاته الغامضة إلى كلمات أو عبارات ذات معنى ، ووفر له فرصة الاستماع .
- اهتم بالرسائل : كن قارئ جيد لكل رسالة يرسلها لك الطفل وإن كانت ضعيفة ، الرسائل بقصد التواصل متنوعة منها النظرة بالعينين والابتسامة ، . . الخ ، جميعها رسائل ينبغي على الراشد حسن التعامل معها وعدم رميها في سلة المهملات ؛ لأن ذلك يقضي على فرص التواصل بين الطفل والديه ومجتمعه . لذا دع الأطفال يعرفون أنك تفهم رسائلهم الكلامية وغير الكلامية ويجب أن تتواصل معهم شفهيّاً .
- أعد ببطء : لا تتوقع منهم نطق الأصوات بوضوح ، ولكن أعد في هدوء وبطيء بالغ في نطق الصوت الذي لا

- يستطيع نطقه، أو قد حذفه أو استبدله أو شوهه، ولا تجبره على التقليد إن لم يرغب ذلك .
- توقف وأنظر: قابله وجهاً لوجه، وامنحه وقتاً كافياً بالإصغاء له .
- تعرف على مشاعر الإحباط، إذا لاحظت أن الطفل محبط فتوقف وخطط للقيام بمحاولة أخرى فيما بعد، كن لطيفاً معه عند ما يحاول ويفشل أو عند ما لا تفهم كلامه . حاول تفسير مقصده، وإن لم تنجح وجه انتباهه واهتمامه نحو شيء آخر في المكان ويمكنه التحدث عنه بنجاح .
- تحدث عن ما يهمه: راقب اهتمامات الطفل، وتحدث معه عن ما يهمه وعن أنشطته وعن خبراته، فالأطفال ينشغلون في ما يهمهم ويتعلمون منها، وقد لا يهمهم ما يهم الآخرين .
- القدوة: كن نموذجاً وقدوة حسنة في كلامك وتواصلك؛ ليستطيع الطفل الإقتداء بك لتطور لغته وكلامه .
- علم إيصال المعنى بطرق عدة: تكلم بأساليب مختلفة، مثل تغيير نبرة الصوت وسرعة الكلام، أو استخدام المترادفات وتصحيح اللفظ .
- تحدث بكثرة: تأكد من أن تتيح لطفل كثير من الفرص، لتحدثنا سويًا من خلال القصص المصورة أو النشاطات اليومية .
- النظام: ضع نظام روتين لتعليم اللغة ونفذه بحزم . النظام يمنحهم معرفة ما سيفعلون؛ مما يشعرهم بقدر كبير من الأمان .
- شارك: شاركهم اهتماماتهم، كالنظر إلى ما ينظرون إليه، واللعب معهم، والتحدث عما يريدون الكلام عنه .
- كن ديمقراطي: لا تكن دائماً موجهاً للنشاط، بل امنحهم الحرية في اختيار ما يرغبون القيام به، فهذا أفضل للتواصل معهم .
- لا تتطفل: لا تشاركهم النشاط إن لم يرغبوا ذلك، بل كن مراقب عن بعد، وحاول وصف ما يقوموا به، ثم حاول الانضمام لهم .
- شجع الأصوات، شجعهم على الاستجابة الصوتية ولو لم تكن واضحة؛ لأن ذلك أدهى لتطور التواصل .
- لا تتوقع احتياجاتهم من غير تواصل بالكلام، فهذا يلغي الدور المؤثر لاستخدام اللغة الكلامية، ولا تنسى أن الحاجة هي أم الاختراع، واحدى وظائف استخدام اللغة بين البشر هي التعبير عن الاحتياجات .
- استمع: استمع لما يقوله بانتباه واهتمام شديد، فهذا يمنحهم الشعور بأهميتهم مما يدفعهم لتعلم المزيد من أجل تواصل فعال، ولا تقاطعهم أثناء تحدثهم، وكن مستمعاً جيداً .
- أنشد لهم: الإنشاد محبوب عند جميع الأطفال، فلما لا يستخدم لتنمية اللغة والتواصل .
- علمهم الإصغاء: ساعدهم على تعلم الاستماع للآخرين . حاول لفت انتباههم للأصوات طوال اليوم، وردد كثيراً عبارة "اسمع أو أنا أسمع" .
- بسط اللغة: تكلم معهم من خلال جمل بسيطة، وإن كانت لغتهم متأخرة جداً تكلم من خلال كلمات مفردة، ولا تكن لغتك بعيدة كل البعد عن مستوى لغة الطفل .
- استخدم الجمل: تكلم في جمل ذات معاني يفهموها؛ لأن فهم اللغة يسبق استخدامها ومتطلب لتأسيس التواصل وأكثر من الوقفات بين الجمل، لتمنحهم وقتاً للمشاركة .
- لا تستمر في التواصل معهم من خلال الإشارات لأن ذلك يلغي أهمية التواصل من خلال الكلام .
- بالغ في النطق: المبالغة في النطق تساعد الأطفال على تعلم نطق الأصوات بشكل أفضل، افتح فمك وبالغ في حركة شفاهك ولسانك وأسنانك وواجه الطفل .

- الابداع: كن خلاقاً للنشاطات والأفكار، ولا تكن مقيداً لأفكار محدودة، لأن اهتمامات الأطفال مختلفة، مما يتطلب المرونة في العمل والأنشطة .
- كن خلاقاً لنشاطات والأفكار، ولا تكن مقيداً لأفكار محدودة، لأن اهتمامات الأطفال مختلفة، مما يتطلب المرونة في العمل والأنشطة .
- اغتنم الفرصة: يمنحنا الأطفال فرصاً لا متناهية للتواصل معهم وبطرق مختلفة، وقد تكون وسائلهم للتواصل ضعيفة، لكن على الراشدين إستغلالها لصالح تعلم اللغة والتواصل .
- تعلم الدمج في أساليب التعلم، حاسة السمع، حاسة البصر، والتطبيق العملي .
- استخدام التطور التكنولوجي لأنه يعطي مجالاً واسعاً، مثال: استغلال البقايا السمعية بالسماعات أو زراعة القوقعة واستخدام برنامج اللوح الداعم للغة .
- تكرر كلمات الأطفال أو أصواتهم وأفعالهم مع مراعاة اللفظ الصحيح؛ يظهر الاهتمام ويعزز قيمة التواصل الكلامي عند الأطفال، بل وينمي لغتهم . تفاعل مع أي بادرة للتواصل بحب ومرح ونشاط، وقلد الأصوات المحيطة به، وشجعه على تقليد الأصوات واربطها مع ما يمثلها من الأشياء؛ فذلك مدعاة لتطوير لغته .
- دائماً أضف كلمة إلى كلماته ومعنى إلى معناه وصوتاً إلى صوته، إذا قال: سيارة، يمكن أن تقول: سيارة أحمد، وإذا قال لعبة، قل: لعبة كبيرة أو لعبة أحمد وما أجمل اللعبة، وإذا قال: "عن" يقصد سيارة قل: السيارة تقول عن عن، سيارة تسير، هات السيارة، يا الله ما انظف السيارة، . . الخ، الإضافة تساهم في تطور اللغة .
- أسلوب يسمح بالتواصل من دون إحباط، مثل: إذا أشار الطفل إلى كأس، فقل له: تريد حليباً أو عصيراً؟ إن احتمال الحصول على إجابة لفظية لهذا السؤال ستكون أكثر مما لو طرح السؤال بصيغة ماذا تريد؟
- لا تتوقع منهم نطق الأصوات بوضوح، ولكن أعد في هدوء وبطيء، وبالغ في نطق الصوت الذي لا يستطيع نطقه، أو قد حذفه أو استبدله أو شوهه . مثال: إذا قال: تمكة ويعني سمكة، يمكن أن تقول: مازحاً (س س س سمكة كبيرة)، متيحاً للطفل فرصة النظر إلى فمك وتعلم اللفظ السليم . وحاذر أن تقول مباشرة لطفل: أنت تخطيء النطق أو أعد الكلمة قسراً، أو أن تضحك من نطقه أو تقولها كما هي . لكن أعد مباشرة ما قاله بنطق سليم بطيء مع مبالغة في حركة الفم تكراراً ومراراً عند كل فرصة سانحة ووجه لوجه، ولا تجبره على التقليد إن لم يرغب ذلك .

2. توصيات علاجية باستخدام التكنولوجيا

أدوات يستخدمها ضعاف السمع

المعينات السمعية Hearing Aids

المعينة السمعية (أو السماع الطبيعية)، هي أداة تكنولوجية لتضخيم الصوت تعمل بالبطارية . ميكروفون (وظيفته التقاط الموجات الصوتية وتحويلها إلى طاقة كهربائية)، ومضخم صوت (سلك خاص يزيد شدة الصوت)، ومستقبل (أداة تحول الطاقة الكهربائية إلى صوت من جديد)، وقطعة بلاستيكية توضع في الأذن وتنقل الصوت من المعينة السمعية إلى القناة السمعية .

أنواع المعينات السمعية:

- سماعات خلف الاذن Behind The Ear .
- سماعات داخل الاذن In The Ear .
- سماعات داخل القناة In The Canal .
- سماعات داخل القناة كلياً Completely In The Canal .

الصيانة المستمرة للمعينات وعظمة الأذن

ضرورة الاعتناء والصيانة الدورية للمعينات السمعية وعظمة الأذن ، والتأكد من فعالية البطاريات اليومية .
مراجعة اختصاصي السمع وطبيب الأنف والأذن والحنجرة عند الموعد المحدد أو تحديد موعد عند الضرورة وعدم التأجيل .

الأجهزة المساعدة على السمع (Assistive Listening Devices- ALDS)

الأجهزة المساعدة للسمع هي أدوات إلكترونية تمكن الأشخاص ضعاف السمع من استخدام قدراتهم السمعية المتبقية بشكل أفضل . وتشمل هذه الأجهزة السماعات الطبية وأجهزة الارسال الصوتي الخاصة والأجهزة الالكترونية التي توظف حاستي البصر واللمس .

أجهزة الارسال بالذبذبات المعدلة FM Transmission :

تهدف هذه الأجهزة إلى تحسين قدرة الأفراد ضعاف السمع على السمع بوضوح وبخاصة في المواقف الصفية ، لأن المسافة ، الصدى ، والضوضاء تعيق غالباً قدرة الشخص المعوق سمعياً على فهم الاشارات الصوتية بوضوح بالاعتماد على المعينات السمعية .

وتستطيع أجهزة الارسال بالذبذبات المعدلة التغلب على هذه المشكلات في الأوضاع الصفية . ورغم ذلك ، فإن هذه الأجهزة لا تستخدم كبديل للمعينات السمعية ولكنها أدوات معززة لها .

وعند استخدام هذه الأجهزة ، يتكلم المعلم عبر ميكروفون ويستقبل الطالب الصوت بمستقبل على أذنية أو بالمعينة السمعية .

لا تستخدم الأسلاك الموصلة في هذه الحالات مما يتيح للمعلم والطلاب الحركة بحرية في غرفة الصف . ويُستخدم أحياناً جهاز معدل يسمى بالدائرة السمعية (Audio Loop) ، وبه ينتقل الصوت من مصدره مباشرة إلى أذن الطالب عبر أسلاك موصلة أو باستخدام الموجات الصوتية المنقولة عبر ترددات (FM) الاذاعية (Radio-Frequency Amplification) .

زراعة القوقعة Cochlear Implant

تُعد زراعة القوقعة أحدث تقنية لمساعدة ضعاف السمع العصبي ، بدأت هذه التقنية بالانتشار منذ 30 عاماً وأثبتت نتائج كبيرة ، وقد استفاد العديد من المرضى الذين تمكنوا من مزاوله حياتهم والانخراط في مجتمعهم والدراسة في مدارس تقليدية دون الحاجة إلى تأهيل في مدارس الصم .

• هو عبارة عن جهاز إلكتروني صمم لكي يوفر استفادة وقدرة سمعية أفضل للأشخاص الذين يعانون من ضعف عميق في السمع في كلتا الأذنين ، والذين ليس بإمكانهم أن يحصلوا على قدرة فهم الكلام من جهاز السمع لوحده ، وتتكون أجزاءه من الميكروفون ومحلل الكلام . عندما يتواجد ضعف عميق في السمع ، فالخلايا

السمعية المستقبلية للحافظ الصوتي في الأذن الداخلية تكن مصابة بالضرر . في هذه الحالة تضخيم الأصوات بواسطة السماعات قد لا تساعد على تحليل الأصوات .

- ولكن بواسطة زرع القوقعة يتم تخطي هذه الخلايا السمعية التالفة ، ويتم وصول الحافظ السمعي بواسطة تيار كهربائي بشكل مباشر لكي تثير الخلايا الحية المتبقية في عصب السمع في الأذن الداخلية ، ومن ثم إلى الدماغ حيث يتم تمييزها .

الأطفال الملائمين لعملية زرع القوقعة هم:

- الطبيب الجراح (اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة) واختصاصي السمع ، يقومون باجراء الفحوصات المختلفة لكي يتم البت والملائمة لعملية زرع القوقعة .
- عمر الطفل محبذ أن يكون بين سنه فما فوق .
- درجة الضعف السمعي : عميق حسي عصبي في كلا الأذنين .
- استعمال السماعات : عدم الاستفادة من استعمال سماعات ذات قوة ، والتي تمت ملائمتها بشكل جيد للطفل .

زيارات متابعة:

- في فترة الأشهر الأولى من استعمال الجهاز ، قد تتعدد الزيارات إلى مركز السمعيات لكي تتم البرمجة الملائمة واجراء فحوصات سمعية أخرى لقياس مدى الإستفادة من الجهاز . بعد الوصول إلى البرمجة الملائمة وإذا كان كل شيء على ما يرام يقوم الشخص بزيارة مراجعة كل 6 أشهر .
- والأهم وجود برامج تأهيل تعليم مناسب لدمج الطفل بعد العملية ، لكي يطور مهاراته السمعية والكلامية .

3. توصيات تربوية موجهة للطاغم المدرسي من حيث الملائمة

- عند دخول الطالب إلى المدرسة يجب أن نخبر المدرسة عن مشكلته السمعية ، حتى يتم اجلسه في المقاعد الأمامية في الصف والتأكد من تقدمه الأكاديمي .
- توفير بيئة تربوية هادئة وغنية من النواحي الفيزيائية والتكنولوجية ، مثل : حرارة الغرفة ، الضجيج مثل صوت الكراسي ، إزالة الصدى من الغرفة ، إزالة الرسومات المشوشه للانتباه ، وتركيب أجهزة FM لتتقية الصوت ووضوحه .
- تقديم الدعم الكافي للطفل وعدم إحراجه وتفهم مشكلته وتوجيهه بتوفير الحلول المناسبة التي تلائم مشاكل الطفل .
- توطيد العلاقة بين المدرسة والأهل المبني على العلاقة الجيدة على أن يكون الطفل هو المحور الرئيسي .
- العمل على إجراء مسح لغوي لجميع الأطفال في جيل 5 سنين .
- التنوع في عرض الوسائل التعليمية وتوفيرها .

تنظيم البيئة التعليمية لتقديم حل أمثل لاحتياجات الطالب ضعيف السمع

كل اطار يتعلم به طالب لديه صعوبه سمعية ، إن كان ذلك بالدمج الجماعي أو الفردي أو بالتربية الخاصة ، يجب أن يكون مهياً لاستقبال الطالب ذو الصعوبة السمعية وأن يطمح لتوفير ظروف تعليمية واجتماعية مثلى له . هذه

التهيئة تشمل إعداد الطاقم وكذلك إعداد البيئة التعليمية الفيزيائية (البنوية). قبل أن يصبح إطار معين مهياً لاستقبال طالب يعاني من صعوبة سمعية يجب أن يتوفر به شرطين:

أولاً: على الجهاز التعليمي أن يبدي استعداداً ورغبة في دمج الطالب ذو المشكله السمعية. إذا شعر أعضاء الطاقم بأنهم قد أرغموا على الأمر، فقد يؤدي ذلك إلى ضرر في تحقيق النجاح في الدمج.

ثانياً: على الطاقم أن يفهم الاحتياجات الخاصة لدى الطالب.

إذا تم استيفاء هاذين الشرطين فيمكن البدء بالاستعداد. في كل صف يتعلم به طالب ذو صعوبة سمعية يجب إرشاد معلم الروضة بخصوص أسلوب التعليم بالصف. كذلك، يجب إجراء تغييرات في التصميم لكي يتلاءم الصف مع الاحتياجات الخاصة للطلاب ضعيفي السمع. (Doria Pilling، Paul Barrett، 2007).

قواعد سلوك المعلم بالصف: الاحتياجات الخاصة للطلاب

- لكي يتمكن الطالب من فهم ما يقوله المعلم وما يجري في الصف:
- يجب أن تكون المعينة السمعية أو أي جهاز سمعي مساعد دائماً وفي جميع الأوقات صالح ويعمل له صيانة مستمرة.
 - من المفضل أن يجلس الطالب ذو الصعوبة السمعية في مقدمة الصف وفي مركزه، بهذا الشكل سيتمكن من سماع حديث المعلم بشكل واضح، ويرى وجهه للحصول على الرموز التعبيرية (قراءة الشفتين، ملامح وجه ترمز إلى السليقة وما شابه).
 - على المعلم أن يتحدث أمام وجه الطالب، وعدم الحديث أثناء الالتفاف أو الكتابة على اللوح.
 - كذلك، فمن المهم أن لا يقف المتحدث بعيداً جداً عن التلميذ ذي الإعاقة السمعية.
 - أن يتحدث بوضوح وبوتيرة عادية وليست سريعة.
 - خلال تعليم مادة جديدة وعرض كلمات ومصطلحات غير مألوفة، فسيكون من الجيد إذا استخدم المعلم اللوح.
 - كتابة الكلمة على اللوح و/أو كتابة جملة تشرح صلة الكلمة.
 - على المعلم أن يفحص هل سمع التلميذ وفهم حديث أو أسئلة زملاءه بالصف؟
 - التنوع في التعليم بواسطة استخدام مواد بصرية سيثري كافة التلاميذ ويساعد الطالب ضعيف السمع.
 - إعداد التلميذ مسبقاً للمواد التعليمية.
 - يفضل إعداد التلميذ الذي يعاني من صعوبة في السمع مسبقاً للدرس، خصوصاً حين يختار المعلم وسائل أو أساليب تعليمية قد تكون صعبة على الطالب ذي الإعاقة السمعية، (مثلاً حين يعرض فيلم على الصف والمعلم يتحدث بالوقت ذاته، أو إذا كان الفيلم لا يشمل عناوين).
 - يشمل الإعداد شرحاً عن موضوع الفيلم، صلته بالمادة التعليمية وماذا سيحدث في الصف.
 - يجب منح التلميذ مسبقاً ملخصاً مكتوباً للفيلم.
 - كذلك يجب تزويد الطالب بتلخيصات مكتوبة للمادة التعليمية.
 - خلق بنية دعم: على المعلم أن ينتبه الى الاندماج الاجتماعي والدراسي في الصف لدى الطالب الذي يعاني من صعوبة سمعية.
 - على المعلم أن يتأكد من أن الطالب قد فهم حديثه، وإذا واجه الطالب صعوبة، على المعلم أن يعيد صياغة ما قاله بكلمات أخرى.

- في الإمتحان أو العمل بالصف، على المعلم أن يتأكد بأن الأسئلة مفهومة.
- على الطاقم التربوي جميعه أن يلتقي ويتحدث عن تطور العمل بشكل ثابت ومستمر.
- يجب أن يكون لدى الطالب صلة مباشرة وسهلة مع المعلمين، لكي يتمكن من الحصول على تفسيرات وإيضاحات بخصوص المواد التعليمية. إذا كانت هناك صعوبة لدى الطالب في خلق علاقات اجتماعية، على الطاقم التربوي أن يساعده في ذلك.

ملائمات بيئية: وتشمل ملائمة الضوء:

- بما أن الطلاب الذين يعانون من صعوبات سمعية يستخدمون البصر بهدف فهم المتحدثين، يجب الاهتمام بظروف إضاءة مثالية لمساعدتهم. لهذا الهدف، على الإضاءة الطبيعية والصناعية أن تكون قوية لكن يجب الامتناع عن اللمعان وبهر النظر. مثلاً: منع بهر النظر من الشمس بواسطة تغطية أو حجب الشبايك بالستائر. حين يتحدث معلم أو تلميذ آخر في الصف يتوجب على المعلم أن يهتم بأن لا يبهر الضوء على وجه المتحدث فيعيق نظر الطالب ذو الصعوبة السمعية.

ملاءمة الظروف السمعية: بهدف تحسين السمع لدى الطالب:

- الهدف: التخفيف من دخول الصوت الخارجي.
- الوسائل: إذا كانت هنالك إمكانية اختيار الصف الذي سيتعلم به التلميذ ذو الصعوبة السمعية، يجب الاهتمام بأن يكون الصف بعيداً قدر الإمكان عن مصادر الضوضاء مثل ساحات لعب، شوارع رئيسية، قاعة رياضية ما شابه، استخدام شبايك وباب ذات قدرة عزل عالية (باب عازل)، بالإضافة الى ذلك، يجب تركيب مكيف بدون ضوضاء.
- الهدف: تقليل الضوضاء والصدى في الصف: (الصدى هو ارتداد الأمواج الصوتية بعد اصطدامها بمسطحات صلبة مثل الجدران، السقف، والأرض المكشوفة).
- الوسائل: يمكن تقليل نسبة الصدى بواسطة تغطية السقف، الجدران والأرض بوسائل ممتصة مثل: سقف عازل، سجاد على الحيطان، ستائر على الشبايك (بلون فاتح) وتغطية الأرض بالسجاد، أو إدخال كرات تينس في أرجل الكراسي في الصف يمنع ضوضاء واحتكاك الكراسي بالأرض. على مستخدم هذه الوسائل أن يأخذ بعين الاعتبار وسائل الأمان. مثلاً: يجب اختيار سجادة ضد الحريق.
- الهدف: رفع صوت المعلم، يتم رفع صوت المعلم أو المتحدث بواسطة أجهزة تكبير صوت ومعدات مساعدة. كذلك يتوفر حالياً أجهزة صوتية متحركة لتحسين القدرات السمعية لجميع الطلاب في الصف، وأجهزة سمعية فردية يستخدم فيها كل طالب سماعة أذن ومستقبلاً سمعياً.

4. توصيات للعمل فيها في مركز المصادر

- والتي تشكل الأساس للخطة التربوية التي ستبنى للطالب في مركز المصادر وهي على النحو التالي:
- العمل على توفير معلم تربية خاصة في غرفة المصادر.
 - العمل على تقييم أولي للطفل يتناسب والمرحلة العمرية وتحديد نقاط القوة والضعف ليتم العمل عليها خلال العام.

خامساً: قائمة المراجع

- William F. Rintelmann . (1991). Perspectives in audiology series . Hearing Assessment . 2nd Edition . Pro . ed ، 8700 Schoal Creek Boulevard Austin ، Texas 7 . -226-89079-78758 . ISBN 0
- Frederick N. Martin ، Ph . D . (1984). Principles Of Audiology . University Park 2 . -1873-8391- 0 : Press ، Baltimore . ISBN
- National Association of the Deaf : www.nad.org
- Self Help for Hard of hearing people : www.shhh.org
- Cochlear Implants : www.nided.gov .
- Council on education of the deaf: www.deaf.net
- [http // www . asha . org](http://www.asha.org) : -American Speech-Language and Hearing Association
- Stuttering intervention Techniques . [http : // www . youtube . com](http://www.youtube.com)
- Articulation and Phonological Processes . www.asha.org
- Articulation Disorders . [www . allinahealth . org](http://www.allinahealth.org)
- بعض المجلات والدوريات العلمية
- Audiology Today
- Journal of American Deafness and Rehabilitation Association

إعداد: أخصائية السمع رزان بزبنت

- عمل تقييم شامل ودقيق لمادة اللغة العربية والرياضيات وبناء خطة تربوية فردية لكل طفل .
- عمل تقييم مرتين في السنة لمعرفة التحسن الذي يطرأ .
- العمل على تحويل الطفل الى أخصائيين آخرين غذا دعت الحاجة ، أو وجود شك في أي مشكله مثل (أخصائي علاج نطق ولغه أو أخصائي وظيفي ، . . . الخ) .
- تحويل الطفل لاجراء فحص سمع .
- التنسيق لعمل دورات ارشادية مع اختصاص اللغة والنطق والسمع في كل مدرسه ودعوة أهالي الطلاب والمدرسين بهدف توعوي .
- العمل على توجيه الأهل للأماكن التي تتوفر فيها الخدمة لأي مشكلة .
- وفي النهاية فإن ”الاكتشاف والعلاج المبكر هما أفضل طريقة للوصول إلى نتائج ايجابية“ .

استراتيجيات الاتصال والتعليم: نصائح تربوية لغرفة المصادر وللطاقم التربوي

- انتبه للظروف البيئية .
- اختيار مكان الجلوس .
- من المهم أن يروك ويسمعوك .
- الحفاظ على الاتصال البصري .
- تكلم بوضوح .
- حاول منع ضجيج الخلفية .
- كتابة الاعلانات .
- يجذب أن تكتب على اللوح خلال النقاش .
- أذكر اسم المتكلم حتى يتمكن الطالب من إيجاده ، وقم بإعادة الإجابات .
- تأكد من أن الطالب واع لتغيير الموضوع .
- الدعم العائلي : تشجيع الأهل للاعتماد على الجهاز السمعي لتطوير اللغة والكلام .

الجزء الثامن: المشاكل والاضطرابات السلوكية والنفسية

أولاً: مفهوم المشاكل والاضطرابات السلوكية والنفسية

يستعرض هذا الجزء من الدليل الصعوبات والاضطرابات السلوكية والنفسية التي قد يعاني منها الأطفال، وتظهر داخل البيئة التربوية التعليمية.

يختلف الناس في سلوكياتهم من شخص لآخر وهو شيء طبيعي وواضح، ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال في المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف حائرين في التفريق بين السوي وغير السوي أو الطبيعي والملائم، وغير الطبيعي من تلك السلوكيات.

كبالغين نعبر عن صعوباتنا النفسية، مشاعرنا وأفكارنا من خلال اللجوء للمشاركة بالكلام للافصاح عما داخلنا، لكن للطفل أساليب أخرى ليست بالضرورة كلامية تشير لما يجول لديه. غالباً ما يعبر الأطفال سلوكيات عن أفكارهم ومشاعرهم، ويبقى من واجبنا كمربين وبالغين محاولة فهم اشاراتهم غير الكلامية تلك، ومساعدتهم التغلب على صعوباتهم أيأ كانت.

رغم أن الصعاب السلوكية والنفسية قد تصاحب الأطفال في جميع مراحلهم العمرية كما البالغين، وقد يتم التغلب على معظمها بشكل تلقائي مع النمو ودعم البيئة، إلا أن نسبة غير قليلة من أولئك الطلبة قد يحتاجون إلى تدخل مهني منهجي ليساعدهم على التكيف مع المهام التطورية والتعليمية المتوقعة من أبناء جيلهم، يحد من صعوباتهم والألم المرافق لها ويزيد من تكيفهم وشعورهم بالسعادة.

وجدت الدراسات أن هناك علاقة بين صعوبات التعلم وعسر التعلم وبين الصعاب السلوكية والنفسية، والتي قد تكون بطريقة واحدة أو أكثر مما يلي:

1. قد تؤدي صعوبات التعلم إلى صعوبات سلوكية ونفسية بشكل مباشر وذلك نتيجة للخلل العصبي الذي يقف من وراء صعوبة التعلم مثل الحركة الزائدة أو صعوبة في تفسير الأوضاع الاجتماعية.
2. قد تؤدي صعوبة التعلم إلى مشاكل سلوكية ونفسية بشكل غير مباشر وذلك نتيجة تجارب الفشل المتكررة وظهور مشاعر بالاختلاف عن الآخرين.

قد تسبب الصعوبات السلوكية والنفسية تدهور في الأداء الأكاديمي وذلك لأن الطالب لا يملك المساحة للتفرغ للتعلم بل يكون مشغولاً بشكل كبير بمضامين نفسية تعيق تفرغه للتعلم. وذلك ينعكس في السرحان أو عدم القدرة على التركيز والانضباط للقوانين المدرسية.

ثانياً: مؤشرات الكشف عن المشاكل والاضطرابات السلوكية والنفسية

لكل مرحلة عمرية صفات مرافقة تعتبر مميزة وطبيعية للعمر، وما يعتبر طبيعياً في سن معينة قد يصنف على أنه شاذ وغير تكيفي بالنسبة لجيل آخر، فمثلاً عدم استعمال اللغة واللفظ الصحيح لبعض الكلمات قد يعتبر طبيعياً لدى أطفال يبلغون الثالثة من عمرهم لكنه أمر يحتاج لتدخل مهني إذا استمر الوضع في سن ست سنوات مثلاً. وكذا هو الأمر بالنسبة لردود الفعل السلوكية والعاطفية، فهي أيضاً تخضع لنفس الاعتبارات العمرية، إذ أن عدم قدرة طفل في الثالثة من عمره من الانتظار في الدور ينظر لها بطريقة مختلفة عند أولئك الذين بلغوا العاشرة وهكذا.

من هنا وعند الحديث عن مؤشرات الكشف المبكر يجب إيلاء الاعتبار العمرية أهمية بالغة ومعرفة المتوقع والمقبول بالنسبة لجيل محدد ونسبة له تقييم الخلل.

عادتاً تؤثر الحالة النفسية على السلوكيات كما وأن لكل سلوك أبعاداً نفسية، من هنا نجد بعض المؤشرات مشتركة للفرد سلوكياً وعاطفياً، وقد حاولنا تصنيفها والفصل بينها على النحو التالي:

- **مؤشرات سلوكية وعاطفية انبساطية: (extroversion)**
- يتصرف الطفل بطريقة لا تتلاءم وعمره.
- نشاط زائد وعدم القدرة على البقاء هادئاً.
- صعوبات في التركيز وتشتت الانتباه.
- اندفاعية والقيام بتصرفات لا يسبقها تروي أو تفكير كاف.
- الإكثار من استعمال الشتائم والألفاظ البذيئة.
- عنادية وسرعة التهيج وصعوبة في السيطرة على الانفعالات.
- مجادلة مستمرة وعدم المسؤولية، بل الاستمرار في اتهام الآخرين.
- تبجح وافتخار مبالغ به دون قاعدة ملائمة.
- تغيرات فجائية ومتكررة في المزاج.
- وجود نوبات غضب أو مزاج حاد.
- القيام بحركات عصبية.
- القيام بحركات غير متناسقة.
- قسوة.
- يرى أشياء غير موجودة.
- يسمع أصوات غير موجودة.
- سلوكيات غريبة وشاذة تدل على اهتمام مبالغ به بالنظافة والترتيب والتنظيم.
- كثرة الكلام.
- التهريج الزائد للفت الانتباه أو تشتيت الانتباه.
- معاملة قاسية للآخرين، تمرد على الضعيف.
- تخريب ممتلكات وإتلاف الأشياء التي يملكها.
- إيذاء الذات.
- تمرد كبير وعدم طاعة في المدرسة.

- صعوبات في التعامل مع الأطفال الآخرين .
- يدخل في مشاجرات كثيرة .
- الأكل أكثر من اللازم والوزن أعلى من المعدل الطبيعي .
- هروب مستمر من المدرسة أو دوام متقطع أو غير اعتيادي .
- ضعف في التحصيل الدراسي .
- تفضيل المكوث مع أطفال يكبروه أو يصغروه عمراً .
- تدمر مستمر .
- كثرة الإصابات والتعرض للحوادث بشكل أكبر من العادي .
- عدم ثبات السلوك .

• مؤشرات سلوكية وعاطفية انطوائية:

- مظاهر اكتئاب .
- قلق، مخاوف توتر وبكاء .
- ارتباك وحيرة .
- سرحان .
- يعيش في الخيال لفترات طويلة .
- أحلام يقظة .
- كثرة الغيرة .
- يبدو كمن لا يشعر بالذنب أو الندم حين يكون مخطئاً .
- الخوف من التفكير أو عمل شيئاً قبيحاً .
- سلوكيات اعتمادية بشكل كبير .
- يشعر أنه يجب أن يكون مثالياً .
- يشعر أن الآخرين يخططون له الشر والسوء .
- يشعر أن الآخرون يميلون إلى إغاظته .
- بكاء كثير .
- مرفوض من قبل الأطفال الآخرين .
- يشكو من الوحدة .
- عدم نشاط، بطئ وفقدان للحياة .
- رفض الكلام والتجاوب .
- صعوبات في الكلام، مثل التأتأة .
- مشاعر كبيرة ومبالغ بها بالذنب .
- الآم وأوجاع جسدية دون سبب صحي (غثيان، صداع، مغص، طفح جلدي، . . . الخ) .
- تعب وإرهاق متواصلين .
- ارتباك وخجل شديدين .
- عبوس وتجهم .

- كثرة الشك .
- انطواء، انعزالية وصعوبة في اختلاط مع الآخرين .
- تقدير منخفض للذات .
- عدم ثقة بالنفس .
- الإخفاق في انتقاء السلوك المناسب في الوقت المناسب .
- صعوبات في تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع أبناء جيله .
- خمول مفرط .
- عدم الالتزام والمثابرة .
- يبدي عدم قدرة في تعلم مهارات اجتماعية .
- خوف من الامتحانات كبير .
- رفض الذهاب إلى المدرسة .
- تجنب أداء المهمات خوفاً من الفشل .
- تبول نهاري على نفسه .

هذه الإشارات وغيرها تظهر على الطفل في المدرسة وأحياناً كثيرة أخرى داخل البيت، في الحارة والبيئة المحيطة . مهمة التربويين الأساسية هي الملاحظة وعدم اغفال مثل هذه الدلالات . يعتمد المهنيون بعض الأدوات الكمية والكيفية لحصر هذه الإشارات وللتعرف أكثر على حالة الطفل واحتياجاته النفسية، العاطفية، التربوية والتعليمية .

ثالثاً: التشخيص

من الفحوصات المقننة والمنتهج استعمالها دوماً لحصر وضع الطفل النفسي والسلوكي هو اختبار اخنباخ

• اختبار CBCL (Achenbach.1991)

اختبار ناجع جداً يمكن الاستعانة به كجزء من المقابلة الاكلينيكية، ويساعد في تركيز أسئلة المقابلة في حالة أجري قبل تنفيذها . يعتبر جزء هام من الأدوات أو السلة التشخيصية وهو يقيس حالة الطفل قبل وخلال وبعد العلاج . يتكون الاختبار من مئة واثنى عشر بند على شكل عبارات يعبئها على الطفل نفسه كل على حدا، أهل الطفل والمربين في المدرسة . بنيت هذه البنود على أسس علمية متينة لتصف قدرة الطفل النفسية ومشاكل التكيف خاصته . وتشمل 8 سلالم تعكس اضطرابات مختلفة يمكن دمجهم إلى سَلَمين : انطوائي وانبساطي . يشكل الاختبار وسيلة للتقييم السريع والمبسط للقدرات وللسلوك التكيفي، ويوفر زوايا مختلفة لفهم حالة الطفل واحتياجاته .

يلام الاختبار أطفال تتراوح أعمارهم بين السادسة والثمانية عشر، وتستغرق تعبئته حوالي العشرين دقيقة، مما يجعل من السهل تبنيه في المدارس ومراكز المصادر .

يوصي باعطاء الفحص لأكثر من جهة لتعبئته بخصوص الطفل الواحد (الطفل نفسه، المدرسين، الأهل، المعالج)، إذ تمكن مقارنة الإجابات والفجوات من فهم وضع الطفل بصورة أفضل وزيادة صدق الفحص .

تمرر الاستمارة مباشرة للمراهقين ، وفي عمر دون 12 تمرر للأهل والمعلمين فقط .
هناك دليل مفصل يمكن الاستعانة به لتحليل الإجابات والوصول إلى نتيجة الفحص . من أسهل الطرق في تحليله هي مسح البنود التي تلقى بها الطفل علامة 2 ، والتي تعني أن السلوك متكرر جداً . إذا وجدت عدة بنود تابعة لنفس السلم حصل بها الطفل على الدرجة تلك يجب الشك بخصوص وجود اضطراب من هذا النوع .

• معلومات أولية للأهل

تقع المسؤولية النهائية للطفل على عاتق الأهل ، لذا يجب اعتبارهم شركاء أساسيين في العمل وبناء أوصل الحوار على قواعد سليمة معهم . دائماً وأبداً نحن نعمل أخذين بعين الاعتبار الأخلاقيات المهنية ، ولدى تحويل أية معلومات للأهل يجب مراعاة ما يلي :

- عدم اعطاء أية معلومة غير صحيحة للأهل أو الكذب عليهم لأية اعتبار كان .
- عدم اخفاء معلومة على أحد الوالدين في حالة طلب الطرف الآخر ذلك ، إن لم يتوفر أي سبب قانوني للأمر .
- تفسير مصطلحاتنا بلغة بسيطة وسهلة ، مفهومه للأهل والامتناع عن استعمال مصطلحات مركبة ومعقدة .
- عدم اعطاء معلومة غير دقيقة أو غير متأكدين من صحتها .
- عدم اعطاء تشخيصات ليس في صلب اختصاصنا ، وخاصة في المراحل الأولية وترك المهمة للمهنيين المخولين بالتشخيص .
- الامتناع عن طلب معلومات من الأهل نابعة من حب استطلاعنا لا داع لها في مراحل التشخيص الأولية .
- عدم اعطاء معلومات وأمثلة بخصوص أطفال آخرين لديهم نفس العوارض إذ من حق الأهل الشعور بالخصوصية .
- عدم اتهام الأهل أو إشعارهم بخيبة الأمل منهم أو إخراجهم كمدننين ، إذ أن الهدف هو مساعدة الطفل أو لا واطرا .
- بعد أخذ البنود أعلاه بعين الاعتبار ، يصبح من واجبنا مشاركة الأهل بملاحظاتنا ، أخذين بعين الاعتبار تمحور رسالتنا حول التفسير أن غالبية ردود أفعال الأطفال والعوارض الذين يعانون منها هي رد فعل طبيعي ناتج عن وضعية غير سليمة أو ظرف غير طبيعي يمر على الطفل وبالإمكان معالجتها . نحن نسعى لطمأنة الأهل وتهدئتهم وتجنيدهم للعملية العلاجية .

نوصل رسالتنا تلك على النحو التالي:

- إن بعض سلوكيات الطفل وردود أفعاله العاطفية لا تتلاءم مع الموقف أو المتوقع لأبناء جيله .
- إننا قد لاحظنا هذه الصعوبات والخلل على مدى فترة كافية وأن السلوكيات تلك لم تكن الاستثناء إنما هي الميزة للطفل غالبية الوقت .
- اعطاء فكرة ملموسة للأهل عن هذه السلوكيات من خلال أمثلة محددة .
- إن غالبية هذه العوارض تظهر لدى أطفال آخرين وتعتبر ردود فعل طبيعية لظروف مركبة .
- إننا نهدف إلى مساعدة الطفل من خلال فحص أسباب هذه السلوكيات وجذورها .
- إن التغاضي عن معرفة الأسباب وتقديم المساعدة للطفل قد يفاقم المشكلة .
- اكمال التعرف على المشكلة سيتم من خلال مهنيين مختصين .

- توفير معلومات عن المهني الذي سيتم التحويل إليه وطمأنة الأهل بخصوص خبرته .
- طمأنة الأهل أنه سيتم إشراكهم في جميع مراحل التشخيص ، وعدم أخذ أية قرارات أحادية الجانب دون موافقتهم .
- التركيز على أن الجانب السلوكي والنفسي له علاقة وثيقة مع الجانب الأدائي الأكاديمي ، وتحسين أي منهما يطور إيجابياً الجانب الآخر .

المعلومات المطلوبة للتشخيص الأولي:

قبل القيام بأية تشخيصات يجب بناء صورة وافية عن واقع الطفل الحالي وماضيه التطوري والأسري والطبي ، على أن تشمل المعلومات التي نجمعها الأساسيات المهمة لإيفاء عملية التشخيص ولا أكثر منها .

مصادر المعلومات تشمل:

- المقابلة الأولية مع الأهل (الأم والأب) (ملحق 2 - انتيك) .
- تقارير من المعلمين
- تقارير من الأطباء
- أية استمارات أخرى ليعبئها ذوو العلاقة .

على أن تغطي المعلومات التي يجب جمعها المجالات التالية:

- التعرف على البيئة الأسرية للطفل : أعمار الأهل والقرابة بينهم (الإخوة والأخوات) ، عدد أفراد الأسرة وجميع الساكنين في البيت (الحالة المادية للأسرة) درجة التفرغ للطفل ووجود محفزات بيئية ، حوادث هامة (تغيرات صعبة- مستجدات- صدمات ، . . . الخ) والتي من الممكن أن يكون لها أثراً على حالة الطفل السلوكية والعاطفية .
- التاريخ الطبي للأهل : وجود اضطرابات أو أمراض نفسية وراثية في الأسرة ، تخلف عقلي وإعاقات بين الأهل أو الإخوة والأخوات .
- التاريخ الطبي للطفل : معلومات أساسية منذ الحمل والولادة ، أمراض صحية في الطفولة المبكرة أدوية أو علاجات .
- السؤال عن الحالة الصحية الحالية للطفل : فحوصات سمع ، نطق ، نظر ، ضغط دم ، سكري ، غدد ، فيتامين د وفيتامين ب 12 .
- التاريخ التطوري للطفل : العمر الذي تم به اكتساب المهارات التطورية الأساسية كالنطق ، المشي ، النظافة الشخصية والاستقلالية .
- التعرف على الأنماط التربوية المنتهجة في الأسرة ونمط التنشئة ، الحزم ، الحماية الزائدة ، العنف والحدود .
- التعرف على أنماط الطفل السلوكية والنفسية في البيت والمحيط (خارج نطاق المدرسة) ، وفحص مدى وجود الإشارات السلوكية والنفسية التي أوردت سابقاً في البيئة المنزلية ، اذ اقتصرها على المحيط المدرسي فقط له دلالاته .
- السؤال عن أنشطة الطفل واهتماماته في المنزل ، ساعات دراسته وساعات النوم التي يحصل عليها .
- السؤال عن أداء الطفل التربوي والاجتماعي .

- التعرف على الوضع المدرسي والتعليمي للطفل بالتفصيل : سن الدخول للروضة والمدرسة ، الاستجابة ودرجات التحصيل ، نمط النشاط في المدرسة والصعوبات والمشاكل التي يعاني منها ، كما والاستفسار عن أساليب التدخل والمساعدة التي أعطيت للطفل داخل الاطار التعليمي لتحسين أدائه إن وجدت .
- مشاهدة الطفل مباشرة وفحص طريقة تفكيره ومزاجه (mental ststus) ، وذلك للتأكد من عدم وجود أمراض نفسية .
- يوصى جداً باستعمال اختبار اخنباخ لجمع المعلومات بشكل سريع حول الأعراض التي يعاني منها الطفل (هنا مكان التفصيل عن الاختبار) .

• التشخيص المفارق والجهات المخولة للقيام به

على الجهة المشخصة أن تجيب على سؤالين أساسيين :

- هل صعوبات الطالب النفسية والسلوكية قائمة بحد ذاتها أم ناجمة عن جذر آخر كصعوبات التعلم مثلاً؟
- هل صعوبات الطالب النفسية والسلوكية بمستوى اضطراب يحتاج إلى تدخل طبيب أمراض نفسية أو أمراض عصبية؟ أم يمكن التعامل معها من خلال مرشدين ومهنيين تربويين آخرين؟
- هل يعاني الطفل من تخلف عقلي أو مرض ذهاني؟

هناك بعض التشخيصات المفارقة التي يجب الانتباه لها:

1. تخلف عقلي (انظر الإعاقات العقلية)

- في حالة كان الطفل يعاني من تخلف عقلي ، بمعنى أن قدراته الذهنية أقل من المعدل المتوقع لأبناء جيله ، سيؤثر الأمر مما لا شك فيه برود أفعاله العاطفية النفسية وسلوكياته . ويحتاج التدخل عندها لمهنيين وأطر تربوية قادرة ومخولة على التعامل مع الذين يعانون من تخلف عقلي .
- من ناحية أخرى قد يعاني بعض الأطفال من الأمرين معاً ، من التخلف العقلي وكذلك من صعوبات نفسية وسلوكية ، ويحتاج شقي الصعوبة تدخلاً ملائماً ، إنما يجب أن يسبق تشخيص القدرات العقلية أي تشخيص آخر من أجل تحديد حدة المشكلة وتفاقمها .

2. PDD- Pervasive developmental Disorder (انظر التوحد)

- هل يعاني الطفل بدرجة أو أكثر من أطياف التأخر التطوري بما فيها التوحد؟
- التوحد (autism) أو (اضطراب الطيف التوحيدي) : هو اضطراب نمائي عام (Pervasive Developmental Disorder) يصيب الطفل قبل بلوغه العام الثالث من العمر ، ويتضمن قصوراً في قدرة الشخص على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الأشخاص أو الأشياء أو الموضوعات ، والعجز عن تكوين علاقات مع المحيطين به ، وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث بأربعة أضعاف .
- وسمي بالطيف التوحيدي لأن أعراضه تختلف في شدتها من شخص إلى آخر .
- غالباً ما يظهر نمو الطفل التوحيدي عادي بشكل نسبي ، فالتوحد لا يمكن ملاحظته بشكل واضح حتى سنتين ونصف على الأقل عندما يلاحظ الوالدان تأخرًا في اللغة أو اللعب أو التفاعل .
- لذا إن كان الطفل يعني من الطيف التوحيدي يجب عمل التدخل من المنظور ذاك ، وعدم التعامل مع الصعوبات النفسية والسلوكية كما لو كانت قائمة بحد ذاتها .

3. اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

ADHD- Attention Deficit Hyperactive Disorder

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال والمراهقين ، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض التي يمكن ملاحظتها منذ مرحلة الطفولة وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ . يعتمد الاضطراب على وجود النشاط الحركي والحسي ، نقص الانتباه والاندفاعية ، قد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث أحدهما دون الآخر ، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة وفي المجتمع بصفة عامة إذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها .

دلالات فرط الحركة:

زيادة ملحوظة في مستوى النشاط الحركي تخرج عن حدود المعدل الطبيعي ، حيث نرى الطفل يتلوى و يتململ ، لا يستطيع البقاء في مكانه أو مقعده ، نراهم يجرون في كل مكان ، يتسلقون كل شيء ، كثيري الحركة لا يهدءون ، يتكلمون كثيراً ، كل ذلك بلا هدف محدد ، يحدث ذلك في المنزل والشارع والأسواق أو المدرسة ، كما يجدون صعوبة في التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين .

دلالات نقص الانتباه:

من أكثر أعراض هذه الحالة انتشاراً ، فبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه ، فدرجة التركيز والانتباه لديهم قصيرة جداً ، فإن المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز ، التذكر والتنظيم ، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم ، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط ، وخصوصاً ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدي وتفكير ، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم ، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم ، يفقدون أغراضهم ، وينسون أين وضعوا حاجياتهم (كتبهم وأقلامهم) .

دلالات الاندفاعية:

هؤلاء الأطفال مندفعين بطبعهم ، لا يفكرون في الحدث وردة الفعل ، يجيبون على السؤال قبل الانتهاء منه ، لا ينتظرون دورهم في الحديث أو اللعب ، كثيراً ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب ، وهو ما يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين . هؤلاء الأطفال عادة ما يعانون من تشتت في الأفكار فتراه ينتقل من موضوع لآخر بدون علاقة منطقية بينهم .

كثيراً ما يخطئ الأهل والتربويين في تفسير إشارات هذا الاضطراب وقد يتم اتهام الطفل بالقصد وراء سلوكياته تلك ، كما وتكثر معاقبة الطفل بسبب حركته الزائدة واندفاعيته التي تدخله في مشاكل مستمرة . من هنا أهمية التشخيص الصحيح لمنع تراكم الأذية والألم لكل من الطفل والمحيطين به .

من المهم الإشارة إلى أن هذا الاضطراب ذا منبع عصبي ، وعادة ما يتم وصف الأدوية (مث ريتالين أو كونسيرتا) من قبل طبيب الأعصاب . هذه الأدوية لا تعالج الاضطراب بل تساعد في تحسن أداء الطفل في حياته اليومية وخاصة المدرسية .

4. اضطرابات ذهانية

- الأمراض الذهانية هي أمراض عقلية شديدة في حدتها تتميز بخلل كبير في قدرة الشخص على التفكير السوي، على التفاعل العاطفي، على التواصل الاجتماعي، على فهم الواقع والقيام بسلوك سوي والمحيط.
- عادةً تصيب هذه الاضطرابات الأشخاص في نهاية المراهقة وبداية البلوغ، وفي حالات أكثر ندرة تصيب الأطفال أيضاً.
- أولئك الأطفال قد يُظهرون سلوكيات غير سوية كالسرحان وتشت الانتباه والتفاعل مع واقع غير موجود وإبداء مخاوف وقلق من أمور غير مفهومة للآخرين، وفي حالات شديدة يعانون من هلوسات وضلالات.

الهلوسات عبارة عن ردود فعل حسية، تبدي واحدة من الحواس دون وجود محفز فعلي خارجي للأمر، مثل رؤية صور غير موجودة أو سماع أصوات غير حقيقية أو اشتمام روائح لا يوجد لها أساس وغيرها.

الضلالات عبارة عن معتقدات خاطئة، يتمسك بها الشخص عن إيمان وقناعة راسخين رغم كل الدلائل والبراهين المعارضة لذلك، ولا يشاركه في معتقداته الخاطئة تلك أشخاص آخرون من نفس الخلفية الثقافية والاجتماعية ودرجة الذكاء. قد تشمل الضلالات توهم المرض أو توهم العظمة أو توهم أن هناك ملاحقة مستهدفة للشخص.

من واجب المهنيين التفرقة بين الخيال الواسع والخصب للطفل وبين رغبات الطفل وأمنيته من جهة، وبين الهلوسات والضلالات من جهة أخرى، فالأخيرة تسبب قلقاً وألماً كبيرين للطفل وتؤثر سلباً على مسار الحياة الطبيعي. لا يمكن تصحيح الهلوسات والضلالات بالحجج والبراهين، ورغم تسببها بالقلق والألم للطفل إلا أنه يتعذر عليه التخلص منها لوحدة مما يوجب تدخلاً مهنيًا.

5. اضطرابات نفسية أخرى تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة

- رغم أن الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من صعوبات نفسية وسلوكية يمكن مساعدتهم من خلال الأثر التربوية والإرشادية المتوفرة، إلا أن قلة منهم قد نصلهم بعد أن تكون صعوباتهم قد تفاقمت لتصل في حدتها درجة الاضطراب النفسي. ومن بين هذه الاضطرابات التي لم تكن قد أفردنا لها بنداً سابقاً:
- **الاكتئاب:** اضطراب المزاج، ويتميز في هبوط في المزاج، حزن وفقدان للدافعية، وبين الأطفال قد يأخذ صوراً إضافية كالتشتت والقلق والعصبية والسلوك العنيف. عند العديد من الاطفال يأخذ الاكتئاب شكل هيجان بدلاً من الخمول.
 - **اضطراب الوسواس القهري:** وهو عبارة عن أفكار وسواسية مكررة، لا يرغبها الطفل وتأتي رغماً عنه، حتى بعد محاولته ابعادها والتخلص منها. يقوم المصاب بالاضطراب بأفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها نظراً لأنها تخفف من القلق الناجم عن أفكاره الوسواسية. ورغم اعتقادنا أن هذا الاضطراب يصيب البالغين إلا أن الدراسات تشير إلى أن نسبة عالية من البالغين المصابين كانوا قد عانوا من بعض عوارضه في الطفولة أيضاً. قد يصعب اكتشاف الاضطراب داخل البيئة المدرسية، إلا أن بعض الأطفال الذين يبدوون بطناً في الكتابة أو تشتت أو انسحابية في الإجابة أو يبدوون منهكين قد يكون كذلك نتيجة انشغالهم بسلوكيات قهرية (كعد الكلمات أو الأحراف مثلاً بشكل قهري)، تستنفذ طاقتهم وتحد من قدرتهم على التفاعل داخل البيئة المدرسية.
 - **اضطرابات القلق:** تشمل المخاوف الشديدة المحددة منها (كالخوف من الناس أو الخروج أو الخوف من الأماكن المغلقة)، والمخاوف المعممة (مخاوف من أمور كثيرة في آن واحد) وحالات الفزع وغيرها. تستنفذ جميع هذه المخاوف طاقة الطفل في محاولته اما لإخفائها عن أقرانه والمسؤولين، أو محاولاته للتعامل معها مما قد يُظهر

من خلال سلوكيات وردود أفعال نفسية غير واضحة أو غير متلائمة والسياق، كالإرهاق النفسي، السرحان، الانسحابية ورفض الانخراط في فعاليات معينة والانزواء وغيرها.

- رهاب الامتحانات
- قلق الامتحان هو عدم الارتياح والتوجس، أو الانفعال من أية وضعية تشمل مركب تقييمي وتظهر عادةً لدى طلاب المدارس في صورة خوف من الفشل في الامتحان. تشير الدراسات إلى أن ما يقارب أُل 15% من الطلاب يعانون من هذا القلق ويحتاجون لمساعدة. يُفسر الطالب وضعية التقييم الذي سيمر بها على أنها وضعية مهددة، وكثيراً ما يربط التقدير الدراسي مع تقدير الذات، والخوف من الحرج من المعلمين، والخوف من العزلة من الأهل أو الأصدقاء، وضغوط الوقت، أو الشعور بفقدان السيطرة.

يمكن أن يكون القلق مصحوباً بالآثار التالية:

آثار جسدية: خفقان القلب، التعب، الغثيان، ألم في الصدر، ضيق في التنفس، آلام في المعدة، التعرق، الارتعاش، شحوبه الوجه واتساع حدقة العين أو الصداع.

آثار ذهنية: عدم فهم صحيح للامتحان، نسيان، بلبلة، صعوبات تركيز وصعوبات في استرجاع المعلومة من الذاكرة وتحليلها.

آثار نفسية: خوف وقلق وتوتر حتى الفزع.

نحن نعلم كمهنيين أن درجة معينة من القلق لا بد منها وهي مفيدة للممتحن، إذ ترفع من دافعيته وتشحذ الذاكرة وتحسن الأداء، إنما زيادة هذه الدرجة عن حدها المعقول يؤدي إلى النتيجة العكسية تماماً ويوجب تدخلاً مهنيًا.

تجدر الإشارة إلى أن التربية على الوصول للمثالية وكذلك صعوبات التعلم وصعوبات في الاستعداد لوضعية الامتحان تزيد جميعها من رهاب الامتحانات.

6. اضطراب ما بعد الصدمة: PTSD-Post Traumatic Stress disorder

هو اضطراب قلق ينجم عن التعرض لحادث صادم، وقد تشمل هذه الأحداث اعتداءات من قبل جنود، حوادث سيارات، أو اعتداءات عنيفة، أو اعتداءات جنسية أو مرض يصيب أحد أفراد الأسرة وغيرها. يؤدي المرور بوضع كهذا أو حتى مشاهدته إلى مشاعر خوف وعجز وغضب. في معظم الحالات يواصل الحدث العيش في وعي المصاب بعض الوقت، لكن بمساعدة الأسرة والأصدقاء، ينجح معظم الناس في معالجة الحدث ويستطيعون العودة إلى تادية وظائفهم اليومية المعتادة. غير أن عدداً لا يستهان به سيعانون من أعراض ما بعد الصدمة الذي يواصل التأثير على حياتهم اليومية بعد فترة طويلة من انقضاء الحدث. يشعر المصاب كما لو كان الحدث الصادم يتكرر معه مرة تلو الأخرى، وتُعتبر الكوابيس وصعوبة التركيز والقلق المستمر أعراضاً إضافية لهذا الاضطراب. يمكن ملاحظة الاضطراب داخل البيئة المدرسية من خلال عوارض قلق وانسحابية لدى الأطفال، إرهاب ونعاس. (نتيجة صعوبات النوم في الليل)، ردود فعل مبالغ بها لكل ضجيج أو حركة فجائية، توتر وصراخ، تيقظ أكثر من اللازم وغيرها.

اضطراب السلوك: conduct ويتميز بنمط سلوكي ينتهك حقوق الآخرين الأساسية، كما ينتهك القواعد والمعايير الاجتماعية المنتهجة في البيئة المحيطة وبين أبناء الجيل.

عادةً لا يشعر الأطفال أولئك بالذنب عند قيامهم بمثل هذه السلوكيات، ولا يظهرون أي نوع من التعاطف مع الضحية.

ردود الفعل النكوصية:

إضافة إلى ما ذكرناه أعلاه نشير لوجود اضطرابات عديدة أخرى قد يعاني منها الأطفال والمراهقين، وهي بغالبيتها عبارة عن عوارض قد لا تصل لدرجة الاضطراب، وتشير غالباً لمرور الطفل في حالة من التوتر والقلق. بعضاً من هذه المؤشرات قد تحتاج إلى تدخل مهني وفق درجة حدتها وتأثيرها على أداء الطفل العام وعلى حياته، ومنها:

التبول اللاإرادي: وهو عدم قدرة الطفل ضبط التبول في الجبل المتوقع لذلك وهو ما بين سن الثانية والرابعة، ويعاني منه حوالي ثلث الأطفال، وقد ينبع من وجود عيوب عضوية أو التهابات في البول أو الأمعاء الغليظة أو التخلف العقلي إضافة إلى الأسباب العاطفية. قد يتعلم الطفل السيطرة على التبول ثم يعود ويفقد هذه القدرة نتيجة ظروف عاطفية، ومن الممكن التمييز بين تبول ليلي وهو أكثر شيوعاً، وتبول نهارى وهو يشير إلى مشكلة أكبر. من المهم التأكد من عدم وجود سبب طبي للتبول قبل البدء بأي تدخل نفسي.

التبرز: عدم قدرة الطفل ضبط البراز، وتحدث عادةً في ساعات النهار، وهي مؤشر حاد وواضح لقلق وصعوبة عاطفية وقد تحدث بعد تعرض الطفل لعنف جسدي أو جنسي، في حالة أستثني التخلف العقلي. يتطلب هذا العارض تدخلاً فورياً من المهنيين. أيضاً في هذه الحالة يجب التأكد من عدم وجود سبب جسدي.

اضطرابات الأكل: تغيير وخلل حاد في سلوك الأكل العادي والطبيعي، وقد يشمل الانوركسيا أي الرغبة المرضية بالنحافة، والبوليميا وهي نوبات من الأكل المفرط تليها تقيء الطعام بعد أكله مدفوعين برغبة النحافة والسيطرة. عادةً ما تطور هذه الاضطرابات في جيل المراهقة، بالإضافة إلى هذه الاضطرابات هنالك مشاكل أكل أخرى من ضمنها الافراط بالاكل والسمنة الزائدة.

نتف الشعر: ويشمل رغبة ملححة في نتف الشعر من أماكن مختلفة في الجسم، يُدرك من يمارس هذه العادة بأنها غير طبيعية لذلك يسعون لإخفاء سلوكهم، رغم عدم استطاعتهم السيطرة عليه. قد يعاني أولئك الأطفال من فقدان ملموس وواضح للشعر إضافة لتوترهم وقلقهم.

مص الأصبع وقضم الأظافر: وهي من العادات الشائعة لدى الأطفال ما تحت سن الرابعة، ولكن ظهورها فجأة أو استمرارها بعد ذلك السن، يكون دلالة على قلق وتوتر نفسي يحتاج إيجاد منفذ له بطريقة أقل إيذاءً للطفل. من المهم جداً تنفيذ جميع هذه التشخيصات المفارقة، قبل الاستمرار في العملية التشخيصية.

في هذه الحالات يجب تحويل الطالب إلى أخصائي نفسي ليقوم بتشخيص الحالة وملائمة العلاج المناسب. كثيراً ما تحتاج إلى استشارة طبيب نفسي لفحص الحاجة في استعمال أدوية نفسية للمساعدة في علاج والاضطراب النفسي.

رابعاً: توصيات التدخل

1. توصيات للأهل وتوصيات علاجية

بعد تحديد حالة الطفل السلوكية والنفسية والوصول إلى التشخيص المناسب، على المهني المرافق مشاركة الأهل بما يلي، بشكل حساس لمشاعر الأهل ومخاوفهم:

- تفسير التشخيص الذي تم الوصول إليه، وهل هو عبارة عن صعوبة نفسية أم اضطراب نفسي أم مرض نفسي، مع تبيان الفروقات بينهم.
- توضيح العلاقة بين الصعوبة النفسية والسلوكية والأداء المدرسي إن وجد طريقة تأثير أحدهما على الآخر والتأثير المتبادل بينهم.
- توضيح نوع التدخل المطلوب لمساعدة الطفل والمهنيين الذين يجب إشراكهم لتقديم المساعدة: اقتصار المساعدة على الأهل والطاقت التربوي في المدرسة، الحاجة للتحويل لأخصائي نفسي علاجي أو تطوري أو مهنيين آخرين ومدى الحاجة لاستشارة طبيب أمراض نفسية أو عصبية.
- في حالة توصية الطبيب بتناول الدواء، يجب طمأنه الأهل إلى أن الأدوية الموصوفة هي آمنة وليست خطيرة على الاطفال بالرغم من وجود أعراض جانبية. كذلك يجب تشجيعهم على مواظبة تناولها وفق توصيات الطبيب ومراجعتهم بشكل دوري.
- طمأنه الأهل أن للأطفال طاقات وقدرات عالية جداً للتعافي والنمو بشكل سوي، وما علينا كمهنيين وأهل بذل الجهد لتصويب طاقات الطفل الصحية إلى مسارها الصحيح.
- كي نقوم بضمان نتائج التدخل النفسي مع الأطفال، على الأهل أن يكونوا شركاء فاعلين وذلك من خلال جلسات ارشاد الأهل التي تعقد مع الأخصائي أو المرشد النفسي.

اعطاء توجيهات أولية للأهل بخصوص التعامل مع صعوبات أطفالهم النفسية والسلوكية بما يشمل:

- تذكير الأهل بأن السلوك وردود الأفعال العاطفية هي اللغة التي يعبر بها الأطفال عن أنفسهم.
- التفسير للأهل أن الطفل عموماً بسلوكياته وردود أفعاله لا يقصد الإساءة أو الأذى، وسلوكياته تلك عفوية، غير مخططة وغير مسيطر عليها من قبله.
- التوضيح للأهل أنه على الغالب لن يتمكن الطفل وحده من التغلب على صعوباته دونما مساعدة الأهل والأصدقاء والبيئة المحيطة.
- الامتناع عن اتهام الطفل، تسميته بألقاب جارحة وإطلاق عبارات نابية بشأنه الأمر الذي سيفاقم المشكلة.
- تعزيز ثقة الطفل بنفسه، وعدم اليأس من الجهد لإيجاد مجالات وقدرات أخرى يتميز بها الطفل عن باقي أقرانه (كالنون، الرياضة، الرقص والقدرات الاجتماعية المميزة)، وتعزيزها لإكسابه الشعور بالقيمة الذاتية.
- تجدر الإشارة إلى أن منبع جزء من العوارض تلك، هو سلوكيات أهل غير صحيحة أو وضع أسري مركب، مما قد يوجب تحويل الأسرة إلى علاج زوجي أو أسري.

2. توصيات تربوية

للأطفال كما البالغين صفات وقدرات مختلفة، وبشكل عام رغم تباين الحاجات العاطفية بين طفل وآخر، إلا أن الحاجة للتقبل وللعلاقة الايجابية مع المربي والأقران والحاجة للتعزيز والقيمة الذاتية الايجابية وإلى الانتماء إلى

خامساً: قائمة المراجع

دويري، مروان (2013): التعامل مع مشاكل اولادنا، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع .

Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF Profiles. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.

Can Fam Physician v.21(10); Oct 1975CFP. MFC- The official journal of the college of family physicians of Canada

Cecil R. Rynolds & Elaine Fletcher Janzel.,(2007). Encyclopaedia of special education: A reference for the education of children, adolescents and adults with disabilities and other exceptional individuals. John Wiley & Sons, Inc.

DSM- Diagnostic and statistical manual of mental disorders,2000 ,fourth edition. Published by the American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Ronalld J. Comer., (2009). Abnormal Psychology. Worth Publisher. U.S.A

اعداد: الاخصائية النفسية يعاد غنادري والأخصائية النفسية رمال صلاح

مجموعة متكافئة تبقى أساسية ومشاركة للجميع .
ورغم التحديات التي يواجهها جهاز التعليم إلا أن المدرسة تعتبر اطاراً للتربية كما هي اطاراً للتعليم ولا يمكن فصل الواحد عن الآخر . كترابين علينا الإيمان أن معرفتنا غير الكاملة بما يعانيه الطفل يصعب علينا وعليه التغلب على معاناته .

كما يستطيع ومن واجب الجهاز التربوي احتواء أطفال مع قدرات تعليمية مختلفة كذلك يستطيع وواجب هذا الجهاز احتواء أطفال مع حاجات عاطفية مختلفة وصعوبات سلوكية متباينة .

أهم التوصيات للجانب التربوي تتلخص فيما يلي:

- تفهم الحاجات العاطفية والتنموية للأطفال وفقاً لأعمارهم .
- معرفة «السلوك السوي ، المعتاد والمقبول» وفق اعتبارات مهنية وتمييز السلوكيات غير الاعتيادية .
- محاولة تمييز صعوبات نفسية وسلوكية نابعة من صعوبات جسدية أو تعليمية أو عاطفية .
- الامتناع عن تعنيف الطفل ، إطلاق ألقاب عليه واتهامه بالفشل .
- الايمان دائماً بقدرات الأطفال على التميز والتحسين .
- تحويل الأطفال الذين تنطبق عليهم معايير الشك لتشخيص صعوبات نفسية وسلوكية إلى ذوي الشأن لاستكمال العملية التشخيصية .
- تلقي المعلومات كاملة عن حالة الطفل واحتياجاته من المهنيين بعد استكمال العملية التشخيصية .
- وضع خطة تكاملية بالاستعانة مع المهنيين للتعامل مع الطفل داخل البيئة المدرسية .
- التعليم حق لكل طفل ، ولا يشكل العلاج الدوائي الذي يتلقاه الطفل للتعامل مع صعوباته النفسية مانعاً أمامه من الانخراط في المدرسة ، إلا إذا أقر طبيب مختص أن حالة الطفل تشكل خطراً عليه وعلى الآخرين مما يستوجب بقاءه تحت مراقبة مكثفة في البيت أو المستشفى .
- قبل اتخاذ أي إجراء عقابي يجب فهم دواعي السلوك حسب ما يرويها الطفل ، فمن الممكن أن ينجح الطالب من شرح موقفه بشكل أفضل دون تحول المعلمين إلى معاقبين تلقائين .
- على الطاقم التربوي الفصل بين حاجات الجهاز التربوي بالعقاب كأداة لردع السلوك عند الطلاب الآخرين ، وبين حاجة أو دافع الطالب الذي يعاني من اضطراب سلوكي نفسي في القيام بالسلوك غير المرغوب .

3. توصيات للعمل فيها في اطار مركز المصادر

- التشخيص الكامل لحالة الطفل ، وتحديد أسباب صعوباته النفسية والسلوكية ومنبعها : صعوبات تعلم ، صعوبات بيئية ، صعوبات عاطفية ، أو جميعها معاً .
- تحديد الحاجة لتلقي استشارة من مهنيين إضافيين للتشخيص أو العلاج : أخصائيين علاجيين ، أطباء أعصاب ، أطباء نفسيين وغيرهم .
- مشاركة الطاقم التربوي في المدرسة والأهل بنتائج التقييم وتفسير أبعاد حالة الطفل وأسبابها .
- تقديم التوصيات للبيئة التربوية وللأهل بخصوص التعامل مع حاجات الطفل استناداً على نتائج المسح الشامل والتقييم .
- بناء خطة تدخل للطفل بالتعاون مع الطاقم التربوي مع الأخذ بالاعتبار ظروف البيئة التعليمية وحاجات الطفل .

الجزء التاسع: التوحد

أولاً: مفهوم التوحد

التوحد مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي (DSM4،2010). التوحد يُعرّف بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والابداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطرق التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ، مسببه مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في: عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، عدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ وعدم القدرة على التصور البناء. التوحد أو الاوتيزم هو عاقبة نمائية متداخلة ومعقدة، تظهر عادةً خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويُقدر عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة بحوالي 20 طفل من كل 10.000 تقريباً، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل الدماغ.

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

هو عاقبة تطويرية تظهر دائماً في الثلاث سنوات الأولى من العمر، وذلك نتيجة من الاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ، وتسبب ضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي وضعف في التواصل الاجتماعي وأنشطة اللعب التخيلي.

تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين 1978 (يحيى،2000):

التوحد هو اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكياً، وأن المظاهر المرضية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً.

ونستخلص من خلال هذه التعريفات، التعريف الاجرائي للتوحد وهو:

أن التوحد هو أحد اضطرابات النمو الارتقائي التي تصيب الطفل بضعف في النمو الإدراكي الحسي، اللغوي، الانفعالي والعاطفي.

التوحد عاقبة نمائية، متداخلة ومعقدة تظهر بالثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ونسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات 1:4.

أن عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة بها يقدر بحوالي 20 طفل من كل 10.000 طفل تقريباً، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر على الدماغ.

ثانياً: مؤشرات الكشف عن التوحد

الطفل الذي يعاني من حالة التوحد يُظهر اضطرابات في ثلاثة مجالات أساسية وهي:

1- المجال الاجتماعي:

- صعوبة في استخدام لغة الجسم بهدف تنظيم التفاعل الاجتماعي.
- صعوبة في تطوير علاقات ودية مع أبناء الجيل.
- صعوبة في اشراك الآخرين بالاهتمامات وبالفرح الشخصي.
- صعوبة في تطوير علاقات متبادلة.

2- مجال الاتصال واللغة:

- تأخر في تطور النطق و/ أو صعوبة في تطوير طرق بديلة للتعبير غير اللغوي.
- انعدام تطوير لعبة خيالية بشكل تلقائي ومتنوع أو صعوبة في تقليد الألعاب الاجتماعية.
- صعوبة في اجراء محادثة مع الآخرين.
- كلام مبني، تكراري وستيريوتوبي.

3- المجال السلوكي:

- انشغال كبير و/ أو أنماط من الاهتمامات المحدودة.
- صعوبة في تقبل التغيير والتصاق قهري للطقوس والروتين.
- حركات متكررة ومقولة.
- انشغال بأجزاء الأغراض، أو بأجزاء غير أساسية للأغراض، أو انشغال بأجزاء غير هادفة الاستعمال.

عند وجود شك في حالة التوحد لدى الطاقم التربوي، على المسؤولين في المدرسة استدعاء الأهل وتحويلهم لطبيب العائلة، والذي بدوره يحول الطفل للمختصين لتشخيص الحالة.

على الطاقم التربوي توخي الحذر وعدم اعطاء تشخيص للأهل بأي شكل من الأشكال، وذلك لأسباب عدة منها: نفسية متعلقة بالأهل (الصدمة)، القانونية، الأخلاقية والمهنية، فمن الممكن ألا يتم تشخيص حالة التوحد عند الطفل، وعندها تقع المسؤولية على عاتق الطاقم التربوي، ومن الممكن أن يتخذ الأهل اجراءات قانونية ضد المدرسة.

كل ما يمكن قوله للأهل هو شرح للسلوك المشاهد بشكل مفصل، والقول بأن هذا السلوك غير ملائم/ عادي للجيل.

• أسئلة عبارة عن مؤشرات الكشف المبكر لحالة التوحد:

1. هل يستطيع أن يستعمل تعابير أو جمل قصيرة؟
2. هل يتكلم مع الآخرين بهدف اجتماعي (فقط لكي يكون ودياً وليس لكي يحصل على شيء ما)؟
3. هل يمكن ادارة محادثة متبادلة مع بحث يتم فيه الانتظار للدور في الكلام والتي تكون مبنية على ما يقوله الآخرين؟

4. هل يستعمل جمل «غريبة» بطريقة التي تعود على نفسها؟ جمل التي يكون قد سمعها من شخص آخر أو جمل التي يكون قد اخترعها بنفسها؟
5. هل توجد مواقف التي يستعمل بها أسئلة ، أو يقول أشياء غير ملائمة للموقف الاجتماعي؟
6. هل يستعمل الضمائر بشكل غير سليم ، مثلاً بدل من أن يقول «بدي اشرب» يقول «بدك تشرب»؟
7. هل يستعمل كلمات التي يبدو وكأنه اخترعها بنفسه ، أو يصف أشياء بصورة مغايرة ، غير مباشرة أو بشكل مجازي ، على سبيل المثال ، يقول «مي سخنه» بدل من أن يقول «بخار» .
8. هل يعود ويقول نفس الأشياء بشكل متكرر وبنفس الطريقة ، أو يصبر على أن تقول أنت نفس الأشياء بشكل متكرر؟
9. هل هناك أشياء يهيمه أن تكون مرتبة بطريقة معينة ، أو أشياء الذي يصبر أن تعملها له بطريقة معينة؟
10. هل تعابير وجهه بشكل عام ملائمة للموقف الاجتماعي؟
11. هل يستعمل يداك وكأنهم جهاز ، أو كأنهم جزء من جسمه؟ على سبيل المثال : يشير إلى الشيء بواسطة اصبعك ، يمسك بيدك ويضعها على يد الباب لكي تفتح له الباب؟
12. هل يوجد أشياء التي تشغله أو تعنيه والتي تبدو غريبة مثال : اشارات ضوئية ، مزاريب ، شموع ، منافذ كهربائية وما شابه .
13. هل يظهر اهتمام بأجزاء من اللعبة (مثلاً ، أن يلف عجلات السيارات أو عجلات العربات والدراجات) وهذا أكثر من اهتمامه باللعبة كلها؟
14. هل يظهر مجالات من الاهتمام الكبير بأشياء خاصة والتي تكون غير ملائمة لجيله؟ (مثلاً ، الاهتمام بالديناصورات ، قطارات ، سيارات)
15. هل يظهر اهتمام بأن يرى ، يلمس ، يسمع ، يذوق ، أو يشم أشياء أو أشخاص؟
16. هل له طريقة غريبة بتحريك يديه أو ؟أصابعه ، على سبيل المثال بأن يرفرف بيده أو يحرك أصابعه أمام عينيه؟
17. هل عنده حركات مركبة في كل جسمه والتي يعود ويكررها ، مثلاً : أن يلف حول نفسه أو بان يهز بجسمه؟
18. هل يضرب بعنف نفسه عن قصد مثلاً : من خلال عض ظهر كف اليد أو ضرب رأسه بالحائط ، بالأرض أو بأي شيء آخر .
19. هل يوجد أغراض (عدى عن الألعاب الرخوة أو الحرام الناعم) ، والتي يجب أن يحملها ويأخذها معه لكل مكان؟
20. هل يوجد له أصدقاء ثابتين أو صديق حميم؟
21. هل يستطيع التقليد بشكل تلقائي ما يفعله الآخرين (مثلاً : هل يقلد الأشخاص بفعاليات مختلفه مثل الصلاة؟) .
22. هل يشير بشكل تلقائي على أشياء حوله فقط لكي يريك الشيء (وليس لأنه يريد الشيء)؟
23. هل يستعمل الاشارات ولغة الاشارة لكي يوضح لك ماذا يريد؟
24. هل يحرك برأسه لكي يشير «نعم»؟
25. هل يحرك رأسه لكي يشير «لا»؟
26. هل ينظر اليك بشكل عام مباشرة إلى وجهك عندما يكون منشغلاً بشيء ما أو عندما يتحدث اليك؟
27. هل يتبسم اليك عندما تبسم اليه؟

28. هل يريك أشياء يهيمه فقط لكي يلفت انتباهك؟
29. هل يتقاسم معك الاغراض والأشياء عدا عن الطعام؟
30. هل حاول مرة أن يشركك بما يفرحه؟
31. هل حاول مرة أن يراقبك في حال كنت حزين او مودع؟
32. هل ينظر اليك بحال احتاج أمر ما أو المساعدة ، هل يستعمل الاشارات ، لغة الجسم ، الأصوات والكلام لكي يلفت انتباهك؟
33. هل يوجد لديه تنوع لتعابير وجهه؟
34. هل يشارك بشكل تلقائي بألعاب وهل يقلد فعاليات اجتماعية مثل لعبة «الغميضة»؟
35. هل يلعب ألعاب خيالية أو ألعاب «التظاهر»؟
36. هل يبدي اهتماماً بأطفال آخرين يمثل سنه؟
37. هل تكون ردة فعله ايجابية عندما يقترب طفل منه؟
38. هل يبدي اهتماماً بك وينظر اليك في حال دخلت الغرفة وتحدث ولكن ليس اليه؟
39. هل يلعب ألعاب خيالية مع أطفال آخرين بحيث يكون واضحاً بأن كل واحد منهم يفهم تظاهر الآخر خلال اللعبة؟
40. هل يبادر بالاشتراك في اللعب مع مجموعة من الاطفال؟

ثالثاً: التشخيص

- الجهات المخولة مهنيًا لتشخيص حالة التوحد:
- طبيب أعصاب متخصص في تطور الطفل .
- أخصائي نفسي متخصص في تطور الطفل (حتى جيل 9 سنوات).
- أخصائي نفسي متخصص في علم النفس الاكلينيكي .
- طبيب نفسي متخصص للأطفال .
- طبيب أطفال يعمل لمدة لا تقل عن 3 سنوات في مركز لتطور الطفل معترف به من قبل وزارة الصحة .
- في حال تم تشخيص حالة التوحد عند الطفل ، فإنه من الضروري اجراء بعض الفحوصات التي يتم تحويل الأطفال اليها للتشخيص المفارق مثل فحص السمع ، فحص FragelX ، فحص CT للدماغ ، فحص MRI ، فحص جينات . وهذا بسبب أوجه الشبه بين عوارض التوحد واضطرابات ومتلازمات أخرى .

عناوين لتشخيص الطفل الذي يعاني من التوحد:

- مراكز تطور الطفل التابعة لصندوق المرضى (كوبات حوليم) .
- أطباء أعصاب ، أخصائيين نفسيين ذكروا أعلاه بشكل خاص (على حساب الأهل) .
- في مناطق الضفة الغربية يمكن التوجه إلى أطباء أعصاب الأطفال "مستشفى الرعاية العربية التخصصي" د . انور دودين ، د . سمير خليل .

• طرق العلاج

- العلاجات المعروفة هذه الأيام هي : TCATCH ، DIR ، ABA ، وهي علاجات خاصة لحالات التوحد والتي تعطى من خلال معالجين ذوي اختصاصات مختلفة .

• قائمة بأسماء المؤسسات للتحويل

المشكلة	اسم المؤسسة / جهة التحويل	المنطقة	الهاتف
القدرات العقلية	جمعية الياسمين الخيرية	رام الله	02 2951144
	مركز جبل النجمة	رام الله	02 2962705
	جمعية النهضة النسائية	رام الله	02 2956853
	مؤسسة الاميرة بسمة	القدس - الطور	02 6283058
عسر التعلم	جمعية روان لتنمية الطفل	رام الله	02 2953184
	مؤسسة فيصل الحسيني	القدس ضاحية البريد	059 8180052 02 2342686
	المركز الفلسطيني للإرشاد البلدة القديمة	القدس البلدة القديمة	02 6277360
صعوبات اللغة والنطق	-جمعية روان لتنمية الطفل	رام الله	02 2953184
	-ميساء لصعوبات التعلم	رام الله	02 2966417
	جمعية النهضة النسائية	رام الله	02 2956853
	مؤسسة الاميرة بسمة	القدس - الطور	02 6283058
	معهد الطفل	القدس بيت حنينا	6566756
العلاج الوظيفي	-مركز خليل أبو ريا لتأهيل / جمعية	رام الله - طريق بيتونيا	02 2957060 02 2986178
	أصدقاء المريض	بيتونيا	02 2965432
	-اللجان المحلية لتأهيل المعاقين (الانروا)		
الاعاقات الحركية	مؤسسة الاميرة بسمة	القدس - الطور	02 6283058
	-مركز خليل أبو ريا لتأهيل / جمعية	رام الله - طريق بيتونيا	02 2957060 02 2986178
	أصدقاء المريض	بيتونيا	
	العربية للمعاقين حركيا	القدس - شارع علي ابن ابي طالب	02 6262585
	الاتحاد العام للمعاقين	القدس - الرام	02 2345586

- طريقة تحليل السلوك التطبيقي (Analysis ABA- Applied Behavioral): تم تطويرها على يد لوفاز (Lovas). يتم بحسب هذه الطريقة، معالجة السلوك بشكل مكثف بهدف تطوير مهارة تكيف، للغة والاتصال. تشير الأبحاث إلى أن 50% من الأطفال الذين تم علاجهم بهذه الطريقة، استطاعوا الاندماج في المجتمع، وظهر لديهم تحسن ملحوظ في المهارات المختلفة.
 - طريقة الاختلاف الفردي التطوري (Difference DIR – Developmental Individual): تم تطويرها على يد Wider و Greenspan. يتم العلاج بحسب هذه الطريقة، بالاهتمام بالمعطيات الخاصة بكل طفل، مع التشديد على العلاقة بين حالته العاطفية وبين سلوكه. يعتبر اللعب التفاعلي (interactive) جوهر هذا العلاج، وللأهل دور مهم خلال اللعبة.
 - طريقة علاج وتأهيل الأطفال التوحدين والأطفال المصابين باعاقه التواصل (Treatment and Education of Autistic and Related Communication of Handicapped Children = TEARCH): تهدف هذه الطريقة لدفع الطفل قدر الامكان لأن يعيش بشكل مستقل. من المهم ملاءمة الأمر مع احتياجات العائلة، ويكون الوالدين شريكين في هذا العلاج، توجد أهمية للاختلاط مع أطفال يكون نموهم سليماً، وفقاً لجاهزية الطفل المعالج.
- على الأهل التوجه إلى لجنة التنسيب، حتى يتم تنسيب الطالب في اطار تعليمي خاص (في القدس قبل جيل 3 سنوات، الحضانه التأهيلية «الوين»، بعد جيل ال 3 سنوات «مدرسة البسمة التابعة لوزارة التربية والتعليم»).
- بعد اكتشاف الحالة يجب توجيه الطالب للجنة التنسيب، بحيث يتم نقل الطالب لمدرسة خاصة. أما بالنسبة لمركز المصادر فإنه يستطيع العمل مع حالات التوحد من خلال مختصين ذوي تجربة في المجال، من الجدير بالذكر أن حالة التوحد هي واحدة من الحالات الصعبة عند الأطفال/ الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وليس من الممكن لأي شخص الادعاء بالقدرة على العمل مع مثل هذه الحالة الا في حال تم تأهيله وتدريبه لهذه الحالة بالذات.

رابعاً: توصيات التدخل

1. توصيات للأهل

المباشرة في العلاجات الضرورية بأسرع وقت ممكن، محبذ في سن الطفولة المبكرة ومباشرة بعد اكتشاف الحالة وتشخيصها.

قائمة المراجع:

يحيى، خولة، (2000) الاضطرابات السلوكية والانفعالية، (ط1) عمان، الأردن، دار الفكر.
DSM- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition.
Published by the American Psychiatric Association, Arlington, VA.

اعداد: الأخصائي طارق معاري

022766151	بيت جالا	- الجمعية الاهلية للمعاقين بصريا جمعية الرعاية العربية	مشاكل بصرية
02 2986420	رام الله	نور العين	
02 6287584	القدس - شارع الاصفهاني	هيلين كلير للاعاقات البصرية	
02 5833841	بيت حنينا - القدس		
022406515 022406518 022407530	رام الله	- جمعية الهلال الاحمر الفلسطيني / رام الله.	صعوبات سمع
02 6283058	القدس - الطور	مؤسسة الاميرة بسمة	
02 6566756	القدس بيت حنينا	معهد الطفل	
022989788	رام الله	المركز الفلسطيني للإرشاد	اضطرابات سلوكية ونفسية للأطفال
02 6562272 02 -6277360	القدس		
02 2964482 02 2986420	- رام الله رام الله	الطفل السعيد الرعاية العربية الاطباء التالية اسماؤهم د. انور دودين د. سمير خليل	التوحد
02 2766076	بيت جالا	الجمعية العربية للتأهيل	

بدعم من



المركز الفلسطيني للإرشاد
The Palestinian Counseling Center

بيت حنينا ١٥١٢٢٧٢-٠٢ البلدة القديمة في القدس ١٠٢٧٧٣١٠-٠٢
www.pcc-jer.org email: pcc@palnet.com