



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



شعبة علم النفس

أما لي خاصة بمادة الاضطرابات الحسية الحركية و الأداةية موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

إعداد الدكتورة: نادية بلعباس

السنة الجامعية:

2022/2021

الفهرس المحتويات:

الفهرس:

المحاضرة الأولى: الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة:



1- مفهوم الإعاقة.

2- أسباب الإعاقة.

3- آثار الإعاقة على الفرد.

4- تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة.

5- تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة.

6- حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة.

7- حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة.

المحاضرة الثانية: النمو الحس حركي:

1- تعريف النمو.

2- خصائص النمو.

3- مظاهر النمو.

4- تغيرات الأعضاء الداخلية.

5- علاج اضطراب النمو الحس حركي.

المحاضرة الثالثة: الإعاقة الحسية:

1- تعريف الإعاقة.

2- الإعاقة الحسية.

3- أنماط الإعاقة الحسية.

4- الإعاقة البصرية.

5- الإعاقة السمعية.

6- الإعاقة البصرية السمعية.

7- إستراتيجيات التدخل.

المحاضرة الرابعة: الإعاقة الحركية:

1- تعريف الإعاقة الحركية.

2- التأزر أو تناسق الاداء الحركي للجسم.

3- من هو المعوق حركيا؟



4- أسباب الإعاقة الحركية.

5- الإعاقة والأطفال.

6- أهم الإعاقات التكوينية.

7- خصائص الإعاقة الحركية.

8- تصنيفات الإعاقة الحركية.

9- حاجات المعاق حركيا.

المحاضرة الخامسة: الإعاقة الذهنية:

1- تعريف الإعاقة الذهنية.

2- تاريخ الإعاقة الذهنية.

3- خصائص المعاقين ذهنيا.

4- تصنيف الإعاقة الذهنية.

5- أسباب الإعاقة الذهنية.

6- التشخيص.

7- العلاج من الإعاقة الذهنية.

8- الوقاية من الإعاقة الذهنية.

المحاضرة السادسة: اضطراب تشتت الانتباه:

1- تعريف اضطراب تشتت الانتباه.

2- نظرة تاريخية عن الاضطراب.

3- أسباب اضطراب تشتت الانتباه.

4- عوامل مشتتة للانتباه.

5- مضاعفات تشتت الانتباه.

6- أعراض تشتت الانتباه.

7- تشخيص الاضطرابات تشتت الانتباه.

8- علاج اضطراب تشتت الانتباه.

المحاضرة السابعة: فرط النشاط الحركي الزائد:

1- تعريف: اضطراب فرط النشاط الحركي.

2- مدى انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

- 3- أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- 4- أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- 5- تشخيص اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط.
- 6- أساليب العلاج.

المحاضرة الثامنة: اضطراب التوجه الزمني والمكاني:



- 1- التوجه الزمني.
- 2- أسباب اضطراب التوجيه الزمني.
- 3- تعريف التوجه الفضائي.
- 4- أعراض اضطرابات التوجه الفضائي.
- 5- كيفية إدراك المفاهيم الفضائية.
- 6- علاقة التوجه بعسر القراءة.

المحاضرة التاسعة: اضطراب الصورة الجسمية:

- 1- تعريف صورة الجسد.
- 2- مكونات صورة الجسد.
- 3- اضطراب الصورة الجسمية.
- 4- النمو الجسدي في مرحلة المراهقة.
- 5- تأثير صورة الجسد على نواحي النمو الأخرى عند المراهقين.
- 6- أثر التغيرات الجسمية أثناء البلوغ في السلوك.
- 7- فكرة المراهق أو المراهقة عن جسده.
- 8- أسباب كره المراهق لجسده.

المحاضرة العاشرة: اضطرابات الجانبية:

- 1- مفهوم الاضطراب.
- 2- أسباب الاضطرابات (النفسية والعقلية).
- 3- مفهوم الجانبية.
- 4- مراحل بناء الجانبية.
- 5- وظائف جانبي المخ.
- 6- الاضطرابات الجانبية.

المحاضرة الحادية عشر: اضطرابات الحسية الحركية لدى المصابين بلزمة داون:



- 1- اضطراب متلازمة الداون.
- 2- نبذة تاريخية عن متلازمة الداون.
- 3- المظاهر الإكلينيكية لمتلازمة داون.
- 4- اضطرابات لدى متلازمة الداون.
- 5- المشكلات الصحية لدى متلازمة الداون.
- 6- خصائص وعلاج الاضطراب.
- 7- تدبير علاج ووقاية

المحاضرة الثانية عشر: عسر القراءة:

- 1- تعريف مهارة القراءة.
- 2- تعريف عسر القراءة. (DYSLEXIA)
- 3- أعراض الصعوبة في القراءة.
- 4- مظاهر الصعوبات الخاصة بالقراءة.
- 5- العوامل المسببة لعسر القراءة.
- 6- تشخيص عسر القراءة.
- 7- علاج صعوبات تعلم القراءة.

المحاضرة الثالثة عشر: عسر الحساب Dyscalculie

- 1- الحساب.
- 2- صعوبات الحساب النمائية (عسر الحساب).
- 3- انتشار صعوبات الحساب النمائية.
- 4- الأطر النظرية المفسرة لصعوبات الحساب النمائية.

المحاضرة الرابعة عشر: الاختبارات الخاصة بالجانب الحس حركي:

- 1- تعريف الاختبار النفسي.
- 2- تعريف الإدراك الحسي - الحركي.
- 3- مقياس دايتون.
- 4- مقياس هايود.

قائمة المصادر والمراجع:

1- مفهوم الإعاقة:

تعريف معجم الطب النفسي: الإعاقة أو العجز نقص في الأداء الوظيفي البدني أو العقلي، ويطلق على فئة المعاقين أصحاب الاحتياجات الخاصة لما تتضمن الكلمة من إيحاء بوصمة الإعاقة (الشرييني: 2006، 71).
يعرف قاموس الخدمة الاجتماعية الإعاقة بأنها: نقص بدني أو عقلي، يمنع أو يحد من قدرة الفرد على أن يؤدي وظائفه كالأخرين (يماني: 2020، 360).

تعريفات أخرى:

جاء في ميثاق الثمانينيات من القرن العشرين تعريف الإعاقة ينص على ما يلي: "هو حالة تحد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف الأساسية لحياتنا اليومية، من قبيل العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية، وذلك ضمن الحدود التي تعد طبيعية، وقد تنشأ الإعاقة بسبب خلل جسدي أو عصبي أو عقلي ذي طبيعة فزيولوجية أو نفسية تتعلق بالتركيب البنائي للجسم (غسان: 2008، 24).
تعريف إجرائي: قصور أو محدودية المشاركة في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية أو أداء الدور الطبيعي للفرد.

2- أسباب الإعاقة:

تشير دراسات هيئة الأمم المتحدة أن الإعاقة ترجع في مجملها إلى مجموعة من الأسباب الوراثية أو المرضية أو أسباب تتعلق بالحوادث أو الإصابات والظروف الاجتماعية الثقافية الأخرى، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن (70%) من الإعاقات ترجع لإصابات الولادة أو لأسباب مرضية أو الحوادث وسوء التغذية.
أولا/ الأسباب الوراثية: تعتبر من الأسباب الرئيسة التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات حيث أن الصفة الوراثية سائدة لدى أحد الوالدين يحتمل ظهورها لدى الطفل بواقع (3:1) وقد تكون صفة متنحية يحملها كلا الوالدين وهما قادران على توريثها للطفل، ومما يجدر ذكره هنا إلى ارتفاع العوامل الوراثية المسببة لبعض الإعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج، وتعتبر الاضطرابات الكروموسومية أيضا من العوامل الوراثية المسببة لحدوث الإعاقة وكذلك الاضطرابات في عملية التمثيل الغذائي والأبيض.

ثانيا / أسباب أثناء الولادة:

- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة يؤدي إلى الوفاة، أو الإصابة بإحدى الإعاقات وذلك لعدم وصول الأوكسجين إلى خلايا الدماغ عند المولود مما يؤدي إلى تلفها.
- الصدمات الجسدية التي تحدث للجنين خصوصا في منطقة الدماغ الذي يؤدي إلى إصابة خلايا الدماغ، وسببها خطأ طبي.

- الالتهابات المختلفة التي يصاب بها الطفل والناجمة عن استخدام أدوات في جو ملوث مما يشكل خطر على المولود مثل الموت أو الإعاقة.

ثالثاً/ أسباب ما بعد الولادة:

- سوء التغذية للطفل والذي يؤدي إلى شكل من أشكال الإعاقة.
- الحوادث والصدمات وخاصة التي تحدث في الرأس.
- الأمراض والالتهابات وخاصة التي يصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة مما يؤدي إلى الإصابة بالسحايا وخاصة في السنوات الثلاث الأولى من العمر.
- إصابات شبكة العين مما يؤدي إلى إعاقة بصرية.
- إصابة طلبة الأذن أو زيادة المادة الصمغية قد تسببان الإعاقة السمعية.

3- آثار الإعاقة على الفرد:

تكشف البحوث على تفاوت أشكالها ونتائجها عن عدد غير قليل من الآثار عن وجود الإعاقة عند الفرد وتشير هذه البحوث في الوقت نفسه إلى الكثير من التداخل والتفاعل بين هذه الآثار، فإذا وقفنا عند ما يغلب حدوثه منها، وعند الصفة الغالبة في كل أمكن وضع أهمها في الآثار التالية: آثار نفسية وانفعالية، وآثار اجتماعية وتربوية (الشريبي وبيمان، مرجع سابق، 33-36).

1. الآثار النفسية والانفعالية: إن أول ما ينجم من أثر الإعاقة على الفرد المعوق. وهو شعوره بوجود قيد يحد من حرية التصرف لديه ويستمر معه أكان هذا القيد فقداناً للسمع أم نقصاً فيه أم فقداناً للبصر أم ضعفاً فيه أم نقصاً في القدرات العقلية أم في الجهاز الجسمي العظمي أم العضلي أو العصبي، وبالتالي لا يستطيع فعل ما يريد وما يرغب فيه، فهناك فعاليات كثيرة تمنعه الإعاقة من المشاركة فيها، وهناك مدرسة لا يستطيع الاستفادة من خبراتها، كما أنه يشعر بعدم الثقة وعدم اليقين بما ينجزه وكذلك شعوره بأنه مراقب من طرف الآخرين مما يجعله قلقاً متوتراً، وكل هذا يتدخل في تكوين صورة الذات لديه.

ومن الناحية الانفعالية: تبدو في عدم الاستقرار الانفعالي فتظهر في الاندفاعات الكثيرة والرغبة في الإشباع المباشر والسريع للحاجات.

2. الآثار الاجتماعية: تفرض الإعاقة بأي شكل كانت نوعاً من القيد يمنع المعوق من ممارسة النشاطات الاجتماعية وتفرض نوعاً من العزلة التي قد لا يرغب بها المعوق، ولكنه يساق إليها كراهية، فالأصم فقد القدرة على السمع لا يستطيع التواصل الاجتماعي لأنه يفتقر للغة المألوفة المنطوقة ومن هنا الطفل يؤثر العزلة على المشاركة ويؤثر الانسحاب على الإقدام والتفاعل وكذلك الكفيف لا يستطيع التواصل الاجتماعي بصورة اعتيادية وكذلك الأمر

بالنسبة للمتخلفين عقليا، فقد أظهرت دراسة كيرك وجونسون السوسيوومترية التي شملت عينة من الأطفال العاديين والمتخلفين عقليا بمدارس المرحلة الأولى بلغ عددها 689 طفلا ما يلي:

1- إن ثلثي الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يتصفون بأنهم معزولون، في حين أن نسبة المعزولين عن الجماعة بين العاديين تبلغ نصف ما بلغته بين المتخلفين عقليا.

2- بلغت نسبة الأطفال الذين ترفضهم الجماعة من بين المتخلفين عقليا 36,15% في حين بلغت تلك النسبة بين الأطفال العاديين 4,4%. وهذه النتائج تظهر عند الأطفال المعوقين عقليا يعنون من العزلة جراء نقص أداءاتهم العقلية والاجتماعية بما يتفق والعزلة المضروبة على بقية الفئات. ومنه نستطيع القول أن الآثار النفسية والانفعالية متلازمة مع الآثار الاجتماعية الواحدة تلوى الأخرى.

4- تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة:

هناك العديد من التعريفات التي تناولت المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، وقد اختلف الباحثون في الزوايا التي تناولوا منها معنى الإعاقة وذو الاحتياجات حسب تخصصاتهم فمنهم من تناولها من زاوية جسمية وحسية واهتم بالجوانب الطبية وهناك من نظر إليها من وجهة نظر شاملة للجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية.

ومن أهم التعاريف التي تطرقت لذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي:

يعرف كيرك الفرد ذو الحاجات الخاصة بأنه الفرد الذي يعاني من قصور في جانب أو أكثر من جوانب النمو، وكذلك الفرد الذي يمتلك قدرات عالية أو استثنائية، وينظر إليه على أنه الفرد الذي يختلف عن الفرد العادي أو المتوسط بدرجة يحتاج عنها إلى تعديل في الخبرات أو الممارسات التربوية لتنمية قدراته الخاصة واستعداداته. يعرف مصطفى نصرأوي الطفل ذو الحاجات الخاصة بأنه الشخص الذي ليست لديه مقدرة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة أساسية للحياة العادية نتيجة إصابة وظائفه الجسمية أو العقلية أو الحركية، إصابة ولادية أو لحقت به بعد الولادة (محمد عباس يوسف: 2003، 12).

تعاريف أخرى:

يعتبر الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم الذين يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على التعلم أو اكتساب خبرات أو مهارات وأداء أعمال يقوم بها الفرد العادي السليم المماثل لهم في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية (مصعب سلمان، أحمد سامراني: ب س، 4).

ويشير مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن المتوسط العام لأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماما خاصة من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم ودفع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الملائمة لهم.

5- تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة:

يواجه التصنيف الدولي للإعاقات الكثير من النقد بسبب إفراطه في التركيز على المنظور المرضي في تحديد العجز وإهماله الواضح لتلك الظروف البيئية المحيطة المؤثرة في تشكيل الإعاقة.

ويقسم الخطيب والحديدي فئات ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ثمانية وهي كالتالي: (مصعب، مرجع سابق، 142-143).

الإعاقة العقلية: هي انخفاض ملحوظ في الذكاء والسلوك التكيفي، واعتمادا على مستوى تحسين الذكاء عن المتوسط.

صعوبات التعلم: اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكلوجية الأساسية اللازمة لفهم اللغة واستخدامها، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة أو الحساب.

اضطراب السلوك: اختلاف السلوك الانفعالي أو الاجتماعي اختلافا جوهريا عما يعتبر سلوكا طبيعيا مثل، الانسحاب، والعدوان، وعدم التكيف، والافتقار إلى النضج، والجنوح، واضطرابات الشخصية.

الإعاقة الجسمية: هي أنواع مختلفة من العجز أو الاضطراب الجسدي أو الحسي أو الصحي مما يحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه بشكل طبيعي أو التحمل الجسدي أو القدرة على التنقل بشكل مستقل.

الإعاقة البصرية: فقدان البصر الكلي (العمى) أو الجزئي (الضعف البصري)، مما يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة البصر بشكل وظيفي في التعلم والأداء في الحياة اليومية.

الإعاقة السمعية: فقدان السمع الكلي (الصمم) أو الجزئي (الضعف السمعي)، مما يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع في التعلم واللغة والتواصل مع الآخرين.

الاضطرابات الكلامية واللغوية: أخطاء أو عجز في الكلام أو اللغة مما يحد من قدرة الشخص على التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي.

الموهبة والتفوق: قدرات مميزة في الأداء العقلي أو التحصيل أو القيادة الاجتماعية أو الإبداع والتميز في الفنون الإبداعية والبصرية وغيرها مما يتطلب توفير برامج وخدمات لا توفرها المدارس التقليدية.

6- حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة:

1. الحاجة إلى الانتماء:

- الإيحاء إلى الطفل أنه في وسعه أن ينتمي لأسرة تحبه وتحنو عليه.
- وأن في مقدوره أن يدرس في فصل عادي حسب قدراته الفعلية ودافعية الإنجاز لديه لأنه ليس للإعاقة دخل في تحصيله الدراسي.

- وأن في إمكانه بعد التخرج الالتحاق بمهنة لا تختلف عن مهن العاديين.

- وأن في إمكانه أن يتزوج ويكون أسرة ويعيش بين الناس معيشة اجتماعية طبيعية.

2. الحاجة إلى الإنجاز:

- توجيه المعاق جسميا إلى أن في وسعه الإنجاز في المجال العقلي المعرفي (إلى المدى الذي تسمح به قدراته).

- وفي المجال الاجتماعي (إلى المدى الذي تسمح به سمات شخصيته).

3. الحاجة إلى تحقيق الذات:

- ويقصد بها أن يستغل قدراته العقلية المعرفية والدافعية والوجدانية والجسمية والاجتماعية في عمل مفيد له وللاخرين، أي نشجعه على العمل العلمي والفني المتميز حسب حالته، وأن تكون له هواية خاصة.

- الحاجة إلى الأمن: ويشمل:

* الأمن الجسمي: أن بإمكانه التغلب على العجز بالحد الأدنى من مساعدة الآخرين.

* والأمن النفسي: ويقصد به منع المعاق جسميا من الشك في قدراته.

* والأمن الاجتماعي: يجعله لا يدخل في مناقشة الآخرين في مواقف يكون عاجزا عن التنبؤ بالطريقة التي

سوف يستجيب بها الآخرون تجاهه، وأن تكون طموحاته في مستوى قدراته (مصعب، مرجع سابق، 27-28).

7- حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة:

بغض النظر عن نوع وسبب الإعاقة التي تسببت في تصنيف بعض الأشخاص ذوي احتياجات خاصة، فإن ذلك لا يقلل من قدرتهم أبدا، على العكس تماما، فجميع البشر اتفقوا على أن أصحاب الاحتياجات الخاصة هم طبقة مميزة عن جميع المجتمعات، وأن لهم الحق في عيش حياة كريمة لا تقل أبدا عن الأشخاص الطبيعيين. تم كفالة حقوقهم في الدستور والقانون لدى المجتمعات المختلفة وتتابع المنظمات المختصة جميع شؤونهم باستمرار وعن قرب وقد تم الاتفاق على توفير تعليم جيد ومناسب لظروفهم يمنحهم الحق في التعليم بداية من المرحلة الابتدائية وحتى مراحل التعليم الجامعي، ومن ضمن حقوقهم التزام المجتمعات بنشر الوعي بين جميع الأفراد داخل المجتمع حول هؤلاء الأشخاص والمناداة بالمساواة بين جميع الأفراد في المجتمع وكذا مساعدتهم بالاندماج مع المجتمع لتسهيل لهم التأهيل وتوفير فرص عمل مناسبة تضمن لهم حياة كريمة.

خلاصة:

وعليه وجب مساعدة الشخص المعاق أو ذي احتياج خاص على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والوصول إلى أقصى درجة من التوافق الشخصي وتطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات ومساعدته على التوافق الاجتماعي والمهني وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة وتوجيهه للاختيار المهني السليم.

المحاضرة الثانية: النمو الحس حركي

تمهيد: يحظى علم النفس النمو باهتمام كبير بين علماء النفس المعاصرين، أكثر مما تحظى فروع علم النفس الأخرى، والجزء الأكبر من هذا الاهتمام يتركز على مرحلة الطفولة، ذلك لما لهذه المرحلة من أهمية في تشكيل معالم شخصية الفرد التي ستبقى معه طول العمر.

ودراسة النمو الإنساني بشتى فروعه وأبعاده (الجسمية والمعرفية والاجتماعية...) مهم بالنسبة للمختصين في علم النفس بمختلف تخصصاتهم، ومفيد للمربين والمعلمين والآباء والأمهات، وكذا لكل فرد وللمجتمع بصفة عامة. وتختلف تقسيمات هذه المراحل باختلاف أهداف الباحث وميدان دراسته، ورغم ذلك يقسم العلماء النمو الإنساني إلى مراحل لغرض تسهيل الدراسة، وهناك عدة تقسيمات أكثرها استعمالاً تقسيم الإحدى عشر من قبل الميلاد إلى الشيخوخة ولكن ما نحن اليوم بصدد معرفته هواليس المراحل وإنما النمو الحس حركي. فما هو هذا النمو وما هي الاضطرابات التابعة له وكيف نستطيع معالجتها؟

1- تعريف النمو

تعددت تعريفات النمو وتداخلت مع تعريفات أخرى، وخصوصاً النضج مما أدى إلى استخدامها بمعنى واحد (كرامة أحمد: 2014، 8)

النمو هو التغيرات التقدمية في الشكل والتنظيم، وأنماط سلوك الكائن الحي من المولد وحتى الممات. النمو هو تلك التغيرات الإنشائية البنائية، التي تسير بالكائن الحي إلى الأمام حتى ينضج. النمو سلسلة متتابعة متماسكة من التغيرات، تستهدف غاية واحدة هي اكتمال النضج ومدى استمراره وبدء انحداره.

النمو هو الزيادة الإضافية في مقدار الخاصية السلوكية، وهو يختلف عن الارتقاء الذي يرتبط بالعمر الزمني سواء كان تقدماً أم تدهوراً.

وبناء على السابقة، يمكن تحديد النمو وتعريفه بأنه سلسلة منظمة من التغيرات البنائية والإنشائية المستمرة والتي تستهدف اكتمال تحقيق النضج.

والنمو سلسلة متصلة الحلقات من التغيرات التي تتوقف فيها كل مرحلة من مراحل اللاحقة بها، وتبدأ سلسلة من اللحظة التي تلحق فيها البويضة في رحم أمه، وتستمر حتى أرذل العمر، وتظهر هذه المراحل في بعد واحد هو الزمن (المرحلة الجنينية - الطفولة - المراهقة - الرشد - الشيخوخة وأرذل العمر).

2- خصائص النمو.

- الكلية والاستمرارية: تسود الكلية عملية النمو في جميع مكونات الكائن الحي الجسمية والعقلية والنفسية والانفعالية، وتتسم هذه السيادة بالاستمرار والاتصال بين جميع المكونات والأجهزة في آن واحد دون توقف.

- الفردية: لكل فرد معدل نمو خاص به يختلف عن معدل النمو في فرد آخر.
- التدرج والتداخل: النمو سلسلة متتابعة ومتدرجة ومتداخلة من التغيرات التي تحدث في مكونات وأجهزة الإنسان وسلوكه.
- مسيرة النمو: يسير النمو في اتساق وفق مبادئ العام والخاص، ومن الكليات إلى الجزئيات ومن المجمل إلى المفصل، ويتحقق بالتأثير ويتميز بالقابلية للتعديل في بعض أنماط السلوك.
- اختلاف معدل السرعة: النمو عملية لا تسير بمعدل سرعة واحدة سواء في المراحل التكوينية العضوية أو في مظاهر السلوك ووظائفه.
- الاتجاه الطولي والاتجاه المستعرض: يسير النمو داخل الجسم في اتجاه طولي واتجاه عرضي، وهما اتجاهين متداخلين ومحددتين.
- التميز المرحلي للنمو: لكل مرحلة من مراحل النمو سماتها المميزة فبينما تتميز مرحلة الطفولة بسمة التحكم العضلي، بينما تسود مرحلة الشيخوخة سمة التكيف التدهور الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

3- مظاهر النمو:

- زيادة الطول: طول الطفل عند الولادة حوالي 19 إلى 20 إنش، يزداد طوله في عاميه الأولين بسرعة كبيرة ويتباطأ بعدها ليتسارع مجدداً بدءاً من العام 7 حتى 10 ليعود إلى التباطؤ بين عاميه العاشر والثاني عشر
- زيادة الوزن: يولد الطفل بوزن بين 5 و9 باوند.
- خصائص الجسم:
 1. استمرار حجم الرأس بالازدياد.
 2. تغير شكل عظام الوجه وتختفي ملامح الطفولة.
 3. تغير شكل الأنف.
 4. ازدياد طول الجذع والساقين والذراعين.
 5. نمو الأسنان.
- تطور الجهاز العصبي: يزداد عدد الخلايا العصبية وأهم أجزاء الجهاز العصبي هو الدماغ الذي ينمو بسرعة حتى عمر 4 سنوات ويتباطأ بعدها حتى عمر 9 ليصل حجمه النهائي بعمر 16 سنة.

4- تغيرات الأعضاء الداخلية:

1) النمو النفسي: نظرية التطور النفسي من مظاهرها:

- الثقة وانعدامها.
- الاستقلالية مقابل الشك.

- مبادر مقابل مذنب.
 - الإنتاجية مقابل الدونية.
 - تحديد الهوية مقابل الضياع.
 - الألفة مقابل العزلة.
 - قصور هرمون النمو.
- (2) النمو عند بياجيه:**

يتطور الإنسان من بداية تكوينه وحتى مماته ويتغير جسديا وعقليا وفي ذلك يمر بمراحل، وفي هذا الصدد نجد العالم بياجيه الذي أسس نظرية النمو المعرفي حيث يقيس القدرات وما يتعلق بالذكاء الذي يتغير مع التقدم في العمر وتهتم النظرية بتفسير النموي الأبعاد المنهجية والسيكولوجية (شريل: 1986، 20).

ويقسم بياجيه مراحل النمو المعرفي عند الطفل إلى مراحل هي:

المرحلة الحسية الحركية: تمتد من الولادة حتى نهاية السنة الثانية تقريبا ويحدث التعلم في هذه المرحلة عبر الإحساسات والأفعال والمعالجات اليدوية، من مميزات:

- حدوث التفكير بصورة رئيسية عبر الأفعال.
- تحسين تناسق الاستجابات الحركية.
- تطور الوعي بالذات وفكرة ثبات وبقاء الأشياء.
- بدأ عملية اكتساب اللغة.

مرحلة ما قبل العمليات: تقع هذه المرحلة بين نهاية السنة الثانية ونهاية السنة السابعة من عمر الطفل تتميز

ب:

- قدرة الطفل على استخدام اللغة وتسمية الأشياء.
 - القدرة على إنشاء المفاهيم.
 - التمرکز حول الذات.
 - تقدم الإدراك البصري على التفكير المنطقي.
- مرحلة العمليات المادية: تبدأ من سن الثامنة إلى سن الحادية عشر تتميز ب:
- قدرة الطفل على التفكير المنطقي شرط أن تكون.
 - مرتبطة بالأفعال المادية الملموسة.
 - الانتقال من اللغة المتمركزة حول الذات إلى اللغة ذات الطابع الاجتماعي.
 - تطور عمليات التفكير في أكثر من طريقه.

- عدم إمكانية التفكير في الاحتمالات المستقبلية.

مرحلة العمليات المجردة: من 11 سنة إلى 14 سنة تتميز بـ:

- ممارسة الطفل العمليات المعرفية (التفكير، البحث..).

- التفكير على نحو مجرد دون اللجوء إلى الأشياء الملموسة.

- وضع فرضيات واقتراح حلول (مخائيل معوض: 1994، 99).

3) النمو الحسي: الطفل في بداية هذه المرحلة يجد لذة في ممارسة حواسه، فهو شغوف بشم الأشياء وتذوقها وفحصها واكتشافها، ويلاحظ صعوبة في قدرته على الإدراك الحسي للأشياء وعلاقتها المكانية، ويتقدم العمر نجده يتعلم أسماء الاتجاهات يمينا ويسارا، وأعلى وأسفل، ويستطيع إدراك الأشياء في علاقاتها المكانية وإدراك المسافات والأحجام، الأوزان، والألوان وعلى نحو عام، تتطور حواس السمع والبصر والذوق والشم واللمس عند الطفل. بالنسبة لدور الأهل، يجب على الوالدين والمربين رعاية نموه الحسي، وذلك من خلال الاتصال بالعالم الخارجي، كما في الزيارات والرحلات، وتربية حاسة السمع لديه ومراقبة وجود أي خلل جسمي لدى الطفل وسنرى تعريفات المرحلة الحسية الحركية، نمو الحواس والحركة عند الطفل العادي، أهم نظريات المرحلة الحسية الحركية، كيفية تطور هذه المرحلة عند الطفل العادي.

4) تعريف المرحلة الحسية: هي المرحلة الممتدة من الميلاد إلى السنتين، وهي مرحلة من مراحل النمو المعرفي تحدث بتأزر كل ما هو حسي مع الحركات، حيث يحددها فالون بالسن من 12 إلى 36 شهر. وهي مرحلة ظهور ردود الفعل الدائرية، المشي والكلام، فالطفل يتعلم ويكتشف العالم المحيط به، ويُمسك الأشياء ويتعرف عليها، ويبدأ بفهم المواقف، أما جون بياجي فيُعرفها على أنها المرحلة التي يستخدم الطفل فيها الأشياء المحسوسة التي يتلقاها من العالم الخارجي، عن طريق يديه وعضلاته، وهي تبدأ من الولادة إلى سن الثانية ويحدث فيها التعلم والنمو المعرفي بشكل رئيسي من خلال الحواس والنشاطات الحركية، أي من خلالها يتعامل الطفل مع البيئة بواسطة الحواس والحركة.

5) النمو الحركي: يعد نمو المهارات الحركية من أهم إنجازات الكائنات البشرية، وهذه المهارات الحركية ضرورية للتحرك والتفاعل المكثف مع البيئة والعديد من أشكال الاتصال وأنماط السلوك الترفيهية الإرادية ولبقاء الإنسان بصفة عامة (كرامة أحمد، مرجع سابق، ص 28-45، بتصرف)

وإذا نظرنا إلى الطفل حديث الولادة نجد أنه عاجز عن التحرك أو الانتقال في المكان بمفرده كما أنه لا يستطيع القبض على الأشياء وبعبارة أخرى.. هو عبارة عن مجموعة قوى كامنة لم تتحرر بعد، غير أننا نلاحظ أن هذه القوى تبدأ في الانطلاق عن عقالها في سن المهد وتتطور بعد ذلك تطورا واضحا المعالم، مما يكسب الطفل الاستقلال والاعتماد على النفس واكتشاف العالم الخارجي وممارسة المهارات الحركية المختلفة.

وتركز معظم الدراسات المرتبطة بالنمو الحركي على النمو المبكر للمهارات الحركية بما في ذلك انعكاسات الطفولة، ومهارات الجلوس، وضبط الوضع، والمشي، والمهارات اليدوية.

6) النمو الحركي المبكر: هناك عدة خصائص تميز النمو الحركي المبكر تتلخص فيما يلي:

1. الاتجاه من الرأس إلى القدم: فالنمو الحركي للطفل يتبع اتجاهها رئيسيا ثابتا يسير من الرأس إلى القدم بمعنى أن القدرة الحركية لدى الطفل تبدو في سلسلة متصلة الحلقات يسير فيها من حلقة إلى أخرى فالطفل يتحكم أول ما يتحكم في رأسه ورقبته، ثم الصدر والظهر، فالجزء السفلي في الجذع، وأخيرا الرجلين.

2. الاتجاه من العام إلى الخاص: تنتقل حركات الطفل من العشوائية إلى الحركات الدقيقة التي تتسم بالدقة والمهارة والإتقان فبعد أن كان الطفل يحرك جميع أجزاء جسمه دون هدف، نجد أنه يحرك أعضاء خاصة نحو تحقيق هدف معين.. فإذا ما رأى الطفل كرة عن بعد وأراد أن يتناولها فهو يتحرك نحوها فيحبو، إذا كان لم يتعلم المشي حيث يصل للكرة فيقبض عليها بكلتا يديه أو يرمي نفسه عليها، وعندما يتم التوافق الحركي ينتهي الأمر بالطفل إلى إتقان مهارة الإمساك بالكرة بيد واحدة.

3. نمو العضلات الكبرى قبل العضلات الصغرى: إذ تختلف المهارات الحركية عن بعضها فبعض المهارات بسيطة غير مركبة لا تحتاج إلى مستوى عال من التوافق الحركي، وتستخدم فيها العضلات الكبيرة مثل الحبو والمشي، في حين أن المهارات اليدوية كالتقاط الأشياء تحتاج إلى نمو العضلات الدقيقة الصغرى التي تتطلب نضج أكثر وتوافق وانتظام حركات عديدة.

النضج والتدريب على المهارات الحركية المبكرة: يشير لفظ النضج إلى عملية تحدث فيها تغيرات في الشكل وتستتبعها تغيرات في السلوك، ويحدث ذلك أساسا بسبب نمو تكوين وراثي محدد وليس مجرد تعلم أو تدريب. أن الانتقالات من الانعكاسات البدائية إلى أنماط الفعل الناضج لا تنتج عن التعلم ولكن عن النضج، كما هو الحال في مراحل النمو التي تلاحظ في اكتساب القدرة على المشي والتعلم، من جهة أخرى يشير إلى تغيرات سلوكية تنتج عن تدريب أو مشاركات متعلمة أساسا.

ولإيضاح صحة مفهوم النضج، استخدم "جيزل" طريقة التوأمين المتطابقين كان يلاحظهما خمسة، T&C فاستخدام التوأمين "الملاحظة" للمراقبة تدريبيا يوميا على الزحف والحبو والمشي T أيام في الأسبوع. أعطى التوأم والتسلق والقبض بالإبهام والسبابه. وكل هذه الأنماط السلوكية يبيدها الأطفال الطبيعيون، وهي أجزاء من تتابعات لمكتسبات مهارية محددة، ويبدو أنها تتأثر بقوة بعوامل التكوينات الوراثية. ورغم التدريب اليومي، فإن التوأمين لن تظهر عليهما فروق ذات دلالة في السن T الذي تلقاه التوأم التي ظهرت فيها هذه الأنماط السلوكية. ولذلك فقد استنتج "جيزل" أن التغيرات البيئية لا تؤثر على هذه الأنماط السلوكية، وهي بذلك تعتبر أنماط فعل فطرية محددة تبرز مع النضج.

* وهناك نوعين من السلوك: سلوك فطري وسلوك مكتسب إن كل أفراد جنس ما يظهرون أنماطا سلوكية فطرية لأنهم أعضاء في ذلك الجنس. علاوة على ذلك، فالأمر هنا لا يتطلب تعل يما خاصا، لأن السلوك محدد فطريا. أما السلوك المكتسب فقد يكتسب أو لا يكتسب بين أفراد الجنس الواحد. وقد درست "ماكجرو" نفس الأنماط السلوكية التي درسها "جيزل" كما درست القفز والسباحة وكمثال للسلوك المكتسب الترحلق بالقبضات ذي العجل الذي درسته "ماكجرو" دراسة مكثفة.

ومنه إن التدريب على أي نشاط معين قبل أن تصل الآليات العصبية إلى درجة معينة من الاستعداد لا فائدة منه.

النمو الحركي في سن ما قبل المدرسة: يتطور النمو الحركي للطفل في الفترة من عامه الثاني حتى نهاية العام وأهم الخصائص العامة الخامس بصورة كبيرة ويتخذ أشكا يلا متعددة، المميّزة للنمو الحركي في هذه الفترة ما يلي: (حابس ومزاهرة، 2003، 55-59)

- 1- التعطش الجامح للنشاط والحركة: فالتعطش الجامح للنشاط والحركة من أهم مميزات هذه المرحلة ويكون أساس هام للتعلم الحركي للطفل.. ولا نقصد بالتعلم الحركي في هذا المجال عمليات التعلم المقصودة المنظمة، بل يقصد به كل ما يكتسبه ويتعلمه الطفل كنتيجة لتعامله مع الأشخاص والأشياء في محيط البيئة التي يعيش فيها.
- 2- الإفراط في بذل الجهد: إذ تتسم حركات الطفل في الإفراط في بذل الجهد وبإشراك عدد كبير من العضلات في معظم الحركات.
- 3- الحركات غير الهادفة: فمعظم حركات الطفل في هذه المرحلة لا تكون هادفة، أي لا تهدف إلى تحقيق غرض معين، إذ أن التحكم الهادف الواعي للطفل في حركاته لا يكون متوافر لديه في هذه المرحلة، بل يبدأ اكتسابه لذلك تدريجيا.

النمو الحركي لطفل المدرسة الابتدائية: يوجد تطبيقات تربوية للنمو الحركي:

1. إتاحة فرصة للأطفال للتعبير عن نشاطهم العضلي من خلال ممارسة الألعاب مع توفير المكان والوقت المناسبين للأطفال.
2. الاهتمام بأن تكون الوسائل التعليمية في المدرسة الابتدائية مجسمة بقدر الإمكان كي يستطيع الطفل لمسها ورؤيتها.
3. أن تكون الكتب الدراسية مكتوبة بخط واضح وكبير.
4. الاهتمام بتغذية الطفل.
5. توسيع نطاق الإدراك عن طريق الرحلات إلى المتاحف والمعارض.

6. اتخاذ النشاط وبخاصة الحركي مدخلا إلى تعليم الطفل، وإثراء أنواع النمو المختلفة، ويأتي على رأس النشاط الحركي اللعب باعتباره أداة مشوقة لبذل الجهد والاستمرار في ممارسة الخبرة.

الاضطراب الحس حركي: الاضطراب الحس حركي هو احد الاضطرابات التي تصيب الإنسان سواء الطفل أو المراهق أو غيره ويوجد عدة اضطرابات تدخل في النمو الحس حركي وهو ما سنتناوله الآن.

1- تعريف الشلل الفيروسي: هو اضطراب فيروسي ينتج عن تلف في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي مما يؤثر على جهازه العضلي، والهضمي، والتنفسي، وشلل الأطفال قد يكون جزئيا أو كاملا وذلك اعتمادا على موقع التلف وشدته وهو فيروس شديد العدوى ويغزو الجهاز العصبي وكفيل باحداث شلل التام في غضون 6 ساعات من الزمن ويدخل الفيروس جسم الإنسان عن الفم ويتكاثر في الامعاء.

2- الشلل الدماغى: هو اضطراب ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالبا اضطرابات حسية وانفعالية وهو تغيير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية، ويحدث نتيجة تلف الضبط الحركي في الدماغ، اضطراب الوظائف العصبية وغيرها من الأسباب.

3- الاعاقة السمعية: هي تلك الحالة التي يعاني منها الأفراد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو معا. وقد يكون القصور السمعي جزئيا أو كليا، شديدا أو متوسطا أو ضعيفا، وقد يكون مؤقتا أو دائما.

4- الاعاقة البصرية: من خلال التعريف التربوي توصلنا إلى أن الشخص ذو الاعاقة البصرية هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع ان يقرأ أو يكتب إلا بطريقة البرايل وفي هذا يشير هيرار ولاتسكي 1998 أن المكون بصريا من متطور تربوي بأنه الفرد الذي لا يمكنه أن يتعلم من الكتب والوسائل التعليمية للمبصرين. وهناك اعاقات اخرى تتمثل في التخلف العقلي، متلازمة داون، الطفل المتوحد، الافراط في الحركة قصور الانتباه، اللزمات (الخلجات).

- **تشخيص الاضطرابات الحس حركية:** يتم تشخيص الاضطرابات الحس حركية من خلال الاضطرابات المذكورة سابقا وكل منها تشخص على حدا:

أولا: تشخيص الشلل الفيروسي: عندما يكون الطفل دون الخمسة سنوات الأولى من عمره، من الممكن ملاحظة بعض الاعراض التي قد تدل على وجود شلل لدى الطفل كصعوبة في تحريك الساق أو الوقوف على القدم وتحريك اليدين بالإضافة إلى تشنج عضلات الاطراف والصعوبة في ثنيها والتبليس في عضلات الرقبة، يتعرف الاطباء على المرض من خلال ملاحظة اعراض تيبس الظهر والرقبة والانعكاسات اللاارادية غير الطبيعية وصعوبة البلع والتنفس. ومت أجل تأكيد التشخيص ياخذ الطبيب عينة من افرازات الحلق وغيره للتأكد من هذا المرض.

ثانيا: تشخيص الشلل الدماغي: يستند التشخيص إلى تاريخ المريض والفحص البدني ويتم عن طريق فحص المهارات والحركات وردود الافعال.

- اجراء التصوير الطبقي المحوري للدماغ.

- يمكن ظهور حالات مشابهة للشلل الدماغي كالأورام.

ثالثا: تشخيص الاعاقة السمعية: يعتبر كل اختصاصي قياس السمع مؤهلا حيث يجب عليه توفر معرفة كافية وباشكال وانماط فقدان السمعى وكيفية التعامل معهما سواء من خلال توفير المعينات السمعية وغيرها وتشخص أيضا من خلال طريقة الملاحظة وتشمل اختبار الهمس، الساعة الدقاقة، القدرة السمعية بالصوت الطبيعي للانسان، وهناك اختبارات اخرى لقياس السمع كاختبار بنج...

رابعا: الاعاقة البصرية: ويتم تشخيصها من جانبين:

أولا: جانب طبي وذلك باستشارة اخصائين وخبراء في فحص النظر.

ثانيا: جانب التقييم النفسي حيث تحدد نقاط القوة ونقاط الضعف لتحديد احتياجاته التربوية الخاصة من أجل اقرار البرنامج الدراسي المناسب له.

والاضطرابات المتبقية كذلك لها تشخيصاتها.

5- علاج اضطراب النمو الحس حركي: (كرامة أحمد، المرجع السابق، 64-68).

- المحافظة على وضع جسدي سليم أثناء الجلوس والنوم.

- تحريك أطراف لمعالجة تقلص العضلات والأوتار.

- إستخدام الأجهزة المساعدة كعكاز والأجهزة الداعمة والكرسي المتحرك.

- العلاج بخلايا الجذعية، إعطاء مريض أدوية خاصة بالاضطرابات المصابة.

- العلاج البديل بالمياه، الرياضة، ركوب الخيل.

- جراحة أعتام العين.

بعض الحلول لتفادي من هذا الاضطراب:

- العناية بالحامل منذ بداية حملها وللتأكد من خلوها من الأمراض وفقر الدم وسوء التغذية وذلك بزيارة مراكز الأمومة.

- إجراء الفحوصات بالنسبة للمستخدمين الزواج وللتأكد من عدم غ أمراض وراثية.

- الكشف الطبي عن الراغب في الزواج من أقارب خاصة.

- استمرار الرضاعة الطبيعية لأن ذلك يوفر فيتامين طبيعيا.

- نظافة العين والوجه بالغسيل المتكرر بالماء والصابون.

- الكشف عن عدم أوافق الدم عند الخطيبين.
- عدم تناول الأم الكامل لأي الأدوية دون إستشارة الطبيب.
- الحد من زواج الأقارب.
- التحصن بلقاح شلل الأطفال.

المحاضرة الثالثة: الإعاقة الحسية

تمهيد: مما لا شك فيه أن الإعاقة الحسية تمثل جانبا كبيرا من الإعاقات المختلفة التي تتطلب جميعها حصول الطفل على اهتمام خاص، ورعاية من نوع معين تتدرج في إطار خطة تعلم فردية IEP لكل طفل يتم تصميمها في ضوء سمات شخصيته ومعدل نموه، حاجاته، قدراته ميوله واهتماماته وعلى هذا الأساس فإن مثل هذه الخطة لا تصلح إلا لهذا الطفل أو ذاك دون سواه ولا يصح أن نقوم بتطبيقها على غيره دون إدخال تعديلات جوهرية عليها بحيث لا نأخذ منها سوى مؤشرات إرشادية فقط نهتدي بها في سبيل تصميم خطة جديدة لأي طفل غيره، أحيانا تكون الإعاقة الحسية مصحوبة بإعاقة أخرى من نفس النوع أو نوع مختلف من الإعاقات إلا أن هذا لا ينفي وجود بعض الأفراد الذين يعانون من إعاقة حسية واحدة فقط ومع ذلك فإن من يعانون من نفس الإعاقة الواحدة لا يمثلون مطلقا فئة متجانسة من الأفراد بل إنهم في واقع الأمر يمثلون فئة غير متجانسة استنادا للعديد من المتغيرات كالسن الذي بدأت فيه الإعاقة مثلا ودرجة شدتها وحدتها ومدى ما يلقاه الطفل من رعاية واهتمام إلى غير ذلك من المتغيرات الأخرى.

1- تعريف الإعاقة:

هناك العديد من المصطلحات التي تستخدم للدلالة على الإعاقة فكلمة "إعاقة" مأخوذة من الفعل "عوق" وتوجد أيضا في اللغة الانجليزية مصطلحات عدة يمكن استخدامها في هذا الصدد حيث يشير "perry 1996" إلى أن هناك أربع مصطلحات أساسية للدلالة على الإعاقة هي: (عادل عبد الله: 2004، 18-20).

2. الأول هو inability: تعني العجز أو القصور أو عدم القدرة ويستخدم في الأصل للدلالة على عدم قدرة الفرد على أداء شيء ما.

3. الثاني هو impairment: التلف والضعف ويعني الاضطراب الفيزيولوجي أوالإصابة.

4. الثالث هو disability: العجز والإعاقة التي تقعد عن العمل ويعني عجز الفرد عن القيام بفئة من الحركات أو الأفعال أو عجزه عن الحصول على المعلومات الحسية أو أداء وظيفة معرفية معينة وهو ما يمكن للفرد العادي أي الذي لا يعاني من هذا العجز أن يؤديه أو يقوم به.

5. الرابع هو handicap: إعاقة أو عائق ويعني عجز الفرد عن أداء شيء معين يود أن يؤديه وهو ما يمكن لغيره من العادين أن يقوم بأدائه وتصب هذه المصطلحات كلها على عجز وعدم قدرة الفرد للقيام بشيء معين حيث يصعب عليه أن يقوم بالمهمة المطلوبة أو يؤديها ما لم تكن هناك أجهزة تعويضية تساعده.

2- الإعاقة الحسية:

الإعاقة الحسية هي القصور في عمل الحواس لوظائفها بما يستوجب استخدام وسائل خاصة خارجية، وتتكون الإعاقة الحسية من الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية لها نوعان أولهما الأطفال الصم وهم الذين يولدون فاقدين لحاسة السمع، والنوع الثاني هو الأطفال ضعاف السمع (عادل عبد الله: 2004، 22).

كما تعد الإعاقة الحسية sensory impairment بمثابة قصور واضح في قدرة الفرد على استخدام حاسة معينة، أو أكثر من حاسة واحدة وهذا يعني أن مثل ذلك القصور يمكن أن يرتبط بحاسة الإبصار أو حاسة السمع وكما يمكن أن يتعلق بهما معا من ناحية أخرى وفي هذه الحالة تكون الإعاقة مزدوجة ومع أن حواس الفرد الأخرى قد تتعرض أيضا لإعاقات مختلفة إلا أن أثرها السلبي على عملية التعلم والتواصل من جانب الفرد لن يصل بلا شك تحت أي ظروف إلى ذلك الأثر السلبي الذي ينتج عن فقد حاستي السمع أو الإبصار وهو ما يعني أنهما يعدان هما الأخطر والأهم في هذا الخصوص مع عدم الاستعانة بأهمية الحواس الأخرى، مما لا شك فيه أن الإعاقة تكون ذات حدة معينة أو درجات مختلفة ولا تكون مطلقا بنفس الوتيرة فتتراوح الإعاقة البصرية على سبيل المثال بين الإعاقة البسيطة إلى الفقد الكلي للقدرة على استخدام الحاسة وفي نفس الوقت ينطبق على باقي الحواس كذلك فإن مستوى حدة الإعاقة الحسية المزدوجة السمعية والبصرية يتراوح هو الآخر بين المستوى البسيط إلى الفقد الكلي للقدرة على استخدام الحاستين وهذا يدل على أن هناك بعض الأفراد الذين قد تكون لديهم بقايا سمعية أو بصرية لكنهم لا يكونون قادرين على استغلالها بالشكل العادي كبقية الأفراد، وعليه فإن الفرد قد يعاني من إعاقة حسية واحدة أو قد يعاني من إعاقة مزدوجة أو أن طرفيها فقط يتمثل في إعاقة حسية بينما الأخرى نمائية أو عقلية ، كما أنه من المحتمل للفرد أن يفقد القدرة على استخدام أي حاسة أخرى من حواسه الخمسة مثل القدرة على الشم مثلا كإصابته بمتلازمة أوشر (usher) قدرته على اللمس أو الذوق ورغم أهمية كل الحواس إلا أن حاستي السمع والبصر لهما الدور الأساسي في حدوث التعلم، وعليه فإن بعض الأطفال قد يولدون وهم فاقدون لقدرتهم على استخدام حاستي السمع والإبصار وبالتالي يكونوا مزدوجي الإعاقة الحسية كما أن هناك من يفقد إحدى هاتين الحاستين فقط منذ ميلاده أو يولد ويفقد الحاسة الأخرى بعد ذلك سواء في طفولته، مراهقته أو بعد تلك المرحلة وبالتالي فهناك من تضل لديه بقايا سمعية أو بصرية أو سمعية بصرية ولكنه يعد معوقا وعليه فإن الفئة التي تضم مزدوجي الإعاقة الحسية تعد غير متجانسة على الإطلاق حيث يختلف أعضاء الفئة فيما بينهم وعليه يجب التعرف عليهم منذ ميلادهم أو الذين لديهم احتمالية لأن يصبحوا حتى يتم التدخل المبكر ولكن شأنه أن يؤدي إلى حدوث

اضطرابات انفعالية خطيرة كما ترى "horowitz 2000" حيث يعاني كبار السن الذين يفقدون القدرة على الإبصار من الاكتئاب ما بين ضعفين إلى خمسة أضعاف ما يعانيه المبصرون وكذلك بالنسبة للسمع وبداية الاكتئاب تحدث بعد فترة قصيرة من فقدانهم الحاسة لأنهم بذلك يفقدون جزءا من فاعلية الذات وأدائهم الوظيفي وخوفهم أن يصبحوا أكثر اعتمادا والمثير أن العلاقة بين الإعاقة والاكتئاب ليست دائما أحادية الاتجاه لكنها تكون ثنائية الاتجاه حيث انه كما تؤدي الإعاقة إلى الاكتئاب فإن الاكتئاب بدوره يزيد من حدة الإعاقة التي تأثر بالسلب عليهم.

وتشير "هيرز مورдох 2000 murdoch.h" إلى أن الأفراد الصم المكفوفين يعدون كأقرانهم المكفوفين من حيث ما يصدر عنهم من سلوكيات متكررة ونمطية كهزة الجسم وهز الرأس أو وضع الأشياء المختلفة في الفم وهذه السلوكيات تزداد حال وجود الإعاقة البصرية سواء كإعاقة مستقلة أو كطرف في إعاقة حسية مزدوجة وتعرف السلوكيات بالعميانيات blindisms كما إنها سلوكيات شبيهة بالتوحد وبالتالي يصبح الاحتمال أن تظل هذه السلوكيات التكرارية في حال الإعاقة البصرية السمعية وأن تصير شائعة مثلها في ذلك كما يحدث في حالة الإعاقة البصرية عندما تمثل إعاقة مستقلة واحدة، كما قامت هيرز مورдох murdoch بتوزيع استبيان على معلمي ذوي الإعاقات المنفردة والمزدوجة فوجدت أيضا أن السلوكيات التكرارية تنتم بمجموعة من السمات:

* النمطية.

* التوجه نحو الذات.

* الثبات.

عدم استجابتها للتغيرات التي يمكن ان تحدث في البيئة المحيطة، كما وجدت أن هاته السلوكيات لا ترتبط بمرحلة عمرية معينة.

3- أنماط الإعاقة الحسية:

* اضطراب أو إعاقة نمائية.

* إعاقة عقلية.

* إعاقة حسية.

4- الإعاقة البصرية:

تضم هذه الفئة من الإعاقات الحسية أولئك الأفراد الذين يعانون من فقد كامل للبصر blind إلى جانب أقرانهم ضعاف البصر low vision الذين تكون لديهم بقايا بصرية حيث يعد الفرد كفيفا وفقا للمفهوم القانوني لكف البصر، كما يعد الأطفال الذين يعانون من الإعاقة البصرية ذوي حاجات تربوية وتعليمية فريدة نظرا لان حوالي 80% تقريبا مما نتعلمه في حياتنا المبكرة يعد بمثابة معلومات نكتسبها عن طريق البصر وعلى ذلك فإن المناهج الخاصة يجب أن تهتم بتعليمهم مجالات معينة وفريدة للمهارات مثل:

- المهارات الاجتماعية.
- مهارات الاستماع.
- أساليب الحياة اليومية والمهارات اللازمة لها.
- أساليب التواصل.
- مهارات السلوك الاستقلالي.
- المهارات الأكاديمية والأداء الوظيفي الأكاديمي.
- مهارات الترويح وقضاء وقت الفراغ.
- التوجه والحركة في المكان.
- استخدام التكنولوجيا الحديثة.
- التأهيل المهني.

كما أنهم من ناحية أخرى يحتاجون كي يتم تعليمهم بشكل جيد أن يحدث تكامل وتكاتف بين الوالدين والمعلم والأخصائين المختلفين إلى جانب حدوث تغيرات وتواءمات معينة في كل من البيئة المنزلية والمدرسية، وهو الأمر الذي يؤدي بهم إلى الاندماج مع الآخرين فيقل بالتالي كم المشكلات التي تصادفهم (عادل عبد الله، المرجع السابق، 29).

5- الإعاقة السمعية:

تعد الإعاقة السمعية من الإعاقات الصعبة التي قد يصاب الإنسان بها حيث يشاهد الشخص الأصم العديد من المثيرات المختلفة ولكنه لا يفهم الكثير منها وبالتالي لا يصبح قادراً على الاستجابة لها وهو ما يمكن أن يصيبه بالإحباط، كما تتراوح حدتها بين فقد الكلي للحاسة وبين فقد الجزئي لها وهو ما يعرف بضعف أو ثقل السمع وهي الحالة التي تدل على وجود بقايا سمعية لدى الفرد يمكنه أن يستفيد منها في حياته ويكتننا نحن كذلك الاستفادة منها في تعليمه، تدريبه وتأهيله وينبغي الاهتمام بها منذ بدايتها فكلما شرعنا في العلاج المبكر من عمر الطفل فاحتمالات النجاح تتزايد ويمكن في حالات كثيرة منها أن نقضي على مصدر الشكوى ولا يتأثر سمع الطفل جراء ذلك كم يمكننا في حالات أخرى أن نلجأ إلى أساليب بديلة، أو عمليات جراحية حتى يتمكن الطفل من السمع بشكل عادي مرة أخرى، كما هناك بعض المؤشرات التي تبدو على الطفل تدل على احتمال حدوث فقد للسمع من جانبه علينا الانتباه لها جيداً منها:

عدم استجابة الطفل للمؤثرات الصوتية العادية، كذلك لا يستجيب الطفل لمن ينادي عليه ويهذي الطفل بكلام غير مفهوم حدوث تأخر في بداية ظهور المهارات اللغوية أوبداية قيامه بالكلام ارتكابه أخطاء غير عادية فالنطق أيضاً لا يستطيع الطفل تحديد مصدر الصوت المصاحب للمثير البصري وغيرها. ..

كما هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية والتي يمكننا إدراجها في ثلاث مجموعات تضم الأولى منها تلك العوامل المؤثرة في فترة ما قبل الولادة، وتضم الثانية العوامل المؤثرة أثناء الولادة، وتضم الثالثة مجموعة العوامل المؤثرة بعد الولادة، كذلك فإن هناك مستويات للفقد السمعي تتراوح بين الفقد البسيط وحتى الفقد الشديد جدا وهو ما يمكن أن يجعل هؤلاء الأفراد فئتين أساسيتين تمثل الفئة الأولى منهما في الصم بينما تتمثل الفئة الثانية في ضعاف السمع ومن الملاحظ أن مثل هذا التصنيف يتفق مع المفهوم التربوي للإعاقة السمعية، وإلى جانب ذلك فإن هناك أربعة أنواع لفقد السمع هي:

فقد السمع الحس عصب :sensorineural hearing loss

فقد السمع المركب أوالمختلط :mixed hearing loss

فقد السمع المركزي : central hearing loss

وإن كانت الوقاية خير من العلاج فإن الوقاية لا يمكن أن تتحقق دون فحص أو إخبار للسمع (عادل عبد الله، المرجع السابق، 34-38).

6- الإعاقة البصرية السمعية:

تعرف الإعاقة البصرية السمعية deaf blindness على أنها تعد بمثابة إعاقة حسية مزدوجة dual sensory impairment وهي تلك الإعاقة التي تجمع بين إعاقتين سمعية وبصرية. لدى نفس الشخص في نفس الوقت إلا جانب أن هنالك نسبة كبيرة من الحسية المزدوجة يعانون إلى جانب ذلك من إعاقات الأطفال ذوي الإعاقة أخرى، ومن ناحية أخرى فإن بداية الإصابة بهذه الإعاقة المزدوجة تؤثر على مضمار النمو العام للطفل كما أن الجانب العقلي المعرفي يتأثر أيضا وعليه فإن بعض الإحصاءات تؤكد فيما يتعلق بالأسباب المؤدية إلى تلك الإعاقة عدة حقائق أخرى ذات أهمية:

إن السبب الرئيسي الذي يؤدي للإعاقة الحسية المزدوجة لا يزال غير معروف بشكل عام حتى الآن وأن حوالي 17% منهم لا يعرف سبب محدد لإعاقتهم أيضا حوالي 11% منهم تقريبا يرجع السبب في إعاقتهم إلى تعقيدات معينة وظروف مختلفة قبل الولادة وأن 10% منهم تقريبا يرجع سبب إعاقتهم إلى العوامل الوراثية، وهو ما يعني أن تلك العوامل الوراثية لا تعد مسؤولة سوى عن هذه النسبة فقط 8% منهم يرجع سبب إعاقتهم إلى تعرض الأم الحامل لبعض الأمراض والظروف الغير طبيعية منها:

التعرض للفيروس المضخم للملاريا، تعاطيها الكحوليات وتأثر الجنين به، صغر واستسقاء الدماغ، الحصبة الألمانية، الهريز والزهري وأيضا حوالي 7 % تقريبا من هذه الحالات ترجع إعاقتهم إلى العوامل ما بعد الولادة وهناك أسباب مؤدية أخرى كمتلازمة أوشر Usher syndrome التي تعد بمثابة خطأ جيني معين حيث تعد

المسؤولة عن حوالي 50% من حالات الإعاقة إلى جانب متلازمة داون Down syndrome التي تعتبر هي الأخرى من الأسباب المؤدية (عادل عبد الله، المرجع السابق، 39-41).

إستراتيجيات التدخل: تعد استراتيجيات التدخل التي يمكن اللجوء إليها في مثل هذه الحالة وتتنوع بشكل كبير لدرجة أنها تختلف حتى من حالة إلى أخرى وسوف نعرض هنا لبعض الاستراتيجيات وأكثرها استخداما:

1- الاكتشاف المبكر للحالة:

يعد الاكتشاف المبكر للحالة أساسا هاما في نجاح ما يقدم لها من تدخلات وتحقيق أهدافها، وهو الامر الذي يؤدي الى حدوث تحسن من جانب الحالة ويتوقف ذلك على ملاحظة المؤشرات والدلائل الاولية من جانب الطفل التي تعكس معاناته من فقد جزئي للابصار أوالسمع وذلك على النحوالتالي:

بالنسبة للإبصار:

- عندما يقوم الطفل بعبور الشارع فإنه يلاحظ السيارات وكأنها تظهر له فجأة.
- يجد الطفل صعوبة في قراءة الكلمات المكتوبة على علبة الدواء مثلا.
- يجد صعوبة في التعرف على وجوه الاخرين حتى المقربين له وذلك عندما يمرون أمامه دون أن يتحدثوا معه.

- يشكو من أنه يجد صعوبة في رؤية الاشياء بوضوح.
- تبذوعيناه في حالة غير طبيعية لم يعهدها من قبل.

بالنسبة للسمع:

- يجد الطفل صعوبة في الاستماع الى من يتحدث اليه إذا كان هناك راديو أو تليفزيون يعمل في نفس الغرفة.
- يرد على الاسئلة التي يتم توجيهها اليه بشكل خاطيء نتيجة عدم قدرته على سماع الصوت بشكل واضح.
- يجد صعوبة في الانصات للصوت إذا ما كان في وسط مجموعة من الافراد وتصدر عنهم أصوات مختلفة.
- يقوم بين حين وآخر برفع مستوى صوت التلفزيون أو الراديو باستمرار مدعيا أنه غير قادر على سماع الصوت وهو كذلك.
- يقوم بحركات غريبة برأسه يهدف من خلالها إلى توجيه أذنه باتجاه مصدر الصوت حتى يتمكن من سماعه.

2- خدمات الاجتماعية:

- تتنوع الخدمات الاجتماعية التي يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأفراد حتى يتمكنوا من الاندماج مع الآخرين ومشاركتهم مع ما يقومون به من أنشطة مختلفة ومنها مايلي:
- التدريب على التواصل وهناك أساليب مختلفة بالنسبة للصم وأخرى للمكفوفين
 - التدريب على السلوك الاستقلالي من خلال تنمية وتطوير مهارات الحياة اليومية لهؤلاء الأطفال وذلك بعد تعليمها لمن لا يجيدها وتدريبهم عليها.
 - التدريب على الحركة أو الانتقال في المكان والتوجه وهو التدريب الذي يتم توجيهه أساسا للأطفال المكفوفين وأقرانهم المكفوفين الصم أو من إعاقة يكون كف البصر طرفا فيها.
 - التدريب على استخدام الكمبيوتر وغيره من الوسائل والأجهزة التكنولوجية الحديثة التي يتم استخدامها من جانبهم.
 - الإحالة إلى المستشفى أوالعيادات الخاصة وذلك لتلك الحالات التي تتطلب رعاية طبية خاصة لأي أسباب كانت.

3- التدخل المبكر:

- يعد التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات الحسية على درجة كبيرة من الأهمية كما ترى"نانسي لير Lehr.N" 2003 حيث يعود بالفائدة على الطفل ويساعده دون شك في تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحيطين به كما يساعده على التفاعل معهم وأن نعمل على تحقيق أهداف معينة خلال البرنامج بما يضمن اشتراك الطفل في العديد من الأنشطة المختلفة من أهمها مايلي:
- التشخيص المبكر لهؤلاء الأطفال والتعرف عليهم وتحديدهم من خلال اللجوء إلى تقييم شامل.
 - تزويد الأسرة بما يجب أن تقدمه للطفل ومساعدتها في تنفيذ خطة معينة في هذا الصدد والاشتراك في تحديد الأنشطة مناسبة.
 - إعداد المعلمين المؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال ومساعدتهم على تحقيق معدل معقول من النمو.
 - تحقيق التكامل بين الأسرة والمدرسة أوالمعلم في هذا الإطار والسير معا وفقا لخطة محددة في سبيل تحقيق مصلحة الطفل.
- ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من برامج التدخل المبكر يمكن أن يندرج كل برنامج تحت أحدها، كما يمكن أن نجتمع بين أكثر من نوع من هذه الأنواع الثلاثة في إطار برنامج واحد وتتمثل الأنواع فيما يلي:
- برامج تتركز حول الطفل.
 - برامج تتركز حول الأسرة.

- برامج تدخل مجتمعية.

والى جانب ذلك فإن مثل هذه البرامج تغطي عددا من المجالات كما يلي:

- مجال تقييم حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

- مجال إشباع حاجات أولئك الأطفال.

- مجال رعاية نمو الأطفال المعوقين.

- مجال رعاية أسر الأطفال المعوقين.

- مجال نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة.

- مجال تقييم وإشباع حاجات الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة.

- مجال رعاية أسر الأطفال المعرضين للاضطرابات النمائية.

ويتطلب التدخل المبكر أن يتم إجراء تقييم شامل للطفل يتم من خلاله التعرف على اهتماماته وما إليه ويفضله كما يتم أيضا التعرف على قدراته الحسية وقدرته على التواصل وقدرته على التوجه والحركة والانتقال في المكان وتقييم الوسائل التعليمية المستخدمة وتحديد حاجات الطفل ويتم علا ذلك بناء الاستراتيجيات التعلم المناسبة وتحديد الخطة التربوية الفردية لكل طفل واستراتيجيات التواصل والأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل، كذلك فإن التدخل المبكر يتضمن مجموعة من الإجراءات الهادفة التي تعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة فلا تتحول بالتالي إلى عجز دائم كما تعمل على توفير الرعاية المطلوبة والخدمات العلاجية اللازمة التي تساعد الطفل على النمو والتعلم في حال استفادته منها وحتى تأتي هذه العملية بثمارها المرجوة ينبغي أن تتضمن عددا من العناصر كما يلي:

- أن تبدأ بعملية تقييم للأسرة وظروفها المختلفة.

- دراسة الخصائص المختلفة للبيئة الأسرية للطفل وما يمكن ان تتيحه من فرص متنوعة للنمو أمامه.

- التعرف على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطفل ووالديه.

- دراسة الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وما يمكن أن يكون له من انعكاسات على تعلمه وما يسهم

به في ذلك.

- التعرف على المستوى التعليمي والثقافي للأسرة.

- التعرف على تلك الضغوط الناتجة عن الاعاقة وتحديدتها والتعامل معها.

- التعرف على ردود أفعال الاسرة تجاه مثل هذه الضغوط.

- تحديد مستوى كفاءة الوالدين في التعامل مع مختلف الضغوط التي تواجههم ومن بينها الضغوط الناتجة

عن الاعاقة.

4- الأجهزة المساعدة:

هناك العديد من الأجهزة التكنولوجية الحديثة التي تعد بمثابة أجهزة تعويضية أو مساعدة يمكن أن تسهم بدرجة كبيرة في مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق تلك الأهداف من البرامج المستخدمة والتي تتمثل غالبيتها في تحقيق التواصل والتعلم وعليه فإن هناك أجهزة تستخدم مع الأفراد الصم كسماعات الأذن على سبيل المثال والكمبيوتر حتى التلغونات الهززة أو مكبرات الصوت وغيرها وبالنسبة للمكفوفين هنالك المصححات البصرية كالنظارات والعدسات اللاصقة والمكبرة أيضا أو العدسات التي يتم زرعها في العين بعد إجراء عمليات جراحية معينة وهنالك كذلك آلة "برايل" الكاتبة والكمبيوتر الناطق وجهاز "الفارسا برايل" وغيرها، أما بالنسبة للأطفال الصم المكفوفين فإن الأمر متوقف على درجة الفقد السمعي ودرجة الفقد البصري حتى يتم تحديد تلك الأجهزة التي يمكن الاستعانة بها في هذا الصدد والتي يمكنهم الاستفادة منها.

5- التواصل:

تختلف أساليب التواصل وتتعدد بل وتتنوع باختلاف الإعاقة الحسية، فالنسبة للأطفال الصم هنالك أساليب التواصل خاصة بهم تميزهم عن غيرهم وأما المكفوفون فلهم أيضا أساليبهم المميزة في التواصل، وكذلك الحال بالنسبة للأطفال الصم المكفوفين حيث تختلف الأساليب وفقا لعدد غير قليل من المتغيرات إذ يتوقف الأمر في المقام الأول على درجة الفقد السمعي، وكذا درجة الفقد البصري، حيث يمكننا أن نحدد أهم الأساليب المستخدمة، ومن ثم إذا كانت هناك بقايا سمعية فإننا نلجأ في المقام الأول إلى الأساليب المستخدمة مع المكفوفين مع عدم تجاهل ما يمكن استخدامه مع الصم أيضا، أما إذا كانت هناك بقايا بصرية فإن اهتمامنا الأول سوف ينصب آنذاك على تلك الأساليب التي يتم استخدامها مع الصم مع العمل على استغلال تلك البقايا البصرية، أما إذا كان الطفل أصما تماما وكفيف البصر كلياً فإننا ينبغي أن نلجأ حينئذ إلى الاستراتيجيات اللمسية.

6- الحركة أو الانتقال والتوجه:

يعد تعليم الطفل الكفيف أو الأصم الكفيف الحركة والانتقال في المكان وتدريبه على ذلك من الأمور ذات الأهمية في حياته إذ أنها تساعده على التنقل في المنزل وفي البيئة المحيطة عامة وهو الأمر الذي يسهم في إكسابه السلوك الاستقلالي، ومن المعروف أن عدم قدرة الطفل على الرؤية قد يعرضه للخطر عند تحركه من مكانه وهو ما يمكن أن يحد من دافعيته نحو الحركة في المكان، إلا أن مثل هذا التدريب من شأنه أن يساعده على أن يأتي بسلوكيات شبه استقلالية على الأقل، ومع ذلك فإن أساسيات النجاح في ذلك التدريب ومساعدة الطفل أو المراهق الأصم الكفيف على أن يأتي بمثل هذه السلوكيات يتم إرساؤها في وقت مبكر وذلك من خلال مرحلة طفولته وهو الأمر الذي يضيف إلى أهمية التدخل المبكر في هذا الجانب سواء فيما يتعلق بالحركة أو الانتقال في المكان أو بالتوجه، ولا يخفى علينا أن العبء الأكبر في هذا الإطار يقع على عاتق الآباء والمعلمين حيث ينبغي

عليهم أن يقوموا بعمل التواؤمات أوالتغيرات اللازمة في البيئة والتي يكون من شأنها أن تسهم في نجاح ذلك التدريب.

7- العلاج الوظيفي:

يعتبر العلاج الوظيفي occupational therapy من التدخلات الرئيسية التي يجب الاهتمام بها وتقديمها للأطفال ذوي الإعاقة الحسية بمختلف أنماطها عامة تتضمن الإعاقة البصرية أو السمعية مع أحد الإعاقات الأخرى سواء النمائية أو العقلية ويعد هذا النمط من الأنماط العلاجية بمثابة خدمة تقدم لهم في سبيل مساعدتهم على أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية مما يجعلهم أكثر اعتمادا على أنفسهم، وحتى يتحقق ذلك يتم تقييم الحالة أولا تقيما دقيقا كي يتحدد الأسلوب الأمثل للتدخل، ويتم اختيار تلك الأجهزة التي يمكن اللجوء إليها وعمل التواؤمات اللازمة في البيئة المحيطة أو المنزلية على وجه التحديد بما يمكن أن يساعدها على تحقيق الاستقلالية في السلوك، وعلى هذا الأساس فإن العلاج الوظيفي يمكن أن يمثل جانبا من تأهيل rehabilitation ذوي الإعاقة الحسية على وجه العموم وجانبا أساسيا من التدريب على الحركة والانتقال في المكان بالنسبة للمكفوفين أو الصم المكفوفين وهو الأمر الذي يساعد كثيرا في تحسين أوضاعهم حيث أن ذلك من شأنه أن يساعدهم على تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحيطين بهم، ومن ثم إقامة العديد من العلاقات معهم وهوما يمثل الأساس في سبيل إخراجهم من عزلتهم.

8- استخدام التكنولوجيا الحديثة:

أشار "بورجاستر 2001 Burgstahler" إلى أن الكمبيوتر يمكن أن يفيد كثيرا في مجالات الإعاقة الحسية غيرها من الإعاقات الأخرى حيث يستخدم الكمبيوتر الناطق للمكفوفين أضعاف البصر كما تستخدم العروض البصرية أيضا في إطار تلك البرامج الخاصة بالصم وضعاف السمع، ويدخل الكمبيوتر في هذا المضمار في إطار ما يعرف بالوسائل التكنولوجية المساعدة وعند استخدام مثل هذه الوسائل فإننا يجب أن نتعامل مع الوضع الراهن للفرد وكيف يمكننا أن نستخدم تلك الوسائل معه في سبيل مساعدته على تحقيق تلك الأهداف التي يتم تحديدها في هذا الإطار وغنى عن البيان أن استخدام مثل هذه الوسائل لا يخلص الفرد من إعاقته الحسية حيث أن تلك الإعاقة موجودة قبل استخدام هذه الوسائل وبعده، إلا أن استخدامها يعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة أي يساعد الفرد في التغلب على كثير من المشكلات أو الصعوبات التي تترتب عليها وبالتالي فإن مثل هاته الوسائل يمكن أن تساعده بدرجة كبيرة في الاندماج مع الآخرين، وإن كان الكمبيوتر يستخدم مع المكفوفين وضعاف البصر فإن هناك في واقع الأمر أكثر من طريقة واحدة لمثل هذا الاستخدام، أي أن استخدامه مع أعضاء مثل هذه الفئة يتعدد ويتنوع بحسب الكثير من المتغيرات والمواقف والظروف المختلفة وهو الأمر الذي يتيح للأكثر عدد منهم أن يستفيدوا منه بعد أن يتم تدريبهم على استخدامه بالشكل الذي يمكن أن يحقق لهم الاستفادة منه حيث يسهم بقدر كبير في تحقيق

ما نحدده لتلك البرامج التي نختارها لهم ونستخدمه فيها من أهداف مختلفة مثل تكبير الشاشة باستخدام تكنولوجيا الحديثة، تكبير النص المكتوب باستخدام فحص أوتوماتيكي، تكبير صور أو خطوط معينة وغيرها. ...

الخلاصة:

وكما ذكرنا سابقا فإن الإعاقة الحسية تعد محورا أساسيا من تلك المحاور التي تقوم عليها التربية الخاصة، وتعنى كل إعاقة من تلك التي تدخل في إطار العلاقات الحسية عدم قدرة الفرد على استخدام تلك الحاسة في سبيل القيام بالوظيفة التي خلقها الله سبحانه وتعالى من أجلها، ما أن حاستي السمع والإبصار تلعبان دورا مهما في عملية التواصل والإبصار وأن باقي الحواس على الرغم من أهميتها فإنها لا تلعب نفس الدور في حدوث عملية التعلم والتواصل.

المحاضرة الرابعة: الإعاقة الحركية

تمهيد:

تعتبر ظاهرة الإعاقة من المشاكل التي تعاني منها المجتمعات الإنسانية قديما وحديثا وهي ظاهرة عامة تشترك فيها المجتمعات المتطورة على حد سواء، هذا وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في أي مجتمع تتراوح ما بين 7-10% من مجموع السكان. والإعاقة تعني النقص أو القصور الزمن الذي يؤثر على قدرات الشخص فيصير معاقا سواء كانت الإعاقة جسمية أو انفعالية الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها.

والمعاق هو كل شخص لا يستطيع ان يكفل نفسه كليا أو جزئيا ضرورات الحياة الفردية الاجتماعية نتيجة عجز في قواه الجسمية مما يجعله غير قادر على اداء واجباته الأساسية بمفرده ومزاولة عمله والاستمرار فيه بالمعدل الطبيعي.

فالافراد المعاقين جسيا وحركيا قد كانوا يعانون من النبذ الاجتماعي والعزل لانهم يشكلون عبئا على المجتمع فبعض المجتمعات القديمة كانت تتخلص منهم باشكال متنوعة ثم بعد ذلك اخذ الاهتمام بهذه الفئة يزداد وتظهر البرامج التربوية وغيرها تظهر واصبح اعداد معلمين مدربين للتعامل والعمل مع هذه الفئة فلم توجد البرامج المدرسية التي تعتني بالمعاقين حركيا بشكل رسمي إلا في نهاية القرن العشرين.

1- تعريف الإعاقة الحركية:

الإعاقة الجسمية يقصد بها حالة من عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية، والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري وعضلاته أو الجهاز العصبي أو نتيجة لعوامل وراثية. (الشريف: 2011، 418).

2- التآزر أو تناسق الاداء الحركي للجسم:

قدرة الفرد على التواصل مع الاخرين بما يمثله هذا التواصل من القدرة على استقبال والقدرة على الارسال. القدرة على التعلم والتوافق الجسمي.

ان الاعاقة الحركية MObility-Dsability مصطلح ذو مدى واسع يشمل الاضطرابات القلبية الوعائية والاضطرابات الرئوية. ومن اكثر هذه الاضطرابات شيوعا: اصابة الحبل الشوكي. التهابات المفاصل. وشلل الدماغ. وضمور العضلات. التصلب المتعدد. البتر. وأمراض القلب وأخيرا أمراض الرئة. الاعاقة الجسمية هي التي تنتج عن قصور أو عجز في الجهاز الحركي وتحدث نتيجة الشلل الدماغي أو حادث يؤدي إلى تشوه العظام أو المفاصل أو ضمور ملحوظ في عضلات الجسمية تتدرج تحتها ثلاث انواع متميزة من الاعاقات يشيع استخدامها عند دراسة مشكلة المعوقين وهي: شلل الأطفال والاقعاد وأمراض القلب والاقعاد ينتج لعدة اسباب تؤثر في مستويات الاصابة والأعراض المصاحبة لها ومن اهم هذه الأسباب شلل الأطفال، سل العظام، الشلل التشنجي، العاهات الخلقية، امراض القلب والحوادث إلى غيرها (الخطيب، 2004، 75)

3- من هو المعوق حركيا؟

- ينظر إلى الشخص المعوق حركيا على انه ذلك الفرد الذي لديه اعاقة في حركته وأنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أو اصابة في مفاصله وعظامه مما يؤثر على وظائفه العادية وتعد الاعاقة الجسمية من المظاهر الاساسية للإعاقة الحركية بصفة عامة.

- هو من لديه عجز في الجهاز الحركي أو البدني بصفة عامة كالكسور والبتر وأصحاب الامراض المزمنة مثل شلل الأطفال الدرن، والسرطان والقلب والمقعدين وغيرهم.

- المعوق جسديا هو الشخص غير قادر على الحركة بسهولة ويحتاج إلى مساعدة الاخرين ويكون راجعا إلى اصابة الدماغ اثناء الطفولة أو التشوه الولادي للأطراف أو فقدان وظيفة من وظائف الاعضاء الجسدية.

- هو الذي يعاني من قصور فيسيولوجي سواء كان وراثيا أو مكتسبا يحول دون قيامه بالعمل أو يحول دون اشباع حاجاته الاساسية بما يتناسب والمرحلة العمرية التي يمر بها (الدهمشي: 2007، 218).

4- أسباب الاعاقة الحركية:

ترجع الاعاقات إلى عشرات بل المئات من الأسباب، نذكر منها: (كوافحة وعبد العزيز: 2003، 201)

1/ الأسباب الوراثية: تتم وراثية العجز عن طريق جينات سائدة أو متنحية تنتقل إلى الطفل من والديه وأجداده وأومن احدهما إلى الجنين واحتمالات ظهورها في زواج الاقارب اكثر من زواج غير الاقارب كما هناك ما يسمى بالشدوذ الوراثي بمعنى ان الطفل قد يصاب بالإعاقة التي يعاني منها والده ولكن بسبب انفصال خصائص وراثية

شاذة تؤدي إلى اضطرابات في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم. وتنقسم هذه الخصائص الوراثية الشاذة إلى نوعين: أحدهما شذوذ في الكروموزومات وعملها وثانيهما شذوذ في الجينات ومن الأسباب الوراثية أيضا: تعرض الطفل وهو جنين بعد ولادته لاضطرابات بيولوجية ناتجة عن عاملين آخرين هما:

عامل الريزوس (RH) وقد دلت الفحوص التحليلية على دم الإدميين في حوالي 86% من الحالات تحتوي على هذا المكون (RH) لذلك يرمز لهؤلاء الأفراد بالرمز (RH+) وأنه في 14% من حالات لا يحتوي الدم على هذا المكون ويرمز إلى هؤلاء الأفراد بالرمز (RH-) وفي حالة اختلاف دم الأم عن دم الجنين قد لا تتضح خلايا الدم وبالتالي يتأثر تكوين المخ مما يؤدي إلى حالة من التخلف العقلي عند الطفل.

اضطرابات الغدد الصماء سواء بالضمور أو التضخم فلا تنتظم وظائف الجسم.

الإعاقة من عدم وجود مناعة ضد الأمراض أو النقص البين في وزن الطفل الوليد (دون وزن الكيلو ونصف الجرام) أو عدم الاكتمال في نضج بعض الأعضاء لدى الوليد وقد تؤدي هذه الظواهر الناجمة عن عوامل وراثية إلى كون الأطفال عرضة لمخاطر الإعاقة بدرجة عالية وتعزى كثير من أسباب الضعف والتخلف العقلي إلى عوامل وراثية تبلغ في المتوسط حوالي 80% من حالات الأمراض العقلية عند الأطفال.

2/ الأسباب البيئية: تنقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام:

أسباب ما قبل ولادة الطفل: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية أو البكتيرية كالجدري والنكاف والتهابات الكبد الوبائي، والحصبة الألمانية والزهري، تعرض الجنين للإشعاعات، أو الاستعمال السيئ للأدوية والتدخين وإدمان المخدرات كن سن الأم الحامل له احتمالية بحدوث الإعاقة وخاصة صغار السن وكبار السن وكثرة الحمل المتعاقب للأمهات مع سوء التغذية وانعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال للولادات المشوهة.

أسباب أثناء الولادة: كالولادة العسر التي تعرض الطفل للإصابة في الجهاز العصبي وأيضا وضع المشيمة الذي قد يؤدي إلى اختناق الجنين واستخدام الجفت في الولادة يؤدي أيضا إلى إصابة دماغ الطفل. بالإضافة إلى أمراض المرتبطة بالولادة وسوء التغذية وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار يعد عاملا من عوامل التعرض للإعاقة، كالإصابة بالكساح وضعف البصر والتعرض للمرض بصورة عامة. كما أن الولادة الطويلة أو الجافة أو الطلق السريع يؤدي إلى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي في خلايا المخ.

أسباب ما بعد الولادة: التأخر في اكتشاف حالات الأطفال المصابين ببعض الإعاقات لا يعني أن الأسباب البيولوجية للإعاقة حدثت بعد الميلاد وإنما لم يتم التعرف على الحالة قبل الميلاد أو أثناء الولادة، أن هناك حالات تحدث بعد الميلاد وتكون لها نتائج حتمية ربما ينتج عنها وفاة الطفل. وتعد الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي علاوة على الإصابة في الأطراف وفي منطقة الرأس من الإصابات المباشرة. كذلك

قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى أو بعض الامراض العصبية التي منها الشلل المخي والنشاط الزائد.

ومن الأسباب المسببة للإعاقة نذكر منها كذلك الاسباب البيئية مثل الانزلاق الغضروفي وروماتيزم المفاصل والشلل الناشئ عن حوادث أو سكتة دماغية أو الصرع وغير ذلك. وهناك حوادث الطريق والمرور وهي مسؤولة عن 8.5% من المعاقين في العالم وحوادث العمل هي المسؤولة ايضا عن 4.5% من المعاقين في العالم. وأخيرا حوادث المنزل هي المسؤولة عن 6.5% من حالات الاعاقة في العالم.

5- الاعاقة والأطفال:

الأسباب:

الزيادة الكبيرة في نسبة الحوادث (المنزلية بصفة خاصة وتليها حوادث الطرق) بالنسبة لمن هم دون سن السادسة من العمر.

سلسلة امراض سوء التغذية التي يعاني منها الأطفال الرضع والأطفال غير الرضع نتيجة قصور الوعي وعزوف الامهات عن الارضاع الطبيعي واستعمال الاغذية المستوردة.

ارتفاع حالات الولادة المستمرة ونقص وزن الجنين عند الميلاد والزواج المبكر وسوء التغذية بين الامهات وتكرار الحمل والولادة على فترات زمنية قصيرة.

قصور برامج التطعيم والتحصين ضد الامراض القابلة للتحصين.

اعتماد كثير من الاسر على الخادمة في تربية اطفالها دون اشراف كاف للام.

ضعف أو غياب برامج التوعية بأسباب ومظاهر الاعاقة في البرامج التيليفزيونية والإذاعة وغيرها من وسائل الاعلام.

6- أهم الاعاقات التكوينية:

إن الاعاقات راجعة إلى اسباب تكوينية عديدة وهي تؤثر على اجهزة الجسم ولعل من اشهر الاعاقات الراجعة إلى اسباب تكوينية ما يلي:

اعاقات الجهاز العصبي والتي تعد من اخطر الاعاقات ولها مظاهر متعددة وتشمل جميع مظاهر الجسم مثل الشلل الدماغي والصلب المشقوق.

امراض الجهاز الدوري مثل امراض القلب وبخاصة وجود ثقب في القلب اة في الشرايين.

اعاقات في الجهاز العضلي مثل ضمور العضلات.

اعاقات الجهاز العظمى مثل الخلع الوركي والقدم المفرطح وانشقاق سقف الحلق.

امراض الجهاز الهضمي مثل انسداد فتحة المعدة (الخراج).

7- خصائص الإعاقة الحركية:

تتمثل خصائص الإعاقة الحركية في النقاط التالية:

الخصائص الجسدية:

- العجز المختلف في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل الأطراف والعمود الفقري.
- صعوبات بعدم التوازن في الجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي أو الروماتيزم أو الكسور وغيرها ومن المشاكل الجسمية.
- هشاشة العظام والتوائها وانخفاض معدل الوزن.
- مشاكل في الحجم وشكل العظام ومشاكل في عضلات الجسم كالوهن العضلي.
- وجود تتوتر مناسب في العضلات وارتخائها والتي ينتج منها عدم التناسق في الحركات مثل استعمال القلم عند الكتابة واستعمال اللسان عند الشرب والمضغ اضافة على عدم قدرتهم على حمل الاجسام المختلفة.
- اضطرابات في حاستي السمع والبصر.
- وهؤلاء الافراد بحاجة إلى وسائل تعويضية للقيام بالنشاطات التي تتعلق بحياتهم لليومية كتناول الطعام والشراب والملابس والمحافظة على سلامتهم العامة فهم بحاجة إلى أطراف اصطناعية وعكازين وغيرها ليستطيعوا الحركة والتنقل والقيام بما هو مطلوب منهم، كما وهم بحاجة إلى اخصائيين في مجال العظام والأعصاب من أجل تشخيص مشاكلهم وتقويمها ووضع الخطط العلاجية المناسبة لهم بحسب نوع وشدة الاعاقة الموجودة لديهم، وذلك للوصول إلى اكبر حد ممكن للاستفادة من طاقتهم الجسمية (غنيم وغنيم: 2016، 44-45)

الخصائص النفسية:

- الانسحاب والانطواء والخجل والعزلة والاكتئاب والحزن وعدم الرضا عن الذات وعن الاخرين.
- الشعور بالذنب والعجز والقصور وبالاختلاف عن الاخرين وبعدم اللياقة.
- عدم الانتباه والتشتت وبالقهريه وبالاعتمادية والخوف والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية العصبية.
- اضافة إلى عدم القدرة حل المشكلات وضبط الذات ومشاكل في الاتصال مع الاخرين والشعور بالحرمان، ولهذا فان جميع الخصائص وغيرها يجب ان تأخذ بعين الاعتبار عند تصميم البرامج التربوية والتعليمية والخاصة بهم وعند رسم الخطط للتعامل مع مشكلاتهم وتأهيلها. فهؤلاء الافراد بحاجة إلى الارشاد الوقائي والنمائي والعلاجي للتعامل مع مراحلهم العمرية المختلفة ودرجة الاضطراب النفسي ونوعه في البيت والمدرسة والعمل ولذلك يجب توفير اجواء نفسية مريحة دائما لهم في مجال الاسرة والمدرسة والعمل. ويكون ذلك بتقديم التشجيع والدعم الاسري والتربوي والمعنوي والمادي لهم ليستطيعوا ان يعيشوا حياتهم في جو بعيد عن التهديد ومشاعر تدني مفهوم

الذات كما يجب ان يتعدوا عن التوتر والقلق والدخول في الصراعات الاسرية والمعاناة منها (غنيم وغنيم: 2016، 41-42).

الخصائص التربوية والاجتماعية:

- مشكلات في عادات الطعام ومشاكل في التبول وضبط المثانة والأمعاء والاستحمام والوقوف وضبطه.
- مشكلات مع الاقران والإخوة والشعور بالحرمان الاجتماعي المتمثل في عدم مشاركتهم الفاعلة في نشاطات الاجتماعية اضافة إلى الانطواء الاجتماعي وقلة التفاعل مع الناس والخجل والعزلة والانسحاب والأفكار الهادمة للذات والاعتمادية على الاخرين.
- يعانون من نظرة الاجتماعية الدونية نحو قصورهم الجسمي وعدم اللياقة وحركات أو الأزمت حركية غير مناسبة تجلب الاستهزاء لهم.

وهذه المشكلات وأشكالها انما هي عينة قليلة من مجموعة مشاكلهم الاجتماعية والتي تحتاج إلى تدريبهم على عادات النظافة والمحافظة على صحتهم العامة وضبط المثانة والأمعاء والابتعاد عن مشكلات سوء التغذية وفقدان الشهية أو الافراط في تناول الأطعمة التي تسبب لهم البدانة والتي تشكل عبئا على أجسامهم. خاصة أولئك الذين لديهم عجز في مدى تحمل العظام لحمل الاجسام الثقيلة كما ان اهم جانب في العلاج الاجتماعي يتمثل في تقبل هؤلاء الافراد لأنفسهم وتقبل المجتمع لهم واندماجهم فيه وتعليمهم السلوك الاجتماعي المقبول في مجال البيت والمدرسة والمجتمع حيث ان هؤلاء الافراد لديهم صعوبات ايضا في مجال اللغة والحواس والتعلم لذلك فهم يعانون من مشاكل القراءة والكتابة في المدرسة لان حواسهم غير سليمة لهذا فهم بحاجة إلى برامج تربوية خاصة اضافة إلى جهود اجتماعية مكثفة لمعالجة مشاكلهم الاسرية ومشكلاتهم الخاصة بالصحة السيئة والمشاكل مع الرفاق والاقربان والانسحاب من المدرسة والعدوان وايداء الذات واللغة السيئة والسرقة والغش وغيرها ومن هنا ياتي دور المرشد التربوي والاختصاصي الاجتماعي لتشخيص مثل هذه الحالات والعمل على مساعدة هؤلاء الافراد والاستفادة من الفرص الاجتماعية لمساعدتهم (النوايسة: 2013، 211).

الخصائص العصبية:

- مشاكل تتعلق بتلف الدماغ أو خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية فيه.
- مشكلات خاصة كالصرع والاضطرابات العقلية التي قد تكون أورام الدماغ احد اسبابها.
- يعانون من الشلل بجميع اشكاله والشلل الدماغي بجميع انواعه.
- مشاكل خاصة بالحبل الشوكي ومشكلات في مجال الرؤية والسمع ناتجة من أمراض مثل التهاب السحايا والصل والحصبة الالمانية والزهرية وغيرها.

- وقد تنتج المشاكل العصبية لديهم عن سوء التغذية والحرمان وتعرضهم لإصابات الرأس والرضوض والكسور في الجسم.

لهذا مثل هؤلاء الافراد بحاجة إلى رعاية دائمة تتمثل في التكفل بجميع الامراض والإصابات التي قد تكون مسؤولة عن اعاققتهم الحركية وذلك بدءا من التطعيم الثلاثي وبالتشخيص والعلاج والتأهيل والتدريب (العزة: 2009، 198)

الخصائص التعليمية: تعتمد خصائص هؤلاء الافراد التعليمية على خصائصهم النفسية والجسمية والعصبي وحيث ان هؤلاء الافراد لديهم مشكلات في الانتباه وتشتته وصعوبة في التركيز والتذكر والاسترجاع والحفظ والنسيان ونقص في تناسق حركات الجسم ما يشكل لديهم صعوبات في مجال التعلم فهم لا يتعلمون بسهولة ولا بسرعة وذلك بسبب مشكلاتهم في حاستي السمع والبصر احيانا. لذلك هم بحاجة إلى مناهج تربوية خاصة تراعي اعاققتهم بحيث تعتمد على التبسيط والانتقال من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب اضافة إلى الاعتماد على التلقين وتشكيل السلوك وتسلسله وتقديم التعزيز الايجابي والتغذية الراجعة الايجابية والبيولوجية وتجزئ المهام والمهام المطلوب القيام بها (العزة: 2009، 198-199).

الخصائص المهنية: هؤلاء الافراد لا يستطيعون الالتحاق بأي عمل بسبب العجز والقصور الجسمي لديهم فهم غير قادرين على القيام بالأعمال المهنية الشاقة أو العمل في مجال البناء والقيادة كما ان اعاققتهم تعمل على الحد من استعداداتهم وقدراتهم وميولهم المهنية ويرغبون فيها فهذه المشكلات هي التي تدفعهم للأحجام عن العمل وعدم الرغبة في تأهيلهم وتشغيلهم لهذا فان الموجهين المهنيين الاخذ بعين الاعتبار قصورهم وهذا مساعدتهم على اختيار مهن تناسب قدراتهم الحركية. وذلك اثناء عملية تأهيلهم للحصول على العمل يكسبون به رزقهم حيث ان هؤلاء الافراد بحاجة إلى مدد تدريب وتأهيل اطول من العاديين لتعلم المهارات المهنية كما يجب تقديم المساعدات المختلفة اللازمة لهم وتحسين بيئة العمل وتشجيعهم عليه وتقديم الفرص المهنية المناسبة لاستيعابهم حتى يساهموا في عملية الانتاج ويتطور منسوب مساهمتهم وانجازاتهم (النوايسة: 2013، 212).

الخصائص التدريبية: إن هؤلاء الأفراد وبوجود العجز الحركي لديهم يجب تدريبهم على ممارسة الالعاب العقلية البسيطة بهدف اكسابهم المرونة الكافية للقيام بأعمالهم الروتينية الاعتيادية مثل قضاء الحاجة ونظافة الجسم والأسنان وتناول الطعام والشراب وغيرها من الاعمال التي تحتاج إلى تمكينهم من استخدام من تبقى من قدراتهم العضلية والحركية. والدفع بها إلى اقصى حد ممكن لذلك فهم بحاجة إلى اخصائيين في مجال العظام والعضلات وأخصائيين في مجال التربية البدنية والرياضة لاختيار الالعاب والنشاطات المناسبة لهم وحثهم على ممارستها وإزالة جميع المعوقات التي قد تقف امامهم لمزاولتها اضافة إلى تشجيعهم للقيام بالأعمال الفنية كالرسم والالعاب الخفيفة. ويتطلب ذلك تجزيء هذه المهام والحركات حتى يستطيع هؤلاء الافراد القيام بها ويتم ذلك كله بالمزيد من التدريب

والتقديم والتشجيع والحث والاستحسان والدعم النفسي والتغذية الراجعة وتشكيل السلوكات التدريبية المناسبة وتسليها وغيرها من الوسائل التي تساعدهم على ممارسة هوايتهم والعبهم بكل يسر وسهولة.

8- تصنيفات الاعاقة الحركية:

ان الاعاقات الحركية عديدة ومتنوعة وأسبابها عديدة ومتنوعة ايضا قد تكون خلقية أو مكتسبة أو بسبب امراض وقد تحدث قبل الولادة أو اثنائها أو بعدها وبعضها قد يكون راجع لكسور أو ضمور وغير ذلك مما سيلي ذكره وهي تصيب عدة اجهزة من اجهزة الجسم (على محمد: 2010، 33-35).

اصابة الجهاز العظمي: تشمل: الجنف والتحدب الظهرى، التقعير الظهرى، القدم المفلطحة، والقدم الحنفاء، ولين العظام، والبتير، والخلع الوركي الولادى.

اصابة المفاصل: تشمل: التهابات المفاصل، التهاب المفاصل الريفثائى، التهاب العظمى المفصلى، هشاشة العظام.

اصابة الجهاز العصبي: تشمل: الشلل الدماغى، الصلب المشقوق، وشلل الأطفال، والاستسقاء الدماغى، والتصلب المتعدد، واصابة الحبل الشوكى الوراثية والخلقية والضمورية التحليلية.

وجدير بالذكر ان هذه الاصابات لا تمثل كل الاصابات التي تحدث للاجهزة السابقة ولكنها اهم الاصابات التي تحدث اعاقه حركية واضحة في حركة الإنسان وتنقله.

9- حاجات المعاق حركيا:

ان الاحتياجات الاساسية للفرد المعاق حركيا كثيرة وتتعدد ونذكر منها:

أ-تصنيف كردينال:

الحاجة للحب.

الحاجة إلى علاقات الامن مع السلطة.

الحاجة إلى مرافقة الاقران.

ب-تصنيف (ابراهيم الغمرى) إلى ثلاث اقسام:

الحاجات الفيزيولوجية: الغذاء، الماء الراحة، المأوى. *

الحاجات الاجتماعية: التعاطف. القبول.

حاجات اشباع الذات: التحكم، الاستقلال، الإنجاز (غنىم وغنىم: 2016، 128-130).

ح-حاجيات صحية وتاهيلية:

العلاج.

الرعاية البدنية.

اجهزة تعويضية.

الحركة والتنقل: كرسي للتنقل ووسيلة للتواصل.

استعمال المراض.

ارتداء الملابس (غزال: 2016، 187-191).

ج- حاجات نفسية للمعاق حركيا:

الحاجة إلى الارشاد النفسي.

الحاجة إلى توفير اجواء نفسية مريحة للمعاقين بدينا.

تقديم التشجيع والدعم النفسي.

اشراكهم في خبرات سارة.

الحاجة للتاهيل المهني.

د- الحاجة التربوية للمعاق حركيا:

هم بحاجة إلى اساليب دراسية واساليب تعليمية مناسبة.

الحاجة إلى التعزيز الايجابي والبعد عن اساليب العقاب المختلفة.

تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة لهم (النوايسة: 2013، 210-212).

خلاصة:

الاعاقة الحركية انواع تختلف باختلاف مرجع الاعاقة قد تكون الاصابة في الجهاز العصبي أو اصابة عضلية

أو امراض مزمنة وتنعكس على الشخص المعاق على عدة مستويات النفسية منها الاجتماعية، مما يستدعي الرعاية

الخاصة عن طريق التكفل النفسي والتاهيل الجسدي والدمج الاجتماعي المهني.

المحاضرة الخامسة: الإعاقة الذهنية

تمهيد:

الإعاقة الذهنية (العقلية) ظاهرة معروفة على مر العصور ولا يوجد مجتمع يخلو من هذه الظاهرة ولقد تعددت

التفسيرات لهذه الظاهرة لأنها تجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة كعلوم النفس والتربية والطب

والاجتماع والقانون:

وتجدر الإشارة إلى أن نظرة المجتمعات اتجاه الأفراد المعاقين ذهنيا قد تغيرت كثيرا عما سبق نتيجة لزيادة

الوعي بحقوق هؤلاء الأفراد وواجب الحكومات والمجتمع نحوهم، فأصبح التعامل معهم يقوم على أساس أنهم

أعضاء في مجتمع يحتاج لهم ويحتاجون إليه.

9- تعريف الإعاقة الذهنية:

أصبح مصطلح الإعاقة الذهنية يستخدم بشكل متزايد كبديل لمصطلح التأخر العقلي ويتم تعريف الإعاقة الذهنية بأنها حالة توقف أو عدم اكتمال النمو الذهني وتتسم بخلل في المهارات التي تظهر خلال مرحلة النمو والتطور والتي تساهم في مستوى ذكاء الطفل بما في ذلك القدرات الإدراكية، والقدرات الاجتماعية (العنزي، 2011، 52)

وتظهر الإعاقة الذهنية قبل سن الثالثة عشر (13) وبشكل عام فإن مصطلح الإعاقة الذهنية ينطبق على نفس الأشخاص الذين سبق تشخيصهم بتأخر عقلي فيما يخص التصنيف والمستوى والنوع ومدى الحاجة إلى الخدمات والدعم لذا فإن كل شخص يتم أو سبق تشخيصه بالتأخر العقلي ينطبق عليه أيضا لتشخيص الإعاقة الذهنية.

10- تاريخ الإعاقة الذهنية:

الإعاقة الفكرية مشكلة اجتماعية معقدة استرعت منذ أقدم الأزمان ففي بلاد اليونان كانوا ينظروا إلى الإعاقة الذهنية نظرة رثاء وتحقير فكان الإغريق واليونان يشخصونها على أساس تشوهات وعيوب حتى اعتبروا منبوذين وعند ظهور الديانة المسيحية عكست الوضع وصاروا ذو عطف واهتمام، أما في الديانة الإسلامية قاموا بإعطائهم حقوق متعددة وهذا ما أدى بالمسلمين للجوء إلى العلاج النفسي على يد أطباء ظهوروا في تلك الفترة في عهد النهضة الأوروبية (السيد عبيد: 2007، 33).

11- خصائص المعاقين ذهنيا:

أي طبيعة سلوكه وسمات شخصيته التي تدعونا أن نقف عندها وندرسها ونحلها حتى نقف على حياة ذوي الإعاقة الذهنية ونتعرف على طبيعته ونساهم في حل المشاكل التي تعترضه في هذه الحياة ونجعل منه إنسانا عاديا صامدا أمام المصاعب الدنيوية التي لا تترك أحدا إلا وتزوده بما لديها، لذلك فإنه من الجدير أن نتعرض لهذه الخصائص المتمثلة في: (واكلي بدبعة: 2013، 9-11)

الخصائص الجسمية: إن معدل النمو الجسمي والحركي للمعاقين ذهنيا يميل إلى الانخفاض بشكل عام، وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة، فيلاحظ أن المعاقين أصغر في حجمهم وأطولهم من أقرانهم غير المعاقين، وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس والوجه وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا والسفلى، ويتضح من ذلك أن المعاقين عقليا بالمقارنة مع الأسوياء الأصحاء يعانون من مشاكل جسمية شديدة، لذلك فهم بحاجة إلى الكثير من العناية والرعاية

الخصائص العقلية: تعتبر الصفات العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل المتخلف ذهنيا عن الطفل العادي، حيث أن معدل نموه العقلي يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي.

ومن أهم الخصائص العقلية المعرفية التي تميز معظم المتخلفين ذهنيا:

الميل نحو تبسيط المعلومات فالمعاق عقليا، يتصف بقصور قدرته على التفكير المجرد، فهو لا يستطيع استخدام المجردات في تفكيره.

قصور القدرة على التعميم

ضعف القدرة على التذكر والتركيز

التأخر في النمو اللغوي والكلامي

الخصائص الانفعالية والاجتماعية: إن الخصائص الانفعالية والاجتماعية، تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث بين المتخلف ذهنيا وبيئته حتى يتصف المعاقون ذهنيا بهذه الصفات: العدوان والانسحاب، السلوك التكراري، التردد، والنشاط الزائد، عدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعلى إنشاء علاقات إجتماعية فعالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سنا في نشاطهم وعدم تقدير الذات، وعدم الشعور بالأمن والكفاءة. فالمعاق ذهنيا لا يستطيع الاهتمام بنظافته الشخصية ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية مع غيره، ومشاركتهم في أوجه نشاطهم، ويتصف المعاق عقليا في معظم الأحيان بالبلادة وعدم الاكتراث، وعدم التحكم في الانفعالات، فهو يرى نفسه يختلف عن غيره لذلك فهو يتصرف بتصرفات غير لائقة ومناسبة.

الخصائص السلوكية:

النقص الواضح في التعليم مقارنة مع أقرانه من الاطفال العاديين.

نقص في الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية.

نقص في التذكر

الخصائص اللغوية: المعاقون ذهنيا أبطأ من العاديين في اكتسابهم للغة.

12- تصنيف الإعاقة الذهنية:

- نظرا لتحديد وتنوع الأفراد الذين تم تشخيصهم كمعاقين عقليا كانت هناك الحاجة لتصنيف هؤلاء الأفراد في مجموعات معينة لهم سمات ومظاهر مشتركة، وقد اختلفت وتعدد المحكات التي على أساسها تم تصنيف الإعاقة الذهنية، ومن أهم هذه المحكات ما يلي: (أحمد وادي: 2009، ص 42، 43، 45)

أولا- تصنيف على حسب الأسباب:

-أ- تخلف عقلي أولي: ويضم الحالات التي تنشأ عن عوامل وراثية، عن طريق الجينات والكروموسومات وفقا لقوانين الوراثة، وتشمل هذه الفئة أيضا حالات الإعاقة الذهنية الناتجة عن اضطرابات الغدد الصماء كما في حالات القصاص أو القزامة التي يسببها اضطرابات التمثيل الغذائي مثل اضطرابات تمثيل الدهون والبروتين والكربوهيدرات.

ب- تخلف عقلي ثانوي: وتضم الحالات التي تنشأ عن توقف نمو النيورونات اللحائية، ويرجع إلى عوامل بيئية تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب.

ثانيا - تصنيف على حسب قابلية التعلم:

ويشيع هذا التصنيف في ميدان التعليم ويسمى أحيانا بالتصنيف التربوي ويشمل:

القابلين للتعلم: ويشمل الأفراد التي تقع نسبة ذكائهم بين (50-75).

القابلين للتدريب: ويشمل الأفراد الذين تقع نسب ذكائهم بين (25-49).

حالات الرعاية المعهدية: وهم حالات شديدي ومتعددي الإعاقة وتشمل الأفراد الذين تقل نسب ذكائهم عن

25.

ثالثا -التصنيف السيكولوجي: يهدف هذا التصنيف إلى معرفة المستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة،

وتصنف حالات الإعاقة الذهنية تبعا لهذا التصنيف إلى ثلاث فئات حسب نسبة الذكاء كما يلي:

الأهوك أو المأفون: ويتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (50-70) ويستطيع هؤلاء القيام بأعمال روتينية

بسيطة تحت الإشراف وبعد التدريب كما يمكنهم التواصل ولكن القدرة اللفظية محدودة

الأبله: ويتراوح ذكاء هذه الفئة بين (25-50) ويستطيع هؤلاء تعلم بعض الكلام وبالتالي يعبرون عن

حاجتهم الأساسية ولكنهم عادة لا يستطيعون القراءة ولا الكتابة كما يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار العادية

وانجاز أعمال بسيطة.

المعتوه: ويقل ذكاء هؤلاء الأفراد عن 25 ولا يستطيع هؤلاء الانتباه لحاجتهم الشخصية أو حماية أنفسهم من

الأخطار ويعانون من نقائص حركية وجسمية ملحوظة ويجب وضعهم في مؤسسات خاصة، لكن تبدلت النظرة

إلى هذا التصنيف في الوقت الراهن مع تغير المفاهيم العلمية عن التخلف العقلي واستخدام مصطلحات جديدة

للإشارة إلى فئاته بدلا من هذه المصطلحات التقليدية السلبية التي أصبحت غير مقبولة إجتماعيا.

رابعا - التصنيف حسب الشكل الخارجي: يهدف هذا التصنيف إلى وضع الأفراد المصابين بالتخلف في

فئات على حسب ما يميزهم من سمات بدنية مثل شكل الجسم والوجه والعينين ومن أهم هذه التصنيفات:

المنغولية: وتمثل حالات المنغولية أو عرض داون 10% من حالات التخلف العقلي المتوسط والشديد،

ويتميز أصحابها بسمات بدنية تشبه الجنس المنغولي كالعيون الضيقة والوجه المسطح المستدير والأنوف

الضيقة.

حالات صغر حجم الدماغ: تعتبر حالات صغر حجم الدماغ من الحالات المعروفة إكلينيكيًا في مجال

الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسبة حدوثها، وغالبا ما يأخذ الرأس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المقلوب أو

حبة الكمثرى المعكوسة ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لهذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول

وصعوبات في المهارات الحركية العامة والدقيقة وغالبا ما تقع هذه الحالات في فئة الإعاقة الذهنية الشديدة والشديدة جدا.

حالات كبير حجم الدماغ: وهي أيضا من الحالات الإكلينيكية المعروفة بالرغم من قلة حدوثها، وغالبا ما يكون شكل الرأس كبيرا ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحيانا في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة وتقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدا.

13- أسباب الإعاقة الذهنية:

ونقسم الأسباب إلى المجموعات التالية:

عوامل ما قبل الولادة: ومنها العوامل الجينية وانتقال الأمراض الوراثية من الأبوين إلى الجنين والعوامل البيئية أو إصابة الأم بالعدوى أثناء الحمل أو العدوى الفيروسية مثل الحصبة الألمانية والأنفلونزا كل ذلك يؤدي إلى التأخر الذهني.

عوامل أثناء الولادة: وهي الأسباب التي تحدث أثناء الولادة مثل حدوث نقص في الأكسجين للطفل أثناء الولادة خاصة الولادة المتعسرة، وما يصاحبها من صدمات أو حدوث نزيف بالمخ أثناء الولادة، أو الولادة قبل الميعاد المحدد، نقص في وزن الطفل.

عوامل ما بعد الولادة: وهي الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية بعد الولادة مثل حالات الفيل كيتونوريا

14- التشخيص

لتشخيص إعاقة ذهنية، يجب أن يتمتع طفلك بمهارات فكرية وتكيفية أقل من المتوسط. حيث سيجري الطبيب تقييما للطفل من ثلاثة أجزاء يتضمن:

مقابلات معك ويتابع حركات طفلك، ويخضعه لاختبارات الذكاء مثل اختبار "ستانفورد بنيه للذكاء" سيساعد هذا الطبيب بتحديد معدل نكائه.

كما لا يمكن للأطباء دائما تحديد سبب معين للإصابة بالإعاقة الذهنية وربما تكون ناتجة عن:

صدمة ما قبل الولادة مثل العدوى أو التعرض للكحول أو المخدرات أو سُموم أخرى.

صدمة أثناء الولادة مثل الحرمان من الأكسجين أو الولادة المبكرة.

الاضطرابات الوراثية مثل مرض "تاي سكس".

تشوهات الكروموسومات مثل متلازمة داون.

التسمم بالرصاص أو الزئبق.

سوء التغذية الحاد أو القضايا الغذائية الأخرى.

الحالات الشديدة من أمراض الطفولة المبكرة مثل السعال الديكي أو الحصبة أو التهاب السحايا ما يتسبب في إصابة الدماغ.

من المهم أن نتذكر أن أداء الأطفال من مختلف الثقافات والحالات الاجتماعية والاقتصادية قد يختلف في هذه الاختبارات.

15- العلاج من الإعاقة الذهنية:

تعرفي أولاً على المشكلة التي يعاني منها الطفل في وقت مبكر، إذا كانت هذه المشكلة جسدية أو عقلية أو اجتماعية إن أنت تحتاجين إلى استشارة مستمرة لمساعدته على التكيف مع إعاقته كلما كبر سنه.

علاج الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو بشكل فوري عند ملاحظة ظهور هذه المشاكل وخصوصاً الأطفال من عمر الولادة حتى 3 سنوات.

العمل على توفير خدمات التعليم المبكر للأطفال من عمر 3 حتى 5 سنوات والتي تعود بفائدة كبيرة على تحسين حالة الطفل بشكل عام.

عندما يكون طفلك مستعداً للالتحاق بالمدسة، سيتم وضع برنامج التعليم الفردي له، لمساعدته على تلبية احتياجاته التعليمية. وكوني واثقة أن جميع الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يستفيدون من التعليم الخاص.

بات يفرض على المدارس العامة في بعض البلدان، تقديم تعليم مجاني ومناسب للأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية وغيرها من إعاقات النمو.

اعلمي أن الهدف الرئيسي من العلاج هو مساعدة طفلك على تحقيق إمكاناته الكاملة من حيث: التعليم وإتقان المهارات الاجتماعية والحياتية.

16- الوقاية من الإعاقة الذهنية:

من الصعب الوقاية من الإعاقة الذهنية، ولكن هناك عدة طرق للوقاية من بعض الأسباب التي تؤدي إلى هذه الإعاقة كالوقاية من الإعاقة التي يكون سببها تناول الكحول قبل وأثناء الحمل، حيث يجب على الحوامل التوقف عن شرب الكحول وتلقي رعاية ما قبل الحمل للحمل بطفل سليم، أيضاً يجب عليهن تناول بعض الفيتامينات قبل الولادة وتلقي التلقيح اللازم ضد بعض الأمراض المعدية.

والنصائح السابقة قد تقلل من خطر ولادة طفل مصاب بهذه الإعاقة، وقد يوصي الطبيب الأسر التي لديها تاريخ طبي من الاضطرابات الوراثية بإجراء الاختبارات الجينية قبل الحمل كاختبار الموجات فوق الصوتية واختبار البزل السلي، حيث يمكن أيضاً أن يقوم الطبيب بإجراء هذه الاختبارات للبحث عن بعض المشاكل المرتبطة بالإعاقة الفكرية خلال فترة الحمل، وتجدر الإشارة إلى أن هذه الاختبارات قد تحدد العديد من المشاكل قبل الولادة ولكنها لا تستطيع تصحيحها أو إيجاد حلول لها.

خلاصة:

على الرغم من التقدم الهائل الذي حصل في مجال الاعاقة الذهنية من حيث الأسباب وتحديد المفهوم والتعريف والتشخيص وجوانب التأهيل والتدريب والوقاية، إلا أن الوصول إلى فهم مشترك حول معظم القضايا مازال في مراحله الأولية، فالمتتبع لحركة تطور الاعاقة الذهنية يلمس مدى التقدم العلمي الذي طرأ على هذه الظاهرة بشكل تمت فيه دراسة كافة جوانبها لغرض وضع إطار موحد للمفهوم. فرعاية هذه الفئة لا تقف عند التحاقهم بمركز أو مؤسسة تعليمية أو إيوائية فحسب بل يجب أن تمتد إلى مساعدتهم على تحقيق الأداء التكيفي في المواقف الحياتية المختلفة.

المحاضرة السادسة: اضطراب تشتت الانتباه

تمهيد:

تتعد الاضطرابات سلوكية للأطفال ولعل اكثرها اضطراب تشتت الانتباه وبغية التعرف عن الاضطراب أكثر سيتم العرض في هذا الباب إلى التطور التاريخي لمفهوم اضطراب تشتت الانتباه -تعريفه-انواعه-أسبابه - العوامل المشتتة -مضاعفات - اعراض وطرق تشخيصه وطرق علاجه.

10- تعريف اضطراب تشتت الانتباه

- يعرفه الدعسوبي (2006) " أنه شرود الذهن وتجنب أداء المم.. التي تتطلب الانتباه لمدى طويل إلى جانب السلوكيات التي تتمثل بالإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية وفقدان الممتلكات في أغلب الأحيان وعدم القدرة على اتباع التعليمات وصعوبة في تنظيم أداء المهام"
- يعرفه القمشا ومعايطة (2007): "بأنه عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهام والمؤثران المرتبطة بالموقف.

- وعرفته الباحثة د.ليلي يوسف كريم المرسومي بأنه ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى الميتران، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، وكثيرا ما يرافق اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد وفرط الحركة.

11- نظرة تاريخية عن الاضطراب

- لقد تعرض اضطراب تشتت الانتباه أو فرط الحركة إلى عدة سميات وهذا منذ بداية القرن الثامن عشر (10) إلى غاية الدليل الاحصائي التشخيصي في الاضطرابات العقلية DSMTV بحيث كان يسمى ب: إصابة دماغية بسيطة Lesion ثم خلل دماغي بسيط ثم فرط الحركة Hyperkinesie، بعدها تتأذر فرط الحركة أو اندفاعي، انعكاس حركي للطفولة وهذا في DSMTV وأخيرا تشتت الانتباه أو بدون فرط الحركة:

(Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Debock. Bruxelles.)

- لقد صرح ترغولد (1908) بأنه في حالة الإصابة الدماغية البسيطة خلال الولادة، فإن الاعراض الأولية قد تتلاشى بسرعة، لكنها تعاود الظهور عندما يبأ الطفل تعليمه المدرسي دالة على عجزها.
- يعتبر الدكتور (George Still 1902) أحد أول الباحثين الذين بحثوا في اضطراب فرط الحركة / تشتت الانتباه فقد أشار اليه أنداك بدوي العجز في السيطرة على الروح المعنوية والمقصود بذلك هو العجز في القدرة على ضبط الذات.
- جدول يوضح تطور مفهوم اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة حسب الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية:

DSMTV 1994	DSM III TR 1987	DSM III 1980
<p>- نشاط الزائد / قصور الانتباه مصحوب بتشتت الانتباه. ADHD وتعرفه 6 أعراض في تشتت الانتباه من قائمة بها 9 أعراض.</p> <p>- نشاط زائد وقصور الانتباه مصحوب بالاندفاعية ونشاط حركي زائد ADHD وتعرفه 6 أعراض تدل على الاندفاعية.</p> <p>- نمط مشترك ADHD وتعرفه الاعراض الذي ذكرت أعلاه.</p>	<p>- اضطراب لنشاط الزائد وقصور الكانتباه ADHD يحتوي على 8 أعراض في قائمة بها 14 عرض يدل على قصور الانتباه، الاندفاعية، النشاط الزائد.</p>	<p>1- اضطراب قصور الانتباه ADD بدون نشاط زائد وهو يحتوي على 3 أعراض للاندفاعية.</p> <p>2 - قصور الانتباه واضطراب النشاط الزائد ADD يحتوي على عرضين للنشاط الزائد.</p>

12- أسباب اضطراب تشتت الانتباه: تتمثل أبرز الأسباب في النقاط التالية:

- **تغيير في بنية الدماغ أو إرادته:** بينما لا يزال المسبب دقيق لاضطراب قصور وتشتت الانتباه إلا أنه بينت صور الدماغ حدوث تغيرات هامة في بنية الدماغ وأدائه لدى اشخاص المصابين بهذا الاضطراب فقد لوحظ من وجود نشاط متدن في المناطق الدماغية المسؤولة عن نشاط والانتباه.
- **الوراثة:** بيدوان اضطراب قصور الانتباه ينتقل وراثيا من جيل إلى جيل حيث ان واحدا من كل أربعين طفل يعانون من الاضطراب لديه قريب عائلي واحد على الأقل يعاني من الاضطراب ذاته.
- **تدخين الام خلال الحمل واستعمال مواد سامة تسبب الإدمان:** المرأة الحامل التي تدخن تزيد من احتمال ولادة طفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه والتركيز كما ان الافراط في تناول المشروبات الروحية وتعاطي المواد التي تسبب الإدمان اثناء فترة الحمل من شأنه ان يسبب هبوطا في نشاط الخلايا العصبية التي تنتج الناقلات الكيميائية بين الاعصاب. كما تكون النساء الحوامل اللواتي يتعرضن للملوثات البيئية سامة أكثر عرضة لولادة أطفال مع اعراض اضطراب نقص التركيز.

13- عوامل مشتتة للانتباه: تشمل هذه العوامل:

- تعرض الجنين إلى مواد سامة.
 - التدخين أو شرب الكحوليات أو تعاطي المواد التي تسبب الإدمان في فترة الحمل.
 - تاريخ عائلي من الإصابة باضطراب قصور الانتباه أو باضطرابات سلوكية أو نفسية أخرى
- الولادة المبكرة.
- فرط الدرقية.
- اضطراب المعارضة والتمرد

14- مضاعفات تشتت الانتباه

- قد يواجه الأطفال المصابون باضطراب تشتت الانتباه الكثير من المصاعب في حياتهم اثر اصابتهم بهذا لاضطراب ومنها يواجهون المصاعب ثناء الدروس التعليمية مما قد يسبب الفشل في التحصيل العلمي بالإضافة إلى تعرضهم لانقادات دائمة سواء من زملائهم أو من البالغين.
- قد يكونون عرضة للتورط في حوادث مختلفة للإصابة بضربات أو جروح أكثر من غيرهم من الوالد الدين لا يعانون من هذا الاضطراب.
- يواجهون صعوبات في التعاون مع اترابهم أو مع البالغين
- يكونون أكثر عرضة لخطر استهلاك المشروبات الكحولية وتعاطي المواد المسببة للإدمان
- اضطراب المعارضة والتمرد (ODD- Oppositional Defiant Disorder)
- اضطرابات السلوكية
- الاكتئاب
- العسر التعليمي.

15- أعراض تشتت الانتباه

يصعب تحديد اعراض هذا الاضطراب بصفة خاصة نظرا لصعوبة تحديد خط فاصل بين المستويات العادية لنقص الانتباه والمستويات الأخرى التي تتطلب تدخلا طبيا لتحديد ما اذا كان الشخص مصابا باضطراب نقص الانتباه.

يجب أن يلاحظ استمرار الاعراض عنده لمدة ستة أشهر أو أكثر في بيئتين مختلفتين ويجب أن تفوق هذه الاعراض مشكلتها في الأطفال الاخرين في المرحلة العمرية نفسها بتقسيم اعراض اضطراب تشتت الانتباه إلى ثلاثة أنواع فرعية منه ألا وهي النوع الذي يتغلب عليه نقص الانتباه.

يتضمن النوع الذي يغلب عليه نقص الانتباه الاعراض التالية:

- تشتت الذهن بسهولة وعدم الانتباه للتفاصيل والنسيان والانتقال الدائم من نشاط الاخر .
- صعوبة التركيز في أمر واحد.
- الشعور بالملل من أداء النشاط واحد بعد بعض دقائق فقط ما لم يكن هذا النشاط ممتعا صعوبة تركيز الانتباه على تنظيم واستكمال عمل ما أو تعلم شيء جديد.
- صعوبة إتمام الواجبات المدرسية وأدائها وفقدان الأغراض في كثير من الأحيان مثل: (قلم الرصاص واللعب، الواجبات المدرسية) اللازمة لإنجاز المهام والأنشطة.
- ظهور المريض كأنه لا يضمن عند التحدث اليه.
- الاستعراف في أحكام اليقظة والارتباك سهولة والتحرك ببطء.
- صعوبة معالجة المعلومات بسرعة وبدقة كالآخرين.
- صعوبة اتباع التعليمات.

16- تشخيص الاضطرابات تشتت الانتباه

ليس هناك اختيار واحد لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه مما يصعب عملية تشخيص هذا الاضطراب ويعد جمع أكبر قدر من المعلومات التي تتعلق بالطفل المصاب باضطراب قصور الانتباه أفضل الطرق لتشخيص هذا الاضطراب بدقة ولنفي الإصابة باضطرابات أخرى كثيرة قد تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة. تبدأ المرحلة الأولى من التشخيص بإجراء فحص طبي شامل للطفل يتخلله توجيه أسئلة تتعلق بالصحة العامة للطفل وبالمشاكل الطبية وبظهور علامات أو أعراض بمشاكل وسائل أخرى قد تظهر في محيط المدرسة أو المنزل (دعاء سعيد، 2014، 32).

يبيدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور انتباه علامة على امتداد فترة طويلة كما يظهرون صعوبة كبيرة في الحالات الضاغنة بشكل خاص أو أثناء القيام بنشاط يتطلب قدرا عاليا من الانتباه والتركيز.

القراءة وحل المسائل الحساسة الألعاب التفكيرية:

يعتقد معظم الأطباء بأنه من غير الصحيح تصنيف طفل ما على أنه يعاني من هذا الاضطراب الا إذا ظهرت لديه علامات وأعراض واضحة وحاسمة في فترة الطفولة المبكرة أسهمت في تواجد مشكلات في البيت أو في المدرسة بشكل دائم.

تشخيص لدى أطفال الصغار:

رغم أن أعراض اضطراب قد تظهر لدى أطفال في سن الحضانه الإلزامية أو حتى لدى الأطفال في سن أصغر من ذلك إلا أن تشخيص هذا اضطراب لدى الأطفال الصغار جدا بعد عملية معقدة وصعبة ويعود سبب ذلك إلى أن المشكلات التي قد تنشأ عند التطور مثل: تأخر التطور قد يتم تشخيصها عن طريق الخطأ على أنها

اضطراب قصور الانتباه ولذا فان التشخيص الإصابة بهذا الاضطراب لدى الأطفال الصغار جدا ينبغي أن يتم من قبل اختصاصي في الموضوع مثل: اختصاصي النفس أو طبيب النفسي واختصاصي في علاج النطق واللغة واختصاصي تطور الطفل.

17- علاج اضطراب تشتت الانتباه: تشمل أبرز العلاجات ما يلي: (أميرة علي محمد: 2008، 271)

1 - العلاج الدوائي:

تعد الادوية المنشطة والادوية المهدئة العلاجات الدوائية الاوسع انتشارا اليوم لمعالجة اضطراب تشتت الانتباه لدى الأطفال وهي تشمل:

ميثيل فندات Methylphenidate

ديكسرو مفيتامين Dextromphetamine وبالرغم من أن العلماء يعرفون تماما حتى الان كيفية تأثير هذه العقاقير الدوائية الان الانطباع السائد بينهم هو أن هذه الادوية تعمل على تنشيط الدماغ وموازنة مستويات تركيز المواد الكيميائية في الدماغ والمعروفة باسم الناقلات الكيميائية بين الأعضاء Neurotransmitters. وساهم هذه الادوية في تحسين الاعراض والعلامات الأساسية المصاحبة للاضطراب كنقص الانتباه والاندفاعية ومع ذلك فان تأثير هذه الادوية تدوم لوقت قصير جدا فقط ويزول بسرعة فائقة. فيما يأتي الآثار الجانبية أكثر انتشارا لدى الأطفال عند تناول العلاجات الدوائية المنشطة:

- فقد الشهية

- فقدان الوزن

- اضطرابات ومشاكل في النوم.

- العصبية وانعدام الهدوء لدى زوال مفعول الدواء.

كما قد يكون لهذه الادوية المنشطة تأثير في ابطاء نمو الأطفال وتطورهم لكن هذا التأخير في أغلب الأحيان لا يكون مستديما وقد. . بعض القلق والتخوف من استخدام الادوية المنشطة لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ولم يبلغوا سن الالتحاق بالمدرسة بعد.

2 - العلاج الدوائي للاضطراب والمشاكل القلبية

لقد تم فعلا تسجيل بعض حالات الوفاة جراء فشل القلب لدى بعض الأطفال والمراهقين الذين يتناولون هذه الادوية المنشطة لكن الحديث يدور هنا حالات نادرة.

3 - العلاج بالادوية المهدئة:

يستخدم هذا العلاج أساسا للأطفال الذين يعانون من الاضطراب ولا يتحدى معهم العلاج بالادوية المنشطة نفعاً أو للأطفال الذين تظهر لديهم أعراض وآثار جانبية من جراء تناول الادوية المنشطة.

وتشمل علاجات الأخرى المستخدمة لمعالجة الأطفال المصابين بالاضطراب ما يلي:

- مضادات اكتئاب

- كلوندين (CLONDINE)

4 - معالجة اضطرابات تشتت اشباه

بالاستشارة:

يحنى الأطفال المصابون بهذا الاضطراب غالبا فائدة جهة من محادثات العلاج بالاستشارة والتوجيه أو من العلاج السلوكي جميع هذه العلاجات يمكن تليفها من قبل مجموعة من الاختصاصيين تشمل.

طبيب النفسي او المعالج النفسي العامل الاجتماعي او اختصاصيين المختلفة مجازين لتقديم هذه العلاجات. وقد يعاني بعض الأطفال المصابين بالاضطراب ظواهر أخرى القلق او الاكتئاب وفي مثل هذه الحالات يمكن الاستشارة والتوجيه أن يساعد في معالجة الاضطراب بحد ذاته إضافة إلى معالجة الظواهر المرافقة له.

من بين أنواع الاستشارات الشائعة:

- المعالجة النفسية

- المعالجة السلوكية

- المعالجة العائلية

- التدريب على اكتساب المهارات والمؤسسات الاجتماعية

- المعالجة بواسطة مجموعات الدعم.

ويمكن تحقيق أفضل النتائج من هذه العلاجات شرط ضمان التعاون المشترك والتام بين المدرسين والأهل والمعالجين والمستشارين أو طبيب النفسي بحيث يعمل هؤلاء جميعا سوية كمجموعة واحدة من أجل تحقيق هدف مشترك.

ويستطيع أهل أن يلعبوا أدوار مركزيا وحاسما من خلال بذل الجهود لتنسيق العمل المشترك والتعاون مع المعلمين ومن خلال توجيههم إلى المصادر المؤهلة الموثوق بها لتلقى المعلومات والدعم من أجل تحسين وضع طفل أثناء الدراسة.

خلاصة:

الانتباه عملية أساسية في الحياة الاعتيادية للفرد بشكل تفصيلي وكذلك يمكن ان يسبب اضطراب تشتت الانتباه في صعوبات لدى الأشخاص من المصابين به في العديد من السياقات التي تتطلب وجود انتباه مركزية متواصل.

واحد لان لا توجد أسباب واضحة ودقيقة حول سبب حدوثه ولكن يوجد بعض الدراسات اثبتت ارتباطه ببعض العوامل.

المحاضرة السابعة: فرط النشاط الحركي الزائد

تمهيد:

يعد فرط النشاط واضطراب الانتباه مجموعة مختلطة من الاعراض تتميز بضعف الانتباه والذي لا ينتج عنه ضعفا في الترخيص مع زيادة ملحوظة في النشاط الحركي وهذي الأعراض يجب أن تلاحظ لمدة لا يقل عن شهرين وقبل سن السابعة وفيما يلي سأقدم بعض التعريفات التي وردت في بعض الدراسات حول هذا الموضوع.

7- تعريف: اضطراب فرط النشاط الحركي:

نظرا لاهتمام العلماء والباحثين بدراسة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كأحد اضطرابات الطفولية، فقد تعدد التعريفات التي تناولته، حيث تناول تعريفه حشد كبير من العلماء والباحثين:

بحيث نجد أن بعض من العلماء والباحثين يتخذون من كثرة الحركة وزيادة النشاط معيارا للحكم على الطفل بأنه يعاني من هذا الاضطراب كتعريف روس (ross 1982-227) التي يعرف بأنه: الارتفاع في مستوى النشاط عند الطفل عن المعيار السوي وذلك من جهة الكبار الذين يعتبرون هذا النشاط مصدر قلق وإزعاج لهم.

كذلك تعريف عادل عز الدين الاشول (987-453) الذي يشير إلى أنّ اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مصطلح يصف السلوك الذي يشم بالحركة غير العادية والنشاط المفرط، وقد يعوق هذا الاضطراب تعلم الطفل المصاب.

تعريف ستراتون هامين (20: 1988) الذي ينظر اليه على انه حالة النشاط الظاهر غير المضبوطة لدى الاطفال يرتبط ارتباط شديدا بصعوبة المحافظة على الانتباه.

وتعريف ابراهيم كاضم العطاهوي (911): 204 لهذا الاضطراب على أنه: ميل لدى بعض الاطفال للحركة الكثيرة المتواصلة وعدم الركون والهدوء أو الثبات أو الاستقرار في عمل ما أو مكان لفترة طويلة.

كما ينظر لهذا الاضطراب على انه يتكون من ثلاثة أعراض أساسية هي النشاط الحركي المفرط قصر فترة الانتباه لاندفاعه ويظهر الاتجاه في عدة تعريفات كتعريف كوفمان (501-1985) الذي يعرفه بأنه يتضمن ثلاثة أبعاد اساسية هي عدم القدرة على المحافظة على الانتباه وضعف القدرة على تنظيم مستوى النشاط والاندفاعية ويظهر أو ما يظهر في الطفولة المبكرة، كذلك تعريف كارسون وبوتشر (538: 1992) واللذان يعرفان هذا الاضطراب على انه يشير إلى الصعوبات التي تتدخل مع بعضها البعض وتحول دون أداء الطفل لبعض المهام وتتمثل هذه الصعوبات في الاندفاعية وزيادة الحركة البدنية وعدم القدرة على المتابعة والإصغاء.

وكذلك تعريف مكليوروتبير (106: 1996) لهذا الاضطراب على انه مجموعة من السلوكيات التي تتميز بالثبات وتشمل نقص الانتباه والحركة المفرطة والاندفاعية.

وهناك مجموعة من التعريفات التي تركز على أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يتكون من ثلاثة أعراض أساسية: (النشاط الحركي المفرط وقصر فترة الانتباه والاندفاعية) ومجموعة من الأعراض الثانوية فيشير ضياء محمد منير طالب (1987) إلى هذا الاضطراب على أنه: اضطراب سلوكي يتميز بثلاثة أعراض أساسية هي الاندفاعية وضعف الانتباه والحركة المفرطة غير الهادئة واضحة لأعراض ولا يكون نتيجة لاضطرابات الجهاز العصبي المركزي أو ذهان الطفولة وتعريف مكنهار (45: 200) للأطفال ذوي الاضطراب على أنهم: أولئك الأطفال الذين يزيدون على الأقل بمقدار انحراف معياري واحد متوسط الأطفال العاديين.

وفي ضوء ما سبق يمكن تعريف اضطراب الانتباه وفرط النشاط بأنه اضطراب يهتز بوجود أعراض أساسية هي نقص الانتباه الاندفاعية وفرط النشاط ويصنف تحت ثلاثة أنماط هي:

- النمط غير منتبه.

- النمط النشاط المنقطع.

- النمط المختلط.

8- مدى انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

بعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من أكثر الاضطرابات التي يتردد أصحابها سواء من الأطفال أو المراهقين على عيادات الأخصائيين حيث تقدر نسبتهم حوالي 50% من جملة المترددين على هذه العيادات (2000).

وتشير الدراسات إلى انتشار هذا الاضطراب للأطفال العاديين وغير العاديين في داخل مصر وخارجها وفي المستويات الثقافية المختلفة.

أ- نسبة انتشار الاضطراب في الدول وخارج جمهورية مصر العربية:

يشير محمد عبد الرحمن حمودة (95: 1997) إلى أن نسبة انتشار اضطراب نسبة انتشاره في الدراسات الأمريكية ما بين 3% - 5% فإنّ الدارسين البريطانيين يقدرون انتشاره بواحد في الآلاف من مجموع الأطفال، وتقدر نسبة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب فيها بين 3% إلى 5% من جملة أطفال المدارس، بل أن هذه النسبة ترتفع لتصل إلى حوالي 35% من مجموع أطفال المدرسة الأمريكية (28: 1998).

أما عن نسبة انتشاره بين أطفال المدرسة الابتدائية فيشير والكرووبرتش (102: 1992 walker rober إلى أن انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين الأولاد في سن المدرسة الابتدائية يصل إلى 3.9% بين البنات.

ويؤكد مكار دلي ورفاقه (1995) أنّ الدراسات المسيحية تشير إلى أنّ هذا الاضطراب أصبح من أكثر الاضطرابات انتشارا بين الأطفال حيث يتراوح معدل انتشاره من بين 3% إلى 15% بيسن أطفال المدرسة الابتدائية وأنه ينتشر بمعدل 1-3 بين الذكور والإناث.

ب- نسبة انتشار الاضطراب داخل جمهورية مصر العربية:

يشير عبد العزيز السيد الشخص إلى أنّ انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال العينية في سن المدرسة الابتدائية تقدر بنسبة 518%.

كما توصلت دراسة أحمد عثمان صالح، عفاف محمد محمود (1995) أنّ نسبة انتشار هذا الاضطراب بلغت (5018 % بين الأطفال عامة، وتوصلت دراسة نانسي إبراهيم أو المعاض (1998) إلى أنّ نسبة انتشار هذا الاضطراب 601 % بين الأطفال عامة، والنسبة بين البنين والبنات بنسبة 4024 بين الإناث، وتوصلت دراسة خالد سعد سيد (2002) والتي أجريت في البيئة القنائية إلى أنّ نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الذكور بنسبة 9.97% وبين الإناث بنسبة 3.22%

9- أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

أجريت العديد من البحوث لتعرف على أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، كما حاول العديد من الباحثين تصنيف الأسباب المحتملة لهذا الاضطراب ومنهم 5 مجموعة عبد الرحمان حموده، 1998 محمد علي كامل، 1996، كمال سالم سيسالم، 2001) وتخاذ تتفق تصنيفها في ثلاث فئات أساسية (الاسباب الوراثية، الاسباب العصبية والبيولوجية الاسباب البيئية).

الأسباب الوراثية: تلعب الوراثية دورا مؤثرا في ظهور اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط فمعظم أقارب وأباء وهؤلاء الأطفال يعانون من نفس الاضطراب في طفولتهم مما يشير إلى احتمالية انتقال جينات وراثية، تؤدي إلى ظهور هذا الاضطراب.

لهذا يرجع البعض هذا الاضطراب إلى أسباب وراثية تتمثل في الاستعداد الوراثي وشذوذ الكروسومان أو طفرة أو حدوث خلل في بعض الكروسومات السائدة والمنتجة. ويلخص حسن مصطفى عن المعطي (2001-239) الدلائل التي ترتبط بالعوامل الوراثية لهذا الاضطراب في:

أنّ حوال 5% من الأطفال المصابين بالاضطراب في الانتباه يوجد في أمرهم من يعاني من هذا الاضطراب وان 10% من اجاء الأطفال مفرطي الحركة كانوا أيضا مفرطي الحركة فيطفولتهم مما أدى اعتقاد بعض الدارسين وجود انتقال جني وراثي لزيادة النشاط وفرط الحركة.

الأسباب العصبية والبيولوجية: ترتبط هذه الأسباب بوجود خلل في وظائف المخ المسؤولة عن الانتباه أو خلل في التوازن الكيميائي للنقلات العصبية ولنظام النشاط الشبكي لوظائف المخ الذي يظهر نتيجة كما يلي:

10- أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

يتميز اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بعدة أعراض، يمكن من خلالها تمييزه عن الاضطرابات الأخرى. كما اختلف المهتمون بدراسة هذا الاضطراب حول عدد هذه السمات الأساسية أو الثانوية، لأن المحكات الشخصية الأساسية لهذا الاضطراب تعتمد في تشخيصها على هذه السمات، والتي تم تحديدها حتى قبل الدوائر العلمية المتخصصة.

أ - الأعراض الأساسية:

نقص الانتباه Inattention: إن أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ضعف التركيز والانتباه، حيث يكون هؤلاء الأطفال أكثر قابلية للتشتت ولديهم مدى انتباه قصير، وغير قادرين على الاحتفاظ بالانتباه وتركيز انتباههم أثناء المهام التي تستغرق وقتاً متصلاً ويفقدون أدواتهم المدرسية لولا ينتبهون لما يقوله المعلم.

وتؤكد هذه الدراسة السيد إبراهيم السمدوني (1995) والتي توصلت إلى انخفاض أداء الأطفال ذوي النشاط الزائد على إختبارات الشطب الأرقام المسموعة والجمع والطرح ، وذلك يرجع إلى ضعف الإنتباه الذي يجعل الطفل غير قادر على الإلتناء المنببرات المحددة بين عدد المثيرات.

وتظهر صعوبة التثبيت الإنتباه لدى هؤلاء الأطفال -كذلك- في عدم إكمال المهام المنزلية والمدرسية، صعوبة الإنتباه للتعليمات ، مشاهدة البرامج التلفزيونية لفترة طويلة دون الإلمام بمحتواها.

كما تظهر مشكلة نقص الإنتباه لدى هؤلاء الأطفال في صعوبة التمكن من تثبيت إنتبهاتهم نحو المنبر المرتبط بها هو مطلوب، وكف الإستجابة للمثير غير المرتبط بالمطلوب، ومن ثم يستجيبون إلى مظاهر خاطئة لمنبر ما أو منبر غير ملائم.

وتشير سامية عبد الرحمان أحمد (1995) إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من نقص الإنتباه نتيجة لنقص قدرتهم على الإلتناء وترشيح المنبرات المتصلة بالموضوع أو المهمة التي يؤديونها.

بينما يفسر مهتمون بأن نقص الإنتباه لدى هؤلاء الأطفال بما أطلق عليه قواعد السلوك المحكم، وينشر ذلك المصطلح إلى أن هؤلاء الأطفال لديهم نقص في تعلم القواعد، نتيجة لضعف في عمليات الإثابة والعقاب من جانب الوالدين، ولهذا يصبح هؤلاء الأطفال ضجرين بالمهمة التي يؤديونها.

الإندفاعية: Inoulsivity: يتمثل السلوك الإندفاعي في عدم القدرة على التحكم في الذات فالطفل المندفع لا يفكر إلا بعد أن يقوم بالعمل، أي لا يفكر إلا بعد حدوث الكارثة.

الإندفاعية كنما سلوكي، تتضمن أميل نحو الإستجابة دون تفكير في البدائل المطروحة، فيكون الطفل مندفعاً في الحديث فهو غالباً ما يتصرف أو يفعل شيئاً بدون تفكير؛ حيث دائماً ما يقول الإجابة قبل سماع الأسئلة، كما

أنه يجد صعوبة في إنتظار دوره في الألعاب الرياضية اوالمواقف الإجتماعية ويقاطع الآخرين ويتشارك في الأنشطة الخطرة دون النظر غلي النتائج المحتملة.

وتضع الجمعية النفسية الامريكية عدة معايير للحكم على الطفل بأنه إندفاعي:

تشمل هذه المعايير ما يلي:

- غالبا ما يتصرف قبل أن يفكر.

- الإنتقال السريع من نشاط إلي آخر.

- يجد صعوبة في تنظيم العمل (لا ترجع إلي ضعف معرفي).

- يحتاج الطفل إلي قدر كبير من الإشراف على تصرفاته.

- كثرة قيامه بالمبدأ يصون عال في الباب.

- عدم القدرة الطفل على الإنتظار حتى يحين دوره في الألعاب والمواقف الإجتماعية.

ويمكن وصف الطفل بأنه مندفع إذا توافرت فيه ثلاث معايير على الأقل من هذه المعايير.

وتظهر الإندفاعية على النحو واضح عندما تتم مقارنة مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط مع مجموعة من الأطفال العاديين على اختبار الصور المتشابهة ، حيث يميل الأطفال الإندفاعية في الإجابة والوقوع في كثير من الأخطاء بخلاف الأطفال العاديين.

وتؤثر الإندفاعية على أداء الأطفال فيستشير السيد إبراهيم السمدوني (1995) إلي أن الأطفال زائدي النشاط

مندفعون بصورة تجعلهم غير قادرين على إنهاء العمل الذي يقومون به ؛ ويكون أداؤهم رديئا.

إضافة إلي ذلك يذكر أن التسرع أو الإندفاعية يؤثران على أداء الطفل في المهام المعرفية التحصيلية، فيستجيب الطفل بسرعة وقبل أن يفهم المشكلة أو قيم الحلول البديلة الممكنة، أي أن فترة كصون الإستجابة لديه قصيرة للغاية، وغالبا ما تكون استجابة خاطئة.

فرط النشاط: Hyperactivity: هو العرض الأكثر وضوحا في زملة الأعراض المميزة لهذا الاضطراب

ويظهر في صورة الاميل إلي الحركة الكثيرة المتواصلة، وعدم القدرة على الثبات والإستقرار في عمل أومكان واحد لفترة طويلة.

وجوهر المشكلة أن الطفل المفرط في النشاط طفل يتحرك كثيرا بدرجة أكبر من غيره ممن هم في نفس العمر،

وأغلب هذه الحركات من النوع غير المرغوب فيه الذي لا هدف له ولأغراض.

ويتسير باركلي (12:1990) إلي أن هذا النوع من السلوك يظهر في المدرسة كما يظهر -أيضا- في المنزل

أثناء الجلوس على المقعد وتناول وجبات الأكل وأثناء المشاهدة برامج التلفزيون وأثناء الإضطجاع على السرير

ويظهر -أيضا - عند عمل الوجبات المدرسية ، وكذلك يظهر في الأماكن العامة كالحدايق والمطاعم وأثناء ركوب السيارة.

إن بعض الأطفال ذوي اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط يوصفون بأنهم آلات متحركة مستمرة في الحركة أو يوصفون بأنهم متوازنون لا تتطفئ أبدا، وإذا لم يجرؤوا أو يقفزوا فإنهم يتلوون ويصرخون ويقومون بأعمال تسبب قلقا وإزعاجا للآخرين.

ب - الأعراض الثانوية:

بالإضافة إلي الأعراض الأساسية التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط، توجد هناك العديد من الأعراض الثانوية التي اختلف المهتمون بدراسة هذا الاضطراب حول طبيعتها فهناك من يرى أن هذه الأعراض تحدث نتيجة للأعراض الأساسية وهناك من يرى أنها اعراض مستقلة وينبغي التأكيد على أنه لا يتم تشخيص الأطفال ذوي هذا اضطراب في ضوء هذه الأعراض الثانوية فقط، بل لابد من اجتماع الأعراض الأساسية مسبقا وأهم هذه الأعراض.

1 - أعراض الثانوية المعرفية:

توجد العديد من الخصائص المعرفية في تميز الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ولعل أهمها:
أ - ضعف التحصيل وصعوبات التعلم:

غالبا ما يصاحب هذا الاضطراب ضعف في التحصيل حيث وجد أن 33 % من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم صعوبات في القراءة وأن هذه الصعوبات لها تأثير واضح على التحصيل الدراسي والأكاديمي.
إن الأداء الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على اختبارات القراءة والكتابة والتجدي والرياضات والمواد الأكاديمية الأخرى يكون ضعيفا وغالبا ما يطلق عليهم أنهم من ذوي صعوبات التعلم إلي حد الذي يعيدون فيه على الأقل - إحدى سنوات الدراسية.

ب- الأداء على إختبارات الذكاء:

إن الأداء الأطفال ذوي إضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط على إختبارات الذكاء المقننة يختلف إلي حد بعيد عن أداء الأطفال العاديين.

وتؤكد دراسة أشرف أحمد عبد القادر (1993) هذا، حيث دلت نتائجها على وجود فروق في متوسطات الذكاء بين أطفال العاديين.

بينما تفسر دراستنا أخرى تدني مستوى الأطفال مضطربي الإنتباه على إختبارات الذكاء، بأن ذلك يعود إلي السمات السلبية التي يعانون منها مثل، قصر فترة الإنتباه، توقع الفشل، والتي تنعكس على أداء الطفل في إختبارات الذكاء.

ج- العجز المعرفي: يعاني الأطفال ذوو اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط من ضعف في مهارات إنتقال أثر النظام ويلتزمون الكثير من الإعادة للتعليمات التي تقدم لهم.
كما لاحظ آباء هؤلاء الأطفال أن لدى أبناءهم نقصا في الشعور في إدراكا ضعيفا للنتائج الإجتماعية والأخلاقية والمنطقية التي يترتب على سلوكياتهم ويظهرون إستعابا قليلا للطرق التي تؤدي بسلوكهم إلى المشكلات بصورة متكررة ولذلك فهم لا يهتمون بنتائج سلوكهم.

11- تشخيص اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط:

يمثل التشخيص والقياس بالنسبة للمهتمين بدراسة اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط - صعوبة بالغة وهذه الصعوبة تأتي من إختلاف المصطلحات التي تترادف مع مصطلح اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط ويضاف إلى ذلك تعدد سمات المظاهر هذا الاضطراب فيشير كمال سالم سيسالم (2001: 71) إلى أن التشخيص هذا الاضطراب يعد عملية معقدة ولهذا يجب التواخي الحذر والدقة قبل إصدار التقرير النهائي عن حالة الطفل.
إن التشخيص اضطراب بنقص الإنتباه وفرط النشاط يتطلب إستخدام إجراءات التقييم متعددة الطرق ويتضمن ذلك الإستعانة بالمدرسين والآباء والإستعانة بالفحص النيورولوجي (1995).

والهدف الأساس من عملية التشخيص هو تحديد الأعراض التي يعاني منها الطفل من حيث مدى تكرارها وحدتها ، فتصنف إلى مشكلات ثانوية ومشكلات أولية وأساسية ، وهذا التصنيف يعطي للمعالج صورة شاملة عن جوانب الضعف لدى الطفل ، وبالتالي يراعي ذلك عند تصميم البرنامج العلاجي (كمال سالم سيسالم).

أ)- إجراءات التشخيص:

يحدد كمال سالم سيسالم إجراءات التشخيص في الخطوات التالية:

1- تبدأ إجراءات التشخيص بحصول المعالج على المعلومات عن حالة الطفل من مصادر متعددة تشمل أولياء الأمور والمعلمين والطفل نفسه، إضافة إلى السجلات الطبية والنفسية والإجتماعية وجميع هذه المعلومات الهامة للتعرف على طبيعة المشكلة التي يعاني الطفل ، وهي تساعد أيضا على فرض الفروض حول أسباب هذه المشكلة.

2- تعدد المعلومات التي يتم الحصول عليها من المقابلة المباشرة من الإجراءات الهامة في تشخيص الأطفال كبار السن والمراهقين.

3- في بعض الأحيان يفضل تشخيص المظاهر السلوكية والإنفعالية للطفل لأن ذلك من شأنه أن يلقي الضوء على المشكلات ذات مظاهر خارجية مثل العدوان وإضطرابات التصرف والتحدي أو ذات مظاهر داخلية مثل القلق والإكتئاب والوسوسة الزائدة.

4- في معظم الحالات بعد تطبيق التشخيص الشامل ، نجد أن الطفل لا يعاني من مشكلة واحدة بل من عدة مشكلات ، قد تكون متداخلة أو مرتبطة مع بعضها البعض ، لهذا ففي مثل هذه الحالة لا بد من وضع برنامج علاجي متعدد الأوجه ، ليوافق التداخل في المشكلات.

7- عند تفسير نتائج الإختبارات التي أجريت على الطفل يجب أن يؤخذ في الإعتبار تاريخ النمو والتشخيص الطبي للأسرة ، والعلاج أو الأدوية التي تعاطوها.
(ب) الأبعاد الرئيسية لمعايير التشخيص:

حددت الجمعية الامريكية للطب النفسي ثلاثة أبعاد رئيسية للإضطراب وهي، نقص الإنتباه، الإندفاعية، فرط النشاط، وقد حددت الجمعية خمسة معايير رئيسية يمكن من خلالها المساعدة في تشخيص هذه الأبعاد، والإستدلال على وجودها وهذه المعايير هي:

1- أن يتوافر لدى الطفل إما خصائص نقص الإنتباه بشكر منفرد أو فرط النشاط المصحوب بالإندفاعية بشكل منفرد أو تجتمع لدى الطفل الخصائص المميزة لكل من نقص الإنتباه وفرط النشاط معا.

2- يجب ظهور أعراض في أكثر من بيئة أو مكان، فلا يكفي ظهورها في البيت فقط أو المدرسة فقط بل يجب أن تظهر في مكانين أو أكثر من الأماكن التالية: البيت، المدرسة، العيادة والشارع.

3- يجب ظهور أعراض هذا الاضطراب في مرحلة مبكرة من العمر أي قبل السنة السابعة من العمر.

4- يجب أن تكون هناك دلائل على وجود قصور واضح في أداء الطفل، أي يجب أن يكون هناك قصور في المهارات الأكاديمية والإجتماعية.

5- أن يكون بإستطاعة المعالج أن يفصل بين هذه الأعراض المرتبطة بهذا الاضطراب والأعراض الناتجة عن الاضطرابات السلوكية الأخرى كالقلق وإضطراب المزاج.

أهم الطرق المستخدمة في تشخيص إضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط:

(أ)- تقديرات السلوك تعد مقاييس التقدير من أكثر الطرق شيوعا للإستخدام في عملية التشخيص، بالإضافة إلى أن هذه المقاييس تعطي صورة أكثر موضوعية عن خصائصها هؤلاء الأطفال.

وتستخدم هذه المقاييس مع المعلمين والآباء، لأنهم الأكثر قدرة على ملاحظة سلوك الطفل لأنهم يقضون وقتنا طويلا معه ولذلك فهي تشمل تقديرات السلوك بواسطة المعلم، وهي على درجة كبيرة من الأهمية للحصول على معلومات عن الطفل حيث إن تقديرات المعلمين وأحكامهم أصدق المحكات التي يمكن في ضوءها الحكم على الطفل بأنه يعاني من هذا الاضطراب أم لا.

* تقديرات السلوك بواسطة الوالدين: مقاييس التقدير طورتن لتستخدم بواسطة الوالدين، لتقدير اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط عند أبنائهم وإن كانت هذه المقاييس ليس على نفس الدرجة من الثبات والصدق، كما هو الحال في مقاييس السلوك بواسطة المعلم.

الملاحظة: يستخدم أسلوب الملاحظة لتشخيص هذا الاضطراب لدى الطفل، حيث يمكن ملاحظة هؤلاء الأطفال إما في حجرات معدة لذلك، أو في حجرات الدراسة أو أماكن اللعب أو في المنزل حيث يتم تسجيل سلوكيات الطفل خلال فترات زمنية تتراوح ما بين (5-30) ثانية.

ويحدد باركلي (1991) إمكانية التعرف عليه من خلال الملاحظة في الأتي:

1- التعرف على مستوى نشاط الطفل: بقياس حركة الطفل من خلال الخطوط الوهمية وتقسيمات الحجرة التي تتم فيها الملاحظة، أو عن طريق قياس سرعة الحركة أو عدد المرات التي يكون فيها الطفل خارج المقصد والحركة الكلية للجسم وقوة النشاط.

ب- مستوى الإنتباه: عن طريق ملاحظة المدة الزمنية التي يستغرقها الطفل في تفقد أجهزة اللعب وأيضا عن طريق تعبير الطفل لنشاطه بدون الإنتهاء منه.

ج- بعض الاضطرابات المصلحية لهذه الاضطراب: عن طريق ملاحظة ردود أفعال هؤلاء الأطفال وإتصالاتهم مع الآخرين ومستويات إثارتهم والملاحظة إحدى مميزاتها. أنها تحدث في الظروف الطبيعية إلا أنها ربما تتطلب مزيدا من الوقت قبل الملاحظين وبالإضافة إلا أنها تعطي الفرصة لتجاهل بعض السلوكيات (1995) - كارت).

3) الفحص الجسمي: يمكن أن يساهم الفحص الجسمي ليشمل ظهور علامات لتأخر النضج العصبي كذلك استخدام مقياس النشاط البدني، حيث يرى باركلي (1991) أن معظم المهتمين بدراسة اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط يستخدمون أجهزة لقياس النشاط البدني مباشرة منها الأكونوميتر وهو عبارة عن ساعة توضع في معصم اليد لقياس مستوى النشاط الزائد لدى الطفل وكذلك جهاز البديومتر وهو جهاز مثبت في وسادة وهو حساس وبأية حركة يفعلها الطفل وهو جالس.

إختبارات الأداء البسيط:

وهي إختبارات أدائية مصممة لقياس أعراض اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط كالإندفاعية، وقصور الإنتباه والحركة المفرطة.

ومن هذه الإختبارات ظهور ما يسمى إختبارات الأداء المستمر كوسيلة لتشخيص اضطرابان نقص الإنتباه وفرط النشاط عند الأطفال، وتبنى فكرة استخدامها على أن خصائص الأطفال المصابين بهذا الاضطراب تحول دون إستمرارهم في أداء المهام التي تتطلب أداء مستمر.

المقابلة:

إن تشخيص اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط يمكن أن يتم من خلال الإستعانة بالمقابلة مع الوالدين ، أوالمعلمين أوالطفل نفسه وتهدف المقابلة إلى الحصول على البعض المعلومات التي تساعد على فهم كيف تطورت حالة الطفل وكيف يتعامل مع المحيطين به؟ فيمكن من خلال المقابلة إعطاء الطفل بعض المهام وإستكشاف سلوكه أثناء أداء هذه المهام.

12- أساليب العلاج:

العلاج بإستخدام العقاقير: العقاقير المختصة بهذه الحالة عبارة عن محققات الجهاز العصبي المركزي ويمكن للطفل أن يستجيب لأحد هذه العقاقير ولا يستجيب للآخر كما نختلف الجرعة حسب كل طفل، وتتمثل ميكانيكية التأثير الدوائي في تنشيط القشرة المخية للسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية وبالتالي تؤدي إلى خفض أعراض حيث أن تكوينات ما تحت القشرة المخية من شأنها إذا نشطت بدرجة ما أن تؤدي إلى زيادة النشاط الحركي العشوائي والعدوانية وإضطرابات الإنتباه وهذه العقاقير غير مستحبة لأن المحفيزات المخ غالبا ما تسبب إيقاف نمو الأطفال في الوزن والطول وبعض الأبحاث أثبتت رجوع الوزن وطول إلى وضعها الطبيعي تناول العقاقير كما تسبب تعود الطفل عليها أوإدمانها وعموما لو إستعنا أن تضبط الجرعة جيدا تكون فائدة هذه العقاقير أكثر من أثارها الجانبية.

العلاج النفسي: إستعمال الأدوية نادرا ما يكفي كعلاج للذوي إضطرابات الإنتباه وفرط النشاط لذلك يجب أن يصاحب بالعلاج النفسي وعلى الأقل هذا العلاج النفسي يجب أن يعطي للطفل الفرصة ليتبين الغرض من إستعماله للعقاقير حتى يمكن إزالة إعتقاده الخاطئ (مثل أنا مجنون) لأن العلاج بالعقاقير يستخدم كعامل مساعد ليس ويحتاج هؤلاء الأطفال أن يفهموا أن الكمال ليس هو الهدف وأن لهم من الحقوق ما للآخرين وعندما تساعد هؤلاء الاطفال معايشة بيئتهم يقل قلقهم لذلك يجب على مدرسيهم وأبائهم إتباع نظام الثواب والعقاب للمستخدمين نموذج محدد للسلوك بحيث أنه عند إتباعه يكافئ وعند الخروج عنه يعاقب ويشمل العلاج النفسي الطرق الأتية:

أ- العلاج بالإسترخاء: حيث يتم تدريب الطفل على الإسترخاء العضلي في برنامج محدد تختص كل مجموعة من الجلسات فيه بالتدريب لمجموعة محددة من عضلات الجسم "كما أنه يساعد على إكتساب وتنمية التزيت بدلا من الإنتفاع وبالتالي ينمو تركيز الإنتباه بصورة أفضل.

ب- العلاج بالتدريب على جلسات للعائد البيولوجي: تتم جلسات التدريب على برنامج للعائد البيولوجي للنشاط الكهربائي لتعديل التنشيط القشري بمعنى تعديل صورة النشاط الكهربائي للقشرة لتتم سيطرتها على نشاط مكونات ما تحت القشرة المخية وبالتالي يزداد تركيز الإنتباه ونقل الحركات العشوائية الزائدة والسلوك العدواني.

ج-العلاج من خلال التدريب على برنامج التحكم الذاتي: وهويشمل مجموعة من الجلسات يتم تدريب الطفل خلالها على التحكم الذاتي في مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحددة وذلك بمتابعة كل من السر في المنزل والمدرس في المدرسة.

المحاضرة الثامنة: اضطراب التوجه الزمني والمكاني

تمهيد:

ربما يبدو لنا من الوهلة الأولى أن استعمال المفاهيم الزمنية والمكانية أمر في غاية البساطة، ولكن الأمر لا يبدو كذلك بالنسبة للطفل الصغير، وأمنا المظر في الطريقة التي يستوعب بها هذا الطفل لهذه المفاهيم وذلك عبر مختلف مراحل نموه لأدركنا أنها ليست بالعملية البسيطة فتلك الكلمات التي ننقها لنسمي بها المسافة التي تفرق شيء لنعين الوقت اللازم من نقطة إلى أخرى مثلا، هي مجرد كلمات لكنها تخفى وراءها هيكله منظمة ومحكمة تسمى البنية الزمنية والمكانية، ومن هنا سنطرح الاشكال التالي: كيف يكتسب الطفل المفاهيم الزمنية والمكانية؟ وما هو اضطراب التوجيه الزمني والمكاني؟

التوجه الزماني:

1- تعريف الزمن: يعرف الزمن حسب سيلامي بكونه المسمى الواضح بتعاقب الأحداث، مفهومه بناء سيكولوجي للإنسان يمكنه من التعود على تغييرات محيطه، وهو مبني من العوامل الاجتماعية والحسية والحركية والزمن نوعان: (طالب: 2004، 9).

زمن عضوي: نستطيع قياسه مثل الساعة اليومية.

زمن بيولوجي: والذي يعتبر تحت تأثير مختلف قيمة الزمن من ثقافة أخرى(طالب: 2004، 10).

تعريف (jean chaude) الزمن في نفس الوقت، ترتيب، تعاقب، هي اندماج هذه المفاهيم الثانية مهمة بالنسبة للبنية الزمنية للفرد والتي تتم وفق مرحلتين:

i. تطور الاستقلالية لكل فرد من بداية الترتيب والمدة بالمقارنة مع التجربة المعاشة.

ii. تطور اللغة والذي هو العامل الأساسي لبناء الزمن، فباستعمال الضمائر أنا، أنت، هو والأفعال والأوقات

مثل: الحاضر، المستقبل، الماضي، يتمكن الطفل من اكتساب الزمن.

فالزمن هو الذي يمكن من الخبرة الإنسانية ويخضع الزمن في مجرى الأحداث، أو هو سرعة إطراد الحالات الشعورية، أو بعبارة أخرى هو النظام الإيقاعي الذي يعطي شكلا ذاتيا خاصا لتتالي هذه الحالات الشعورية.

أسباب اضطراب التوجيه الزمني:

يرجع اضطراب التوجيه الزمني إلى ما يلي:

- أسباب نفسية حركية: تعود إلى نقص في التوجه والتنظيم الفضائي.
- أسباب نفسية: ترجع إلى العيش في وسط عائلي غير منظم، بحيث تكون نقاط الاستدلال غير كافية كالنوم والنهوض في أوقات مختلفة، وكذلك عدم انتظار أوقات أخذ الوجبات الغذائية مثلاً.

وتظهر لدى الطفل الأعراض التالية:

- * عدم معرفة الأبعاد.
- * ينسى اتباع الترتيب والتسلسل في ارتداء الملابس.
- * افتقار الفرد لإيقاع منتظم، حيث بنيت العالمة (مير استامياك) من خلال الإيقاع الذي قامت به بأعدادها والمتمثلة في إعادة إنتاج واستدخال والاحتفاظ بالبنيات الإيقاعية.
- * غياب مفهوم الساعة وعدم القدرة على تنظيم الوقت.
- * ضعف التنظيم الخاص بالجدول الدراسي أو اليومي.
- * عدم القدرة على حفظ تاريخ ميلاده.

المبحث الثالث: كيفية إدراك المفاهيم الزمنية:

يتم إدراك الفاهيم الزمنية من خلال:

- إدراك التعاقب أو التتابع.
- إدراك المدة.
- إدراك التوجيه الزمني.

(1) إدراك التعاقب أو التتابع: هو مجموعة أشخاص أو أشياء تأتي واحدة تلو الأخرى بدون انقطاع أو فواصل

زمنية قليلة وهناك ثلاثة أنواع من التعاقب:

- تعاقب ذات الخاصية الشرطية: نقصد بها الأحداث التي تكون في نظام لا يمكن عكسه مثل فتح الحنفية، غسل اليدين، غلقها.

- تعاقبات ذات خاصية الاتفاقية أو الاصلحية: مثل تتابع الأيام، الأشهر، حروف اللغة.

- تعاقبات ذات خاصية الاحتياطية: وهي مختارة من أجل الضرورة تقوم بها لحظة ما وننسى.

(2) إدراك المدة: فهي عندما تدرك حدثين متتاليين ينفصلان في الزمن، قد تكون هذه المدة محدودة بحدثين

مختلفين أو محدودة من خلال حدوث ثم توقف مثيرها مع الوسط البيئي ومحاولة تنظيم الزمن الاجتماعي، ومن

أجل تقدير هذه المدة يستعمل عدة أنواع من المعلومات من جهة معالم كمية مثل (أدوات قياس الزمن ساعة يدوية)

والتي تكون ذات طبيعة اجتماعية ولديها خاصية موضوعية، ومن جهة أخرى هي عبارة عن معلومات ذاتية

متنوعة، شعور بطول الوقت الذي يولد أثناء مدة التي تمنينا طولها وعدد التغييرات التي أدركت من خلال ذلك النشاط.

(3) إدراك التوجيه الزمني: يعتبر سلوك الذي يسمح لنا بالتموضع بالنسبة للأحداث التي ترتبط بمعطيات كونية ووضعية النجوم والكواكب.

إن المتغيرات المرحلية التي تحدث والعودة اللامتناهية لنفس التعاقبات تسمح بتحديد الزمن بالنسبة لمرحلة معينة وإعطاء تعميم للزمن انطلاقاً من عدد المراحل الموجودة مثل (السنوات) وكذلك التوجيه الزمني بالنسبة للماضي والحاضر والمستقبل، فإن الإنسان ومعالمه الداخلية والخارجية يساعده في التوجيه والتغيرات السابقة واللاحقة وتتطور بالنوات الأولى.

تعريف التوجه الفضائي:

يعرفه قاموس الكبير لعلم النفس (1993) كما يلي:

الفضاء هو عبارة عن إطار فيزيائي أو إدراكي أو شعوري أو مفاهيمي تتموقع داخله وتنتقل بشكل نشط أو سلبي أجسام حقيقية أو شعورية متحركة أو ساكنة.

تعريف Jean Piaget: يعرفه على أنه تنسيق ما بين الفضاءات أي الحركات في حين الزمن هو تنسيق ما بين السرعات فالفضاء عنده هو ليس إدراك للحاويات ولكنه إدراك للمحتويات أو بمعنى آخر إدراك للأجسام في حد ذاتها ويمكن للفضاء أن يكون حاوياً لكن في الحالة التي تكون فيها العلاقات التي تشكل موضوعية التعرف على هذه الأجسام المتناسقة فيما بينها لدرجة تكوين كل متناسق.

أعراض اضطرات التوجه الفضائي:

- صعوبة التمييز بين اليسار واليمين.
- صعوبة تحديد مكان الأشياء في الفراغ.
- استدخال سيئ للشعور الجسدي.
- يكون التفكير المنطقي للطفل غير مستقر.
- لا يميز جيداً بين اللحم والواقع مثلاً لا يستطيع تحليل الأشياء من خلال الرسم.
- ليست له القدرة على التوجيه الصحيح كما لا يعرف بعض المصطلحات المكانية: مثل: فوق، تحت، وراء، أمام.

- يجد صعوبة في إيجاد أدواته في المكان الذي وضعها فيه.
- لا يستطيع تذكر مسار الطريق الذي سلكه إلى بيته.
- لا يستطيع تقدير المسافات للأماكن المعروفة.

- غير قادر على قراءة مخطط أو خريطة لكي يذهب من مكان إلى آخر.

كيفية إدراك المفاهيم الفضائية:

للتمكن من التوضع في الفضاء نحن مرتبطون بثلاث محاور عمودية (أعلى، أسفل) جبهية (يمين، يسار) وسهمية (أمام، وراء) وتضبط عناصر الفضاء إنطلاقاً من معايير مدركة من طرف أحد مستقبلاتنا الحسية، وذلك طبعاً عن طريق أعضاء الحس وفي تمثّل الأعضاء الحسية وصلة بالنسبة للكائن الحي لوسطه الناقل للمعلومة القادمة من الخارج ووسطه الداخلي.

أ- **بالنسبة للعينين والبصر:** يتعلق الأمر بإدراك العمق، وهي المقدرة على تقدير سمك الأجسام ويتشابه نظام عدسة العين وآلة التصوير في تكوين صورة معكوسة، وبالتالي تشبه الصور المتكونة على الشبكية إلى حد كبير الصور المتكونة على فلم آلة التصوير بالصورة مقلوبة من أعلى إلى الأسفل ومن اليسار إلى اليمين وتكون الصورة مناسبة كما في الصور الضوئية، وبالرغم من ذلك يفسر صور الشبكية معتدلة وغير معكوسة وبعمقها إلى خبرة تصاحب الفرد من مولده ويلتقي العصبان البصريان للعينين عند نقطة تسمى التصلب البصري في قاعدة الدماغ في ألياف العين الأخرى، ويستقبل كل جانب من الدماغ رسائل مرئية مع كلتا العينين وتدخل الألياف العصبية من النصف الأيمن لكل عين إلى جانب الأيمن للدماغ، وتحمل هذه الألياف رسائل مرئية من الأجسام التي تقع على يمين الشخص، ويتباعد مركز العينين على بعضهما بحوالي 6,5 سم ولهذا السبب ترى الأشياء من زوايا مختلفة قليلاً وترسل إلى الدماغ رسائل مختلفة نوعاً ما ويمكن تمثيل ذلك الاختلاف بالتركيز على جسم قريب أولاً بعين واحدة مقلبة ثم بعد ذلك بقل العين الأخرى وترى الصورة المرئية بكل عين بشكل مختلف قليلاً.

لو يضع الدماغ الصورتين معا ويعطي الإدراك بالعمق والذي يسمى أيضاً الرؤية المجسمة أو الرؤية ثلاثية الأبعاد والصورة المتكونة لها سمك وشكل ويستطيع الدماغ تقدير مسافة ذلك الجسم ويتطلب المدرك الطبيعي للعمق أن تعمل العينان معا في عملية تسمى الرؤية بالعينين أو الاندماج.

وفي هذه العملية تحرك العضلات العينين بحيث تقع الأشعة الضوئية القادمة من جسم ما عند النقطة المناظرة لكل شبكية وعندها الجسم المرئي فإن العينان تتجهان قليلاً نحو الداخل، وعند مشاهدة العينين لجسم بعيد فإنهما غالباً ما تكونان متوايتين، فإذا لم تقع الصورتان المرئيتان عند النقطتين المتناظرتين في كل شبكية فالصورتان تكونتن غير واضحتين أو تبدوان مزدوجتين أو يهمل الدماغ إحداهما.

ب- **بالنسبة للأذنين والسمع:** نستعمل بالنسبة للسمع كمؤشر للمسافة والاتجاه، شدة الصوت والفارق الزمني بدون وصول الصوت إلى الأذنين عند تحريك الرأس لجهة ثم لأخرى، وتعين مصدر للصوت الآتي من اليسار أو الآتي من اليمين يتطلب تدخل كلتا الأذنين في آن واحد، وفي الحقيقة الرسالة المدركة الصوتية من طرف الثانية:

فرق في الطور، فرق في الشدة، فرق في التركيب الطيفي، الأذن تكون متوجهة نحو مصدر الصورة تسمع بصفة جيدة التوترات العالية من التي تكون في ظل الرأس.

ت- **بالنسبة للتقبل الذاتي:** تعرف صفة التقبل الذاتي على أنها صفة الأحاسيس الصادرة عن الجسم والتي تدل الوضع والحركات والتوازن ... الخ، وفيها تكون الإحساسات مرتبطة بالاتجاه وسعة الحركات، أيضا بموقع الأعضاء بالنسبة إلى الجذع المدركة عن طريق المستقبلات العضلية المفضلة وهي أصلا مراقبة للحركات عند غياب البصر وتكملها الأخرى الدهليزية الناتجة عن تحرك الجسم كأن نستطيع أن ندور حول أنفسنا وببساطة هذه الإحساسات هي التي يستغلها الشخص الأعمى أثناء التنقل.

ث- **بالنسبة للمس:** بالنسبة للمسنستفيد من تباعد النقاط في الواجهة الملموسة، ونفرق بدقة عن طريق أنامل الأصابع، اتساع مثلا ويساوي 2 ملم واتساع الكتف الذي يساوي 4 سم.

علاقة التوجه بعسر القراءة:

هناك علاقة بين طفل عسير القراءة والاضطرابات التوجيهية الزمنية والمكانية، وانها نتاج بعضها البعض، حيث أجريت دراسات وأكدت أنها تعيب الجنسين معا، ويعلم صعوبة وخطورة هذه الاضطرابات على مستواه التعليمي ومن بين الارشادات على الباحثين أن يكونوا ملمين بها:

- 1- الاهتمام بالاضطرابات النفس حركية التي تصيب الطفل عسير القراءة.
- 2- وضع إعداد اختبار مقنن يقيس القدرات لدى الفرد كمفهوم الزمن والمكان.
- 3- ضرورة تقديم برامج التدخل السيكولوجي المبكر لفئة الأطفال المصابين بعسر القراءة، وكما يلزم دورات تدريبية.

المحاضرة التاسعة: اضطراب الصورة الجسمية:

تمهيد:

بعد أن قامت الباحثة بعرض موجز لأمر حملة المراهقة والتعرف على حاجات المراهق وخصائص هذه المرحلة واشكالها، كان لابد على التعرف على صورة الجسد عن المراهق باعتبار أن الجسد يرتبط بنواحي النمو والجسدية والعقلية.

كما أن التغيرات الجسدية كما أن التغيرات الجسدية خلال المراهقة تثير قلق المراهق وتوتره، فهو شكل يرغب أن تنتهي هذه التغيرات على النحو والشكل الذي يرغب به.

لذلك كان لابد من التعرف على صورة الجسد والتغيرات التي تحصل، وتأثير هذه التغيرات على المراهق. ومن خلال هذا البحث سوف نتطرق إلى أهم عناصر اضطرابات صورة الجسد.

1- تعريف صورة الجسد:

تعرف صورة الجسد حسب جمال عملية بأنها: تقييم الفرد للمظهر الخارجي لجسده من حيث الشكل العام وملامح الوجه والرضا عن الجسد والإهتمام به (فايد: 2006، 158).

أما الدسوقي فيعرف صورة الجسد على أنها: صورة ذهنية أو تصور عقلي إيجابي أو سلبي يكون الفرد لنفسه ويسهم في تكوين هذه الصورة الخيارات والمواقف التي يتعرض لها الفرد وبناءا على ذلك فإن صورة الجسد قابلة للتعديل والتغيير في ضوء هذه الخبرات العديدة (الدسوقي: 2009، 16).

2- مكونات صورة الجسد:

هناك ثلاث مكونات لصورة الجسد وهي:

- 1) المكون الإدراكي perceptual component: ويعني إدراك الفرد لحجم ومكونات جسده.
- 2) المكون الذاتي subjective component: ويعني الرضا عن الجسد والإهتمام به والقلق بشأنه.
- 3) المكون السلوكي behavioral component: ويعني تجنب الفرد المواقف التي تسبب عدم الراحة أو التعب.

إضافة إلى عنصرين أساسيين هما:

1. المثال الجسدي: ويعني النمط الجسدي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر ومن حيث ثقافة الفرد ، وكلما اقتربت صورة الفرد العقلية لجسده من النمط الجسدي ساهم ذلك في زيادة تقدير الفرد لذاته أما التباعد فيسبب مشكلة كبيرة وتؤدي إلى تدني تقدير الفرد لذاته (رشاد علي: 2015).
2. مفهوم الجسد: ويعني الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسد وكذلك الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد عن جسده.

فصورة الجسد لا تتكون أو تتشكل بسهولة هناك العديد من العوامل التي تلعب دورا مهما في الوصول إلى الصورة النهائية للجسد عند الفرد.

3- اضطراب الصورة الجسمية:

إن أول إحساس ذاتي يشعر به الطفل هو إحساسه بجسده، فلسان حال الطفل يقول ما أتلقاه وأقبله جسديا وأرحب به، وما أبعده عن جسدي هوشيئ مرفوض حتى لو كان معنويا ويكون للإحساس بالأنا أهمية كبرى في نموصورة الجسم فالأنا شئ بدني أي أنه إدراك الطفل لبدنه ، وصورة البدن هي نواة الأنا إذ أن الأنا هوفي الأساس أنا جسمي.

وإذا كانت الأنا هي الموضوع فإن صورة الجسم هي إدراك هذا الموضوع ، وتعد صورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية وتلعب المدركات اللسمية الخارجية والحسية الداخلية التي يخيرها الطفل دورا هاما في تطور مفهومه

عن صورة جسمه ، ونجد أن تمايز الأنا الجسماني يسبق تكون الأنا النفسي فالطفل يميز جسمه خلال العام الأول بينما يحدث التمايز على المستوى النفسي في العام الثاني.

- وصورة الجسم الشعورية واللاشعورية هي ظاهرة إنسانية تكونت بفعل توزيع طاقة الليبيدوعبر المراحل النمائية ، فصورة الجسم هي التمثيل المركزي لأجزاء الجسم وللجسم كله بشكل عام وهي تدخل في تمثّل صورة الذات والأدوار الإجتماعية.

- صورة الجسم شأنها شأن الذات تنزع إلى الإتساق فهي تشق وتستمد خصائصها من خصائص مفهوم الذات فتصبح موجهة للسلوك باتساق معظم الطرق التي يختارها الطفل مع سلوكه أو ما يسمى بإثبات الذات ، وعلى هذا فإن فكرة الطفل عن صورة جسمه هي التي تحدد إلى درجة كبيرة سلوكه واستجابته في المواقف المختلفة فالطفل يقوم بعملية تقييم لخبراته هل هي ذات قيمة موجبة أم سالبة ، ويتكون لدى الطفل حاجة إلى التقدير الموجب لصورة جسمه ولذا فإن استقباله للخبرات يرحب بالخبرات التي ترضي حاجته إلى التقدير الموجب لصورة جسمه.

4- النمو الجسدي في مرحلة المراهقة:

جسم الإنسان من المكونات الأساسية في تكوين شخصيته وبالتالي فإن التغيرات التي تطرأ على الجسم مهمة في تأثيرها غير المباشر على شخصية المراهق وعلى سلوكه وعواطفه وعقله.

ولعل من أكثر المظاهر الملفتة للنظر في مرحلة المراهقة النمو السريع الذي يبدو بوضوح في زيادة العرض والطول وترى الباحثة أن أهم أسباب النمو السريع والغير منظم في المراهقة عدم التوازن الهرموني الذي له التأثير الأكبر على زيادة الوزن نتيجة تموضع الدهون في أماكن معينة مما يسبب في تغير في شكل الجسد مما يعيبه المراهق من قبل مما يؤدي إلى كره جسده.

وتبدأ فترة النمو في المراهقة بين سن (10 - 14 سنة) عند الإناث وفيما بعد (12 - 15 سنة) عند الذكور ويستمر حتى سن 18.

- ويتميز النمو بعدم الانتظام حيث يزداد الطول زيادة سريعة ويزداد طول الذراعين والساقين إلا أن نمو الذراعين يسبق نمو الأرجل وتسبق الأطراف العليا الأطراف السفلى وتنمو العضلات ويزداد نمو الجسم.

- ويزداد اهتمام المراهق بمظهره الجسدي وقوة عضلاته ويكون اهتمام الإناث أكثر بالطول وشفاء البشرة ، ولكن نتيجة اهتمام الإناث بالمبالغ بالوزن يكون أكثر عرضة لإضطراب فقدان الشهية.

5- تأثير صورة الجسد على نواحي النمو الأخرى عند المراهقين:

كما نعرف سابقا أن المراهقة مرحلة حافلة بالتغيرات الفيزيولوجية هذه التغيرات تؤدي إلى صراعات نفسية. - كما أن لهذه التغيرات تأثير في نواحي النمو الإجتماعية والإنفعالية والعقلية، كما أن النضج الجنسي له تأثير في النمو الإجتماعي والإنفعالي والثقافة التقليدية وما تنطوي عليه من تحريم وعقاب ومعاني الخجل والخوف من

المواضيع الجنسية يزيد من خطورة الأزمة، والدافع الجنسي الذي ينموسرعة نتيجة النمو السريع في الأعضاء التناسلية، كل ذلك يدفع المراهق إلى وسائل وطرق غير صحيحة للحصول على المعلومات وحل مشاكله الجنسية بنفسه وهذا ينعكس على النمو الإنفعالي ويؤثر في علاقات المراهق الإجتماعية وفي تحصيله الدراسي.

- وقد نالت العلاقة بين بنية الجسم والنمو الإنفعالي والشخصية الإهتمام من العلماء، ومن أهمهم الطبيب الألماني "إرنست كرتشمير" (E.KRETSCHMER, 1922) الذي درس تلك العلاقة بين البنية المكتنزة والإكتئاب.

- إضافة إلى أن هناك بعض السمات النفسية التي تظهر خلال فترة محددة من النمو والتطور وهذا ما نلاحظه عند الفتاة في أيام محددة من العادة الشهرية ، حيث تكون أكثر تعرضا لمشاعر الإضطراب النفسي والتوتر وانخفاض الشعور باحترام الذات.

6- أثر التغيرات الجسمية أثناء البلوغ في السلوك:

توجد طفرة نمو خلال مرحلة المراهقة ، تحدث طفرة النمو عند الفتيان في منتصف مرحلة المراهقة بين عمر 12-17 سنة وتبدأ بعد مرور عام على بداية كبر الخصيتين عادة، ينم والفتيان حوالي (10 سم) خلال عام نموهم الأقصى بينما تحدث طفرة النمو عند الفتيات في وقت باكر من مرحلة المراهقة عندما تتراوح أعمارهن بين (9.5-14.5 سنة) تنمو الفتيات حوالي (9 سم) خلال عام النمو الأقصى، وبشكل عام يزداد وزن الأولاد ويزداد طول الفتيات وعند بلوغهم سن 18 تماما يمكن أن يزداد طول الأولاد حوالي 2 سم من النمو المتبقي والفتيات أقل بقليل.

- إذا لم يكن توقيت النمو نموذجيا لا سيما عند تأخر النمو الجسدي عند الولد أو حدوث النمو الجسدي باكرا عند الفتيات فمن المحتمل أنه يوجد اضطراب عاطفي ، يصل معظم الفتيان الذين ينمون ببطئ في النهاية إلى الطول الطبيعي إلا أنه يجب على الأطباء تقييم حالة المراهقين الذين تأخر نموهم أو كان غير طبيعي لاستبعاد الأمراض وتوفير الطمأنينة.

7- فكرة المراهق أو المراهقة عن جسده:

كل إنسان لديه فكرة عن جسده أي صورة ذهنية عن جسده وشكله وهيئته وفي مرحلة المراهقة تبدأ التغيرات في شكل الجسم ويحاول المراهق أن يكتشف هذه التغيرات وتتبعها ويقارن نفسه بزملاته.

- إذا كان الشكل الجديد يحيد عن الصورة الذهنية المتكونة لدى المراهق عن جسده فإن ذلك يؤدي إلى القلق والإحباط واليأس عند المراهق وأما إذا تطابق الشكل الجديد مع ما يريد أو مع صورة الجسد الذهنية اتصف المراهق بالثبات والإستقرار والإتزان، وهنا يأتي دور المربي سواء كان المعلم أو الوالدين في اقناع المراهق ومساعدته على تقبل جسده من خلال لفت انتباهه إلى المميزات الموجودة لديه ودفعه لإستغلالها.

8- أسباب كره المراهق لجسده: وذلك يرجع إلى مشاكل الذات والجسد:

يهتم المراهق بذاته كثيرا إلى حد النرجسية فيراقب مختلف التغيرات العضوية والفيزيولوجية التي تنتاب جسمه بشكل تدريجي كما يشعر بتقلبات جسده عبر المرآة التي تكشف له حقائق شخصيته وتستجلي ردود فعل الآخرين اتجاه هذا الجسد، وفي هذه المرحلة بالذات يدخل المراهق في مرحلة الصراع مع جسده إما باستعمال خطاب التعالي إذا كان جسده في غاية الوسامة والأناقة والجمال وإما باستعمال خطاب التصعيد والتبرير والتعويض عن النقص والدونية إذا كان جسده يميل إلى القبح ، ويترتب عن هذا الشعور المزوج مجموعة من الصفات الإيجابية والسلبية التي يمثلها المراهق حين تواجهه داخل المنزل وأخارجه.

- وعبر الذات يكتشف المراهق نفسه والآخرين والعالم الذي يعيش فيه ، فيشعر بأنه حاضر في عالم الآخرين وأنه يتقاسم معهم التجارب المعيشية نفسها وبالتالي لا يستطيع أن يعيش منعزلا عن الآخرين فهذا العالم تشارك فيه مجموعة من الذوات المتفاعلة إيجابا وسلبا وتتوسع عنده المعارف العلمية والثقافية حول العالم الذي يحيط به.

المحاضرة العاشرة: اضطرابات الجانبية:

تمهيد:

توضح الاضطرابات العصبية الوظيفية مصطلح أجدد وأشمل يتضمن ما يسميه بعض الناس اضطرابات التحويل ، أعراض الجهاز العصبي التي لا يمكن أن تفسرها الأمراض العصبية أو الحالات الطبية الأخرى، ومع ذلك فإن الأعراض حقيقية وتسبب خلا واضحا على مستوى الدماغ أو مشاكل وظيفية، وتختلف العلامات والأعراض بناء على نوع الاضطراب الوظيفي العصبي، وقد تتضمن بعض الأنماط المعينة، تؤثر هذه الاضطرابات في حركة وحواس الشخص المصاب، وقد تختلف الأعراض في حدتها وقد تأتي وتختفي أو تستمر ومع ذلك لا تقدر على السيطرة على الأعراض.

مفهوم الاضطراب.

لغة: "إن كلمة اضطراب مشتقة من الفعل اضطرب أي تحرك وهاج، وضرب بعضه ضرباي، واضطراب الأمر: اختل، واضطرب من كذا: أي ضجر، واضطرب في أمره: أي تردد وارتبك".

اصطلاحا: "الاضطراب النفسي والعقلي يعرف بمفاهيم مختلفة مثل: المعاناة (souffrance)، سوء التحكم بالذات، ضرر (désavantage)، إعاقة (handicap)، صلابة (rigidité)، اللامنطقية (irrationalité)، مجموعة من الأمراض، انحراف إيماني...

كل واحد من هذه المصطلحات يدل على الاضطراب، لكنه ليس معادل له، وكل وضعية تتطلب تعريفاً مختلفاً.

- وبصفة عامة يعرف (DSM-IV) الاضطراب النفسي والعقلي بأنه: مجموعة أعراض سلوكية أو نفسية، عيادية تكون ذات معنى، تطرأ على شخص ما ويصاحبها عادة ضيق ملازم، ومهما يكون أصل هذه الاضطرابات، فإنها تعتبر كمظاهر لاختلال وظيفة سلوكية، نفسية أو بيولوجية للشخص.

" ويتفق معظم علماء علم النفس الحديث على أن الاضطرابات النفسية تشير إلى حالات سوء التوافق (malajustement) مع النفس، أو مع الجسد، أو مع البيئة، طبيعية كانت أم اجتماعية، ويعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر والإحساس باليأس والتعاسة والقهر، وغالباً ما تمس البعد الانفعالي للشخصية، ويظل معها الفرد المضطرب متصلاً بالحياة الواقعية، قادراً على استبصار حالته المضطربة".

المبحث الثاني: أسباب الاضطرابات (النفسية والعقلية).

قسم الباحثين أسباب الاضطرابات إلى قسمين:

أ/ الأسباب الخارجية: تشمل العوامل الخارجية ما يلي:

- العوامل الطبيعية: العدوى، التلوث، التقلبات الجوية، التغذية... الخ.
 - أحداث الحياة: المشاكل المهنية أو المالية، الصدمات، فقدان الوظيفة... الخ.
 - العلاقات مع الآخرين: الصراع، الفشل العاطفي، فقدان شخص عزيز، قطع صلة... الخ.
- ب/ الأسباب الداخلية: وتشمل العوامل الداخلية ما يلي:
- العوامل الأسرية: الوراثة، مجال الاستعداد.
 - اختلال وظيفة الجسم: اضطراب وظيفة أعضو.
 - الانفعالات والطبع: انفعالات شديدة لها علاقة بأحداث معينة (مفاجآت، خوف، حزن...)، خصائص طباعية (الشخصية، حساسية، الشعور بالذنب...)

مفهوم الجانبية.

الجانبية هي "سيطرة حسية وحركية لجانب من جسم الإنسان على الجانب الآخر من أجل تنظيم ثابت للفضاء المحيط، وتظهر من خلال تفضيل الفرد لاستعمال طرف من دون الآخر أو عينا دون الأخرى عند القيام بعمل يتطلب التركيز"

كما تعرف بأنها "تفضيل استعمال لأحد الأجزاء المتناظرة من الجسم سواء كانت عين، أذن، يد، أو رجل".

فالجانبية هي التناظر الجسمي الطبيعي للكائن الإنساني تظهر من خلال الحركات التي تتطلب:

- استعمال عضو واحد.

• أوتكامل العضوين معا.

فالجانبية هي المرحلة الوسطية بين التصور الجسدي، والتنظيم الزمني، فمن خلال التناظر الجسدي يستطيع الطفل التفرقة بين اليمين واليسار، فمصطلح (اليمين، اليسار) يشكلان جزءا من مفاهيم الفضاء حيث يستطيع الإنسان أن يطبقهما على البيئة كأن نقول (الكرة موجودة على يمين الخزانة).

. إن الجانبية تسمح للطفل بالتوجه في العالم المحيط به، كما يظهر عنده التفضيل اليدوي (أيمن/ أيسر) أو المهارة في استعمال اليدين، والذي يؤثر بشكل كبير على تعلم الطفل للقراءة والكتابة.

وتعرف الجانبية: "أنها ظاهرة إنسانية بحثة، وكل شخص يملك جانبية خاصة به والتي يعبر عنها من خلال عنصرين هما التفضيل والأداء فالأول يظهر من خلال الاستعمال المتكرر لليد في معظم الأنشطة اليومية، أما الثاني وهو الأداء فيظهر من خلال اليد الأكثر مهارة ودقة في الاستعمال، ومعظم الأشخاص يستعملون اليد اليمنى أكثر وهذا التفضيل راجع إلى عوامل اجتماعية، ثقافية، جينية، وعلى مستوى الدماغ" (شيباني: 2015، 45).

"إن وعي الطفل بجانبي جسمه وقدرته على التفرقة بين اليمين واليسار، يعتبر نقطة مرجعية أساسية لتموضع الأشياء في الفضاء حيث يرى العالم (Roger muchielli) بأن الطفل الذي يعاني من صعوبة القراءة والكتابة لا يستطيع الوصول إلى التفكير الرمزي إلا من خلال إدراكه للفضاء والتموضع فيه بطريقة جيدة وسليمة".

إن استدخال الطفل لموضوع اليمين واليسار تسمح له بوضع الأشياء في مكانها الصحيح بالنسبة لنفسه وبالنسبة للآخرين، كما أن استعمال الطفل للجانب اليدوي المسيطر من جسمه (سواء اليد اليمنى أو اليسرى) يعطيه دقة وسهولة في الكتابة أكثر.

إننا نادراري ما نجد أشخاص ذوي جانبية متجانسة حيث أنهم يستعملون جهة واحدة سواء على مستوى العين، اليد أو الرجل، أما الجانبية المتقاطعة فهي تمثل الأشخاص الذين يستعملون الجهة اليمنى لبعض أجزاء الجسد والجهة اليسرى للأجزاء الأخرى للجسد، مثلا (يميني العين، ويساري اليد والأرجل).

وهناك الأشخاص الذين يبرعون في استعمال اليد اليسرى واليمينى، وفي بعض الأحيان تكون هذه المهارة في الأرجل لكن لا تكون أبدا في استعمال اليد والرجل معاي.

مراحل بناء الجانبية:

" إن ما يجب أن يتعلمه الطفل ليس أن يقول كلمة يمين أو يسار، ولكن الأصح هوأن يكتشف أن هناك جانبين أحدهما يسمى باليمين والآخر باليسار وأن ننمي قدرته كإنسان على معرفة الفرق بينهما والكيفية الصحيحة لاستعمال كل منهما" (شيباني: 2015، 46).

يتكون مفهوم الجانبية عند الطفل ببطء شديد، وله أهمية خاصة لأنه ضروري في العديد من حقول الدراسة، ويمر هذا المفهوم عند الطفل بأربعة مراحل:

- المرحلة الأولى: في حدود سن الثالثة أو الرابعة يعرف الطفل (يمين، يسار).
- المرحلة الثانية: في حدود الثامنة يعرف (يمين، يسار).
- المرحلة الثالثة: في حدود سن الحادية عشر يصبح الطفل قادر على تحديد جانب الشيء (يمينه أو يساره).
- المرحلة الرابعة: في حدود سن الثانية أو الثالثة عشر يفهم الطفل بوضوح وبصفة نهائية العلاقات التي تربط الأشياء ببعضها مهما كانت أوضاعها (فكرة نسبية عن اليمين واليسار).

إن القدرة على استعمال الجانب الأيمن أو الأيسر للجسم يلعب دورا هاما في توجيه تصور الجسم، فاستعمال اليمين أو اليسار هو تجهيز وراثي من جهة، ومن جهة أخرى فهو تفوق مكاني مكتسب، وتشمل هذه القدرة على استعمال الجانب الأيمن أو الأيسر للجسم، التفوق في استعمال إحدى اليدين في النشاطات اليومية، هذا التفوق يكون خاص بحركات يقوم بها الطفل بصفة عفوية وهذه الأخيرة تدل على أن التفوق الحركي لجانب من المحور الجسدي حسب النظرية الفيزيولوجية ناتج عن استعمال إحدى نصفي الكرة المخية أكثر من الآخر، وهناك عامل آخر مهم على تأثير الطفل بالنسبة لاستعمال إحدى الجانبين للجسم وهو الدافع الاجتماعي والتدريبي وأنه معرض للتغيير لأسباب مرضية واجتماعية.

"ونظرا لصعوبة إدراك هذا المفهوم يجب على المعلم توضيحها وترسيخها في أذهان التلاميذ باستعمال وضعيات واتجاهات مختلفة وتطبيق أساليب تربية في قائمة على اللعب واستغلال دروس التربية الفنية والبدنية، وتطبيق نشاطات في الفضاء الحقيقي قبل الشروع في تنفيذها على الورق".

وظائف جانبي المخ.

وظائف المخ الأيسر: يتعامل مع الأنماط والرموز التجريدية، يساهم في الترتيب والنظام، طريقة التفكير تحليلية وتفصيلية، يعالج المعلومات بشكل متسلسل ومنتابع، يعالج المعلومات بشكل منطقي ومتفحص، يقرأ التفاصيل لأنها مهمة له ويعالج المعلومات الرقمية بالتخطيط والاستقراء، يتعامل مع الزمن ومع الحقائق والوقائع بتذكر الأسماء والألفاظ بشكل أكبر، يتضح أن النصف الأيسر يختص بمعالجة المعلومات اللفظية واللغة والأرقام ويعمل بشكل خطي.

وظائف المخ الأيمن: يتعامل مع الصورة والخيال ويحب العشوائية والحرية، طريقة التفكير كلية وشاملة ويعالج المعلومات بالتوازن والتزامن، ويعالج المعلومات بشيء من الحدس، إبداعي ومولد للأفكار، يقرأ ليعرف الفكرة الأساسية للموضوع، يعالج المعلومات الشكلية والتخيلية، يحب الإقدام بسرعة والاندفاع، استنتاجي ويتعامل مع التخيل يتذكر الأشكال والصور بشكل أكبر ونلاحظ أن النصف الأيمن أكثر نشاطا، فيه العمليات العقلية ذات الطابع البصري والحيز المكاني كالصور والخبرات الحسية المباشرة.

الاضطرابات الجانبية.

اضطرابات المخ الأيسر (النصف الأيسر من الدماغ)

بسبب تحكم مناطق مختلفة من الدماغ في وظائف معينة، فإن موضع تضرر الدماغ يحدد نوع الخلل الوظيفي الذي يحدث للدماغ نصفين واحد أيمن والآخر أيسر ويحتوي كل نصف على أربعة فصوص: الفص الصدغي، الفص الجبهي، الفص الجداري والفص القذالي.

وتعد معرفة الجزء المصاب من الدماغ ضرورية أيضا لأن وظائف نصفي الدماغ (نصفي الكرة الدماغية) ليستا متطابقتين، حيث يجري تنفيذ بعض وظائف الدماغ بشكل حصري في أحد نصفيه فمثلا، يجري التحكم في الحركة والإحساس لأحد جانبي الجسم من نصف الدماغ في الجانب الآخر (المعاكس) ويجري تنفيذ وظائف أخرى بشكل رئيسي من خلال أحد النصفين والذي يقال أنه مسيطر، فمثلا يسيطر النصف الأيسر بشكل رئيسي على اللغة عند معظم الأشخاص، وتسمى هذه الصفة بسيطرة أوسيادة النصف الأيسر من الدماغ وقد يؤدي تضرر أحد نصفي الدماغ إلى فقدان كامل هذه الوظائف، إلا أن معظم الوظائف مثل (الذاكرة) تتطلب تناسق عدد من المناطق في كل من النصفين، ولكي تُفقد هذه الوظائف بشكل كامل، ينبغي أن يلحق الضرر بكل النصفين.

أ/ تضرر الفصين الجبهيين: بشكل عام يؤدي إلى فقدان القدرة على حل المشاكل والتخطيط والشروع بالأفعال، مثل عبور الشارع أو الإجابة عن سؤال معقد (ويطلق عليها الوظائف التنفيذية *fonctions exécutives*).

لكن في بعض الحالات يكون الضرر نوعيا باختلاف الجزء المتضرر من الفص الجبهي. ففي حالة تضرر الجزء الخفي من الفص الجبهي (الذي يتحكم في الحركات الإرادية) يمكن أن يحدث ضعف أو شلل، ونتيجة لتحكم كل جانب من الدماغ في الجانب المقابل له في الجسم فإن تضرر النصف الأيسر يسبب ضعفا في الجهة اليمنى والعكس صحيح.

وإذا تضرر الجزء الأوسط منه فقد يصبح المرضى غير مباينين وخاملين وغير متحمسين، ويصبح تفكيرهم بطيئا وإجاباتهم عن الأسئلة شديدة البطء.

وعند تضرر الجزء الخلفي الأوسط الأيسر من المخ (منطقة بروكا) فقد يجد الأشخاص صعوبة في التعبير عن أنفسهم بالكلمات وهوضعف يعرف باسم حبسة بروكا (التعبيرية).

ب/ تضرر الفصان الجداريان (الأيسر خاصة):

. يقوم الفصان الجداريان بتغيير المعلومات الحسية القادمة من باقي الجسم.

. الجمع بين الانطباعات عن القوام والوزن وتحويلها إلى تصورات عامة.

. التأثير في المهارات الرياضية وفهم اللغة.

. تخزين الذكريات المكانية التي تمكن الأشخاص من معرفة أماكنهم.

يسيطر الجزء الأيسر نسبيا على هذه الوظائف أما الفص الأيمن فيساعد في إدراك كيفية ارتباط الجسم بالحيز المحيط به.

• في حالة تضرر الجزء الأمامي من الفص الجداري الأيسر يكون هناك تخدر، ويضعف الإحساس بالجانب المقابل له في الجسم (الأيمن عادة)، ويجد الأشخاص المصابون صعوبة في تحديد موضع ونوع الإحساس (الألم، الحرارة، البرودة أو الاهتزاز...).

وقد يجدون صعوبة في تمييز الأشياء عن طريق اللمس (أي من خلال القوام والشكل).

• وفي حالة تضرر الجزء الأوسط من الفص الجداري الأيسر فإن الأشخاص المصابين لا يستطيعون تمييز الجانب الأيمن من الجانب الأيسر (يسمى التوهام اليميني اليساري).

• يكون لديهم مشكلات في الحساب والكتابة.

• ويكون لديهم مشاكل في استشعار مكان وجود أجزاء من أجسادهم وهو إحساس يدعى (استقبال الحس العميق proprioception).

ج/ تضرر الفص الصدغي (الأيسر): يتحكم جزء من الفص الصدغي الأيسر في فهم اللغة عند الأشخاص وفي حالة تضرر هذا الجزء فإنه يحدث أن تضعف ذاكرة الكلمات بشدة وكذلك تضعف القدرة على فهم اللغة وهو ضعف يسمى حبسة فيرنيقة الاستقبالية.

د/ تضرر الفص القذالي (القفوي) واضطراباته: يحتوي الفص القفوي على المركز الرئيسي لمعالجة المعلومات المرئية ففي حالى تضرر أحد جانبي الفص القفوي خاصة الأيسر فإن المصابين يعجزون عن تمييز الأشياء من خلال النظر رغم عمل العينين بشكل طبيعي (سلامة العضو وخلل في النواقل العصبية المفسرة)، ويسمى هذا الاضطراب (بالعمى القشري cortical blindness)، لا يدرك هؤلاء أنهم لا يستطيعون الرؤية وعضوا عن ذلك يشكلون وفقا لما يرونه ويسمى (التعريف confabulation) ويسمى أيضا "بمتلازمة أنطون" (Anton syndrome).

اضطرابات المخ الأيمن (النصف الأيمن من الدماغ)

أ/ اضطرابات وخلل الفص الجداري الأيمن: قد لا يتمكن المصابون من القيام بمهام مهارية بسيطة مثل تمشيط شعرهم أو ارتداء ملابسهم تسمى هذه الحالة بالحالة اللاأدائية. كما قد يواجهون صعوبة في فهم طريقة ارتباط الأشياء ببعضها البعض في الحيز ونتيجة لذلك يصعب عليهم رسم وبناء الأشياء، وقد يتوهون أثناء المشي.

ب/ اضطرابات خلل الفص الصدغي الأيمن: تضرر الفص الصدغي الأيمن يضعف ذاكرة الأصوات والموسيقى ونتيجة لذلك يواجه الأشخاص صعوبة في الغناء.

ج/ تضرر الفص القفوي الأيمن: يسبب تضرر الفص القفوي الأيمن هلوسات تنطوي على الرؤية فمثلا يمكن أن يرى الأشخاص خطوطا ملونة عندما ينظرون في اتجاه معين.

وفي الأخير نستنتج أن للإنسان وظائف وحركات لا تعد ولا تحصى ويترأسها الدماغ حيث تعد هذه الوظائف غامضة وملحوظة على حد سواء فكل الأفكار والمعتقدات والذكريات والسلوكيات تنشأ داخل الدماغ إذ يعتبر هو موقع التفكير والترجمة أي مركز التحكم في الجسم كله، حيث يراجع الدماغ جميع المحفزات والمنبهات من الأعضاء الداخلية وسطح الجسم ثم يتفاعل مع هذه المحفزات من خلال تصحيح وضعية الجسم، ومن هنا يتفاعل الإنسان مع المجتمعات وقيامه بردود الأفعال المختلفة أساسها الدماغ

المحاضرة الحادية عشر: اضطرابات الحسية الحركية لدى المصابين بلزمة داون

تمهيد:

تعتبر الإعاقات الذهنية من الظواهر المألوفة على مر العصور، والمقصود بالإعاقاة الذهنية هي نقص درجة ذكاء الشخص، وذلك يؤدي على عدم قدرته التكيف مع نفس ومع البيئة المحيط به والإعاقاة عدة أسباب أهمها الأمراض الوراثية، وإصابة الأم وإصابتها بمرض السكري، أو الأشعة السينية، والعمل في سن متأخر وغير ذلك. ويعد الاضطراب حالة خلقية سببها الانقسام غير طبيعي في الخلايا، مما يؤدي الى زيادة النسخ الكلي، أو الجزئي في الصبغي، كما تختلف السمات الجسدية والمشكلات الطبية من طفل الى آخر وهو اضطراب لا يمكن منعه لكن يمكن اكتشافه قبل الولادة.

اضطراب متلازمة الداون

تعريف متلازمة الداون

معنى كلمة متلازمة: مجموعة من الأعراض والعلامات تظهر وتتكرر في أكثر من شخص، ولها سبب محدد، وتبقى ملازمة لشخص طول حياته.

معنى كلمة داون:

نسبة الى الطبيب الانجليزي langdon down الذي كان أول من شخص هذه المتلازمة من خلال عمله في احد المؤسسات الخاصة برعاية المعاقين بالولايات المتحدة الاميركية.

متلازم الداون: هي عبارة عن شذوذ في (كروموسومي) يؤدي الى وجود خلل في المخ والجهاز العصبي، ينتج عنه عوق ذهني واضطراب في مهارات الجسم الادراكية والحركية، كما يؤدي هذا الشذوذ الى ظهور ملامح وعيوب خلقية في اعضاء ووظائف الجسم.

متلازمة داون هواضطراب جيني يتسبب في زيادة عدد الكروموسومات من 46 لتصبح 47 كروموسوميا، وذلك عند حدوث انقسام غير طبيعي للخلايا في المادة الوراثية من الكروموسوم رقم 21، وهذا الاضطراب الجيني يختلف من طفل لآخر في شدته مسببا إعاقة ذهنية وتأخريا في النمو لدى الحياة وصعوبات في التعلم عند الأطفال المصابين به (نوري القمش: 2011، 278).

إن التدخل المبكر للمصابين بمتلازمة داون يمكن أن يحسّن إلى حد كبير نوعية الحياة للأطفال والبالغين الذين يعانون هذا الاضطراب ومساعدتهم على التعايش مع المجتمع.

نبذة تاريخية عن متلازمة الداون.

متلازمة داون أو تناذر داون أو التثالث الصبغي 21 أوالتثالث الصبغي G، متلازمة صبغوية تنتج عن تغير في الكروموسومات؛ حيث توجد نسخة إضافية من كروموسوم 21 أو جزء منه في الخلايا، مما يسبب تغيرا في المورثات.

تتسم الحالة بوجود تغييرات كبيرة أو صغيرة في بنية الجسم. يصاحب المتلازمة غالبا ضعف في القدرات الذهنية والنمو البدني، وبمظاهر وجهية مميزة. يمكن الكشف عن المتلازمة أثناء الحمل عن طريق بزل السلى. كما يمكن أيضا الكشف عن هذه المتلازمة بفحص الكروموسومات الجنينية في دم الأم دون الحاجة لبزل السلى.

كما تساعد الأشعة الصوتية التفصيلية على عمر 11-14 أسبوعا وعلى عمر 18-22 أسبوعا في تقدير احتمال إصابة الجنين بمتلازمة داون.

يمكن أن تجد الكثير من الصفات المميزة لمتلازمة داون في أشخاص طبيعيين كصغر الذقن وكبر حجم اللسان واستدارة الوجه وغير ذلك.

تزيد احتمالية إصابة أطفال متلازمة داون بعدة أمراض كأمراض الغدة الدرقية، وارتجاع المريء، والتهاب الأذن.

يوصى بالتدخل المبكر منذ الطفولة والكشف القبلي عن أكثر الأمراض شيوعا والعلاج الطبي وتوفير جوعائلي متعاون والتدريب المهني حتى تساهم في تطوير النمو الكلي للطفل ذومتلازمة داون.

وبالرغم من أن بعض المشاكل الجينية التي تحدّ من قدرات طفل متلازمة داون لن تتغير إلا أن التعليم والرعاية المناسبين قد يحسّنان من جودة الحياة.

المظاهر الإكلينيكية لمتلازمة داون:

في متلازمة داون هناك ثلاث أسباب تفسر تثالث الكروموزوم 21 وهي: -

- 80% من الحالات الخطأ في التوزيع الكروموزومي يكون قبل عملية الإخصاب او عند أولى انقسامات

الخلية وهو النوع الأكثر شيوعا. 4- Le type homogène

-4% يقدمون الخطأ في تموقع الكروموزوم 21 أو ما يسمى النوع الانتقالي.

16% - Translocation يقدمون النمط الفسيفسائي. Mosaïque

- النوع الأول لتثلث الكروموسوم 21 "Trisomie 21":

جاءت التسمية وصفا للحالة الكروموزومية التي تكون عليها خلايا الشخص المصاب حيث يوجد في الكروموزوم 21 ثلاثة كروموزومات بدلا من اثنين، ويعتبر هذا النوع من أكثر أنواع متلازمة داون شيوعا وتصل نسبته حوالي 80% من مجموع الأشخاص ذوي متلازمة داون والتي تظهر في حال وجود خلل جيني في عملية الانقسام المنصف أو ما يعرف بفشل الانفصال السليم للزوج الكروموزومي الأصلي في خلية المبيض، أو خلية الخصية، مما يعني بقاء زوج الكروموزومات 21 بدون انفصال.

وعند حدوث الإخصاب أو الحمل وتكوين خلية الجنين التي تنمو لتصبح جنينا محتويا على ثلاثة كروموزومات في زوج الكروموزوم 21 بدلا من اثنين في جميع خلايا الجسم في حالات أخرى قد يوجد لدى الأبوين التوزيع الطبيعي من الكروموزومات إلا أنه أثناء انشطار البويضة المخصبة يحدث خلل في توزيع الكروموزومات فيولد الطفل بكروموزوم إضافي في زوج الكروموزومات 21 وحتى وقتنا هذا لا يوجد تفسير لحدوث هذا الخلل أو الفشل في عملية الانفصال الكروموزومي أثناء مراحل الانقسام.

- نمط الخطأ في موقع الكروموسوم 21: Translocation

ويسمى أيضا بالنوع الانتقالي وهو عملية انتقال جزء من الكروموزوم 21 إلى موقع آخر أثناء عملية إعادة ترتيب الكروموزومات، وفي العادة يحدث الانتقال إلى الكروموزوم رقم 14 ونسبة حدوث هذا النوع حوالي 4 من حالات متلازمة داون.

تحدث هذه العملية في قمة الكروموزوم 21 بحيث ينتقل هذا الكروموزوم إلى موضع كروموزومي جديد مما يؤدي إلى حدوث هذه الظاهرة ، ولغاية الآن لا يوجد تفسير علمي لذلك خاصة وان هذه الحالة لا ترتبط بعمر الأبوين، وتشير بعض الافتراضات العلمية بأن هذا الخلل قد ينتج عن طفرة جينية أثناء عملية الانقسام. وقد تحدث عملية انتقال هذا الجزء من الكروموزوم 21 إلى أحد الكروموزومات ذات الأرقام: 13، 14، 15، 22،

أو أحيانا إلى الكروموزوم 14، وفي بعض الحالات تحدث عملية الانتقال في الجزء العلوي من الكروموزوم، لان الجزء صغير من الناحية الجينية فيمكن أن يفقد بدون اية ظواهر مرضية، أو أية آثار جانبية، لذا من الضروري إجراء عملية دراسة الكروموزومات لوالدي جميع الأطفال الذين تظهر عندهم أعراض متلازمة داون وتحديد نوع الخلل الحاصل في الكروموزوم حيث وجد أن ثلث الأطفال اللذين لديهم هذا النوع يكون أحد الوالدين

هو الحامل لهذه المتلازمة لكن بدون آثار جانبية ، حيث يكون لديهم استعداد أكثر من غيرهم لإنجاب أطفال من ذوي متلازمة داون، كما أن الأشخاص ذوي متلازمة داون من هذا النوع لا يختلفون عن الأشخاص ذوي متلازمة داون من نوع ثلاثي الكروموزومات 21.

-النوع الفسيفسائي: Mosaïque-

ونسبة شيوعه حوالي 16% من مجموع الأطفال ذوي متلازمة داون ويظهر هذا النوع على شكل وجود كروموزوم إضافي في زوج الكروموزومات 21 ولكن في بعض خلايا الجسم دون غيرها، أي تحتوي بعض خلايا الجسم على ثلاثة كروموزومات بدلا من اثنين في زوج الكروموزومات 21 أما بقية الخلايا فتكون طبيعية وتحتوي فقط على كروموزومين في الزوج الكروموزومي 21 ومن هنا جاء اختيار هذا الاسم حيث أن خلايا الجسم تظهر على شكل الفسيفساء، بحيث تظهر سليمة في مواقع معينة ومصابة في مواقع أخرى لذلك فإن الأعراض والصفات التي تترافق مع هذا النوع تكون أقل حدة من الأعراض والصفات التي تترافق مع النوعين السابقين، علاوة على كون هذه الأعراض والصفات تظهر على شكل حالات فردية مختلفة عن غيرها، وهذا يتوقف على نوعية الخلايا المصابة، وكذلك فإن المعالم الشكلية تكون قليلة إضافة إلى التطور الوظيفي لهذا النوع يكون أقرب إلى المدى الطبيعي، وتتوقف الأعراض على نوعية الخلايا المصابة ، فقد تؤدي إصابة خلايا القلب مثلا إلى اضطرابات قلبية وإصابة خلايا الجلد إلى اضطرابات جلدية وهكذا... وهذه الحالة تحدث أثناء المرحلة الثانية من عملية انقسام الخلية أو يمكن في المرحلة الثالثة للانقسام.

اضطرابات لدى متلازمة الداون

الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة الداون

- الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة داون: كما ذكرنا سابقا أن المصابين بمتلازمة داون يعانون من مشاكل صحية عديدة نتيجة لذلك الاختلال الكروموسومي والذي نذكر من بينها: (Mathieu .A, 1998, p172)

-مرض الصرع: حيث دلت الدراسات على أن ما نسبته 5/10 من هؤلاء الأشخاص يعانون من مرض الصرع ويبدأ عند هذه الفئة إما خلال السنتين الأوليتين من عمر الطفل أوفي المرحلة العمرية من 12/25 سنة.

اضطراب في الجهاز الدوري والدم: وتظهر على شكل عيوب خلقية بالقلب حيث أن 40% من الأطفال اللذين لديهم متلازمة داون يعانون من مشكلات وعيوب خلقية سواء في الجهاز التنفسي أوالقلب وفيما يلي أهم أشكال هذه العيوب: وجود خلل في الحاجز الأذيني البطيني: حيث يشكل هذا الخلل ما نسبته 40% من مجموع العيوب الخلقية في القلب، خلل في الحاجز الأذيني: ونسبته كذلك حوالي 20% من مجموع هذه العيوب ، خلل في الحاجز البطيني: ونسبته كذلك حوالي 20% من مجموع هذه العيوب، رباعية فالوت: ونسبتها حوالي 8% من مجموع العيوب القلبية. واضطرابات قناة الشريان.

وتسمى أحيانا قناة بوتالز حيث تبقى هذه القناة مفتوحة مما يعيق العمل المثلي للعضلة القلبية ويؤدي إلى مشاكل صحية كثيرة ويحتاج معالجة العيوب القلبية إلى التدخل الجراحي المبكر، وتعاني نسبة كبيرة منهم من سرطان الدم حيث يزداد خطر إصابة أطفال متلازمة بسرطان الدم بأكثر من 20-10 ضعفا من الأطفال العاديين.

اضطراب الجهاز الهضمي: وتظهر هذه الاضطرابات على عدة أشكال منها خلل في تطور ونمو الجهاز الهضمي، تضيق في الأمعاء الدقيقة، وانسداد في الاثني عشر وتضخم القولون، كما هناك عدد قليل من الأطفال ذوي متلازمة داون يولدون بتشوهات في المجرى المعدي المعوي ، وتجري الجراحة في مرحلة مبكرة جدا إلا أنها لا تكون فعالة بشكل تام حيث يعانون من مشكلات دائمة في التحكم في عملية الإخراج، كما يعاني بعضهم من الإمساك المزمن ضعف أو نقص المناعة، حيث يعتبر نظام المناعة لدى أطفال متلازمة داون بأنها أدنى من الطبيعي اتجاه الالتهابات والأجسام الغريبة وتزداد احتمالية الإصابة بأمراض مختلفة مثل سرطان الدم، وتكرار حدوث أمراض الغدة الدرقية، والسكري والتهاب الجهاز التنفسي. اضطراب العناصر الغذائية: تظهر لديهم اضطرابات في مستوى العناصر الغذائية الرئيسية في عظام الجسم، وتأخر ملحوظ في نمو الإنسان الدائم حيث يتأخر ظهور أسنان الحليب الى ما بعد الشهر الثامن لديهم وهي تظهر لدى الأطفال العاديين في الشهر السادس ، ولا يتبع ظهورها الترتيب المعهود فأضراس الحليب الطاحنة قد تثبت قبل الأضراس القاطعة، ويلحظ هذا التأخر في نمو الأسنان النهائية وقد يكون عدد الأسنان أقل من الطبيعي وأصغر حجما من الأسنان الطبيعية ومصفوفة على نحو خاطئ، ويزيد الضغط الذي يمارسه اللسان على الأسنان الأمامية من سوء ترتيب الأسنان وزيادة في تقوس فقرات الرقبة الأمامية وكذلك يكون القفص الصدري للأولاد منهم عميقا وعريضا وفي بعض الأحيان يتكون القفص الصدري من 11 زوجا من العظام في حين أن العدد الطبيعي هو 12 زوجا وتقوس في بعض المفاصل نتيجة ضعف المرابط المحيطة بمفاصل الجسم وخصوصا مفصل الركبة، ومشكلات في عظام الأنف، إن هذه الصفات لا تظهر مجتمعة عند شخص واحد كما أن عددا منهم لا يعانون من أية اضطرابات عضوية وهم الأشخاص الأكثر تحسنا واستجابة للعمليات التربوية العلاجية والتدريبية. الهرم والموت المبكر: تظهر انتشارات التقدم بالعمر والهرم على وجوه هؤلاء الأشخاص بشكل سريع فتغزو أجسامهم أمراض الشيخوخة مبكرا ويطلق العديد من الأطباء الذين يعالجون حالة متلازمة داون اسم متلازمة العجز المبكر حيث يعانون مبكرا من أمراض الدم والتهاب المفاصل وتآكلها وأعراض الزهايمر إذ تشير بعض الإحصاءات إلى أن 50% منهم يصابون بهذا المرض مبكرا. كما أشارت دراسة قام بها دالتون وآخرون إلى أن جميع الأشخاص ذوي متلازمة داون يصابون بهذا الداء في عمر 60 سنة وهي تعادل وأضعاف مقارنة بنسبة الإصابة الطبيعية التي تصل إلى 11% في هذا العمر للأشخاص العاديين وتشير بعض الدراسات إلى أن أسباب الهرم المبكر لدى أطفال متلازمة داون تكمن في الضمور الذي يصيب الغدد داخل الجسم وخاصة الغدة الزعترية كما تظهر الإحصاءات أن نسبة 20% منهم لا يعيشون حتى عامهم الثاني

وتشكل نسبة كبيرة منهم لا تصل سن البلوغ ومع ذلك قد يعيش عدد منهم فترة تتراوح ما بين 40-60 سنة. ورغم أن الدراسات تشير إلى زيادة احتمالية تعرض الأشخاص ذوي متلازمة داون للوفاة عن أقرانهم العاديين وإلى أن أكثر الأسباب التي تؤدي إلى وفاتهم العيوب القلبية الخلقية، والتهابات الجهاز التنفسي، إلا أن تقدم الطب الحديث ووسائل العناية الصحية وخدماتها، خلال الخمسين سنة الماضية قد أدت إلى تحسن نسبة النجاة لهم في عامهم الأول حيث كانت اقل من 50% وأصبحت الآن 90% إلا أن معظم هذه الدراسات كانت على الأطفال البيض.

اضطرابات النطق واللغة:

من المعروف أن تطور التواصل غير اللفظي يسبق النطق وتطور اللغة وبما أن التواصل البصري لا يتحقق قبل الأسبوع الثامن أي بتأخر شهر إلى شهرين عند الطفل العادي، فإن ذلك يسبب تأخرا فيما يتعلق بتطوير اللغة والمفردات ويزداد هذا التأخر مع العمر، إذ لا ينطق الطفل ذومتلازمة داون بالكلمات الأولى إلا في السنة الثانية والنصف أي بتأخر عام واحد عن المعدل الطبيعي كما يلاحظ بان الكلمات التي يتعلمها ترتبط بواقع الطفل اليومي، وتفتقر إلى الدقة فالكلمة الواحدة يمكن أن تحمل معاني متعددة، وفي سن البلوغ يمكن أن تكون جملا متوسطة الطول تتميز بقلّة العبارات أما الأزمنة والصيغ الكلامية فيتم استيعابها بصعوبة حيث يتم استخدام الفعل المضارع في معظم الأحيان بصورة عفوية ويلاحظ بان الشخص ذومتلازمة داون يعاني من مشكلات في التواصل اللفظي يمكن أن تظهر على شكل تكرار جميع الكلمات ، أو مقاطع منها وذلك أثناء تفكيره في إعداد الجزء الآخر من الجملة مثل: « هذا .. هذا .. هذا ولد» ووقفات طويلة في منتصف الجملة عندما لا يوجد ما يقوله لإتمام الجملة مثل «إنها.....كرة» ووقفات غير ملائمة في مواضع ما من الجملة أثناء الكلام وغالبا ما تكون متبوعة بكلمتين أو ثلاث كلمات ذات اندفاع سريع الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في فهمها، فمثلا: « أريد أن انزل لألعب مع الأولاد» يقدمها: «أريد أن أنزل...لعمل ولاد» وتنتج هذه الوقفات والبدء في الكلام عن اضطرابات في العضلات المسؤولة عن إصدار الكلام، وإصدار الكلام بطلاقة يعتمد على مدى الانتظام في اندفاع الهواء في الرئتين والتشديد في مواضع خاطئة من الجملة وهذا يحدث نتيجة لعدم الدقة في عمل النظام اللغوي بالمخ وعدم التحكم في حركات العضلات المسؤولة عن الكلام كما انه يبذل مجهودا كبيرا لإيجاد الأصوات المناسبة للبدء بها مثل: «...أنا ذاهب للملعب» وأحيانا تؤدي الصعوبة في البدء في إصدار الصوت المناسب إلى خروج أصوات ذات طبقة صوتية مرتفعة أو أصوات عالية الحدة. ومن الممكن أن تكون المشكلة عند إسماعه للآخرين ، أو عند ملاحظة بأن ما تكلم به غير مفهوم هذا قد يؤدي إلى عدم الثقة وتردده في مواصلة الكلام وقطع عملية التواصل بين الشخص الذي لديه متلازمة داون وبين الآخرين وقد تعود بعض مشكلات النطق لدى هؤلاء الأطفال إلى الاضطرابات التي تظهر في اللسان حيث أن نسبة منهم تقدر بحوالي 20% ويعاني من مشكلة اللسان المشقوق و 11.2% منهم يعاني من التشققات اللسانية (Rondal .Pierre mardaga,1986 ,p40).

الاضطرابات الحسية لمتلازمة داون:

الاضطرابات الحسية الحركية:

تميل عضلات أطفال متلازمة داون إلى الضعف والتهدل والتراخي في معظم الحالات مما يساهم في تأخر اكتساب القدرات الحركية الدقيقة والكبيرة لديهم وينعكس ذلك على شكل صعوبات في مهارات الجري والوثب والقذف والمسك والالتقاط والكتابة ومسك القلم، كما يواجه الأطفال ذوي متلازمة داون بعد الولادة انخفاضا ملحوظا في مستوى التوتر العضلي، مما يؤثر سلبا في عملية التطور الحسي الحركي السليم ويظهر جليا على شكل اضطرابات في التوازن بين قوة العضلات القابضة والباسطة والذي يؤدي إلى تأخر في عملية التحكم بالرأس وارتداد الرقبة الزائد للخلف وتأخر القدرة على الجلوس الحر والزحف والحبو والوقوف والمشي والمسك (السيد عبيد: 2000، 67).

الاضطرابات الحسية السمعية: يظن الناس عادة أن الطفل الذاتوي مصاب بالصمم لأنه يتجاهل أصوات مرتفعة جداي كالفرقعة أو صوت انفجار ولا يُبدي أي استجابة لتلك الأصوات، ولكن في الغالب يعلم الوالدين أن طفلها ليس أصمائي بل هو يسمع كل شيء لأنه قد يلتفت عند فتحهم كيس شيبسي أو مغلف شيكولاته أو أي شيء من الأشياء المفضلة لديه. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية ما يلي: (السيد، بشاي: 1992، 48)

*البكاء والصراخ في الأماكن المزدحمة والحفلات وأعياد الميلاد.

*تغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيها.

*الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة والرتيبة مثل بندول الساعة.

*سماع صوت الآلات والمحركات.

*صدي صوت تساقط الماء.

*فتح وغلق الأبواب بشكل متكرر.

*حب سماع أغاني معينة ذات رتم وإيقاع مرتفع أو منخفض.

*التعلق بسماع الأذان أو موسيقى نشرات الأخبار.

*الهمهمة مع النفس كثيرا.

*البكاء والصراخ عند استخدام الطباشير أو أقلام السبورة أمامه.

*الصراخ والفرع عند سماع صوت مفاجئ.

*الرعب والهلع عند الاقتراب من شاطئ البحر.

*الصراخ والبكاء عند قص الشعر.

الاضطرابات الحسية البصرية: ينطبق نفس الحال فيما يتعلق بالمشاكل الحسية البصرية كما هو الحال في المشاكل الحسية السمعية فقد يتجاهل الطفل الذائوي الأشياء التي يفضل جميع الأطفال رؤيتها في حين قد يظل لفترات طويلة ينظر ويحملك في شيء يدور أوفي جزء من لعبة خاصة به كعجلة السيارة مثالي.

ومن الأشياء الغريبة والمثيرة أن بعض الذائويين يجدون طريقهم في الظلام ويستطيعون الحصول علي أغراضهم في الغرفة المظلمة بسهولة ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية البصرية ما يلي:

- *النظر والحملقة في الأضواء بشكل شديد.

*متابعة الظل بشكل قهري.

*تلمس أوجه الآخرين أو أجسادهم *تقريب الأشياء من أعينهم بشكل مبالغ فيه.

*النظر إلي الأشياء بشكل جانبي.

*الخوف من التآرجح أو ركوب الألعاب التي تدور بسرعة.

*الخوف من صب الماء أوالعصير في الكوب.

*ضرب الأرجل بقوة أثناء المشي.

*النظر إلي الماء وهويتساقط.

*ذر الرمال أوالأشياء الدقيقة في الهواء والنظر إليها باهتمام.

الاضطرابات الحسية اللمسية: يُلاحظ علي بعض الذائويين أنهم غير حساسين للبرد أوالألم فقد يخرج الطفل الذائوي في البرد القارص دون ملابس ولا يشعر بالألم إذا ما وقع علي الأرض أثناء الجري أواللعب ، وقد يضرب الطفل رأسه بالحائط أوالطاولة أوالكرسي ويظهر رغم ذلك وكأنه لا يشعر بالألم أثناء فعله ذلك.ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية اللمسة ما يلي: (الملق، سعود: 2011)

*رفض العناق.

*رفض التلامس الجسدي.

*التلذذ باللعب العنيف.

*خلع الثياب أمام الناس.

*الشعور بالبرد في طقس دافئ.

*ضرب النفس وعض الأيدي.

* كراهية غسيل الأسنان.

*خلع الحذاء باستمرار.

*الصراخ عند أخذ حمام.

*صحن أو صرير الأسنان Teeth Grinding.

*هز الأجسام إلي الأمام والخلف.

الاضطرابات الحسية الشمية: يلاحظ بعض الآباء علي أطفالهم الذاتويين أنهم يفحصون العالم من حولهم من خلال الشم فهم يشمون أجساد آبائهم أو ألعابهم الخاصة أوحتى الأجهزة الكهربائية بالمنزل.ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية الشمية ما يلي:

*رفض استخدام الصابون.

*شم الأطعمة قبل أكلها.

*رفض بعض الأطعمة.

*شم الأدوات والأشياء التي تطالبها يديه.

*الاحتفاظ بالأشياء البالية.

المشكلات الصحية لدى متلازمة الداون

كل شخص مصاب بمتلازمة داون هوفرد يعاني مشكلات عقلية ونمائية خفيفة أو معتدلة أو شديدة. قد يكون البعض أصحاء بينما البعض الآخر يعانون مشكلات صحية كبيرة كتشوهات خطيرة في القلب. يتميز الأطفال والبالغون المصابون بمتلازمة داون بلامح وجه مميزة. بالرغم من أن جميع المصابين بمتلازمة داون لا يمتلكون نفس ملامح الوجه، فإن أبرز الملامح تتضمن:

الوجه المسطح

الرأس الصغير

الرقبة القصيرة

اللسان البارز

الجفون المائلة إلى الأعلى (شقوق جفنية)

أذنين بشكل غريب أو صغيرتين

توتر عضلات ضعيف

يدين عريضتين قصيرتين بتجعيد واحد في كف اليد

أصابع قصيرة نسبيا ويدين ورجلين صغيرتين

مرونة مفرطة

نقاطيا بيضاء صغيرة على الجزء الملون (القزحية) من العين تدعى بقع بروشفيلد

قصر الطول

قد يمتلك الأطفال المصابون بمتلازمة داون جسميا عاديا ولكنهم ينمون بشكل أبطأ ويظلون أقصر عن غيرهم من الأطفال بنفس العمر.

خصائص وعلاج الاضطراب

الخصائص الجسمية لمتلازمة الداون

الخصائص الجسمية: مما لاشك فيه أن كل طفل يأخذ بعض الشبه من أبويه وأقاربه ، لكن هناك نمط سائد لذوي متلازمة داون في التكوين الجسمي والمظهر العام، التي تميزهم عن غيرهم من الفئات. فنلاحظ أن ذوي متلازمة داون يتشابهون فيما بينهم في تقاسيم وجوههم وفي بنية أجسامهم ، مع أن هناك فروقات فيما بينهم. وأن هذه الخصائص تظهر في خمسة وعشرين عرضا حددته منظمة الصحة العالمية ، وأكدت على أن توافر عشرة أعراض منها يكفي لتصنيف الطفل ضمن هذه الفئة.

الجمجمة والرأس:

- الرأس صغير ومحيط الرأس أقل من الحجم الطبيعي.
- تأخر انغلاق اليافوخ الأمامي والخلفي وقد يبقى مفتوح حتى عمر السنتين.

الوجه:

- نقص نمو وتكوين عظام الوجنتين والفك مع انخفاض قاعدة الأنف
- تعطي الوجه الشكل

المسطح المميز.

الأنف:

- صغر حجم الأنف.
- انخفاض قاعدته.
- فتحات الأنف صغيرة.

العيون:

- منسحبة إلى الأعلى والخارج.
- وجود ثنية جلدية تغطي زاوية العين.
- نقط بيضاء في حدقة العين وفي البعض نقط صفراء وهي لا تؤثر على الرؤية.

الفم:

- صغر حجم الفم. • خروج اللسان (بسبب كبر حجمه). • تشقق اللسان.

الأسنان:

• تنمو متأخرة وقد تبدو مشوهة.

• صغيرة.

غالبًا لا ينمو الضرس الثالث.

الأذنان:

• صغيرتان.

• الأعضاء التناسلية قد تكون ضعيفة التطور.

• في الذكور زيادة العيوب في الجهاز التناسلي مثل عدم نزول الخصية أو الخصيتين 50%

أو كون كيس الخصية فارغًا 27%. • في الإناث احتمال هبوط في حجم المبيض وتركيبه.

– الرقبة:

• رقبة عريضة وقصيرة. • وجود جلد طري وسائب في الخلف ويختفي مع تقدم العمر.

الشعر:

. غالبًا ما يكون الشعر ناعما ومسترسلا.

الصدر:

• صدر قمعي.

تغيرات ناتجة عن احتمال إصابة القلب.

الرئة:

• بعض الحالات توجد بها عدم اكتمال نمو.

• احتمالية الالتهاب الرئوي خاصة عند وجود عيب بالقلب.

البطن:

• ضعف في عضلات البطن وبروز (الكرش).

• بعض الحالات توجد بها فتاء في السرة (ويحتاج إلى عملية).

الجلد:

• فاتح وقد يكون به نقط حمراء خاصة في البرودة.

• خشونة بالجلد والوجه.

الأطراف:

• صغر حجم الأيدي والقدمين. • قصر في الأصابع وانحناء في الإصبع الصغير.

• وجود خط في 50% بالعرض باليد.



• قصر في أصابع الأرجل ووجود مسافة بين الأول والثاني. • تفلطح بالقدمين.

• خلع في أحد المفاصل وخاصة القدمين (عند الولادة في بعض الحالات)

• البصمات يغلب عليها شكل الحرف (L) أكثر مما يغلب عليه الحلقات المعروفة عند الأسوياء.

الخصائص العقلية والنمائية لمتلازم داون

الخصائص العقلية: غالبية الحالات تكون ضمن فئة متوسطي الإعاقة العقلية ويتراوح العمر العقلي للغالبية

بين 5-8 سنوات. ويتفاوت معامل الذكاء من 20 إلى 50.

ويمكن تصنيف ذوي متلازمة داون ضمن الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين 55-80..

والجدير بالذكر: أن مخ أطفال متلازمة داون يكون سليم وليس تالف وخلايا المخ أيضا تكون سليمة في معظم

الحالات، ولكن الأعصاب التي تحمل المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى تكون رديئة العزل ولا تحمل الرسالة

بالسرعة التي تحمل بها الأعصاب عند الطفل العادي.

الخصائص النمائية: نتيجة لحالة التخلف عند المصاب بأعراض داون فإن مراحل نموالمظاهر النمائية لدية

تكون أبطأ كثيرا إذا ما قورنت بمثيلاتها عند أقرانهم من الأطفال العاديين.

خصائص النمو الجسمي: يختلف معدل النموالجسمي لذوي متلازمة داون لأسباب منها العوامل الوراثية،

والعرقية، والأداء الهرموني، ووجود شذوذ خلقي.فيتوقع أن يكون الطفل الذي يعاني من مشكلات في التغذية

كصعوبة المص (الرضاعة) والبلع بالإضافة إلى صعوبة القضم والمضغ بالأسنان، أقل وزنا وأضعف صحة،

وكذلك الطفل ذوالوالدين الطويلين يتوقع أن يكون أطول من المعدل المعروف لذوي الحالة.وعموما فإن معدل الطول

الذي يمكن توقعه للشخص البالغ من ذوي متلازمة داون يتراوح تقريبا ما بين 140 سم إلى 192.5سم، أما الأنثى

البالغة من ذوات متلازمة داون فيتوقع أن يتراوح طولها تقريبا ما بين 57,5سم إلى 132.5 سم.

تدبير علاج ووقاية

العلاج: على الرغم من عدم وجود علاج لمتلازمة داون، إلا أن التدخل المبكر للرضع والأطفال الذين يعانون

متلازمة داون يمكن أن يحدث فرقا في تحسين نوعية حياتهم؛ لأن كل مصاب يختلف عن الآخر. ويعتمد العلاج

على الاحتياجات الفردية لتطوير الإمكانيات، كما قد تتطلب كل مرحلة من حياة المصاب خدمات مختلفة .

الوقاية: لا توجد أي طريقة لمنع الإصابة بمتلازمة داون، لكن عند وجود عوامل الخطورة قد يحتاج الشخص

إلى مراجعة استشاري الأمراض الوراثية قبل الحمل.

ليس هناك طريقة للوقاية من متلازمة داون إذا كنت معرضيا لخطر كبير لإنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون

أولديك بالفعل طفل مصاب بمتلازمة داون، فقد ترغب في استشارة مستشار وراثي قبل الحمل.

يمكن أن يساعدك مستشار علم الوراثة في فهم فرصك في إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون، يمكنه أيضا شرح اختبارات ما قبل الولادة المتوفرة والمساعدة في شرح إيجابيات وسلبيات الاختبار (عبد العزيز الشخص: 1998، 304-305).

المحاضرة الثانية عشر: عسر القراءة:

تمهيد:

تعد القراءة أهم وسائل الاتصال بين الإنسان والعالم الذي فيه، فالقراءة تزيد من معلومات الفرد وتكشف الحقائق التي كانت مجهولة لديه، وهي أداة الاتصال بين الفرد و العالم المحيط به، وهي مفتاح المعرفة لملاحقة الأفكار والمعلومات المتجددة، ولعل الإقبال على القراءة من المعايير المهمة التي يستند إليها لقياس رقي المجتمعات وتقدمها .

إلا أنها تشكل أحد المحاور الأساسية الهامة لصعوبات التعلم الأكاديمية، إن لم تكن المحور الأساسي فيها، فهي أكثر الأنماط شيوعا، وهي أحد مظاهر ضعف التحصيل الأكاديمي لذوي صعوبات التعلم، حيث يواجه بعض التلاميذ مشكلات نتيجة ضعف القدرة القرائية لديهم، وتقودهم إلى العديد من أنماط السلوك اللاتوافقي، والقلق، والافتقار إلى الدافعية.

8- تعريف مهارة القراءة:

هي عملية عقلية تعد من أهم وسائل كسب المعرفة والحصول على المعلومات، وهي من الموضوعات الهامة التي ينبغي الاهتمام بها، لأنها تمكن من الاتصال المباشر بالمعارف والعلوم الإنسانية كما أنها ضرورية للنمو الذاتي للأفراد.

تشمل فك الرموز، وتحويلها إلى أصوات لتشكيل اللغة المنطوقة المسموعة، حيث أن المقصود من قراءة أي مادة هو فهم محتواها، وتشمل الإدراك والتعرف على الحرف والكلمة وفهم المعاني التي تصل عن طريق الكلمات المكتوبة، وهناك تعميمات أساسية لعملية القراءة تؤثر على تعلمها وهي:

القراءة تقوم على الدافعية.

القراءة عملية تتصف بالطلاقة.

9- تعريف عسر القراءة: (DYSLEXIA)

لغة: قرأ الكتاب، قراءة، تتبع كلماته نظرا ونطق بها، أو لم ينطق بها، أقرأ فلانا، طلب إليه أن يقرأ.

أصل هذه الكلمة إغريقي، حيث تتكون من مقطعين هما (DYS) معناها سوء أو مرض و (LEXIA) معناها المفردات أو الكلمات، وعليه فالمعنى الذي يشير إلى هذا المفهوم هو صعوبة قراءة الكلمات المكتوبة (حنان فتحي الشيخ: 2005، 21).

اصطلاحاً: يرى ليون (Lyon 1990): " أن عسر القراءة تمثل أكثر أنماط صعوبات التعلم الأكاديمية شيوعاً".
- يعرف فيصل الزراد صعوبة القراءة على أنها اضطراب أو قصور أو صعوبة أكاديمية والتي تشكل حالة حادة من صعوبات التعلم الأكاديمية تحدث لبعض الأطفال والمراهقين فيجدون مشاكل كبيرة في التعرف على الحروف والكلمات وتفسيرها.

- يعرفها تورجسون (Torgesen 1988) على أنها اضطراب متعلق بالذاكرة لدى ذوي صعوبات التعلم قد يكون نتيجة لعدم كفاءتهم في استقبال الملامح الصوتية للغة مما يترتب عليه ضعفهم في التعرف على الكلمة وتحديدها وبالتالي حدوث عسر القراءة.

وعلى ضوء ما تقدم تتضح أهمية القراءة، وأن أي فشل مدرسي يرتبط بالفشل في امتلاكها.

10- أعراض الصعوبة في القراءة:

تظهر أعراض صعوبة القراءة من خلال: (كريمة بوفلاح: 2007، 34)

- التأخر أو عدم الكلام بوضوح أو الخط في الكلمات والجمل.
- ظهور اضطرابات في تركيز الانتباه.
- قصور في الإدراك البصري ينعكس في سوء التنسيق بين حركة اليد والعين، وعدم إدراك العلاقات المكانية.
- الصعوبة في التنسيق فيما يقوم به من أعمال مثل مسك الكرات أو رميها بصورة عادية.
- قصور في الإدراك السمعي وصعوبة التركيز عند الاستماع للقصص أو حتى أثناء القراءة.
- ظهور اضطرابات انفعالية عند التلميذ بسبب شعوره بالإحباط الناتج عن عجزه عن نطق الكلمات وقراءتها.

- قصور في عمليات تكوين المفاهيم التي تصور المدركات البيئية.

11- مظاهر الصعوبات الخاصة بالقراءة: تعد عسر القراءة من أكثر الموضوعات انتشاراً بين الأطفال

ذوي الصعوبات التعليمية حيث تشمل: (القريطي: 1988، 356)

- حذف بعض الكلمات أو أجزاء من الكلمة المقروءة. مثلاً عبارة: سافرت بالطائرة. قد يقرأها الطفل سافر بالطائرة.

- إضافة بعض الكلمات غير الموجودة في النص الأصلي إلى الجملة، أو بعض المقاطع أو الأحرف إلى الكلمة المقروءة.

- إبدال بعض الكلمات بأخرى قد تحمل بعضاً من معناها، مثلاً: العالية بدلاً من المرتفعة.
- إعادة بعض الكلمات أكثر من مرة بدون أي مبرر.
- قلب الأحرف وتبديلها، حيث يقرأ الطفل الكلمات أو المقاطع معكوسة، برد فيقول درب.
- ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة رسماً، والمختلفة.
- قراءة الجملة بطريقة سريعة وغير واضحة.
- قراءة الجملة بطريقة بطيئة (كلمة / كلمة).
- القيام بحركات رأس نمطية أثناء القراءة تعوق عملية القراءة.

4-1- الدلالات في الأطفال ما بين 9 إلى 12 سنة ومنها:

- استمرار الأخطاء في القراءة.
- أخطاء إملائية غريبة كنسيان حروف من كلمات أو وضع الحروف في غير مكانها.
- يحتاج إلى وقت أكثر من المتوسط في الكتابة.
- غير منظم في المدرسة والبيت.
- صعوبة نقل وكتابة المعلومات من السبورة في الفصل أو من الكتاب بصورة دقيقة.
- صوبة في تذكر أو تحليل التعليمات الشفهية وفهمها.
- ضعف الثقة بالنفس المؤدية إلى الزيادة في التذمر.

12- العوامل المسببة لعسر القراءة:

بناء على ما تقدم، استطاع البحث العلمي حديثاً أن يحدد أربعة عوامل لإعاقة تعلم القراءة بين الأطفال وتتضمن ما يلي: (نصرة محمد: 1995، 65-66)

5-1- العجز في إدراك الوحدة الصوتية: خلال طريقة تحليل الرموز الصوتية للكلمات غير المعروفة، القراءة

- المتردة التي تتصف ببدايات ووقفات متكررة، أخطاء في اللفظ والنطق.
- يجب أن يدمج الطفل المهارات الصوتية في تعلم مبادئ الصوتيات ويجب أن يمارس القراءة حتى يسهل التعرف على الكلمات بسرعة ودقة ويستخدم استراتيجيات الاستيعاب بفاعلية أكبر لتحسين المعنى.

5-2- عدم القدرة على اكتساب استراتيجيات الاستيعاب القرائي:

- يضع الاستيعاب القرائي مطالب هامة، وعدم القدرة على الاستيعاب تعود إلى:
- فهم غير صحيح وغير دقيق للكلمات الواردة في النص.

- عدم معرفة صحيحة ودقيقة لما يحيط بالجمل الممثلة في النص.
- نقص في أبنية المعاني والقواعد التي تساعد على تتبؤ العلاقة بين الكلمات.
- عدم تذكر المعلومة اللفظية، فإذا لم يزود الأطفال بالقدرة على استيعاب العلاقة فيما بين المفاهيم اللفظية وفهم المادة وتذكرها، فإن العجز القرائي سيحدث بغض النظر عن قوة مهارات التعرف على المفردات.

5-3- الإعداد غير الكافي والمناسب للمعلمين:

إن المدرسين لذوي صعوبات التعلم يجب أن يكونوا على دراية وفهم كبيرين في كيفية تطوير مهارات القراءة العفوية لدى الأطفال، ويجب تدريبهم بطريقة صحيحة ومتكاملة على طرق التقييم، ولتعرف على الأطفال الذين من المحتمل أن يصادفوا صعوبات في القراءة في السنوات الأولى من دراستهم.

5-4- انخفاض الدافعية:

قد يجد التلميذ صعوبة في نطق أو قراءة الكلمات، مما يتوجب على المعلم تشجيعه على القراءة، وجعلها نشاطا محببا إليه. والرفع من معنوياته وتشجيعه على القراءة، وعدم استعمال أساليب العنف بشتى أنواعه، الذي قد ينقص من دافعيته ويصبح لديه صعوبة في القراءة.

وقد وضع كيلر (Keller 1998) نموذجا تدريسيا يشمل أربع عناصر تخلق الدافعية لدى التلاميذ، واستفاد من النظريات المفسرة للدافعية، وفيه يحدد أربع استراتيجيات لتكوين الدافعية للتعلم، وهي إستراتيجية الانتباه، والاهتمام بموضوع الدرس، وإستراتيجية الصلة التي تربط الموضوع بحاجات المتعلم، والثقة التي تساعد على تبني توقعات ايجابية للنجاح والإشباع الذي يمد المتعلم بمعززات خارجية وداخلية مقابل ما بذل من جهد.

13- تشخيص عسر القراءة:

يؤكد "فوجلر Vogler" أهمية تشخيص العسر القرائي بقوله: "إن التصرف المبكر مع الأشخاص المرضى لعسر القرائي هو خطوة أولية هامة نحو تقليل الضرر الذي يمكن أن يحدث من الفشل الأكاديمي الذي يعزى إلى عسر القراءة غير المعروف أو المكتشف" (صالح سمك: 1998، 243).

وينبغي أن يمر التشخيص بثلاث مراحل هي:

- 1- التشخيص العام: تهدف هذه المرحلة من التشخيص إلى تحديد التلاميذ الذين لديهم حالات من العجز القرائي والتي تتطلب المزيد من التحليل المفصل.
- 2- التشخيص التحليلي Analyse diagnostic: حيث يتم التشخيص في عمل علاج العجز القرائي عن طريق:

أ- تحديد مجالات القصور التي تتطلب الدراسة.

ب- استطاعة هذا التشخيص بمفرده أن يدل على الأنماط الملائمة التعليمية والمطلوبة.

3- التشخيص بأسلوب دراسة الحالة: يعد التشخيص بطريقة دراسة الحالة هاما وضروريا فيما يختص بكثير من حالات العجز القرائي ويتضمن عمليات مفصلة ودقيقة تحتاج إلى فترات زمنية طويلة لا تفيد التلاميذ الذين يعانون من حالات بسيطة من العجز القرائي.

كما أكدت دراسة محمود عبد الحليم منسي سنة (1989):

"أن صعوبات التعلم الأكاديمية ليست راجعة لعيوب النطق أو ضعف السمع أو البصر أو قصور في عضلات اليد، ولكن بسبب مجموعة من المسببات الاجتماعية والانفعالية والتربوية والتي تعوق الطفل أو التلميذ وتهبط مستواه عن مستوى زملائه.

من خلال هذا يتضح أن إجراءات التشخيص يجب أن تعكس أداء القسم العادي، وذلك لتحديد العوامل التي يعاني التلميذ من الصعوبة فيها ويحتاج إلى تعليم إضافي، كما يجب أن تكون الأداة المستخدمة في أنشطة التقييم متقاربة مع ما يدرسه في قسمه إلى أقصى حد ممكن.

14- علاج صعوبات تعلم القراءة:

هناك عدة طرق يمكن أن تساعد على تقديم العون المناسب للأطفال الذين يعانون من صعوبة في القراءة هي: (حافظ: 2000، 100-102)

7-1- طريقة الحواس المتعددة:

وتستند هذه الطريقة على أربعة حواس هي: "السمع، البصر و اللمس، إضافة إلى الحاسة الحس حركية التي توظف في تحسين مهارة القراءة".

7-2- طريقة فرنال (Fernald Method):

وتستند هذه الطريقة كذلك على الحواس المتعددة، لكنها تختلف عن الطريقة السابقة في أنها تعطي الطفل حرية اختيار الكلمات ليقبل على القراءة بنشاط، كما أنها تساعده على توظيف الخبرة اللغوية أثناء اختياره للكلمات.

7-3- طريقة أورتون-جلنجهام (Orton-Gillingham):

تستند هذه الطريقة على التراكيب اللغوية المتعلقة بالقراءة والترميز، وتقوم على: ربط الرمز البصري للحرف مع اسمه وصوته، وكذلك فإنها تركز على ربط أعضاء الكلام في جسم الطفل مع مسميات الحروف وأصواتها عند سماعه لها منطوقة.

7-4- برنامج القراءة العلاجية:

يوظف هذا البرنامج في علاج الضعف القرائي لدى الطلاب الذين لا يستطيعون متابعة أقرانهم في مهارة القراءة، ويتم وفق الخطوات الآتية:

- البدء بقراءة المادة المألوفة للطفل، لأن تناولها يكون أسهل بالنسبة له.

- ملاحظة الأطفال أثناء القراءة وتسجيل ملاحظات تستخدم في علاج الضعف.
- يطلب المعلم من الأطفال تركيز الانتباه على مخارج الأصوات عند النطق بالكلمات.
- اختيار نصوص مشوقة يقرأها المعلم والطالب بصوت مسموع.

7-5- برنامج علاج ضعف الفهم القرائي:

يستخدم هذا البرنامج لتحسين فهم تلاميذ الصف الرابع الأساسي للمادة المقروءة من خلال الخطوات الآتية:

- توظيف المعجم للبحث عن معاني المفردات الجديدة وأضدادها.
- توظيف هذه المفردات في جمل مفيدة وهادفة.
- تشجيع الأطفال على طرح أفكار جديدة، ومطالعة نصوص تدور حولها، ومن ثم تلخيص المادة المقروءة.

7-6- تحسين دافعية التلميذ:

قرر علماء سيكولوجية التعلم من أنه لا تعلم بدون دافعية، ولكي نجعل التلميذ يقبل على القراءة وفهم ما يقرأ يمكن أن نتبع ما يلي:

- تقديم له مهمة سهلة يستطيع النجاح فيها ثم نمدحه عقب نجاحه فيها، لأن هذا يشجعه على مواصلة العمل وفقاً لمبدأ: النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح.
- نوضح للطفل الغرض من القراءة، وقد أوضح محمد زيان حمدان (1990) أهمية تكوين عادة القراءة الهادفة لدى التلاميذ لحل مشكلاتهم الدراسية.
- نتبع المرونة والتنوع في معدل القراءة وفقاً لدرجة صعوبة المادة، فنبدأ بالسهل أو نغير حتى لا يصاب الطفل بالإحباط.

- وأكدت دراسة رياض وعبد الرحمن سنة (1992):

أن الطفل الذي يواجه صعوبات التعلم الأكاديمية، هو طفل ذو ذكاء متوسط أو فوق المتوسط، سليم الحواس لديه صعوبات في استخدام مهاراته في حل المشكلات التي تواجهه، يتوقع الفشل لديه عادات دراسية خاطئة، منخفض الدافعية والتحصيل، مشتت الانتباه، ضعيف التركيز منقلب المزاج، ضعيف في تأزره الحركي، مفرط في حركته ونشاطه، سريع النسيان، لا يستطيع التدخل في المناقشات أو فهم ما يدور فيها.

خلاصة: تتف صعوبات تعلم القراءة حجر عثرة أمام تحقيق التلميذ الفهم في القراءة، رغم ما قد يتمتع به بعضهم من قدرات عقلية مرتفعة، إلا أن عجزهم عن إتقان التعامل مع النص المقروء بطلاقة في مرحلة فك رموز الكتابة، يؤدي إلى إعاقة اكتمال الأفكار وترابطها في الذاكرة، ومن ثم صعوبة في استدعائها بشكل مترابط، أو إدراك العلاقات بينها.

ومن هنا تتضح أهمية اختيار طرق تدريس مناسبة لهؤلاء التلاميذ للتغلب على صعوبات التعلم التي تعترضهم.

وكلما تمت قراءة الحروف بطريقة صحيحة، تمت كتابتها بشكل سليم وواضح.
وكلما تمكن التلميذ من القراءة الصحيحة للحروف كلما ساعده ذلك على سهولة كتابتها بطريقة سليمة ودون وجود أية صعوبات.

المحاضرة الثالثة عشر: عسر الحساب Dyscalculie

مفهوم الحساب:

للحساب عدة مفاهيم الا انها لا تخرج عن إطار كونه علم تقدير الكميات والنشاط الذي تتم فيه مختلف المعالجات العددية والحسابية والرموز المتعلقة بها حيث يعرف بأنه:
- علم يدرس المقادير القابلة للقياس ومنها ما تكون كمية أو علاقات سواء كانت متصلة أو منفصلة أوهما معا.

- علم تجريبي من إبداع عقل الإنسان ويهتم بطرق الحل وأنماط التفكير.
- هو الميدان الذي يعالج الأعداد والأرقام والعمليات عليها وخصائص هذه العمليات.
- الحساب (Le calcul) هو عملية وضع الأشياء في علاقة مباشرة بالكمية انطلاقاً من تصوراتها الرقمية وذلك دون المرور إلى واقعيتها الفيزيائية المتمثلة في عدد التسلسلات التي تكون فيها العناصر المرئية، والحساب بصفة عامة هو القدرة على حل العمليات الحسابية الأربعة (الجمع، الطرح، الضرب، القسمة).

صعوبات الحساب النمائية (عسر الحساب):

تعد صعوبات الحساب النمائية من أهم المشكلات التي تظهر في المرحلة الابتدائية، وتتجلى أعراضها عادة بشكل واضح في السنوات الرابعة والخامسة من الدراسة أين يصل الطفل إلى مرحلة لا بأس بها من الضج المعرفي، اين يتسنى لنا ملاحظة مختلف الفروق في النمو والكفاءات بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الصعوبة على غرار صعوبة الحساب النمائية. هذا الاضطراب الذي عرف تعريفات ومفاهيم عدة والتي تتناول صعوبة الحساب من عدة زوايا الا انها لا تختلف من ناحية الجوهر.

مفهومها:

حسب قاموس الأرففونيا: ظهر هذا المفهوم في السبعينات للدلالة على اختلال وظيفي في المجالات التالية: المنطق، إجراء العمليات الحسابية، صعوبات في الاستنتاج والبرهان، صعوبات في استخدام الأساليب المنطقية والرياضية. 26

وصعوبات الحساب هي اضطراب يمس جميع الأعمار (أطفال ومراهقين والراشدين) والذين لا يعانون في أغلبهم من عجز ذهني (الذكاء) ولكن يعانون من صعوبات خاصة في الرياضيات أو صعوبات دراسية

عامة، ولكن أكثر حدة في الرياضيات أو صعوبات في اللغة مرتبطة بعدم تطور بنى التفكير، ومناهجها في حد ذاتها، وقد ترتبط بأسباب نفسية أضعف أو تأخر في تطور البنى الفكرية كالتصنيف، العلاقات، الاحتفاظ... الخ. وإعادة تأهيل ذوي صعوبات الحساب قد يكون طويلاً. ويتطلب التدخل العلمي والعميق في التعلم المدرسي ليمكن الفرد من بناء تفكير رياضي.

أما كورسين فيميز في قاموسه بين ثلاثة مصطلحات مرتبطة بصعوبة تعلم الرياضيات هي:

أ- الديدسكاليليا (Dyscalculia): ويعرفها بأنها صعوبة في إجراء المسائل أو العمليات الرياضية البسيطة مثل، $4=2+2$ وتظهر عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الفص (parietal lesion) الجداري.
ب- أكلوليا (Acalculia) فهو شكل من أشكال الحبسة (فقدان القدرة على الكلام نتيجة لأذى أصاب الدماغ) وتتميز بعدم القدرة على إجراء العمليات الرياضية البسيطة. وترتبط بإصابة المخ، الأمراض العقلية، أو الاضطرابات المبكرة في تعلم الرياضيات وفي بعض الحالات يكون الفرد غير قادر على قراءة وكتابة الأعداد.
ت- اللاحسابية (Anarithmia): فتعني أيضاً شكل من أشكال الحبسة، يتميز بعدم القدرة على العد واستخدام العدد.

يعرف فان هوت ومالجاك (Van hout & maljac, 2005) عسر الحساب بالرجوع إلى تعريف كوسك الذي يذكر أنه: "ضعف القدرة على أداء العمليات الحسابية" ويشدد على أن الأطفال المصابين لديهم ذكاء عادي. وهذه الصعوبات تظهر على شكل تشويشات في التفكير الكمي وهذا يعني عدم القدرة على فهم أساسيات ومراحل رياضية لا تتعلق بالقدرة الكلامية أو القراءة أو الكتابة، كما يصعب عليهم تنظيم مساحة النظر، ودمج كميات الأبعاد، الأوزان، ويظهرون عدة صعوبات في تخيل الجسم، الدمج وتآزر العين واليد.

تعرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي صعوبات الحساب:

بأنه اضطراب يكون في القدرات الحسابية (في الرياضيات) المقيمة بواسطة اختبارات مقننة في الحساب والمطبقة بشكل فردي أقل وبدرجة ملحوظة من المستوى المتوقع لهذا الفرد مقارنة بعمره الزمني ومستواه العقلي ويتعلم مناسب لعمره (DSM 4).

انتشار صعوبات الحساب النمائية:

أشارت دراسات كثيرة إلى حوالي 5% من الأطفال اللذين يجدون صعوبة في كيفية التعلم فيما يخص الحساب (Badian, 1983 ; Desoete, Roeyers & De Clercq, 2004 ; Ostad, 1998 ; Shalev, Manor & Gross- Tsur, 1997). (إلا أن كل هذه الأبحاث تفتقر إلى المنهجية لهذا فهي تتغير من بحث إلى آخر حيث أن بعض الروايات تركز على مقارنة الأعداد فقط، وأخرى تهتم بالعمليات السهلة أو المعقدة،

مثل (الجمع، الطرح مع عدد أو عددين بدون الاحتفاظ) وآخر يهتم بحل المسائل شفويا لهذا لا نستطيع الاخذ بهذه النتائج.

اما الدراسات العربية فهي جد قليلة ذكر منها دراسة خالد زيادة، 2002 الذي بأن صعوبات الحساب تعد الأكثر انتشارا بين الأطفال في مرحلة المدرسة الابتدائية، فقد بينت الدراسات العربية أن حوالي 80.1 % من الأطفال في الصف الرابع حتى السادس ابتدائي يعانون من هذه الصعوبة.
مظاهر صعوبات الحساب النمائية:

1- المظاهر حسب باكمان: ولقد حدد باكمان 7891 ثماني فئات لأساليب عمل الطالب ونماذج إجاباته الخاطئة يصل إلى الإجابة الصحيحة وذلك عن طريق المفاهيم والحقائق الحسابية المناسبة مستخدما الأسلوب الصحيح بتسلسل مناسب ولا يقوم بتسجيل العمل بشكل مناسب.

2- يصل إلى الإجابة الصحيحة من خلال إجراء غير مقنن والتي غالبا ما تكون غير فعالة.

3- يفشل في أداء وحل المسألة الحسابية لأنه يؤمن بأن المسألة صعبة أولأنه لا يتذكر كيفية حل المسألة أو أنه تتقصه الدافعية.

4- يقع في أخطاء عشوائية دون وجود نماذج واضحة حيث يتم عمل بعض المسائل بشكل غير صحيح.

5- يقع بأخطاء ترتبط بالفشل في تعلم المفاهيم الحسابية، أو الخلط بين أحد المبادئ أو المفاهيم بمبدأ أو بمفهوم آخر، والفشل في معرفته متى يجب تطبيق المبدأ أو المفهوم.

6- يقع بأخطاء ذات علاقة بالخطوات المتسلسلة ضمن الطريقة أو الإجراء المستخدم وذلك بعمل الخطوات بترتيب خاطئ أو القفز عن بعض الخطوات.

7- يقع بأخطاء ذات علاقة باختيار المعلومات أو الإجراءات بسبب الخلط في الحقائق والعمليات الحسابية، فالأطفال يستطيعون القيام بالإجراء الصحيح ويعرفون الحقائق الأساسية في نفس الوقت مربك لهم، فمثلا: يقع بأخطاء ذات علاقة بتسجيل العمل بسبب الإهمال في تشكيل الأعداد ونقل الأرقام والخطأ في تسلسل الأرقام بالنسبة لحل المشكلات الحسابية فهي تأخذ عدة أوجه باعتبار ان حل المشكلة يتطلب تدخل عدة مهارات.

صعوبات حل مشكلات:

هناك العديد من الوظائف المعرفية التي تتدخل في حل المشكلات، اتضح ان الصعوبات الهامة في حل المشكلات الرياضية لا يكمن بشكل أساسي في معالجة المشكلات. وانما في فهم وربط العلاقات بين إجراءات الحل.

وهنا عدة أسباب يمكن ان تكمن وراء هذه الصعوبات.

- أخطاء القراء.

- عدم فهم اللغة المستعملة.
- سوء التنظيم الزمني-المكاني.
- نسيان، عكس البيانات.
- غياب التمثيل الذهني للوضعيات (الطفل لا يستطيع تصور الأحداث، فتبقى المعلومات مجرد تسلسل كلمات، أوجمل).

- يخلط بين ما "هو معروف" وما "يجب البحث عليه".
هناك عدة مراحل لحل المشكلة:

- الفهم.
 - اختيار استراتيجية خاصة للمعالجة.
 - تنفيذ مخطط المعالجة.
- وأي صعوبة في حل المشكلات، ينتج عن خلل في أحد هذه المراحل، وتنتج اضطرابات ذات أوجه مختلفة. تتناول عصبي تشرحي لعمليات الحساب وصعوباته:

1- المناطق الدماغية المسؤولة عن المعالجات العددية والحسابية: كما أن الدراسات العصبية لم تغفل عن البحث في مختلف المناطق الدماغية ذات العلاقة بالمعالجات العددية والحسابية. إذ اهتمت الأبحاث الأولى بالبحث حول المناطق الدماغية المتدخلة في معالجة الأعداد وذلك في بدايت القرن العشرين، حيث انصبت دراسات في علم النفس العصبي على حالات تعاني من إصابات دماغية، والتي أعطت نظرة أولى على مناطق نوعية متدخلة في العمليات الرياضية، وبصفة ادق حالات عانت من إصابات في الفص الجداري حيث كانت تبدي صعوبات كبيرة في انجاز عمليات حسابية بسيطة مثل الجمع والطرح. قادتنا نتائج تلك الأبحاث إلى اكتشاف المؤشرات الأولى التي دلت على ان العمليات الرياضية والعددية تتم جزئيا في حلقات نوعية (circuits spécifique) في الدماغ. الإصابات على مستوى هذه المناطق يؤدي إلى الحبسة الحسابية acalculie وإلى اضطراب نوعي في الرياضيات ناتج عن إصابة المنطقة القشرية الجدارية. من خلال هذه الدراسات الأولية، والعديد من التقارير العصبية - النفسية حول حالات لديها اضطرابات في قدرات المعالجة العددية والرياضية نتيجة إصابة دماغية نناقذ بديهيا إلى وجود علاقة بين الفص الجداري وصعوبات الحساب.

وفي ذات الصدد قام كل من دولوش وسورون (Seron et Deloche سنة 7884) بدراسة توصلوا فيها إلى أن فقدان القدرة على قراءة الأرقام منفردة أو متعددة (مشكلة من أكثر من رقم)، وهو ما يعرف بـ (alaxie aphasique) تنتج عن إصابة جدارية يسرى أو من الجهتين، وهي نادرة عند الطفل بالمقارنة مع مشاكل أخرى

تحدث هؤلاء الباحثين أيضا عن عسر الحساب البصري الفضائي، الذي يظهر على شكل أخطاء مرتبطة بعدم احترام وضعية أو ترتيب الأرقام مع بعضها البعض، وتكون مصحوبة غالبا بفقدان التمثيل التخطيطي (topographique) بالإضافة إلى (une héminigligence) ناتجة غالبا عن إصابة جدارية يمنى، كما يمكن أن تكون هذه الإصابة في بعض الأحيان في الجهة اليسرى. تناولوا أيضا (l'anarithmie) وهي عجز أولي في الحساب، تظهر في شكل عدم القدرة على حل العمليات الحسابية، كما تمس أيضا الحساب الذهني والحساب المكتوب. نجدها عند أشخاص لديهم إصابات في كلا الجانبين (Bilatérales) ولكن تكون أكثر في الجهة اليسرى.

كما تحدث فإن هوت (van hout) عن بعض الدراسات التي بينت أن أغلب اضطرابات الحساب تكون نتيجة إصابة في نصف الكرة المخية الأيمن، والتي تكون مصحوبة بصعوبات في فهم وإدراك الكميات الرقمية.

كما وإن التطور التقني في التصوير العصبي الوظيفي يسمح باكتشاف وظائف وبناء الدماغ عند تلك الحالات، والتقدم في الفهم الجيد في كيفية معالجة الدماغ للمعلومة العددية والرقمية.

تظهر دراسات تصوير المخ وفحصه عن كيفية قيام المخ بالعمليات الحسابية أن فحوصات المخ والزنين المغناطيسي الوظيفي RMF يشير إلى أن الفصان الجداري والامامي هما المعنيان في العمليات الحسابية العقلية (مثلا: العد أو القيام بسلسلة من العمليات الحسابية ومع ذلك هناك مناطق أخرى بالمخ تشترك في الفعل عند التعامل مع العمليات الحسابية المعقدة).

الأطر النظرية المفسرة لصعوبات الحساب النمائية:

تعددت الأطر النظرية المفسرة لصعوبات تعلم الحساب، وذلك وفق توجهات عديدة اخترنا الاعتماد على بعضها لتفسير صعوبات الحساب النمائية التي تمس فئة معتبرة من تلاميذ مدارسنا ونظرا لطبيعة المقياس ركزنا على التفسيرات العصبية.

1- عوامل نوروسيكولوجية neuropsychologique: يفترض أن الخلل الوظيفي للمخ يمكن أن يؤدي إلى تغيير في وظائف معينة، وهوما يؤثر على مظاهر معينة في سلوك الطفل أثناء التعلم، مثل عسر القراءة، عسر الحساب، وعسر الكتابة، ففي حالة عسر الحساب فإن البحث عن الأسباب العصبية لم يحظى بدراسات كثيرة مثلما هو الحال مع عسر القراءة (Deslexie) وتأخر اللغة (Dysphasie) لأنها في أغلب الأحيان تمر بطريقة غير ملفتة للانتباه أي لا تلاحظ. ومن جهة أخرى نتائجها تكون أقل خطورة على الطفل من اضطرابات أخرى. بالنسبة للقراءة بينت أعمال سابقة أن هناك اختلافات تشريحية في الباحت الجدارية (aires pariétales) المتدخلة في اللغة والمسمات planum temporal " " تكون متطور 7مرات لدى القراء العاديين

مقارنة بعسيري القراءة ولديهم تكويناً غير طبيعية في المسارات القشرية وفي الأغشية الخارجية التي بإمكانها التأثير على الخلايا، وظهر التصوير بتقنية IRM سنة 2002 أن هناك نقص في استهلاك الأكسجين في هذه الباطحات الجدارية، وذلك في التقيف الزاوي.

وبالعودة للحساب لدينا دراسة 4799 sapiers بين أن إصابة نصف الكرة المخية اليمنى يؤدي إلى عدم القدرة على تطوير مخططات وعلاقات فضائية واللازمة فتؤدي إلى صعوبات في وضع أرقام أثناء إجراء الحساب الكتابي في تخزين العمليات الحسابية وكذلك على مستوى استعمال قوانين ترجمة أعداد إضافة إلى ذلك أعمال (Ghalfant 1969) الذي قال بأنه يؤثر تلف المخ للراشدين ذوي صعوبات تعلم القراءة الذين تعرضت جثتهم للتشريح لتحديد سبب الوفاة أنهم يعانون من صفور في منطقة أو أكثر من مناطق المخ، ووجد جريستمان أن الأفراد ذوي اضطرابات اللغة، واضطرابات الحساب يعانون اضطرابات في المنطقة المؤخرة الجدارية في نصف المخ المسيطر إضافة إلى الدراسات على الأفراد ذوي متلازمة جريستمان هي نتائج خلل في الفحص الجداري - أظهرت أن هؤلاء الأفراد لديهم مشكلات خطيرة في العمليات الحسابية بالإضافة إلى فقدان الحس للوضع الصحيح الأيمن أو الأيسر، ولكن ليس لديهم مشكلات في مهارات اللغة الشفوية، الأفراد ذوو الضعف في التجهيز البصري غالباً ما تظهر عليهم صعوبات الرياضيات وقد يرجع ذلك إلى أن النجاح في الرياضيات يتطلب من الفرد أن يرى الأرقام والمواقف الرياضية، خصوصاً في الجبر والهندسة.

كما أن لانخفاض الوزن عند الميلاد دور في تعلم الحساب، حيث أجريت دراسة على عينة من الأطفال ولدوا قبل أوانهم الطبيعي (أي أن فترة حملهم 00 أسبوعاً أو أقل) بهدف دراسة العلاقة بين بنية المخ والصعوبات الخاصة في الحساب، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود مادة رمادية قليلة في الفص الجداري الأيسر، حيث وجد أن الأطفال الذين لا يعانون من صعوبات في القدرة الحسابية لديهم مادة رمادية كثيرة، مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من هذه الصعوبة.

هذا فضلاً على عامل عدم توازن قدرات التجهيز المعرفي بين نصفي المخ، وقد أكد الباحثون على أن صعوبات التعلم تنتج عن عدم توازن قدرات التجهيز المعرفي لدى الطفل من كونها نتيجة لعيوب عصبية، حيث يرى Gorden "أن نصف الكرة المخية اليمنى تختص بالتكامل الشامل للمثيرات البصرية المكانية، أما نصف الكرة المخية اليسرى فتختص بالتكامل المتتابع للمثيرات اللغوية والتكامل بين النصفين ضروري لعملية التعلم.

2- عوامل وراثية: يبدو أن العوامل الجينية تلعب دوراً أيضاً، على سبيل المثال، أظهرت دراسات عن التوائم المتماثلة حصول التوأمين على درجات متقاربة في الرياضيات، كما بينت دراسات الإناث اللاتي يولدن بمتلازمة

تورنر - وهي حالة يسببها الغياب الجزئي أو الكلي لحد كروموزمي X الموجودين بشكل طبيعي في الإناث - يظهرن عادة عسرا في الرياضيات من بين مشكلات تعلم أخرى.

3- الاتجاهات المعرفي: يرى (Spiker kurtz) أن لكل طفل من الأطفال مجموعة فريدة من الخبرات والخصائص تؤثر على نضجه المعرفي، وتشمل الخبرات على أعداد ما قبل المدرسة، الحرمان البيئي، الاختلاف الثقافي، الاضطراب النيورولوجي أو التخلف العقلي نوعين من الخبرات على جانب كبير من الأهمية في النضج المعرفي للأطفال من وجهة النظر النفسية والتربوية هي:

• النوع الأول: الخبرة الفيزيائية ويطلق عليها المعارف الفيزيائية وهي معرفة الخصائص الفيزيائية للأشياء والأحداث مثل الحجم، الشكل الوزن والبيئة أو التكوين، ويكسب الطفل هذا النوع من المعارف من خلال معالجة الأشياء بحواسه.

• النوع الثاني: الخبرة المنطقية الرياضية على العكس من الخبرة الفيزيائية تأتي من التفاعل مع الأشياء، كما تتشابه معها في أنها لا تكتسب من خلال الأفعال أو الاستماع إلى الآخرين، ولكنها تبنى من خلال الأفعال مع الأشياء، ويرتبط عامل الخبرة بعامل النضج العضوي الذي يتمثل في دور المخ والجهاز الغدي في النمو المعرفي. كما تتضمن العوامل النفسية صعوبات التعلم النمائية، وتتضمن اضطراب الانتباه، اضطراب الإدراك السمعي، البصري، الاضطرابات الإدراكية الحركية والصعوبات المعرفية واللغة المضطربة، كلها عوامل مسببة لصعوبات التعلم بوجه عام، (بوفاسة، 7044) ومن التوجهات المعرفية تلك التي ترجع صعوبات تعلم الحساب إلى معالجة معرفية هامة مثل: اضطراب منظومة تجهيز المعلومات، ضعف أداء الذاكرة العاملة.

4- توجهات ترجع الصعوبة إلى عوامل نفسية: فصعوبات الرياضيات قد تعود إلى عدم التكيف أو سوء التوافق، فهناك دراسات مختلفة أكدت وجود علاقة واضحة بين عدم التكيف، وضعف التحصيل في مادة الرياضيات فكل منهما (cleveland et bousnorthn, 1967) توصل إلى وجود علاقة ايجابية بين التحصيل الرياضي والشخصية السوية، بينما (Biggs) وجد أن الأطفال الذين هم دون المستوى في مادة الرياضيات هم من الأطفال الذين يعانون من مشكل التكيف المدرسي، كما أشار العلماء إلى تأثير القلق على مادة الحساب فقد استعمل (lazarus) مصطلح mathophobia وهذا للتعبير عن التخوف والقلق الذي يبديه الطفل تجاه العدد.

تمهيد:

يعد الإدراك الحسي الحركي من الجوانب المهمة في حياة الطفل إذ يعبر عن مدى العلاقة ما بين الجوانب الإدراكية والجوانب الحركية والجوانب النفسية، لذلك من الضروري العمل على تحسين هذه الجوانب عند الطفل لكي يتمكن من التفاعل مع البيئة المحيطة به عند أدائه لمختلف الأنشطة المطلوبة، ولعل أهم هذه العوامل البيئية هي المهارات الإدراكية الحس حركية التي تعتبر عاملا مهما في تنمية وتطور الجسم، فعندما يمتلك الفرد مهارات إدراكية حركية بمستوى جيد فذلك يعني نموذج الذي ينعكس على الجوانب الأخرى ويكون بمثابة مؤشر له.

ولقد ظهرت العديد من الاختبارات التي تخص قياس القدرات الحسية-الحركية التي تركز على عدة جوانب من بين هذه الاختبارات اختبار دايتون وهايود

فما هي هذه الاختبارات ؟

كيف يتم تطبيقها على الأطفال؟

تعريف الاختبار النفسي

ورد في قاموس English & English بأن:

الاختبار النفسي هو مجموعة من الظروف المقننة أو المضبوطة تقدم بنظام معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك، وفي ظروف ومتطلبات بيئية معينة، أوفي مواجهة تحديات تتطلب بذل أقصى جهد أو طاقة، وغالبا ما تأخذ هذه الظروف التحديات شكل الأسئلة اللفظية.

عرف Bean الاختبار النفسي بأنه:

* مجموعة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية أو بطريقة كيفية العمليات العقلية والسمات والخصائص النفسية، وقد يكون المثير هنا أسئلة شفافة أو أسئلة كتابية، أو قد تكون سلسلة من الأعداد أو الأشكال الهندسية أو النغمات الموسيقية أو صوراً أو رسومات، وهذه كلها مثيرات تؤثر على الفرد وسيثير استجاباته.

عرفت اناستازي بأن:

الاختبار النفسي هو مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك، وكلمة سلوك هنا قد تعكس قدرة الفرد اللفظية أو الميكانيكية أو قد تعكس سمة من سماته الشخصية كالانبساطية والانطوائية، أو قد تعكس مجموعة من الاداءات الحركية على أعمال أو أجهزة معينة

تعريف الإدراك الحسي - الحركي

الإدراك الحسي-الحركي:

يعرف بأنه القدرة على استقبال المثيرات الخارجية والداخلية عن طريق الحواس، وتحليلها وتفسيرها ثم الاستجابة لها، فالمثيرات الخارجية يتم استقبالها عن طريق الحواس الخمسة، أما المثيرات تأتي في المفاصل والعضلات والأربطة التي تعد مصادر الحس-حركي.

كتعريف آخر:

يعتبر الإدراك الحسي-حركي الحاسة التي تمكننا من تحديد وضع أجزاء الجسم وحالتها وامتدادها واتجاهها في الحركة وكذلك الوضع الكلي للجسم ومواصفات حركة الجسم ككل.

يعرف Jeff:

الإدراك الحسي-حركي: بأنه القدرة على استقبال المعلومات الحسية تفسيرها والاستجابة لها بنجاح، وهو وسيلة لمعرفة أو تفسير المعلومات وإخراج الاستجابة الحركية.

الباب الثاني: مقياس دايتون

المبحث الأول: تعريف مقياس دايتون

مقياس دايتون: 2003 م

هو مقياس لأطفال ما قبل دخول المدرسة يتألف من عدة اختبارات تهدف إلى قياس الكفاءة الإدراكية (الحس-حركية) والتي تعتمد على العديد من العوامل الحركية التي تساعد على تحديد ونمولوجدرات الإدراكية الحركي ويعني امتلاك الطفل لهذه العوامل انه يمتلك القدرة على الإدراك.

مقياس دايتون للوعي الحس - حركي: يقيس مقياس دايتون (الوعي الحسي حركي) للأطفال من سن (4-6) سنوات حيث يهدف إلى قياس الوعي الحس حركي من خلال مفهوم الذات الجسمية لدى الطفل وإدراكه للمجال والاتجاهات والتوجيه الفراغي كما يقيس التوازن والإيقاع والتحكم العضلي العصبي التميز السمعي. وهو اختبار يفيد في التعرف على مشكلات الطفل الحركية وهو على درجة عالية من الصدق يتميز هذا المقياس بأنه وضع للمرحلة السنية من 4 - 6 سنوات ويتميز بسهولة تنفيذه، كما أنه يعتمد على الحركات الطبيعية للطفل في هذه المرحلة.

أسباب اختيار مقياس دايتون للوعي الحسي . الحركي:

- ملاءمته للمرحلة السنية قيد البحث
- يتميز بسهولة التنفيذ لتوفر بعض أدواته
- عدم احتياج المقياس إلى أدوات خاصة يصعب توفيرها
- سبق إثبات صدق وثبات وموضوعيته في العديد من الدراسات والبحوث السابقة

وصف الاختبار

الرقم	الجانب	التفصيل
01	الهدف الرئيسي	تهدف إلى قياس الكفاءة الإدراكية (الحس-حركية) والتي تعتمد على العديد من العوامل الحركية يساعد على تحديد ونمو القدرات الإدراكية الحركية، ويعني امتلاك الطفل لهذه العوامل انه يمتلك القدرة على الإدراك.
02	طريقة التطبيق	فردى من قبل ولي الأمر أو المعلم
03	مدة التطبيق	حسب المستجيب
04	الفئة العمرية	من عمر 4 سنوات إلى 5 سنوات
05	محاذير التطبيق	هو مقياس تقديري من خلال وجهة نظر الأهل ولا يجب الاعتماد عليه وحده
06	مكونات المقياس	تتألف بطارية هذا المقياس من عدة اختبارات و يقيس العوامل التالية: - مفهوم الذات الجسمية - التوجيه الفراغي (المجال والاتجاهات، إدراك حجم الفراغ) - التوازن - الإيقاع والتحكم العضلي العصبي (التوافق الحركي) - توافق العين/ القدم - توافق العين/ اليد - التحكم العضلي العصبي الدقيق (التمييز اللمسي) - الإدراك الشكلي - لتمييز السمعي

(المفتي بيرفان، 2000: ص 111)

المبحث الثالث: تطبيق الاختبار وتصحيحه

الرقم	الجانب	التوضيح	الدرجات	الأدوات اللازمة
أولا	الذات الجسمية	يطلب من الطفل لمس أجزاء جسمه التالية حسب نداء المعلمة (الرأس، المرفقان، أصابع القدم، الظهر، الوسط، الكتفان، الكعبان، الأذنان، الأنف، العينان، المعدة، القدمان، الرسغان ، الصدر) ¹	نصف درجة لكل إجابة صحيحة وأقصى درجة (9) درجات	

¹ الرسغ: مفصل ما بين الكف والذراع، وهو مفصل الساعد والكف والساق والقدم

مكعبات طاولة	نصف درجة لكل اتجاه صحيح أقصى درجة (5) درجات	يطلب من الطفل الإشارة إلى الاتجاهات التالية: أمام -لف - أسفل - بجانبك يوضع مكعبات على المنضدة ويطلب من الطفل وضعها (أسفل، أعلى، على القمة، في القاع، بين)	المجال والاتجاهات	ثانيا
	يمنح الطفل (2) درجة لكل قدم الدرجة القصوى (4)	يقف الطفل على قدم واحدة والعينان مغلقتان لمدة 5 ثانية تم يتم تبديل القدم	التوازن	ثالثا
	يمنح الطفل (2) درجة والدرجة القصوى (4) درجات	في كل مرة إذا تكمن من الحجل على قدم واحدة (ست مرات متتالية) على نفس الرجل درجتين والرجل الثانية درجتين	الإيقاع والتحكم العضلي العصبي	رابعا
شريط أعلام طباشير	يمنح الطفل درجتين إذا قام بأداء المسافة	حيث يستخدم شريطا بطول ثمانية أقدام أو علامة طباشير على الأرض ويمشي الطفل بخطوات متقاطعة مع الوثب عاليا على العلامة	توافق العين/ القدم	خامسا
لوحة بها ثقوب	يمنح الطفل درجة لكل محاولة ناجحة	يستخدم لوحة بها ثلاثة ثقوب أقطارها كالتالي (4/3 بوصة، 8/4 بوصة، 3/1 بوصة) ويطلب من الطفل وضع اصبعه داخل الثقب دون لمس حوافها.	توافق العين/ اليد	سادسا

(احمد إيمان، 1998:ص120)

جريدة	يمنح الطفل (2) درجة في حالة لف الكامل للنصف جريدة (1) درجة في حالة جزء من الجريدة ولا يحصل على الدرجات إذا احتاج الطفل لمساعدة الآخرين.	يستخدم في تنفيذ هذا الاختبار نصف صفحة من صفحات الجرائد حيث يلتقط الطفل النصف جريدة من على الأرض بيد واحدة واليد الأخرى يضعها خلف ظهره وهوفي هذا الوضع يحاول لف الجريدة حول نفسه	التحكم العضلي الدقيق	سابعا
قطع ورق	يمنح الطفل درجة لكل اختبار صحيح بين الشكلين ويمنح الطفل درجة إذا أشار للدائرة، ودرجتان إذا أشار إلى المربع أوالمثلث والدرجة	يستخدم الطفل قطعة من ورق مرسوم عليها دوائر ومربعات ومثلثات متقاربة في المساحة، بينهما دائرتان متشابهتان تماما وبعيدتان عن بعضهما البعض يطلب من الطفل التعرف على الشكل المرسوم عن طريق الإشارة إلى الشكل الذي يمثل	إدراك الأشكال	ثامنا

	نداء المعلم	القصوى من (5) درجات	
تاسعا	التمييز السمعي	حيث يطلب من الطفل أن يواجهك بظهره ويقوم المعلم بنقر ثلاث مرات على ظهره.	يمنح الطفل درجة إذا سجل كل مرة بطريقة صحيحة

التصحيح:

السؤال	الجانب	العلامة	التفسير
أولا	الذات الجسمية	صفر - 9	
ثانيا	المجال والاتجاهات	صفر - 5	
ثالثا	التوازن	صفر - 4	
رابعا	الإيقاع والتحكم العضلي العصبي	صفر - 4	
خامسا	توافق العين / القدم	صفر - 2	
سادسا	توافق العين / اليد	صفر - 3	
سابعا	التحكم العضلي الدقيق	صفر - 2	
ثامنا	إدراك الأشكال	صفر - 5	
تاسعا	التمييز السمعي	صفر - 3	
الدرجة الكلية		صفر - 39	

مقياس هايود

تعريف مقياس هايود

اختبار هايود: هو مقياس مصمم للأطفال بعمر 5 - 7 سنوات تتألف بطارية البحث من 6 اختبارات تهدف إلى قياس القدرات الإدراكية الحسية الحركية.

وفي تعريف آخر:

مقياس هايود للإدراك الحس-حركي: وهو مقياس مصمم للأطفال بعمر (5-7) سنوات ومدته 20 دقيقة وتتألف بطارية² هذا المقياس من ستة بنود: الإدراك البصري، الإدراك الجزئي والكلي، التعرف على أجزاء الجسم، التمييز بين أجزاء الجسم، التوازن المتحرك، الإدراك السمعي³

²-بطارية: يعرفها خاطر والبيك: على أنها اختبار يتضمن عدة وحدات ويطلق عليها اسم بطارية الاختبار

³ الإدراك السمعي: يعني الجانب الاستقبالي من عملية الاتصال الشفهي في اللغة، والتي تتضمن الاهتمام والإنصاف والانتباه لما يستقبل الإنسان من مثيرات صوتية مختلفة.

وصف الاختبار

الرقم	الجانب	التفصيل
01	الهدف الرئيسي	قياس القدرات الإدراكية الحسية
02	طريقة التطبيق	- السن المناسبة (5) سنوات مع كتابة الشهر إن وجد. - ضرورة معرفة الطفل أيمن أو أيسر - قبل البدء بالاختبار من الضروري إعطاء الطفل فكرة عامة عن الاختبار
03	مدة التطبيق	مدة الاختبار (20) دقيقة
04	الفئة العمرية	من عمر 5 سنوات إلى 7 سنوات
05	محاذير التطبيق	لا بد من الخبرة قبل تطبيقه وعدم اصدره حكم مسبق.
06	مكونات المقياس	يتألف المقياس من (6) اختبارات: 1- ثبات حجم الأشياء 2- الإدراك البصري الكلي والجزئي 3- التعرف على أجزاء الجسم 4- التمييز بين أجزاء الجسم الأيمن والأيسر 5- التوازن ⁴ 6- تحديد المكان
07	الأدوات المطلوبة	صور مختلفة، طاولة صغيرة، كرسي صغير لجلوس الطفل، كرسي كبير لجلوس الفاحص، ساعة توقيت، قلم رصاص، مسطرة توازن، جرس صغير

(حسين فاطمة، 2002: ص 245)

بنود الاختبار وجدول التصحيح

1- بنود المقياس

البند الأول: الإدراك البصري (ثبات الأشياء - المكان):

ضع ثلاثة مكعبات على طاولة كبيرة المسافة بين المكعب وآخر 15 سم تقريبا والمسافة بين مكان جلوس الطفل وأول مكعب 108 سم تقريبا، بعد الانتهاء من الأربع الأسئلة الأولى وتسجل إجابات الأطفال، ضع المكعبات في السؤالين (5،6) ثم اسأل الطفل عن ترتيب المكعبات.

⁴ التوازن: إن المفهوم العام للتوازن هو القدرة على الاحتفاظ بثبات الجسم عند أداء أوضاع، كما في وضع الوقوف على قدم واحدة مثلا أو عند أداء حركات كما في حركات المشي على عارضة مرتفعة.

الرقم	الأسئلة	صح	خطأ
1.	ما هولون المكعب (ثم ضع يدك على احد المكعبات)		
2.	ما هولون اقرب مكعب منك		
3.	ما هو ابعد مكعب عنك		
4.	هل جميع المكعبات متساوية المقياس		
5.	ضع المكعب الأزرق عاليا ثم الأصفر ثم الأحمر		
6.	ضع المكعبات بالترتيب من أعلى إلى أسفل: الأصفر - الأزرق - الأحمر		

البند الثاني: الإدراك الكلي والجزئي

اعرض للأطفال (أي صورة) مع الاختبار ثم اسأل الطفل عن صورتين مختلفتين ثم سجل إجابة الطفل سواء كان ذلك وصف الصورة أو ذكر اسم الصورة أو الاثنين معا (وضع الصورة واسمها).

الرقم	وصف الصورة	اسم الصورة	كلا منهما
1.			
2.			
الدرجة	2 درجة	2 درجة	2 درجة

مجموع الدرجات: 6 درجات

البند الثالث: الإدراك الحسي الحركي (التعرف على أجزاء الجسم):

اطلب من الأطفال الأسئلة الآتية ثم سجل الملاحظات:

الرقم	الأسئلة	صح	خطأ
01	المس انفك		
02	المس حوضك (المقعد) حوضك الذي تجلس عليه		
03	المس رسغك (كل رسغ له نقطة)		
04	المس ركبتيك (كل ركلة لها نقطة)		
05	المس كعبيك (كل كعب له نقطة)		
06	المس أذنيك (كل أذن لها نقطة)		
07	المس كتفيك (كل كتف له نقطة)		
المجموع			12 نقطة

البند الرابع: الإدراك الحسي-الحركي (التمييز بين أجزاء الجسم الأيمن والأيسر):

يجب معرفة الطفل هل هوأيمن أم أيسر لان الأفعال الآتية المكتوبة معدة لطفل اليمين ويعكس إذا كان الطفل

أيسر، اطلب من الطفل الحركات الآتية ثم سجل النتائج كالاتي: (وجيه محجوب، 2000: ص 45)

الرقم	الأسئلة	صح	خطأ
1	المس أذنك اليسرى		
2	المس ركبتيك اليسرى		
3	التقط قلم الرصاص بيدك اليمنى		
4	هل القلم في الجهة اليمنى أم اليسرى (ضع لقم في الجهة اليمنى)		
5	المس الجزء الأيسر من حوضك بيدك اليمنى		

مجموع العلامات: 5 نقاط

البند الخامس: الإدراك الحسي- الحركي (التوازن المتحرك): (مروان عبد المجيد،2014:ص24)

استخدم مسطبة سويدية طولها 4.16م وعرضها 10سم وارتفاعها 12 سم، واطلب من الطفل المشي على

المسطبة مع تسجيل السؤال التالي:

- عدد الخطوات التي قطعها الطفل على الجهاز 2 درجة

البند السادس: الإدراك السمعي (إدراك المكان):

امسك الجرس أمام الطفل ثم أخفيه وراء الظهر بحيث نصع الجرس في اليدين دون أن يعرف الطفل مكانه،

بعدها ضع اليدين أسفل الطاولة وهز الجرس، ثم اسأل الطفل عن مكان الجلوس، اترك الجرس في اليد اليمنى

أو اليسرى، اعد التمرين 5 مرات ثم سجل إجابة الطفل كما في الشكل الآتي:

الرقم	الأسئلة	صح	خطأ
1			
2			
3			
4			
5			

المجموع: 5 درجات

جدول التصحيح:

السؤال	الجانب	العلامة	التفسير
أولا	ثبات حجم الأشياء	6 - 0	
ثانيا	الإدراك البصري الكلي والجزئي	6 - 0	
ثالثا	التعرف على أجزاء الجسم	12 - 0	
رابعا	التمييز بين أجزاء الجسم الأيمن والأيسر	5 - 0	
خامسا	التوازن	2 - 0	
سادسا	تحديد المكان	5 - 0	
الدرجة الكلية		36 - صفر	

خاتمة

تعد السنوات الأولى للطفل مجالا خصبا لتنمية النمو الحسي-الحركي وتعلم بعض المهارات الأساسية والسعي لتطويرها ويجب على الأسرة والمعلمين أن يفهموا دوارهم في هذا الشأن والاهتمام بتنمية الحركات الأساسية الطبيعية للأطفال، سواء كانت الحركي أساسية، سيطرة، تحكم ا واتزان للجسم، فالطفل يستخدمها كوسيلة يكتسب من خلالها المعرفة.

إن الإدراك الحسي هو الخطوة الأولى في سبيل المعرفة وهو أساس العمليات العقلية الأخرى من تفكير وتعلم انه وسيلة الاتصال بالعالم الخارجي.

قائمة المصادر والمراجع:

- ابن منظور (2008)، معجم المصطلحات لسان العرب، دار الفكر، ط1، بيروت.
- أحمد السعيد (2009)، مدخل إلى الديليكسيا. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، الأردن.
- أحمد إيمان (2000)، برنامج مقترح في التربية الحركية لرفع مستوى القابلية الذهنية والإدراك الحس-حركية عند الأطفال بعمر (4-5 سنوات)، أطروحة دكتوراه، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد.
- أحمد ماهر (2003)، الاختبارات واستخدامها، الدار الجامعية، الإسكندرية.
- أحمد، طالب (2004)، مفهوم الزمان ودلالاته في الفلسفة والأدب بين النظرية والتطبيق، دار الغرب للنشر والتوزيع، الجزائر.
- أسامة محمد البطاينة وآخرون (2007)، صعوبات التعلم، النظرية والممارسة. دار المسيرة، ط2، عمان.
- أسماء بوعود (2014)، الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي، د.ط.
- أمير أنور الخولي وأسامة الكامل (1982)، التربية الحركية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- انستازي.أ، أورينا.س (2015)، القياس النفسي: تر:صلاح الدين محمود، دار الفكر عمان.
- أنور الخولي أمير وأسامة الكامل (2009)، نظريات وبرامج التربية الحركية للطفل، دار الفكر، القاهرة.
- أيمن الشرييني (د س)، مشكلات تعلم القراءة والكتابة عند الأطفال، مكتبة ابن سريين، د ط، القاهرة.
- البهي السيد فؤاد (1997)، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة.
- بوفلاح كريمة (2007)، دراسة وتحليل استراتيجيات التعرف على الكلمة المكتوبة عند الطفل المصاب بصعوبات تعلم القراءة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس اللغوي والمعرفي، الجزائر.
- حافظ نبيل عبد الفتاح (2000)، صعوبات التعلم والتعليم العلاجي، مكتبة زهراء الشرق للنشر، ط1، القاهرة، مصر.
- حنان فتحي الشيخ (2005)، دليل المعلم لتفسير صعوبات القراءة والعسر القرائي الناتج عن خلل في المخ، دار الشتات للنشر، مصر.
- خالد سعد سيد محمد القاضي (2011)، تعديل سلوك الأطفال لدى ذوي اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط عالم الكتب، الطبعة 01، القاهرة.
- الخطيب، جمال أحمد (2004)، مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، الأردن.
- الدكتور عادل عبد الله محمد (2004) الاعاقات الحسية سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، 7،

- دلال فتحي عيد (2006)، التربية الحركية في رياض الأطفال المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، القاهرة، مصر.
- الدهمشي، محمد عامر (2009)، دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، عمان.
- رشاد علي، عبد العزيز موسى (2015)، أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، مؤسسة المختار، القاهرة.
- الروسان ، فاروق (2006)، سيكولوجية الاطفال الغير العاديين، دار الفكر، عمان.
- رويزن ، لانسينت ، باترسون (2003)، كتاب متلازمة داون، بتاريخ 12 افريل 2003.
- ريم عطية، مذكرة ماجستير، أزمة الهوية وعلاقتها بصورة الجسم.
- زكي محمد (2004)، تطبيقات علم الحركة في النشاط الرياضي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، القاهرة.
- زيان سعيدة وآخرون (2006/2005)، صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية من منظرو المعلمين. مذكرة لنيل شهادة الليسانس، تخصص علم النفس.
- سعيد خليل الشاهد (1989)، التحليل العاملي لقياسات الإدراك الحسي-الحركي للأطفال المرحلة الأولى، القاهرة.
- سليمان إبراهيم (2010)، التعلم المستند للدماغ في تدريس العلوم، دار النشر العلمية، د.ط.
- سمك محمد صالح (1998)، فن التدريس للتربية اللغوية، دار الفكر العربي، د ط، القاهرة، مصر.
- سناء عورتاني طيبي وآخرون (2009)، مقدمة في عسر القراءة، دار وائل للنشر، عمان، بدون طبعة.
- السيد إبراهيم السما دولي (د س)، الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوي فرط النشاط دراسة ميدانية المؤتمر السنوي الثالث للطفل تنشئته ورعايته مركز دراسات الطفولة جامعة عين الشمس.
- السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين (2007)، تأهيل المعاقين، ط2، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- شرين، حسان اليماني (2020)، معوقات دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق الدمج الاجتماعي لجماعات المعاقين ذهنيا ومقترحات التغلب عليها، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 49، المجلد 1.
- الشربيني ، زكريا احمد (2004)، كتاب طفل خاص بين الاعاقات والمتلازمات، دار الفكر.
- الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد (2011)، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

- شيباني، سمية (2015)، تأثير الصورة الجسمية والجانبية على التمثل الكتابي للطفل الأصم المصاب بصمم عميق، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص أطفونيا عامة، جامعة العربي بن مهيدي، جامعة أم البواقي، الجزائر.
- صباح العنيزات (2009)، نظرية الذكاءات المتعددة وصعوبات التعلم، دار الفكر، ط 1. الأردن.
- الصبي، عبد الله محمد (2002)، كتاب متلازمة داون، دار الزهراء.
- صلاح عميرة علي (2005)، صعوبات تعلم القراءة والكتابة، التشخيص والعلاج. دار حنين للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- ضيدان محمد آل مسفر (2019)، قسم متلازمات ، تاريخ الانشاء 28 فيفري 2019.
- عادل خوجة (2021)، مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة من الجانب النظري والتشريعي في الوسط الجزائري، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 01، المجلد 15.
- عادل عبد الله محمد (2004)، الإعاقات الحسية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة رقم 7، عربية للطباعة والنشر، دار الرشاد، القاهرة.
- عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة. مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.
- عبد العزيز، السيد الشخص (1998)، اللغة واضطرابات النطق والكلام، الرياض، مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة.
- العزة، سعيد حسني (2009)، المدخل إلى التربية الخاصة (للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المفهوم - التشخيص)، أساليب التدريس، ط2، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علي محمد، السيد فهمي (2010)، سيكولوجية ذوي الاعاقات (الحركية، السمعية، البصرية، العقلية)، د ط، الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- غزال، عبد الفتاح علي (2016)، علم النفس فئات الخاصة، د ط، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- غسان أبو فخر (2008)، التربية الخاصة بالطفل، ط 03، دمشق.
- غنيم، أحمد صبري، وغنيم محمد صبري (2016)، الإعاقة الحركية بين التعليم والتفكير، د ط، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- فطيمة دبراسو (2016/2015)، الاضطرابات الحس حركية عند الطفل، جامعة محمد خيسر، بسكرة.
- قدي سمية (2010/2009)، صعوبات التعلم الأكاديمية في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، مستغانم.

- القريطي عبد المطلب أمين (1988)، صعوبات التعلم، عالم الكتاب للنشر، د ط، مصر.
- كامل سالم سيد سالم (د س)، اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة والحركة -خصائصها أسبابها وأساليب علاجها الإمارات ، دار الكتاب الجامعي.
- كراممة أحمد (2014)، محاضرات في النمو النفسي الحركي، جامعة وهران للعلوم والتكنولوجيا محمد بوضياف، معهد التربية البدنية - الجزائر.
- كوافحة تيسير مفلح (2003)، مقدمة في التربية الخاصة. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.
- الكوافحة، تيسير وعبد العزيز، عمر فواز (2003)، مقدمة في التربية الخاصة، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- لطفي الشربيني (2006)، معجم مصطلحات الطب النفسي ،دط ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.
- مجدي محمد الدسوقي (2014)، اضطرابات صورة الجسم، سلسلة الاضطرابات النفسية، سنة، PDF
- مجدي محمد، الدسوقي (2009)، اضطرابات صورة الجسم الأسباب والتشخيص والوقاية والعلاج، سلسلة الاضطرابات النفسية 2، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مجلد 12، عدد 415، 4-434.
- محمد عباس، يوسف (2003)، دراسات في الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار غريب، القاهرة.
- محمد علي كامل (2008)، الأخصائي النفسي المدرسي وفرط النشاط واضطراب الانتباه مركز الإسكندرية للكتاب.
- مروان عبد المجيد إبراهيم (2014)، التعلم الحركي والنموالبدني، در الرضوان للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- مصطفى نوري القمش (2011)، الإعاقات المتعددة، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- مصعب سلمان (د س)، أحمد السامرائي، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ودورهم المعرفي، دط، جامعة قسم أصول الدين.
- معمريه بشير (2002)، القياس النفسي وتصميم الاختبارات، منشورات شركة باتتيت، باتتة، الجزائر.
- المفتي بيريفان (2000)، اثر استخدام برنامج مقترح للتربية الحركية في تنمية القدرات الإدراكية (الحس- حركية) لأطفال ما قبل المدرسة رسالة ماجستير، كلية التربية الرياضية ، جامعة الموصل، الموصل.
- مقدم عبد الحفيظ (1993)، الإحصاء والقياس النفسي والتربوي مع نماذج، من المقاييس والاختبارات، ديوان المطبوعات الجامعية ، ط1، الجزائر.

- المجلس العلمي
- العلوم الاجتماعية
- بيروت
- المجلس العلمي
- بيروت
- القاهرة
- الملق سعود بن عيسى ناصر (2001)، متلازمة داون أكثر الإعاقات الذهنية تزايداً في العالم، الحقائق: دليل الأسرة والمهنيين، ط2، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض.
 - منى إبراهيم اللبودي (2005) عسر القراءة والكتابة. مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.
 - ناهدة عبد زيد الديلمي (2000)، مفاهيم في التربية الحركية، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت، لبنان.
 - نبيل عبد الفتاح (2000)، صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. كلية التربية، ط1، جامعة عين شمس القاهرة.

- نزار طالبوكامل لويس طه (1993)، علم النفس الرياضي، دار الحكمة للطباعة والنشر، بغداد.
- نصره محمد عبد المجيد جلجل (1995)، العسر القرائي، مكتبة النهضة المصرية، ط2، القاهرة، مصر.
- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم (2013)، ذوي الاحتياجات الخاصة (التعريف بهم وإرشادهم)، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- واكلي ربيعة (2013)، محاضرات في الإعاقة الذهنية: للسنة الأولى ماستر صعوبات التعلم، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، الجزائر.
- وجيه محجوب (2000)، نظريات التعلم والتطور الحركي، مطبعة وزارة بغداد ، بغداد.

المراجع الأجنبية:

- Barkley. R Attention deficit hyperactivity Disorder Gui l ford press newyork
- EVANG. -GRABER ;DO SYDNEY KIMMEL MEDICAL COLLEGE OF THAMES JEFFERSAN UNIVERSITY
- <https://www.zyadda.com/special-research-for-people-with-special-needs/>
- Jean Lus Lambert ، Jean A. Rondal (1979), le mongolisme, Pierre Mrdaga, Bruxelles.
- les trisomiques et le langage autour d'une rééducation ، entretien d'orthophonie expansion scientifique française,1998.
- les trisomiques permis nous ou les mengolien ne sont plus.
- Marie Goffinet(2008), vécu des parents de personnes trisomiques 21 et attente vis avis du médecin traitant, thèse de garde de docteur en médecin présenté a l'université Claude Bernard.

- MATHIEU.A (1998), Les trisomiques et langage auteur d'une rééducation. entretien d'orthophonie, expansion scientifique française , paris.

- moh.gov.dz

- Monique cuilleret(1981), les trisomiques permis nous ou les mengoliens ne sont plus, simep, France.

- monique cuilleret (2007), livre trisomie et handicapé génétique associes potentialité compétence devenir , 5 eme édition , Masson .

- Muchulle L(2004), la prestation de la dyslexie à l'école .

- Régal.R (1985), motucité humain, fondements et applications pédagogique .

- RONDAL J.A .(1986). Le développement du langage chez l'enfant trisomique 33, Mardaga, Bruxelles-liège.

- Silla myen (1966), Dictionnaire de la psychologie .

- Walkey. J (1995), motor skills & percuptuel motor programs, USA: the ACHEPER .healtylife style journal.