المحاضرة الأولى

التدخل المبكر: المفاهيم والمبادئ

مفهوم التدخل المبكر:

تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة . ورغم التباين بين الأطفال ذوى الإعاقات إلا أن هناك وفى الآونة الخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطرلأسباب بيولوجية أوبيئية التعريف المتداول حالياهوأنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضا . **فالتدخل المبكر** :يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة والدينامية متعددة الأوجه وتبعا لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميدانا متعدد التخصصات. كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية .

فئات الأطفال المستهدفين للتدخل المبكر:

- الأطفال الذين لديهم حالات إعاقة **جسمية أو عقلية** وهم الذين يعانون من : اضطرابات جينية–اضطرابات في عملية الأيض –اضطرابات عصبية– تشوهات خلقية– اضطرابات حسية– حالات تسمم
- الأطفال المعرضون للخطر وهم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل **خطر بيئية** مثل:عمر الأم عند الولادة– تدنى مستوى الدخل–عدم استقرار الوضع الأسرى–وجود إعاقة لدى الوالدين –استخدام العقاقير الخطرة.
- عوامل **خطورة بيولوجية** مثل:الخداج (الولادة المبتسرة) –الاختناق– النزيف الدماغي.

مبررات التدخل المبكر:

التدخل المبكر ذو جدوى عالية إذا تم تقديمه مبكرا للفرد المعوق ولأفراد أسرته على السواء ومن هذه المبررات ما يلي:

١– السنوات الأولى من حياة الطفل هي سنوات نمو هامة جدا وعدم التدخل المبكر يؤدى إلى تدهور نمائي.

٢– إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أيه مرحلة عمرية أخرى .

٣– حاجة والدي الطفل المعوق إلى التدريب على أنماط التنشئة الصحيحة .

٤– التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر وهو يعنى احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طول الحياة.

٥– إن النمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن ولن البيئة تلعب دورا مهما.

٦– التدخل المبكر جهد مثمر وذو جدوى اقتصادية حيث يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية اللاحقة.

٧– إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلا عن الأسرة.

٨– معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

٩– التدهور النمائى لدى الطفل المعوق يجعل الفروق بينه وبين أقرانه من العاديين أكثر وضوحا مع مرور الأيام.

١٠– مظاهر النمو متداخلة مع بعضها وبالتالي فإن إهمال أحد الجوانب يؤثر على الجوانب الأخرى.

لانستطيع فصل مرحله عن اخرى لانها تبني بعضها بعض مرحله الطفوله والطفوله المبكره والمراهقه والمراهقه المتاخره والرشد جميعها تتداخل ويجعل المراحل ترتكز على بعضها البعض وبالتالي حدوث خلل في مرحله نمائيه معينه يظهر اثره في المرحله اللاحقه له

المحاضرة الثانية

خدمات التدخل المبكر

الكفاءات اللازمة لمن يعمل في فريق التدخل المبكر:

- معرفة مراحل النمو الطبيعي في الطفولة المبكرة سواء من النواحي العقلية أو اللغوية أو الحركية أو الانفعالية الاجتماعية والشخصية.
- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلات النمو وتفسير نتائجها.
- القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها.
- القدرة على تقويم حاجات الأطفال وأسرهم باستخدام الأساليب غير الرسمية مثل الملاحظة والمقابلة والملاحظة وقوائم التقدير.
- القدرة على معرفة أعراض الإعاقات المختلفة.
- القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوك الأطفال.
- القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى تلائم مستوى نمو الطفل وفق مواطن القوة والضعف لديه.
- القدرة على بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأطفال من خلال التواصل الفعال.
- القدرة على استخدام الأساليب التي تشجع التفاعل بين الأطفال.
- القدرة على تفهم الفروق الثقافية واحترامها و القدرة على العمل بفعالية كعضو في فريق متعدد التخصصات.
- القدرة على الاستماع النشط والإيجابي وتطوير برنامج عملي لمشاركة الأسرة.

الفريق في برامج التدخل المبكر:

يشمل فريق العمل في برامج التدخل المبكر فريق جميع التخصصات بالإضافة إلى المعلمين و معلم التربية الخاصة و أولياء الأمور

نماذج من التدخل المبكر :

١- التدخل المبكر في المراكز: تقدم الخدمات في مركز أو مدرسة لأعمارهم من سنتين إلى ثلاثة ولمدة ٣-٥ ساعات بواقع ٤-٥ أيام أسبوعيا ويتم التدريب في مختلف مجالات النمو.ويوفر التفاعل بين الأطفال و التدريب للوالدين ومن مشكلاته التكلفة المادية العالية ومشكلات توفير المواصلات.

٢- التدخل المبكر في المنزل: تقوم مدربة أو أخصائية بزيارات منزلية مرة أو أكثر أسبوعيا، يستخدم في المناطق الريفية أو البعيدة و تقدم الخدمات للأطفال دون السنتين. ومن مزايا هذا الأسلوب أنه غير مكلف ويتم في البيئة الطبيعية للطفل ويشارك فيه الإخوة ومن عيوبه عدم قيام الوالدين بالتدريبات المطلوبة بشكل فعال، الصعوبات التي تواجهها الأخصائيات في الانتقال من مكان إلى آخر.

٣- التدخل المبكر في كل من المنزل والمركز: تقديم الخدمات للأطفال الأصغر في المنزل وللأطفال الأكبر في المركز وقد يتطلب حالة الطفل خدمات المركز لعدة أيام في الأسبوع إلى جانب الزيارات المنزلية لهم ولأولياء أمورهم ، ويسمح هذا يسمح بتلبية حاجات الطفل وأسرته بشكل أكثر مرونة.

٤- التدخل المبكر في المستشفيات: يقدم هذا النمط من الخدمة للأطفال ذوى الحالات الشديدة من مشكلات نمائية شديدة جدا .

٥- **التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام :** يستخدم هذا النموذج عن طريق التلفزيون ووسائل الإعلام المختلفة لتدريب الوالدين بما يخدم أطفالهم الصغارذوى الإعاقات وغالبا ما ينفذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لأولياء الأمور وبلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع السلوكيات والاستجابات غير التكيفية.

فاعلية التدخل المبكر : لم يعد هناك شك في أن برامج التدخل المبكر ينتج عنها تحسن واضح في النمو المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوى الإعاقات المختلفة، وتكون الفائدة أكبر كلما كان التدخل (مبكرا أكثر – مكثفاً أكثر-أكثر اهتماما بتفعيل المشاركة الأسرية).

إدارة برامج التدخل المبكر:

١-(التخطيط للبرامج): تتمحور حول ثلاثة أبعاد أساسية هي **جمع وتحليل المعلومات عن وضع الطفل وأسرته،وتحديد الحاجات الخاصة، وتصميم إجراءات التدخل العلاجي** ،وتشكل الأبعاد الثلاثة هذه مجتمعه الإطار العام للبرنامج التعلمي الفردي.

٢-(التقويم البرامجي): يسعى التقويم البرامجي إلى الارتقاء بمستوى الخدمات ويأخذ شكلين رئيسيين:(تقويم النتائج - وتقويم العمليات والنشاطات).

ويتم **تقويم النتائج** من خلال مقارنة أداء الأطفال وأسرهم قبل وبعد برنامج التدخل.

أما **تقويم العمليات والنشاطات:** يتضمن تحليل أهداف البرنامج وغاياته وتحديد مدى ملائمة نشاطات البرنامج لتحقيق تلك الأهداف.

برامج التدخل المبكر في الوطن العربي :

معوقات برامج التدخل المبكر في كثير من البلدان العربية :

- نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
- عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق
- تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.
- لجوء الأفراد المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة
- عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد بعض المراكز عن التعامل مع الأطفال دون السادسة.
- عدم توافر أدوات التشخيص والاكتشاف المبكر عن الإعاقة مع عدم توافر الكوادر المتخصصة
- غياب السياسات الوطنية حيال التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة

بعض المقترحات لمواجهة معوقات التدخل المبكر:

- توفير أدوات مناسبة للكشف المبكر عن الأطفال ذوى الحاجات الخاصة
- إعداد الكوادر المطلوبة من المعلمين والأخصائيين وتدريب معلمات ومعلمي رياض الأطفال
- توعية أولياء الأمور بمؤشرات النمو غير العادية التي تحدث للأطفال من خلال وسائل التوعية كالتليفزيون
- توفير الحوافز الكافية لتنفيذ برامج التدخل المبكر في بيئات تعليمية طبيعية غر معزولة
- تفعيل دور مراكز الأمومة والطفولة والمراكز الصحية التي تقدم الرعاية للأطفال
- تشجيع رياض الأطفال العادية على قبول الأطفال الصغار ذوى الاحتياجات الخاصة
- التوسع في إنشاء مراكز وطنية للتدخل المبكر

المحاضرة الثالثة

الإعاقات العقلية والجسمية

الإعاقة العقلية :

تمثل انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام يظهر في مرحل النمو، ويرافقه عجز في السلوك التكيفي ،ويعتبر انخفاض الأداء العقلي العام ملحوظا إذا كان بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط (١٠٠) أي درجة الذكاء تقل عن (٧٠) درجة عند استخدام مقاس الذكاء وكسلر وتكوم الدرجة (٦٨) عند استخدام مقياس بينيه. أما السلوك التكيفي فإنه يقاس من خلال مقاييس السلوك التكيفي.

ما هي أسباب الإعاقة العقلية؟

العوامل الوراثية: الاضطرابات الكروموسومية (متلازمة داون وارتباطها بعمر الأم)

عوامل بيئية (قبل الولادة): التعرض للأشعة –إصابة الأم بالأمراض–الإدمان والتدخين– اختلاف دم الأم عن دم الطفل RH– سوء تغذية للأم.

عوامل أثناء الولادة (الولادة المتعسرة أو القصرية – نقص الأكسجين– إصابة الرأس أثناء الولادة).

عوامل بعد الولادة: عوامل تتعلق بالطفل نفسه (الإصابة بالحمى الشوكية –الشلل المخي – الحصبة – التهاب السحايا –الجمجمة– سوء التغذية).

المبادئ العامة في تعليم الأطفال المعوقين عقليا :

- جذب انتباه الطفل من خلال تنظيم المثيرات، واستخدام الحث أو التلقين اللفظي والإيمائي والجسمي.
- الانتقال من المهارات البسيطة إلى الأكثر تعقيدا.((للمصاب بالاعاقه الذهنيه))
- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه.لاننتقل للمهاره الاخرى حتى يتقن المهاره الاوولى
- تعزيز الاستجابات الصحيحة فورياً لتقوية السلوك. بالتشجيع او الاشياء العينيه مثل الشوكولاته او الحلوى
- تأكيد المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل.
- استخدام الوسائل والأدوات والمجسمات فى تدريب الطفل من الضروري ان يتعامل معهم الا بالوسائل التعليميه مثل المجسمات او وسائل محسوسه
- التكرار (نقل أثر التعلم) – توزيع النشاط على فترات حتى لا يشعر بالملل.

أولا: الإعاقات الجسمية والصحية

يشير مصطلح الإعاقة الجسمية إلى حالات مختلفة قد تكون ولادية أو مكتسبة **وتم تصنيفها إلى ثلاث فئات :**

– أولا: إصابات الجهاز العصبي المركزي. **ثانيا: إصابات الهيكل العضلي /العظمى** **– ثالثاً: الاضطرابات الصحية.**

وفيما يلي وصف لتلك الاضطرابات نظرا لحدوثها في الطفولة المبكرة:

الشلل الدماغي :

هو الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة. تنجم هذه الإضرابات عن خلل أو تلف في الدماغ وتؤدي إلي عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحركية والحسية والعصبية التي تظهر علي شكل تشنج أو توتر في الحركة والأوضاع الجسمية وما يصحبها من التشوهات في الأطراف.أو أنها تكون مصحوبة بشلل وعدم توازن حركي وكذلك اضطرابات عقلية أو نوبات الصرع التي قد تصل إلي (٦٠%) من الحالات،أو صعوبات في النطق وعدم تناسق الكلام والتي تصل إلي (٢٠-١٥%) من الحالات أو ضعف في بعض الأجهزة الحسية كالسمع والإبصار.

أنواع الشلل الدماغي حسب المظهر الخارجي :

الشلل النصفي الطولي	وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم وتمثل حوالي (٤٠%) من الحالات
الشلل النصفي العرضي	وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو الأسفل من الجسم
شلل الأطراف	وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم
الشلل النصفي السفلي	وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من أطراف الجسم وتمثل حوالي (٢٠-١٠%) من الحالات
شلل طرف واحد	وتمثل هذه الحالات شلل طرف واحد من أطراف الجسم وهي من الحالات النادرة
شلل ثلاثة أطراف	وتمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم
الشلل الكلي	وتمثل هذه الحالة نصفي الجسم معا

الشلل الدماغي حسب نمط الإصابة **التصنيف حسب نمط الإصابة وطبيعتها، وينقسم إلي ثلاثة أقسام:**

الشلل التشنجي	إحدى حالات الشلل الدماغي الشديدة وأكثرها انتشارا حيث تصل بها علي حوالي (٥٠%). وتعزي معظم حالات هذه الإصابة إلي الولادة المبكرة (حوالي ٨٠%) أما سبب الإصابة فيعود إلي التلف الذي يحدث في مركز الحركة بالقشرة الدماغية مما يؤدي أحيانا إلي إصابة الأجهزة الحسية كالسمع والإبصار والنطق.وتكون العضلات لدى الطفل مشدودة ومنقبضة، وحركاته غير متسقة، ويصعب عليه السيطرة على حركاته، ويمشي بطريقة تعرف (بمشية المقص) حيث يقف على أصابع القدمين وركبتاه متجهتان نحو الداخل
الشلل ألالتوائي أو التخبطي	ينتج عن اصابه الدماغ الاوسط وتقدر نسبه الاصابه بهذا النوع من الشلل الى ٢٥ % .ويصدر عن المصاب بهذا النوع من الشلل حركات لا ارادیه بصورة مستمره وقد تكون الحركات بطيئه او ملتويه او سريعه مفاجئه تحدث في قدمي الطفل او يديه او ذراعيه او عضلات الوجه ويميل الرأس الى الوراء ويكون الفم مفتوحا يخرج منه اللسان مما يسمح بسيلان اللعاب بشكل واضح كما ان قدره الشخص المصاب بهذا النوع من الشلل على الكلام (اللغه التعبيريه) تكون ضعيفه وكلامه غير واضح وغير مفهوم وذلك بسبب عدم التحكم بالعضلات المسؤله عن الكلام
الشلل غير التوازني أو التخلجي	ينتج عن إصابة المخيخ، وهو الجزء المسئول عن التوازن والتناسق الحركي والحسي، تصل نسبة الإصابة حوالي (٣٠-٢٠%) ويتميز هذا النوع من الشلل بان المصاب به يمشي بطريقة غير متوازنة بالإضافة إلي انخفاض في مستوي الشد العضلي مصحوبا بضعف في التوازن، وارتعاش في اليدين، وعدم تناسق الحركات، وعدم القدرة علي التحكم بوضع الجسم، والخطأ المتكرر في تقدير المسافات، وإدراك العمق، وصعوبة الجلوس والوقوف والمشي مما يؤدي إلي سقوطه علي الأرض، وبسبب الرغبة في الحفاظ علي التوازن، يحاول الطفل المصاب مد يديه إلي الأمام وإبعاد ساقية عن بعضها

تصنيف الشلل الدماغي حسب الشدة:

الشلل الدماغي البسيط	يعاني منه الطفل مشكلات محدودة لا تتطلب تدخلا طبيا معقدا
الشلل الدماغي المتوسط	يحتاج الطفل فيه إلى أدوات مساعدة للحركة والعناية بالذات
الشلل الدماغي الشديد	تحد فيه الإعاقة الحركية من مقدرة الطفل على العناية بنفسه وتحول دون تمكنه من الكلام بطريقة طبيعية ومن الحركة المستقلة بحيث تطلب علاجا مكثفا ومتواصلا

تشخيص الشلل الدماغي:

التشخيص يعتمد في الغالب على الجوانب الطبية من خلال أخصائي الأعصاب من خلال دراسة التاريخ الطبي والتشخيص بالأشعة ورسم المخ الكهربائي وفحوص الدم وغيرها .

لكن هناك بعض المؤشرات التي تساعد الوالدين في الاكتشاف المبكر مثل ظهور بعض الأعراض التالية في فترة الرضاعة منها :

(صعوبات في البلع- البكاء عند تغيير الوضع- عدم تحريك الألعاب من يد إلى أخرى- ركل الرجلين معا بشكل متزامن وليس بالتناوب شمال مرة ويمين مرة وهكذا- التأخر في الجلوس- التشنجات العضلية- إخراج اللسان من الفم باستمرار- انحناء الظهر عند الجلوس- ارتخاء العضلات- حده المزاج- عدم القيام بالحركات تلقائيا – استخدام إحدى اليدين فقط قبل أن يبلغ السنة الأولى من عمره).

الصرع :

تغير غير عادى ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغيرا في حالة الوعي لدى الإنسان، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبدأ وينتهي تلقائيا، ويتصف بالقابلية للحدوث مرات أخرى مستقبلا.

وتصنف حالات الصرع إلى (نوبة كبرى & نوبة صغرى & نوبة نفسية حركة).

العمود الفقري المفتوح (الصلب المفتوح)	هو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي، الأسباب وراثية. •**علاجه هو** : الجراحات ولكن النتائج غير مضمونة حيث يحدث عدم تحكم في الأطراف السفلى والمثانة والأمعاء. وهو عبارة عن تشوهات خلقية تحدث عندما لا ينمو الحبل الشوكي أو تتحد أجزاؤه بشكل سليم في الأسابيع الأولي من حياة الجنين. ويمكن أن تكون الإصابة بسيطة أو متوسطة أو شديدة. يحدث الشق الشوكي نتيجة عدم التحام أو انغلاق نصفي القوس الفقرية، والإصابة قد تحدث في أول أو في نهاية العمود الفقري حيث يتلف الحبل الشوكي مما يسبب عطلا في الأعصاب الشوكية، وبالتالي الشلل الذي يحدث في أطراف الجسم
شلل الأطفال	يحدث شلل الأطفال نتيجة فيروس يصيب أنسجة الخلايا العصبية الحركية في النخاع الشوكي، وهو مرض معدي يصيب الأطفال عن طريق الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. ومع أن شلل الأطفال يصيب الأطفال قبل سن الخامسة من العمر، إلا أن الإصابة به يمكن أن تحدث لكافة المراحل العمرية، إلا أن انتشارها يكون أكثر وتأثيرها بالغ في حالة الأطفال الصغار. **يتم العلاج التأهيلي** للعضلات التي تشوهت أو ضعفت، وقد يحتاج الأمر الاعتماد على العكازات والأحذية الطبية
الاستسقاء الدماغي	يرتبط بحالات الإصابة الشديدة من الشق الشوكي ويحدث استسقاء الدماغ عندما ينحصر ويحجز السائل المخي داخل تجاويف الدماغ، ويؤدي احتجاز السائل إلي كبر الجمجمة وزيادة الضغط التدريجي علي خلايا الدماغ مما يؤدي إلي إتلافها وحدوث عدة إعاقات منها التخلف العقلي، والشلل، والإعاقة السمعية والبصرية، وتعتمد شدة الإصابة وتعددها علي مقدار الضغط الذي يتركه السائل علي خلايا الدماغ وكذلك علي منطقة الإصابة.**والعلاج هو** الجراحة العصبية
مرض العظام الهشة	مرض العظام الهشة يصيب واحد في كل **٤٠٠٠٠** والسبب قد يكون وراثي، وتكون العظام قابلة للكسر أو عدم نموها ويكون الجلد نحيف إلى جانب صغر حجم الرأس، وقد يحدث عجز في السمع بسبب تصلب العظيمات الثلاثة في الأذن الوسطى، والمشكلة الأساسية في هذا المرض افتقار العظام للبروتين ونقص أملاح الكالسيوم والفسفور. وقد لا تتأثر القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال، لكن يحتاجون مدارس خاصة تعنى بهذه الفئة ويكونوا تحت إشراف طبي وتأهيلي ويمارسون أنشطة ليست عنيفة أو مجهدة
الوهن العضلي	الوهن العضلي اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الإرادية وشعور بالتعب والإعياء بعد ممارسة أي نشاط.وتحدث الحالة في عضلات الوجه والعنق والعضلات المحيطة بالعين ، وتكون الأعراض المرضية شديدة عندما تصاب عضلات التنفس والبلع.وقد لا يترك الوهن العضلي تأثيرات على القدرات العقلية أو السمعي أو البصرية، فتأثيراته الأساسية على الحركة ويحتاج الشخص تأهيل من أجل القيام بمهن لا تتطلب مجهود عضلي كبير

إصابات الرأس في مرحلة الطفولة المبكرة	بسبب الحوادث التي يتعرضون لها أو السقوط من مرتفعات أو ركوب الدراجات أو تسلق الأشجار وغيرها، والنسبة لصالح الذكور بسبب كثرة نشاطهم عن الإناث، كذلك هناك الضرب وسوء المعاملة، وتؤدى إلى نتائج خطيرة وطويلة المدى حسب شدة الإصابة الدماغية وموقعها
سكري الأحداث	سكري الأحداث هو أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعا في الطفولة المبكرة، والناجم عن عجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين بكميات كافية، ويمثل مشكلة للطفل وأسرته حيث يعتمد العلاج على أدوار علاجية وغذائية لمدة قد تطول. وينتقل العلاج من الطبيب إلى البيت من تغذية وحقن أنسولين يوميا وفحص البول وإجراء الفحوص لضبط السكر. ولذلك يحتاج الطفل إلى الخدمات النفسية والاجتماعية، بغرض تحقيق إدراك صحيح للمرض والتكيف مع متطلباته

اضطرابات أخرى :

بتر الأطراف	عدم نمو أو غياب طرف من أطراف الجسم وقد يكون السبب ولادى كإصابة (الأم بالحصبة أو تعاطيها أدوية أو التعرض للأشعة السينية) أو مكتسبة (حوادث أو تدخل جراحي للضرورة).
التهاب العظام	اضطراب عمليات النمو العظمى بسبب الالتهابات والإصابات
التهاب المفاصل الروماتيزمي	مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وتيبس خاصة في الصباح
التقوس المفصلي	إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحدمن مدى الحركة
انحناءات العمود الفقري	انحناء العمود الفقري للأمام (البزخ) انحناء العمود الفقري وميلانه (الجنف) وانحناء العمود الفقري إلى الخلف(الحدب) الربو القصبي (الأزمة الصدرية) رد فعل تحسسي ينتج عنه صعوبات في التنفس بسبب ضيق الشعب(القصيبات) الهوائية
التليف الحويصلى	هو عبارة عن مرض وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس ويؤدي إلي تلفيهما أو تكيسهما، ثم تمتد الإصابة في مراحلها الشديدة إلي بقية أعضاء الجسم الداخلية عندما تتراكم مادة مخاطية لزجة وسميكة ليس فقط في الرئتين والبنكرياس بل في معظم أعضاء الجسم الداخلية كالمعدة والأمعاء والغدد

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين جسميا :

١- إزالة الحواجز المادية التي قد تمنع من الدخول إلى المدرسة، تعديل مداخل، مصاعد، حمامات ومرافق المدرسة..الخ.

٢- ترتيب المقاعد بحيث يتحرك من يستخدم كرسي متحرك أو عكازات بحرية ولا يصطدم بالأشياء.

٣- تعديل أنماط مشاركة الطفل في النشاطات المدرسية والصفية بحيث يتم تجنيبه للمخاطر.

٤- التعامل الصحيح مع الأطفال في حالات النوبات الصرعية والتشنجات وغيرها.

٥- تنفيذ برامج وأنشطة تساعد الأطفال على مهارات العناية بالذات.

٦- مساعدة الطفل على تكوين اتجاهات واقعية نحو نفسه ونحو الضعف الذي يعانى منه.

الإعاقة السمعية :

تشمل كلا من الصمم والضعف السمعي، والأصم هو الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد عن ٩٠ديسيبل، أما الشخص ضعيف السمع فهو الذي يتراوح مدى الفقدان السمعي لديه بين ٢٥-٩٠ ديسيبل وتصنف الإعاقة السمعية تبعا لعمر الفرد عند حدوث الفقدان السمعي إلى إعاقة ما قبل تعلم اللغة وبعد تعلم اللغة، وتبعا لموقع الإصابة إلى فقدان سمعي تواصليي عندما يكون الخلل في الأذن الخارجية أو الوسطى، وفقدان سمعي حسي عصبي (عندما يكون الخلل في المنطقة الداخلية أو العصب السمعي) وفقدان سمعي مركزي (عندما يكون الخلل في المنطقة السمعية في الدماغ)

وتصنف الإعاقات السمعية تبعا لمدى الفقدان السمعي إلى الفئات التالية:

إعاقة سمعية بسيطة (٢٥-٤٠) وإعاقة سمعة متوسطة (٤٠-٦٥) إعاقة سمعية شديدة (٦٥-٩٠) إعاقة سمعية شديدة جدا (أكثر من ٩٠ ديسيبل)

أسباب الإعاقة السمعية :

ولادية وأخرى مكتسبة: ومنها العوامل الوراثية-الأمراض ومنها التهاب السحايا والحصبة الألمانية- التهاب الأذن الوسطى- الولادة المبتسرة ومشكلات الحمل- والخداج - ومشكلات أثناء الولادة - وتناول الأم للعقاقير أو المخدرات- والتعرض للإشعاع- إصابات الأذن بعدوى مزمنة. وهناك عامل الريزايسى(اختلاف فصائل الدم لدى الأم والطفل)-الصدمات والحوادث.

الوقاية من الإعاقة السمعية :إن التقدم الطبي حقق الكثير من المساهمة في الحد من الإعاقة السمعية، حيث عمل على مواجهة الكثير من الأسباب مثل الحصبة الألمانية والسحايا وغيرها.

- الحد من زواج الأقارب تجنبا لمشكلات الوراثة.
- التطعيم وتحسين أحوال الأم الحامل من حيث التغذية والرعاية.
- الوقاية من الأمراض والأخطار والحوادث.
- الإرشاد الجيني- وتجنب عامل الريزايسى.
- التدخل المبكر والفحص للحالات التي تعاني من ضعف السمع.
- الحيلولة دون تدهور حالة ضعف السمع إلى إعاقة.

طرق التواصل :

يتبنى معلموا الأطفال الصم طريقتان في التواصل هما :

الطريقة الشفويةالسمعية : تطوير مهارات الاستماع ومهارات قراءة الشفاه

الطريقة اليدوية الإشارية: لغة الإشارة والهجاء الإصبعي.

قراءة الشفاه تعتمد على التخمين نظراً لتشابه كثير من الكلمات على الشفاه أثناء النطق، والتدريب السمعي يهدف إلى تدريب من لديه بقايا سمعية على الإصغاء (ويشمل الوعي الصوتي- تحديد مصدر الأصوات- تمييز الأصوات-معرفة الأصوات) أما الإشارة فهي أسلوب يدوى بصري لاستقبال المعلومات والتعبير عنها، والآن التركيز على التواصل الكلى.

اضطرابات التواصل :

اضطرابات اللغة : ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو تفسيرها وفقا لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل . وتشمل :

(الاضطرابات اللغوية النمائية- الاضطرابات اللغوية التعليمية- الحبسة الكلامية (الأفازيا).

اضطرابات الكلام: تتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم ومن ثم استخدام الكلام بشكل فعال .

وتشمل اضطرابات الكلام ثلاثة فئات رئيسية:

اضطرابات اللفظ (إبدال ،حذف، إضافة، تشويه)**اضطرابات الطلاقة وتشمل** (التأتأه أو الكلام بسرعة فائقة).**اضطرابات الصوت**(الخنف الأنفي- البحة الصوتية).

أسباب اضطرابات التواصل :

الأسباب البيولوجية والعضوية	وقد تكون الأسباب فسيولوجية أو عصبية أو كروموسومية
الأسباب النمائية	وتتمثل في أشكال مختلفة من التأخر في نضج الجهاز العصبي
الأسباب البيئية	وتشمل العوامل البيئية الثقافية والأسرية المضطربة مثل الحرمان وعدم توفر الإثارة الكافية للكلام
الأسباب الوظيفية	وتشمل الاستخدام الخاطئ للحبال الصوتية والأجهزة الداعمة للكلام

تنظيم البيئة الصفية في برامج ما قبل المدرسة لتشجيع التواصل :

التنظيم البيئي هو إستراتيجية مهمة للمعلمين الذين يرغبون في تشجيع التواصل في غرفة الصف، بحيث توفر مواد تشجع وتثير الطفل على النمو اللغوي ويلجأ الأطفال إلى استخدام اللغة باعتبارها وسيلة الحصول على المساعدة والوصول للأشياء وتحقيق الرغبات.

الاعتبارات الخاصة بتعلم الأطفال ذوى الاضطرابات الكلامية واللغوي :

- إحالة الأطفال الذين يبدون أيه صعوبات كلامية أو لغوية إلى أخصائي علاج النطق.
- مساعدة أخصائي علاج اللغة والنطق على تنفيذ الخطط العلاجية والبرامج التدريبية لهؤلاء الأطفال.
- تشجيع الأطفال الآخرين على تفهم خصائص الأطفال ذوى صعوبات الكلام واللغة.
- إزالة وتخفف مظاهر التنافس والتوتر في حجرة الصف.
- تدعيم وتعزز المهارات الكلامية واللغوية الجديدة التي اكتسبها الأطفال.
- تكيف وتحسين عرض المواد التعليمية.
- متابعة أداء الأطفال الذين تقدم لهم برامج تدريبية وعلاجية في الكلام واللغة وتقديم التغذية الراجعة.

أساليب التدريب وبرامج التدخل المبكر في اللغة :

التدريب المباشر: لا يعني أن يجلس الطفل والمعلم ويطلب منه تكرار ما يقول، لكن المطلوب تحسين شكل استجابات الطفل، بحيث يشعر الطفل بأن اللغة وظيفية ، ولكي نعالج العجز اللغوي لابد أن يكون لدى المعلم ذخيرة لغوية وفهم عميق لنمو الأطفال ومراحله، بالإضافة إلى القدرة على إعداد واستخدام برامج التدخل التي تراعى الفروق الفردية بين الأطفال. مع التركيز على اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية.

يجب مراعاة الأهداف التدريبية قصيرة المدى والأهداف بعيدة المدى فالطفل الذي يتكلم كلمة واحدة لا يطلب منه نطق جملة إنما يطلب منه نطق كلمات حتى يصبح لديه حصيلة لغوية (وهذا هدف قصير المدى)أما نطق جملة فهو هدف بعيد.

يوجد نموذجان للتدخل المبكر للعلاج اللغوي هما

نموذج التعليم العرضي ونموذج التفاعل التواصلي:

التعلم العرضي : أن يكون التواصل مرتبط بوظيفة وهدف لدى الطفل وكلما رغب الطفل في قول شيء نقدم له التعزيز بأشياء يحبها وهنا نشجعه على التواصل.وهي غير مخطط لها وتتم تلقائيا بين الطفل والمعلم .

التفاعل التواصلي:يركز على دور المعلم في تهيئة الظروف التي من شأنها تسهيل عملية النمو اللغوي وتشجيعها فهو يساعد ويقدم النماذج ويعزز الاستجابات الصحيحة، والمعلم وفقا لهذا النموذج يقول أو يفعل الأشياء التي تدفع بالطفل إلى الاستجابة.والتركيز في هذا النموذج على مبادرة الطفل بالتواصل. ولابد من ربط اللغة بالأنشطة المحببة للطفل كاللعب التمثيل مشاهدة فيديو فهي تساعد على تعلم مفردات جديدة .

المعاني المتعددة	إن التعليم من خلال الخبرة هو الأسلوب الأكثر فاعلية لتعريف الأطفال بالمعاني المتعددة للكلمات وجعلها مألوفة لهم. وقد يختار المعلم كلمة ما وطلب منهم إعطاء معاني مختلفة للكلمة،وربما يستعين المعلم بالصور أو الوسائل الملموسة
تسهيل عملية الاسترجاع	عندما يطلب المعلم ذكر الحيوانات فعليه أن يسأل عن الحيوانات الأليفة ثم الحيوانات في الغابة مع حث الأطفال على التفكير وهنا يتم استثارة الذاكرة بذكر جزء من الحيوان له أذن كبيرة (هو الفيل) وهكذا..حتى يستطيع الأطفال التعود على عملية استرجاع المعلومات لغوي
وصف الصور	تعليم الأطفال لغويا من خلال الصور
تحليل المهارات	تحليل المهام للأصغر مثل المقارنة وعلاقة الكلمة بغيرها- سؤال أسهل-وصف الشيء المراد ذكره-كلمات أبسط لمعرفة كلمات أصعب

الإعاقة البصرية : (الأسباب)

تأخذ الإعاقة البصرية شكلين هما: فقدان البصر الكلي(العمى) وضعف البصر (فقدان البصر الجزئي) ويكون الطفل كفيف إذا كانت حدة بصره أقل من ٢٠/٢٠٠ قدم.أو ما يعادل ٦/٦٠ متر. والتعريف التربوي يشير إلى الكفيف بأنه الذي فقد بصره بالكامل بحيث أن البقايا التي لديه لا تمكنه من التعليم وفق النظم العادية ولا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل.

وتشمل أسباب الإعاقة البصرية ما يلي:

قصر النظر ويعنى ضعف القدرة على رؤية الأشياء البعيدة،

وطول النظر ويعنى ضعف القدرة على رؤية الأشياء القريبة،

وكذلك اعتلال الشبكية بسبب مرض السكر- الماء الأبيض (فقدان العدسة لشفافيتها) انفصال الشبكية – التراخوما (التهاب فيروسي في طبقة العين الخارجية) ضمور العصب البصري- والتهاب الشبكية الصباغي وهو اضطراب وراثي يحدث فيه تلف في الشبكية. أمراض العين مثل الرمد وغيرها من الالتهابات.

نمو وتعلم الأطفال المعوقين بصريا في الطفولة المبكرة :

النمو المعرفي	الانتباه والإدراك والتذكر) حل المشكلات-تطور المفاهيم-التعميم-التعليل- الاحتفاظ
النمو اللغوي	.(تعطيل اللغة غير اللفظية- والتواصل البصري)
النمو الحركي	(ضعف الأداء الحركي- قلة الممارسات الرياضية –نقص الدافعية للتنقل-الحماية الزائدة من الوالدين)
النمو الاجتماعي	(الانسحاب من مواقف التواصل بسبب غياب التواصل غير اللفظي-السلوك النمطي-التمركز حول الذات).

الإعاقات السلوكية وصعوبات التعلم

اضطرابات السلوك : يتمثل اضطراب السلوك في اختلافه جوهريا من حيث تكراره أو مدته أو شكله عما يعتبر سلوكا طبيعيا في ضوء الموقف والعمر أو الجنس أو المعايير الثقافية. لكن هناك مجموعة

من الخصائص المميزة لاضطراب السلوك منها :

- عدم القدرة على التعلم، بالرغم من سلامة القدرة العقلية العامة والحواس.
- عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلمين.
- الإحساس العام بالكآبة والحزن.
- الشكوى من أعراض نفسي حسية ليس لها جذور جسمية واضحة
- إصدار استجابات غير تكيفيه وأنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية.

تصنيف الاضطرابات السلوكية :

تصنف الاضطرابات السلوكية إلى أربع فئات رئيسية هي:

- **اضطرابات التصرف:** وتشمل النشاط الزائد ونوبات الغضب وحب السيطرة والمشاجرة ومخالفة التعليمات وقواعد السلوك.
- **عدم النضج** : ويتضمن العجز عن الانتباه وعدم الاهتمام بالدراسة والتفاعل مع من هم أصغر سنا والسلبية.
- **اضطرابات الشخصية:** ويتضمن العجز الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق والجبن والشعور بالنقص أو الذنب.
- **العدوان والانحراف الاجتماعي:** ويتضمن السرقة والسلوك العدواني والتخريب.

أسباب الاضطرابات السلوكية :

هناك أربع فئات رئيسية لأسباب الاضطرابات السلوكية هي :

الأسباب البيولوجية	وتتضمن العوامل الوراثية والاضطرابات الدماغية والعوامل الغذائية
الأسباب النفسية التربوية	وتشمل جملة الاضطرابات الأساسية في العمليات النفسية الداخلية التي يقترحها نظرية التحلل النفسي
الأسباب السلوكية	وتتضمن العوامل المرتبطة بالأسرة والبيئة الاجتماعية
الأسباب البيئية	وتتضمن الاضطرابات الناجمة عن خلل ما في عمليات للاشتراط الإجرائي والنمذجة

دور المعلم في مواجهة اضطرابات السلوك :

ما الذي يمكن للمعلم تقيمه للطفل الذي يتصف استجاباته بأنها غير تكيفيه والذي يوصف بأنه مضطرب انفعاليا من واقع خبرته قوم بما يلي:

- **تنظيم البيئة** مثل تنظيم الأثاث والمواد التعليمية لتوفر المكان المناسب للعب.
- **العمل كنموذج** للسلوك الأكثر تكيفا من أجل أن يقلده الطفل ويمثله.
- **توفير المعززات** من خلال التفاعل اللفظي ومن خلال تقديم المكافآت المادية.
- **تصميم مواقف** تهيئ الفرص لحدوث أنماط التفاعل والسلوك الذي يود المعلم تعديله من خلال مواقف التعلم التعاوني واللعب الهادف والدراما.
- **التعاون** مع الأخصائي النفسي والوالدين لتعديل سلوك الطفل.

التطرف السلوكي :العدوان : يميز العلماء بين نوعين من السلوك :

عدوان الوسيلة : وهو الإيذاء الذي يحدث أثناء محاول الطفل الحصول على شيء لدى شخص آخر.

وعدوان العداوة: هو توجيه الأذى للأشخاص الآخرين أنفسهم. وسلوك الوسيلة هو الشائع بين الأطفال. ويمثل مشكلة تطبيع اجتماعي وليس اضطرابا. ، أصبح من المهم عدم مواجهة عدوان الطفل بعدوان وعقاب شديد ولكن البحث عن فرص تعزيز السلوك الاجتماعي الإيجابي.

وهناك بعض المقترحات التي تساعد في خفض السلوك العدواني في مرحل ما قبل المدرسة:

- بين أن المشاجرات ممنوعة، وأكد عليها في حال حدوث العدوان بين الأطفال.
- حاول تجنب السلوكيات الموحية بالسلوك العدواني عند وتدافع الأطفال عند اللعب.
- استخدام النمذجة لتعلم الطفل طرق التعبير المهذبة عن الغضب مثل إنني غاضب منك لأنك أهملت في وضع المكعبات في مكانها الصحيح وهكذ
- استخدام اللعب المشوق ذو الهدف الإيجابي يجعل الأطفال لا يشعرون بالملل وبالتالي لا يأخذ الطفل لعبة جاره في الصف،
- استخدام العزل الاجتماعي أو الإقصاء عن النشاط المحبب كوسيلة للضبط ولمدة دقيقة حتى ربط بين السلوك الذي قام به

الانسحاب الاجتماعي:

بحاجة إلى التدخل المبكر على المستوى النفسي والتفاعلات مع الآخرين وإعطائه الأمن والثقة بالنفس.ومن المفيد توجيه الطفل إلى مثيرات وأنشطة تجذب اهتمامه.**ومكن اتخاذ الخطوات التالية مع هؤلاء الأطفال:**

- مساعدة الطفل على التعبير بحرية عن غضبه وانفعالاته داخل الصف من خلال تفاعل مع الأقران.
- بث الثقة في نفس الطفل من خلال التشجيع وتقريب المسافات بينه وبين المعلم والأقران.
- دمج الأطفال المنسحبين مع أقران مقبولين في مشاركة وأنشطة ثنائية حتى يساعد الطفل على تعديل سلوكه من الانسحاب إلى التفاعل.
- ملاحظة سلوك الطفل في المنزل بسؤال الوالدين وهل هناك اختلاف بين سلوكه هناك وسلوكه في المدرسة.

الاضطراب الانفعالي متعدد الأوجه : وعلى المعلم فعل أشياء كثيرة تجاه الضغوط النفسية أو اضطرابات التنشئة الاجتماعية الأسرية. وعليه يلجأ المعلم غلى برامج تدريبية للحد من مشكلات الانفعالية والسلوكية.

عناد الأطفال: أو عدم المطاوعة من الأنماط السلوكية الشائعة لدى الأطفال، ومنها رفض الطفل التعليمات والسلوك المطلوب منه، أو القيام بسلوك مناقض للسلوك المطلوب. وعلى الآباء استخدام التعزيز للسلوك الجيد وتجاهل السلوك غير الجيد. استخدام العزل الاجتماعي أو الإقصاء .

النشاط الزائد :

يشيع لدى الذكور عنه لدى الإناث وهو زيادة ملحوظة في النشاط الحركي. **ومن أهم خصائص الطفل ذو النشاط الزائد:**

(عدم الجلوس بهدوء- التهور- التململ باستمرار- تغير المزاج سريعا- سرعة الانفعال - التأخر اللغوي- الشعور بالإحباط - عدم التركيز ..الخ)

أسباب النشاط الزائد:

- **عوامل جينية** (الوراثة من خلال دراسة التاريخ الأسرى)
- **عوامل عضوية** (تلف دماغي بسيط-خلل في كهرباء المخ)
- **عوامل نفسية** (أنماط التنشئة-الضغوط -طرق التعزيز-الملاحظة والتقليد للوالدين أو غيرهم).
- **عوامل بيئية** (التسمم والإشعاعات المنبعثة من الأجهزة)

العلاج: من خلال العقاقير-تعديل السلوك من خلال فنيات سلوكية مثل الاسترخاء والتعزيز ولوحة النجوم وغيرها.

التوحـــــــــــــــد :

المفهوم	تتميز بالانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على التواصل وممارسة سلوكيات نمطية متكررة وضعف القدرة على التخيل وتشيع لدى الذكور
الخصائص	العجز عن بناء العلاقات- التأخر في اكتساب اللغة- استخدام اللغة المنطوقة بطريقة ذات معنى –المصاداه أو ترديد الكلام – عكس الضمائر- اللعب بطرقة نمطية تكرارية- الانزعاج من تغير الوضع في المكان-المظهر الجسدي العادي- (نوع جيد منهم يطلق عليه متلازمة اسبر جر ذوى الذكاء الوظيفي العالي- بعض علامات التخلف العقلي
الأسباب	(الوراثة – بيولوجية (تلف دماغي بسيط) -الأمراض كالحصبة الألمانيه وغيرها.
التشخيص	من خلال فريق التشخيص .(مشكلات التشخيص والتداخل في الأعراض).
الأساليب التربوية	التسكين التربوي المناسب-عدد الطلاب في الصف- الدمج بين المدرسة والمجتمع في برامج الدمج الحسي

الاعتبارات الخاصة بتعليم ذوى الاضطرابات السلوكية :

- الإفادة من دعم الأخصائيين والمرشدين للتعامل مع هؤلاء الأطفال.
- التعبير عن الثقة بقدرة هؤلاء الأطفال على التغير وقبولهم كأطفال يحتاجون إلى الاحترام والتقدير والعطف.
- تقديم نماذج كافة للسلوك التكيفي، وتقليده ومحاكاته
- إتاحة الفرصة للعمل التعاوني وتنشيط التفاعل الثنائي والجماعي.
- استخدام التعزيز والتشجيع بشكل متكرر.ومشاركة الوالدين في العملية التربوية .
- ملاحظة سلوك الطفل بموضوعية للتشخيص وتقديم التدخل المناسب.

صعوبات التعلم :

المفهوم	تعريف اللجنة الأمريكية للمعوقين صعوبات التعلم هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة واستخدامها سواء كانت شفهية أو كتابية. ولا يدخل في ذلك مشكلات تعود إلى إعاقة عقلية أو سمعية أو بصرية أو الحرمان البيئي والثقافي
الأسباب	جينية-بيولوجية(تلف دماغي)–بيوكيميائية(المواد الصناعية) - بيئية(التلوث)- نمائية (تأخر نمو الجهاز العصبي المركزي)
التصنيف	١- **صعوبات أكاديمية** :(حساب –قراءة-كتابة-هجاء). ٢- **صعوبات نمائية**: (ضعف القدرة على الانتباه والإدراك والتذكر- حل المشكلات-اكتساب المفاهيم)

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال ذوى صعوبات التعلم :

- توظيف الحواس القوية والمفضلة لدى الطفل في عملية التدريب.
- تشجيع الطفل على المشاركة في تحديد الأنشطة.
- تغيير طريقة التدريب في حالة إخفاقها في مساعدة الطفل على اكتساب المهارة المطلوبة
- تزويد الطفل بالفرص الكافية لممارسة ما تعلمه والحرص عل الربط بين التعلم السابق والتعلم الحالي.
- الحرص على صياغة أهداف واقعية قابلة للتحقيق.
- يحتاجون إلى مساعدة خاصة فيما تعلق بالسلوك في الصف(تعدل سلوك-مواجهة مخالفة قواعد السلوك- تحديد قواعد العمل بالصف)

المحاضرة السادسة

الكشف المبكر عن الإعاقات والوقاية منها

الكشف المبكر :

يرتبط الكشف المبكر ارتباطا وثيقا بالكشف عن الإعاقة. والدافع القوى الآن نحو الوقاية الأولية بالتوعية الشاملة وليس نحو الوقاية الثانوية بعد حدوث المشكلة، وهناك الأهلية أو الاستحقاق لخدمات التدخل المبكر ودور الوالدين في الكشف المبكر.

نظام الكشف المبكر :

في المجالات التالية: (البصر–السمع– التواصل–الوضع الصحي–النمو العام) أو (الإحالة بمبادرة من الوالدين والملاحظات المترلية – الإحالة المنتظمة للمعلمين –رصد عوامل الخطر الطبية – رصد عوامل الخطر الديموجرافية) والواقع أن هناك مزايا وعيوب لكل إجراء من هذه الإجراءات.

كيف يتم تحديد الفئات المستهدفة من البرامج الكشفية : غالبا ما توجه الجهود نحو الفئات التالية:

- الكشف عن جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم واحد وخمس سنوات وينفذ هذا الإجراء في موقع مركزي أو عدة مواقع.
- الكشف عن الأطفال من فئات عمرية معينة مثلا من يوم واحد حتى ١٨ شهر (أو أطفال الروضة) وهو إجراء يتناول فئة معينه
- الكشف عن الأطفال الذين يتم إحالتهم من قبل (المؤسسات – المعلمين– أولياء الأمور).

أشكال التقييم :

تأخذ عمليات التقييم ثلاثة أشكال رئيسية :

الكشف	إجراء تقويمي موجز يطبق على مجموعات كبيرة من الأطفال بهدف التعرف إلى الذين يحتاجون منهم إلى تقييم إضافي
التشخيص	إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بنموهم أثناء عملية الكشف. والهدف من ذلك هو تحديد ما إذا كان لدى الطفل حاجات أم لا. وفى حالة وجودها فما مداها وما أسبابها ومدى الحاجة للتدخل المبكر
التقييم	وهو عملية جمع المعلومات لتحديد مستوى التطور الحالي للطفل وبالتالي اختيار الأهداف التي يتوخى تحقيقها. والتقييم يشمل المتابعة المستمرة وتعديل أهداف التدخل كلما اقتضت الحاجة ذلك

العلامات التحذيرية المبكرة : العلامات المبكرة للضعف السمعي :

– إدارة الرأس أو الأذن نحو المتكلم.

– عدم الانتباه

– عدم الامتثال للتعليمات اللفظية وخاصة في الأوضاع الجماعية.

– التركيز المبالغ فيه على وجه أو فم المتحدث.

– المشكلات الكلامية – طلب إعادة ما يقال – السلوك الانسحابي – إفرازات الأذن– التنفس من الفم – الألم أو الرنين من الأذن – التهابات الأذن المتكررة – التهابات الحلق أو اللوزتين.

العلامات التحذيرية للضعف البصري	– الانزعاج من الإضاءة بشكل ملفت للنظر. – مواجهة صعوبات في التنقل في الأماكن غير المألوفة. – الطلب بشكل متكرر من الزملاء أو المعلم توضيح ما يحدث. – فرك العينين بشكل ملفت للنظر– الدماغ المفرط– احمرار الجفون– تغطية العين باستمرار– إغلاق وفتح العين بشكل متكرر– عدم القدرة على القراءة.

العلامات المبكرة للضعف الحركي/الجسمي	-الشعور بالإرهاق والتعب المفرط بعد تأدية الأنشطة الجسمية. -التغيرات المفاجئة أو التدريجية في الصحة العامة للطفل. -ضيق التنفس عند بذل مجهود جسمي بسيط نسبي. -الشكوى من الغثيان أو الصداع أو الدوار أو التعرف أو الجوع أو العطش بشكل مبالغ فيه. -الشكوى من الألم في العضلات أو المفاصل والأجزاء الأخرى في الجهد الحركي.
العلامات المبكرة للصعوبات التعليمية	السلوك الاندفاعي التهوري – النشاط الزائد أو الخمول المفرط – الافتقار إلى مهارات التنظيم – الصعوبات الإدراكية البصرية – العجز عن الانتباه – عدم القدرة على حل المشكلات – عدم القدرة على التذكر – عدم القدرة على القراءة – صعوبات كبيرة في الحساب – عدم القدرة على استيعاب التعليمات – قلب الحروف والأرقام والخلط بينها – الارتباك – التشتت
العلامات المبكرة للاضطرابات السلوكية	– عدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الأقران والوالدين والمعلمين. – تدنى مستوى التحصيل الأكاديمي – تباين السلوك من وقت إلى آخر – الانسحاب الاجتماعي – العدوانية المفرطة – نوبات الغضب – النشاط الجسمي المفرط – عدم القدرة على التركيز والانتباه – عدم إدراك نتائج الأفعال – إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر
العلامات المبكرة للصعوبات الكلامية واللغوية	التكلم بطريقة غير مفهومة – التكلم بطريقة ملفته بشكل سلبي – ظهور إيماءات جسمية غريبة عند التكلم – معاناة الطفل عندما يتكلم – عدم قدرة الطفل على التعبير كلاميا أو استيعاب ما يقال له – حذف بعض الأصوات عند التكلم – التكلم بطريقة سريعة جدا أو بطيئة جدا – شعور الطفل بالإحراج عندما يتكلم
العلامات المبكرة للصعوبات العقلية البسيطة	– بطء معدل التعلم بشكل ملحوظ – التأخر في معظم مجالات النمو – تدنى مستوى التحصيل – عدم التمتع بالكفاية الاجتماعية – التأخر اللغوي الملحوظ – عدم القدرة على تعميم المهارات ونقل أثر التدريب – عدم القدرة على التركيز- عدم الانتباه

الوضع الراهن للكشف المبكر :

أصبح ممكنا في الآونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات لدى الأطفال حديثي الولادة من خلال الفحوص ومنها قصور الغدة الدرقية الولادي، واضطرابات التمثيل الغذائي مثل الفنيل كيتون يوريا، والواقع أن الكشف عن هذه الحالات يحول دون تلف الدماغ ويمنع التخلف العقلي.

التوجهات الحديثة :

- الوقاية (الجهود الوقائية- تحجيم العوامل المرتبطة بالإعاقة- تقديم خدمات تحول دون تحول عوامل الخطر إلى إعاقة نمائية لدى الطفل).
- الأهلية (الاعتماد على مقاييس موثوقة ووصف دقيق لنقاط الضعف والقوة لدى الطفل)
- الصدق والثبات (استخدام الصدق والثبات لكي يصبح بمقدور الاختصاصيين استخدام الكشف والتقييم المقنن بدقة أكثر).
- البيانات العيادية (يقصد بها بيانات أسرية لها دور في البرنامج التربوي الفردي ولا يقتصر على بيانات كمية)
- وظائف الأسرة (ما زال المجال في حاجة إلى دراسات رغم أهمية دور الأسرة في نمو الأطفال الصغار).
- تقييم البيئة (حظيت بيئة الطفل بالاهتمام لكن لا يتوافر إلا اختبارات محدودة لتقييم البيئة).
- إعادة التقنين (التقنين على عينات عادية في الغالب –ويتطلب الأمر التقنين على معوقين حتى يصبح صدق الاختبارات موثوقا).
- التدريب (يحتاج القائمون على تطبيق الاختبارات ولا يقوم بتطبيقها غر المتخصصين في عملية الكشف المبكر).
- البيانات الطولية (جمع البيانات طويلة المدى فهي تساعد في تصميم واختيار محكات أكثر دقة ليتم استخدامها للتنبؤ والوقاية والتدخل المبكر).

المحاضرة السابعة

الوقاية من الإعاقة

مقدمة :إن معرفة أسباب الإعاقة من شأنها أن تساعد في تطوير خدمات الإرشاد الجيني، وعلى الرغم أن نسبة كبيرة من الإعاقات ليست معروفة السبب إلا أن هناك المئات من عوامل الخطر التي أثبت البحث العلمي أنها تكمن وراء حالات الإعاقة.

الأسباب المحتملة للإعاقة في الطفولة المبكرة (قبل– أثناء– بعد) الولادة.

أسباب مرتبطة قبل الولادة (الحمل)	قد تتعرض الأم الحامل أو الجنين لجملة من العوامل التي يحتمل أن تنتهي بضعف أو عجز أو إعاقة مستقبلية لدى الطفل – تعرض الأم للأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية،حيث يرتبط هذا المرض بالعديد من الإعاقات، والتهاب السحايا وأمراض الغدد والأمراض الجنسية مثل الزهري والايدز. – عدم توافق معامل الريزاسى بين الأم والطفل. – الخداج ويعنى ولادة طفل قبل الموعد ويكون وزنه أقل من العادي بشكل ملحوظ. – تعرض الأم للأشعة السينية أو تعاطيها الكحوليات أو العقاقير الطبية والتدخين وسوء التغذية. – العوامل الجينية كما في حالة متلازمة داون. – العوامل الوراثية السائدة والمتنحية والتي تنتقل من الآباء إلى الأبناء. – نقص الأكسجين والأنيميا لأي سبب.
أسباب مرتبط بمرحلة الولادة	تتضمن جملة من العوامل بداية من المخاض حتى الولادة الفعلية للطفل ومن أهم هذه العوامل: – إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة . – صعوبة الولادة أو استخدام الشفط أو الجفت. – ارتفاع نسبة الصفراء (البلروبين). – التزيف أثناء الولادة. — نقص الأكسجين بسبب انفصال المشيمة قبل موعدها– استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة.
مجموعة أسباب ما بعد الولادة	– تعرض الطفل لأمراض مثل التهاب السحايا والدماغ والأذن الوسطى. – إصابة الرأس التي تنتج عن الحوادث داخل المترل وخارجه. – الحمى الشديدة وبخاصة إذا لم تتم معالجة سببها في الوقت المناسب. – التسمم بالرصاص أو غاز أول أكسيد الكربون وغيرها. – إساءة استخدام العقاقير الطبية .

الوقاية من الإعاقة بين الماضي والحاضر :مقولة ''درهم وقاية خير من قنطار علاج'' مقولة قديمة ولكن تطورت البحوث العلمية

مستويات الوقاية :

المستوى الأول	يهدف إلى الحيلولة دون حدوث الاعتلال أو الضعف وتتوخى الوقاية الأولية خفض نسبة الإصابة في المجتمع ومنها التطعيم ضد الأمراض،تحسين مستوى رعاية الأمهات، التوعية وفحوص ما قبل الزواج، الإرشادات والسلامة العامة للأمهات والأطفال
المستوى الثاني	تسعى في الوقاية في هذا المستوى إلى منع تطور الضعف أو الإصابة إلى عجز وبالتالي خفض أعداد الأفراد العاجزين في المجتمع خلال الكشف المبكر والعلاج الفوري المناسب
المستوى الثالث	التغلب على العجز والحيلولة دون تطوره إلى حالة إعاقة وذلك من خلال مساعدة الفرد على استعادة ما يمكنه من القدرات الجسمية والعقلية من خلال البرامج التدريبية والإرشادية

الفحوصات الجينية :

فحص ما قبل الولادة	في أثناء الحمل يمكن فيها فحوصات مختلفة لاختبار البنية الجينية للجنين وذلك للتأكد من أن الطفل ليس منغوليا وخاص لو كان عمر الأم كبيرا فوق ٣٥ سنة وتكون الأسرة ذات تاريخ مضى مع الجينات. وكذلك إجراء فحوص السائل الأمنيوسى وفيه يتم جمع وتحليل كمية من السائل المحيط بالجنين، وفى اختبار آخر عن طريق أخذ عينة نسيجية لدراسة الخلايا فيها، وهذه الفحوص يمكن أن تكشف عن عدد من الاضطرابات الجينية
الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة	تتمثل الوقاية في هذه المرحلة في الحد من إنجاب أطفال غير طبيعيين من خلال التغلب على الأسباب التي تؤدى إلى ولادة أطفال غير طبيعيين ومن هذه الأسباب (عدم التعرض للأشعة – التغذية الجيدة والمتكامل العناصر – عدم تناول عقاقير إلا تحت إشراف طبي – عدم تناول مشروبات كحولية وعدم التدخين – التخطيط الأسرى من حيث فترات الحمل بين الأطفال وعدد الأطفال والسن الذي تنجب فيه الأم).
الرعاية أثناء الولادة	مرحل الولادة من المراحل التي تحتاج إلى رعاية من حيث عسر الولادة ونقص الأكسجين عن دماغ الطفل والإصابات أثناء الولادة كلها عوامل خطورة تزيد من احتمالات الإعاقة، وبالتالي تحتاج الأم إلى ظروف ولادة جيدة ونظيفة وتحت إشراف أخصائيين مهره، إذ أن معظم إصابات دماغ الأطفال تحدث أثناء الولادة. وهذا يتطلب توفير إمكانيات مادية وآلات غير ملوثة إلى جانب الكوادر المدربة من أطباء وتمريض
مرحلة ما بعد الولادة	نقص اليود والحديد وفقر الدم ونقص الفيتامينات يؤدى إلى مشكلات لدى الأطفال، كذلك الخداج ونقص الوزن يؤدى إلى تأخر في النمو الجسمي والعقلي، ومشكلات الرضاعة– هذا إلى جانب تطعيم الأطفال باللقاحات المطلوبة مثل شلل الأطفال–الدرن أو (السل) – الدفتيريا – الحصبة– السعال الديكى – وفيروسات الكبد) أضف إلى ما سبق الحوادث وأمراض الأطفال الأخرى مثل التهابات والحميات والبرد. وثمة عوامل خطورة مثل النار والماء الساخن والأدوات الحادة والعقاقير والمواد السامة وتوصيلات الكهرباء غير الآمنة والأشياء التي يمكن سقوطها على الأطفال
الوقاية من سوء معاملة الأطفال	هناك أسباب ترتبط بإساءة معاملة الأطفال مثل المشاحنات الأسرية الشديدة، الطلاق، تعرض الأسرة لضغوط شديدة، جرح الطفل بالضرب والحرق، الإهمال الجسمي من الغذاء أو السكن أو الملبس، إساءة المعاملة النفسية وتعنى الإهمال العاطفي بما يسبب لهم خلل نفسي أو النبذ والتعبير عن عدم القبول أو الحب. والواقع أن الأطفال المعوقين أكثر عرضة للإساءة بسبب العجز وبسبب اعتمادهم على الآخرين لتلبية العديد من احتياجاتهم. وقد تكون الإعاقة سببا للإساءة أو تكون الإساءة سببا للإعاقة
الوقاية من الإصابات	الحوادث وهى تترك إصابات أو إعاقات بالملايين حول العالم، حيث تقتل الحوادث أكثر من أي سبب آخر من الصغار والكبار، والشرائح الاجتماعية الفقيرة هي الأكثر عرضة للإصابات، ونتيجة العجز المزمن تتكلف الدول خدمات العلاج والتأهيل والرعاية وخسارة ساعات العمل الكثيرة. وتحتاج المجتمعات إلى التوعية وبرامج الشباب لتوعية العمال وتجنب مصادر الحوادث والخطر لمواجهة مشكلة الإصابات

تحديد عوامل الخطورة :

- الاختناق أثناء الولادة .
- مشكلات الحمل المتكرر والتريف والولادة في مكان غير متخصص، أمراض القلب والسكر والضغط .

التأهيل في المجتمع المحلى والوقاية من الإعاقة من خلال:

- التعاون بين أفراد المجتمع ومساعدة الإنسان لأخيه الإنسان.
- الاندماج الاجتماعي الكامل للمعوقين ليشاركوا في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية .
- المساواة بين أفراد المجتمع عاديين ومعوقين.

١- **المهارات ما قبل الأكاديمية** في مجالات القراءة والكتابة والحساب والعلوم الطبيعية..وغيرها.

٢- **المهارات أو العمليات الأساسية** مثل الانتباه والإدراك واللغة والتذكر والمهارات الحسية الحركية.

٣- **المهارات النمائية** في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات والمهارات الحياتية اليومية والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية.

٤- **المفاهيم النفسية الأساسية** مثل الدافعية والإبداع وتقدير الذات..وغيرها. تتم المهارات السابقة بعد التعرف على الحاجات الفردية لكل طفل .

مفهوم الاستعداد :

هو عامل النضج وبالفعل كان الاستعداد للتعلم يعرف على أنه مصطلح يشير إلى مستوى النضج، فالنمو الجسمي يسهل عملية التعلم والمهارات الحسية-الحركية المختلفة ضرورية ليستطيع التلميذ القيام بالمهمات التعليمية الأساسية كالكتابة والكلام والقراءة..وغيرها. الجزء الأكبر من التعلم المدرسي يرتبط بالخبرات السابقة أكثر من ارتباطه بالنمو الحسي –الحركي فالمعرفة تتطور لدى الطفل على نحو متسلسل وتراكمي. بمعنى أن اكتساب التلميذ للمفاهيم البسيطة يهيئه لتعلم المفاهيم الأكثر تعقيدا.

تعرف انستازي الاستعداد على أنه : ''مصطلح عام يشير إلى اكتساب المعارف والمهارات العقلية الأساسية التي ستجعل المتعلم قادرا على الاستفادة من التعليم إلى أقصى حد ممكن''.

أما هوروكس وشونوفر فيعرفان الاستعداد : ''على أنه القدرة على التعلم وتوافر الرغبة والمهارات والخلفية المناسبة لذلك''.

ويضيف لوينفيلد أن "مفهوم الاستعداد يشير إلى : أن ثمة فترة زمنية معينة يستطيع التلميذ في أثنائها تحصيل أفضل النتائج بأقل جهد ممكن''.

وباختصار تهدف اختبارات الاستعداد إلى تقويم قابلية المتعلم للقيام بالأعمال والنشاطات المدرسية بنجاح.

أهمية الكشف عن الاستعداد للتعلم :

إن توافر الاستعداد للتعلم لدى التلميذ شرط أساسي لنجاح العملية التعليمية ولقد أكد ''هوروكس وشونوفر'' ذلك في قولهم عندما يفتقر الطالب إلى الاستعداد الكافي للتعلم، فهو إما أن يفشل فشلا كاملا وإما أن يكون تعلمه بطيئا وغير فعال.

أمور لابد من مراعاتها عند الكشف عن الاستعداد للتعلم :

١- يجب أن يشترك فريق من ذوى الاختصاصات المختلفة في عملية الكشف.

٢- يجب تحديد أداء الطالب في النواحي المختلفة، يجب أن لا تقتصر التقويم على عجز الطالب.

٣- يجب عدم تحديد مستوى أداء الطالب من خلال اختبار واحد كائنا ما كان ذلك الاختبار.

٤- أن يعطى الاختبار الذي نستخدمه صورة صادقة عن قدرات الطالب وعجزه. (فمثلا لا يستخدم اختبار ذكاء على المكفوفين تم تصميمه للمبصرين)

العوامل التي تؤثر في الاستعداد للتعلم المدرسي :

- القدرة على الانتباه والمثابرة.هل مشتت او متحرك وقلق ولايركز انتباهه لفتره طويله
- القدرة على التعاون مع الأطفال الآخرين في تأدية النشاطات المدرسية .الى أي مدى تفاعله مع اقرانه
- القدرة على إتباع التعليمات اللفظية والتعبير لفظيا عن الأفكار.هل يستطيع ان يبرز افكاره بشكل واضح
- القدرة على استيعاب المفاهيم البسيطة والتعرف إلى العلاقات بين هذه المفاهيم .الربط بين المفاهم وربط المفاهيم مع بعضها البعض والاتزان الانفعالي
- القدرة على استخدام الحواس بشكل فعال. والثقة بالنفس والاعتماد على الذات.وإبداء الرغبة في التعلم والاكتشاف.والاستمتاع بالنجاح

أدوات تقويم الاستعداد للتعلم :

ملف الطالب	حيث يشمل ملف الطالب على معلومات شخصية واجتماعية تفيد المعلم في تخطيط البرنامج التربوي المناسب، ومن خلال الملف يمكن رسم صورة عامة وتقريبية عن مدى استعداد الطفل للتعلم
الاختبارات	الاختبارات من أهم الأدوات التي يستطيع المعلم استخدامها لقياس وتقويم قدرات الطالب، والاختبارات إما أن تقيس قدرات عامة وإما أن تقيس قدرات خاصة، وتصنف اختبارات الاستعداد للتعلم المدرسي إلى نوعين هما: الاختبارات المتعلقة بمستوى النمو الوظيفي (الجسمي-الحركي)- الاختبارات المتعلقة بالمواد الدراسية (القراءة والحساب..إلخ)
مقابلة الأهل	من المصادر المهمة لجمع المعلومات المفيدة عن أداء الطفل هي مقابلة الأشخاص المهمين في حياته وخصوصا أفراد الأسرة، فيعرف المعلم التاريخ التطوري للطفل واتجاهات الأسرة نحو الطفل وتوقعاتها، وخصائص الطفل واهتماماته من الوالدين
الملاحظة المباشرة	تشتمل الملاحظة المباشرة على جمع وتسجيل المعلومات عن أداء الطفل في ظروف محددة، وهي عملية ليست عشوائية بل هي عملية منظمة تهدف إلى قياس سلوكيات تم تحديدها بدقة ووضوح

تقويم الاستعداد للقراءة :

- **النمو اللغوي** : القدرة على استيعاب المحادثات(اللغة الاستقبالية) والقدرة على استخدام اللغة اللفظية (اللغة التعبيرية).
- **النمو المعرفي**. من خلال قدراته التي استطاع امن خلاله تحصيل بعض المعلومات
- **الخلفية والتجارب**: وتشمل معرفة الأرقام وأسماء الأشياء المتداولة، ومفهوم الزمن والفراغ.
- **النضج الإدراكي الحسي**.
- **المهارات اليدوية والمهارات الحركية الأخرى**. مثل مسك القلم
- **التكيف الاجتماعي والانفعالي** : ويشمل ضبط الذات والاعتماد على الذات، والرغبة في إتباع التعليمات، والقدرة على الانتباه والتركيز

تقويم القدرات العامة :

غالبا ما تقاس عن طريق اختبارات الذكاء ومقاييس الكفاءة العامة :

١- **القدرات العقلية**: إن من أكثر الاختبارات الفردية استخداما اختبار بينيه ووكسلر.

٢- **الكفاية الاجتماعية**: وهي تقاس بمقاييس النضج الاجتماعي، ويجب الإشارة إلى الأبعاد التالية في قياس السلوك الاجتماعي.

أنواع السلوك ذات العلاقة بالبيئة المحيطة ومنها	- المهارة في التنقل والحركة. - القدرة على التصرف في المواقف والحالات الطارئة. - التعرف على المواد والأدوات المتوفرة في غرفة الصف. - إظهار أنواع السلوك المناسبة المتصلة بتناول الطعام.
أنواع السلوك ذات العلاقة بالأشخاص الآخرين ومنها	- المواقف من الآخرين والاتجاهات نحوهم. - اللعب المنظم - المحادثة - تحية الآخرين.
أنواع السلوك ذات العلاقة بالذات ومنها	-التعبير عن المشاعر - الاتجاهات نحو الذات - العناية بالذات.
أنواع السلوك ذات العلاقة بالمهمة التعليمية ومنها	الانتباه - إتباع التعليمات- النشاطات الجماعية - العمل المستقل - المناقشة.

تقويم القدرات الخاصة :

أ) المهارات الإدراكية الحسية: التمييز السمعي والبصري اللمسي والانتباه هذه القدرات من المتطلبات الأساسية لعملية التعلم.

١- **المهارات السمعية:** الاستماع والإصغاء هام جدا لأنه يشكل أساس المهارات اللغوية.

٢- **المهارات الحركية:** المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة ضرورية لتأدية المهارات التعليمية والنشاطات المدرسية المختلفة.

٣- **المهارات البصرية** : عند وجود ضعف بصري يجب اتخاذ طرق التصحيح المناسبة.

٣- **مهارات اللمس:** قدرة الطالب على استخدام المعلومات التي يستقبلها من خلال حاسة اللمس.

٤- **تقويم قدرة الطالب على التذكر:** (بأنواعها المختلفة) والانتباه (التركيز الهادف على المثيرات ذات الأهمية في الموقف التعلمي).

ب) النمو المفاهيمي: (أكبر–أصغر– فوق– تحت–أعلى –أسفل–يمين –يسار–ناعم–خشن..إلخ).

تقويم استراتيجيات التعلم :

لا يكتفي بتقييم القدرات العامة والقدرات الخاصة فقد يكون لدى الطالب قدرات عالية ولكن استراتيجيات التعلم التي يستخدمها غير فعالة، فلابد من تقييم استراتيجيات التعلم أيضا.

تقويم السلوك الصفي:عندما نتحدث عن السلوك الصفي نعني قدرة الطالب على التعامل بشكل مناسب مع متطلبات العمل المدرسي بشكل عام.

الاتجاهات نحو المدرسة	يؤثر شعور الفرد واتجاهاته نحو المدرسة في أدائه، وعندما يواجه الطالب مشكلات وصعوبات فيء الأعمال المدرسية تتشكل لديه اتجاهات سلبية نحوها، ولهذا يجب أن يقوم المعلم آراء واتجاهات الطلاب نحو البرنامج التربوي ونحو المعلمين والزملاء
مفهوم الذات	يمكن للمعلم تقويم مفهوم الذات من خلال مقابلة الطالب أو استخدام مقياس تينيسى لمفهوم الذات
الأداء المستقل	يجب ملاحظة أداء الطالب للأعمال المدرسية بشكل مستقل، ويتم ملاحظة الطالب فيء المواقف التعليمية المختلفة
سلوك الدراسة	(تقبل المهام التي يطلبها المعلمون – إنهاء الواجبات المدرسة في فترة زمنية مناسبة – العمل المنظم والصحيح – المشاركة فى النشاطات الجماعية)

الخلاصة: أن الاستعداد للتعلم المدرسي مفهوم متعدد الأوجه وهو محصلة لعوامل كثيرة متداخلة، فهناك قدرات الطالب العامة والخاصة والاستراتيجيات التعليمية المستخدمة فيء الوسط التعليمي، وعند تقييم القدرات يراعى استخدام أدوات ذات ثقة فيء تفسير النتائج وتحديد الأهداف المرجوة من عملية التقويم.

المهارات الإدراكية :

تختلف المهارات الإدراكية عن غيرها من المهارات بأنها غير قابلة للملاحظة المباشرة وإنما يتم التنبؤ بها بناء على السلوك الملاحظ الذي يظهره الأطفال.

وهناك عمليات تدل عليه منها :

الانتباه	وهو يتضمن الاستجابة للمعلومات الحسية بشكل نشط، وبما أن الطفل يتعرض لمثيرات بصرية – سمعية – شمية – لمسية مختلف لا يستطيع الاستجابة لها جميعا في الوقت نفسه فهو يستخدم الانتباه الانتقائي والذي يعني التركيز والاهتمام بالمثيرات المهمة وتجاهل أو عدم التركيز على المثيرات غير المهمة
التذكر	وهو القدرة على استدعاء المعلومات التي تم خزنها في الدماغ في الماضي والقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة وربطها بالمعلومات المتوفرة أصلا، والذاكرة الإنسانية نوعان ذاكرة المدى القصير (وهي ذات طاقة محدودة ولفترة محدودة) وذاكرة طويلة المدى (وهي ذات طاقة كبيرة جدا) ويستخدم الأطفال ثلاث استراتيجيات للتذكر وهي الممارسة باستخدام العوامل اللفظية الوسيطة والتخيل وتنظيم المعلومات
الإدراك	تفسير المعلومات الحسية فالإدراك هو عمل بناء وإعطاء معنى لما تم استقباله من معلومات عبر الأعضاء الحسية، إنه وظيفة أساسية يقوم بها دماغ الإنسان
التمييز	وهو التفريق بين مثيرين أو أكثر، إنه يتضمن تجميع الأشياء المتشابهة أو المطابقة فيما بينها وفصل الأشياء غير المتشابهة
التصنيف	وهو يشير إلى تكوين مجموعات من الأشياء بناءً على العلاقة التي تربط بينها كالوظيفة أو الخصائص المشتركة فيما بينهاوغيرذلك
التعليل	وهو توظيف التعلم السابق لحل المشكلات الحالية أو التوصل إلى تعميمات مفيدة واتخاذ قرارات ذات معنى

التطورات المعرفية التي تحدث للطفل في السنوات الست الأولى :

الشهر الأول: استجابات انعكاسية (مجرد رد فعل لمثيرات خارجية أو عضوية داخلية).

من ١–٤ شهور: التعرف على الأشكال والأصوات، والابتسام والنظر إلى لعبه ومد يده نحوها.

من ٤–٥ أشهر: فعل بعض أشياء مقصودة موجهة نحو الأشياء من حوله.

من ٨–١٢ شهر: يتطور لدى الطفل ثبات الموضوعات والذي يعني أن الطفل يصبح قادرا على إدراك أن اختفاء الشيء ليس معناه زواله.

النصف الأول من العام الثاني: فهم العلاقات السببية والتقليد والتعلم بالملاحظة والتقليد .

من ٢–٦ سنوات: تتطور لدى الطفل بناءات داخلية لتمثل الأشياء والأشخاص في البيئة حتى وهم غائبون عن النظر، وتتطور القدرة على التعليل وربط حادثين أو شيئين ببعض. وإن كان تعليل حدسي أكثر منه منطقي مع عدم الاستطاعة في الانتباه لأكثر من بعد واحد عند تصنيف الأشياء.

التأثيرات المحتملة للإعاقات على النمو المعرفي :

متفاوتة بشكل ملحوظ، فالأطفال ذوو الصعوبات التعليمية وذوو الاضطرابات السلوكية لا يعتقد عموما أن لديهم ضعفا معرفيا، وأما التخلف العقلي مثلاً فهو تعريفا انخفاض في القدرات العقلية العامة، وبالنسبة للإعاقات الحسية (السمعية والبصرية) والجسمية فهي تترك بعض التأثيرات المحددة على تطور المفاهيم وأساليب حل المشكلات نظراً لأنها تفرض قيودا على قدرة الإنسان على التفاعل مع البيئة.

أساليب تدريب المهارات الإدراكية :

١- لا تتوقع أن تتطور المهارات المعرفية لدى الأطفال وخاصة المعوقين منهم دون توفير بيئة غنية ومثيرة، لابد من تهيئة الفرص المناسبة لحدوثها.

٢- طور لغة الطفل إلى أقصى ما تسمح به قدراته فثمة علاقة وطيدة بين النمو اللغوي والنمو المعرفي.

٣- دع الطفل يختار النشاطات ووفر له الفرص الكافية للاستكشاف، فمثل هذه الممارسة مهمة للغاية لتطور المهارات المعرفي.

٤- اطرح أسئلة على الطفل فهذه الطريقة تزيد مستوى شعوره بالأهمية وعزز إنجازاته ووفر له الفرص ليمارس حل لمشكلات

٥- استخدم النمط التعليمي المفضل بالنسبة للطفل، فإذا كان يتعلم جيدا من خلال حاسة السمع زوده بالمثيرات السمعية أو بالبصرية

٦- أنشطة المنهج جميعا تنشط وتشجع النمو المعرفي ويجب تنظيم البرنامج التربوي بحيث يسهل عملية تحقيق الأهداف المعرفية.

تعليم التقليد للأطفال الصغار في السن :

تعليم التقليد للأطفال الصغار في السن: يتعلم الأطفال جميعا العديد من المهارات من خلال ملاحظاتهم وهذا التعلم بالمحاكاة يعرف باسم النمذجة يحدث عفويا. أما لدى الأطفال المعوقين فهو لا يحدث بدون تدريب مخطط له في كثير من الأحيان ، ولذلك فإن القائمين على تربية هؤلاء الأطفال بحاجة إلى تعرف عملية النمذجه .

والنمذجة تعريفا : هي القيام باستجابة تشبه استجابة تمت مشاهدتها أو ملاحظتها سابقاً، وتتطلب النمذجة البرمجة الهادفة والتخطط لها .

القيام بتقليد الطفل: تعليم الأطفال التقليد تتمثل في تقليد الأطفال أصواتهم حركاتهم وتعبيراتهم، فمثل هذا الأسلوب يعزز ويزود الطفل بخبرة مهمة.

تزويد الطفل بنماذج تتناسب ومستوى نموه: وهذا يتطلب معرفة القدرات التي يتمتع بها الطفل من جهة والتطور المتسلسل للتقليد.

مساعدة الطفل عند الحاجة لحثه على التقليد: وذلك قد يشمل استخدام التوجيه اليدوي والجسدي أو اللفظي .كما يمكن توظيف أدوات كالمرآة مثلا إذا كان الهدف تعليم الطفل تعبيرات وحركات مختلفة ليشاهد نفسه أثناء تأديته لها.

جعل التقليد خبرة سارة ومعززة : التقليد يجب أن يكون في وقت سار وممتع للطفل فليس من الحكمة تعليم الطفل كيف يقلد عندما يكون جائعا أو مريضا أو وهو يبكى، ومن منطلقات نظرية بياجيه أن تنبيه العقل عند الطفل يتطور من خلال التفاعلات الحسية والحركية النشطة مع البيئة.

المهارات الحركية :

الهدف من تدريب المهارات الحركية للأطفال المعوقين : هو مساعدتهم على اكتساب المهارات التي ستسهل عليهم عملية التعلم

ولكل مرحلة نمائية بعض من المهارات الحركية ففي الطفولة المبكرة مثلا تتضمن المهارات الحركية: التوازن، القوة، المرونة الحركية، التحمل والقوة،

وينبغي مراعاة الأمور التالية في البرامج التدريبية المصممة لتنمية المظاهر النمائية الحركية لدى الأطفال المعوقين:

١- يجب ملاحظة فترات الاستعداد النمائي لدى الطفل والانتقال تدريجيا من مهارة إلى أخرى.

٢- يجب أن تكون البيئة التعليمية سارة وتبعث على الراحة والرضا،مما شجع الأطفال على الاستمرارية والنجاح في الأداء.

٣- الممارسة ضرورية ولكنها ليست ضمان للنجاح ولهذا يجب تزليود الأطفال المعوقين بتغذية راجعة تصحيحية.

٤- تعلم المهارات الحركية يحدث تدريجيا ويتم على شكل إنجازات صغيرة في الأداء يرافقها حذف للحركات غير الهادفة

٥- يجب أن يكون التعلم موجها نحو أهداف محددة، ويجب أن تكون الأهداف السلوكية محددة مسبقاً.

٦- من الضروري التركيز على الجانب الآدائي (العملي) وليس الاقتصار على التعليمات اللفظية فقط.

٧- التعزيز الإيجابي ، و التلقين اللفظي والبصري والجسدي في تعلم المهارات الحركية.

اقتراحات لتحسين الكتابة اليدوية للأطفال :

وضع الجلوس الخاطئ : يجب أن يجلس الطفل على كرسي له مقعد منبسط وظهر، وارتفاع الكرسي يسمح للطفل بوضع قدميه على الأرض

مسك القلم بطريقة غير ناضجة : إن الأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريق غير ناضجة قد يكون لديهم انخفاض في مستوى التوتر العضلي

فمن المهم تعزيز العناصر التالية من مسك القلم :

١) يجب أن يتكئ الجزء الأمامي من الذراع على سطح الكتابة في وضع معتدل وأن تكون اليد متكئة على الإصبع الصغير

٢) يجب أن يكون الرسغ منبسطا قليلا (في وضع انحناء للخلف) لأن ذلك يجعل الإبهام في وضع مقابل للأصابع بشكل مريح.

٣) من أفضل الأساليب لتشجيع الوضع الصحيح لليد ممارسة الكتابة والتتبع والأنشطة الحركية الأخرى على أسطح عمودية للكتابة مثل السبورة.

وهناك أنشطة مكن الاستفادة منها للأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريقة غير ناضجة مثل:

الزحف على اليدين والركبتين لتنشيط عضلات الكتف، أو استخدام الشفافيات والرسم والكتابة وهى تعمل على تقوية عضلات اليدين.

٤)عدم ثبات أو عدم ملاءمته وضع الورقة: قد تظهر خصائص مرافقة عديدة لدى الأطفال الذين يواجهون صعوبة في وضع الورقة أو تثبيتها

ومن الخصائص:

١- النزعة نحو تبديل اليدين بشكل متكرر أثناء اللعب، وذلك قد يعنى أن الطفل غير متأكد من اليد التي يعطيها الدور المسيطر

٢- الحركات التي لا داعي لها في اليد غير المسيطرة.

٣- لمساعدة الأطفال الذين لديهم صعوبات في التكامل الحركي الثنائي يجب أن يشجع المعلمون الأطفال على تأدية الأنشطة التي تتطلب استخدام كلتا اليدين بشكل متبادل، كما في التصفيق مثلا، وهناك أنشطة أكثر صعوبة مثل قطع الورق بالمقص فهناك يد مسيطرة تتحرك ديناميكيا وأخرى مساندة تثبت الورقة وتهيؤها في زاوية معينة.

٥) عدم التأكد من اليد المسيطرة :إذا لم يكن الطفل قد أظهر تفضيلا واضحا لإحدى اليدين عند دخوله الصف الأول فلابد من اتخاذ قرار وذلك اعتمادا على الملاحظة لمعرفة اليد التي تتمتع بتنسيق أكثر.

المحاضر العاشرة

المهارات اللغوية والاجتماعية الانفعالية

المهارات اللغوية:

تعرف المهارات اللغوية بأنها : أحد أشكال التواصل المعتمد على استخدام الكلمات وغيرها من الرموز لتمثيل الأشخاص والأحداث والأشياء من حولنا، إنها الوسيلة التي نستخدمها لتنظيم أفكارنا وللتعبير عن حاجاتنا. وتعد السنوات الست الأولى من العمر بمثابة المرحلة العمرية الأساسية بالنسبة للنمو اللغوي كما يعتقد علماء اللغة.

وفي هذا السياق يمكن القول أن اللغة تتطور من حيث : الشكل -والمحتوى- والاستخدام

فمن حيث الشكل : تتطور المهارات اللغوية عبر مراحل متعاقبة هي مرحلة المناغاة ، وإصدار أصوات ومرحلة الكلمات المنفردة وذلك في نهاية العام الأول، ومرحلة اللغة التلغرافية حيث تتميز بأنها مختصرة وتخلو من الضمائر وحروف الجر .

أما بالنسبة للمحتوى : أي الأشياء التي يتكلم عنها الأطفال) فهو أيضا يتطور تدريجيا مع تقدم عمر الطفل، فهو يبدأ بتسمية الأشياء والأحداث وذلك يعد بمثابة المرحلة الأولى في تطور الذخيرة اللفظية، وهذه الذخيرة تتسع وتصبح أكثر تطورا بالخبرة فهي تنتقل من مرحلة التوسع بمعاني الكلمات (توظيف مفهوم الشكل أو اللون أو الحجم للتعبير عن الأشياء) إلى مرحلة النمو اللغوي المتعلق بالعلاقات المكانية والزمن والمفاهيم المجردة

وأما بالنسبة للتطور على صعيد استخدام اللغة وتوظيفها في عملية التواصل الإنساني : فاللغة تتطور من مرحلة اللغة الجسدية (النظر-اللمس-البكاء -الضحك-..الخ) واللغة غير اللفظية (الإشارة، إعطاء الأشياء) إلى اللغة اللفظية أو لغة الكلام .

متطلبات النمو اللغوي:

من المعروف أن عدو اللغة هي : **الإعاقة السمعية** فهي من أخطر العوامل التي تعوق نمو اللغة.

ومن متطلبات النمو اللغوي كذلك :

(الذاكرة) فهي تلعب دورا بالغ في اكتساب اللغة والانتباه إذ أن العجز عنه يترك تأثيرات مهمة على النمو اللغوي

أن مراحل النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين تشبه مراحل النمو اللغوي لدى العاديين فالفرق في سرعة النمو اللغوي أكثر مما هو في تسلسل

أساليب تطوير المهارات اللغوية:

١- توفير الفرص الكافية له للتفاعل مع الأشخاص الآخرين، فالكمبيوتر والبطاقات وما إلى ذلك أدوات مساعدة ومفيدة .

٢- يجب أن يكون التدريب طبيعي وواقعي ويجب أن يتضمن استخدام اللغة بطريقة وظيفية هادفة

٣ -يجب تحديد طبيعة حاجة الطفل إلى العلاج اللغوي في ضوء تقييم موضوعي لمستوى أدائه الحالي وبناءً على معرفة علمية كافية بمراحل تطور اللغة

٤ -يجب العمل على تنويع استخدام الكلمات بحيث يتم تعريف الطفل بمختلف المعاني للكلمة

٥ -يجب تعليم المهارات اللغوية في أجواء سارة وممتعة وذلك يتطلب معرفة خصائص كل طفل على حده لتحديد الأحداث والمواقف المحببة إلى نفسه .

فالتخلف العقلي	مثلا قد يمنع الطفل من التمتع بالقدرات الاجتماعية والانفعالية التي يستطيع الأطفال العاديون من نفس العمر الزمنا إظهارها .وذلك قد يؤدى إلى : عزل الطفل المتخلف عقليا عن أترابه فهو قد يتعرض للإزعاج والسخرية والإصابات التي يكون من نتائجها في كثير من الأحيان : شعور الطفل بالعجز وتدنى مستوى مفهوم الذات من جهة والميل إلى الانسحاب الاجتماعي أو العدوانية من جهة أخرى. فالتخلف العقلي قد يحول دون قدرة الطفل على التعبير عن حاجاته ورغباته ومشاعره بما يؤثر سلبيا على علاقاته بالراشدين ومنهم الوالدين
بالنسبة للإعاقة السمعية	فهي كما هو معروف تضع قيودا كبيرة على قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين، وتبين الدراسات العلمية أن ذلك غالبا ما يقود إلى انخفاض مستوى النضج الاجتماعي والاعتمادية والتمركز حول الذات وإساءة فهم تصرفات الآخرين، بالإضافة إلى مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار الانفعالي
بالنسبة للإعاقة البصرية	البصرية : فهي تؤثر على الأطفال من حيث الاستجابة كالعاديين في أمور مثل الاستكشاف والتعرف على البيئة وبناء العلاقات مع الأشخاص من حوله الأمر الذي قد يؤدى إلى تجنب التفاعل الاجتماعي مع الأقران العاديين، وتوصلت عدة دراسات علمية إلى أن مثل هذه الخبرات في الطفولة المبكرة قد تؤدى لاحقا إلى الاضطراب الانفعالي
وبالنسبة للمعوقين جسديا	قد لا يكونوا أفضل حالا من غيرهم من الناحية الاجتماعية الانفعالية، فهم غير قادرين على التنقل والتحرك في البيئة كغيرهم من الأطفال مما يعنى عدم توفر الفرص الكافية لهم لتعلم المهارات الاجتماعية المناسبة، وما من شك أن العوامل البيئية المتمثلة في عدم القبول الاجتماعي وتدنى التوقعات الاجتماعية والاتجاهات السلبية تؤدى إلى الاضطراب في النمو الاجتماعي الانفعالي
وبالنسبة للأطفال المضطربين سلوكيا وذوى صعوبات التعلم	فمن الواضح أن اضطراب النمو الاجتماعي –الانفعالي يشكل أحد أهم الخصائص لهذه الفئة من الأطفال. فهم لا يحسنون التصرف في المواقف الاجتماعية ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وهم يميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية والعدوانية والتخريب وعدم الطاعة

هذا وتصنف الاستجابات الاجتماعية–الانفعالية إلى:

استجابات مناسبة أو تكيفيه وهى تلك الاستجابات التي تسهل التفاعل الاجتماعي والتكيف الشخصي

واستجابات غير مناسبة أو غير تكيفيه وهى الاستجابات التي تعوق التفاعل الاجتماعي والتكيف الشخصي

مبررات اهتمام برامج التدخل بالمهارات الاجتماعية الانفعالية:

ينبغي على برامج التدخل المبكر أن تولى اهتماما كبيرا بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين لأربعة أسباب رئيسية هي :

١ -إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي–الانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة.

٢ -إن العجز في المهارات الاجتماعية –الانفعالية يتوقع له أن يزداد شده دون تدخل علاجي فعال .

٣ -إن عدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية الانفعالية يؤثر سلبا على النمو المعرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية.

٤ -إن اضطراب النمو الاجتماعي–الانفعالي في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر غير مطمئن للنمو المستقبلي.

أساليب تعليم المهارات الاجتماعية–الانفعالية:

من المناسب الإشارة إلى أن طبيعة المهارات الاجتماعية غالبا ما تتطلب تدريب الطفل في مواقف اجتماعية.

وتبين الدراسات أنه بالإمكان زيادة مستويات التفاعل الاجتماعي بين الأطفال المعوقين الصغار في السن من خلال تنظيم الأبعاد البيئية المختلفة فمن المعروف أن اللعب له تأثير مباشر على السلوك الاجتماعي، فالألعاب التي يلعبها طفل بمفرده تختلف في تأثيرها الاجتماعي عن اللعب مع طفلين .

يفضل جدول النشاطات اليومية للأطفال بحيث يسمح بتوفير فترات زمنية حرة يقوم الأطفال فيها ذاتيا باختيار النشاطات.

ولابد من الإشارة أيضا إلى أن بحوثا علمية بينت فاعلية استخدام أسلوب : النمذجة(التعلم بالمحاكاة) لتدريب الأطفال المعوقين الصغار على تأدية المهارات الاجتماعية المناسبة .

فالنمذجة كما هو معروف يشجع الطفل على ملاحظة أطفال آخرين يسلكون على نحو اجتماعي مرغوب فيه أمامه أو مشاهدة فيلم ..وغيرها.

ولكن الملاحظة وحدها لا تكفى فقط لتعلم النموذج، إذ لا بد من دعم الملاحظة والتفاعل مع النموذج بالتعزيز الإيجابي،ولعل هذا المبدأ من مبادئ التعلم الاجتماعي هو أحد العوامل الرئيسية التي تبرر دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين. وإذا لم يكن أسلوب النمذجة كنموذج كافيا فعلى المعلم أو المعلمة استخدام التعزيز التفاضلي (تجاهل السلوك غير المرغوب وتعزيز السلوك الاجتماعي) والتلقين الجسمي واللفظي والإيمائي،

وعندما يكون الهدف هو خفض سلوك اجتماعي غير مناسب (مثل: عدم إتباع التعليمات، العدوان الجسمي، الانسحاب الاجتماعي، إيذاء الذات) فلابد من استخدام أساليب أخرى تساعد على خفض هذه السلوكيات مثل: الإقصاء عن التعزيز الإيجابي، التجاهل، التوبيخ اللفظي، التصحيح الزائد، التعاقد السلوكي، توظيف المثيرات التنفيرية..إلخ وعلى المعلم أو المعلمة استخدام الاستراتيجيات الأساسية لتطوير المهارات الاجتماعية–الانفعالية للأطفال المعوقين الصغار في السن .

مقترحات لتطوير مهارات الأطفال المعوقين :

١ -قدم– قدمي النموذج المناسب للطفل ولا تستخدم العقاب البدني .

٢ -استخدم الإجراءات الوقائية فلا تنتظر إلى أن تحدث المشكلات.

٣ -تفهم حاجات الأطفال إلى الحركة والاستكشاف، لا تتوقع منهم أن يجلسوا أو يسكتوا فترة زمنية طويلة .

٤ -عرف الأطفال بما هو متوقع منهم في المواقف الجديدة .

٥ -انتبه إلى الأطفال الذين يحسنون التصرف وزوده بالتعزيز المناسب.

٦ -استخدم النشاطات الملائمة لأعمار الأطفال وقدراتهم فلا تكون سهلة جدا أو صعبة جدا حتى لا تسبب الإحباط .

٧ -وفر للأطفال نشاطات متنوعة ومحددة فعدم انشغالهم بنشاط محدد يقود إلى الفوضى والسلوك غير المناسب.

المحاضرة الحادية عشرة

مهارات العناية بالذات والنمو الحسي

إن الهدف الأساسي الذي تحاول برامج التربية الخاصة بكاف مستوياتها ومراحل تحقيقه هو:

مساعدة الفرد المعوق على الاعتماد على النفس والاستقلالية الذاتية وهذا الأمر(صحيح) فيما يتعلق بمجالات النمو المختلفة ولكنه أكثر ما يكون أهمية على صعيد العناية بالذات كتناول الطعام والشراب وارتداء الملابس والعناية بالنظافة والسلامة الشخصية واستخدام الحمام.

وبالرغم أن عدم قدرة الطفل على تأدية مهارات العناية بالذات قد يكون ناتجا عن : عوامل عضوي كتلف الجهاز العصب المركز إلا أن هذه المهارات **تتأثر بالعوامل البيئية** وهي : العوامل التي يمكن للمحيطين بالطفل المساعد فيها دون العوامل الفسيولوجية.

وفيما يلي وصف موجز لأهم الأساليب التي يجب استخدامها عند محاولة تطوير مهارة تناول الطعام لدى الطفل المعوق :

١ -تغيير الاتجاهات نحو هذه المهارات وأهمية تطورها وجدولة النشاطات اليومية للأطفال في المدرسة بحيث تشمل جلسات تدريبية .

٢ -ليس من الحكمة توقع اكتساب الطفل المعوق لمهارات ليس لديه الاستعداد النمائي أو العمري لتعلمها، فالمهارات المعقدة تسبقها مهارات بسيطة، ولذلك يجب تدريب الأطفال على المضغ والشرب من الفنجان واستخدام الأدوات العادية إذا أمكن .

٣ -في المراحل التدريبية الأولى يجب استخدام التوجيه الجسد والتعليمات اللفظية النمذجة بماتقتضيه الظروف وبعد ذلك يجب التوقف عن مساعدته

٤ -الاهتمام بهذه الحاجات الخاصة للطفل والعمل على تلبيتها باستخدام مقاعد معدلة أو أدوات مصممة خصيصا لمراعاة طبيعة الإعاقة .

أساليب تدريب مهارات استخدام التواليت:

قد يشكل ضبط المثانة والأمعاء مشكلة حقيقة بالنسبة للطفل المعوق والأشخاص القائمين على رعايته بل إن هذه المشكلة تمثل عقبة في طريق رئيسية في قبولهم وتأهيلهم. فإن مهارات استخدام التواليت بشكل مناسب لا تظهر فجأة لدى الطفل المعوق ولكنها تتطور تبعا لتسلسل نمائي محدد، ولكنها تستغرق وقتا أطول في حالة الأطفال المعوقين.**وقد يكون سبب ذلك** : عضويا أو نفسيا

تتطور القدرة على ضبط المثانة في النهار قبل أن تتطور في الليل، ومن المؤشرات الرئيسية على استعداد الطفل لتعلم هذه المهارات ما يلي :

١ -أن يكون له مواعيد معروفة لدخول التواليت.

٢ -أن تكون ملابسه غير مبللة في أوقات محددة.

٣ -أن تكون له القدرة على الحركة بشكل مستقل.

٤ -أن يكون لديه القدرة على التعبير عن رغبته في الدخول إلى التواليت بشكل أو بآخر .

٥ -أن يمتلك الطفل المهارات اليدوية اللازمة لارتداء الملابس وخلعها.

٦ -أن يكون الطفل قادرا على استيعاب التعليمات والتوجيهات البسيطة.

٧ -أن يكون الطفل قادرا على الجلوس في المرحاض لمدة كافيه.

توصيات بتدريب الأطفال مهارات استخدام التواليت:

-اهتم بتدريب الطفل في النهار أولا.

-اهتم بتدريب الطفل على ضبط المثانة قبل تدريبه على ضبط الأمعاء.

-علم الطفل الجلوس بشكل مناسب .

-درب الطفل الذهاب إلى الحمام عند الحاجة وإذا كان ذلك صعبا علمه أسلوبا معينا للتعبير عن حاجته لذلك .

أساليب تدريب مهارات ارتداء الملابس وخلعها:استخدم ملابس واسعة نسبيا لكي يستطيع الطفل خلعها بسهولة نسبيا.....الخ.

النمو الحسي:

حاسة البصر	**تتطور عملية الرؤية على شكل** : محاولات للتركيز على الشيء بمساعدة انعكاس التركيز،وهذا يعني أن العين تركز على الشيء بدلا من الرؤية السريعة وأنها تتكيف للمسافات المختلفة من خلال وضع العضلة حول عدسة العين، والجهاز البصري لدى المواليد الجدد متطور، فهم يمتلكون قدرات بصرية كبيرة. والطفل **حديث الولادة** يتفاعل مع الضوء ويدير رأسه نحوه .**وفي الأيام الأولى من العمر**، فيحاول الرضيع التركيز على وجه الأم ويحاول التركيز على فمها.**وفي الشهر السادس والسابع** يتابع بنظره الأشياء المختلفة ويصبح لديه رؤية حادة .**وبين الشهر الثامن والعاشر** يحرك الرضيع عينيه إلى أعلى وأسفل دون فقدان التوازن عند الجلوس، ويبحث عن أشياء تتحرك أمامه، **وفي سن ١-٣** تتطور العين باستمرار، **وفي سن ٣-٤** تحدث الكفاية البصرية
حاسة السمع	**١. الوعي السمعي**: يفهم الطفل الأصوات البسيطة **٢. التركيز السمعي**: يستطيع الطفل معرفة من أين يأتي الصوت. **٣. التمييز السمعي وتمييز الأصوات** :وهذا يعني أن الطفل يستطيع إدراك الأصوات والألفاظ والكلمات بطريقة صحيحة(يخلط الأطفال عادة الأصوات المتشابهة) **٤. الذاكرة السمعية**: تعتبر من أهم العوامل للتعلم، فالأطفال يحتاجون إلى التدريب على إعادة ما يقال لهم، وإن لم تتطور الذاكرة السمعية قد يواجه الطالب مشكلات مختلفة عند دخول المدرسة . **هذا وتتطور وظيفة السمع على النحو التالي** -الشهر الأول: يستجيب للصوت العال والمفاجئ- في الشهر السادس يناغي- في عمر السنة يستمع ويتفاعل عند سماع اسمه- في سنتين يقوم بتلبية الأوامر- في السنة الخامسة يستطيع إعادة جمل مركبة ويميز بين مستويات الأصوات
حاسة اللمس	**الشهر الأول**: (يسحب رجله عند دغدغة باطن رجله- يمص أصابعه ويده)**الشهر الثالث والرابع** (يهدأ عند لمسه-يبكى عندما يتبلل)**الشهر السادس**:(يتفحص بالأصابع-رغب بلمس الطعام)**عمر السنة**: (يصفق بيديه- يشير بالسبابة للأشياء-يلعب بالطعام)**عمر السنتين** :(يضع يده على المناطق التي تؤلمه- يفهم أنه قد يؤذى نفسه- يشعر بالبرد والحرارة) **السنة الخامسة** :(يميز بين الأشياء بلمسها- يستطيع القول من أين يتألم دون النظر إلى مكان الألم) **السن السادسة**: (يحكم على درجة حرارة الماء- يميز الأسطح الناعمة والخشنة بالمس ..إلخ) **أساليب تطوير النمو الحسي للأطفال:** ١ -مساعدة الأطفال على اكتساب المهارات والقدرات الحسية بشكل تدريجي بحيث يتم البدء بالمهارات البسيطة أولاً من ثم يتم الانتقال إلى المهارات الأكثر تعقيدا، وهذا ما يطلق عليه التربويون عاد اسم التعليم الرأسي أو العامودي ٢ -مساعدة الأطفال على تأدية المهارة نفسها فى مواقف مختلفة باستخدام أدوات متنوعة، وبطرق مختلفة وتسمى بطريقة التعلم الأفقي . ٣ -تكييف أو تعديل النشاطات التدريبية لتصبح ملائمة للحاجات الخاصة للطفل، وإذا كانت إعاقة الطفل لا تساعد على ذلك نستخدم المتاح والممكن حسب حال الإعاقة، فليس من الحكمة أن نتوقع من الطفل تأدية مهارات مستحيلة . ٤ -استخدام التعليم المباشر عندما تدعو الحاجة إلى ذلك،وما يعنيه هذا هو أن تقوم المعلمة بتحديد أهداف تعليمية، واختيار الأدوات والأساليب وتنفيذ النشاطات التدريبية وتقييم فاعلية الطرق المستخدمة **ومثل هذا الأسلوب يتطلب** : تقييم قدرات الطفل الحسية لتحديد مواطن الضعف أو العجز ومواطن القوة ومن ثم ترتيب المهارات حسب أهميتها وتسلسلها الزمني . ٥ -توفير الفرص الكافية للأطفال لممارسة المهارات المكتسبة وبشكل عام يجب عدم الاكتفاء بفرص واحدة لتأدية المهارة ولكن يجب إتاحة عدة فرص في اليوم الواحد إذا سمحت الظروف بذلك . ٦ -استخدام التعزيز المتواصل عندما يبدأ الطفل بتعلم المهارة المطلوبة، وبعد بلوغه مستوى مقبولا يجب التحول إلى تعزيز متقطع . ٧ -تقييم المهارات النمائية للطفل، والتحسن الذي يطرأ على أدائه

المحاضرة الثانية عشرة

الاعتبارات الخاصة في تعليم الأطفال المعوقين صغار السن

إن لطبيعة البيئة التعليمية في مراكز التدخل المبكر أثرا بالغ الأهمية نمو الأطفال المعوقين وتعلمهم **وهذه البيئة يجب أن تشبه إلى حد كبير** : صف الروضة العادي ولكن بدون إغفال الحاجات الخاصة لهؤلاء الأطفال.

فذلك من شانه : أن يحد من التأثيرات على الوالدين بسبب التحاق طفلهما ببرنامج تربوي–علاجي خاص،ولما كانت البيئة الصفية العادية توفر الفرص للأطفال للاختيار واكتشاف البيئة وحل المشكلات والتعبير عن الذات

فإن الرسالة التي تنطوي عليها هذه الممارسة التربوية هي : أن الأطفال المعوقين هم أطفال صغار في السن لديهم قابلية للنمو والتعلم .

البيئة التعليمية في مراكز التدخل المبكر:

مع أن الأطفال المعوقين غالبا ما يحتاجون إلى وقت خاص أثناء اليوم الدراسي للتعلم الفردي فإن تطوير وإتباع جدول نشاطات يومي يشبه ذلك المعتمد في رياض الأطفال العادية يساعد في : تهيئة الظروف والفرص القيمة للتعلم.

ومن أجل المساعدة في خلق هذه الظروف : يستطيع المعلمون اختيار الألعاب المناسبة لأعمار الأطفال والأدوات التعليمية الملائمة لغرفة الصف.

ومن الطرق الأخرى لتنظيم الصفوف الخاصة لكي تصبح قريبة من الصف العادي ما يلي :

- تقسيم غرفة الصف إلى محطات تعليمي متنوعة.
- خزن الألعاب في مكان يستطيع الأطفال الوصول إليه بشكل مستقل.
- تحديد مكان لكل طفل ليضع فيه أشياءه الخاصة ووضع اسم الطفل عليها.
- إضافة لمسات جمالية على جدران غرفة الصف باستخدام الألوان الفاتحة ولكن بدون مبالغة .
- عرض أعمال الأطفال في لوحات خاصة.
- تصميم لوحات إيضاحية لتعليم الأطفال المفاهيم المختلف .
- احترام خصوصيات الطفل ووالديه عند عرض الأهداف المتضمنة في البرنامج التربوي الفردي وأساليب ضبط السلوك .
- خزن الأدوات المساندة والمكيفة بحيث لا تكون بارزة بشكل واضح في غرفة الصف .
- تخصيص مكان معين ومنفصل عن غرفة الصف لأغراض التدريب على استخدام التواليت وتغيير ملابس الأطفال .

كذلك فإن زيادة فرص التفاعل بين الأطفال المعوقين والأطفال العاديين من شأنه المساهمة في:

توفير بيئة تعليمية اعتيادية .

إن على الأخصائيين العاملين مع الأطفال المعوقين توفر مثل هذه الفرص.وذلك قد يشمل فتح قنوات التواصل الفاعل مع رياض الأطفال والمدارس الموجود فئ البيئة المحلية.

ومن البدائل الممكنة ما يعرف باسم الدمج العكسي والذي يعني : تشجيع الأطفال العاديين على القيام بزيارات إلى مدارس التربية الخاصة

الكمبيوتر في خدمة الأطفال المعوقين الصغار السن:

أحد تطبيقات الكمبيوتر تتمثل في : توفير الفرص للأطفال اليافعين للتحكم بأحداث البيئة فالأطفال الصغار في السن يتعلمون بمشاهدة النتائج المحسوسة لأفعالهم.

ولكن الأطفال المعوقين لديهم قدرة محدودة على استكشاف البيئة المحيطة **.فعلى سبيل المثال** :إنهم قد لا يستطيعون الوصول إلى الألعاب والتفاعل معها.

فباستخدام الكمبيوتر كأداة مساعدة يتطور لدى الطفل : إحساس بالسيطرة على البيئة مما يقود إلى توقعات صحيحة من قدرتهم على التأثير على العالم المحيط بهم.وقد نفذ برنامج التربية المبكرة للأطفال المعوقين في أمريكا عدة مشاريع استهدفت تقديم نماذج لتطبيقات الكمبيوتر في تعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن.

المشروع الأول :تنشيط الأطفال من خلال التكنولوجيا، واستهدف خدمة المجتمعات الريفية وتركز على تطوير مهارات التواصل والاستقلالية ومستوى القدرة على حل المشكلات وغيرها من المهارات اللازمة لمرحلة ما قبل المدرسة .

المشروع الثاني :تطوير البرامج التربوية للطفولة المبكرة حيث تم استخدام الكمبيوتر لزيادة مستوى الاستكشاف الموجه ذاتيا من خلال برامج تفاعلية تسمح للأطفال باتخاذ القرارات وتنفيذ خططهم ومراجعة نتائج أفعالهم فوريا .

تعدل سلوك الأطفال المعوقين:

لا يختلف الطفل المعوق عن الأطفال العاديين من حيث أنه يسلك (يقوم بأفعال ونشاطات مختلفة (وأن سلوكه ليس عشوائيا ولكنه يحدث وفقا لقوانين محددة.وإذا عرفنا أن تلك القوانين أصبحت عملية تعديل سلوك الطفل المعوق عملي ممكنة وفعالة.

ومن أهم القوانين السلوكية والتي تنطبق على سلوك كل من الطفل المعوق والعادي ما يلي :

١ -السلوك لا يحدث صدفة أو بدون أسباب

٢ -إن السلوك في اللحظة التي يحدث فيها يكون **متأثرا بثلاث أنواع من العوامل الرئيسية وهي:**

(الخبرات الماضية -القابليات الوراثية– الظروف البيئية الحالية)

٣ -الظروف البيئي الحالية والتي لها الدور الأكبر في ضبط السلوك قد تكون سابقة للسلوك أو قد تكون تابعة له والأحداث الأكبر أثرا على السلوك هي الأحداث التي تتبع السلوك .**إن من أهم قوانين تعديل السلوك هو** : تعزيز الطفل (إعطاؤه أشياء يحبها أو تخليصه من أشياء لا يحبها) .

٤ -إن السلوك الإنساني ظاهرة بالغة التعقيد فالسلوك قد يكون ظاهرا وقد يكون خفيا وعلينا التركيز على السلوك الظاهر وتعريفه فقط.

٥ -إن السلوك سواء كان عاديا أو شاذا هو سلوك متعلم في الغالبية العظمى من الحالات

خطوات تعديل السلوك :

١ -تحديد السلوك المراد ضبطه.

٢ -تعريف السلوك المستهدف بدقة ووضوح .

٣ -جمع المعلومات عن السلوك المراد ضبطه.

٤ -تصميم البرنامج أو الخطة للسلوك المستهدف

٥ -البدء بتنفيذ البرنامج أو الخطة.

٦ -تقييم فاعلية البرنامج .

بعض أساليب تعديل السلوك:

التعزيز الإيجابي	تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمرارية حدوثه من خلال توفير أحداث أو أشياء إيجابية تلبي حاجات الطفل
التعزيز السلبي	تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمرارية حدوثه من خلال مثيرات منفرة لا يحبها الطفل بعد قيامه بالسلوك
التغذية الراجعة	تزويد الطفل بمعلومات توضيحية وتصحيحية بطريقة إيجابية وذلك بهدف توجيه سلوكه المستقبلي.
النمذجة	استخدام أسلوب التقليد والتعلم بالملاحظة بحيث يتم تقديم إيضاحات كافية للطفل ليتعلم منها.
التعاقد السلوكي	الاتفاق مع الطفل حول السلوك المطلوب منه والمكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك
تكلفة الاستجابة	أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يشمل حرمان الطفل من المعززات المتوفرة لديه مثل قطع اشارة المرور
العزل	أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يتضمن إزالة البيئة المعززة أو حرمان الطفل من فرصة التمتع فيه
التصحيح الزائد	أسلوب عقابي يتضمن إرغام الطفل على إزالة الأذى الذي نتج عن سلوكه الخاطئ
التوبيخ	التعبير اللفظي أو غير اللفظي عن عدم الرضا عن السلوك وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل

المحاضرة الثالثة عشرة

خطوات تقييم الأطفال المستهدفين للدمج

معنى الدمج (مفهوم)

يقصد بالدمج وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة في المدارس العادية مع الأطفال العاديين داخل الفصل العادي أو في فصول خاصة ملحقة لبعض الوقت أو طوال الوقت حسب ما تستدعيه حاجة الطفل.

الدمج في مرحلة الطفولة المبكرة : هي أفضل وقت للبدء بدمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين

ومن الأسباب الرئيسية التي تكمن وراء ذلك هو:

-أن برامج الطفولة المبكرة عموما تتوقع أن يتطور الأطفال بمعدلات متفاوتة، فالفروق في قدرات الأطفال ومهاراتهم شيء متوقع

-كما أن المعلمين في مرحلة ما قبل المدرسة لا يهتمون بنتائج التعلم والاختبارات بقدر ما يهتمون بعملية التعلم والنمو .

-من ناحية أخرى فإن الأطفال الصغار في السن يتقبلون الفروق الفردية ولا يعيرون الانحرافات عن النمو اهتماما كبيرا .

مبررات الدمج:

المبررات الاجتماعية–الأخلاقية	الدمج يشجع الناس على تبنى نظرة إيجابية نحو الأشخاص المعاقين وهذا الرأي يقوم على افتراض مفاده أن عزل الأشخاص المعاقين يشجع من حيث المبدأ تطور وجهات النظر والاتجاهات السلبية أما الدمج فهو يهيئ الفرص لتطور الإدراكات الاجتماعية الواقعية.
المبررات القانونية–التشريعية	التشريعات التربوية في معظم دول العالم في الوقت الراهن تنص على حق التلميذ المعاق في التعلم في البيئة التربوية الأقرب إلى البيئة الطبيعية
المبررات النفسية–التربوية	إن الأطفال بحاجة إلى التفاعل مع الآخرين والتعامل مع ظروف الحياة اليومية التى تزداد تعقيدا مع الأيام، والبيئة التعليمية التي تسمح بالإدماج أكثر قدرة مع البيئة المعزولة على تحقيق هذا المطلب، فالتعلم بالمحاكاة والتقليد يحدث عندما تتوفر النماذج المناسبة.

شروط نجاح الدمج:

من أهم شروط نجاح تجربة الدمج : التخطيط الواعي الذي يهيئ الفرص المناسب للتفاعل بين الأقران،

فالدمج لا يعني وضع الأطفال غير العاديين مع العاديين في نفس المكان. وغياب التخطيط لهذا البرنامج يسبب مشكلات وصعوبات

ولهذا ينبغي مراعاة العوامل التالية :

نسبة وعدد الأطفال المعوقين إلى العاديين في الصف .

مستوى النمو وليس العمر الزمني .

الخبرات التعليمية الفردي والمخطط لها بعناية .

اتجاهات العاملين في المجال) ولى الأمر–المعلم–والإداريين) وتحويل الاتجاهات السلبية إلى إيجابية.

الملاحظة	الملاحظة هي تحديد موعد وتسجيل سلوك الطفل أو التلميذ،**والهدف الأساسي من الملاحظة:** -هو وصف الطفل أو التلميذ من أجل تحديد الأسباب المحتملة والمرتبطة بالسلوك المشكل وتفسيره . -جمع معلومات عن مظاهر الإعاقة لدى التلميذ. -التعرف على مشكلاته اللغوية . -التعرف على قدرات الإدراك السمعي لدى التلميذ. -التعرف على الخصائص السلوكية لدى التلميذ مثل: القدرة على الإدراك،والانتباه،والتنمية،والاستدلال. -التعرف على الخصائص الحركية لدى التلميذ مثل : التآزر الحركي،والتوازن الحركي العام -والتعرف على المهارات المحددة التي تم تعلمها بشكل يومي
المقابلات	هي احدي أساليب التقويم غير الرسمية وتتضمن طرح أسئلة على الطفل أو التلميذ **بهدف الحصول على معلومات عن ماضية أو وضعه الحالي.** **والمقابلة هي** : محادثة ذات عرض أو هدف محدد يقوم بها شخص مدرب على ذلك، **وتجرى المقابلة مع** :الأسرة ومع الطفل ومع الزملاء،ويجب أن يتعرف الأخصائي على معلومات كافيةعن الطفل من حيث التاريخ الصحي للطفل له وزملاء الطفل . **وهناك ثلاث فئات عامة من المقابلات :** الشخصية، والعادية، والبحثية، ويستخدم معلم التربية الخاصة في غالب الأحيان المقابلة العادية بنوعيها **"المقابلة الأولية "**الخاصة بمراجعة البيانات الشخصية الأولية ومشكلة الطفل أو التلميذ **ومقابلة" دراسة الحالة "**يحصل فيها على معلومات البحث عن المشكلة وسببها أو التنبؤات المتعلقة بالجانب النمائي أو التاريخي **وتهدف عملية دراسة الحالة إلى** : تزويد معلم صعوبات التعلم – على سبيل المثال – بمعلومات جديدة عن مراحل الطفل النمائية،بما في ذلك النمو الحركي،واللغوي ومهارات الحياة اليومية،وسلوك الطفل،وغيرها، **وتشتمل دراسة الحالة على المجالات الآتية:** -1حالة الطفل الصحية. ٢ -وضعه الاجتماعي والأسري .٣- حالته الزمنية والاضطرابات الانفعالية والسلوكية ٤ -أنشطته الحالية. ٥- نموه التربوي ٦- نمو الاجتماعي والشخص ٧- وضعه المادي.
الاختبارات	معظم التقييمات تعتمد على الاختبارات،وهى تمثل جزءا مهماً من عملية التقييم **ربما يجدوا المعلومات الأساسية مفيدة من حيث :** ١ -**فهم بعض التناقضات التي تحيط بالاختبارات**، القواعد التي تحتاجها المدارس وتوضع في الاعتبار عند استخدام مقاييس معيارية ٢ -**تحديد مصادر المعلومات حول الاختبارات المتاحة وما هي الاختبارات البديلة المتوفرة .** الاختبارات ربما تمثل معنى تطور القياس النفسي، والقياس الرسمي يشيع تحت مسمى **الاختبارات المعيارية** عكس الاختبارات غير الرسمية فإن الاختبارات المعيارية بها تفاصيل إجراءات التطبيق والتناول، الزمن، وحساب الدرجات. ويوجد تنوع كبير للاختبارات المتاحة لتقييم المهارات المختلفة. ٣ -**مصادر أخرى للمعلومات منها:** **السجلات المدرسية :** تعد السجلات المدرسية مصدراً غنيا للمعلومات عن الطفل أو التلميذ وما يحيط به من خلفية صحية،أكاديمية،ثقافية أسرية.. الخ، عدد مرات تغيير المدرسة ربما يكون أمراً مهماً،فتكرار تغيير المدرسة لسبب من الأسباب عاملاً من عوامل الاضطرابات الانفعالية والأكاديمية، وربما تكون سبب في المشكلات التي تحدث للطفل في بداية التحويل لعملية التقييم

خطوات تقييم الأطفال غير العاديين:

التعرف	هو إجراء يهدف إلى تحديد الأطفال الذين قد يحتاجون إلى خدمات مدرسية داعمة إضافية بسبب وجود مؤشرات غير مطمئنة حول نموهم وتعلمهم **وقد يغطي الفرز** : الوضع الصحي العام للطفل وقدراته الحسية وقدراته التعليمية ويتم الكشف باستخدام اختبارات وأدوات خاصة متنوعة، وإذا بينت المعلومات التي تم جمعها أن لدى الطفل مشكلات أو صعوبات معينة، فلا يعني ذلك أنه سيتم تحويله تلقائياً إلى خدمات التربية الخاصة، ولكن ذلك يعني ضرورة اتخاذ قرار بشأن إمكانية وكيفية مساعدة الطفل في الصف العادي **ويطلق على هذه الخطوة اسم** : التدخل قبل الإحالة **ويقوم فريق أو لجنة من المعلمين في المدرسة بهذا التدخل ويسمي هذا الفريق** : بفريق مساندة المعلم أو فريق مساندة الدمج **لأن هدفه هو** : تنفيذ الإجراءات الممكنة لتعليم الطفل في الصف العادي قبل إحالته إلى الجهات المتخصصة لتحديد أهليته للتربية الخاص
الإحالة	تعتبر الإحالة هي المرحلة الثانية من مراحل التقييم وهي من أكثر الطرق شيوعاً لوضع التلميذ في دائرة الانتباه والاهتمام من قبل العاملين في المدرسة الذين يقومون بإجراءات التقييم فبعض التلاميذ قد يأتون إلى رياض الأطفال ولديهم مشكلات واضحة، ولهذا يتم تحويلهم والتعرف على مشكلته من البداية ولكن في أغلب الأحيان يقوم معلموا الفصول بتحويل التلاميذ بعد أن يكتشفوا أن أدائهم الصفي ليس مرضياً . كي يعني بالتحويل توجيه الانتباه إلى احتمالية وجود حاجات تربوية غير عادية ذوي احتياجات خاصة مما يقتضي القيام بإجراءات بحث وتقييم إضافي غير نماذج التحويل من خلال إدارة المدرسة إلى أخصائي التربية الخاصة
التشخيص	تعتبر هذه المرحلة من أهم مراحل **التقييم ويرجع ذلك إلى** احتوائها على مجموعة من العمليات التي تساعد في إجراءات التشخيص **ويهدف التشخيص إلى** : تحديد العامل أو العوامل المسئولة عن نقص كفاية التلميذ التعليمية، كما يتضمن التشخيص ملاحظة ووصف سلوك الطفل في ضوء ما يستطيع وما لا يستطيع عمله وما هو نوع الأخطاء التي يقع فيها في المادة أو المواد التي يعاني من صعوبة فيها، **وذلك باستخدام** : وسائل التشخيص المختلفة. والقائمون بالتشخيص هم أولياء الأمور والوالدين ومعلم المادة والأخصائي النفسي ومعلم التربية الخاصة والطبيب.

فوائد الدمج:

أ) **فوائد الدمج للطفل المعاق** : الشعور بالثقة في النفس، ويشعره بقيمته في الحياة ويتقبل إعاقته، ويدرك قدراته وإمكاناته في وقت مبكر

ب) **فوائد الدمج للأطفال العاديين** : تغير اتجاهات الطفل العادي نحو الطفل ، يساعد الطفل العادي على أن يتعود على تقبل الطفل المعاق

ت) **فوائد الدمج للآباء** : يشعر الآباء بعدم عزل الطفل المعاق عن المجتمع، كما أنهم يتعلمون طرقا جديدة لتعليم الطفل

سياسة الدمج في المملكة العربية السعودية:

إن سياسة الدمج في المملكة العربية السعودية تتم بطريقتين يمكن إيجازها بالتالي:

الطريقة الأولى : الدمج الجزئي، والذي يتم من خلال الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية.

الطريقة الثانية : الدمج الكلي، ويتم من خلال غرفة المصادر وبرامج المتابعة في التربية الخاصة أو برامج المعلم المتجول

كما وصفت انتصار إبراهيم، ٢٠٠٢ م سياسة الدمج في المملكة العربية السعودية بقولها:

"نشطت فكرة دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية على الأسس التالية:

-إنشاء فصول للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدارس العادية على ضوء إستراتيجية التربية الخاصة.

-إتباع المستحدثات العالمية في التربية الخاصة ؛ مثل:تنوع المصادر التعليمية وتدريب المعلمين.

-معرفة نوع الإعاقة وتحديد درجتها، وتقوم المعاهد الخاصة بتعليمهم .

المحاضرة الرابعة عشرة

الأسر: الأدوار والصعوبات واستراتيجيات الدعم

فالإعاقة غالبا ما تنطوي على صعوبات نفسية ومادية وطبي واجتماعية وتربوية.ورغم أن كل أسر لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة،ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية التي بحثت في هذا الموضوع انتهت إلى نتائج مختلفة.

لكن هناك مجموع من ردود الأفعال العاطفية العامة التي يتوقع أن تحدث لدى معظم الآباء والأمهات بدرجة أو بأخرى ومنها :

١- إن الإعاقة تفرض على الوالدين تغيرات مهمة في مجرى حياتهما وهي قد تقود إلى شعور بالحزن قد يختفي أحيانا ولكنه قد يعود فيظهر مجددا.

٢- إن الإعاقة شيء غير متوقع فكل أب وأم في الدنيا ينتظران طفلا عاديا لا بل قد مثاليا ولذلك فليس غريبا أن تمثل إعاقة الطفل صفعة قوية للآمال.

٣- إنها تحدث ردود فعل نفسية قد تكون شديدة وما ينبغي التأكيد عليه هنا هو أن مثل هذا الأمر طبيعي،

دور الأسرة في برامج التدخل المبكر :

لن يتحقق دون تطوير علاقات تشاركيه مع أولياء الأمور ولكن مشاركة أولياء الأمور المؤثرة والإيجابية في التخطيط للخدمات وفي اتخاذ القرارات.

و تتطلب قيام الأخصائيين : بتعديل اتجاهاتهم – وبإعادة النظر والتفكير بعلاقاتهم مع الأسر

والسبب وراء ذلك هو: أن الأخصائيين سواء منهم الذين يعملون في الحقول الطبية أو غيرها من الحقول لم يتعودوا العمل في ظروف يقومون فيها ببناء علاقات عمل تشاركيه مع المستفيدين من الخدمات بل هم يعملون .وبالتالي لديهم القدرة على اتخاذ القرارات.

الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر :

أ) **بالنسبة للطفل:**ازدياد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل. تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل وتعميم الاستجابات التي يتعلمها الطفل في المدرسة

ب) **بالنسبة للآباء :** مشاركة الآباء في البرنامج التربوي العلاجي. اكتساب المهارات اللازمة. يصبحوا أكثر تفهما لحاجات طفلهم. تقديم مقترحات مفيدة حول سبل التغلب على التحديات اليومية. تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم المختلفة.

ت) **بالنسبة للأخصائيين :** تفهم أكبر لحاجاته وحاجات أسرته من قبل الأخصائيين . بحصول الأخصائيين على تغذية راجعة و فرص نجاح جهودهم

دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة :

الكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطا نمائية غير طبيعية بغية تزويدهم بالخدمات الطبية والنفسية التربوية في أسرع وقت ممكن.

وينوه الباحثون أن الآباء هم أفضل من يستطيع القيام بالكشف المبكر عن المظاهر النمائية

ومن المؤكد أن قيام الآباء أنفسهم بالكشف الدوري عن القدرات الحسية والعقلية والحركية واللغوية لأطفالهم أكثر فاعلية من البرامج الكشفية

دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة :

ربما يكون المحرك الأساسي لتزايد الاهتمام بأسر الأطفال المعوقين في العقود القليلة الماضية : هو إدراك الأخصائيين لأهمية الدور الذي يمكن للأسرة أن تلعبه في الوقاية من الإعاقة وفي رعاية الأطفال المعوقين وتربيتهم.

إن الأسرة يمكن أن تلعب دورا رئيسيا في وقاية أبنائها من : خلال التعرف على العوامل المسببة للإعاقة – ومن خلال الوعي والمحافظة على سلامة الأطفال وصحتهم سواء قبل الولادة أو بعدها وتستطيع الأسرة أن تمنع حدوث الإعاقة لدى أفرادها **وتلك وقاية أولية**

ومن خلال الكشف المبكر عن حالة الضعف أو العجز **وتلك وقاية ثانوية.**

ومن خلال تبني الاتجاهات الواقعية وتلقي التدريب المناسب **وتلك وقاية ثلاثية.**

استراتيجيات دعم الأسرة :

يمكن للوالدين الحصول على الدعم من زوايا متعددة في مراكز التدخل المبكر من خلال التعرف على النظام التربوي والتدريبي الجديد بالنسبة لهم نظرا لأنهم يحتاجون معلومات حول تكيف الطفل في المركز والمواصلات والخدمات التي يمكن تقديمها،وهل هذا المركز يتبنى فكرة الدمج أم العزل **وقد يشعر الوالدين من ضعف تفهم المعلمة لحاجات طفلهم ورعايته بشكل فعال. ومن هنا على المعلمة أن** : تبنى جسور الثقة بينها وبين الوالدين فيما يخص طفلهم– ومعرفة خصائص الطفل ومساعدته على ضوء ذلك ومشاركتهم في برنامجه التربوي وتحسين التواصل مع الوالدين وأعضاء المركز.

تأثير الإعاقة على الأسرة :

– متطلبات الرعاية المستمرة للطفل المعوق

– عدم توفر الفرص الكافية للتفاعل الاجتماعي بسبب حاجة الطفل إلى العناية وصعوبة الحصول على المساعدة لتلبية تلك الحاجة الهامة

– وكذلك لأن اصطحاب الطفل خارج المنزل قد يكون بحد ذاته مصدر ضغط وتوتر،

– كذلك البديل التربوي المتاح لتعليم الطفل المعوق فتدريسه في مدرسة عادية إذا كانت الظروف المحلية مهيأة لذلك يرافقه تخوف على الطفل من الرفض والعزل ، وتدريسه في مدرسة خاصة للمعوقين ليس أكثر سهولة لما قد ينطوي عليه من صعوبات مختلفة.

استراتيجيات الدعم :

الدعم المتواصل: فريق يقدم الدعم المعنوي والمادي لمدة السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل،**فالمعالج الطبيعي** : يساعد في التغلب على المشكلات الحركية **وأخصائي العلاج النطقي** : يقدم العلاج والنصح فيما يتعلق بالمشكلات المرتبطة بالكلام، **وطبيب الأطفال** : يراقب الوضع الصحي للطفل . **ويجب أن تتوفر**: مراكز يلجأ إليها الوالدين في ظروف طارئة أو عادية تخص طفلهما. لكن كثيرا ما لا تتوافر الكوادر المتخصصة في أماكن كثيرة، **كذلك هناك مصدر مهم للدعم وهو** : الدعم المتبادل بين الأسر، وكذلك نجاح الأخصائي الذي يعمل مع الأسرة وليس بمعزل عنها. ولابد من الشراكة في العمل مع الطفل لتنفيذ البرامج للأطفال.

المجموعات الداعمة: تأخذ مجموعات الدعم أشكال عديدة ولكنها غالبا ما ترتبط يبعضها البعض بروابط قوية،وهي تتكون في معظم الحالات من الآباء في شكل جمعيات لأولياء الأمور

تهدف إلى : تقديم الدعم والإرشاد والمساعدة العملية

فهي تسعى إلى : الدفاع عن حقوق المعوقين وأسرهم.

كذلك المرشدون الأسريون يعملون على : التواصل بين الأسر الأخرى ليدعموا بعضهم بعضا – ويتبادلوا الخبرات –ويتفهموا الحاجات والأدوار الإيجابية للأسرة ككل،

والخلاصة : أن تكاتف الناس وتعاضدهم هو المساندة الحقيقة بجانب التعاون مع مقدمي الرعاية وواضعي القوانين والتشريعات.

تـــم بحمد الله

لاتنسوني من الدعـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــاء

ambition