



جامعة محمد خيضر بسكرة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية  
شعبة علم النفس



# محاضرات في مقياس

## التربية الخاصة

مقدمة لطلبة السنة الثانية ماستر علم النفس المدرسي

إعداد الدكتور: شفيق ساعد



السنة الجامعية: 2026/2025

السداسي الثالث:  
وحدة التعليم: الأساسية  
المادة: التربية الخاصة  
الرصيد: 05  
المعامل: 02  
أهداف التعليم :

(ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة ، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

تقديم معارف نظرية عن واقع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر.  
تمكين الطالب من طرق التكفل التربوية و التعليمية لمختلف الإعاقات و الاضطرابات المصاحبة لها.  
المعارف المسبقة المطلوبة  
( وصف مختصر للمعرفة المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر)  
- صعوبات التعلم – البيداغوجيا

محتوى المادة:

المبحث الأول: مقاربات نظرية للتربية الخاصة.

- 1- مدخل إلى التربية الخاصة.
  - 1-1 أصول التربية الخاصة و مفاهيمها.
  - 1-2 أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و صعوبات التمدرس.
  - 2- مفهوم و تصنيفات الإعاقة الذهنية.
  - 2-1 الإعاقة الذهنية- المفاهيم و الأسباب.
  - 2-2 أنواع الإعاقة الذهنية و تصنيفاتها.
  - 2-3 خصائص الأطفال المتخلفين ذهنيا.
  - 3- الخصائص السلوكية و التربوية للطفل التوحدي.
  - 3-1 عوامل التوحد و مفاهيمه.
  - 3-2 أعراض التوحد و خصائصه.
  - 3-3 خصائص و سمات الأطفال المتخلفين ذهنيا.
  - 4- الإعاقة الحسية و تصنيفاتها.
  - 1-4 ما ذا نعني بالإعاقة السمعية؟.
  - 5- الوهن الحركي الدماغى و تصنيفاته الأساسية..
  - 6- الطفل الموهوب و التوجهات الحديثة..
- المبحث الثاني: الاستراتيجيات التعليمية و التربوية للتكفل بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
- 1- النماذج العلاجية التربوية في التربية الخاصة.
  - 2- أساليب تعديل السلوك لتعليم و تربية المعاقين ذهنيا.
  - 1-2 أسلوب تحليل فنيات السلوك التطبيقي.
  - 2-2 الطرق التعليمية لمتابعة الطفل المتخلف ذهنيا.
  - 3- نماذج لوسائل و برامج للتكفل بالطفل التوحدي.
  - 1-3 العلاج ثلاثي الأبعاد.
  - 1-3 الطرق التعليمية لتأهيل الأطفال التوحديين.
  - 4- أساليب تدريس أطفال ذوي إعاقة حسية..
  - 4-1 الخدمات التربوية، العلاجية، الوقائية لصغار الصم و البكم.
  - 4-2 الاحتياجات التعليمية للمعاقين بصريا.

## المراجع :

1. أشرف محمد عبد الغني شريت, الطفل المعلق عقليا: سلوكه، مخاوفه، مؤسسة حورص الدولية, الاسكندرية، 2008.
2. امل معوض الهجرسي، تربية الاطفال المعاقين عقليا، دار الفكر العربي، القاهرة، 2006.
3. اسماء سراج الدين هلال، تاهيل المعاقين، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، 2009.
4. عبد الحميد سليمان السيد، صعوبات التعلم، دار الفكر العربي، مصر، 2000.
5. عبد الحافظ سلامة، تصميم الوسائل التعليمية و انتاجها لذوي الاحتياجات الخاصة، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2008.
6. جميلة بية، دور التمدرس في نمو نظرية الذهن عند الطفل، دار اليازورب العلمية للنشر، 2009.
7. جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، ط2، دار الفكر، عمان، 2011.
8. فاروق الروسان، سيكولوجية الاطفال غير العاديين، ط3، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، الاردن، 1998.
9. تيسير صبحي، الموهبة و الابداع: طرائق التشخيص و أدواته المحسوبة، ط1، دار التنوير العلمي، عمان، 1992.
10. محمد فتحي عبد الحي، الاعاقة السمعية و برامج اعادة التاهيل، دار الكتاب الجامعي، 2008.
11. مصطفى فهمي، أمراض الكلام، ط4، دار مصر للطباعة، مصر.
12. مراد علي عيسى سعد، وليد السيد احمد خليفة، سمير السيد شحاتة، الكمبيوتر و ذوي الاعاقة البصرية: النظرية و التطبيق، ط1، دار الوفاء، الاسكندرية، 2008.
13. مدحت محمد ابو النصر، الاعاقة الحسية، ط1، الروابط العالمية للنشر و التوزيع، 2005.
14. مدحت محمد ابو النصر، الاعاقة النفسية: المفهوم و الانواع و برامج الرعاية، الروابط العالمية للنشر و التوزيع، القاهرة.
15. مدحت محمد ابو النصر، رعاية و تاهيل المعاقين، ط1، الروابط العالمية للنشر و التوزيع، القاهرة، 2009.
16. ماجدة السيد عبيد، تاهيل المعاقين، ط3، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2011.
17. عبد الرحمان عيسوي، التخلف العقلي، دار النهضة العربية، بيروت، 1994.
18. عبد الرحمان سيد سليمان، المعاقون بصريا، ط1، دار الزهراء للنشر و التوزيع، الرياض، 2008.
19. Beaugerie-Perrot, A. Lelord, G. *Intégration scolaire et autisme*, PUF, Paris, 1991.
20. Céleste B, Lauras B. *Le jeune enfant porteur de trisomie 21*, Nathan, Paris, 1997.
21. Capul. M, Lemay. M, *De l'éducation spécialisée*, Eres, 1996
22. Dréano. G, *Guide de l'éducation spécialisée*, 4<sup>eme</sup> ed, Dunot, 2009

## قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	مقدمة.
ب	وصف المادة التعليمية.
المحور الأول: مقاربات نظرية للتربية الخاصة.	
01	المحاضرة الأولى: مدخل عام حول التربية الخاصة.
12	المحاضرة الثانية: أسباب الإعاقة وتصنيفاتها.
18	المحاضرة الثالثة: تأثيرات الإعاقة على الفرد والمجتمع.
المحور الثاني: فئات التربية الخاصة.	
23	المحاضرة الرابعة: الإعاقة العقلية.
39	المحاضرة الخامسة: الموهبة والتفوق العقلي.
49	المحاضرة السادسة: الإعاقة السمعية.
59	المحاضرة السابعة: الإعاقة البصرية.
71	المحاضرة الثامنة: الإعاقات الجسمية.
79	المحاضرة التاسعة: اضطراب طيف التوحد.
المحور الثالث: البرامج التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة.	
93	المحاضرة العاشرة: الوقاية والتدخل المبكر في حالات الإعاقة.
99	المحاضرة الحادية عشر: التأهيل التربوي للمعاقين عقليا.
108	المحاضرة الثانية عشر: برامج رعاية الموهوبين
116	المحاضرة الثالثة عشر: البرامج التربوية لرعاية المعاقين حسيا.
124	المحاضرة الرابعة عشر: برامج رعاية أطفال طيف التوحد.
132	خاتمة
133	قائمة المراجع

## مقدمة

احتل ميدان التربية الخاصة في الوقت الحالي مكانة مرموقة نتيجة الاهتمام المتزايد للباحثين وعلماء التربية وعلماء النفس والأطباء وغيرهم بمجال الأطفال غير العاديين الذي أخذ يمثل موقعا متقدما في سلم الأولويات إذ يعد ميدان غير العاديين أو التربية الخاصة من الميادين التربوية التي واجهت عددا كبيرا من التحديات حتى نما وتطور بسرعة وأصبح يحتل مكانا بارزا بين الميادين العلمية والتربوية المختلفة في بلدان العالم فمنذ عهد قريب كان هذا الميدان يقتصر على رعاية بعض أفراد فئات الإعاقات السمعية و البصرية والعقلية والجسمية، وكان لا يعترف برعاية وتربية الأفراد الذين يعانون من أي نوع آخر من الإعاقات خارج هذه الفئات.

وتجدر الإشارة إلى أن التربية الخاصة (Special Education) من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية حيث تعود البدايات الأولى لهذا المجال إلى النصف الثاني من القرن العشرين. كما أن موضوع التربية الخاصة يتشعب بين عدد من العلوم و الميادين مثل علم النفس والتربية وعلم الاجتماع ويتناول الأفراد غير العاديين الذين يختلفون اختلافا ملحوظا عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي ... مما يستدعي اهتماما خاصا بهم من قبل المربين من حيث طرق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية الخاصة بهم. ولقد كان للتغيرات والاتجاهات التربوية ولجهود العاملين في مجال علم النفس والطب أكبر الأثر في نمو وتطور ميادين التربية الخاصة الذي يهتم بحاجات الجماعات والأفراد المختلفة وخاصة من الناس غير العاديين.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة ونشطت الدول المختلفة في تطوير برامجها في هذا المجال ، لأن الاستجابة الهادفة والفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية بحيث لا ينبغي تركيز الاهتمام على بعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وإغفال جوانب أخرى، ولا يتم ذلك إلا بالأخذ بعين الاعتبار برامج الوقاية من الإعاقة، لما لها من أهمية متميزة نظراً لأنها تمثل إجراءً مبكراً يقلل إلى حد كبير من وقوع الإعاقة ويختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل .

وتهدف هذه المطبوعة إلى تعميق الفهم العلمي والمهني للتربية الخاصة لدى طلبة الماستر في علم النفس المدرسي من خلال تقديم بناء معرفي يجمع بين الأسس النظرية والتحليلية والدراسة المتخصصة لفئات التربية الخاصة واستعراض البرامج التربوية المعاصرة الموجهة للتدخل والوقاية والتأهيل. وقد تم تقديم المطبوعة في ثلاثة محاور رئيسية مترابطة، يركز المحور الأول على المقاربات النظرية للتربية الخاصة، من حيث تطور المفهوم وأسباب الإعاقة وتصنيفاتها وانعكاساتها النفسية والاجتماعية والتربوية على الفرد والمجتمع، بما يسمح للطالب ببناء رؤية نقدية وتحليلية لهذا الحقل.

أما المحور الثاني فيتناول فئات التربية الخاصة تناولا علميا معمقا، من خلال دراسة خصائص كل فئة واحتياجاتها النمائية والتربوية، والأشكال المختلفة للدعم التعليمي المناسب لها، ويشمل ذلك الاعاقة العقلية والموهبة والتفوق العقلي والاعاقات السمعية والبصرية والجسمية واضطراب طيف التوحد، مع التركيز على الفروق داخل الفئة الواحدة وتعقيدها التشخيصية والتربوية انسجاما مع المعايير الحديثة في التشخيص والتدخل.

ويخصص المحور الثالث للبرامج التربوية والتأهيلية لذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم التطرق إلى مفاهيم الوقاية والتدخل المبكر والتأهيل التربوي وبرامج الرعاية المتخصصة لكل فئة، في ضوء التوجهات الحديثة التي تؤكد على الفردية والتكامل بين الخدمات والتعاون بين الأسرة والمؤسسة التربوية والاختصاصيين. كما تسعى المطبوعة إلى تعزيز الربط بين الجانب النظري والتطبيقي، وتنمية التفكير العلمي النقدي لدى الطالب، بما يؤهله لفهم القضايا المعاصرة في التربية الخاصة، والمساهمة في تطوير الممارسات المهنية والبحثية في هذا المجال.

## المحور الأول: مقاربات نظرية للتربية الخاصة

### المحاضرة الأولى: مدخل عام حول التربية الخاصة

#### 1- تطور مجال التربية الخاصة:

إن فكرة توفير تربية خاصة لبعض الفئات ليست وليدة اليوم، بل كانت نتيجة تضارب التيارات والأفكار التي مرت بها المجتمعات في المراحل التاريخية المختلفة، تأرجحت بين الحذر والرفض من جهة وبين الشفقة والفضول العلمي من جهة أخرى، ففي القرن كان الاهتمام منصبا على تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الحسية كالمكفوفين والصم، حيث قام القس شارل دولييه (1789-1792) Ch. Dolier بوضع نظام لغوي إشاري للصم والبكم وأسس مدرسة لاستقبالهم، كما قام هولتي (1745-1822) F. Holly بتأسيس مؤسسة للمكفوفين في باريس وفي بداية القرن 19 بدأ الاهتمام بتربية المتخلفين عقليا على يد إيتارد Itard الذي وضع قواعد التربية الخاصة انطلاقا من محاولته تربية الطفل المتوحش فكتور، فظهرت أفكار تنادي بإمكانية تحسين حالات المتخلفين عقليا فتم إنشاء مراكز ومعاهد تستقبل الفئات العميقة والمتوسطة وكانت تربيتهم تقوم على أسس طبية وعلاجية.

في القرن 20 شهدت التربية الخاصة تطورا هاما، حيث وضع بينيه Binet سنة 1905 فلسفة حقيقية لتربية فئات التخلف العقلي، وطرح مفهوم التكيف المدرسي كغاية للتربية، بذلك ظهرت فئة جديدة من المتخلفين عقليا، سميت بالتخلف العقلي البسيط، أو كما سماها بفئة الأطفال غير العاديين للمدارس Les Anormaux d'écoles، أما الأشكال الأخرى من التخلف فكانوا يولكون للمستشفيات والمعاهد. وبذلك أنشأ بينيه عام 1909 مدارس خاصة للأطفال ذوي التخلف البسيط، وأصبحت التطبيقات التربوية في هذه المدارس على شكل برامج تربوية ومناهج ومواد تعليمية تؤثر في نموهم العقلي. ولقد ساهمت في إثراء وتطوير هذه البرامج التيارات التربوية النفسية والطبية التي قادها أطباء ومرّبون كانت لهم آثار واضحة في تطوير ميدان التربية الخاصة من أمثال فرويل، منتسوري، بياجيه وغيرهم ... (السيد عبيد، 2000).

وفي أواخر القرن العشرين ظهرت فلسفة جديدة معاصرة للتربية الخاصة تؤكد على الجوانب الوقائية والتصحيحية بدلا من الاقتصار على رعاية الأطفال ومساعدتهم على تحقيق التوافق. كما أدت التطورات الهامة في تعليم المعاقين إلى تغيير نظرة المجتمعات الغربية نحوهم، مما مهد لظهور حركة التأهيل المبني وإدخالهم مجال العمل بشكل رسمي ومنظم. ولعل أول البرامج الرسمية في هذا المجال هو قانون للتأهيل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1920 عقب الحرب العالمية الأولى.

ومن ثم عرفت برامج التأهيل طريقها بشكل رسمي إلى العديد من الدول وأصبحت نشاطا هاما من أنشطة هيئات الأمم المتحدة كمنظمة العمل الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الطفولة (اليونيسيف) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وقد توجهت أنظار العالم في السنوات الأخيرة إلى ضرورة العناية والاهتمام بالمعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بعد أن أكدت العديد من الأبحاث والدراسات التي أجريت حولهم أنهم يتمتعون بالكثير من القدرات والاستعدادات في جوانب أخرى غير الجانب الذي يعانون منه نقصا فأنشئت مدارس خاصة لمساعدتهم على استثمار قدراتهم واستعداداتهم بما يؤهلهم لعيش حياتهم بصورة طبيعية كغيرهم من العاديين حتى أصبحت برامج التربية الخاصة من البرامج الأساسية للحكومات في معظم دول العالم. ولم يقف الأمر عند ذلك إذ اتجهت برامج الرعاية إلى البعد الإنساني والاجتماعي دون الاقتصار على الجوانب الطبية والتعليمية والمهنية وأصبح الهدف من التأهيل الآن إدماج المعاق في حياة مجتمعه وإشعاره بإنسانية ومحاولة زيادة مستوى رفاهيته وتأهيل المجتمع لاحتضانه. حتى أن ذلك أصبح معيارا لتحضر وتقدم أي بلد (نظام، 2008). بذلك أصبح الهدف من التربية الخاصة تحقيق أكبر قدر ممكن من التطبيع نحو العادية. ولقد ظهر هذا الاتجاه لأول مرة في الدول الاسكندنافية، من خلال القانون الدنماركي عام 1959 وفي السويد عام 1968 وفي تقرير لجنة الرئيس الأمريكي للتخلف العقلي عام 1969 ويقوم هذا الاتجاه على إدماج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (التخلفين عقليا) داخل برامج المدرسة العادية مع توفير خدمات تدعيمية وشخصية لهم وهكذا أصبح ينظر إلى التربية الخاصة على أنها ضمن اختصاصات المدرسة العادية، فبدلا من نقل التلاميذ إلى أماكن خاصة، تنقل الخدمات الخاصة إليهم وهم في بيئتهم العادية (حجي، 1998).

وقد ظهر مصطلح الاحتياجات الخاصة في تسعينات القرن العشرين ليحل بديلا عن مصطلحي الإعاقة والمعاقين (اللذان يعبران عن وصم اجتماعي بما يحمله من آثار نفسية سلبية على الفرد)، واستخدم مصطلح ذوو الاحتياجات الخاصة للدلالة على الأشخاص الذين تظهر لديهم اختلافات في القدرات العقلية أو الجسدية أو الحسية أو الخصائص السلوكية واللغوية والتعليمية تميز حاملها عن الأطفال العاديين، مما يعني حاجتهم للمساعدة على التعايش مع واقعهم عبر بعض البرامج أو الأجهزة أو التعديلات أو الوسائل والخدمات التربوية والخدمات المساندة. ومع تطور النظرة إلى هذه الفئة بأنهم ليسوا عاجزين وأن المجتمع هو من عجز عن تقبلهم واستيعابهم والاستفادة مما قد يكون لديهم من مميزات أو قدرات مختلفة يمكن تنميتها وتدريبها لجعلهم يتكيفون مع المجتمع رغم ما يعوقهم بل وربما يفوقون غيرهم من العاديين، أصبحت المراجع العلمية المتخصصة تسميهم (المعوقون) بمعنى وجود عائق يعوقهم عن التكيف نفسيا واجتماعيا مع البيئات التي يعيشون فيها إما بسبب إصابتهم بعاهات أو انحرافات سلوكية وإما بسبب ما تفرضه عليهم البيئة من ظروف خاصة.

ولقد أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1981 ميثاق حقوق إنسانية لمن يعانون من إعاقات والذي يقضي بأن لهم الحق في المشاركة والمساواة في المعاملة، ويعتبر هذا الميثاق اعترافاً عالمياً بحق المعوقين في المشاركة الكاملة في أنشطة المجتمع الذي ينتمون إليه، فشكّلت الفترة من 1983 إلى 1992 عقد الأمم المتحدة لذوي الاحتياجات الخاصة. كما كان صدور القواعد الأساسية لحقوق الأشخاص المعاقين من الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1993 تأكيداً على ضرورة إتاحة فرص التعليم النظامي لذوي الاحتياجات الخاصة.

نشرت منظمة اليونسكو عام 1996 وثيقة بعنوان "التشريعات المتصلة بتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة" أبرزت فيها جهود 52 دولة بشأن دمج الأطفال المعاقين في التعليم النظامي. ويحتفل العالم في الثالث ديسمبر من كل سنة باليوم العالمي لذوي الاحتياجات الخاصة. ويهدف اليوم الذي بدأت الأمم المتحدة الاحتفال به منذ سنة 1993 إلى تعزيز فهم القضايا ذات العلاقة بالإعاقة والسعي لحصول ذوي الاحتياجات الخاصة على حقوقهم في كافة أنحاء العالم. وقد تعددت المؤتمرات العالمية التي ركزت على حقوق المعاقين في التعليم ومنها مؤتمر سيريلانكا (1994) ومنتدى داكار (2000) ومؤتمر اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية ببيروت (2001) الذي أقر وثيقة حول إدماج التلاميذ المعاقين في التعليم النظامي أكدت أن مفهوم الدمج هو السبيل لتحقيق غايات تعيد للمدرسة وظيفتها الاجتماعية وتؤكد مبدأ التنوع والاستجابة لاحتياجات المجتمع، كما تؤدي إلى تحسين التعليم المدرسي وإلى التوسع في نطاق التحاق المتعلمين وزيادة مشاركتهم والإقلال من فرص استبعاد أي طفل من دخول المدرسة العادية.

وعموماً يمكن ذكر أربعة مراحل تاريخية في النظرة للمعاقين :

❖ **فترة التنبذ:** استمرت في المجتمعات البدائية وربما لاتزال بعض صورها قائمة في المجتمعات حتى الآن وتتميز هذه الفترة برفض المجتمع لكل من به نقص جسدي إذ كان يلقي بهم إلى الموت، كما مرت بلاد الإغريق بهذه الفترة فنجد مثلاً أن قوانين (ليوكورجوس) الإمبرطي و(سولون) الأثيني كانت تسمح بقتل المشوهين حتى أن كلا من أفلاطون وأرسطو طاليس أعلنوا موافقتهم على ذلك. وفي روما ظل الناس أجيالاً عديدة يغرقون الأطفال المشوهين في نهر التيبر، ومن المعروف أن هذه المرحلة المبكرة من التاريخ والتي تعرف بمرحلة التوازن السكاني حيث كان الموتى يتساوون في العدد مع المواليد لقسوة الظروف التي مرت بها البشرية.

❖ **فترة التسول:** حين كفت المجتمعات عن قتل المعاقين والمشوهين فإنها تركتهم يعيشون بأساليبهم الخاصة يبحثون عن الصدقة والاحسان، ولقد كانت الأديان على اختلافها تحث على عدم إيذاء هؤلاء والإحسان إليهم.

❖ **فترة الملجأ:** دفع النبذ الاجتماعي الذي ظهر منذ أقدم العصور بالمعاقين إلى الانعزال فرادى أو جماعات كما قام بعض الحكام بجمع هؤلاء الأفراد في مراكز خاصة أو دور عبادة ففي القرن الخامس جمع القديس (ليميناس) كل المتسولين المكفوفين المجاورين له في جبال سوريا ، وأسكنهم في مساكن بناها لهم .

❖ **مرحلة الدمج في المجتمع:** أدت التطورات الهامة في تعليم المعاقين إلى تغير نظرة المجتمعات الغربية إلى قدراتهم ومهد ذلك لظهور حركة التأهيل المهني لهم وإدخالهم إلى مجالات العمل بشكل رسمي ومنظم.

وانطلاقاً من عرضنا السريع لتطور ميدان التربية الخاصة نلاحظ أنه لا ينفصل في جوهره عن المنظومة التربوية العامة، إذ يستمد مبادئه وأهدافه واتجاهاته من الفلسفة الاجتماعية السائدة داخل كل مجتمع فمنذ المراحل الأولى كانت نظرة المجتمعات التقليدية تجاه الأفراد ذوي الإعاقات تتسم بالنبذ والرفض والخوف من الاختلاف، وهو ما أدى إلى عزلهم في مؤسسات مغلقة ومدارس داخلية تقصمهم عن المشاركة الاجتماعية. وقد استمرت هذه الممارسات فترات طويلة نتيجة الاتجاهات الاجتماعية السلبية وضعف الوعي بحقوق هذه الفئة وهيمنة تصورات ضيقة كانت ترى الإعاقة بوصفها عجزاً غير قابل للتغيير. لكن مع منتصف القرن العشرين وبالتوازي مع التحولات العالمية في مجال حقوق الإنسان، بدأت مرحلة جديدة قائمة على الاعتراف بإنسانية ذوي الاحتياجات الخاصة وحقهم في التعليم، والحماية، والمشاركة المجتمعية، فقد أسهمت المواثيق الدولية خاصة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والاتفاقيات اللاحقة المتعلقة بحماية ذوي الإعاقة في إعادة تشكيل السياسات التربوية نحو تبني مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية.

ومع انتشار الفلسفات التربوية التي تؤكد على احترام الفروق الفردية والتنوع البشري، أصبح تعليم الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة جزءاً لا يتجزأ من مسؤوليات المدرسة العامة، وعليه انتقلت التربية الخاصة من نموذج العزل إلى نموذج الدمج، ومن التركيز على القصور والعجز إلى التركيز على القدرات ونقاط القوة وأصبح الهدف المركزي للتربية الخاصة هو تمكين هذه الفئة من المشاركة الكاملة داخل المدرسة والمجتمع. وتزامن هذا التحول مع تطور النظريات النفسية والتربوية التي أبرزت قدرة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على التعلم والنمو إذا ما توفر لهم الدعم المناسب.

ومن خلال هذا التطور يتبين أن التربية الخاصة أصبحت تمثل تجسيدا حيا لقيم العدالة الاجتماعية والمساواة واحترام حقوق الإنسان، وأن نجاحها في أي مجتمع يرتبط بتبني أفرادهم ومؤسساتهم لفلسفة الدمج واعتبار المدرسة فضاء مفتوحاً لجميع الأطفال دون استثناء. وهكذا لم يعد تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة امتيازًا، بل حقا أصيلاً تلتزم به الأنظمة التربوية الحديثة تحقيقاً لمبادئ المواطنة الكاملة والمشاركة المجتمعية.

## 2- تعريف التربية الخاصة :

يقصد بالتربية الخاصة مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين، وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات ومعدات خاصة و إلى خدمات مساندة . ولقد عرف هذا المفهوم تعاريف متعددة ومتباينة ، فقد اعتبر **بيرش وجونسون (1975) Birch & Johnson** التربية الخاصة تلك لخدمات المقدمة للأطفال المعاقين من قبل أشخاص مؤهلين والتي تختلف عن برامج العاديين أو تضاف إليها. كما عرفها **أحمد (1989)** بأنها نوع من التعليم الذي يهتم بتقديم التعليم المناسب لكل فرد في ضوء ظروفه وقدراته واستعداداته وميوله واهتماماته مستخدماً في ذلك الوسائل والطرائق والأساليب كافة التي تمكن هذا التلميذ من إتقان ما يتلقاه من علوم على وفق ظروفه.

وفي ضوء ما تقدم يمكن الاستنتاج بأن التربية الخاصة هي جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن تعليماً خاصاً ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة وطرائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية والنجاح الأكاديمي على أن الهدف الذي تتوخى التربية الخاصة تحقيقه لا يقتصر على توفير منهاج خاص أو طرائق تربوية خاصة أو معلم خاص ولكن الهدف يتضمن إيضاح حقيقة أن كل شخص يستطيع المشاركة في فعاليات مجتمعه الكبير وأن كل الأشخاص أهل للاحترام والتقدير وأن كل إنسان له الحق في أن تتوفر له فرص النمو السليم .

## 3- مفاهيم في التربية الخاصة :

منذ ظهور المفهوم الدولي الحالي للإعاقة الذي تبنته منظمة الصحة العالمية عام 2001 أصبحت الإعاقة مفهوماً سياقياً وديناميكياً بعدما كانت تعتبر في البداية كحالة فردية تعيش بشكل مستقل عن أي بيئة (جسدية واجتماعية)، والمقصود بمفهوم سياقياً أنه يجب ألا نتحدث عن الأشخاص المعاقين ولكن عن الأشخاص في وضعية الإعاقة والتي تنتج عن بيئة غير مساعدة لتكيف الفرد بسبب عدد من الخصائص والعوامل المرتبطة بالشخص نفسه وبيئته.

أما الديناميكية فتشير إلى أنه عند الحديث عن حالة العجز ينبغي الأخذ بعين الاعتبار المشاكل الصحية للفرد وخصائصه الشخصية والظروف البيئية وهذه العناصر تتطور زمانياً ومكانياً، ولذا قد يكون الفرد في حالة إعاقة في زمن محدد ومكان محدد وعكس ذلك في وقت ومكان آخر، أي أن الحديث عن وضعية الإعاقة يعتمد بدرجة كبرى على فهم السياق التطوري الذي يجد فيه الفرد نفسه.

ويعتبر إعطاء تعريف متفق عليه للإعاقة تحدياً صعباً أو يكاد يكون مستحيلًا، فالحديث عن الإعاقة والمفاهيم والمصطلحات المرتبطة بها نظرياً والأشخاص ذوي الإعاقة وأقاربهم والذين يرافقونهم غالباً ما يكون ذو دلالة مزعجة، كما أن فكرة تصنيف القصور والمشاكل المرتبطة به غالباً ما يختلف من الناحية النظرية عنه من الجانب العملي نظراً للطبيعة والإنسانية ولكثرة العوامل المؤثرة وتداخلها (Stiker, 2013).

فالإعاقة هي حالة تشير إلى عدم قدرة الفرد المصاب بعجز ما على تحقيق تفاعل مثمر مع البيئة الاجتماعية أو الطبيعية المحيطة به مقارنة بأفراد المجتمع الآخرين المكافئين له في العمر والجنس، لكن بالمقابل نجد أن الحواجز والمعوقات الاجتماعية كالاتجاهات السلبية والطبيعية كالعمران التي تؤدي إلى الحد من قدرة الفرد على الاستجابة لمتطلبات بيئته تختلف من مجتمع لآخر، وعليه فإن من يعتبر معاقاً في مجتمع ما قد لا يعتبر كذلك في مجتمع آخر، ولهذا يعتبر البعض أنه لا يوجد فرد معاق بل يوجد مجتمع معيق.

وينبغي هنا التمييز بين ثلاثة مفاهيم: إصابة - عجز - إعاقة، فالإصابة تعني أن الفرد ولد بنقص أو عيب خلقي أو قد يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل فسيولوجي أو جيني أو سيكولوجي، أما العجز فيشير إلى حالة من القصور في مستوى أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكلوجية مقارنة بالعاديين نتيجة للإصابة بخلل أو عيب، بينما يعبر مصطلح الإعاقة عن حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية. وفي ما يلي سنحاول استعراض بعض المفاهيم ذات الصلة بمصطلح الإعاقة (الخطيب والحديدي، 2009، القمش والمعايطة، 2007):

☑ **ذوو الاحتياجات الخاصة:** يقوم هذا المصطلح على أساس أن في المجتمع أفراداً يختلفون عن عامة أفراد المجتمع، ويعزو المصطلح السبب في ذلك إلى أن هؤلاء الأفراد احتياجات خاصة يتفردون بها دون سواهم وتمثل تلك الاحتياجات في برامج أو خدمات أو طرائق أو أساليب أو أجهزة وأدوات أو تعديلات ... تستوجبها كلها أو بعضها ظروفهم الحياتية وتحدد طبيعتها وحجمها ومدتها حسب الخصائص التي يتسم بها كل فرد منهم.

ويعرف ذوو الاحتياجات الخاصة بأنه الشخص الذي استقر به عائق أو أكثر، يوهن من قدرته ويجعله في حاجة إلى عون خارجي أو من فقد قدرته على مزاولته عمله أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني أو عقلي مهما كان سببه. أو هو كل فرد مصاب بعجز كلي أو جزئي إلى المدى الذي يحد من حواسه أو قدراته الجسمية - العقلية - النفسية إلى درجة تحد من إمكانياته للتعليم أو التأهيل أو العمل، بحيث لا يستطيع تلبية احتياجاته أو بعضها بشكل مستقل.

☑ **الأفراد غير العاديين (Exceptionalities)**: هذا المصطلح أوسع من المصطلح السابق ، فهو لا يقتصر على من ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين، وإنما يشمل كذلك من يكون أداؤهم أحسن من أداء الآخرين (الموهوبين والمتفوقين). وغالبا ما يطلق هذا المصطلح على الأطفال الذين يختلفون عن أقرانهم حيث ينحرف أداؤهم عن متوسط الأداء الطبيعي بالزيادة أو النقصان في قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسمية أو التواصلية مما يستدعي برامج لسد احتياجاتهم.

☑ **الإعاقة (Handicap)**: يعتبر إعطاء تعريف واحد متفق عليه للإعاقة تحديا صعبا أو يكاد يكون مستحيلا نظرا لأن كل حقل معرفي يقدم تعريفه الخاص، فالمجال الطبي يركز على الخلل الوظيفي والاضطراب العضوي بينما ينظر النموذج الاجتماعي إلى الإعاقة بوصفها نتاجا للعوائق البيئية وليس الفرد نفسه. وهذا التعدد يؤدي إلى اختلاف جوهر في فهم المفهوم وصياغته (Shakespeare, 2014) .

☑ **الإصابة (Impairment)**: تعني أي فقدان أو خلل في بنية أو وظيفة جسدية أو حسية أو عقلية أو نفسية سواء كان خلقيا منذ الولادة أو مكتسبا لاحقا نتيجة مرض أو إصابة أو اضطراب جيني أو عوامل نفسية عصبية. وتشمل الإصابات:

- خللا فيسيولوجيا (مثل ضعف السمع، قصور القلب، إصابة الحبل الشوكي).
- خللا تشريحيًا (مثل بتر الأطراف، التشوهات الخلقية).
- خللا سيكولوجيا (مثل الاضطرابات الذهانية أو المعرفية).

ووفق التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والأمراض (ICF) تعد الإصابة تغييرا في بنية الجسم أو وظيفته دون أن يشير ذلك بالضرورة إلى وجود عجز أو إعاقة في الأداء (W H O, 2001)

☑ **العجز (Disability)**: يشير إلى تقييد في القدرة على أداء الأنشطة أو المهام اليومية نتيجة إصابة أو خلل وظيفي ويظهر على شكل صعوبة في التعلم أو الحركة أو التواصل أو التكيف الاجتماعي، ويرتبط العجز بقدرة الفرد على أداء النشاط وليس بالبنية الجسدية أو التشريحية وحدها، كما يستخدم المصطلح غالبا للإشارة إلى:

- الصعوبات الجسمية والحركية.
- صعوبات التعلم المرتبطة بالأداء الأكاديمي.
- صعوبات التكيف مع المتطلبات الاجتماعية أو البيئية.

ووفق التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والأمراض (ICF) فالعجز يمثل مستوى الأداء الذي يتأثر بسبب الإصابة ويحدّ من قدرة الشخص على القيام بالنشاطات الضرورية مقارنة بأفراد في نفس العمر. (WHO, 2001)

**4- أهداف التربية الخاصة :**

تمثل التربية الخاصة مجالاً متشعباً ومتعدد الأبعاد، كما تتنوع أهدافها بتنوع الفئات التي تستهدفها إذ لا يمكن النظر إلى ذوي الاحتياجات الخاصة بوصفهم مجموعة متجانسة، بل هم فئات تختلف حاجاتهم اختلافاً جوهرياً يستلزم تخطيطاً تربوياً متخصصاً لكل فئة على حدة، لذلك اهتم العديد من الباحثين والمربين بوضع أهداف عامة تشكل الإطار النظري الذي تنطلق منه الخطط التربوية الفردية، مع مراعاة خصوصية كل اضطراب أو إعاقة. ومن أبرز أهداف التربية الخاصة ما يأتي (الخطيب، 2010):

- ❖ التعرف على التلاميذ غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من الفئات.
  - ❖ تكوين اتجاهات إيجابية وتعديل الاتجاهات السلبية للعاملين وأولياء الأمور نحو ذوي الحاجات الخاصة.
  - ❖ إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
  - ❖ إعداد طرائق التدريب لكل فئة من فئات التربية الخاصة وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية.
  - ❖ إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
  - ❖ إعداد الكوادر العلمية لتدريس وتأهيل وتدريب أصحاب هذه الفئات سواء في أثناء الخدمة أم قبلها ليتعاملوا باقتدار مع كل فئة من فئات التربية الخاصة .
  - ❖ تنمية التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل وإكسابه القدرة على تكوين علاقات اجتماعية صحيحة مع تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق إشراكه في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة.
- لكن يبقى هدف التربية الخاصة عامة هو تقديم الخدمات للتلميذ ذو الاحتياجات الخاصة لتوفير الظروف المناسبة له لكي ينمو نمواً سليماً يؤدي إلى تحقيق ذاته عن طريق تحقيق إمكاناته وتنميتها إلى أقصى مستوى يمكن الوصول إليه .

**5- مبادئ التربية الخاصة :**

- فيما يأتي بعض المبادئ التي يستند إليها ميدان التربية الخاصة:
- ❖ حق الرعاية والتعلم يشمل كل الأطفال الذين يعانون من مختلف أشكال الإعاقة.
  - ❖ تأكيد مبدأ الفروق الفردية بين من هم بحاجة إلى التربية الخاصة على الرغم من وجود حاجات متشابهة بين الفئات المختلفة.

- ❖ وضع الخطط التربوية الفردية منها والجماعية لمواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة بكل فئة مع تحديد معايير معينة من الوصول إلى الهدف في مستويات التحصيل والمهارات الحسية والحركية والمهنية مع عدم إغفال دور الأسرة في هذا الجانب.
- ❖ تحديد السبل والوسائل والأدوات التي يمكن استخدامها للمساعدة في تحقيق هدف إحداث التغيير في حياة التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ❖ تقديم الخدمات التربوية الخاصة بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة وفق أسلوب الدمج، ويتضمن ذلك على سبيل المثال وجود التلاميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة دراسية معينة مع أقرانهم العاديين لتوفير أقصى درجة ممكنة من التفاعل الاجتماعي.

## 6- مستويات عمل التربية الخاصة :

تعمل برامج التربية الخاصة في العادة في مستويين هما :

**6-1- المستوى الوقائي:** حددت منظمة الصحة العالمية (WHO) سنة 1976 المستوى الوقائي على أنه تلك الإجراءات المنظمة والمقصودة التي تهدف أساساً إلى عدم حدوث أو التقليل من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السلوكية (**كوافحة وعمر، 2003**). ويقصد بالاتجاه الوقائي القيام بكافة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة، والعمل على تجنب الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى تفاقمها ونميز هنا بين :

❖ **الوقاية الأولية (Primary Prevention):** تهدف إلى منع ظهور الإعاقة من الأساس، من خلال إجراءات صحية وتربوية واجتماعية، مثل تحسين الرعاية الصحية للأم والطفل والتوعية بمخاطر الأمراض الوراثية والزواج غير المتكافئ وراثياً وتوفير لقاحات تمنع الأمراض المسببة للإعاقات (مثل الحصبة، الحصبة الألمانية شلل الأطفال...). وكذا حملات التوعية حول التغذية السليمة، والوقاية من الحوادث المنزلية وحوادث الطرق.

❖ **الوقاية الثانوية (Secondary Prevention):** تركز على الكشف المبكر للإعاقات أو الاضطرابات النمائية والعمل على تقليل حدتها قبل أن تتفاقم، وذلك من خلال برامج الفحص المبكر للإعاقة السمعية والبصرية والكشف عن التأخر اللغوي واضطرابات النمو في السنوات الأولى من خلال التقييم التربوي والنفسي المبكر للأطفال في الروضات والمدارس والتدخل السريع لمعالجة مختلف المشكلات النمائية والتعليمية فور اكتشافها. ويؤكد الباحثون أن الكشف المبكر يرفع فرص نجاح التدخل بنسبة قد تصل إلى 70% في بعض فئات الإعاقة النمائية (Heward, 2017).

❖ **الوقاية الثلاثية (Tertiary Prevention):** تهدف إلى الحد من الآثار السلبية للإعاقة القائمة ومنع تدهور وظائف الفرد، من خلال توفير برامج العلاج الطبيعي والوظيفي، خدمات تعديل السلوك، الدعم الأسري والتدريب الوالدي، التعليم العلاجي والدعم المدرسي.... ويرتبط هذا المستوى بالتدخل المبكر الذي أثبتت فعاليته في تحسين النمو المعرفي واللغوي والاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقات النمائية (Hallahan & al., 2019).

**6-2- المستوى العلاجي :** يقوم هذا المستوى على إزالة القصور أو التخفيف من الإعاقة عن طريق التعويض فعند الشخص المعاق سمعياً مثلاً يتم دعم حاستي البصر أو اللمس، وذلك بتأهيل المعاق واستغلال إمكانياته وطاقاته الكامنة إلى أقصى حد ممكن (**كوافحة وعمر، 2003**). و نستخلص مما سبق أن الاتجاه العلاجي يتمثل في العمل على إزالة القصور و التخفيف من حدته في المجالات الوظيفية المختلفة أو التعويض عنه ببديل إذا تعذرت إزالته كاستخدام طريقة برايل Braille في الكتابة مع المكفوفين و لغة الإشارة مع الصم .

## 7- مراحل تطور برامج التربية الخاصة :

شهدت برامج التربية الخاصة تطوراً ملحوظاً يعكس التحول العالمي في النظرة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة وانتقالها من منظور الإيواء إلى منظور الحقوق والدمج والتمكين، فقد بدأت هذه البرامج بأساليب تقليدية تعتمد على عزل هؤلاء الأفراد ضمن مؤسسات مغلقة تقدم لهم الخدمات الصحية والاجتماعية الأساسية ثم تطورت تدريجياً باتجاه مراكز نهائية أقل عزلاً، قبل أن تنتقل إلى الصفوف الخاصة داخل المدارس العادية. وأصبح الهدف إعادة تمكين الفرد ودمجه في حياته الطبيعية إلى أقصى مدى ممكن. ويمكن تتبع هذا التطور عبر خمس مراحل أساسية شكلت المسار التاريخي والمهي للتربية الخاصة نلخصها فيما يلي:

**7-1- مراكز الإقامة الكاملة:** تعتبر هذه المراكز من بين أقدم برامج التربية الخاصة التي كانت ولا زالت تقدم خدمات الإيواء والتكفل الصحي والاجتماعي والتربوي للأفراد المعاقين، إذ يسمح للأهالي بزيارة أبنائهم فيها لكن وجهت لهذه المراكز مجموعة من الانتقادات تهتم فيها هذه المراكز بعزل هؤلاء الأطفال عن المجتمع الخارجي وما يحتويه من حياة طبيعية، كما وصف أفراد هذه الفئات بأنهم منبوذون عن المجتمع.

**7-2- مراكز التربية الخاصة النهارية :** ظهرت هذه المراكز التربوية كرد فعل على ما تقدم من انتقادات والكثير من هذه المراكز تعمل حتى منتصف النهار تقريباً، وفي هذه الفترة يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية ثم يتم إيصالهم إلى منازلهم للحفاظ على بقاء الفرد المعاق في أسرته وفي الجو الطبيعي له، ورغم ذلك فقد وجهت لهذه المراكز أيضاً بعض الانتقادات كعدم توفر المكان المناسب لإقامتها وقلة عدد الأخصائيين في الميادين المختلفة.

**7-3- الصفوف الخاصة الملحقه بالمدرسة العادية :** ظهرت هذه الصفوف بدورها نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المراكز النهارية التي تعني بالتربية الخاصة ، ولتغير الاتجاهات العامة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من السلبية نحو الإيجابية ، وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد المعاقين ولا يتجاوز عدد التلاميذ فيها غالبا عشرة أطفال، حيث يتلقون برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، ولهم أيضا برامج تعليمية مشتركة مع العاديين تهدف إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين المعاقين والعاديين، وهذه الصفوف تعرضت أيضا لمجموعة من الانتقادات أهمها صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى العادية، وكيفية تحديد المواد المشتركة بين المعاقين والعاديين.

**7-4- الدمج الأكاديمي :** ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقه بالمدرسة العادية ، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة التلاميذ المعوقين العاديين في الصف الدراسي ، ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه. من خلال ثلاث مراحل هي:

- ❖ التجانس بين التلاميذ العاديين والمعوقين.
- ❖ تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من العاديين والمعوقين.
- ❖ تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين ...

**7-5- الدمج الاجتماعي Normalization :** تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع ، وبصورة خاصة في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع ، وكذا دمج المعاقين في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم ومناسب لهم كأسرة مستقلة والتعامل معها وفق ما تتطلبه من مستلزمات .

## المحاضرة الثانية: أسباب الإعاقة وتصنيفاتها

### تمهيد :

تعتبر الإعاقة من الظواهر الإنسانية المعقدة التي لا يمكن تفسيرها بعامل واحد، فهي نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل الحيوية والوراثية والبيئية والاجتماعية، وتبرز أهمية التعرف على أسباب الإعاقة في كونها تسهم في فهم جذور المشكلات النمائية والوظيفية التي تظهر لدى الأطفال والبالغين، كما تساعد المختصين في بناء برامج فعالة للوقاية والتدخل المبكر وتطوير خدمات الرعاية والتأهيل، وقد بينت العديد من الدراسات الحديثة أن كثيرا من الإعاقات يمكن الحد منها إذا تم التعرف على عوامل الخطر في فترة ما قبل الحمل وحتى مراحل الطفولة المبكرة. لذلك تأتي هذه المحاضرة لتقديم عرض لأبرز الأسباب المعروفة والمرتبطة بحدوث الإعاقة.

### 1- أسباب الإعاقة :

تنتج الإعاقة عن مجموعة واسعة من العوامل التي تمتد هذه العوامل عبر مراحل حياة الفرد المختلفة بدءا من مرحلة ما قبل الحمل مروراً بالحمل والولادة وصولاً إلى الطفولة وما يليها، وفيما يلي نوجز أهم الأسباب:

#### 1-1- أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Causes) :

تمثل مرحلة ما قبل الولادة من أكثر المراحل حساسية في تكوين الجنين، إذ تؤثر فيها مجموعة واسعة من العوامل البيولوجية والوراثية والصحية والبيئية التي قد تحدث خلافاً في النمو البنيوي أو الوظيفي للأعضاء وتؤدي لاحقا إلى إحدى أشكال الإعاقة، وتبرز الدراسات الحديثة أن غالبية الاضطرابات النمائية القابلة للوقاية ترتبط بعوامل خطيرة في هذه المرحلة وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، حيث يكون الجنين في ذروة تكونه العصبي والعضوي (Heward, 2017). ومن بين أبرز أسباب الإعاقة في مرحلة ما قبل الولادة نذكر:

**أولاً: العوامل الجينية:** تعتبر من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات، إذ أن صفة وراثية سائدة لدى أحد الوالدين يحتمل ظهورها لدى الطفل وقد تكون صفة متنحية يحملانها وهما قادران على توريثها للطفل ومما يجدر ذكره هنا ارتفاع العوامل الوراثية المسببة لبعض الإعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج وغيرها، وتشمل العوامل الجينية نوعين من العوامل (Hallahan & al., 2019) : الاختلالات الجينية كتثلث الصبغي 21 (متلازمة داون)، الصبغي 18 (متلازمة إدوارد)، الصبغي 13 (متلازمة باتو) الطفرات الجينية التي تؤدي إلى الأمراض الأيضية الوراثية التي تؤثر في تمثيل الجسم للدهون أو السكريات.

**ثانياً: الأسباب المتعلقة بظروف الحمل:** يضاف للعوامل الوراثية مجموعة أخرى من الأسباب ما قبل الولادة مثل:

❖ إصابة الأم بالأمراض والالتهابات أثناء الحمل: تعود نسبة مهمة من الإعاقات إلى إصابة الأم بعدوى فيروسية أو بكتيرية خاصة في الأشهر الأولى من الحمل والتي تعد وفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية من أهم عوامل الإعاقة السمعية والبصرية والعقلية عالمياً (WHO, 2011)، ومن أبرز هذه الإصابات الحصبة الألمانية Rubella، الزهري Syphilis .

❖ سوء تغذية الأم الحامل: يلعب النظام الغذائي خلال الحمل دوراً محورياً في صحة الجنين. ومن أبرز مظاهر سوء التغذية نجد نقص اليود الذي قد يؤدي إلى القصور العقلي، نقص حمض الفوليك الذي يزيد بنسبة 70% احتمال التشوهات العصبية الخلقية، ونقص الحديد والفيتامينات الضرورية لنمو الدماغ.

❖ تعاطي المواد الضارة أثناء الحمل: التي قد تسبب تشوهات جنينية أو إعاقات، ومن أبرز تلك المواد الكحول الذي يعد من أشهر مسببات الإعاقة الذهنية والتدخين الذي يرتبط بنقص وزن الجنين وضعف النمو العصبي والمخدرات (الكوكايين، الهيروين) التي تؤدي إلى اضطرابات عصبية وحسية، وكذا الأدوية غير الآمنة وخاصة بعض المضادات الحيوية ومضادات الاختلاج (Heward, 2017).

❖ التعرض للعوامل البيئية الضارة: ويشمل ذلك التعرض للإشعاعات، المذيبات الكيميائية والمبيدات التلوث الشديد، المعادن الثقيلة مثل والزئبق الرصاص الذي أثبتت الأبحاث أنه يرتبط بانخفاض القدرات المعرفية وارتفاع مخاطر الإعاقة النمائية لدى الأطفال (WHO, 2011).

❖ الأمراض المزمنة لدى الأم: مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض الكلى، فقر الدم الشديد، الصرع وأمراض الكلى وهي عوامل ترفع من احتمال التشوهات الخلقية واضطرابات القلب والجهاز العصبي لدى الجنين وتضيف تعقيدات وأخطار إضافية بالنسبة لنموه.

❖ حالة الأم الانفعالية والصدمات العاطفية: يتأثر الجنين بانفعالات الأم وتعرضها للضغوط، مما قد يؤدي إلى ولادة مبكرة أو ما يسمى بالخداج أو عسر ولادة أو إجهاض ...

❖ عدم توافق العامل الريزيس Rh : (فصيلة الدم تكون سالبة أو موجبة) ويبدو أثر هذا العامل في حالة واحدة وهي اختلاف هذا العامل بين الأب و الأم.

❖ الإصابات أو الضربات العنيفة التي تحدث للأم الحامل والتي تختلف في خطورتها وتأثيرها بحسب شدة الإصابة، توقيتها خلال الحمل، والجزء المتأثر من جسم الأم.

❖ مشكلات المشيمة والرحم مثل قصور المشيمة الذي يمنع وصول الأكسجين والغذاء و الالتفاف الشديد للحبل السري وبعض التشوهات الرحمية.

### 1-2 - الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة (Perinatal Causes) :

تشير هذه المجموعة إلى العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة نفسها أو خلال الساعات الأولى التي تليها وهي مرحلة حساسة جدا لأن دماغ الطفل ما يزال في طور النمو لذا فهو يبقى هشاً أمام أي نقص في الأكسجين أو تغيرات فيزيولوجية حادة، وغالبا ما تؤدي هذه العوامل إلى اضطرابات مثل الشلل الدماغي، التأخر النمائي إعاقات سمعية أو بصرية أو حركية، ومن أهم هذه الأسباب نجد :

- ❖ إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة .
- ❖ صعوبات الولادة أو الولادة العسرة واستخدام أدوات مساعدة مما قد يسبب رضوضها في دماغ الجنين.
- ❖ ارتفاع نسبة المادة الصفراء .
- ❖ نقص الأكسجين نتيجة التفاف الحبل السري مما يؤدي إلى تلف خلايا بالدماغ .
- ❖ الولادة غير المكتملة : ولادة جنين بوزن ناقص أقل من 2 كغ.
- ❖ التزيف أثناء الولادة .
- ❖ الولادة باستخدام أساليب غير صحية أو استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة .

### 1-3 - أسباب ما بعد الولادة (Postnatal Causes) :

تشير هذه الفئة إلى العوامل التي تحدث بعد الولادة، وتمتد من الأيام الأولى وحتى نهاية مرحلة الطفولة المبكرة وتمثل هذه الأسباب نسبة مهمة من حالات الإعاقة، خاصة في البيئات التي تعاني من نقص الرعاية الصحية وسوء التغذية وانخفاض الوعي الصحي. وتتركز خطورتها في كون الدماغ والجهاز العصبي في السنوات الأولى يكونان في مرحلة نمو سريعة، وبالتالي فإن أي خلل أو أذى قد ينعكس مباشرة على التطور المعرفي والحسي والحركي للطفل. ومن بين هذه الأسباب يمكن ذكر:

- ❖ الالتهابات : التي تعد من أكثر العوامل شيوعا بعد الولادة، وتشمل:
  - التهاب السحايا Meningitis : التهاب الأغشية المحيطة بالدماغ والحبل الشوكي، ويعد من أخطر الالتهابات في الطفولة فقد يؤدي إلى تلف في الخلايا العصبية، صعوبات سمعية، إعاقات معرفية، وكذا إلى الشلل الدماغي.
  - التهاب الدماغ Encephalitis وهو التهاب مباشر في نسيج الدماغ غالبا بسبب فيروسات ويؤدي إلى نوبات صرعية، ضعف في الذاكرة، اضطرابات سلوكية، إعاقات عقلية وحركية.
  - تعفن الدم (Sepsis) : قد يسبب فشلا وظيفيا في ونقصا في تروية الدماغ ما يؤدي إلى إعاقات دائمة.

- ❖ سوء التغذية ونقص العناصر الحيوية: يعتبر سوء التغذية في السنوات الأولى من أخطر أسباب الإعاقة حيث يؤدي إلى تأخر في النمو المعرفي واللغوي، ضعف التركيز، مشكلات سلوكية، اعتلالات في الجهاز العصبي ومن أهم أشكاله نقص البروتين والطاقة، نقص اليود، نقص الحديد، نقص الفيتامينات مثل فيتامين D وB12
- ❖ الحوادث والإصابات الجسدية: تشمل الحوادث التي يتعرض لها الطفل بعد الولادة كالسقوط الشديد حوادث الطرق، الضرب أو العنف الأسري، الاختناق، والتي قد تؤدي إلى شلل دائم أو اضطرابات عصبية.
- ❖ التسمم: ويتضمن أشكالاً عديدة أخطرها التسمم بالرصاص شائع في الأماكن ذات الطلاء القديم أو المياه الملوثة والذي يرتبط بانخفاض معدل الذكاء، صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية.
- ❖ الأمراض المزمنة في الطفولة: فبعض الأمراض إذا لم تعالج مبكراً قد تؤدي إلى الإعاقة، مثل الصرع اضطرابات الغدد الصماء، أمراض القلب الخلقية غير المعالجة، السكري لدى الأطفال.
- ❖ المشكلات النفسية والاجتماعية الحادة: قد يسبب الحرمان النفسي الشديد، الإهمال، أو العنف المستمر خلافاً في تطور الدماغ والعلاقات العصبية يؤدي لاحقاً إلى تأخر لغوي، صعوبات تعلم، اضطرابات سلوكية...
- ❖ التعرض لمؤثرات بيئية ضارة: كالضوضاء الشديدة، الإشعاعات، الملوثات البيئية الحارة الشديدة....

## 2- تصنيف الإعاقات :

يشكل تصنيف الإعاقات أحد أهم الأسس العلمية التي تقوم عليها التربية الخاصة، فهو يتيح فهم طبيعة الفروق الفردية بين ذوي الاحتياجات الخاصة ويساعد على تحديد البرامج التعليمية والعلاجية المناسبة لكل فئة كما يسهل عمليات التشخيص، والتدخل المبكر، وإعداد الخطة التربوية الفردية وتوجيه الموارد البشرية والمادية لخدمة كل فئة وفق احتياجاتها النوعية. ولأن الإعاقة ظاهرة متعددة الأبعاد تشمل الجانب الجسدي والعقلي والحسي والنفسي والاجتماعي، فقد ظهرت وتطورت عدة أنظمة لتصنيف الإعاقات عبر الزمن تختلف باختلاف التوجهات العلمية والمعايير الطبية والتربوية والاجتماعية المعتمدة، إضافة إلى اختلافها بحسب القوانين والتشريعات المعمول بها في كل بلد (الخطيب، 2010)، ومن بين تلك التصنيفات يمكن أن نذكر:

### 2-1- التصنيف الدولي للإعاقة : اعتمدت منظمة الصحة العالمية سنة 1980 التصنيف الدولي للإعاقة (CIH)

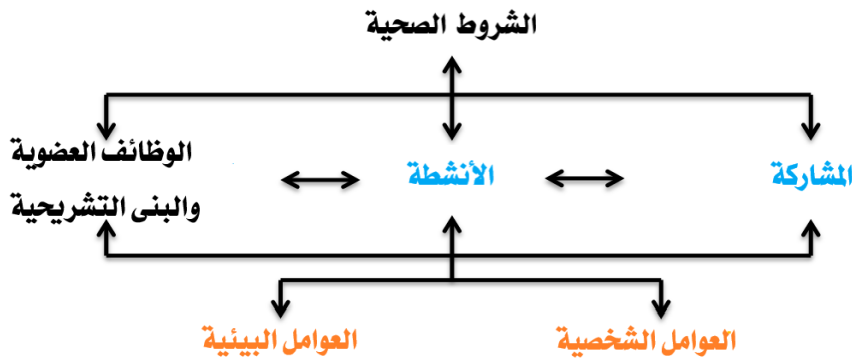
الذي وضعه فيليب وود Ph. Wood، والذي ركز على البعد الطبي للإعاقة حيث ينظر لها ضمن ثلاثة مستويات:

- ✓ العجز أو القصور (Impairment) ويشير إلى الخلل النفسي أو الفسيولوجي أو التشريحي.
- ✓ الإعاقة أو عدم القدرة (Disability) وتمثل القيد الوظيفي الناتج عن القصور.
- ✓ الحرمان أو عدم التمكّن (Handicap) وهو عدم القدرة على الاندماج الاجتماعي أو المهني.

ثم قامت منظمة الصحة العالمية سنة 2001 بمراجعة جذرية لتصنيف الإعاقة، واعتمدت تصنيفا جديدا يبرز أن الإعاقة هي نتيجة تفاعل بين قدرات الفرد وبيئته، وليست صفة فردية فقط، وهو ما أصبح اليوم التصنيف الأكثر استخداما عالميا، ويتضمن التصنيف الدولي للإعاقة الجديد أربع فئات (WHO, 2001):

- ✓ الوظائف الجسدية Body Functions : مثل الوظائف الذهنية، الحسية، الهضمية...
- ✓ البنى التشريحية Body Structures : مثل بنى الجهاز العصبي والهيكل العظمي.
- ✓ النشاط والمشاركة Activity & Participation : مثل التواصل، التنقل، أنشطة الحياة اليومية.
- ✓ العوامل البيئية Environmental Factors : مثل الوسائل التقنية، السلوك الاجتماعي، والدعم الأسري.

أي أنه وفق المقاربات المعاصرة لم يعد ينظر إلى الإعاقة باعتبارها النتيجة المباشرة لمرض أو خلل صحي بل تعرف اليوم كحالة تنتج عن تفاعل دينامي ومعقد بين الوضع الصحي للفرد من جهة، والعوامل البيئية والشخصية من جهة أخرى، ويعكس هذا المفهوم انتقالا من الفهم التقليدي للإعاقة إلى نموذج تفاعلي شمولي يدمج الجوانب البيولوجية والاجتماعية والسياقية في آن واحد (WHO, 2001).



## مخطط نموذج التصنيف الدولي للإعاقة

### 2-2 - التصنيف حسب طبيعة القصور (التصنيف الطبي - الوظيفي):

يعتمد هذا التصنيف على العضو أو الوظيفة المتأثرة، وهو الأكثر استخداما في المجالات الطبية، ويضم:

- ❖ الإعاقات العقلية (Intellectual Disabilities): التي تتضمن قصورا واضحا في الوظائف العقلية والمهارات التكيفية مثل متلازمة داون، القصور العقلي غير المحدد.
- ❖ الإعاقات السمعية (Hearing Impairments): تشمل الإعاقة السمعية الجزئية أو الكلية كفقدان السمع التوصيلي، فقدان السمع الحسي العصبي.

- ❖ الإعاقات البصرية (Visual Impairments) : تشمل ضعف البصر والعمى الكلي ومن أمثلتها اعتلال الشبكية، المياه البيضاء الولادية.
- ❖ الإعاقات الحركية والجسمية: (Physical and Motor Disabilities) : الناتجة عن قصور في الجهاز العصبي أو العضلي أو الهيكلي مثل الشلل الدماغي، بتر الأطراف، تشوهات العمود الفقري.
- ❖ إعاقات التواصل (Communication Disorders) : تتضمن اضطرابات النطق واللغة والصوت كالتأتأة اضطرابات اللغة التعبيرية.
- ❖ اضطرابات طيف التوحد (ASD) : تتميز بخلل في التواصل الاجتماعي وأنماط سلوكية مقيدة ومتكررة.
- ❖ الإعاقات الانفعالية والسلوكية (Emotional & Behavioral Disorders) : تظهر كاضطرابات سلوكية وعاطفية مؤثرة في التعلم، ومن بينها اضطرابات القلق، السلوك العدواني، الاكتئاب الطفولي.

## 2-3 - تصنيف الإعاقات حسب شدة الحالة :

- تعتمد هذه الأنظمة التصنيفية على مدى تأثير الإعاقة على الأداء اليومي، وغالبا ما تستخدم في حالات الإعاقة العقلية والحسية والحركية.
- أ. بسيط (خفيف): القدرة على الاستقلال عالية نسبيا، يمكن دمجهم في المدارس العادية.
  - ب. متوسط: يحتاج الفرد إلى تدريب مهاري وتعليمي إضافي.
  - ج. شديد: اعتماد كبير على المساعدة في أغلب مهارات الحياة اليومية.
  - د. شديد جدا: تدخلات طبية وتمريضية مستمرة.

## 2-4 - التصنيف التربوي :

يعتمد هذا التصنيف أساسا على الأداء التربوي والخصائص التعليمية والسلوكية للطفل أكثر من اعتماده على الجانب الطبي التشخيصي، لذلك فهو الأكثر استخداما من قبل المعلمين والأخصائيين في المجال التربوي. ويتضمن هذا التصنيف مجموعة فئات تستند إلى القدرات الإدراكية، والسلوك التعليمي، ومستوى التحصيل والسمات النمائية، ويتميز بأنه تصنيف وظيفي يركز على كيفية تأثير الإعاقة على التعلم وعلى نوع الدعم المطلوب مما يجعله أداة عملية في تكييف المناهج والبرامج (السرطاوي وآخرون، 2016).

## الماضرة الثالثة: تأثيرات الإعاقة على الفرد والمجتمع

### تمهيد:

قد ينتقل الفرد من كونه عاجزا إلى كونه معاقا نظرا لأن حالة العجز يمكن أن تترك في حياة الفرد الكثير من التأثيرات سواء في الجانب الشخصي أو في الجانب الاجتماعي (الفقر، المشكلات الصحية والتربوية فرص العمل والإدماج المهني). ولعل مشكلة التأخر في التشخيص والكشف المبكر إحدى أهم المشكلات التي يعانيها الطفل المعاق خاصة في ظل ارتباطها بالعديد من الجوانب كفقر البيئة الأسرية ماديا وثقافيا مما يعيق حصول الطفل على الرعاية الصحي والتعليمية اللازمة، وهو الأمر الذي قد ينجم عنه تفاقم بعض أشكال الإعاقة في مراحلها المبكرة حتى أنها قد تتحول وتتطور إلى إعاقات مركبة ومعقدة.

### 1- التأثيرات الفردية للإعاقة:

إن فهم التأثيرات الفردية للإعاقة يعد مدخلا أساسيا لتطوير استراتيجيات تربوية وعلاجية أكثر فاعلية إذ يتيح التعرف على الاحتياجات الحقيقية للفرد، وطرق دعمه نفسيا ومعرفيا وسلوكيا، وتعزيز مشاركته في الأنشطة التعليمية والاجتماعية، كما يساعد هذا الفهم في الانتقال من النظرة التقليدية القائمة على العجز إلى مقارنة نمائية وظيفية تركز على القدرات الممكنة، فدراسة التأثيرات الفردية للإعاقة تهدف إلى تحليل الكيفية التي تؤثر بها في التعلم والدافعية والتواصل وتقدير الذات والتكيف الاجتماعي، مع مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد وخصوصية تجاربهم، ويمكن تقسيم أهم التأثيرات الفردية للإعاقة في شكل مجموعات كما يلي:

❖ **التأثيرات الجسدية والوظيفية:** تسبب الإعاقة صعوبات في الحركة، الإحساس، الاتصال والإدراك وهذه القيود قد تحد من قدرة الفرد على القيام بالأنشطة اليومية كالعناية الذاتية، الدراسة، العمل أو التنقل وتشير الدراسات إلى أن شدة الإعاقة وامتدادها الزمني يرتبطان مباشرة بمستوى فقدان الوظيفة ونوعية الحياة (WHO, 2001).

❖ **التأثيرات النفسية:** قد ترتبط الإعاقة بمشاعر القلق، الإحباط، انخفاض تقدير الذات، واضطرابات التكيف، خاصة في المجتمعات التي تفتقر إلى دعم مؤسسي وأسري فعال. كما أن مستوى التقبل الاجتماعي يلعب دورا هاما في تعزيز التكيف الإيجابي أو زيادة الصعوبات الانفعالية (Schiaffino & Revenson, 1995).

ومن بين أبرز مشكلات المعاق النفسية نجد :

✓ **الشعور المتزايد بالنقص** : يتمثل هذا الشعور في عدم تقبل المعاق لذاته بل يرفضها وأحيانا يكرهها لأنه يشعر بالدونية عندما يقارن نفسه بغيره ، ويرتبط ذلك غالبا بنوع العاهة وحدتها وعمر المعاق وجنسه وهذا الشعور يؤدي لسوء توافقه مع مجتمعه فيبتعد وينطوي .

✓ **الشعور بالعجز** : والذي يرتبط بعوامل داخلية خاصة بالمعاق وعوامل خارجية ترتبط في كثير من الأحيان بمعاملة أفراد الأسرة له وإحساسهم بالشفقة والعطف نحوه مما يجعل من سلوكه سلوكا اعتماديا .

✓ **عدم الشعور بالأمن** : وينتج عن إحساس المعاق بأنه يعجز عن حماية نفسه واستضعاف الآخرين له بسبب عجزه أو اعتدائهم عليه .

✓ **عدم الاتزان الانفعالي** : قد نجد أن السلوك الدفاعي طابع لمعظم ردود الأفعال عند المعاق ويتطور أحيانا رد فعل غير متزن ليصل لمرحلة العصبية أو الذهانية.

❖ **التأثيرات الاجتماعية** : تؤثر الإعاقة على شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، وقد تؤدي إلى العزلة أو صعوبة بناء علاقات جديدة، أو محدودية المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، كما أن الوصم الاجتماعي يمثل عائقا محوريا أمام الاندماج مما يزيد من احتمالات الانسحاب الاجتماعي، وقد بينت الأدبيات الاجتماعية أن الصور النمطية السلبية تحد من المشاركة الكاملة في المجتمع (Link & Phelan, 2001).

❖ **التأثيرات التربوية والتعليمية** : قد يعاني الأطفال ذوو الإعاقة من صعوبات في الاندماج المدرسي بسبب نظام تعليم غير مهياً أو بيئة غير دامج (UNESCO, 2020). ويمكن تلخيص أهم المشكلات التعليمية المترتبة على الإعاقة في:

✓ **عدم إمكانية استخدام المعلومات في صورتها العادية**: فالأطفال الذين لديهم قصور في حواس السمع والبصر مثلا لا يستطيعون استقبال المثيرات التي تعجز حواسهم المفقودة عن استقبالها.

✓ **عدم ملائمة المنهج للقدرات التحصيلية**: فالأطفال الذين لديهم تخلف عقلي مثلا يحتاجون إلى تقليل كمية المعلومات التي تعطى في وحدة الزمن بالمقارنة بغيرهم ممن لديهم أداء ذهني عادي.

✓ **الحاجة إلى بيئة تعليمية خاصة**: بعض الحالات نتيجة لظروف العجز لديها يصبح من الصعب أن تتعامل مع البيئة العادية فهي بحاجة إلى إعداد بيئة خاصة تناسب طبيعة العجز لديها .

✓ **الحاجة إلى مدرسين متخصصين**: نتيجة لمجموعة من المتغيرات المتعلقة بالمنهج وطرق التدريس والوسائل وغيرها، فإنه من الصعب على المعلم العادي أن يقوم بتدريس الأطفال المعاقين .

❖ **التأثيرات المهنية والاقتصادية:** إن الفرد الذي يعاني من قصور أو عجز بدني قد تتأثر حياته المهنية بدرجات متفاوتة، ومن أهم الآثار في هذا المجال نذكر محدودية الفرص العمل والاختيار المهني وكذا عدم ملاءمة البرامج المهنية وبيئة العمل لخصائص الفرد المعاق مما يسبب مشكلات في التوافق المهني. وقد أظهرت الإحصاءات أن معدلات البطالة بين ذوي الإعاقة أعلى بمقدار الضعف مقارنة ببقية السكان (OECD, 2010).

## 2- التأثيرات الأسرية للإعاقة:

الإعاقة لا تؤثر فقط على الفرد المصاب، بل تمتد آثارها إلى الأسرة بشكل مباشر والتي تمثل البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل وتشكل فيها شبكة الدعم الرئيسة له، لذا فإن وجود طفل ذو إعاقة يخلق تحديات متعددة على المستويات العاطفية والاجتماعية والاقتصادية، ففهم التأثيرات الأسرية للإعاقة مهم لتصميم تدخلات تربوية ودعم نفسي مناسب ينعكس إيجاباً على نمو الطفل واندماجه الاجتماعي، وهناك العديد من الاعتبارات التي تؤثر على اتجاهات الأسرة نحو طفلها غير العادي ومنها (الداهري، 2005):

**أولاً- حجم الأسرة:** تتوقف اتجاهات الأسرة نحو الطفل غير العادي على عدد الأطفال الذين ينتمون إليها فكلما زاد عددهم فيها قلت الرعاية المقدمة للمعاق، وقد يهمل أحياناً لأن الآباء يركزون اهتمامهم على أطفالهم العاديين حرصاً منهم على توفير المناخ المناسب لتدشنتهم بصورة طبيعية وكأنهم يضحون بفرد ميؤوس من حالته.

**ثانياً- جنس الأطفال العاديين:** يتوقف اتجاه الأطفال العاديين نحو الطفل غير العادي الذي يخالطونه في نطاق الأسرة على عامل الجنس، فبالرغم من أن الأطفال العاديين الذكور قد يبدوون اهتماماً واضحاً نحوه ويحاولون مساعدته والعطف عليه والتعاطف معه، فإن عاطفة الأمومة الكامنة الإناث تجعلهن أقرب مودة له كونهن يملن إلى تقليد أمهاتهن في أغلب الأدوار التي يقمن بها بما فيها دور الأمومة المتميز بالدفء والمحبة والرعاية فإن اتجاههن نحوه يميل إلى الإيجابية.

**ثالثاً- الحالة الاقتصادية الاجتماعية:** مما لا شك فيه أن دخل الأسرة المرتفع يسهم اسهاماً كبيراً في رعاية الطفل غير العادي بها لإمكانية الأنفاق عليه بسخاء وتغطية التكاليف التي تتطلبها برامج العلاج والرعاية أما الأسرة الفقيرة ذات الدخل المنخفض فإنها لن تتمكن من مساعدة الطفل غير العادي إلا في أضيق الحدود التي تسمح بها ظروف الرعاية المجانية، ولن تتمكن الأسرة الفقيرة من توفير المستلزمات العلاجية التي يحتاج إليها طفلها غير العادي بصورة عاجلة مما يعرقل مراحل علاجه ويؤخر الخطوات الإيجابية نحو شفائه.

وقد بينت دراسات عديدة أن تربية طفل ذي إعاقة ترتبط بمستويات أعلى من الضغط والتوتر الأسري (Weiss, 2002)، ومن أبرز تلك التأثيرات نذكر:

❖ **التأثيرات النفسية:** غالبا ما تشعر الأسرة بالصدمة عند اكتشاف إعاقة الطفل، وقد يتبع ذلك شعور بالحزن لفقدان التوقعات التي كانت لديهم تجاه نمو الطفل الطبيعي. وتشير عبيد (2007) بأن عملية التكيف مع الإعاقة تمر بمراحل معينة كالتالي:

✓ **مرحلة الصدمة:** وتكون خلال مرحلة التشخيص الأولي وفترة العلاج، وفيها لم يستوعب الفرد أن جسمه مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى لا يظهر أي قلق.

✓ **مرحلة توقع الشفاء:** تبدأ هذه المرحلة بعد ما يتبين الفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.

✓ **مرحلة الحزن:** وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد لشعوره بعدم القدرة على عمل أي شيء أو تحقيق أي هدف ويمكن أن يصل الأمر إلى التفكير في الانتحار.

✓ **مرحلة الدفاع:** تنقسم إلى قسمين: الدفاع الإيجابي: وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد التعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها. والثانية: الدفاع السلبي، وهنا يستعمل الفرد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة وخصوصا النكران.

❖ **التأثيرات الاجتماعية:** تؤثر الإعاقة على المستوى الاجتماعي للأسرة التي قد تواجه وصما اجتماعيا أو عزلة نتيجة نظرة المجتمع السلبية نحو الأفراد ذوي الإعاقة، مما يحد من مشاركتها في النشاطات الاجتماعية ويزيد شعور الانعزال (Emerson, 2003)، كما يمكن أن تتأثر العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة، بما في ذلك العلاقة بين الزوجين وبين الإخوة نتيجة التوتر المستمر والضغط النفسي المرتبط برعاية الطفل ذي الإعاقة وقد يؤدي ذلك أحيانا إلى نزاعات أو صراعات تؤثر على الانسجام الأسري (Hastings, 2002). كما أن اهتمام الأسرة المستمر بالطفل قد يقلل من مشاركتهم في النشاطات الاجتماعية أو المهنية.

❖ **التأثيرات الاقتصادية:** تشمل زيادة النفقات على العلاج الطبي، الخدمات التأهيلية، التعليم الخاص الأجهزة المساعدة، والنقل، تهيئة المنزل، وقد يضطر أحد الوالدين لتقليص ساعات العمل أو التوقف عن العمل لرعاية الطفل ما يؤثر على الاستقرار المالي للأسرة، وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن الأسر التي تضم فردا معاقا تتحمل أعباء مالية تتجاوز 30% فوق المتوسط العام (Mitra et al., 2017)

❖ **التأثيرات التربوية والتكيفية:** تحتاج الأسر لتطوير مهارات خاصة في التعامل مع الاحتياجات الفردية للطفل، بما في ذلك التعلم والتدريب على السلوكيات اليومية، نظرا لأن روتين الحياة يتأثر بجدول العلاج والزيارات الطبية والمتابعة التعليمية، مما يتطلب مرونة وتخطيطا مستمرا.

### 3- التأثيرات المجتمعية للإعاقة:

تمثل الإعاقة قضية مجتمعية متعددة الأبعاد لا تقتصر آثارها على المعوق فقط بل تمتد لتشمل المجتمع ككل بمؤسساته الاقتصادية والصحية والتعليمية والثقافية...، فوجود فئات من ذوي الإعاقة داخل أي مجتمع يفرض تحديات كبرى، وفيما يلي أهم التأثيرات المجتمعية للإعاقة:

❖ **التأثير في البناء الاجتماعي والثقافي:** من خلال إعادة تشكيل أنماط التفاعل والعلاقات الاجتماعية إذ تتطلب الإعاقة توفير أنماط خاصة من الرعاية والدعم الاجتماعي، مما يعزز أدوار الأسرة ومؤسسات التضامن الاجتماعي، لكنه في الوقت نفسه قد يفرض ضغوطاً على شبكات الدعم التقليدية (السرطاوي، 2018). كما تسهم الإعاقة في بروز قضايا مجتمعية مرتبطة بالتكافل الاجتماعي، وإعادة النظر في مفاهيم المسؤولية الاجتماعية والعدالة الاجتماعية.

❖ **التأثير الاقتصادي:** كما ذكرنا سابقاً فإن الإعاقة تشكل تحدياً اقتصادياً على مستوى الفرد والمجتمع إذ ترتبط بارتفاع معدلات البطالة وانخفاض فرص العمل اللائق بسبب نقص التهيئة البيئية وضعف سياسات الدمج المهني، كما تتحمل الأسر أعباءً مالية إضافية نتيجة تكاليف العلاج والتأهيل، في حين يتحمل المجتمع تكاليف غير مباشرة ناتجة عن نقص الإنتاجية بسبب انخفاض المشاركة في سوق العمل والحاجة إلى موارد إضافية للخدمات الصحية والاجتماعية. وقد قدرت منظمة العمل الدولية أن خسائر الاقتصاد العالمي نتيجة عدم إدماج ذوي الإعاقة قد تصل إلى 3-7% من إجمالي الناتج المحلي (ILO, 2019).

❖ **التأثير الصحي:** يتطلب وجود فئات واسعة ومتنوعة من الأفراد ذوي الإعاقة رعاية صحية طويلة الأمد وخدمات متخصصة في العلاج والتأهيل والمتابعة النفسية (WHO, 2011)، ويؤدي غياب الوقاية والكشف المبكر إلى مضاعفة التكاليف الصحية والاجتماعية مستقبلاً كما تستدعي الإعاقة تطوير بنى تحتية صحية ملائمة وتكوين مهنيين متخصصين، وهو ما يفرض على المجتمع إعادة توجيه جزء معتبر من موارده الصحية.

❖ **التأثير التربوي:** تفرض الإعاقة على المجتمع تطوير أنظمتها التعليمية من خلال اعتماد التعليم الدامج وتكليف المناهج وتكوين المعلمين المختصين (UNESCO, 2020) ويؤدي القصور في الاستجابة التربوية إلى ارتفاع نسب الأمية والتسرب المدرسي، مما ينعكس مستقبلاً على التنمية البشرية ومستوى الكفاءة المجتمعية.

❖ **التأثير التشريعي والتنموي:** أدت الإعاقة إلى دفع المجتمعات نحو سن تشريعات وسياسات خاصة تضمن الحقوق الاجتماعية والاقتصادية لذوي الإعاقة، وهو ما ساهم في تطور منظومات الحماية الاجتماعية وحقوق الإنسان، وأصبحت قضايا الإعاقة مؤشراً على مستوى التنمية والعدالة الاجتماعية داخل المجتمعات.

## المحور الثاني: فئات التربية الخاصة

### المحاضرة الرابعة: الإعاقة العقلية

#### تمهيد:

برزت مشكلة الإعاقة العقلية منذ أقدم العصور، وهي إحدى المشكلات التي يهتم بها علماء النفس والتربية والاجتماع والصحة والقانون والدين والأسرة وغيرها...، فهي عبارة عن ظاهرة معقدة ومتعددة الجوانب والأبعاد تشمل جوانب طبية وصحية واجتماعية وتعليمية ونفسية ومهنية، وينبثق تعقد هذه المشكلة من تداخل تلك الأبعاد مع بعضها البعض مما يجعل مشكلة الإعاقة العقلية نموذجاً مميزاً في التكوين المعرفي للفرد وتحدد الإعاقة العقلية بمصطلح التخلف العقلي **Mental Retardation** وهو مفهوم شامل يشير إلى انخفاض مستوى الأداء العقلي. وقد تضمنت أدبيات التربية الخاصة مصطلحات عديدة استخدمت في اتجاهين:

**أولاً:** للدلالة على ظاهرة الإعاقة العقلية ككل، كمصطلحات الضعف العقلي **Mental Deficiency** والقصور العقلي **Mental Impairment** وقصور النمو العقلي **Amentia** وصغر الدماغ **Oligophrenia** ...  
**ثانياً:** للدلالة على فئة بعينها للتخلف العقلي ودرجته، ومن أمثلة ذلك مصطلحات مثل المورون **Moron** أو ضعف العقل **Feeble-mindedness** ، والبلهاء **Imbecile** ...

#### 1- تعريف الإعاقة العقلية :

تطور مفهوم الإعاقة العقلية عبر الزمن من نموذج طبي بحث إلى نموذج بيئي تفاعلي، ويعرف الآن على أنه تفاعل بين القدرات الفردية والبيئة الداعمة، وسنحاول فيما يلي عرض أهم التعريفات من مختلف المنظورات:

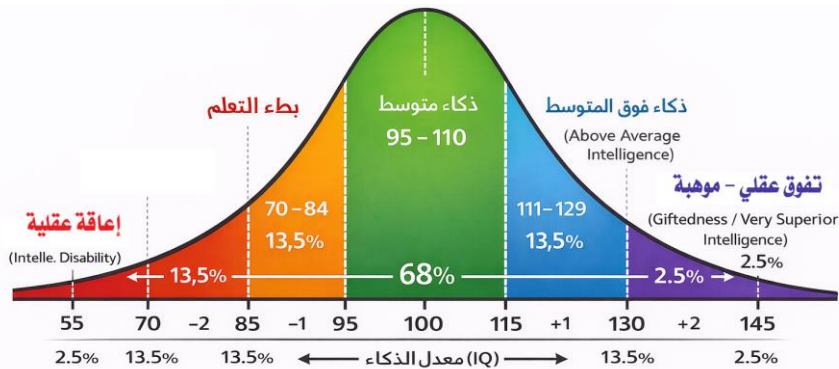
#### 1-1- التعريف الطبي:

يعد التعريف الطبي من أقدم تعريفات الإعاقة العقلية ، هذا ظهرت تعريفات طبية عديدة للإعاقة العقلية تركز في جوهرها على إبراز العوامل الأساسية المسببة للإعاقة ، والمؤثرة سلبياً على الذكاء والقدرات العقلية. ففي عام 1900 ركز **ايرلاند Ireland** على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة وفي عام 1908 ركز **جولد Gold** على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال حجم الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها. وقد أظهر التقدم في العلوم العصبية أن الإعاقة العقلية لا تعني بالضرورة تلفاً دماغياً كاملاً، بل قد تكون اختلالاً في الوصلات العصبية أو النواقل الكيميائية.

لذلك فإن التعريفات الطبية تؤكد على العوامل المسببة للإعاقة العقلية كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض وما يترتب على ذلك من قصور في كفاءة الجهاز العصبي وضمور أو تلف في خلايا المخ وأنسجته وشدوذ واضطراب في النواحي والوظائف العضوية والحركية بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة. وفي هذا السياق يعرف **الروسان (2016)** الإعاقة العقلية بأنها تشير إلى " تأخر ملحوظ في النمو العقلي والسلوك التكيفي يصاحبه قصور في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، وقد تعزى إلى عوامل جينية أو مكتسبة." ويؤكد **الشخص (2018)** أن التشخيص الطبي للإعاقة العقلية يستند إلى معايير ثلاث: القصور في الوظائف الذهنية، القصور في السلوك التكيفي، وبداية الظهور خلال مرحلة النمو .

### 1-2- التعريف السيكمترى :

ظهر هذا التعريف نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي الذي يصف الحالة ومظاهرها وأسبابها دون إن يعطي وصفاً كمياً دقيقاً للقدرة العقلية ، وقد اعتمد السيكمتريون على نسبة الذكاء كمحك أساسي في تعريف الإعاقة العقلية وجاء ذلك نتيجة التطور حركة القياس النفسي ، حيث وضعت أسس هذا النهج مع تطور حركة القياس النفسي على يد **بينيه وسيمون (1905) Binet & Simon**، حيث أدخل مفهوم العمر العقلي للمقارنة مع العمر الزمني، ويستند التعريف السيكمترى بشكل أساسي إلى القياس الكمي للقدرة العقلية العامة من خلال اختبارات الذكاء المقننة مثل اختبار **ستانفورد-بينيه Stanford-Binet** واختبار **وكسلر Wechsler** حيث يحدد وجود الإعاقة العقلية ودرجتها بناء على درجة الانحراف عن المتوسط الإحصائي العام بين أفراد المجتمع فيتم تحديدها عندما تقل نسبة الذكاء على منحنى التوزيع الطبيعي ، وقد تباينت التقسيمات وفق هذا المنحنى ففي تعريف **هيبر (Heber, 1959)** كان الذكاء أقل من 85 (انحراف معياري واحد)، مما يشمل حوالي 15.96% من المجتمع، بينما في تعريف **جروسمان (Grossman, 1973)** تم تشديد معيار الذكاء ليصبح أقل من 70 (انحرافين معياريين)، فانخفضت نسبة الانتشار إلى 2.27% فقط (متولي، 2015).



شكل رقم 01: منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية

ورغم انتشار هذا النموذج، فقد وجهت له العديد من انتقادات كونه يعتبر الاختبارات السيكومترية معياراً وحيداً في التشخيص وإغفاله لخصائص السلوك التكيفي والقدرة الوظيفية للفرد في بيئته اليومية (متولي، 2015). كما أن حساسية تلك الاختبارات للخلفية الثقافية والاجتماعية قد تؤدي إلى تحيز في التشخيص. وعلى الرغم من هذه الانتقادات يظل التعريف السيكومتري حجر الزاوية في العديد من أنظمة التشخيص التربوية والنفسية خاصة عند دمجها مع تقييم السلوك التكيفي لتكوين صورة تشخيصية أكثر تكاملاً.

### 1-3- التعريف الاجتماعي :

يمثل التعريف الاجتماعي تحولاً جوهرياً من النموذج السيكومتري الذي ركز على القياس الكمي للقدرات العقلية المجردة، إلى نموذج يركز على كفاية الفرد في الوفاء بمتطلبات البيئة الاجتماعية ومدى نجاحه في أدواره الاجتماعية المتوقعة (متولي، 2015). ونشأ هذا التعريف نتيجة للانتقادات الموجهة لاختبارات الذكاء التقليدية لتأثرها بالعوامل البيئية والثقافية والاجتماعية، وتركيزها على جوانب معرفية مجردة قد لا تعكس القدرة الوظيفية للفرد في الحياة اليومية، ووفقاً لهذا المنظور فإن الفرد يعتبر معاقاً عقلياً إذا فشل في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة بأقرانه من نفس الفئة العمرية والثقافية (متولي، 2015، ص 24). ويركز هذا التعريف على مفهوم السلوك التكيفي الذي عرفه غروسمان (1983) Grossman بأنه مدى قدرة الفرد على تحقيق الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية وفقاً لمعايير عمره (Luckasson et al., 2002) وعرف تريجلود (1908) Tredgold التخلف العقلي من وجه نظر الصلاحية الاجتماعية بأنه "حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن موازنة (تكيف) نفسه مع الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم خارجي" (عقل، 2018، ص 73) والمقصود بالصلاحية الاجتماعية قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره كمظهر من مظاهر نموه الاجتماعي الذي يتماشى إلى حد كبير مع النمو الجسدي والعقلي والعاطفي". بينما طور دول (1941) Doll هذا التعريف ليكون أكثر شمولاً ودقة فاشترط لتشخيص التخلف العقلي توافر ستة شروط تشمل: عدم الكفاية الاجتماعية، والدونية العقلية وظهور الحالة في الطفولة، واستمرارها إلى مرحلة النضج، ووجود أسباب تكوينية، وكون الحالة غير قابلة للشفاء. يبرز هذا التعريف أهمية البيئة المحيطة والتوقعات الثقافية، حيث يختلف تقييم السلوك التكيفي باختلاف العمر والثقافة والإطار الاجتماعي (Schalock et al., 2010).

ورغم أن هذا النموذج قدم رؤية أكثر واقعية ووظيفية إلا أنه واجه تحديات تتعلق بذاتية المعايير الاجتماعية وصعوبة قياسها كمياً (الخطيب، 2010)، مما أدى في النهاية إلى تبني نموذج تكاملي يجمع بين الأبعاد السيكومترية (الذكاء) والاجتماعية (السلوك التكيفي) في التشخيص الحديث للإعاقة العقلية.

#### 1-4- التعريف التربوي :

مثل التعريف التربوي للإعاقة العقلية تحولاً نوعياً من النماذج السابقة، حيث حول التركيز نحو قابلية الفرد للتعلم واستجابته للبرامج التربوية المتخصصة، بدلاً من التركيز الحصري على درجة الذكاء أو الكفاية الاجتماعية المجردة. وينطلق هذا التعريف من فلسفة تربوية تؤمن بأن الهدف الأساسي يكمن في تحديد الاحتياجات التعليمية للفرد وتصميم التدخلات الملائمة لها. ووفق هذا المنظور يعرف المعاق عقلياً بأنه ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يستفيد من برامج المدارس العادية، ويحتاج إلى تعديلات جوهرية في المناهج وفي طرق التدريس أو إلى برامج تربوية خاصة لتنمية قدراته الأكاديمية والاجتماعية والمهنية (الخطيب والحديدي، 2013). وتتجلى فائدة هذا التعريف في كونه يوجه عملية إعداد البرامج التربوية الفردية، حيث يتيح للمعلم والأخصائي التربوي تحديد الأهداف التعليمية الواقعية واختيار استراتيجيات التدريس المناسبة، وأساليب التقويم التي تراعي الفروق الفردية وحدود الاستعداد للتعلم لدى ذوي الإعاقة العقلية. كما يساهم في اتخاذ قرارات دقيقة تتعلق بالدمج المدرسي أو الإحالة إلى صفوف أو مؤسسات التربية الخاصة، وفق مستوى الاستعداد للتعلم وليس وفق التشخيص الطبي وحده.

يمكن القول من خلال التعريفات السابقة أن تطور تعريف الإعاقة العقلية من الطبي إلى السيكومتري ثم الاجتماعي فالتربوي يعكس انتقالاً من التركيز على العجز إلى التركيز على الوظيفة ثم إلى الحاجة التعليمية. وقد أدى هذا المسار إلى تبني نموذج تكاملي، فلم يعد التشخيص غاية بل وسيلة لتحديد نوعية الخدمات التربوية والتأهيلية التي تضمن للمعاق عقلياً تعليماً واندماجاً أفضل وتنمية شاملة لقدراته في ضوء إمكاناته الواقعية.

#### 1-5 - النموذج التكاملي :

يعكس النموذج التكاملي في تعريف الإعاقة العقلية التحول الحديث في ميدان علم النفس والتربية الخاصة من المقاربة الأحادية التي كانت تختزل الإعاقة في انخفاض معدل الذكاء إلى مقاربة شمولية متعددة الأبعاد تنظر إليها كنتيجة لتفاعل معقد بين القصور في القدرات العقلية العامة وفي السلوك التكيفي والسياق النمائي ومختلف العوامل البيئية والاجتماعية، فوفقاً لهذا النموذج يشترط وجود قصور دال في الوظائف العقلية مثل الاستدلال وحل المشكلات والتعلم يقاس عادة بمعدل ذكاء يقل عن المتوسط بانحرافين معياريين تقريباً شرط أن يفسر في ضوء الخلفية الثقافية والتعليمية للفرد، غير أن هذا القصور لا يعتبر كافياً بمفرده حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة DSM-5 الذي يؤكد على ضرورة وجود قصور ملحوظ في الوظائف العقلية العامة والسلوك التكيفي على أن يظهر هذا القصور خلال فترة النمو قبل سن الثامنة عشرة (American Psychiatric Association, 2013)، وهو ما يعتبر محكاً أساسياً في التمييز بين الإعاقة العقلية والفئات الأخرى كبطء التعلم والمرض العقلي المكتسب لاحقاً.

ويضيف النموذج بعدا بيئيا وداعما، حيث ينظر إلى مستوى الأداء الوظيفي للفرد بوصفه نتاجا لتفاعل خصائصه الفردية مع جودة البيئة والخدمات المقدمة، مما يجعل الإعاقة حالة ديناميكية قابلة للتحسن عبر الدعم التربوي والنفسي والاجتماعي المناسب (Thompson et al., 2009) كما أكد الروسان (2017) أن مستوى التكيف والاستقلالية لدى الافراد ذوي الاعاقة العقلية يتحدد بدرجة كبيرة بمدى توفر الدعم والتدخل المبكر، وهو ما يعكس بوضوح الفلسفة التكاملية الحديثة في فهم الإعاقة العقلية.

### جدول رقم 01: الفرق بين الإعاقة العقلية وبطن التعلم وصعوبات التعلم

صعوبات التعلم	بطن التعلم	الإعاقة العقلية
تلك الفئة من الأطفال التي لا تعاني من نقص في قدراتها العقلية حيث تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (85-145) درجة على منحنى التوزيع الطبيعي ولكنها تعاني من صعوبة في التعلم أكثر.	تمثل تلك الحالات التي تقع نسبة ذكاءها بين (70-85) درجة على منحنى التوزيع الطبيعي.	تمثل مستوى الأداء العقلي الوظيفي الذي يقل عن مستوى الذكاء بانحرافين معياريين (أقل من 70) ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى 18 سنة.

### جدول رقم 02: الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي

المرض العقلي	الإعاقة العقلية
يحدث في أي مرحلة من مراحل النمو المختلفة. قابل للعلاج. معامل الذكاء متوسط أو فوق المتوسط. لديه هلاوس سمعية وبصرية. يفقد صلته بالواقع ويعيش في حالة انقطاع عن العالم الواقعي. يقاوم العلاج.	تحدث قبل سن 18 سنة (أثناء فترات النمو). غير قابلة للعلاج. معامل الذكاء أقل من المتوسط بانحرافين معياريين ( $> 70$ ) ليس لديه هلاوس سمعية أو بصرية. لا يفقد صلته بالواقع. لا يقاوم العلاج والتدريب.

## 2- تصنيفات الإعاقة العقلية :

عرف مجال تصنيف الإعاقة العقلية تطورا ملحوظا عبر الزمن، حيث انتقل من تصنيفات تقليدية ضيقة تعتمد على معامل الذكاء فقط إلى تصنيفات حديثة أكثر شمولية تراعي السلوك التكيفي، والسياق النمائي ومستوى الدعم المطلوب. ويعكس هذا التطور التحول من نظرة طبية تصنيفية إلى مقارنة تكاملية وظيفية تركز على قدرات الفرد وإمكاناته داخل بيئته.

## 1-2- التصنيف السيكومتري (حسب معامل الذكاء):

يمثل أحد أقدم التصنيفات، فقد ساد خلال النصف الأول من القرن العشرين متأثراً بأعمال بينيه وسيمون (1905) Binet & Simon ثم تيرمان (1916) Terman، حيث كان ينظر إلى الذكاء بوصفه القدرة الأساسية المفسرة للتعلم والتكيف. ويركز هذا التصنيف على القياس الكمي للقدرة العقلية العامة باستخدام اختبارات ذكاء معيارية بهدف تحديد مستوى الأداء العقلي للفرد ثم مقارنته بالمتوسط الإحصائي للمجتمع المرجعي (APA, 2013). ويفترض التصنيف السيكومتري أن الذكاء (IQ) يمثل مؤشراً مركزياً لمستوى الكفاءة العقلية وأن انخفاضه بدرجة دالة إحصائية يعكس وجود قصور عقلي. وبناء على هذا المنظور تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية (Schalock et al., 2010):

أ - الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Mental Retardation): وتراوح درجة الذكاء فيها تقليدياً بين (55-69). حيث يعادل هذا العمر العقلي تقريبا مستوى طفل يتراوح بين 9 و11 سنة عند عمر زمني مقداره 18 سنة وقد كان ينظر إلى أفراد هذه الفئة على أنهم قابلون للتعليم (Educable)، حيث يتوقع أن يصلوا إلى الصفوف الدراسية الابتدائية المتأخرة (حتى الصف السادس تقريباً) وأن يكتسبوا المهارات الأكاديمية الأساسية والمهارات الاجتماعية والتكيفية اللازمة للعيش .

ب - الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Mental Retardation): تتراوح درجة الذكاء فيها بين (40-54) ويقارب العمر العقلي هنا مستوى طفل بين 6 و8 سنوات عند بلوغه 18 عاماً. وقد عرف أفراد هذه الفئة بأنهم قابلون للتدريب (Trainable)، حيث كان التركيز التربوي موجهاً نحو تطوير مهارات العناية بالذات كالأكل واللبس ومهارات الحركة والتواصل الأساسية والتدريب على المهارات المهنية البسيطة تحت إشراف دائم.

ج - الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Mental Retardation): تتراوح درجة الذكاء لهذه الفئة بين (25-39) ويقدر العمر العقلي فيها بما يعادل طفل في مرحلة ما قبل المدرسة (4-5 سنوات) مقارنة بعمر زمني 16 سنة. ويحتاج هؤلاء الأفراد إلى إشراف دائم ومساعدة مستمرة، كما يمكن تدريبهم على بعض المهارات الحياتية الأساسية جداً كالتعرف على الأشخاص والتواصل غير اللفظي البسيط ضمن بيئات منظمة للغاية.

د - الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Mental Retardation): تكون درجة الذكاء فيها أقل من 25 والعمر العقلي المقابل أقل من مستوى طفل دون الثالثة من العمر، وفي الغالب يتسم أفراد هذه الفئة باعتماد كلي على الآخرين في جميع احتياجاتهم الأساسية (كالتغذية والنظافة). وقد يكون التطور الحركي والتواصل محدوداً للغاية، لذا كان التركيز التاريخي للرعاية ينصب على تقديم الدعم الصحي والتمريضي الدائم.

## جدول رقم 03: التصنيف السيكومتری للإعاقة العقلية

الفترة	معدل الذكاء	الانحراف المعياري	الخصائص الرئيسية	أمثلة تربوية
خفيفة	55-70	3-2	يتوقع تأخر في المهارات الأكاديمية المجردة مع إمكانية اكتساب المهارات العملية.	تعلم القراءة والرياضيات البسيطة العمل تحت إشراف
متوسطة	40-55	4-3	قيود معرفية كبيرة مع اعتماد كبير على الآخرين في الأنشطة اليومية.	تعلم مهارات حياتية أساسية عمل بسيط تحت إشراف
شديدة	25-40	5-4	اعتماد كلي تقريبا مع تطور محدود للغاية في التواصل والحركة.	يحتاج دعم مكثف تعلم محدود جدا
عميقة	25<	5<	تأخر واضح في معظم المجالات المعرفية مع تركيز على المهارات الحياتية الملموسة.	لا يستطيع التعلم التقليدي يحتاج دعم كامل 7/24

ملاحظة: يختلف الحد الأدنى قليلا بين الاختبارات، فاختبار ستانفورد-بينيه يستخدم انحرافا معياريا مختلفا عن اختبار وكسلر (WISC - WAIS) لذا قد يكون الحد 68 بدلا من 70.

## 2-2- التصنيف التربوي (حسب احتياجات الدعم):

أظهرت البحوث الحديثة أن تصنيفات مثل قابل للتعلم وقابل للتدريب تسهم في خفض التوقعات التربوية وتحد من فرص الدمج المدرسي والاجتماعي، لذا فإن الفكر التربوي عرف تحولا جذريا من نموذج العجز الثابت إلى نموذج الدعم الديناميكي، أي أنه لا ينبغي الاهتمام بتصنيف شدة الإعاقة بقدر ما ينبغي العمل على تحديد نوع وكثافة الخدمات والتدخلات المطلوبة لتمكين الفرد من تحقيق أعلى مستوى من الاستقلالية والمشاركة. وهذا التوجه ينسجم مع الإطار النظري الذي تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والنمائية (AAIDD) ومع التصنيفات التشخيصية الحديثة (DSM-5 و ICD-11) التي تؤكد أن الإعاقة العقلية لا تكمن في الفرد ذاته بل في التفاعل بين خصائصه ومتطلبات البيئة التعليمية. وانطلاقا من هذا التحول يمكن التمييز بين عدة مستويات للدعم تختلف من حيث الشدة والاستمرارية ونوعية الخدمات المقدمة (Schalock et al., 2010):

❖ **الدعم المتقطع (Intermittent Support):** يشير إلى ذلك النوع من الدعم الذي يقدم عند الحاجة فقط وفي مواقف محددة أو فترات انتقالية معينة، مثل الانتقال من مرحلة تعليمية إلى أخرى. ويستفيد منه الأفراد الذين يمتلكون قدرا مقبولا من الاستقلالية، لكنهم قد يحتاجون إلى مساعدة مؤقتة للتغلب على صعوبات تعليمية أو تنظيمية.

❖ **الدعم المحدود (Limited Support):** يقدم بشكل منتظم خلال فترة زمنية محددة ويهدف إلى تنمية مهارات معينة أو تجاوز صعوبات تعليمية محددة، وغالبا ما يستخدم هذا المستوى في البرامج التربوية الفردية حيث يتم التخطيط له مسبقا وتقييم نتائجه بشكل دوري.

❖ **الدعم المكثف (Extensive Support):** يتطلب تقديم دعم يومي ومستمر في عدد من مجالات الحياة خاصة في التعلم والتواصل وتنظيم السلوك. ويستفيد منه الأفراد ذوو الاحتياجات الشديدة، حيث تكون قدرتهم على الاستقلالية محدودة دون تدخل تربوي منظم.

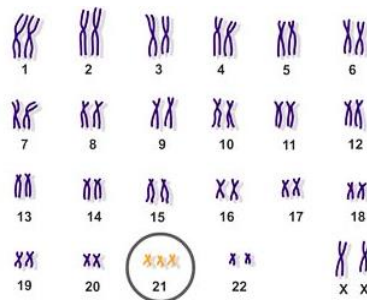
❖ **الدعم الشامل أو المعمم (Pervasive Support):** يمثل أعلى مستويات الدعم، حيث يقدم بشكل دائم وفي مختلف البيئات، ويشمل جميع جوانب الحياة اليومية. ويرتبط هذا المستوى عادة بالإعاقات العقلية الشديدة والعميقة، ويتطلب تنسيقا متعدد التخصصات لضمان جودة الحياة والرعاية المستمرة.

## 2-3- التصنيف الطبي (حسب المظاهر الإكلينيكية):

يمثل هذا التصنيف الذي يعرف أيضا بالتصنيف السببي أقدم التصنيفات المستخدمة في المجال الطبي حيث يعتمد على تحديد الخصائص الجسمية والملامح الظاهرية المرتبطة بأنماط محددة من الإعاقة العقلية والتي غالبا ما تكون ناتجة عن أسباب عضوية أو وراثية أو اضطرابات النمو، مما يسهل عملية التشخيص المبكر وتخطيط الرعاية، غير أنه لا يقدم بمفرده صورة شاملة عن القدرات الوظيفية أو الاحتياجات التربوية للفرد مما يجعله مكتملا لبقية التصنيفات النفسية والتربوية (الزريقات، 2015).

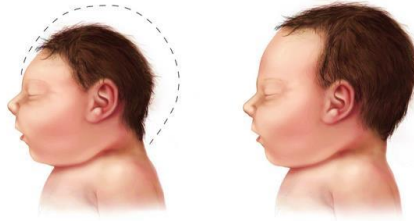
ومن بين أهم الأنماط الإكلينيكية نذكر:

أ- **متلازمة داون Down's Syndrome:** تمثل النموذج الأكثر شيوعا للإعاقة الذهنية ذات السبب الوراثي وتحدث في حوالي 1 من كل 700 ولادة، حيث ترجع غالبا إلى اضطراب الإفرازات الداخلية عند الأم في بداية الحمل خاصة إذا كانت كبيرة السن وأيضا لوجود شذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم زائد (Trisomy 21) ليكون لدى طفل متلازمة داون 47 كروموزوما (الظاهر، 2005).



ومن الخصائص المميزة لهذه الفئة رأس صغير عريض، شعر قليل مسترسل، عينان منحرفتان لأعلى وتميلان للضيق، أنف عريض، لسان عريض وخشن مشقق، أذنان صغيرتان مستديرتان، قامة وأطراف قصيرة كفان عريضان سميكان، أصابع قصيرة خاصة الخنصر، قدمان مفلطحان، ارتخاء عام في العضلات والمفاصل وصوت خشن، كما يتسمون بأنهم لطفاء ومرحون واجتماعيون يحبون التقليد والمداعبة، ولذلك يطلق عليهم الأطفال السعداء، كما تشيع أمراض القلب الخلقية في 40-50% من الحالات، وتزيد خطورة الإصابة باللوكميميا إضافة إلى معاناة البالغين من ظهور مبكر لعلامات الزهايمر بسبب تضرر الخلايا العصبية المرتبطة بالصبغي 21 وعادة تتراوح درجة الإعاقة العقلية لدى هؤلاء الأفراد من الخفيفة إلى المتوسطة (درجة الذكاء بين 40-70) مع نمط تعلم يتميز بضعف في الذاكرة العاملة والذاكرة قصيرة المدى، بينما تكون المهارات الاجتماعية والتقليدية نقاط قوة نسبية.

**ب- صغر حجم الجمجمة Microcephalus** : حالة إعاقة عقلية تتميز بصغر حجم الرأس والتي تبدو واضحة منذ الميلاد وسبب هذه الحالة قصور في نمو الدماغ قد يكون ناتجا عن عوامل وراثية أو إصابة أثناء الحمل كالأشعة أو العدوى أو التحام عظام الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو المخ نموا طبيعيا (الجلامدة، 2016) وتقع هذه الحالات عادة ضمن فئات الإعاقة العقلية الشديدة أو العميقة.



**ج- الاستسقاء الدماغى Hydrocephalus**؛ يتميز هؤلاء بكبر حجم الجمجمة بشكل غير متناسب وبروز الجبهة الذي قد يصاحبه مشكلات في البصر والتوازن (الجلامدة، 2016)، ويظهر ذلك في الأسابيع الأولى من ولادة الطفل ويرجع السبب في هذه الحالة إلى زيادة كمية السائل المخي الشوكي في الجمجمة داخل التجاويف الدماغية مما يسبب ضغطا على أنسجة المخ، وتتفاوت درجة التخلف حسب شدة الحالة وكذا نجاعة التدخل الجراحي ويمكن أن تتراوح بين المتوسطة والشديدة المدى.



د - القماءة "قصور الغدة الدرقية الخلقي" **Cretinism**؛ يكون فيها الشخص قصير القامة بدرجة ملحوظة نتيجة اضطراب الغدة الدرقية (نتيجة نقص هرمون الثيروكسين)، غالبا بسبب نقص اليود في غذاء الأم الحامل مما يؤدي إلى خلل أو تلف خلايا المخ، ويتميز هؤلاء بتأخر النمو الجسدي والعقلي، جفاف الجلد وتورمه كبر حجم اللسان، بحة في الصوت، الشعر الخشن الخفيف، وتكون درجة حرارة جسمهم أقل من المعتاد وغالبا ما تكون الشفتان غليظتين والفم مفتوحا والأنف أفطس والعينان متباعدتين. ويمكن أن تتراوح الإعاقات بين المتوسطة والشديدة، ويعتمد التحسن على سرعة تشخيص الحالة وبدء العلاج الهرموني التعويضي.



هـ - اضطرابات التمثيل الغذائي مثل "الفينيل كيتونيوريا" **Phenylketonuria - PKU**؛ نموذج كلاسيكي للإعاقة الذهنية يعود اكتشافه إلى الطبيب النرويجي فوننج (1934) **Voling**، ويتمثل في خلل وراثي في عملية التمثيل الغذائي لحمض أميني (الفينيل ألانين) نتيجة نقص كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم الذي يساعد على عملية التمثيل الغذائي مما يؤدي إلى تراكم مواد سامة تضر بالجهاز العصبي، حيث يبدأ الرضيع في النمو الطبيعي ثم يتراجع بعد أشهر قليلة، وإذا لم تكتشف الحالة بعد الولادة مباشرة ويبدأ نظام غذائي خاص مدى الحياة قد يتطور الأمر إلى إعاقة شديدة حتى عميقة مصحوبة بفرط نشاط ونوبات غضب وحركات نمطية ورعشات ويمكن الكشف عن الحالة عند الطفل عبر عدة اختبارات كاختبار حامض الفريك على البول واختبار غثري للدم (كوافحة و عبد العزيز، 2011). وبسبب تأثير الفينيل ألانين على صبغة الميلانين يظهر الطفل ببشرة فاتحة جدا وشعر أشقر وعيون زرقاء، وقد يعاني من إكزيما جلدية. إضافة إلى الرائحة المميزة للبول والعرق بسبب نواتج الأيض غير الطبيعية.

و - متلازمة إكس الهش **Fragile X Syndrome**؛ واحدة من أكثر الاضطرابات ذات الأصل الجيني المرتبطة بالإعاقة العقلية، وتنتج عن خلل في الجين **FMR1** الموجود على الكروموسوم الجنسي **X** يؤدي إلى غياب أو نقص إنتاج بروتين **FMRP** المسؤول عن النمو الطبيعي للخلايا العصبية ووظائفها. وينتج عن ذلك اضطرابات في النمو العقلي والسلوكي بدرجات متفاوتة (Hagerman et al., 2017). وتظهر الصعوبات بشكل خاص في الذاكرة

العاملة والانتباه المستمر والتفكير المجرد وحل المشكلات، كما يلاحظ تفاوت واضح بين القدرات اللفظية وغير اللفظية مع أداء أفضل في المهام البصرية مقارنة بالمهام اللفظية المعقدة (Schalock et al., 2010). حيث يظهر نمط سلوكي يشبه طيف التوحد مع فرط نشاط وقلق اجتماعي شديد وتجنب التواصل البصري وحركات نمطية (كرفرفة اليدين)، وحساسية مفرطة للمنبهات الحسية. كما تزيد نسبة الإصابة بنوبات الصرع واضطرابات المزاج، وتظهر المتلازمة بشكل أوضح لدى الذكور خاصة بعد البلوغ (تكون متوسطة إلى شديدة) مقارنة بالإناث (تكون طفيفة أو على شكل صعوبات تعلم) نظرا لامتلاك الذكور كروموسوما واحدا من نوع X في حين قد تكون الأعراض أخف لدى الإناث نظرا لوجود كروموسوم X سليم يعوض جزئيا الخلل الوراثي وتشمل الأعراض عادة وجها طويلا وضيقا جبهة عالية، أذنين كبيرتين وبارزتين، ارتخاء في المفاصل، وفي الذكور البالغين تلاحظ زيادة حجم الخصيتين. ويعتمد تشخيص متلازمة اكس الهش على الفحص الجيني المخبري ولا يمكن الاعتماد فقط على المظاهر السلوكية والمعرفية بل يكمل التشخيص الجيني بتقييم نفسي تربوي شامل يشمل الذكاء، التكيف، اللغة والسلوك بهدف تحديد الاحتياجات التربوية بدقة (WHO, 2018).



**ز- الشلل الدماغ Cerebral Palsy**؛ اضطراب نمائي عصبي ينتج عن أذى أو خلل يصيب الدماغ غير المكتمل النضج خلال مرحلة ما قبل الولادة أو خلالها أو في السنوات الأولى من العمر، ويؤثر هذا الاضطراب أساسا في التحكم الحركي ووضعية الجسم والتناسق العضلي دون أن يكون مصحوبا عادة بتدهور عصبي مستمر وإن كانت مظاهره الوظيفية قد تتغير تبعا للنمو الطبيعي ومستوى التدخلات العلاجية والتربوية المقدمة. ورغم أن الشلل الدماغى يصنف ضمن الاضطرابات الحركية إلا أن مستوى القدرة العقلية لدى المصابين به لا يكون متجانسا، إذ تتراوح القدرات العقلية بين السواء العقلي والإعاقة العقلية بدرجاتها المختلفة تبعا لموضع وشدة الإصابة الدماغية وللعوامل البيئية والتربوية المصاحبة (APA, 2013)، وغالبا ما يترافق الشلل الدماغى مع اضطرابات التواصل والصرع وصعوبات الإدراك الحسي، مما يجعله حالة معقدة تتطلب تقييما شاملا يدمج بين الأبعاد الحركية والعقلية عند التخطيط للتدخلات التربوية (Bax et al., 2005).

## 3- خصائص المعاقين عقليا :

يلعب التعرف على خصائص المعاقين عقليا دورا محوريا في فهم طبيعة الإعاقة وتحديد الاحتياجات التربوية وبناء البرامج التعليمية والعلاجية المناسبة، فهذه الخصائص لا تقتصر على الجانب المعرفي فقط بل تمتد لتشمل الجوانب اللغوية والانفعالية والاجتماعية والحركية، مما يستدعي مقارنة شمولية تراعي تفاعل مختلف أبعاد النمو لدى الفرد، وفيما يأتي عرض لأهم تلك الخصائص:

**أ- الخصائص الجسمية :** تشير الدراسات إلى أن كثيرا من المعاقين عقليا يعانون من تأخر في النمو الحركي وأغلب المعاقين عقليا يتأخرون في مهارة المشي ويواجهون صعوبة في الاتزان الحركي و التحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات الدقيقة التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كاليد والأصابع، كما أنهم يتأخرون في عملية ضبط الإخراج والوقوف، ويظهر ذلك بشكل واضح لدى الأطفال الذين تعود إعاقتهم إلى أسباب عصبية أو وراثية، والتي تصاحبها في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس والوجه (WHO, 2018) . وقد تترافق الإعاقة العقلية مع مشكلات صحية مزمنة مثل ضعف السمع أو البصر مما يزيد من تعقيد الحالة ويؤثر في الأداء الوظيفي العام للفرد المعاق، وفي أحيان كثيرة يكون احتمال تعرضهم للأمراض أكثر من العاديين نتيجة الضعف العام في الحالة الصحية (الخطيب، 2013).

**ب- الخصائص العقلية والمعرفية :** يتميز المعاقون عقليا بانخفاض عام في القدرة العقلية مقارنة بالعادين من نفس الفئة العمرية، ويظهر ذلك في محدودية التفكير المجرد وبطء التعلم وصعوبة تعميم الخبرات المكتسبة على مواقف جديدة، كما يعانون من ضعف الذاكرة قصيرة المدى (الذاكرة العاملة) وصعوبات في الانتباه المستمر وتنظيم العمليات المعرفية العليا مثل التخطيط وحل المشكلات، وتزيد حدة هذه الصعوبات بزيادة درجة الإعاقة مع وجود فروق واضحة تبعا لنوع وشدة الإعاقة والظروف البيئية المحيطة (Hallahan et al., 2019) .

**ج- الخصائص الانفعالية والسلوكية :** يتسم المعاقون عقليا بمجموعة من الخصائص الانفعالية والسلوكية التي تختلف باختلاف درجة الإعاقة ونوعية التنشئة الاجتماعية، فقد يظهر بعضهم انخفاضا في مستوى الضبط الانفعالي وسرعة الاستثارة والاندفاعية، وأحيانا المبالغة في التعبير الانفعالي بما لا يتناسب مع الموقف أو ميولا للانسحاب الاجتماعي. وهذه المظاهر تنعكس بدورها في عدد من السلوكيات غير التكيفية بنسب متفاوتة كالسلوكيات النمطية التكرارية، النشاط الزائد، العدوانية، العزلة والانسحاب الاجتماعي، العناد ونوبات الغضب خاصة لدى الحالات المتوسطة والشديدة. وترتبط هذه السلوكيات غالبا بصعوبات التواصل وضعف القدرة على التعبير عن الاحتياجات وليس بطبيعة الإعاقة في حد ذاتها (Hallahan et al., 2019) .

**د- الخصائص الاجتماعية:** يعاني المعاق عقليا من صعوبات في التفاعل الاجتماعي وبناء العلاقات مع الآخرين نتيجة محدودية المهارات وضعف فهم القواعد الاجتماعية وصعوبة تفسير الإشارات الاجتماعية الدقيقة لدرجة دعت الكثير من العلماء إلى اعتبار معيار التكيف الاجتماعي محكا رئيسيا في تصنيف الإعاقة العقلية كما يتميز المعاقون عقليا عادة بنقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية مع اعتماد زائد على الآخرين في اتخاذ القرار وأداء الأنشطة اليومية، حيث نجد أن المعاق عقليا كثيرا ما ينظر لنفسه على أنه فاشل أو عاجز مما ينعكس على سلوكه الاجتماعي في عدة صور كالانسحاب والعدوانية إضافة إلى اضطراب مفهوم الذات لديه فنجد أنه لا يهتم بتكوين علاقات مع أقرانه وإنما يميل إلى مشاركة الأصغر منه سنا في الممارسات الاجتماعية خاصة في الحالات الشديدة، غير أن هذه الخصائص ليست ثابتة إذ يمكن تحسين الكفاءة الاجتماعية بدرجة ملحوظة من خلال برامج تدريبية قائمة على الممارسة والتعزيز والتفاعل المنظم (APA, 2013).

**ه- الخصائص اللغوية:** تعتبر المشكلات المرتبطة باللغة الاستقبالية والتعبيرية مظهرا مميزا للإعاقة العقلية حيث أكدت الأبحاث أن هؤلاء الأطفال يظهرون قصورا في الحصيلة اللغوية اللغوي مقارنة مع نظرائهم العاديين إلا أن معظمهم يملكون القدرة على اكتساب قواعد اللغة بمعدل أبطأ من العاديين باستثناء شديدي الإعاقة الذين يصدرن ألفاظا غير مفهومة وكلامهم ينقصه وضوح المعنى والترابط، ومن أهم مشكلات النمو اللغوي لدى المعاقين عقليا قلة عدد المفردات والجمل ضعف بناء القواعد اللغوية واستخدام اللغة في السياق المناسب كما تبرز صعوبات في النطق والتأتأة واضطرابات في الإيقاع الكلامي وضعف في مهارات التواصل غير اللفظي. ويؤثر هذا القصور اللغوي بشكل مباشر في التفاعل الاجتماعي والتحصيل الدراسي، خاصة في البيئات التعليمية التقليدية التي تعتمد بدرجة كبيرة على التواصل اللفظي (Kirk et al., 2015).

#### 4- تشخيص الإعاقة العقلية:

إن تحديد الأشخاص المعاقين عقليا في مجتمع ما ليس بالأمر السهل ويعود ذلك إلى اختلاف المعايير المتبعة في تحديد الإعاقة والاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقليا كنسبة الذكاء أو القصور في السلوك التكيفي والمسؤولية الاجتماعية والكفاءة الذاتية أو العمر النمائي وكذا العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية وغيرها والتي تؤثر على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع. فتشخيص حالة التخلف العقلي يترتب عليها مستقبل الطفل وعلاقته مع أسرته. لذا لا ينبغي أن تقتصر عملية التشخيص على قياس مستوى الذكاء فقط بل تقوم على مقارنة متعددة الأبعاد تدمج بين القدرة العقلية والسلوك التكيفي وسياق النمو والبيئة الاجتماعية بما ينسجم مع التوجهات المعاصرة في التصنيف الوظيفي للإعاقة (APA, 2013).

وتعتمد التشخيصات الحديثة على ثلاثة معايير أساسية متكاملة، ولا يكفي تحقق أحدها بمعزل عن الآخر للحكم بوجود إعاقة عقلية (APA, 2013).

✓ **القصور في القدرة العقلية:** انخفاض ملحوظ في الوظائف العقلية العامة مثل التفكير وحل المشكلات والتخطيط والتعلم والاستدلال، ويقاس ذلك عادة باختبارات ذكاء مقننة حيث يعد الحصول على معامل ذكاء يقل عن المتوسط بشكل دال إحصائياً مؤشراً أولياً، دون اعتباره معياراً تشخيصياً كافياً بذاته.

✓ **القصور في السلوك التكيفي:** يشير السلوك التكيفي إلى القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية ويشمل المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية. ويعد القصور في هذا الجانب عنصراً حاسماً في التشخيص فقد يظهر بعض الأفراد انخفاضاً في الذكاء دون وجود إعاقة عقلية حقيقية إذا كانت قدراتهم التكيفية ضمن الحدود المقبولة. ويتم تقييم السلوك التكيفي من خلال مقاييس مقننة وتقارير متعددة المصادر.

✓ **الظهور خلال فترة النمو:** يشترط في تشخيص الإعاقة العقلية أن تظهر مظاهر القصور العقلي والتكيفي خلال فترة النمو أي قبل سن الرشد، وذلك لتمييزها عن حالات التدهور العقلي المكتسب في مراحل عمرية لاحقة مثل الخرف أو الإصابات الدماغية عند الراشدين.

ويتطلب التشخيص جمع المعلومات عن النواحي المختلفة، من خلال الخطوات التالية:

❖ **إجراء تقييم تربوي شامل:** يركز التشخيص الدقيق للإعاقة العقلية على تقييم تربوي شامل لا يقتصر على قياس التحصيل الأكاديمي، بل يمتد ليشمل تحليل أساليب التعلم ومستوى التفاعل الصفي والقدرة على اكتساب المهارات الأساسية، ونوعية الاستجابة للتدخل التربوي. ويسهم هذا التقييم في التمييز بين الإعاقة العقلية والتأخر الدراسي أو صعوبات التعلم الناتجة عن عوامل تعليمية أو بيئية (الخطيب، 2013).

❖ **الحصول على التاريخ التطوري:** يعد التاريخ التطوري مصدراً محورياً لفهم طبيعة القصور العقلي، إذ يتيح تتبع مسار النمو العقلي، واللغوي، والحركي، والاجتماعي في مراحل الطفولة المبكرة من الوالدين وأولياء الأمور. كما يساعد في تحديد توقيت ظهور الصعوبات واستمراريتها، وما إذا كانت مرتبطة بعوامل وراثية أو بيئية وهو ما يعزز دقة القرار التشخيصي (Schalock et al., 2021).

❖ **تحليل نتائج الفحوص الجسمية والطبية المتخصصة:** تشمل هذه الفحوص تقييم الوظائف البصرية والسمعية والحركية والعصبية لما لها من تأثير مباشر في الأداء المعرفي والتربوي، ويساعد هذا التحليل في استبعاد الإعاقات الحسية أو الاضطرابات العصبية التي قد تفسر انخفاض الأداء العقلي ظاهرياً دون أن ترقى إلى إعاقة عقلية حقيقية (الخطيب والحديدي، 2017).

- ❖ الاتساق بين نتائج اختبارات القدرات العقلية والسلوك التكيفي: يشترط في التشخيص الحديث وجود اتساق واضح بين انخفاض القدرة العقلية العامة وانخفاض مستوى السلوك التكيفي بدرجة متقاربة باعتبار أن الإعاقة العقلية تمثل قصورا مزدوجا في الأداء المعرفي والتكيفي، وليس انخفاضاً في الذكاء فقط. (AAIDD, 2020).
- ❖ تحديد ما إذا كان القصور قد ظهر خلال فترة النمو: يعد توقيت ظهور القصور محكا تشخيصيا أساسيا إذ تقتصر الإعاقة العقلية على الاضطرابات النمائية التي تظهر قبل سن الرشد، وهو ما يميزها عن حالات التدهور العقلي المكتسب الناتج عن إصابات أو أمراض لاحقة.
- ❖ تقييم الأداء التربوي والنمو الطبيعي: يعتمد التشخيص على مدى انعكاس القصور العقلي على التعلم والاستقلالية والتكيف الاجتماعي، حيث يشترط وجود تأثير ملموس في الأداء التربوي مقارنة بالأطفال في نفس الفئة العمرية، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية والسياق الثقافي (Hallahan et al., 2018).
- ❖ مراجعة التعريفات والاجراءات القانونية والتنظيمية: تخضع عملية التشخيص لأطر قانونية وأخلاقية تنظم إجراءات التقويم وتضمن حق الطفل في تشخيص عادل وخدمات مناسبة. ويتطلب ذلك الالتزام بالمعايير القانونية المعتمدة في التربية الخاصة عند اتخاذ القرار التشخيصي (السرطاوي، 2015).
- ❖ دمج المعطيات واتخاذ القرار التشخيصي: يتم اتخاذ القرار النهائي بناء على تحليل جميع البيانات النفسية والتربوية والطبية والاجتماعية من خلال فريق متعدد التخصصات، بما يحد من التحيز التشخيصي ويعزز مصداقية الحكم على حالة الطفل (Schalock et al., 2021).

## 5- أدوات تشخيص الإعاقة العقلية؛

لا يقوم تشخيص الإعاقة العقلية في التصورات الحديثة على أداة واحدة أو مؤشر واحد بل على مجموعة متكاملة من الأدوات التشخيصية التي تهدف إلى تقدير القدرة العقلية العامة، ومستوى السلوك التكيفي وطبيعة الأداء الوظيفي، في ضوء السياق النمائي والثقافي للفرد. وقد أكدت التصنيفات الحديثة مثل DSM-5 وICD-11 على أن التشخيص السليم لا يتحقق إلا من خلال تكامل الأدوات النفسية والتربوية والطبية والاجتماعية، مع تفسير نتائجها تفسيراً مهنياً حذراً، وانطلاقاً من ذلك، يمكن تصنيف تلك الأدوات التشخيصية إلى فئات رئيسية لكل منها وظيفة تشخيصية محددة ومن بين أهم الأدوات يمكننا ذكر:

**5-1- اختبارات القدرة العقلية:** تعتبر واحدة من أكثر الأدوات استخداما في تشخيص الإعاقة العقلية وتهدف إلى تقدير مستوى الأداء العقلي العام مقارنة بالفئة العمرية، وتعتمد هذه الاختبارات على قياس مجموعة من الوظائف العقلية مثل الفهم، الاستدلال، الذاكرة، التفكير المجرد وحل المشكلات...، وتستخدم نتائج هذه الاختبارات للتحقق من وجود قصور دال في الوظائف العقلية، غير أن مختلف التصنيفات الحديثة تؤكد أن معامل الذكاء لا يعد شرطا كافيا بمفرده للتشخيص، بل يجب تفسيره في ضوء الأداء التكيفي (APA, 2013).

**5-2- مقاييس السلوك التكيفي:** أعطت التصنيفات الحديثة أهمية مركزية لسلوك التكيفي تفوق الاعتماد الحصري على اختبارات الذكاء. وتهدف مقاييس السلوك التكيفي إلى تقييم قدرة الفرد على التواصل الاستقلالية، التفاعل الاجتماعي، تحمل المسؤولية، التكيف مع متطلبات الحياة اليومية، وتغطي هذه المقاييس عادة ثلاثة مجالات رئيسية: المجال المفاهيمي والمجال الاجتماعي والمجال العملي (Schalock et al., 2021). وتعتمد في تطبيقها على تقارير الوالدين والمعلمين والمختصين، مما يعكس الأداء الواقعي للفرد في بيئته الطبيعية.

**5-3- أدوات التقويم التربوي والتحصيل الدراسي:** تسعى لتقدير مستوى التحصيل الأكاديمي ونوع الصعوبات التعليمية، ونقاط القوة والضعف لدى الطفل. وتهدف هذه الأدوات إلى تحديد مستوى القراءة والكتابة والحساب وتحليل أساليب التعلم والتمييز بين الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم. وتكتسب هذه الأدوات أهميتها من كون الإعاقة العقلية تنعكس بوضوح على الاداء التربوي (السرطاوي، 2015).

**5-4- الملاحظة المنظمة ودراسة الحالة:** تعد الملاحظة المنظمة أداة نوعية تكمل المقاييس المقننة يتم من خلالها رصد سلوك الفرد في مواقف طبيعية في المدرسة والمنزل، وتركز الملاحظة على الانتباه، التفاعل الاجتماعي الاستقلالية، الاستجابة للتعليمات... كما تسهم دراسة الحالة في تجميع معلومات شاملة حول الجوانب النفسية والاجتماعية والتعليمية، مما يساعد في فهم السياق الكلي للحالة (Gargiulo & Bouck, 2020).

**5-5- المقابلات وجمع التاريخ التطوري:** تشكل المقابلات مع الوالدين والمعلمين مصدرا أساسيا للمعلومات المتعلقة بمسار النمو منذ الطفولة المبكرة، وتهدف هذه الأداة إلى تحديد توقيت ظهور القصور والكشف عن العوامل الوراثية والبيئية وكذا التحقق من استمرارية الصعوبات، وتعد هذه الخطوة ضرورية للتحقق من شرط ظهور القصور خلال فترة النمو، كما تنص عليه التصنيفات التشخيصية الحديثة.

**5-6- الفحوص الطبية والعصبية:** تلعب الفحوص الطبية دورا مكملًا في التشخيص، حيث تهدف إلى استبعاد الإعاقات الحسية والكشف عن الاضطرابات العصبية والأسباب العضوية المحتملة، وتساعد هذه الفحوص في تجنب التشخيص الخاطئ خاصة في الحالات التي تتداخل فيها الإعاقة العقلية مع اضطرابات أخرى.

## المحاضرة الخامسة: الموهبة والتفوق العقلي

### تمهيد:

تعتبر الموهبة والتفوق العقلي من المفاهيم المركزية التربوية الخاصة، حيث تمثل القدرة الفطرية أو المكتسبة التي تمكن الفرد من أداء مهام معينة بسرعة وكفاءة أعلى من المتوسط، وتهدف دراسة الموهبة والتفوق العقلي إلى التعرف على الخصائص المعرفية والنفسية للأفراد المتميزين، وفهم العوامل البيئية والتعليمية التي تدعم نمو هذه القدرات، كما تساعد هذه الدراسة في تطوير برامج تربوية مناسبة تشجع على تنمية التفكير النقدي الإبداع والقدرة على حل المشكلات، بما يضمن تحقيق أقصى إمكانات الفرد في مختلف المجالات الحياتية. ويكتسب هذا الموضوع أهمية خاصة في ظل الاهتمام المجتمعي والمؤسسي المتزايد برعاية الأفراد الموهوبين والذين يظهرون تفوقاً عقلياً مبكراً، لما لذلك من أثر مباشر على التطوير العلمي والتكنولوجي والاجتماعي. وتهدف المحاضرة إلى تمكين الطلبة من التعرف على الموهبة والتفوق العقلي وفهم خصائص الأفراد الموهوبين والعوامل البيئية والتعليمية التي تدعم نمو قدراتهم.

### 1- تطور مفهوم الموهبة والتفوق العقلي:

شهد مفهوم الموهبة والتفوق تحولات جذرية في الفكر الإنساني من الإطار الفلسفي إلى النماذج العلمية القائمة على التفاعل بين الفرد وبيئته، ففي العصور القديمة ارتبطت العبقرية **Genius** بقوى إلهية مسيطرة وقد حافظت مجتمعات العصور الوسطى في سياقها الإسلامي والمسيحي، على هذه النظرة مع إضافة بعد أخلاقي فنظر إلى المواهب الفكرية كعطايا إلهية يجب توظيفها لخدمة المجتمع والإيمان، وهو ما نجده في كتابات الفارابي في "أراء أهل المدينة الفاضلة". ومع بزوغ عصر النهضة والتنوير في أوروبا بدأ التحول نحو الفردانية والعقلانية وظهر مفهوم العبقرية كمبدع يضع قوانينه الخاصة بعيداً عن التقليد، كما نظر إليه **كانط (1790) I. Kant** في كتابه "نقد ملكة الحكم"، حين وصف العبقرية بالقدرة الفطرية على الإبداع واعتبرها موهبة طبيعية لا تكتسب بالتعلم أو القواعد، ليأتي المنعطف الحاسم في القرن التاسع عشر مع **غانتون (1869) F. Galton** الذي طرح في كتابه "العبقرية الوراثية **Hereditary Genius**" فكرة أن الذكاء البارز صفة وراثية بيولوجية تتركز في عائلات معينة، وهو ما أسس للنموذج الطبيعي-البيولوجي الذي سيطر لفترة طويلة.

مع مطلع القرن العشرين أدى ظهور علم القياس النفسي إلى مرحلة جديدة، فقد طور بينيه وسيمون (1905) Binet & Simon أول اختبار ذكاء في فرنسا بطلب من الحكومة لتحديد الطلبة المحتاجين لدعم تعليمي لكن هذا الاختبار بعد نقله إلى الولايات المتحدة ثم تعديله من قبل نويس تيرمان (1925) L. M. Terman تحول إلى أداة رئيسية لتعريف وتصنيف الموهوبين، حيث حددت العتبة بحاصل ذكاء (IQ) يساوي 140 أو أكثر. وفي منتصف القرن العشرين بدأ التمرد على هذا الحصر الضيق، فقد هاجم عالم النفس الأمريكي جيلفورد (1950) Guilford ضيق مفهوم الذكاء الأحادي، واقترح نموذجا ثلاثي الأبعاد يضم 180 قدرة عقلية مستقلة عمل فيه على التمييز بين التفكير التقاربي والتفكير التباعدي، معتبرا الأخير جوهر الإبداع والموهبة الحقيقية وتبعه تورانس (1966) Torrance الذي طور سلسلة من الاختبارات الشهيرة لقياس الطلاقة والمرونة والأصالة مؤسساً بذلك لقياس الإبداع كبناء مستقل عن الذكاء المرتفع. وفي الثمانينات ظهرت نظرية الذكاءات المتعددة التي قدمها جاردنر في كتابه "Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences" عام 1983 حيث اقترح ثمانية ذكاءات مستقلة نسبياً: لغوي، منطقي-رياضي، مكاني، جسدي-حركي، موسيقي، بين شخصي داخل شخصي، وطبيعي (الخطيب والحديدي، 2005). وبالتوازي مع ذلك تطورت نماذج تربوية شاملة تهدف إلى توجيه عملية التعرف على الموهوبين وتربيتهم، ويعد نموذج الحلقات الثلاث لرنزولي (1986) Renzulli من أكثرها تأثيراً، وقد طور هذا النموذج لاحقاً ليصبح نموذج التوسيع والإثراء المدرسي.

مع بداية القرن الحادي والعشرين هيمن النموذج الديناميكي التفاعلي الذي يرى الموهبة كعملية تطويرية وليست حالة ثابتة، ويمثل هذا الاتجاه خاصة نموذج النموذج التفاضلي للموهبة والموهبة المتحققة "Differentiated Model of Giftedness and Talent – DMGT" الذي قدمه جانبيه (2005) Gagné ويفرق بوضوح بين الموهبة كقدرة طبيعية Giftedness في مجال ما والموهبة المتحققة Talent كمظهر أدائي متميز ناتج عن تحويل تلك القدرة عبر سلسلة من المحفزات الداخلية والخارجية مثل التدريب والدعم الأسري والفرص التعليمية، كما كان لنظرية عقلية النمو "Growth Mindset" التي قدمتها دويك (2006) Dweck تأثير عميق مؤكدة على أن القدرات بما فيها الموهبة قابلة للنمو والتطور من خلال الجهد المنظم والاستراتيجيات الفعالة والتحدي.

وعموماً يمكن القول أن مفهوم الموهبة والتفوق العقلي لم يكن ثابتاً عبر التاريخ، بل عرف تحولات عميقة من تصورات فلسفية ودينية إلى مقاربات علمية ركزت أولاً على الوراثة والذكاء ثم تجاوزت البحث هذا الحصر ليؤكد دور الإبداع وتعدد القدرات العقلية. واليوم ينظر إلى الموهبة بوصفها عملية نمائية تتشكل من تفاعل الاستعداد الفطري مع البيئة والتربية والدافعية وليست مجرد صفة ثابتة يولد بها الفرد.

## 2- تعريف الموهبة والمصطلحات المرتبطة به :

يمثل تحديد مفهوم الموهبة وضبط المصطلحات المرتبطة به خطوة أساسية لفهم التفوق العقلي والإبداع نظرا لتعدد المقاربات النظرية التي تناولته واختلاف زوايا النظر إليه، وفيما يأتي بعض التعريفات:

❖ **الموهبة Giftedness** : هي قدرة فطرية أو مكتسبة تمكن الفرد من أداء مهام معينة بسرعة وكفاءة أعلى من المتوسط، فهي تمثل استعدادا فطريا خاصا أو مجموعة قدرات كامنة تظهر في أداء متميز في مجال محدد عندما تتوفر ظروف بيئية وتربوية ملائمة (سليمان، 2009)، كما يعرف رينزولي الطفل الموهوب بأنه ذلك الفرد الذي يظهر قدرة عقلية عالية على الإبداع وقدرة على الالتزام بأداء المهمات المطلوبة منه (Renzulli, 2012).

❖ **التفوق العقلي Talent** : مستوى عالٍ من القدرات العقلية والمعرفية يتجاوز المتوسط العام للسكان ويظهر في سرعة التعلم، التفكير النقدي، وحل المشكلات (Renzulli, 2012)، ويرى انزيات (2001) أن التفوق العقلي يتمثل في مستوى مرتفع من القدرة العقلية العامة، يظهر في سرعة التعلم وحسن الاستدلال والقدرة العالية على حل المشكلات، وغالبا ما يقاس باختبارات الذكاء. فالتفوق العقلي مفهوم كمي قياسي يرتبط بنسبة الذكاء بينما الموهبة قد تكون نوعية ومتخصصة، وقد تظهر في مجالات غير أكاديمية.

❖ **الذكاء Intelligence** : القدرة العامة على التعلم، التفكير، الاستدلال وحل المشكلات، ويقاس عادة عبر اختبارات الذكاء القياسية (Wechsler, 2008)، فالموهبة تركز على الاستعداد النوعي في مجال معين بينما الذكاء والتفوق العقلي غالبا ما يكونان عامين، وقد توجد موهبة دون تفوق عقلي مرتفع.

❖ **الإبداع Creativity** : يعرف جروان (2002) الإبداع بأنه القدرة على إنتاج أفكار أو حلول جديدة وأصيلة وذات قيمة، ويتجلى في الطلاقة والمرونة والأصالة. كما يرى شتيرتبرغ ووبارت أنه القدرة على إنتاج أفكار أو حلول جديدة وفعالة لمشكلات محددة، ويعتبر من أهم مكونات الموهبة (Sternberg & Lubart, 1999).

❖ **الابتكار Innovation** : يعرفه ملحم (2010) بأنه تحويل الأفكار الإبداعية إلى منتجات أو تطبيقات عملية قابلة للتنفيذ وتحقيق فائدة واقعية، أي أنه القدرة على تطوير أفكار أو منتجات جديدة وتحويلها إلى حلول عملية تفيد المجتمع أو المؤسسة، ويختلف عن الإبداع بكونه يركز على التطبيق والتنفيذ وليس فقط توليد الأفكار فالإبداع يتعلق بتوليد الأفكار ويركز على جودة الفكرة وأصالتها، ولا يشترط ذكاء مرتفعا أو تفوقا عقليا فقد يكون الفرد مبدعا دون أن يكون متفوقا عقليا وفق المقاييس التقليدية، أما الابتكار فيرتبط بتطبيق تلك الأفكار وتنفيذها، ولذلك فالابتكار مرحلة لاحقة للإبداع.

## 3- أنواع الموهبة :

تجمع الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة على أن الموهبة بناء متعدد الأبعاد يشمل مجالات متنوعة من الأداء الإنساني وليست بعدا أحاديا يمكن حصره في الذكاء العام أو التفوق الدراسي فقط، وهو ما دفع الباحثين إلى تقديم تصنيفات مختلفة لأنواع الموهبة وفق طبيعة القدرات ومجالات ظهورها يشمل أنماطا متنوعة من القدرات والاستعدادات، نذكر منها (الخطيب والحديدي، 2005؛ جروان، 2002)؛

❖ **الموهبة العقلية أو المعرفية:** تشير إلى التفوق الواضح في القدرات المعرفية العامة مثل التفكير المجرد والاستدلال وحل المشكلات وسرعة التعلم، ويتم الكشف عنها عبر اختبارات الذكاء المقننة، حيث يمثل الأداء المرتفع مؤشرا أساسيا على هذا النوع من الموهبة. وقد هيمنت هذه الرؤية على التعريفات التقليدية للموهبة.

❖ **الموهبة الأكاديمية:** تتجلى الموهبة الأكاديمية في التميز الدراسي في مجال أو أكثر من المجالات الأكاديمية كالرياضيات أو العلوم أو اللغات، وتتميز بعمق الفهم والقدرة على التحليل والتحصيل المرتفع. ويؤكد الباحثون أن هذا النوع من الموهبة أكثر تخصصا من الموهبة العقلية، وقد يظهر لدى الفرد في مجال معين دون غيره.

❖ **الموهبة الإبداعية:** تعرف الموهبة الإبداعية بأنها القدرة على إنتاج أفكار أو حلول جديدة تتسم بالأصالة والمرونة والطلاقة، ولا يشترط أن تقترن بمستوى مرتفع من الذكاء فقد تظهر لدى ذوي قدرات معرفية متوسطة.

❖ **الموهبة الفنية:** تشمل القدرات المتميزة في مجالات مثل الموسيقى والفنون التشكيلية والتمثيل والتصميم ويظهر أصحابها قدرة عالية على التعبير الجمالي والانفعالي، ويعتمد الكشف عن هذا النوع من الموهبة على الملاحظة المنظمة وتقويم الأداء العملي أكثر من الاعتماد على الاختبارات التقليدية.

❖ **الموهبة الحركية أو الرياضية:** تتمثل في التفوق في القدرات البدنية والتأزر الحركي والسرعة والرشاقة وتظهر بوضوح في الأنشطة الرياضية والفنون الأدائية، ويرى جانبيه أن هذا النوع من الموهبة نتاج تفاعل الاستعدادات الطبيعية مع التدريب المنهجي والدعم البيئي.

❖ **الموهبة الاجتماعية والقيادية:** تشير إلى القدرة على فهم الآخرين والتأثير فيهم وقيادة الجماعات وبناء العلاقات الاجتماعية الفعالة، وقد أدرجها غاردنر ضمن الذكاءات المتعددة لأهميته في النجاح الاجتماعي والمهني.

**الموهبة العملية أو التطبيقية:** ترتبط بالقدرة على توظيف المعرفة في مواقف الحياة اليومية واتخاذ قرارات فعالة والتكيف مع المشكلات الواقعية، ويؤكد ستيرنبرغ أن هذا النوع من الموهبة غالبا ما يكون مهمشا في النظم التعليمية رغم أثره البالغ في النجاح الواقعي.

## 4- أساليب التعرف على الموهوبين:

يعتبر تشخيص الموهبة عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات وتتطلب استخدام أكثر من أداة ويعود السبب في تعقد عملية قياس وتشخيص الأفراد الموهوبين إلى تعدد مكونات الموهبة وتضمنها عددا كبيرا من القدرات والسمات الخاصة وعموما يمكن القول أنه كلما كان التعرف مبكرا كان ذلك أفضل، ويتم بواسطة:

**4-1- اختبارات الذكاء الفردية:** إن استخدام أحد الاختبارات الفردية مدخل مهم وشامل للقياس والتقدير لا يمكن إغفاله، فهو يساعد على تحديد الوضع الدراسي الملائم للطفل كما يسهل استخدام الأساليب التعليمية ولكنه لا يكون متاحا على نطاق شامل. ومن أهم الاختبارات نذكر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال 6-16 عاما (1974) R-WISC ومقياس وكسلر- بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين (16 عاما فأكثر) ومقياس ستانفورد- بينيه "للأطفال والمراهقين والراشدين، وعلى الرغم من أهميتها في الحصول على بيانات أكثر عمقا ودقة ومصداقية عن المفحوصين إلا أن تطبيق اختبارات الذكاء الفردية يستلزم كلفة كبيرة من حيث الوقت والجهد والمال كما يحتاج إلى أخصائيين على درجة عالية من الكفاءة والتمرس (القريطي، 2006)

**4-2- القياس الجماعي:** ذلك النوع من التقويم الذي يطبق بصفة دورية على مجموعات كبيرة من التلاميذ بهدف قياس قدراتهم العقلية العامة ومستوى تحصيلهم الدراسي في وقت واحد، باستخدام أدوات مقننة موحدة تسمح بالمقارنة بين الأفراد داخل جماعة واحدة (الخطيب والحديدي، 2005). وتكتسي هذه الأدوات أهمية خاصة في المؤسسات التربوية نظرا لقدرتها على الكشف الأولي عن التلاميذ ذوي القدرات المرتفعة بأقل كلفة زمنية وتنظيمية. ومن بين اختبارات الذكاء الجماعية الأكثر شيوعا نجد اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة Raven's Progressive Matrices، واختبار رسم الرجل Goodenough-Harris Draw-A-Person Test الذي طوره جودانف ثم عدله ديل هاريس، وهي تمثل اختبارات توصف بكونها متحررة نسبيا من أثر الثقافة كما يشمل القياس الجماعي اختبارات كاليفورنيا للنضج العقلي California Test of Mental Maturity واختبارات فلانغان للمقدرة العامة Flanagan Aptitude Classification Tests المستخدمة على نطاق واسع في عمليات المسح التربوي (الخطيب والحديدي، 2005؛ انزيات، 2001). ورغم ما تقدمه اختبارات الذكاء الجماعية من فوائد إلا أنها لا تخلو من بعض القصور، إذ يؤخذ عليها غياب التفاعل الفردي المباشر بين الفاحص والمفحوص بسبب العدد الكبير من التلاميذ، مما يحد من إمكانية ملاحظة السلوك الفردي أثناء الاختبار. كما أن هذه الاختبارات أقل ثباتا ودقة مقارنة بالاختبارات الفردية، فضلا عن محدودية قدرتها على التمييز بين ذوي المستويات العقلية العليا، كونها مصممة أساسا لقياس أداء الفئة المتوسطة من المتعلمين.

**4-3-مقاييس التحصيل الدراسي:** تعتبر مقاييس التحصيل الدراسي المقننة أو الرسمية من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية والتي يعبر عنها عادة بدرجة أو نسبة مئوية ، فهي تستخدم على نطاق واسع في الكشف عن الطلاب المتفوقين خاصة بعد تطبيق اختبارات الذكاء، باعتبار أن ارتفاع المعدل التحصيلي يعكس سرعة الفهم والاستيعاب والتعلم وهو مؤشر قوي على التفوق الأكاديمي، وتعتبر الامتحانات المدرسية من الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص ، ومن أبرز الاختبارات التحصيلية المقننة اختبارات كاليفورنيا للتحصيل الدراسي **California Achievement Tests, CAT** تستخدم لقياس التحصيل من الصف الأول الابتدائي حتى الصف الثالث الثانوي في مجالات مهارات القراءة والمفردات والفهم القرائي والاستدلال والحساب واللغة. واختبارات جيتس للاستعداد للقراءة **Gates-MacGinitie Reading Tests** المخصصة لتقدير استعداد التلاميذ للقراءة. وكذلك اختبارات أيوا للقراءة الصامتة والمهارات الأساسية **Iowa Silent Reading Tests & Iowa Basic Skills Tests** المطبقة من الثالثة ابتدائي لنهاية المرحلة المتوسطة وتستخدم لقياس التحصيل في مجالات مهارات القراءة والفهم والاستعداد الأكاديمي. واختبارات الاستعداد التحصيلي العالي **Advanced Academic Aptitude Tests** لتحديد استعداد الطلاب ذوي القدرات العالية في الرياضيات واللغة والعلوم.

**4-4- مقاييس الإبداع :** تمثل مقاييس الإبداع والتفكير الإبداعي وسيلة فعالة للكشف عن الموهوبين والمتفوقين منذ النصف الثاني من القرن العشرين، بعد التأكد من أن الذكاء والإبداع مفهومان مختلفان، وأن الذكاء ليس المظهر الوحيد للتفوق بل هو أحد مظاهره فقط. حيث تعتبر هذه المقاييس مناسبة لتحديد القدرة الإبداعية لدى المفحوص، وتشمل مقياس تورانس للتفكير الإبداعي **Torrance Tests of Creative Thinking, TTCT** الذي يتألف من صورة لفظية وصورة شكلية، ويقاس عناصر التفكير الإبداعي الأساسية مثل الطلاقة في التفكير المرنة، والأصالة. ويعتبر المفحوص مبدعا إذا حصل على درجات عالية في هذه المقاييس، مما يعكس قدرته على إنتاج أفكار جديدة ومبتكرة وحل المشكلات بطريقة غير تقليدية .

**4-5-قوائم الخصائص السلوكية للموهوبين والمتفوقين :** تكشف الدراسات النفسية أن الموهوبين والمتفوقين يتميزون بسمات محددة، ومعرفة مثل هذه السمات يساعدنا على التعرف عليهم. وتهيئة المناخ المناسب لرعايتهم (جروان. 1999) ، لذا تعد قوائم الخصائص السلوكية من الأدوات المكتملة والفعالة لتحديد الموهوبين والمتفوقين كونها تتيح رصد السمات والسلوكيات الظاهرة للتلاميذ في بيئاتهم اليومية. وتشمل هذه القوائم نماذج شائعة مثل مقاييس رينزولي **Renzulli Scales for Rating the Behavioral Characteristics of Superior Students** التي تهدف إلى تحديد السمات السلوكية والأكاديمية كالإبداع، سرعة التعلم، الفضول المعرفي، و حل المشكلات.

## 4-6- الطرق والأساليب الذاتية : ونذكر منها :

أ- ترشيح المعلمين: إن ترشيح المعلم للطالب هو واحد من أكثر الأساليب المنتشرة في عملية التشخيص وما يزال مثل هذا الأسلوب محل نقد. فالمعلمون الذين لم يتلقوا تدريباً مناسباً في مجال الكشف عن الموهوبين لن يكونوا قادرين على فعل ذلك بشكل مناسب. فمثلاً عندما يعتمد المعلمون كلياً على حكمهم الخاص المجرد عن المعرفة المسبقة بخصائص الطلاب الموهوبين فإنهم لا يتمكنون من الكشف عن غالبيتهم.

ب- ترشيحات أولياء الأمور: أظهرت الدراسات أن أولياء الأمور يعرفون أبناءهم بشكل أكثر من المعلمين إلى حد بعيد، فعلى سبيل المثال أجرى جاكوبس (1973) Jakobs دراسة تم من خلالها فحص فاعلية المعلم وولي الأمر في الكشف عن الموهوبين وقد أظهرت تلك الدراسة أن الآباء كانوا أكثر محافظة وانضباطاً في أحكامهم من المعلمين عندما يرشحون أطفالهم ليكونوا من ضمن الموهوبين. وعلى الرغم من أنه لا أحد يعرف الأطفال مثل والديهم إلا أن الترشيحات التي يوصي بها الوالدان لا يتم استخدامها والاعتماد عليها بالقدر اللازم.

ج- ترشيحات الأقران : يمكن للأقران أن يزودونا برؤى وبتفاصيل أكثر حول القدرات والاهتمامات التي يتمتع بها الموهوب والتي لا توفرها مصادر أخرى، حيث يمكن للأقران تقديم رؤى دقيقة وتفصيلية حول القدرات والاهتمامات الخاصة بالموهوبين التي قد لا تتضح عبر الاختبارات التحصيلية أو مقاييس الإبداع والقوائم السلوكية، لكن الكثير من الدراسات أظهرت أن هذه الترشيحات تكون غالباً حساسة للسمات الشخصية والاجتماعية والسلوكية التي تؤثر على الأداء الأكاديمي والإبداعي كالقيادة، التعاون، حل المشكلات... د- الترشيح الذاتي : تعد هذه الطريقة في الكشف عن الموهوبين مفيدة جداً لأولئك الذين لديهم حس فني قوي ومواهب إبداعية وعلمية أو أي مواهب أخرى حيث لم يسبق لأحد أن طلب منهم أن يشاركوا في برامج خاصة وفي عام 1987 أقر رينزولي بأن ترشيح الذات هو الأسلوب الوحيد للكشف عن الموهوبين في المرحلة الثانوية.

## 5- خصائص الأطفال الموهوبين والمتفوقين :

يعتبر التعرف على الخصائص المميزة للموهوبين والمتفوقين خطوة أساسية لفهم قدراتهم واستثمار إمكاناتهم بالصورة الأمثل، فالموهوبون لا يتميزون فقط بمستوى ذكائهم أو تحصيلهم الأكاديمي المرتفع بل تظهر لديهم سمات سلوكية وفكرية واجتماعية فريدة تجعلهم قادرين على التفكير الإبداعي وحل المشكلات بطرق مبتكرة والمبادرة في التعلم والاستكشاف. لذا فإن التعرف على هذه الخصائص تتيح للمعلمين والأخصائيين النفسيين تصميم برامج تعليمية ملائمة ودعم نفسي وتربوي شخصي وتشجيع بيئة محفزة على التفوق والإبداع.

## 5-1 - الخصائص الجسمية :

إن تفوق الأطفال الموهوبين من الناحية الجسمية لا يظهر منذ الولادة ولا حتى في السنوات الأولى من العمر في معظم الحالات، لذلك فإن القوة والسلامة الجسمية ليسا دليلاً على الموهبة والتفوق وإنما هي مصاحبة له (المعاينة والبوايز، 2004). وقد أشارت عدة دراسات إلى أن الأطفال الموهوبين يتميزون عن أقرانهم العاديين بالنشاط والحيوية العالية والمهارات الحركية الدقيقة والمتقنة، كما يمتلكون القدرة على التركيز أثناء الأنشطة البدنية والفكرية مما يسهم في الأداء المتكامل بين النشاط البدني والفكري (Subotnik & Jarvin, 2001).

## 5-2 - الخصائص المعرفية :

تشير غالبية الدراسات إلى تفوق الموهوبين على أقرانهم العاديين في عدد كبير من الخصائص العقلية حيث يمتازون بسرعة التعلم والفهم، والقدرة على التفكير النقدي والتحليلي كما يظهر لديهم حب الاستطلاع والسعي وراء المعرفة والقدرة على الربط بين المعلومات والأفكار (Sternberg, 2003). إضافة إلى الذاكرة القوية والقدرة العالية على التركيز، وهو ما يساعدهم على التعامل مع المعلومات المعقدة بكفاءة، ويظهر بوضوح عند استخدام الاختبارات التحصيلية المقننة، ويتميزون الموهوبون عادة بأنهم أكثر انتباهاً وحبا للاطلاع ويميلون إلى طرح أسئلة كثيرة ولديهم قدرة عالية على القراءة والكتابة، والاهتمام بالموضوعات التي يهتم بها من هم أكبر سناً، وسرعتهم كبيرة في حل المشكلات التعليمية التي تعترضهم، ويميلون إلى النقد البناء ...

وتنبغي الإشارة في هذا الصدد إلى أنه ليس من الضروري أن تنطبق كل هذه الصفات على جميع الموهوبين فالفرق الفردية قائمة بينهم كما هي بين الأفراد العاديين. وقد أوردت كلارك (1992) Clark الخصائص التالية:

- ✓ حفظ كمية كبيرة المعلومات مع استيعابها بسهولة وسرعة وفعالية.
- ✓ اهتمامات بمجالات متعددة وفضول غير عادي نحو المعرفة والاكتشاف.
- ✓ مستوى متقدم في التعبير اللغوي واستخدام المفردات بدقة ومرونة.
- ✓ القدرة على معالجة المعلومات بسرعة ومرونة، وإدراك العلاقات بين الأفكار والموضوعات.
- ✓ القدرة المبكرة على تكوين المفاهيم واستخدامها، بما في ذلك التفكير التجريدي والقياس والتعميم.
- ✓ القدرة على التفكير الناضج وتجنب الاستنتاجات السطحية أو غير الدقيقة.
- ✓ القدرة على توليد أفكار وحلول أصيلة ومبتكرة وكذا الابتكار وحل المشكلات.
- ✓ ظهور أنماط التفكير المتشعب، والتعميمات، وربط المعلومات المختلفة.
- ✓ القدرة على التركيز والمثابرة وتحقيق الأهداف في مختلف النشاطات مع الاتجاه نحو تقويم الذات والآخرين.

## 5-3- الخصائص الانفعالية والاجتماعية :

كان الاعتقاد أن الموهوبين يميلون إلى العزلة وليست لديهم أنشطة اجتماعية، ولكن الدراسات العلمية الحديثة أكدت عكس ذلك، حيث أن الموهوبين يمتازون بالخصائص الانفعالية والاجتماعية الآتية (السور، 2003؛ القريوتي وآخرون، 1995؛ صبحي، 1994):

- ✓ منفتحون على المجتمع يشاركون في الأنشطة الاجتماعية ولديهم القدرة على التأثير في الآخرين وإقناعهم.
- ✓ مستقرون عاطفياً ومستقلون ذاتياً وأقل عرضة للاضطرابات النفسية.
- ✓ يمتلكون مستوى عالٍ من النضج الأخلاقي وإدراكاً قوياً لمفهوم العدالة مع قدرة على ضبط النفس والتحكم في الانفعالات.
- ✓ يمتلكون حس الدعابة وروح النكتة نتيجة ملاحظتهم لمفارقات الحياة والتناقضات اليومية.
- ✓ مرتبطون بالقيم العليا مثل الحق والعدالة والأخلاق ويسعون لتحقيقها.
- ✓ يميلون إلى وضع معايير عالية جداً لأنفسهم والسعي القهري لتحقيق أهداف صعبة مع تقييم الذات بناءً على الإنجاز والإنتاجية.
- ✓ يحبون مناقشة الواقع ونقده ولديهم ميول واهتمامات واسعة وربما غير تقليدية.
- ✓ حساسون لما يدور حولهم ويتفاعلون بقوة مع المواقف المختلفة.

## 5-4- الخصائص الإبداعية :

طبقاً لما توصل إليه تورانس (1981) فإن الموهوبين يتصفون بالصفات التالية :

- ✓ التفكير المرن والمتنوع وتوليد حلول متعددة وغير تقليدية.
- ✓ الاستقلالية في التفكير والابتعاد عن القيود النمطية.
- ✓ الفضول وحب الاستطلاع والبحث عن المعرفة الجديدة.
- ✓ الجرأة على تجربة أفكار أو طرق جديدة رغم احتمال الفشل.
- ✓ القدرة على التركيز العميق والمثابرة للوصول إلى النتائج.
- ✓ توليد أفكار وحلول أصيلة وغير مألوفة.
- ✓ ربط المعلومات والخبرات السابقة بطريقة مبتكرة.
- ✓ الحساسية تجاه القيم والمجتمع والسعي لتحقيق العدالة والمثل العليا.
- ✓ الوعي الذاتي والانفعالي، والتحكم في المشاعر واستخدامها في الإبداع.

## 6- مشكلات الموهوبين والمتفوقين :

يواجه الموهوبون مجموعة متنوعة من المشكلات النفسية، الاجتماعية والسلوكية نتيجة قدراتهم العالية واختلافهم عن أقرانهم. وتلزم الإشارة هنا إلى أن هذه المشكلات غالباً لا تمثل نقاط ضعف لدى الموهوب بل تعكس تلك التحديات التي يواجهها في الأسرة والمدرسة والمجتمع، والتي يمكن تحويلها إلى فرص للنمو الشخصي والاجتماعي ومن أبرز هذه المشكلات:

- ❖ الوحدة والانعزال الاجتماعي: يشعرون أحياناً بالعزلة بسبب اختلاف اهتماماتهم وقدراتهم عن الآخرين مما يصعب عليهم تكوين صداقات.
- ❖ الضغط النفسي والتوتر: التوقعات العالية من الذات والسعي نحو الكمالية قد يولد ضغوطاً قوية ويؤثر على المزاج العام.
- ❖ الملل والإحباط في المدرسة: نقص التحديات أو بطء المنهج الدراسي قد يؤدي إلى شعورهم بالملل وقلة الدافعية.
- ❖ الحساسية والانفعال: إدراكهم القوي لتفاصيل الحياة ومشاعر الآخرين يجعل استجاباتهم الانفعالية شديدة أحياناً.
- ❖ الصعوبات في التكيف الاجتماعي: قد يجدون صعوبة في فهم السلوكيات الاجتماعية التقليدية والانخراط في مجموعات الأقران.
- ❖ الكمالية المفرطة: السعي لتحقيق الكمال يؤدي إلى إحباط الذات والشعور بعدم الرضا حتى عند النجاح .
- ❖ التوقعات العالية من الوالدين أو المدرسين قد تضيف ضغطاً إضافياً على الموهوبين .
- ❖ بعض الموهوبين يظهرون قدرة قيادية مبكرة، مما قد يسبب صراعاً مع أقرانهم أو صعوبة في التعاون .
- ❖ قد يصابون بالقلق أو الاكتئاب إذا لم يتم تلبية احتياجاتهم المعرفية أو العاطفية .
- ❖ الصراع الأخلاقي: شعورهم القوي بالعدالة والمثل العليا قد يولد إحباطاً عند مواجهة الممارسات غير العادلة في المجتمع أو المدرسة .
- ❖ الاهتمامات غير التقليدية: اختلاف ميولهم واهتماماتهم عن أقرانهم قد يؤدي إلى شعورهم بالرفض أو عدم الانتماء .
- ❖ الشعور بالضغط الأكاديمي: القدرة على التعلم السريع تجعلهم عرضة لتحمل المزيد من المسؤوليات الأكاديمية، مما يزيد من ضغطهم النفسي .

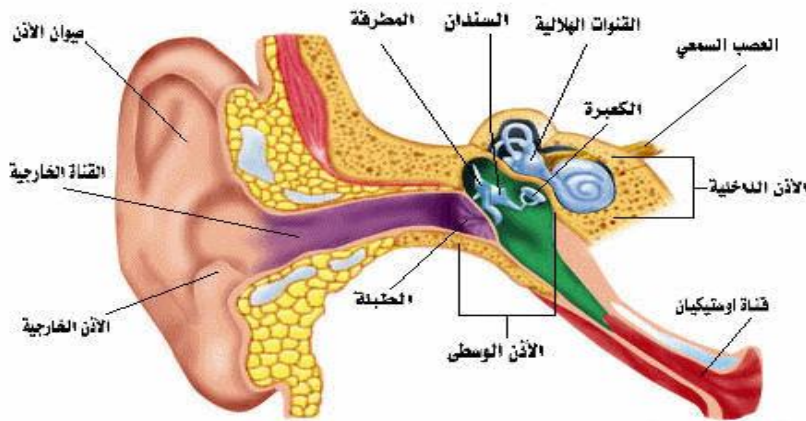
## المحاضرة السادسة: الإعاقة السمعية

### تمهيد:

تمثل الإعاقة السمعية إحدى فئات الإعاقات الحسية التي من الإعاقات الحسية الأكثر تأثيراً على نمو الأفراد وتحصيلهم التعليمي والاجتماعي. وهي حالة يُصاب فيها الفرد بمشكلة جزئية أو كلية في السمع، مما يؤثر على قدرته على التواصل، اكتساب اللغة، والتفاعل مع البيئة المحيطة. وتشير الإحصاءات إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية يواجهون تحديات متعددة في التعلم والاندماج الاجتماعي، ما يجعل التدخل المبكر والتدريب التربوي جزءاً أساسياً من دعمهم. ويؤثر ضعف السمع في النمو اللغوي للأطفال، فيؤدي إلى تأخر اكتساب المفردات واضطراب مخارج الأصوات وصعوبات التواصل اللفظي ما يجعل الكشف المبكر والتدخل السمعي والتربوي ضرورة أساسية لدعم تطورهم، وتبرز أهمية فهم آلية السمع ودور كل جزء من الجهاز السمعي في نقل الأصوات، لأن أي خلل في أحد هذه الأجزاء يؤدي إلى تصنيف نوع الإعاقة السمعية واتخاذ الإجراءات العلاجية أو التأهيلية المناسبة. وتهدف هذه المحاضرة إلى تمكين الطلبة من فهم طبيعة الإعاقة السمعية، التعرف على أسبابها وأنواعها، واستكشاف طرق التشخيص.

### 1- آلية السمع:

يعتمد السمع البشري على سلسلة مترابطة من العمليات الفيزيولوجية التي تبدأ باستقبال الموجات الصوتية من البيئة الخارجية، تحويلها إلى إشارات عصبية، ثم نقلها إلى القشرة السمعية الدماغية ليتم تفسيرها على شكل أصوات ذات معنى، ويشترك في هذه العملية عدد من الأعضاء المتخصصة، حيث تتكون آلية السمع من ثلاث مراحل رئيسية ترتبط بمكونات الأذن الثلاث: الأذن الخارجية، الأذن الوسطى والأذن الداخلية.



تشرح جهاز السمع

**الأذن الخارجية (Outer Ear) :** تتكون من الصيوان والقناة السمعية الخارجية التي تنتهي بطبلة الأذن التي تمثل حدا فاصلا بين كل من الأذن الخارجية والأذن الوسطى. ويعتبر الصيوان جزءا من الأذن يوجد على جانبي الرأس على شكل بوق، ويعمل على تجميع الصوت وإرساله عبر القناة السمعية الخارجية إلى طبلة الأذن التي تهتز بدورها مع وصول الصوت إليها، وترسل الموجات الصوتية بالتالي إلى الأذن الوسطى. ولذلك فإن الأذن الخارجية تلعب دورا محدودا نسبيا في نقل الصوت حيث تقوم كما أوضحنا بنقله إلى الأذن الوسطى أي أنها بناء على ذلك تقوم بتجميع الأصوات وتركيزها، وإرسال الموجات الصوتية إلى الأذن الوسطى.

**الأذن الوسطى (Middle Ear) :** وهي القسم الثاني من أقسام الأذن، وتصل بين الأذن الخارجية والداخلية وتعتبر الأذن الوسطى نظاما عظميا دقيقا، حيث توجد في وسطها عظاميات صغيرة، تلعب دورا مهما في عملية السمع، وتسمى العظم المطرقة أو الطرق، عظم السندان والعظم الركابي أو الركاب. وتعمل السلسلة المؤلفة من هذه العظاميات الثلاث على توصيل اهتزازات طبلة الأذن إلى النافذة البيضاوية التي تربط بين كل من الأذن الوسطى والأذن الداخلية، ومن ثم تقوم هذه العظاميات بزيادة الطاقة من ذلك التجويف المملوء بالهواء والموجود بالأذن الوسطى إلى الأذن الداخلية المليئة بالسوائل (هالاهان وكوفمان، 2008).

**الأذن الداخلية (Inner Ear) :** تتألف الأذن الداخلية، نظرا لصغر حجم حجرة الأذن، من نظام معقد يضم أنواعا مختلفة من الحجرات، والتي قد أخذت شكلا حلزونيا معقدا، ولذلك أطلق عليه اسم الدهليز وتنقسم الأذن الداخلية إلى قسمين هما القوقعة والدهليز، ولكل منهما وظائفه الخاصة. ويوجد الدهليز أو التيه الدهليزي في الجزء العلوي من الأذن الداخلية، ويعتبر هو المسؤول عن الشعور بالتوازن، كما يتسم بحساسيته المفرطة لبعض الأشياء كالإحساس بحركة الرأس، ويعمل كجهاز استقبال ومحلل لهذه الحركات، ويتم نقل هذه المعلومات عن الحركة عن طريق العصب الدهليزي، وهو ما يعرف بالعصب السمعي الثامن. أما القوقعة فتعتبر عضو السمع، فهي توجد أسفل الدهليز، ويتألف من ذلك الجزء مجموعة من القنوات لتحويل الحركة الميكانيكية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية يتم نقلها إلى المخ، حيث يوجد داخل القوقعة عضو كورتي الذي يحتوي على خلايا شعرية حساسة.. وللأذن العادية الطبيعية القدرة على التقاط الصوت، حيث تجعل المطرقة والسندان والركاب بالأذن الوسطى تتحرك، وعندما تتحرك عظمة الركاب فإنها تضغط على النافذة البيضاوية، فتنتقل الاهتزازات إلى الأذن الداخلية. وتعمل الأذن الداخلية وفق الخطوات الآتية:

✓ انتقال اهتزازات الركاب إلى النافذة البيضاوية.

✓ تحريك السائل داخل القوقعة.

✓ انثناء الخلايا الشعرية الحساسة.

✓ تحويل الحركة الميكانيكية إلى نبضات عصبية.

✓ انتقال هذه النبضات عبر العصب السمعي إلى الدماغ.

تقوم القشرة السمعية في الدماغ بتفسير المعلومات الواردة وتحويلها إلى أصوات ذات معنى وأي خلل في القوقعة أو العصب السمعي يؤدي إلى ضعف سمع عصبي.

## 2- تعريف الإعاقة السمعية:

تعرف الإعاقة السمعية طبيا على أنها قصور كلي أو جزئي في قدرة الجهاز السمعي على استقبال الأصوات أو معالجتها، نتيجة خلل في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية أو في العصب السمعي، مما يؤثر في قدرة الفرد على سماع الأصوات بدرجاتها المختلفة (Northern & Downs, 2014).

كما تعرف وظيفيا بأنها حالة تحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع استخداما فعالا في المواقف الحياتية اليومية، سواء في التواصل اللفظي أو التعلم أو التفاعل الاجتماعي، حتى مع استخدام المعينات السمعية في بعض الحالات (Moores, 2010).

وتعرف الإعاقة السمعية تربويا بأنها فقدان سمعي يؤثر بصورة مباشرة في اكتساب اللغة المنطوقة وتعلم المهارات الأكاديمية داخل البيئة التعليمية، ويجعل الطفل بحاجة إلى أساليب تعليمية خاصة أو برامج تربوية ملائمة، مثل لغة الإشارة أو التواصل الكلي (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2018).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة السمعية على أنها ضعف في القدرة السمعية يتجاوز 20 ديسيبل في الأذن الأفضل لدى البالغين، ويتجاوز 30 ديسيبل لدى الأطفال، ويؤثر في القدرة على التواصل والمشاركة الاجتماعية (World Health Organization, 2021).

كما تعرفها الجمعية الأمريكية لاضطرابات النطق والسمع بأنها فقدان في حاسة السمع بدرجات متفاوتة من الخفيف إلى الشديد، يؤثر في فهم الكلام المنطوق واستخدام اللغة الشفوية (ASHA, 2019).

من خلال ما سبق يمكن القول أن الإعاقة السمعية هي فقدان أو ضعف في القدرة على سماع الأصوات سواء كان ذلك جزئيا أو كليا، بشكل دائم أو مؤقت، في أذن واحدة أو كليهما تؤدي إلى ضعف استقبال الأصوات أو فهم الكلام المنطوق، وتنعكس آثارها على اكتساب اللغة والتواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي مما يستدعي تدخلات طبية وتربوية وتأهيلية خاصة تختلف باختلاف درجة فقدان السمع وتوقيته.

## 3- تصنيف الإعاقة السمعية :

إن فقدان السمع لا يمثل حالة واحدة متجانسة، بل يختلف من فرد إلى آخر من حيث الدرجة والتوقيت والموقع التشريحي والأثر الوظيفي والتربوي، ويسهم هذا التباين الواضح في اختلاف الحاجات التعليمية وأساليب التدخل والتأهيل. لذلك فإن التصنيف الدقيق للإعاقة السمعية يساعد على تشخيص الحالة تشخيصاً سليماً واختيار البرامج التربوية المناسبة وتحديد نوع التواصل الأفضل، ونجد في هذا المجال تصنيفات متعددة تجمع بين المنظور الطبي والتربوي والوظيفي وفقاً لعدة معايير:

## أ- حسب نوع الفقدان:

- فقدان السمع التوصيلي: يحدث نتيجة خلل في الأذن الخارجية أو الوسطى (مثل انسداد القناة السمعية التهاب الأذن الوسطى، تصلب عظيمات السمع) وغالباً ما يكون قابلاً للعلاج الطبي أو الجراحي.
- فقدان السمع الحسي العصبي: ينتج عن تلف في القوقعة أو العصب السمعي أو مراكز السمع في الدماغ وعادة ما يكون دائماً ويتطلب علاجاً تأهيلياً وسماعات طبية.
- فقدان السمع المختلط: يجمع بين النوعين التوصيلي والحسي العصبي.

## ب- حسب درجة الفقدان: قياساً بالديسيبل (dB)

- إعاقة سمعية بسيطة (25-40 ديسبل).
- إعاقة سمعية متوسطة (40-65 ديسبل).
- إعاقة سمعية شديدة (65-90 ديسبل).
- إعاقة سمعية شديدة جداً (أكثر من 90 ديسبل).

## ج- حسب وقت الحدوث:

تصنف الإعاقة السمعية وفق العمر الذي حدثت فيه إلى (القرئوتي والحديدي، 2012):

- أ - صمم ما قبل تعلم اللغة: ويطلق على أولئك الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل إكتساب اللغة أي ما قبل سن الثالثة، وتتميز هذه الفئة بعدم قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع اللغة.
- ب - صمم ما بعد تعلم اللغة: ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام لأنها سمعت وتعلمت اللغة.

**4- أسباب الإعاقة السمعية:**

ترجع الإعاقة السمعية إلى مجموعة من الأسباب المتنوعة التي قد تصيب الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية، كما قد ترتبط بعوامل وراثية أو بيئية، وتختلف هذه الأسباب من حيث زمن حدوثها وشدها وإمكانية الوقاية أو العلاج، ومن بين أهم تلك الأسباب نذكر (الزريقات، 2013؛ السرطاوي وعبد العزيز، 2010):

**4-1** أسباب قبل الولادة: تعد من أخطر الأسباب نظرا لتأثيرها المبكر على نمو الجهاز السمعي، وتؤدي هذه العوامل غالبا إلى فقدان سمعي حسي عصبي يظهر منذ الولادة أو بعدها بوقت قصير، ومن أهم هذه الأسباب:

- ✓ العوامل الوراثية والجينية التي تؤدي إلى تشوهات خلقية في الأذن أو العصب السمعي.
- ✓ إصابة الام ببعض الأمراض الفيروسية مثل الحصبة الألمانية خاصة في الأشهر الأولى من الحمل.
- ✓ تعرض الام للأدوية السامة للسمع أو الأشعاعات.
- ✓ سوء التغذية ونقص بعض الفيتامينات والمعادن الضرورية لنمو الجنين.

**4-2** أسباب أثناء الولادة: ترتبط بالمضاعفات التي تحدث خلال عملية الولادة وتؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، مما يسبب درجات متفاوتة من الإعاقة السمعية، ومن أهمها:

- ✓ نقص الأكسجين الواصل إلى دماغ الطفل.
- ✓ الولادة المتعسرة أو استخدام الأدوات الجراحية بشكل يؤثر في الرأس.
- ✓ الولادة المبكرة وانخفاض وزن المولود.
- ✓ النزيف الدماغي أو إصابات الرأس أثناء الولادة.

**4-3** أسباب بعد الولادة: تشمل العوامل التي يتعرض لها الفرد بعد الولادة، وتعد من أكثر الأسباب شيوعا وتؤدي هذه الأسباب إلى فقدان سمعي توصيلي أو حسي عصبي حسب موقع الضرر ومن بينها:

- ✓ الأمراض المعدية مثل التهاب السحايا، الحصبة، النكاف، والتهاب الأذن الوسطى المتكرر.
- ✓ التعرض لفترات طويلة إلى الضوضاء الشديدة أو الأصوات العالية.
- ✓ استخدام بعض الأدوية التي تؤثر سلبا على السمع مثل بعض المضادات الحيوية.
- ✓ إصابات الرأس والحوادث المختلفة.
- ✓ تراكم الصمغ في القناة السمعية الخارجية.
- ✓ تمزق طبلة الأذن أو تصلب العظيومات السمعي وكذا تلف الخلايا الشعرية في القوقعة.
- ✓ الأمراض العصبية المؤثرة على الجهاز السمعي.
- ✓ التقدم في العمر وما يصاحبه من ضعف تدريجي في القدرة السمعية.

**5- تشخيص الإعاقة السمعية:**

إن التشخيص المبكر للإعاقة السمعية يسهم بشكل كبير في الحد من الآثار السلبية لفقدان السمع على النمو اللغوي والمعرفي والانفعالي خاصة لدى الأطفال في السنوات الأولى من العمر، حيث تعد هذه المرحلة حاسمة في اكتساب اللغة وبناء مهارات التواصل، وعموماً يسهل اكتشاف حالات الصمم إلا أنه في كثير من الأحيان ليس من السهل الكشف عن حالات الضعف السمعي البسيطة. لذلك يتطلب تشخيص الإعاقة السمعية تعاون فريق متعدد التخصصات من خلال على مجموعة من الإجراءات المتكاملة التي تهدف إلى تحديد وجود فقدان السمع وطبيعته ودرجته، وتمثل فيما يلي (الزريقات، 2011؛ القريطي، 2014؛ الخطيب، 2015):

**1-5- التشخيص الطبي:** يركز على الفحص الدقيق لمكونات الأذن الخارجية والوسطى والداخلية باستخدام وسائل طبية متخصصة، ويهدف إلى الكشف عن الأسباب العضوية المؤدية إلى فقدان السمع بقصد تحديد إمكانات العلاج الطبي أو الجراحي، وإمكانية الاستفادة من المعينات السمعية. ويشمل هذا النوع:

- الفحص السريري للأذن للكشف عن الالتهابات أو التشوهات.
- قياس السمع باستخدام اختبارات سمعية معيارية لتحديد درجة فقدان السمع بالديسيبل.
- تحديد نوع فقدان السمع (هل هو توصيلي أو حسي عصبي أو مختلط).

**2-5- التشخيص النفسي:** يهدف إلى التعرف على الآثار النفسية والانفعالية المصاحبة للإعاقة السمعية مثل مشاعر القلق أو الانسحاب الاجتماعي أو انخفاض تقدير الذات خاصة لدى الأطفال بهدف وضع برامج إرشادية مساعدة للطفل وأسرته، ويركز هذا التشخيص على:

- تقدير القدرات العقلية العامة باستخدام اختبارات مناسبة لحالة الطفل السمعية.
- التمييز بين الصعوبات الناتجة عن الإعاقة السمعية وتلك المرتبطة باضطرابات أخرى.

**3-5- التشخيص التربوي:** يعد التشخيص التربوي من أهم مراحل تشخيص الإعاقة السمعية، حيث يركز على أثر فقدان السمع في التعلم والتحصيل الدراسي قصد بناء خطة تربوية فردية تتناسب مع قدرات الطفل واحتياجاته ويشمل:

- تقييم مستوى التحصيل الأكاديمي في المواد الدراسية المختلفة.
- دراسة أساليب التعلم ونمط التواصل المستخدم لدى الطفل.
- تحديد الحاجات التعليمية الخاصة ونوع البيئة التعليمية المناسبة (المدارس العادية أو الفصول الخاصة أو المدارس المتخصصة).

## 4-5- التشخيص اللغوي والتواصل: يعد هذا التشخيص ضروريا لاختيار أسلوب التواصل الأنسب للطفل

ووضع برامج تدريب لغوي ملائمة، ويركز على تقييم:

- مستوى النمو اللغوي (سواء اللغة الاستقبالية أو التعبيرية).
- قدرة الطفل على فهم الكلام المنطوق أو استخدام لغة الإشارة.
- وضوح النطق والكلام ومدى تأثيره بدرجة فقدان السمع.

وتلعب الأسرة دورا هاما في الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية وتشخيصها إذ تعد المصدر الأول للمعلومات المتعلقة بالتاريخ الصحي والنمائي للطفل، كما تمثل ملاحظاتها اليومية حول سلوكه السمعي واللغوي أساسا في الاشتباه الأولي بوجود قصور سمعي، ويشير العديد من الباحثين (القريطي، 2005؛ الشخص، 2014). إلى أن الضعف السمعي ينعكس في مجموعة من المؤشرات السلوكية والتواصلية، أهمها صعوبة فهم التعليمات الشفهية والحاجة المتكررة إلى إعادتها، وظهور اضطرابات النطق أو عدم ثبات نغمة الصوت، إضافة إلى توجيه الرأس نحو جهة معينة عند الإصغاء وارتفاع شدة الصوت أثناء الحديث، ومحاولة تحسين الاستماع بوضع اليد حول إحدى الأذنين، كما يلاحظ لدى الأطفال ضعف السمع الاعتماد الزائد على قراءة الشفاه عبر التحديق في وجه المتحدث، وتفضيل استخدام الإشارات المصاحبة للكلام لتعويض النقص السمعي فضلا عن ظهور أعراض عضوية مصاحبة مثل الإفرازات الأذنية أو احمرار الصيوان أو الشكوى من طنين الأذن وهي مؤشرات قد تدل على اضطرابات في الأذن الوسطى أو الداخلية (النوبي، 2009).

إلى جانب ذلك يظهر أثر الإعاقة السمعية بوضوح في المواقف التعليمية، حيث يعاني التلميذ من صعوبات في متابعة الشرح الشفهي وفهم التوجيهات، مما ينعكس في ضعف المشاركة في الحوار الصفي وتجنب الإجابة عن الأسئلة أو التفاعل مع الزملاء. كما يميل بعض التلاميذ ضعاف السمع إلى الانسحاب من الأنشطة التي تعتمد على التواصل اللفظي، ويبدون تشتتا وانخفاضا في الانتباه، وقد يفسر ذلك خطأ على أنه شرود ذهني أو ضعف دافعية في حين أنه ينتج أساسا عن قصور في استقبال المثيرات السمعية وفهمها (عبد الرحمن، 2011). وتشير الدراسات إلى أن عدم القدرة على تمييز الكلام في بيئة صافية تتسم بالضوضاء يؤدي إلى شعور الطفل بالإحباط والقلق ما يدفعه إلى تجنب التفاعل الاجتماعي داخل الفصل، والاعتماد على الصمت أو الانسحاب النفسي كاستراتيجية تكيفية، كما يدفعه ضعفه السمعي إلى الاعتماد المكثف على الملاحظة البصرية أو تقليد استجابات الآخرين دون فهم كامل للمحتوى، ويتجلى ذلك في قلة المبادرة الكلامية وضعف تكوين العلاقات مع الأقران والاستغراق في أحلام اليقظة أثناء الحصة الدراسية (الخطيب، 2015).

## 6- قياس القدرة السمعية:

تقاس حدة السمع بعدة أساليب تختلف في درجة دقتها وموضوعيتها، وقد أشار كل من القرطي (2005) والنوبي (2009) والشخص (2014) إلى مجموعة من الطرق الشائعة في تشخيص القدرة السمعية لدى الأطفال نذكر منها:

**1-6 الطرق السلوكية الأولية:** تعتمد طريقة السمع المبدئي على ملاحظة استجابات الطفل للمثيرات الصوتية المختلفة من حيث الشدة والتردد، وذلك من خلال تقديم أصوات متنوعة أثناء انشغاله باللعب وتسجيل التفاته أو استجابته لمصدر الصوت. وتستند هذه الطريقة إلى مبادئ القياس السلوكي في السمع التي تؤكد أن الانتباه السمعي والاستجابة الشرطية للمثيرات تمثل مؤشرا أوليا على كفاءة الجهاز السمعي خاصة في المراحل العمرية المبكرة التي يصعب فيها استخدام الاختبارات اللفظية المباشرة.

**2-6 الطرق شبه التجريبية:** يمثل اختبار الساعة الدقاقة وطريقة الهمس من الأساليب التقليدية لقياس عتبة السمع التقريبية، حيث تقومان على مقارنة المسافة التي يدرك عندها الصوت لدى الفرد المفحوص بمتوسط المسافة لدى الأفراد ذوي السمع السليم. وترتكز هذه الطرق على مفهوم "عتبة الإحساس السمعي" الذي يمثل أقل شدة صوتية يمكن للفرد إدراكها في ظروف بيئية مضبوطة نسبيا، وتستخدم هذه الأساليب بوصفها فحوصا مسحية أولية للكشف عن الضعف السمعي، لكنها تظل محدودة الدقة لتأثرها بالضوضاء المحيطة وبالعوامل الانتباهية والنفسية للمفحوص.

**3-6 القياس بالأجهزة السمعية:** يعتبر الأوديومتر من أكثر الوسائل شيوعا في القياس الموضوعي لحدة السمع، ويعتمد على تقديم نغمات نقية أو كلمات مسموعة بدرجات متفاوتة من الشدة والتردد لتحديد العتبة السمعية لكل أذن على حدة. وينقسم إلى أوديومتر كلامي وأوديومتر نغمي، ويقوم على الأساس الفيزيولوجي القائل بأن فقدان السمع يرتبط بارتفاع عتبة الإدراك السمعي المقاسة بوحدة الديسيبل وتمتاز هذه الأجهزة بالدقة والقدرة على رسم منحنى سمعي **Audiogram** يوضح نمط ونوع ودرجة القصور السمعي.

**4-6 القياس الكهروفيولوجي:** يمثل التخطيط السمعي بالكمبيوتر (كقياس الجهود السمعية المستثارة) أحدث الأساليب التشخيصية، إذ يعتمد على تسجيل الاستجابات الكهربائية للمسارات السمعية في جذع الدماغ والقشرة السمعية عقب تقديم منبهات صوتية، مما يسمح بقياس حدة السمع بصورة موضوعية حتى لدى الأطفال غير القادرين على الاستجابة السلوكية. ويستند ذلك إلى نظرية الترميز العصبي للصوت التي ترى أن شدة وتردد الصوت ينعكسان في شكل كمون واستجابة كهربائية يمكن رصدها وتكبيرها وتحليلها.

**7- خصائص المعاقين سمعياً:**

تختلف خصائص المعاقين سمعياً عن بعضهم البعض، ولكل فئة منهم خصائص معينة، وذلك بسبب اختلاف جِدة تأثير الإعاقة السمعية في المصاب، ويرتبط بمجموعة من الأسباب كنسبة فقدان السمع والفئة العمرية عند الإصابة وغيرها من الأسباب، وتوجد مجموعة من الخصائص العامة للمعاقين سمعياً وهي:

**7-1- الخصائص اللغوية:** من أكثر الخصائص التي تؤثر فيها الإعاقة السمعية، فيتأثر النمو اللغوي سلباً لعدم قدرة الطفل على التواصل مع البيئة المحيطة به بسبب فقدانه للقدرة على سماع الأصوات حوله وفقدان القدرة على اكتساب مفردات لغوية جديدة وصعوبة تركيب الكلمات للحصول على جمل مفيدة. فالطفل الذي يعاني من إعاقة سمعية يفقد القدرة على حفظ الكلمات، وكلما كانت درجة الإعاقة مرتفعة فقد العديد من الكلمات التي من المهم أن يحفظها، مما يؤدي إلى تراجع قدرته على التواصل مع المحيطين به.

**7-2- الخصائص المعرفية:** تشير عدة دراسات تم إعدادها لمتابعة الحالة المرضية للمعاقين سمعياً إلى أن قدراتهم المعرفية لا تختلف عن قدرات الأفراد العاديين، بمعنى أن الطفل الذين يعاني من فقدان السمع يمتلك مستوى من الذكاء يتناسب مع مرحلته العمرية، كما يتميز بقدرته على التعلم وفهم بعض المهارات العملية ولكنه يفقد القدرة على فهم أغلب المهارات اللغوية العادية.

**7-3- الخصائص الأكاديمية :** على الرغم من أن ذكاء الأطفال المعاقين سمعياً ليس منخفضاً عادة إلا أن تحصيلهم الدراسي عامة منخفض بشكل واضح عن العاديين، فغالبا ما يعاني هؤلاء -خاصة الصم منهم - من تأخر في مستوى التحصيل الأكاديمي عموماً وبوجه خاص التحصيل القرائي، والفارق التعليمي بين ضعاف السمع وذوي السمع العادي يتسع مع التقدم العلمي، فالتحصيل الدراسي للمعاقين سمعياً يتناسب طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها خاصة في حالة عدم فاعلية أساليب التدريس، حيث أشارت الدراسات بأن 50% ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءاتهم أقل من تلك السن بدرجة كبيرة.

**7-4- الخصائص الاجتماعية:** يقسم المعاقون سمعياً وفق مدى تفاعلهم الاجتماعي إلى فئتين هما:

❖ **القادرون على التفاعل الاجتماعي:** وهي الفئة التي تكون الإعاقة السمعية عندهم غير مؤثرة في حالتهم النفسية والسلوكية فيكونون قادرين على التفاعل مع المحيطين بهم، ويعتمد ذلك على دور العائلة في توفير البيئة المناسبة لهم من خلال التعامل معهم على أنهم أطفال عاديون، مما يساعد على زيادة ثقتهم بأنفسهم.

❖ **غير القادرين على التفاعل الاجتماعي:** فتكون إعاقتهم السمعية مرتفعة جداً وتؤثر سلباً في حالتهم النفسية، وتجعلهم يميلون إلى العزلة الاجتماعية والامتناع عن التفاعل مع البيئة المحيطة بهم.

**7-5- الخصائص الجسمية والحركية:** يؤثر العجز السمعي على حركة الأطفال، إذ يعاني أفراد هذه الفئة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها، لذلك يجب تزويدهم بالتدريب اللازم للتواصل، فالفقدان السمعي ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبيا على وضعه في الفضاء وعلى حركاته الجسمية، ولذلك فإن بعض المعوقين سمعيا تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما نموهم الحركي فهو متأخر مقارنة بالعاديين وبعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض لعدم مقدرتهم على سماع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض .

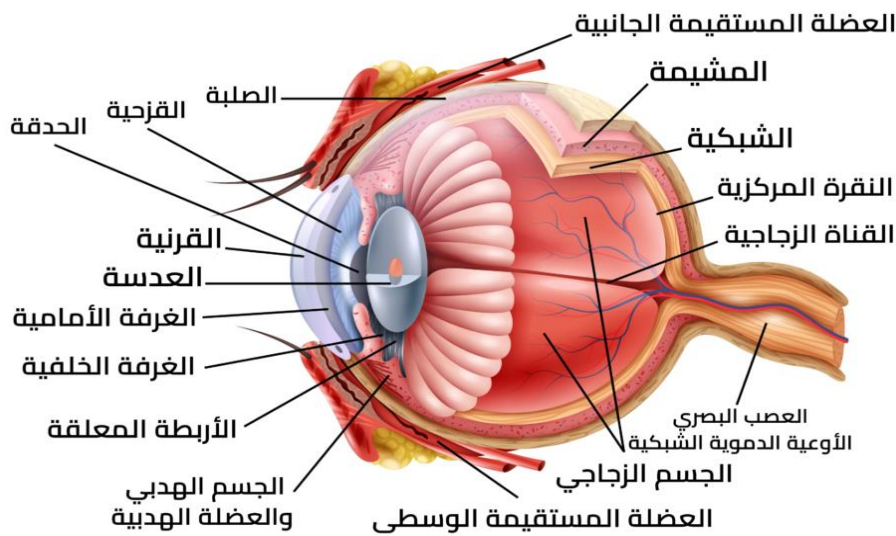
## المحاضرة السابعة: الإعاقة البصرية

### تمهيد:

تندرج الإعاقة البصرية ضمن فئات الإعاقة الحسية التي تؤثر بعمق في مسار النمو المعرفي واللغوي والاجتماعي للطفل، نظرا للدور المحوري الذي تلعبه حاسة البصر في اكتساب الخبرات والتفاعل مع البيئة. ويترتب على القصور البصري تحديات تربوية ونفسية تتطلب فهما علميا لطبيعة الإعاقة ودرجاتها وأسبابها وانعكاساتها على التعلم والتكيف، إضافة إلى أساليب الكشف المبكر والتدخل التربوي والعلاجي المناسب. وتهدف هذه المحاضرة إلى تمكين الطالب من فهم آلية الإبصار وتشريح العين واستيعاب مفهوم الإعاقة البصرية وأنواعها وأسبابها وأساليب تشخيصها المبكر، والتعرف على الخصائص النمائية والتربوية للمعاقين بصريا واحتياجاتهم التعليمية.

### 1- تشريح العين البشرية وآلية الإبصار:

تمثل العين جهازا حسيا معقدا يتكون من مجموعة من التراكيب التشريحية التي تعمل في تكامل تام لاستقبال المثيرات الضوئية وتحويلها إلى خبرة بصرية ذات معنى. ويمكن تقسيم مكونات العين إلى ثلاثة أنظمة رئيسية: الأوساط الكاسرة، والمستقبلات الضوئية، والمسارات العصبية (الحديدي، 2010؛ الشخص، 2014).

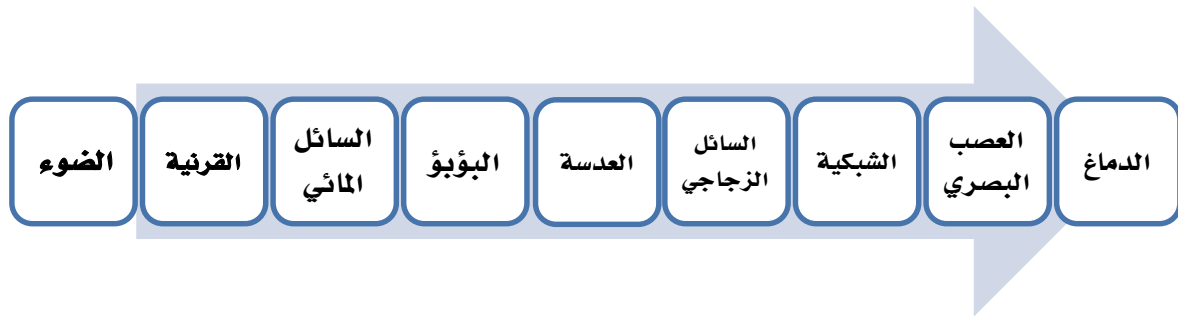


### تشريح جهاز الإبصار

تشمل الأوساط الكاسرة (الكاسرة لأشعة الضوء): القرنية والسائل المائي والعدسة والسائل الزجاجي وتكمن وظيفتها الأساسية في كسر أشعة الضوء وتركيزها بدقة على الشبكية. فالقرنية تمثل السطح الشفاف الأمامي للعين وتؤدي الدور الأكبر في انكسار الضوء، تلمها العدسة التي تقوم بعملية المطابقة عبر تغيير تحدبها لتجميع الأشعة على النقطة المركزية في الشبكية، وهي المنطقة المسؤولة عن أدق درجات الإبصار المركزي. أما الشبكية فهي الغشاء العصبي الداخلي الذي يبطن الجدار الخلفي لمقلة العين، وتحتوي على نوعين من الخلايا المستقبلية للضوء: العصبي المسؤولة عن الرؤية الليلية والمجال المحيطي، والمخاريط المسؤولة عن الرؤية النهارية الدقيقة وتمييز الألوان. وتتجمع المحاور العصبية لهذه الخلايا لتكوّن العصب البصري الذي ينقل السيالات العصبية إلى المراكز البصرية في الفص القذالي من الدماغ.

وتتم عملية الإبصار عبر سلسلة من المراحل المتتابعة تبدأ بالاستقبال الفيزيائي للضوء وتنتهي بالإدراك العصبي للصورة. إذ تدخل الأشعة الضوئية إلى العين عبر القرنية، ثم تمر من خلال السائل المائي إلى البؤبؤ الذي تنظم القرنية اتساعه وفق شدة الإضاءة، وبعد ذلك تنكسر الأشعة بواسطة العدسة وتخترق السائل الزجاجي لتتركز على الشبكية في صورة مقلوبة ومصغرة، وعندما تسقط الصورة على الشبكية، تقوم الخلايا العصبية والمخروطية بتحويل الطاقة الضوئية إلى طاقة كهروكيميائية في صورة نبضات عصبية، تنتقل عبر الألياف العصبية المكوّنة للعصب البصري، ثم تتقاطع جزئياً في التصالب البصري، لتصل إلى المراكز البصرية في القشرة المخية حيث تفك شفرة هذه الإشارات وتدمج وتفسر لتكوين الإحساس الواعي بالصورة المرئية.

وتتحكم العضلات الخارجية للعين في حركات المقلة وتوجهها نحو المثيرات البصرية، بينما تضبط العضلات الهدبية تحذب العدسة لتحقيق المطابقة البصرية، وهو ما يسمح برؤية الأجسام القريبة والبعيدة بوضوح. ويؤدي أي خلل في أحد هذه المكونات سواء في الأوساط الكاسرة أو المستقبلات الضوئية أو المسارات العصبية إلى اضطراب في حدة الإبصار أو مجاله أو نوعية الرؤية، وهو الأساس الفيزيولوجي لظهور الإعاقات البصرية بمختلف أشكالها.



### مخطط مراحل عملية الابصار

## 2- تعريف الإعاقة البصرية :

تعرف الإعاقة البصرية بوصفها حالة من القصور الكلي أو الجزئي في كفاءة الجهاز البصري تؤثر في قدرة الفرد على استخدام البصر استخداما وظيفيا في التعلم والحياة اليومية، حتى بعد الاستعانة بالوسائل الطبية أو التعويضية. ويشير ديمو Demott إلى أن الإعاقة البصرية تتمثل في ضعف إحدى الوظائف البصرية الأساسية وهي: الإبصار المركزي والمجال البصري والتكيف مع الضوء والإبصار الثنائي وتمييز الألوان، نتيجة خلل تشريحي أو إصابة مرضية أو تلف في أحد مكونات العين أو المسارات العصبية البصرية (الحديدي، 2010).

ويعرف باراغا Barraga الأطفال المعاقين بصريا بأنهم أولئك الذين تعوقهم مشكلاتهم البصرية عن الاستفادة الكاملة من البرامج التعليمية العادية، مما يستلزم توفير تربية خاصة وتكييفات في المناهج وطرائق التدريس والوسائل التعليمية لضمان تعلمهم وتقديمهم الأكاديمي (الشخص، 2014).

ومن الناحية الطبية-القانونية يعد الطفل كفيلا إذا كانت حدة إصابته أقل من 200/20 في أفضل العينين بعد التصحيح، أو كان مجاله البصري لا يتجاوز 20 درجة، في حين يصنف ضعيف البصر من يمتلك بقايا بصرية يمكن استثمارها وظيفيا في القراءة والتنقل باستخدام الوسائل المكبرة أو المعينات البصرية (القريطي، 2005).

أما من الناحية التربوية فتميز الحديدي (2010) بين فئتين رئيسيتين:

❖ المكفوفين: أولئك الذين يعتمدون على الحواس الأخرى خاصة اللمس والسمع في التعلم ويستخدمون طريقة برايل.

❖ ضعاف البصر: وهم أولئك الذين يستخدمون البصر المتبقي للقراءة، فهم يستطيعون استخدام أعينهم في القراءة والكتابة مع الاستعانة بالمطبوعات المكبرة والوسائل البصرية المساندة.

وتؤكد الأدبيات التربوية أن مفهوم الإعاقة البصرية لا يقتصر على شدة الفقد البصري، بل يرتبط بمدى تأثير هذا الفقد في الأداء الوظيفي والتعلم والتكيف الاجتماعي، وهو ما يبرر اعتماد التعريف التربوي إلى جانب التعريف الطبي في ميدان التربية الخاصة.

## 3- أسباب الإعاقة البصرية :

الإعاقة البصرية لا تمثل حالة واحدة متجانسة، بل هي نتيجة تفاعل معقد بين عوامل وراثية وولادية ومرضية وحوادث بيئية، قد تؤثر في العين ذاتها أو في المسارات العصبية المسؤولة عن الإبصار في الجهاز العصبي المركزي ويمكن تصنيف أسباب الإعاقة البصرية زمنيا إلى (WHO, 2019; Kanski & Bowling, 2016) :

3-1- أسباب ما قبل الميلاد: يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام، وهي في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية حيث تمثل حوالي 65% من الحالات ومنها العوامل الجينية وسوء التغذية وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية والعقاقير والأدوية والأمراض المعدية والحصبة الألمانية والزهري وغيرها ... وتعتبر هذه العوامل مشتركة في إحداث أشكال مختلفة من الإعاقات. كما لا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى أسباب قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل أفضل.

3-2- أسباب خلال الولادة : والتي تحدث نتيجة مضاعفات الولادة، ومن أبرزها الحرمان من الأكسجين الذي يؤدي إلى تلف في المراكز البصرية في القشرة المخية أو في العصب البصري، وكذا الولادة المبكرة ونقص الوزن وخاصة اعتلال الشبكية عند المواليد الخدج الذي يعد من أهم أسباب العمى في الطفولة المبكرة ومن بين الأسباب أيضا إصابة الأم بمرض السيلان حيث يخرج من قناة مجرى البول للأم إفرازات صديدية كثيرة قد تعرض عيني الطفل للعدوى ويضاف إلى ذلك ما قد يصيب الطفل من رضوض أو نزيف دماغي خلال الولادة مما قد يصيب المسارات البصرية في الدماغ.

3-3- أسباب بعد الولادة: يقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على جهاز الإبصار ووظيفته، حيث أن هناك ما يقرب من 16% من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل بعد الميلاد كسوء التغذية والحوادث والأمراض كمرض السكري... وعموما يمكن تلخيص مجموعة الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية في:

- أخطاء الانكسار مثل قصر النظر وطول النظر والرأفة.
- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري.
- الماء الأبيض الناتج عن فقدان العدسة لشفافيتها.
- الماء الأسود (ارتفاع الضغط الداخلي للعين).
- التراخوما (التهاب فيروسي شديد في طبقة العين الداخلية).
- انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين.
- الهاق (نقص أو غياب الصبغيات في العين).
- التهاب الشبكية الصباغي وهو اضطراب وراثي يحدث فيه تلف في الشبكية.
- تنكس تلف الحفيرة الصفراء المسؤولة عن البصر المركزي.
- ضمور العصب البصري.
- التليف خلف العدسة الذي ينتج عن تعرض الأطفال الخدج لكميات كبيرة من الأكسجين.

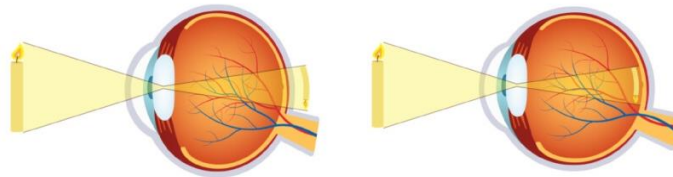
## 4- تصنيفات الإعاقة البصرية:

لا تقتصر الإعاقة البصرية على فقدان البصر الكلي، بل تمتد لتشمل درجات متفاوتة من القصور البصري الذي يؤثر في الأداء الوظيفي والتربوي للفرد، ونظرا لهذا التباين في مظاهر الإعاقة البصرية ودرجاتها برزت الحاجة إلى تصنيفها وفق أسس علمية دقيقة، حيث يعتمد التصنيف الدولي للأمراض ICD-11 على معيارين رئيسيين هما: حدة الإبصار التي تشير إلى قدرة العين على تمييز التفاصيل الدقيقة للأجسام ومدى وضوح الصورة المتكونة على الشبكية، ومجال الرؤية الذي يقصد به المساحة الكاملة التي تستطيع العين رؤيتها أثناء تثبيت النظر إلى نقطة مركزية دون تحريك الرأس. وفي ضوء ما سبق نستعرض فيما يلي أنواع الإعاقة البصرية وفق أحدث التصنيفات:

4-1- التصنيف حسب السبب الطبي: يركز هذا التصنيف على الاضطرابات والأمراض التي تصيب الجهاز البصري وتؤدي إلى قصور في الرؤية، ومن أبرز أشكاله نذكر:

أولاً- عيوب الانكسار البصري : تشير إلى اختلال في قدرة العين على تركيز الأشعة الضوئية على الشبكية بصورة دقيقة مما يؤدي إلى تشوش الصورة المرئية، وتشمل هذه العيوب قصر النظر وطول النظر واللابؤية ويجمع الباحثون على أن هذه الحالات لا تصنف عادة ضمن الإعاقة البصرية طالما أمكن تصحيحها بالنظارات الطبية أو العدسات أو التدخلات التصحيحية، لأن الوظيفة البصرية يمكن استعادتها بشكل كاف.

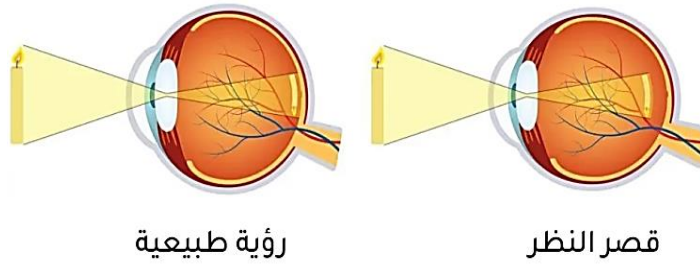
❖ طول النظر Hyperopia: يعاني الفرد في حالة طول النظر من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة بوضوح في حين تكون رؤيته للأجسام البعيدة طبيعية نسبياً، ويعود سبب ذلك إلى قصر المحور الأمامي الخلفي لكرة العين أو ضعف القدرة الانكسارية للعدسة، مما يؤدي إلى تكون الصورة خلف الشبكية بدل وقوعها عليها مباشرة. ويضطر الفرد في هذه الحالة إلى بذل جهد عضلي بصري كبير للتركيز مما يسبب الصداع وإجهاد العين وضعف التركيز أثناء القراءة والكتابة، وقد يؤدي في الطفولة إلى كسل العين أو الحول إذا لم يصحح مبكراً.



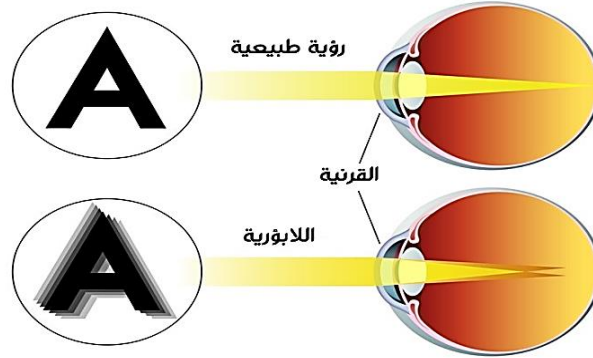
طول النظر

العين الطبيعية

❖ **قصر النظر Myopia** : وهو عكس الحالة السابقة، حيث يرى الفرد الأجسام القريبة بوضوح بينما يعجز عن رؤية الأجسام البعيدة بدقة. ويرجع ذلك إلى زيادة طول كرة العين أو زيادة قوتها الانكسارية، فتتكون الصورة أمام الشبكية بدل أن تتكوّن عليها. ويظهر لدى التلميذ في صورة صعوبة رؤية السبورة، تقريب الرأس من الدفتر وإجهاد بصري متكرر. وتعد حالات قصر وطول النظر من أكثر الاضطرابات البصرية شيوعا، ويمكن تصحيحها بالنظارات الطبية أو العدسات اللاصقة أو بالجراحة الانكسارية في بعض الحالات.

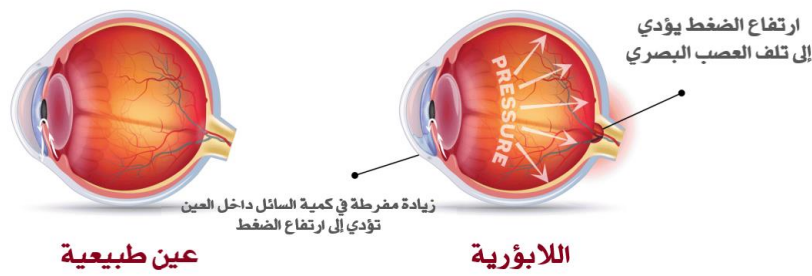


❖ **اللابؤية Astigmatism**، تنتج عن عدم انتظام تحدب القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى تشتت أشعة الضوء وعدم تركزها في نقطة واحدة على الشبكية، فتظهر الصورة مشوهة أو مزدوجة في جميع المسافات. ويعاني المصاب من صداع بصري وتشوش في قراءة الحروف وصعوبة في تمييز الخطوط المستقيمة والأشكال الهندسية. ويمكن علاجها بالعدسات الأسطوانية أو العدسات اللاصقة أو التدخل الجراحي بالليزر.



**ثانيا- الأمراض العضوية للعين** : تشمل تلك الاضطرابات التي تحدث تلفا بنيويا دائما في أجزاء العين وتؤدي إلى فقدان جزئي أو كلي غير قابل للتصحيح في القدرة البصرية، وتعد هذه الفئة من الأشكال الطبية الحقيقية للإعاقة البصرية. من بين أهم هذه الأمراض الجلوكوما (المياه الزرقاء)، والتهاب الشبكية الصباغي واعتلال الشبكية السكري، حيث تؤدي هذه الأمراض إلى تدهور الخلايا الحساسة للضوء، وتسبب ضعفا متزايدا في حدة الابصار ومجال الرؤية، ويضاف إلى ذلك الساد (المياه البيضاء) الذي يتمثل في تعتم عدسة العين وقد يؤدي في حال عدم علاجه إلى إعاقة بصرية شديدة.

❖ **الجلوكوما Glaucom** : تتميز بارتفاع ضغط العين الداخلي مما يؤدي إلى تلف تدريجي في العصب البصري وتمثل الجلوكوما أحد الأسباب الرئيسية للعمى غير القابل للعلاج، نظرا لتقدمها الصامت في مراحلها الأولى حيث يفقد المصاب المجال البصري تدريجيا دون أن يشعر بذلك. وهي حالة تنتج عن ازدياد إفراز السائل المائي (الطوبة المائية) داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط حول العين والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر. وإذا لم تكتشف هذه الحالة مبكرا وتعالج فإن الضغط قد يتطور إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه والإصابة بكف كلي للبصر.

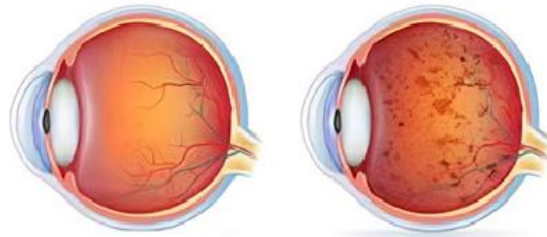


عين طبيعية

اللابؤرية

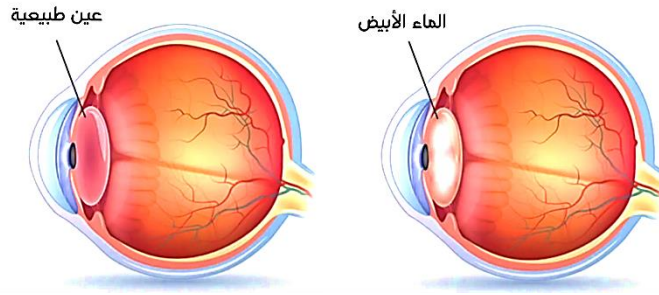
❖ **التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa)** : هو اضطراب وراثي تنكسي يصيب الشبكية يتمثل في تدهور تدريجي للخلايا المستقبلية للضوء خاصة العصي ثم المخاريط، مما يؤدي إلى ظهور العشى الليلي كعرض مبكر، يتبعه تضيق متزايد في المجال البصري المحيطي (الرؤية النفقية) وتراجع حدة البصر المركزية في المراحل المتقدمة، ويرتبط هذا المرض بترسبات صباغية مميزة في قاع العين وتضيق الأوعية الشبكية وشحوب العصب البصري، وينتج عن طفرات جينية تنتقل بأنماط وراثية مختلفة، ويعد من الأسباب الرئيسية لفقدان البصر التدريجي في الطفولة والشباب (Hartong et al., 2006; Daiger et al., 2013)

التهاب الشبكية الصباغي عين طبيعية



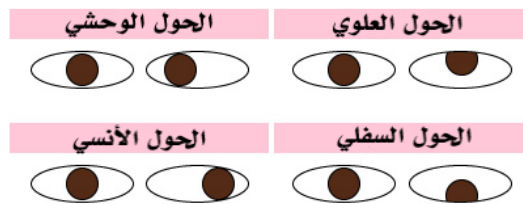
❖ **عتامة عدسة العين (الماء الأبيض) Cataract** : ويشار إليها أيضا باسم الساد وهو تعتم تدريجي يصيب عدسة العين يؤدي إلى تشتت الضوء الداخل إليها وانخفاض نفاذيته نحو الشبكية، مما يسبب تراجعاً بطيئاً في حدة البصر وتشوش الرؤية وهتان الألوان، مع زيادة الحساسية للوهج الضوئي وتنتج عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيته، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة

أي بعد سن 65 سنة، وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة به إذ أن هناك حالات من الماء الأبيض الخلقي أو حالات تنتج عن أمراض كالسكري أو ضربة شديدة للعين أو تعرض العين للمواد الكيماوية السامة والأدوية أو الحرارة الشديدة، ويعد التدخل الجراحي باستبدال العدسة المعتمدة بعدسة صناعية العلاج الفعال والأكثر نجاحا لاستعادة الوظيفة البصرية (Asbell et al., 2005).



**ثالثا- الاضطرابات الوظيفية البصرية:** تضم هذه الفئة اضطرابات بصرية لا تكون في حد ذاتها إعاقة دائمة لكنها قد تتحول الى إعاقة بصرية إذا لم تعالج مبكرا، خاصة خلال مراحل النمو البصري لدى الطفل. ومن أهم هذه الاضطرابات الحول وكسل العين.

❖ **الحول Strabismus:** هو اضطراب في اتساق ومحاذاة العينين، تتمثل فيه إحدى العينين أو كليهما بالانحراف عن المحور البصري الطبيعي (للداخل، للخارج، للأعلى أو للأسفل)، مما يؤدي إلى عدم تطابق الصورتين الوارديتين إلى الدماغ، وينشأ نتيجة اختلال عمل العضلات الخارجية للعين أو في التحكم العصبي بها وقد يكون خلقيا أو مكتسبا، دائما أو متقطعا، ويعد التدخل المبكر ضروريا للحفاظ على الرؤية الثنائية السليمة كما يعالج وفق السبب بالعلاج البصري، النظارات، التغطية أو الجراحة (Wright & al., 2014).



**4-2- التصنيف حسب الخصائص الوظيفية للرؤية:** يعتمد هذا التصنيف على مدى الاستفادة العملية على مقدار ما تبقى من قدرة الفرد على استخدام البصر استخداما عمليا في التعلم وأداء الأنشطة اليومية وليس فقط على القياسات الطبية لحدة الإبصار أو مجال الرؤية، ويعتبر هذا التصنيف ذا أهمية خاصة في المجال التربوي والتأهيلي لأنه يحدد نوع الوسائط التعليمية وأساليب التدخل المناسبة، ويتضمن ما يأتي:

- ❖ **المكفوفون وظيفيا Functionally Blind** : وهم الأفراد الذين لا يستطيعون استخدام البصر في أداء أي وظيفة تعليمية أو حياتية ذات معنى حتى مع الوسائل البصرية المعينة، ويعتمدون أساسا على الحواس الأخرى كاللمس والسمع في التعلم والتنقل، وقد تكون لديهم بقايا بصرية بسيطة دون قيمة وظيفية.
  - ❖ **ضعاف البصر Low Vision** : وهم الذين يمتلكون بقايا بصرية يمكن استثمارها وظيفيا في القراءة والكتابة والتوجه والتعرف على الأشياء ولكن بكفاءة محدودة، ويحتاجون إلى وسائل بصرية مساعدة (عدسات مكبرة نظارات خاصة، شاشات مكبرة).
  - ❖ **ذوو الرؤية الوظيفية المحدودة Limited Functional Vision** : وهي فئة وسطى بين الكف البصري وضعف البصر، حيث تكون القدرة البصرية غير كافية للقراءة أو الأداء الدقيق لكنها تفيد في التوجه المكاني وتمييز الأشكال الكبيرة والحركة والضوء والظل، ويستثمر البصر فيها بوصفه حاسة مساعدة لا رئيسية.
  - ❖ **ذوو الرؤية الوظيفية المتقلبة Fluctuating Functional Vision** : وتشمل من تتغير كفاءتهم البصرية تبعا للإضاءة، التعب أو تطور المرض، مما يفرض تكييفا مرنا في البيئة التعليمية واستخدام بدائل حسية داعمة.
  - ❖ **اضطرابات إدراك الألوان**: صعوبة التمييز بين بعض الألوان مما يؤثر في التعلم القائم على الرموز اللونية (Corn & Koenig, 2002).
- 4-3- التصنيف حسب توقيت حدوث الإعاقة**: يصنف الأفراد تبعا للمرحلة العمرية التي ظهر فيها الفقد البصري، لما لذلك من أثر عميق في النمو المعرفي واللغوي والحسي-الحركي والتكيف النفسي والاجتماعي ويميز عادة بين الأنماط الآتية (Corn & Koenig, 2002 ;WHO, 2019) :
- ❖ **الإعاقة البصرية الخلقية أو المبكرة جدا**: التي تظهر منذ الولادة أو تبدأ في السنوات الأولى من العمر قبل تشكل الخبرات البصرية كما في حالات الماء الأبيض الخلقي واعتلال الشبكية الخداجي والتشوهات الوراثية ويؤثر ذلك في تكوين المفاهيم الحسية-المكانية ونمو اللغة المرتبطة بالخبرة البصرية والتأزر البصري الحركي مما يجعل الطفل يعتمد مبكرا على القنوات الحسية البديلة (اللمس والسمع) في التعلم وبناء التصورات .
  - ❖ **الإعاقة البصرية المتأخرة في الطفولة** : تحدث بعد أن يكون الطفل قد كون خبرات بصرية أساسية ومفاهيم مكانية أولية، ثم يفقد بصره كليا أو جزئيا نتيجة أمراض أو إصابات. ويتميز هؤلاء بامتلاك مخزون من الصور الذهنية البصرية يمكن توظيفه في التعلم اللاحق، غير أنهم يواجهون صعوبات في التكيف النفسي وفقدان الاستقلالية، ويحتاجون إلى إعادة تنظيم استراتيجيات التعلم باستخدام البدائل الحسية .

❖ **الإعاقة البصرية في المراهقة أو الرشد:** هي التي تظهر بعد اكتمال النمو المعرفي واللغوي والإدراكي نتيجة أمراض كالجلوكوما أو التهاب الشبكية الصباغي أو إصابات. ويحتفظ الأفراد هنا بتمثلات بصرية غنية وخبرات سابقة، لكنهم يمرون غالباً بصدمة نفسية ومشكلات في التكيف الانفعالي والمهني، ويكون التأهيل موجهاً نحو إعادة التدريب على التنقل واستخدام الوسائل التعويضية وإعادة بناء الاستقلال الوظيفي.

❖ **الإعاقة البصرية التقدمية:** يبدأ فيها الفقد جزئياً ثم يتدهور تدريجياً مع الزمن كما في بعض أمراض الشبكية والعصب البصري، ويتميز هذا النمط بتغير مستمر في الكفاءة الوظيفية للرؤية، مما يتطلب إعداداً نفسياً وتربوياً يجمع بين استثمار البقايا البصرية الحالية والتخطيط لاستخدام البدائل الحسية مستقبلاً.

## 5- التشخيص المبكر للإعاقة البصرية:

يُميز التصنيف المعاصر للإعاقة البصرية بين ثلاثة مستويات متدرجة تعكس الانتقال من المقاربة الطبية إلى المقاربة الوظيفية التربوية، وهي: الاضطراب البصري الذي يدل على وجود خلل تشريحي أو فيزيولوجي في أحد مكونات الجهاز البصري (القرنية، العدسة، الشبكية، العصب البصري أو القشرة البصرية) دون ظهور أثر وظيفي مباشر، والقصور البصري الذي يتمثل في انخفاض كفاءة الرؤية المقاسة موضوعياً من حيث حدة الإبصار أو مجال الرؤية أو التباين أو الحساسية الضوئية، والإعاقة البصرية التي يقصد بها المرحلة التي ينعكس فيها هذا القصور على الأداء الوظيفي والتعليمي والتكيفي للفرد داخل السياقات المدرسية والاجتماعية، بما يستوجب تدخلات تربوية وتأهيلية متخصصة (Corn & Koenig, 2002).

وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن الحالات البسيطة والمتوسطة من ضعف الإبصار قد لا تكتشف بسهولة ما لم تجر فحوص بصرية دورية أو ملاحظات تربوية عكس الحالات الشديدة التي يكون تشخيصها أوضح (WHO, 2019). وتعد بعض السلوكيات كتقريب أو إبعاد المادة المقروءة، فرك العينين، إغلاق إحدى العينين صعوبة القراءة، ضعف رؤية البعيد، تضيق الجفون، كثرة الاصطدام بالأشياء، والخوف من التنقل والحركة مؤشرات مبكرة لاضطرابات الانكسار والقصور في المجال البصري والتأزر البصري-الحركي، ويضاف إلى ذلك المظاهر الشكلية كالحول، احمرار الجفون، الالتهابات المتكررة، وفرط الدموع، والتي تعد علامات إكلينيكية لاضطرابات الجهاز البصري الأمامي والعصبي. أما شكاوى الطفل من الحرقعة، الصداع بعد العمل القريب التشوش، ازدواج الرؤية، وضعف التمييز البصري فترتبط باضطرابات المطابقة والدمج الثنائي والوظائف القشرية البصرية (Kanski & Bowling, 2016).

## 6- خصائص المعاقين بصريا :

تتسم فئة المعاقين بصريا بمجموعة من الخصائص النمائية والتربوية والنفسية التي تتباين تبعا لدرجة الإعاقة وتوقيتها وسببها، ويمكن عرضها في المجالات الآتية:

**6-1- الخصائص المعرفية:** لا يختلف مستوى الذكاء العام لدى المعاقين بصريا غالبا عن أقرانهم المبصرين غير أن حرمانهم من الخبرة البصرية يؤثر في تكوين المفاهيم المجردة والمكانية، وسرعة اكتساب المفاهيم العلمية المرتبطة بالإدراك البصري كالطول والمسافة والاتجاه والشكل، مما يستدعي الاعتماد على الخبرات اللمسية والسمعية والتجريبية المباشرة في التعلم (الخطيب، 2013؛ الزريقات، 2017)، وتشير بعض الدراسات المقارنة إلى أن العديد من المعاقين بصريا يكون أداؤهم في اختبارات الذكاء حسنا نسبيا مقارنة بأقرانهم العاديين كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك، وقد يرجع السبب في تناقض نتائج هذه الدراسات إلى صعوبة القياس حيث أن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاسة البصر ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصريا من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع.

**6-2- الخصائص اللغوية:** يتأثر النمو اللغوي لدى الطفل المعاقين بصريا بحرمانه من الخبرة البصرية المباشرة إذ يعتمد اكتساب اللغة لديه بدرجة أكبر على القنوات السمعية واللمسية واللفظية، ورغم أن القدرة على النطق وبناء الجملة غالبا ما تكون في الحدود العادية، إلا أن الفهم الدلالي وتكوين المفاهيم قد يتأثران بطبيعة الخبرة الحسية المتاحة (الزريقات، 2017). ومن أبرز السمات اللغوية ما يعرف بظاهرة اللفظية حيث يستخدم الطفل ألفاظا ومفاهيم بصرية مثل الألوان، اللمعان، البعد، الشكل... دون أن يقابلها تمثيل إدراكي حسي حقيقي وإنما يكتسبها من خلال الوصف اللفظي للآخرين، مما يؤدي أحيانا إلى فجوات بين اللفظ والمعنى الوظيفي. كما يلاحظ تأخر نسبي في اكتساب المفاهيم المكانية (أمام/خلف، يمين/يسار، قريب/بعيد، أعلى/أسفل) وفي استخدام أدوات الإشارة اللفظية المرتبطة بالإيماءات البصرية، إضافة إلى صعوبات في فهم الدلالات غير اللفظية للغة مثل تعبيرات الوجه والانفعالات (عبد الله، 2010)، ومع ذلك فإن الذاكرة السمعية اللفظية لدى كثير من المعاقين بصريا تكون قوية ويظهر لديهم رصيد لغوي واسع وقدرة جيدة على الحفظ والاسترجاع شريطة أن تدعم اللغة بالخبرة الحسية المباشرة والأنشطة اللمسية والتجريبية لتكوين مفاهيم ذات معنى وظيفي (Corn & Koenig, 2002).

**6-3- الخصائص الحركية :** يرتبط النمو الحركي بالإدراك البصري الذي يوفر للطفل التغذية الراجعة حول الاتجاه، المسافة، العمق، ووضعية الجسم في الفراغ. وبغياب هذه القناة يظهر لدى الأطفال المعاقين بصريا تأخر نسبي في مهارات الجلوس، الوقوف، المشي والجري واكتساب التوازن والتآزر الحسي الحركي، مما ينعكس في البطء أثناء التنقل، الخوف من الصعود والزلزل وكثرة التعرض للاصطدام والسقوط خاصة لدى المكفوفين مقارنة بضعاف البصر (الخطيب، 2013). كما يلاحظ ضعف التوجه والحركة ما لم يدرب الطفل على استخدام الإشارات السمعية واللمسية والعصا البيضاء وتقنيات التتبع الحركي المنظم (Corn & Koenig, 2002) وتؤكد الدراسات أن التدخل المبكر والتدريب المنهجي على المهارات الحركية الكبرى والدقيقة والتكامل الحسي يساهم في تحسين الكفاءة الحركية وبناء الثقة بالجسم والفراغ .

**6-4- الخصائص الانفعالية:** يتعرض بعض المعاقين بصريا لمشاعر مثل القلق وانخفاض تقدير الذات والخوف من الحركة والاستكشاف، وذلك نتيجة القيود التي تفرضها الإعاقة البصرية على الاستقلال والتنقل إضافة إلى الاتجاهات السلبية أو الحماية الزائدة من قبل الأسرة، والتي قد تعزز الاعتمادية والشعور بالعجز وقد تظهر كذلك مشاعر الإحباط والغضب أو الاكتئاب، خاصة لدى من فقدوا بصرهم في مرحلة متأخرة بسبب الصدمة والتغير المفاجئ في نمط الحياة والأدوار الاجتماعية (WHO, 2019). لكن التدخل النفسي المبكر والدعم الأسري الإيجابي وبرامج الإرشاد والتأهيل تساهم في تنمية التوافق الانفعالي وبناء مفهوم ذات إيجابي وتعزيز الشعور بالكفاءة والاستقلالية والقدرة على ضبط الانفعالات (Corn & Koenig, 2002) .

**6-5- الخصائص الاجتماعية:** يتأثر النمو الاجتماعي للطفل المعاق بصريا بغياب أو ضعف الخبرات البصرية لما لها من دور أساسي في تعلم أنماط التفاعل الاجتماعي وفهم الإشارات غير اللفظية وبناء مفهوم الذات. ويؤكد الباحثون أن الإعاقة البصرية لا تؤدي بذاتها إلى اضطراب اجتماعي وإنما تنشأ الصعوبات نتيجة التفاعل بين فقدان البصر وأساليب التنشئة والاتجاهات الاجتماعية والفرص المتاحة للتعلم (الزريقات، 2017) . حيث يعاني بعض المعاقين بصريا من صعوبات إقامة العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها نتيجة عدم قدرتهم على إدراك التواصل غير اللفظي (إيماءات، تعابير وجه، لغة جسد) مما قد يؤدي إلى سوء تفسير المواقف الاجتماعية أو الاستجابة غير المناسبة (عبد الله، 2010) وقد يظهر لديهم ميل إلى العزلة أو الانسحاب الاجتماعي خاصة في البيئات التي تفتقر إلى التفهم والدعم إلى جانب الاعتمادية الزائدة على الآخرين في الحركة واتخاذ القرار مما يحد من فرص المبادأة الاجتماعية والاستقلالية، وفي المقابل تشير الدراسات إلى أن توفير برامج تدريبية على المهارات الاجتماعية وإتاحة فرص التفاعل المنظم مع الأقران يساهم في تنمية الكفاءة الاجتماعية.

## الماضرة الثامنة: الإعاقات الجسمية

### تمهيد:

تمس الإعاقات الجسمية بصورة مباشرة كفاءة الفرد في الحركة والتنقل والتحكم في أوضاع الجسم وأداء الأنشطة الحياتية اليومية، ولا يقتصر أثر ذلك على الجانب الحركي فقط بل يمتد إلى الجوانب النفسية والاجتماعية والتعليمية، ويؤكد الاتجاه المعاصر في ميدان التربية الخاصة أنه لا يمكن فهم الإعاقة الجسمية بوصفها عجزا بيولوجيا معزولا بل كنتيجة لتفاعل معقد بين القصور العضوي من جهة والعوامل البيئية والتربوية والاجتماعية من جهة أخرى وهو ما يتفق مع ما تبنته منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة (ICF)، وتهدف هذه المحاضرة إلى تمكين الطلبة من الإحاطة بالمفاهيم الأساسية للإعاقات الجسمية والتعرف إلى أسبابها وأنماطها وانعكاساتها على النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي والتعليمي.

### 1- تعريف الإعاقة الجسمية :

تعرف الإعاقة الجسمية تربويا وطبيا بوصفها حالة من القصور أو الخلل الذي يصيب الجهاز العصبي أو العضلي أو الهيكلي، ويؤثر في قدرة الفرد على التحكم في حركاته وأوضاع جسمه وأدائه الوظيفي اليومي بما يحد من استقلاليته ومشاركته التعليمية والاجتماعية، مما يستدعي توفير برامج تربوية فردية، ووسائل مساعدة، وتكيفات بيئية لضمان تكافؤ الفرص التعليمية (Heward; 2013).

فمن المنظور الطبي تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها خلل في وظائف أو بنى الجسم يؤدي إلى قصور في النشاط وصعوبات في المشاركة نتيجة إصابة أو مرض يصيب الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي، أو الجهاز العضلي أو العظمي، في إطار النموذج التفاعلي للأداء الوظيفي والعجز (WHO, 2001).

أما تربويا فيعرفها الخطيب (2013) بأنها عجز الفرد عن استخدام عضلاته أو أطرافه استخداما طبيعيا بسبب شلل أو ضعف أو تشوه خلقي أو مكتسب، مما ينعكس على قدرته على التعلم والحركة والتفاعل مع البيئة المدرسية.

وعليه يمكن القول أن الإعاقة الجسمية والحركية هي حالة من الخلل الوظيفي في أحد مكونات الجهاز العصبي أو العضلي أو الهيكلي، تؤدي إلى صعوبات في الحركة والتوازن والتناسق، وتنعكس على قدرة الفرد على التعلم والاستقلالية والمشاركة الاجتماعية، بما يتطلب تدخلات تربوية وتأهيلية منظمة.

## 2- تصنيفات الإعاقة الجسمية :

تعتبر الإعاقة الجسمية والحركية من أكثر فئات الإعاقة تعقيدا من حيث تنوع أسبابها وتباين مظاهرها واختلاف آثارها الوظيفية والتربوية والنفسية، فهي لا تقتصر على العجز عن الحركة أو محدوديتها فحسب بل تمتد لتشمل أداء الفرد اليومي وتكيفه المدرسي والاجتماعي، ونظرا لهذا التنوع تطورت التصنيفات المعاصرة لتأخذ في الحسبان البعد الوظيفي وشدة العجز وتوقيت حدوثه، وانعكاساته على التعلم والاستقلالية:

### 2-1- التصنيف حسب السبب الطبي:

وهو واحد من أقدم وأهم التصنيفات المعتمدة، إذ يقوم على تحديد مصدر الخلل العضوي أو العصبي أو العضلي أو الهيكلي الذي أدى إلى حدوث الإعاقة، قصد فهم الآليات المرضية الكامنة وراء العجز الحركي وتحديد طبيعة الإصابة ومسارها التطوري، ومن أهم الأشكال ضمن هذا التصنيف نذكر:

أ- إصابات الجهاز العصبي المركزي : تتعدد الإعاقات الجسمية الناجمة عن أسباب عصبية ومن أهمها:

❖ **الشلل الدماغي Cerebral Palsy** : هو اضطراب نمائي غير وراثي ينجم عن خلل أو تلف في الدماغ يحدث نتيجة عوامل قبل ولادية أو خلال الولادة أو عوامل بعد ولادية تؤثر في القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة وتؤدي إلى خلل في التحكم الحركي والتوازن والتناسق العضلي، وقد تترافق مع إعاقات حسية أو معرفية أو لغوية أو نوبات صرع ، ومن أهم أشكال الشلل الدماغي نجد (Rosenbaum et al., 2007) :

▪ **الشلل التشنجي** : هو النمط الأكثر شيوعا ويميزه زيادة التوتر العضلي وتيبس الأطراف وصعوبة تنفيذ الحركات الإرادية الدقيقة وبطء في المشي واضطراب في وضعية الجسم، وقد يصيب طرفين سفليين أو علويين أو نصف الجسم أو الجسم كله.

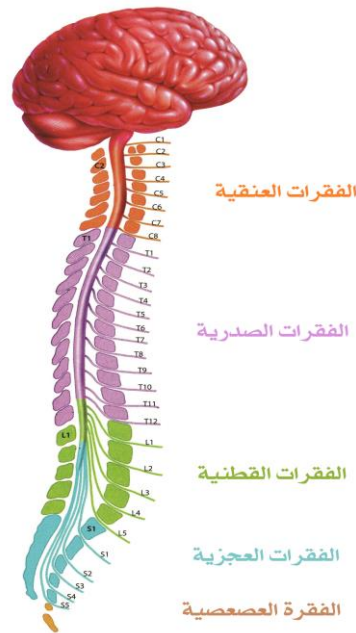
▪ **الشلل الكنعي**: يتسم بظهور حركات غير إرادية بطيئة أو التوائية أو متذبذبة تؤثر في الأطراف والجذع وعضلات الوجه، وغالبا ما تصاحبها صعوبات في النطق والبلع والتحكم في تعابير الوجه.

▪ **الشلل الترنحي**: يميزه ضعف التوازن واضطراب التناسق الحركي ودقة الحركات، حيث يبدو الطفل مترددا في المشي وتظهر لديه رجفة عند محاولة الإمساك بالأشياء أو القيام بحركات دقيقة.

▪ **الشلل المختلط**: يجمع بين خصائص أكثر من نمط حركي واحد، وغالبا ما يكون مزيجا من التشنج مع الحركات اللاإرادية أو الترنح، ويظهر في الحالات التي تكون فيها الإصابة الدماغية واسعة.

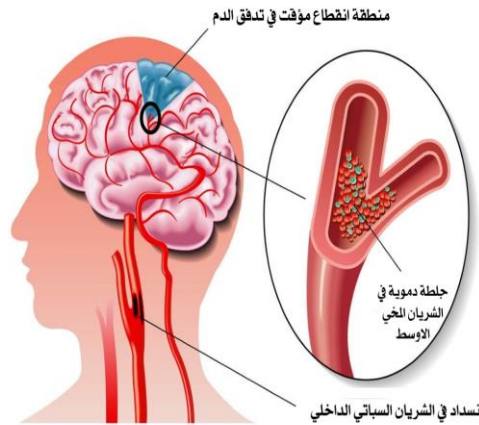
وتتمثل الانعكاسات الوظيفية للشلل الدماغي في صعوبات الجلوس والوقوف والمشي، واضطراب التآزر الحركي الدقيق، ومشكلات النطق والبلع نتيجة ضعف التحكم في عضلات الفم واللسان، كما قد تصاحبه إعاقات إضافية كضعف الإبصار أو السمع أو الإعاقة العقلية أو الصرع، الأمر الذي يؤثر في التعلم الأكاديمي والاستقلالية الحياتية والتكيف الاجتماعي، ويستدعي برامج تدخل متعددة التخصصات تشمل العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي، إلى جانب تكييفات تربوية وتقنيات مساعدة داخل البيئة المدرسية (Heward, 2013).

❖ **إصابات الحبل الشوكي:** هي الإصابات أو الأضرار التي تصيب النخاع الشوكي وتؤدي إلى اضطراب أو فقدان جزئي أو كلي في الوظائف الحركية والحسية أسفل مستوى الإصابة، نتيجة تضرر المسارات العصبية الناقلة للأوامر من الدماغ إلى العضلات والمستقبلات الحسية، وتنتج هذه الإصابات غالباً عن حوادث المرور السقوط من أماكن مرتفعة، الإصابات الرياضية، أو عن أسباب مرضية كالأورام والالتهابات والتزيف وغيرها. ويتحدد نمط العجز تبعاً لمستوى الإصابة في العمود الفقري (عنقي، صدري، قطني، عجزى) ودرجة اكتمالها. فإذا كانت الإصابة في المستوى العنقي قد تؤدي إلى شلل رباعي (الأطراف الأربعة) وقد يمتد إلى عضلات التنفس أما الإصابات في المستويين الصدري والقطني فتؤدي غالباً إلى شلل نصفي سفلي يصيب الطرفين السفليين مع بقاء الطرفين العلويين سليمين نسبياً، كما تصنف الإصابات الشوكية من حيث الشدة إلى إصابات كاملة يحدث فيها انقطاع تام في التوصيل العصبي أسفل موضع الإصابة، وإصابات غير كاملة يحتفظ فيها المصاب بجزء من الإحساس أو الحركة أو كليهما.



وتترتب على إصابات الحبل الشوكي اضطرابات في التوتر العضلي وضعف أو فقدان الإحساس وصعوبات في التحكم في المثانة والأمعاء، وقد تصاحبها تقلصات عضلية وآلام عصبية مزمنة، ومن الناحية التربوية والتأهيلية تؤثر هذه الإصابات في استقلالية الفرد وقدرته على التعلم والتنقل وأداء الأنشطة اليومية، مما يستدعي برامج تأهيل حركي وأجهزة مساعدة (كالكراسي المتحركة والأطراف الاصطناعية)، وتكيفات بيئية وتعليمية تضمن لهم الوصول إلى المناهج والأنشطة وتحقيق أقصى درجة ممكنة من الاستقلال والتكيف (Heward, 2013).

❖ **السكتة الدماغية (الجلطة الدماغية) Cerebrovascular Accident – CVA**: اضطراب عصبي حاد ينجم عن توقف مفاجئ أو انخفاض شديد في تدفق الدم إلى جزء من الدماغ نتيجة انسداد وعاء دموي أو تمزقه وحدوث نزيف داخل أنسجة الدماغ أو في المسافة تحت العنكبوتية، الأمر الذي يؤدي إلى حرمان الخلايا العصبية من الأكسجين والجلوكوز، فتتعطل وظائفها ثم تموت خلال دقائق مخلفة عجزا دائما أو مؤقتا في الوظائف المختلفة (حسية، حركية، معرفية) تبعا لموضع الإصابة وحجمها. وتعد السكتة الإقفارية **Ischemic Stroke** الأكثر شيوعا (حوالي 85-87% من الحالات)، وتنشأ إما عن تخثر موضعي في الشرايين الدماغية أو عن جلطة دموية مهاجرة من القلب أو الشرايين الكبيرة (Sacco et al., 2013).



ومن الناحية الوظيفية، تخلف السكتة الدماغية مجموعة واسعة من الاضطرابات أهمها الشلل النصفي أو الرباعي واضطرابات التوازن والتناسق الحركي واضطرابات النطق واللغة (الجبسة الكلامية أو عسر النطق) إضافة إلى قصور الانتباه والذاكرة والوظائف التنفيذية، وقد تترافق مع اضطرابات انفعالية كالإكتئاب والقلق وتغير الشخصية. ويميز سريريا بين السكتة الكاملة والنوبة الإقفارية العابرة **Transient Ischemic Attack** التي تزول أعراضها خلال أقل من 24 ساعة دون أن تترك أضرارا دائمة، لكنها تعد إنذارا قويا لاحتمال حدوث سكتة لاحقة (Sacco et al., 2013).

وقد تصيب السكتة الدماغية الكبار وكذلك الأطفال فيما يعرف بالسكتة الدماغية الطفولية التي تؤثر في مسار النمو الحركي واللغوي والمعرفي، وتحدث صعوبات تعلم ثانوية واضطرابات تواصل وتكيف اجتماعي لذلك تستوجب هذه الفئة تقييما نفسيا عصبيا شاملا، وبرامج تربية فردية تراعي جوانب القصور المختلفة وتتكامل فيها خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج النطق مع التكييفات الصفية والدعم النفسي الاجتماعي (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2018).

❖ **أورام الجهاز العصبي Neoplasms of the Nervous System**: يقصد بها الأورام التي تصيب الدماغ أو الحبل الشوكي أو الأعصاب وهي ناتجة عن نمو غير طبيعي لخلايا هذه الأنسجة، وقد تكون حميدة أو خبيثة. وتؤثر هذه الأورام في عمل الجهاز العصبي من خلال الضغط على المراكز المسؤولة عن الحركة أو الإحساس أو الكلام أو الذاكرة أو الانتباه أو من خلال إحداث اضطراب في انتقال السيالات العصبية، وعند الأطفال قد تظهر على شكل صداع متكرر، قيء، نوبات صرع، ضعف في أحد أطراف الجسم، اضطراب في التوازن أو تراجع في الأداء المدرسي.

وتعد أورام الجهاز العصبي من الأسباب المكتسبة للإعاقة، إذ قد تخلف صعوبات حركية مثل الشلل الجزئي أو ضعف التناسق والاضطرابات اللغوية كثقل الكلام أو صعوبات الفهم والمشكلات المعرفية كالانتباه والذاكرة إضافة إلى بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الناتجة عن التغيرات الدماغية أو عن الخبرة المرضية نفسها. (Louis et al., 2021).

ب- **إصابات الهيكل العظمي**: وهي تلك الأضرار التي تصيب العظام أو المفاصل أو الأربطة أو العضلات والتي قد تنجم عن حوادث السقوط، حوادث المرور، الإصابات الرياضية، العنف، أو نتيجة بعض الأمراض كهشاشة العظام والتهابات المفاصل. وقد تؤدي هذه الإصابات إلى تقييد الحركة والألم المزمن وضعف التوازن وصعوبات في الجلوس أو المشي أو استعمال اليدين، مما ينعكس مباشرة على قدرة الطفل على المشاركة في الأنشطة المدرسية والكتابة والتنقل داخل القسم (WHO, 2019)، ومن أهم أشكال هذه الإصابات نذكر:

❖ **الكسور**: وهي انقطاع جزئي أو كلي في استمرارية العظم نتيجة صدمة أو سقوط أو حادث. وقد تخلف تيبسا في المفاصل أو تشوهات دائمة أو ضعفا في الحركة إذا لم تعالج وتأهل وظيفيا بشكل مبكر.

❖ **الخلع والتمزق المفصلي**: تمثل خروج العظم من موضعه الطبيعي في المفصل أو تمزق الأربطة الداعمة له مما يؤدي إلى عدم الاستقرار المفصلي والألم المزمن وصعوبات في المشي أو استعمال اليدين، وهو ما ينعكس على الأداء المدرسي والأنشطة اليومية للطفل.

❖ **تشوهات العمود الفقري:** والتي قد تكون خلقية أو مكتسبة بعد إصابة أو مرض، وهذه التشوهات قد تؤثر في الجلوس والتنفس والتوازن، وتستدعي تكييف البيئة الصفية وبرامج علاج فيزيائي.

❖ **إصابات الأطراف وبترها:** تنتج عن حوادث خطيرة أو أمراض أو تشوهات، وتؤدي إلى فقدان كلي أو جزئي للوظيفة الحركية، مما يتطلب أطرافاً صناعية وتدريباً حركياً وتكييفاً تعليمياً وتقنياً لدعم الاستقلالية.

❖ **أمراض العظام المزمنة:** مثل هشاشة العظام الشديدة والتهاب المفاصل الروماتويدي وتلين العظام حيث تسبب آلاماً وضعفاً عضلياً وتقييداً في الحركة، وقد تؤدي إلى إعاقة وظيفية طويلة المدى تؤثر في التمدرس. وتشمل هذه الفئة مجموعة واسعة الأمراض مثل:

- تشوهات القدم ذات المنشأ الوراثي.
- التهاب الورك: الناتج عن نقص التروية الدموية لرأس عظم الفخذ.
- خلع الورك الخلقي لدى حديثي الولادة: والذي يعتمد نجاح علاجه على الكشف والتدخل المبكرين.
- الكساح الناتج عن نقص فيتامين د: ويتميز بتلين العظام وتأخر المشي وتقوس الساقين وسهولة الكسور.
- هشاشة العظام: اضطراب وراثي بسبب خلل في تكوين الكولاجين مما يجعلها سريعة الكسر.
- الجنف: وهو انحراف جانبي في العمود الفقري يؤثر في المظهر الخارجي والتوازن والتنفس، وقد يحتاج إلى أجهزة تقويمية أو تدخل جراحي في الحالات الشديدة.

ج- **الإصابات المتعلقة بالعضلات:** تلك الاضطرابات التي تصيب الألياف العضلية أو الأوتار أو الوصلات العصبية العضلية، وتنتج عن الصدمات، التمزقات، الالتهابات، أو أمراض عصبية-عضلية وراثية أو مكتسبة. وتعد هذه الإصابات سبباً مهماً للإعاقة الجسمية الحركية لما تخلفه من صعوبات في الجلوس والمشي والكتابة والأنشطة الصفية الدقيقة (Hallahan et al., 2018)، ومن أهم أنواع إصابات العضلات:

❖ **التمزق العضلي:** يحدث نتيجة إجهاد شديد أو حركة مفاجئة تؤدي إلى ألم حاد وتورم وضعف في القوة الحركية، وقد تقيد مشاركة الطفل في الأنشطة البدنية والكتابة لفترات متفاوتة.

❖ **الالتهابات العضلية:** تصيب الألياف العضلية بسبب عدوى أو اضطرابات مناعية، وتتميز بالألم وضعف العضلات وصعوبة الحركة.

❖ **الضمور العضلي:** اضطرابات وراثية تقدمية تتميز بتدهور تدريجي في الألياف العضلية وضعف متزايد في القوة، وصعوبات في المشي والجلوس والقيام، وقد تتطور إلى الاعتماد على الكرسي المتحرك مع ما يرافق ذلك من حاجات تربوية وتأهيلية خاصة (WHO, 2019).

- ❖ **الوهن العضلي الوبيل:** اضطراب في الوصل العصبي العضلي يسبب ضعفا سريعا ومتقلبا في العضلات الإرادية، خاصة عضلات الوجه والعينين والأطراف، ويؤثر في الانتباه والتحمل البدني داخل الصف.
- ❖ **التقلصات والتشنجات العضلية المزمنة:** تنتج عن إصابات عصبية أو عدم استعمال العضلة لفترة طويلة وتؤدي إلى تيبس المفاصل وقلة المدى الحركي وصعوبات في الوضعيات الصفية والأنشطة الدقيقة.

## 2-2- التصنيف حسب زمن حدوث الإعاقة:

يُميز هذا التصنيف بين الإعاقات التي تظهر في مراحل مبكرة من الحياة وتلك التي تُكتسب في مراحل لاحقة نتيجة أمراض أو إصابات أو حوادث. وتكمن أهمية ذلك في كونه يحدد طبيعة الخبرات الحسية والحركية التي يمر بها الفرد خلال مراحل نموه المختلفة، ويفسر الفروق في التكيف النفسي والتعليمي والاجتماعي بين من ولد بالإعاقة ومن أصيب بها لاحقا. كما يسمح هذا المدخل بتقدير أثر الإعاقة على مسارات النمو المختلفة وعلى تكون صورة الذات والتوافق النفسي. ويضم هذا التصنيف الأشكال الآتية (Heward, 2013):

- ❖ **الإعاقة البسيطة:** يكون فيها القصور الحركي محدودًا، ويستطيع الطفل الحركة والكتابة والجلوس والتنقل داخل الصف مع بعض الصعوبات الطفيفة، مثل بطء الأداء أو التعب السريع أو ضعف الدقة الحركية. وغالبا ما يحتاج إلى تكيف بسيط كإطالة الزمن وتعديل وضعية الجلوس أو استعمال أدوات مساعدة خفيفة دون أن يفقد استقلالته الوظيفية.

- ❖ **الإعاقة المتوسطة:** تتميز بوجود قيود واضحة على الحركة أو التحكم العضلي كصعوبة المشي أو ضعف التناسق الحركي أو محدودية استعمال اليدين. ويحتاج الطفل في هذه الحالة إلى وسائل مساعدة وإلى تدخلات علاج طبيعى ووظيفي، وتكيف الأنشطة الصفية والمشاركة فيها.

- ❖ **الإعاقة الشديدة:** يكون فيها العجز الحركي كبيرا وقد يعجز الفرد عن المشي أو الجلوس المستقل أو التحكم الدقيق في الأطراف، ويعتمد بدرجة عالية على الآخرين في التنقل والاعتناء بالذات والتواصل. وتستلزم هذه الدرجة تجهيزات بيئية خاصة (كراسي متحركة كهربائية، طاوولات معدلة، أجهزة تواصل مساعدة) وبرامج تربوية فردية مكثفة، وتعاوننا متعدد التخصصات بين المعلم والمعالجين والأسرة.

ويبرز هذا التصنيف أن الإعاقة الجسمية لا تُقاس فقط بوجود الإصابة، بل بمدى انعكاسها الوظيفي على التعلم، والحركة، والاستقلالية، والمشاركة الاجتماعية، وهو ما يشكل الأساس في تخطيط البرامج التربوية الفردية في ميدان التربية الخاصة.

**3- خصائص المعاقين جسمياً:**

تمثل الإعاقة الجسمية مشكلة خطيرة ينتج عنها عدم قدرة المصاب على التوافق النفسي والاجتماعي فهي بما تفرضه من حدود على إمكاناته وقدراته وتفاعلاته تؤثر على مفهومه لذاته وتنقص من ثقته بنفسه وتشعره بالقلق والعجز، كما أن الإصابة تؤثر على أساليب تفاعل الأسرة مع الطفل، فقد تلجأ تارة إلى الإنكار وإهمال الطفل أو تصاب بالقلق والإحساس بالحسرة أو الإشفاق عليه وحمائته خوفاً عليه، وبالتالي لا تهتم بتأهيله مما ينعكس على شخصيته (العزة، 2001)، ومن أهم خصائص المعاقين جسمياً نذكر:

**3-1- الخصائص الحركية والوظيفية:** يظهر لدى المعاقين جسمياً ضعف في التحكم العضلي أو محدودية في المدى الحركي أو بطء في الأداء الحركي أو اضطراب في التوازن والتناسق، وقد تتجلى في صعوبات الجلوس والمشي والوقوف والإمساك بالأدوات والكتابة. كما يعاني بعضهم من تشنجات أو تيبس مفصلي أو ارتعاشات لا إرادية مما يؤثر في الاستقلالية الحركية وأداء أنشطة الحياة اليومية داخل المدرسة.

**3-2- الخصائص المعرفية:** لا ترتبط الإعاقة الجسمية بالضرورة بانخفاض الذكاء، غير أن بعض الحالات خاصة المرتبطة بإصابات كالشلل الدماغى قد تصاحبها صعوبات في الانتباه والذاكرة العاملة وسرعة المعالجة والتخطيط، وهو ما ينعكس على التعلم الأكاديمي وتنظيم السلوك داخل الصف.

**3-3- الخصائص اللغوية التواصلية:** قد يعاني بعض الأطفال من اضطرابات النطق والصوت أو بطء الكلام خاصة في الحالات المصحوبة بضعف التحكم في عضلات الوجه واللسان والجهاز التنفسي كما في الشلل الدماغى أو الوهن العضلي، مما يؤثر في وضوح التعبير الشفهي والتفاعل الصفي، وقد يستدعي تدخلاً في علاج النطق واستخدام وسائل تواصل معززة.

**3-4- الخصائص الانفعالية والنفسية:** تشير البحوث إلى ارتفاع نسب القلق، وانخفاض مفهوم الذات والشعور بالعجز أو الإحباط والخوف من الفشل أو من نظرة الآخرين، خاصة عند الأطفال الذين يعانون من إعاقات مرئية أو قيود شديدة على الحركة. وقد تظهر استجابات انفعالية مثل الانسحاب الاجتماعي أو الاعتمادية الزائدة أو الحساسية المفرطة للنقد.

**3-5- الخصائص الاجتماعية والتكيفية:** قد يواجه المعاق جسمياً صعوبات في بناء العلاقات مع الأقران نتيجة محدودية المشاركة في اللعب والأنشطة الحركية أو نظراً للحواجز البيئية والاتجاهات الاجتماعية السلبية مما قد يحد من فرص التفاعل والتكامل الاجتماعي. وكذا الاستقلالية في مهارات العناية بالذات واتخاذ القرار.

## المحاضرة التاسعة: اضطراب طيف التوحد

### تمهيد:

برز طيف التوحد خلال السنوات الأخيرة كأحد أكثر الاضطرابات النمائية تعقيدا وتنوعا، لما يتسم به من تباين واسع في المظاهر السلوكية والقدرات المعرفية ومستويات التكيف الاجتماعي. فلم يعد التوحد ينظر اليه كحالة واحدة متجانسة، بل كطيف يمتد من اشكال بسيطة قد لا تعيق الاستقلالية الوظيفية، إلى حالات شديدة تتطلب دعما مكثفا ومستمرًا. ويتميز طيف التوحد باضطرابات نوعية في التواصل والتفاعل الاجتماعي، إلى جانب انماط سلوكية واهتمامات مقيدة ومتكررة، تظهر عادة في مراحل مبكرة من النمو وتستمر عبر مراحل الحياة المختلفة. ومن هذا المنطلق تهدف هذه المحاضرة إلى تقديم مدخل علمي لطيف التوحد من حيث المفهوم والخصائص والمعايير التشخيصية، مع التطرق لأهم الأبعاد النفسية والتربوية المرتبطة به.

### 1- تطور مفهوم طيف التوحد (Autism spectrum disorder ASD):

لم يظهر مصطلح طيف التوحد مرة واحدة بل تشكل عبر مسار تاريخي ارتبط بتطور علم الطب النفسي وعلم النفس النمائي، وبالتحولات الكبرى في فهم الاضطرابات العقلية والنمائية. ففي بدايات القرن العشرين لم يكن التوحد مفهوما قائما بذاته، بل استعمل كمفهوم وصفي ضمن إطار أوسع يتعلق بالاضطرابات الذهانية. إذ استخدم الطبيب النفسي السويسري بلوتر (1911) Bleuler مصطلح "التوحد" لوصف حالة الانسحاب من الواقع والانغلاق على الذات لدى مرضى الفصام، معتبرا إياه تعبيرًا عن هيمنة الحياة النفسية الداخلية على حساب التفاعل مع العالم الخارجي وقد أسهم هذا الاستخدام المبكر في ترسيخ تصور خاطئ مفاده أن التوحد مرتبط بالذهان، وهو تصور أثر لاحقًا في الممارسات التشخيصية لعدة عقود.

ظل هذا الفهم قائما حتى شهدت أربعينيات القرن العشرين نقطة مفصلية عندما نشر كانر (1943) Kanner دراسته الاكلينيكية التي وصف فيها مجموعة من الأطفال يتميزون بضعف شديد في التفاعل الاجتماعي ونمطية واضحة في السلوك وبدايات مبكرة جدا لهذه الخصائص. وأكد كانر أن هذه الحالات لا تشبه الفصام الطفولي بل تمثل اضطرابا نمائيا فطريا، أطلق عليه اسم التوحد الطفولي المبكر ويعد هذا الطرح بمثابة القطيعة الأولى مع التفسير الذهاني للتوحد، ووضع الأساس لفهمه كاضطراب نمائي مستقل.

في الفترة نفسها تقريبا قدم اسبيرجر (1944) Asperger وصفا لأطفال يعانون من صعوبات التفاعل الاجتماعي لكنهم يمتلكون لغة وظيفية وقدرات معرفية طبيعية أو مرتفعة، وبالرغم من أن أعماله لم تحظ بالاهتمام حينها إلا أنها كشفت مبكرا عن وجود أشكال أقل حدة من التوحد، الأمر الذي سيسهم لاحقا في بلورة فكرة التدرج داخل الظاهرة التوحدية، غير أن غياب التواصل العلمي بين السياقين الأمريكي والأوروبي إضافة إلى ظروف الحرب العالمية الثانية، أدى إلى تأخر الاعتراف بهذه الإسهامات. ورغم هذه المحاولات المبكرة للفصل بين التوحد والفصام. واستمر الخلط بينهما خلال ستينيات القرن العشرين، حيث تم إدراج التوحد ضمن فئة الفصام الطفولي في التصنيفات التشخيصية الرسمية كما هو الحال في DSM-I وDSM-II وقد رافق ذلك انتشار تفسيرات نفسية اختزالية مثل نظرية الأم الباردة التي حملت الأسرة مسؤولية الاضطراب، وهو ما أدى إلى آثار نفسية واجتماعية سلبية على الأسر وعرقل تطوير تدخلات تربوية وعلاجية مناسبة.

بدأ هذا الوضع يتغير بشكل واضح مع صدور DSM-III عام 1980، حيث تم الاعتراف بالتوحد كاضطراب نمائي مستقل، مع معايير تشخيصية محددة تركز على القصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي وقد شكل هذا التحول نقلة نوعية، إذ تم فصل التوحد نهائيا عن الاضطرابات الذهانية وترسيخ طبيعته العصبية النمائية (APA, 1980)، ومع ذلك ظل التصور سائدا بأن التوحد فئة تشخيصية واحدة نسبيا.

في هذا السياق برزت إسهامات لورنا وينغ (1981) Wing التي قدمت فهما جديدا للتوحد باعتباره طيفا متدرجا من الاضطرابات وليس حالة متجانسة، وقد بينت استنادا إلى ملاحظات ميدانية واسعة أن خصائص التوحد تظهر بدرجات متفاوتة وأن الحدود بين الحالات ليست قاطعة. كما أعادت تسليط الضوء على أعمال اسبيرجر مما عزز فكرة التنوع داخل التوحد، ومهد الطريق أمام استخدام مفهوم الطيف.

انعكس هذا التحول النظري في DSM-IV عام 1994، حيث تم اعتماد فئة «اضطرابات النمو المتفشية» التي ضمت عدة تشخيصات من بينها التوحد ومتلازمة أسبيرجر واضطراب النمو المتفشي غير المحدد. وقد عبر هذا التصنيف عن اعتراف رسمي بالتنوع السريري، لكنه في الوقت نفسه أظهر صعوبات تطبيقية بسبب التداخل الكبير بين الفئات، وضعف الثبات التشخيصي بينها (APA, 1994)، وجاء DSM-5 عام 2013 ليحسم هذا الجدل، من خلال دمج جميع هذه التشخيصات في كيان واحد هو «اضطراب طيف التوحد» مع اعتماد بعدين أساسيين للتشخيص، وتحديد مستويات مختلفة من الدعم. وقد جسد هذا التوجه النضج المفاهيمي لمفهوم الطيف، إذ لم يعد الهدف تصنيف الأفراد في فئات منفصلة بل فهم احتياجاتهم الوظيفية وتقدير مستوى الدعم اللازم لهم (APA, 2013). وسارت منظمة الصحة العالمية في الاتجاه نفسه من خلال ICD-11، مؤكدة على الطابع النمائي العصبي وعلى أهمية التوصيف الوظيفي بدلا من التصنيفات الجامدة.

## 2- تعريف طيف التوحد:

التوحد **Autisme** لفظ من أصل يوناني مكون من مقطعين "**Autos**" وتعني الذات و "**Ism**" وتعني حالة بمعنى حالة الذات، ويشير إلى حالة الانشغال الشديد للأطفال المصابين به بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين وترجم المصطلح من قبل الباحثين العرب إلى عدة مسميات مثل فصام الطفولة الاجترار، الذاتية الطفولية الانشغال بالذات، التمرکز الذاتي...، وشهد هذا التعريف الكثير من الاختلافات بين من اعتبره اضطرابا انفعاليا ومن نظر إليه كنوع من الإعاقة العقلية أو كشكل من أشكال صعوبات التعلم، وفي ما يلي بعض أهم التعريفات :

يعتبر **نيو كانر (1943) Kanner** أول من قدم وصفا علميا منهجيا للتوحد حيث عرفه على أنه "اضطراب فطري يظهر في السنوات الأولى من الحياة، ويتجلى في عجز الطفل عن إقامة علاقات انفعالية طبيعية مع الآخرين مع ميل واضح إلى العزلة والانغلاق على الذات وتمسك صارم بالروتين ومقاومة شديدة للتغيير وظهور أنماط سلوكية غير عادية ومحدودة"، وقد أسهم هذا التعريف في ترسيخ مفهوم التوحد كاضطراب نمائي مبكر ذي خصائص سلوكية وانفعالية مميزة.

وفي إطار تطوير المفهوم نظرت **ثورنا وينغ (1981) Wing** إلى اضطراب التوحد بوصفه "طيفا نمائيا واسعا يضم أفرادا يشتركون في قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي والتواصل والخيال، مع تباين كبير في شدة الأعراض ومستوى القدرات المعرفية واللغوية. وقد أكدت وينغ أن التوحد لا يمثل فئة تشخيصية واحدة محددة، بل متصلا من الاضطرابات النمائية العصبية المتدرجة"، وهو ما مهد لاحقا لاعتماد مفهوم طيف التوحد في الأدلة التشخيصية الحديثة

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة **DSM-5** طيف التوحد بأنه "اضطراب نمائي عصبي يتميز بوجود قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة إلى جانب أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة ومتكررة تظهر منذ الطفولة المبكرة، وقد تتجلى بشكل أوضح بازدياد المتطلبات الاجتماعية، مع اختلاف شدة الأعراض من فرد لآخر وضرورة تحديد مستوى الدعم المطلوب تشخيصيا (**APA, 2013**) ، وقد تم في هذا الإصدار دمج اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر و اضطراب الطفولة التفككي و اضطراب النمو الشامل غير المحدد ضمن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد مع استبعاد متلازمة ريت باعتبارها اضطرابا عصبيا جينيا مستقلا، واستحداث تشخيص اضطراب التواصل الاجتماعي البراغماتي للأفراد الذين يعانون من صعوبات تواصل اجتماعي دون وجود سلوكيات نمطية متكررة . (**Mandy et al., 2017**) .

وتعرف منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي للأمراض الإصدار الحادي عشر ICD-11 طيف التوحد بأنه "حالة نمائية عصبية تتسم بصعوبات نوعية في التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي، مصحوبة بسلوكيات واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة تظهر خلال مراحل النمو، وقد لا تكون واضحة تماما إلا عندما تفوق المتطلبات البيئية قدرات الفرد التكيفية (WHO, 2019).

يعرف قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة IDEA بأنه "إعاقة نمائية تؤثر بشكل ملحوظ في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي التفاعل الاجتماعي، تظهر عادة قبل سن الثالثة وتنعكس أكثر على الأداء التعليمي للطفل ومن السمات الشخصية المرتبطة بها تكرار الأنشطة والحركات النمطية، مقاومة التغير في البيئة أو الروتين اليومي واستجابات غير عادية للمثيرات الحسية (Hallahan & Kauffman, 2011).

واعتبر أودوم وزملاؤه Odom et al., (2010) طيف التوحد بأنه "اضطراب نمائي عصبي يؤثر في نمو المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوك التكيفي، ويحد من قدرة الطفل على التعلم والمشاركة المدرسية الفعالة مما يستدعي تدخلات تربوية وعلاجية متعددة التخصصات تراعي الفروق الفردية ومستويات الدعم الوظيفي". كما وصفه فولكمار وزملاؤه بأنه اضطراب نمائي عصبي معقد يتميز بتغاير كبير في المظاهر السريرية، ويشمل عجزا في التفاعل الاجتماعي والتواصل، إلى جانب سلوكيات نمطية متكررة، مع ارتباطه بدرجات متفاوتة من الصعوبات المعرفية والانفعالية، الأمر الذي يتطلب تخطيطا علاجيا فرديا طويلا المدى (Volkmar et al., 2014).

ومما سبق نخلص إلى القول أن التوحد انتقل من كونه حالة غامضة تفسر كاضطراب انفعالي أو عقلي إلى اعتباره اليوم اضطرابا نمائيا عصبيا ذا طيف واسع من الشدة والخصائص، يتميز بصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل وسلوكيات نمطية متكررة، مع التأكيد على الفروق الفردية وضرورة تحديد مستوى الدعم المناسب لكل حالة وفق المعايير التشخيصية الحديثة.

### 3- الخصائص التشخيصية الأساسية لاضطراب طيف التوحد:

يمثل التعرف على الخصائص التشخيصية لاضطراب طيف التوحد حجر الأساس في فهم هذا الاضطراب وتمييزه عن غيره من الاضطرابات النمائية، إذ يمثل الإطار العلمي الذي يبني عليه التشخيص الدقيق والتخطيط للتدخلات التربوية والعلاجية المناسبة، لذا عمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 والتصنيف الدولي للأمراض ICD-11 على تحديد تلك الخصائص لاضطراب طيف التوحد وفق معايير علمية بما يعكس الطبيعة النمائية العصبية للاضطراب وتدرج شدته واختلاف مظاهره من طفل لآخر. وفيما يلي عرض لأهم الخصائص التشخيصية لاضطراب طيف التوحد:

**3-1- القصور المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي:** هو السمة المركزية للاضطراب، ويظهر هذا القصور عبر سياقات متعددة، ويشمل الجوانب الآتية:

- ❖ قصور في التبادلية الاجتماعية والانفعالية: حيث يعاني الطفل من صعوبة في بدء التفاعل الاجتماعي أو الاستجابة له بشكل مناسب، ويبدو غير قادر على مشاركة الاهتمامات أو المشاعر مع الآخرين.
- ❖ قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية: يشمل ضعف التواصل البصري، محدودية تعبيرات الوجه ضعف استخدام الإيماءات، وصعوبة فهم الإشارات الاجتماعية غير اللفظية.
- ❖ قصور في تنمية العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها وفهمها: كصعوبة تكوين الصداقات المناسبة للعمر ضعف اللعب التخيلي والاجتماعي، وعدم القدرة على تعديل السلوك بما يتلاءم مع السياق الاجتماعي.

**3-2- أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة ومتكررة:** التي تعكس صعوبة في المرونة السلوكية والتكيف مع التغيرات البيئية. وتشمل هذه الأنماط سلوكيات حركية أو لفظية نمطية ومتكررة، ويجب توفر اثنين على الأقل من الخصائص التالية:

- ❖ سلوكيات حركية أو لفظية نمطية ومتكررة: مثل رفرفة اليدين، التأرجح، ترتيب الأشياء بشكل متكرر أو تكرار الكلمات والعبارات.
- ❖ التمسك الشديد بالروتين ومقاومة التغيير: ويتجلى في الضيق الشديد عند تغيير الروتين اليوم أو الإصرار على طقوس محددة وغير وظيفية.
- ❖ اهتمامات محدودة وشديدة التركيز وغير نمطية: كالتعلق المفرط بموضوعات أو أشياء معينة مع شدة غير عادية في الاهتمام بها مقارنة بالأقران.
- ❖ استجابات حسية غير عادية للمثيرات البيئية: تشمل فرط أو نقص الاستجابة للأصوات، الأضواء، اللمس الروائح، أو الانشغال المفرط بالجوانب الحسية للأشياء.

**3-3- بداية الاضطراب في مرحلة النمو المبكرة:** حتى وإن لم تكن واضحة بشكل كامل في السنوات الأولى فقد تبرز بشكل أكثر وضوحاً عندما تزايد المتطلبات الاجتماعية والتعليمية بما يفوق قدرات الطفل التكيفية. كما تشترط المعايير أن تؤدي هذه الأعراض إلى قصور وظيفي ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو التكيفي وهو ما يميز اضطراب طيف التوحد عن بعض أنماط السلوك النمائية العابرة (APA, 2013).

ويشدد كل من DSM-5 و ICD-11 على ضرورة استبعاد التفسيرات البديلة مثل الإعاقة العقلية أو التأخر النمائي العام، مع إمكانية التشخيص المزدوج إذا كانت الصعوبات الاجتماعية والتواصلية تفوق ما هو متوقع لمستوى النمو العقلي للطفل. كما يوصي التشخيص الحديث بتحديد مستوى الشدة ومستوى الدعم المطلوب بهدف توجيه التدخلات التربوية والعلاجية بصورة فردية تراعي الفروق بين الأطفال.

#### 4- تصنيف طيف التوحد:

يعد تصنيف اضطراب التوحد من القضايا المحورية في فهم هذا الاضطراب وتشخيصه والتعامل التربوي معه إذ يعكس التصنيف الإطار النظري الذي تنطلق منه الممارسات الإكلينيكية والتربوية. وقد مر تصنيف التوحد عبر مراحل تطور متعددة، بدأ بتصنيفات كلاسيكية اعتمدت على التقسيم الفئوي واضطرابات النمو الشاملة ثم انتقل تدريجياً إلى تصنيف حديث قائم على مفهوم الطيف، استجابة للتقدم العلمي في فهم الأسس العصبية والنمائية للاضطراب. وسنحاول فيما يلي عرض هذه التصنيفات:

#### 4-1- التصنيف الكلاسيكي لاضطرابات التوحد:

اعتمدت التصنيفات الكلاسيكية كما في DSM-IV-TR و ICD-10 على منظور فئوي يقوم على التمييز بين عدة اضطرابات نمائية مستقلة تصنف ضمن ما يعرف باضطرابات النمو الشاملة، والتي لكل منها خصائص نمائية وسلوكية نوعية رغم اشتراكها في السمات العامة للتوحد، وقد أدى ذلك إلى اعتماد تقسيم تشخيصي يضم عدة اضطرابات مستقلة، يختلف كل منها في درجة الشدة ومسار النمو ومستوى القدرات اللغوية والمعرفية الأمر الذي يستوجب عرض هذه الاضطرابات كل على حدة لفهم خصائصها:

❖ **التوحد الطفولي Autistic Disorder**؛ ويمثل أحد أقدم وأوضح أشكال اضطرابات النمو الشاملة في التصنيفات الكلاسيكية، ويظهر قبل سن الثالثة حيث يتسم بقصور نوعي وشديد في التفاعل الاجتماعي يعجز من خلاله الطفل عن إقامة علاقات اجتماعية طبيعية تتناسب مع مرحلته العمرية، مع ضعف واضح في الاستجابة الانفعالية للآخرين وقلة الاهتمام بالتفاعل الاجتماعي. كما يعاني الطفل المصاب بالتوحد الطفولي من اضطرابات بارزة في التواصل، قد تتراوح بين تأخر ملحوظ في تطور اللغة المنطوقة أو غيابها كلياً، واستخدام غير وظيفي للغة يتمثل في التردد الآلي للكلام أو ضعف الفهم الدلالي والبراغماتي للغة، إضافة إلى محدودية استخدام وسائل التواصل غير اللفظي كالإيماءات والتواصل البصري. وتتجلى السمة الثالثة المميزة للاضطراب في وجود سلوكيات نمطية ومتكررة واهتمامات محدودة مثل الحركات التكرارية والتمسك الصارم بالروتين

ومقاومة التغيير والانشغال بأجزاء من الأشياء بدل وظيفتها الكلية، وغالبا ما يكون هذا الاضطراب مصحوبا بإعاقة عقلية بدرجات متفاوتة، إضافة إلى اضطرابات حسية وانفعالية تؤثر في التكيف اليومي والتعلم المدرسي. وتستمر أعراض التوحد الطفولي عبر مراحل النمو المختلفة، مما يستدعي تدخلات تربوية وعلاجية مبكرة ومكثفة تستند إلى برامج فردية شاملة تهدف إلى تنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتحسين مستوى التكيف الوظيفي لدى الطفل (Hallahan & Kauffman, 2011).

❖ **اضطراب ريت Rett's Disorder**: وهو اضطراب عصبي نادر الحدوث يصيب مولودا واحدا من كل 15.000 مولود، شخصه أندرسون ريت (1966) وأعراضه تشبه التوحد لكن الفحوص الطبية أكدت وجود اختلالات في الدماغ، حيث يبدأ الاضطراب عادة ما بين 1-4 سنوات ويصيب الإناث أكثر من الذكور ومن أعراضه الأولى فقدان المهارات المكتسبة من قبل كالاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين (محمد، 2003)، وتزداد احتمالات ظهور الصرع لدى هذه الفئة لتصل إلى نسبة 80% وتزداد الإصابة باضطرابات التنفس وصعوبات في المضغ وبلع الطعام وفي النوم وبعد سن العشر سنوات يتقوس العمود الفقري لدى كثير من الإناث وقد تحتاج إلى كرسي متحرك بسبب التدهور الكبير للمهارات الحركية.

❖ **متلازمة أسبرجر Asperger's Disorder**: شكل أخف من التوحد الطفولي من حيث شدة الأعراض وتتميز هذه المتلازمة بوجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر في ضعف فهم القواعد الاجتماعية الضمنية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية متبادلة مع الأقران ومحدودية المشاركة الانفعالية، رغم امتلاك الطفل دافعية للتفاعل الاجتماعي، وعلى خلاف التوحد الطفولي لا يظهر لدى الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر تأخر ملحوظ في تطور اللغة المنطوقة أو في النمو المعرفي العام، إلا أن استخدام اللغة غالبا ما يكون غير نمطي حيث تتسم بالكلام الرسمي، وصعوبة فهم المعاني الضمنية والسخرية والتلميحات الاجتماعية (APA, 2000) وتتجلى السمة الأساسية الأخرى لمتلازمة أسبرجر في وجود اهتمامات محدودة وشديدة التركيز يقضي الطفل وقتاً طويلاً في الانشغال بها بشكل قهري (قد تكون أكاديمية أو تقنية)، إلى جانب أنماط سلوكية نمطية أقل حدة مقارنة بالتوحد الطفولي. وغالبا ما يعاني الأطفال المصابون بمتلازمة أسبرجر من صعوبات في التكيف المدرسي والاجتماعي، خاصة في المواقف التي تتطلب مرونة اجتماعية أو عملاً جماعياً رغم امتلاكهم قدرات معرفية جيدة. ويؤدي هذا التباين بين القدرات العقلية والصعوبات الاجتماعية إلى تحديات نفسية وانفعالية مثل القلق والعزلة الاجتماعية، مما يستدعي تدخلات تربوية تركز على تنمية المهارات الاجتماعية والتواصل البراغماتي ودعم التكيف المدرسي (APA, 2000 ; Volkmar et al., 2014).

❖ **تفكك الشخصية الطفولي Childhood Disintegrative Disorder** : نوع آخر من الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تتشابه إلى حد ما مع التوحد، ويتميز بالشذوذ الوظيفي في مهارات التفاعل الاجتماعي وتراجع في المهارات التي تم اكتسابها في السنوات الأولى من العمر مع شذوذ وظيفي في الأنماط السلوكية وغياب تناسق المهارات الحركية. ويتطور الطفل في هذا الاضطراب تطورا طبيعيا من جميع الجوانب من عمر سنتين إلى عشر سنوات، ثم يتبع ذلك فقدان ملحوظا للمهارات التي تعلمها وتكون على الأقل في اثنتين مما يأتي: اللغة الاستقبالية، المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي، عدم السيطرة على الأمعاء و المثانة، اللعب، المهارات الحركية (الضاهر، 2006).

❖ **الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified** : استخدم لوصف الحالات التي تظهر خصائص نمائية وسلوكية قريبة من التوحد دون أن تستوفي المعايير التشخيصية الكاملة لأي اضطراب محدد من اضطرابات النمو الشاملة الأخرى. ويطلق عليها أحيانا مصطلح "التوحد غير النمطي"، نظرا للتشابه الكبير بين مظاهرها العامة والتوحد الطفولي خاصة في مجالات التفاعل الاجتماعي والتواصل مع اختلاف في شدة الأعراض وفي نمط ظهورها (APA, 2000) ويتميز الأفراد المصابون بـ PDD-NOS بوجود قصور نوعي في أحد مجالات النمو الأساسية أو أكثر مثل التواصل الاجتماعي أو اللغة أو السلوك، إلا أن هذا القصور يكون أقل شمولاً أو أقل حدة مقارنة بالتوحد الطفولي وقد يظهر في عمر متأخر نسبياً، كما تتسم هذه الفئة باختلاف في المظاهر العامة والقدرات المعرفية واللغوية مما جعلها غير متجانسة، وأدى إلى عدم ثبات تشخيصها بين المختصين. ولهذا السبب اعتبر هذه الاضطرابات من أكثر الفئات إثارة للجدل في التصنيفات الكلاسيكية، وهو ما دفع الأدلة التشخيصية الحديثة إلى إلغائها ودمج حالاتها ضمن تشخيص واحد هو طيف التوحد مع تحديد مستويات الشدة والدعم، بما يحقق دقة أكبر في التشخيص وتوجيه التدخلات التربوية والعلاجية (Mandy et al., 2017).

وقد توصلت المراجعات النقدية للتصنيف الكلاسيكي إلى محدودية صلاحيته التشخيصية والتربوية فالحدود الفاصلة بين فئاته لم تكن دقيقة، نظراً لوجود تداخل واسع بين أعراض الاضطرابات المصنفة ضمنه إلى جانب ضعف الثبات التشخيصي عند تطبيق المعايير نفسها، كما أظهرت الدراسات أن التصنيف الفئوي لم يعكس بدقة الاحتياجات الوظيفية والتربوية الفعلية للأطفال (Volkmar et al., 2014). واستجابة لذلك انتقلت التصنيفات الحديثة إلى تبني منظور طيفي أكثر شمولاً ومرونة، تجسد في اعتماد مفهوم طيف التوحد حيث تم دمج التوحد الطفولي ومتلازمة أسبرجر واضطراب الطفولة التفككي واضطرابات النمو الشاملة غير المحددة ضمن تشخيص واحد، مع استبعاد متلازمة ريت باعتبارها اضطراباً عصبياً جينياً مستقلاً.

#### 4-2- التصنيف الحديث لاضطراب طيف التوحد:

تعتمد الأدلة التشخيصية الحديثة على مبدأ أساسي مفاده أن اضطراب طيف التوحد لا يشخص بوصفه حالة واحدة متجانسة، بل ينبغي النظر إليه كطيف متدرج من حيث شدة الأعراض ودرجة تأثيرها الوظيفي فلم يعد التشخيص مرتبطاً بمسعى فئة فرعية، وإنما بتحديد نمط الصعوبات الأساسية ومستوى الدعم اللازم لكل حالة على حدة، مما يساهم في توجيه التخطيط التربوي الفردي، واختيار الاستراتيجيات التعليمية المناسبة وتحديد درجة الدمج المدرسي الممكنة، كما يساعد المعلمين والأخصائيين على تصميم برامج تعليمية وعلاجية واقعية تراعي قدرات الطفل واحتياجاته الفعلية، بدل الاعتماد على تشخيص عام لا يعكس الفروق الفردية (Odom et al., 2010). وبناءً على ذلك صنف DSM-5 اضطراب طيف التوحد إلى ثلاثة مستويات للدعم هي:

❖ **المستوى الأول: يحتاج إلى دعم:** يظهر الأفراد فيه صعوبات ملحوظة في التفاعل الاجتماعي خاصة في المواقف غير المألوفة مع وجود سلوكيات نمطية قد تعيق المرونة والتكيف، وغالباً ما يستطيع الطفل استخدام اللغة الوظيفية لكنه يعاني من ضعف المبادرة الاجتماعية والتنظيم السلوكي، ويحتاج إلى دعم تربوي محدود ومنظم داخل البيئة المدرسية.

❖ **المستوى الثاني: يحتاج إلى دعم كبير:** يتسم هذا المستوى بوضوح القصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي وضعف الاستجابة الاجتماعية حتى مع الدعم. كما تكون السلوكيات النمطية والمقاومة للتغيير أكثر شدة وتؤثر بشكل مباشر في التعلم والمشاركة الصفية، مما يستدعي تدخلات تربوية متخصصة ومكثفة.

❖ **المستوى الثالث: يحتاج دعماً كبيراً جداً:** يمثل هذا المستوى أشد درجات الطيف حيث يعاني الفرد من قصور شديد في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع محدودية كبيرة في اللغة الوظيفية وسلوكيات نمطية متكررة شديدة تعيق الأداء اليومي بشكل واضح. ويتطلب الأفراد في هذا المستوى برامج تدخل شاملة وطويلة المدى ودعماً مستمراً عالي الكثافة.

#### 5- أسباب طيف التوحد:

على الرغم من أن تشخيص طيف التوحد يعتمد غالباً على الأعراض السلوكية، إلا أن الدراسات الحديثة تؤكد أن أسباب الاضطراب متعددة ومعقدة، تشمل تفاعلات بين العوامل الوراثية، البيولوجية، العصبية، والبيئية. لذا فإن فهم هذه الأسباب أمر مهم لتطوير استراتيجيات تدخل مبكرة وفعالة، وفيما يلي أهم الأسباب:

**1-5- العوامل الوراثية والجينية:** تشير الدراسات الجينية إلى أن للتوحد أساسا وراثيا قويا، حيث ترتفع نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة مقارنة بغير المتماثلة، كما تم تحديد عدد كبير من الجينات المرتبطة بنمو المشابك العصبية وتنظيم الاتصال بين الخلايا العصبية، مثل الجينات المرتبطة بالكروموسومات 2، 7، 15، و16. وتؤكد الأبحاث أن الاضطراب متعدد الجينات مع تداخل تأثيرات وراثية معقدة (Geschwind & State, 2015)

**2-5- العوامل العصبية والبيولوجية:** تظهر دراسات التصوير الدماغى وجود اختلافات في بنية ووظيفة مناطق دماغية مسؤولة عن التواصل الاجتماعي واللغة والتنظيم الانفعالي، مثل الفص الجبهي، اللوزة الدماغية المخيخ، إضافة إلى اضطراب الترابط الوظيفي بين الشبكات العصبية، كما يلاحظ تسارع غير نمطي في نمو الدماغ خلال السنوات الأولى من العمر لدى بعض الأطفال ذوي التوحد. ومن الناحية البيولوجية تشير البحوث إلى دور اختلالات في النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين واضطرابات في الجهاز المناعي، وعوامل التهابية أثناء الحمل، إضافة إلى مضاعفات الحمل والولادة مثل نقص الأكسجين، الولادة المبكرة، وانخفاض وزن المولود (Johnson & Myers, 2007).

**3-5- العوامل البيئية المبكرة:** تشمل تعرض الجنين لبعض السموم أو الأدوية أو العدوى الفيروسية أثناء الحمل، إلى جانب العمر المتقدم للأبوين وسوء التغذية قبل الولادة وهي عوامل لا تعد أسبابا مباشرة بقدر ما تمثل عوامل خطورة تتفاعل مع الاستعداد الجيني (WHO, 2019)

وتجمع النماذج التفسيرية الحديثة على أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن تفاعل دينامي بين الاستعداد الوراثي والتغيرات العصبية والعوامل البيئية المبكرة ضمن إطار النمو العصبي، وليس نتيجة لعوامل نفسية أسرية كما افترضت النظريات القديمة (Ozonoff et al., 2015).

## 6- أدوات التشخيص:

يعتبر تشخيص اضطراب طيف التوحد من الأمور المعقدة خاصة في الدول العربية لقلة المختصين المهنيين لذلك بطريقة علمية، مما يؤدي إلى الكثير من الأخطاء في التشخيص أو إلى تجاهل الاضطراب في المراحل المبكرة من حياة الطفل، وبالتالي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة حيث لا يمكن تشخيص الحالة دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة في النمو والتطور. كما يجب أن تتم عملية تشخيص الاضطراب من قبل فريق متكامل مكون من أخصائيين في تخصصات مختلفة حيث يضم هذا الفريق: طبيب أعصاب، طبيب نفسي أخصائي نمو، أخصائي نفسي، أخصائي أطفونى وأخصائي علاج طبيعي... ويتم استخدام مجموعة من الأدوات لتشخيص الحالة مثل:

**1-6- المقابلات التشخيصية Clinical Interviews** : تعتبر المقابلة مع الأهل أو مقدمي الرعاية من أهم الأدوات التشخيصية لطيف التوحد. حيث يقوم المختص بمناقشة تاريخ الطفل الصحي والنمائي مع الأهل للكشف عن المؤشرات المبكرة، وتهدف هذه المقابلات إلى تحديد الأعراض الأولية مثل صعوبة التفاعل الاجتماعي أو تأخر في مهارات اللغة وتحديد السلوكيات المتكررة أو الاهتمامات الضيقة والمحدودة، وكذا التعرف على أي مشاكل صحية أو بيئية قد تكون ساهمت في ظهور الأعراض.

**2-6- مقابلة التوحد التشخيصية النسخة المعدلة Autism Diagnostic Interview-Revised ADI-R** : اختبار تشخيصي معمم يعتمد على مقابلة منظمة مع الوالدين أو مقدمي الرعاية. يركز على ثلاثة مجالات أساسية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات المتكررة والقيود. يتم استخدامه بشكل واسع في البحث السريري والعيادات المرجعية لتأكيد التشخيص. ويقدم هذا الاختبار معلومات تاريخية دقيقة عن السلوكيات عبر مراحل عمرية مختلفة، مما يسمح بتقييم مدى شدة وظهور أعراض التوحد (Rutter et al., 2003).

**3-6- اختبار تقييم التشخيص لاضطراب التوحد Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS-2** : أحد الأدوات الأكثر شيوعاً لتقييم الأفراد المحتمل إصابتهم بطيف التوحد، حيث يتكون الاختبار من مجموعة من الأنشطة الموجهة والتي تتيح للمختص ملاحظة سلوكيات الشخص في مجالات التواصل الاجتماعي والسلوكيات المتكررة في عدد من المجالات (Lord et al., 2012) :

- التفاعل الاجتماعي: مراقبة قدرة الشخص على التواصل مع الآخرين من خلال النشاطات المشتركة.
- السلوكيات المتكررة: مثل الحركات المتكررة أو التركيز على شيء معين.
- التواصل اللفظي وغير اللفظي: ملاحظة استخدام اللغة والتواصل الجسدي.

**4-6- استبيان التوحد للأطفال Childhood Autism Rating Scale - CARS3** : هو عبارة عن أداة تقييم تستخدم لتحديد وجود اضطراب طيف التوحد وتحديد شدة الأعراض لدى الأطفال ويستهدف تقييم مدى تطابق سلوك الطفل مع معايير التوحد. يشمل أربعة مجالات هي التواصل الاجتماعي، مهارات السلوكيات المتكررة والمقيدة، التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية (Gilliam, 2014).

**5-6- اختبار التشخيص اللفظي للأطفال Autism Diagnostic Interview - Revised - ADI-R** : مقابلة هيكلية معمقة مع الأهل أو مقدمي الرعاية للأطفال المشتبه في إصابتهم بالتوحد. يعتمد هذا الاختبار على تقييم الطفل في مجالات التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والسلوكيات المتكررة. حيث يساعد هذا الاختبار في التحقق من وجود السلوكيات التي تشير إلى طيف التوحد وفقاً للمعايير الدولية من خلال:

- التفاعل الاجتماعي: فحص قدرة الطفل على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- التواصل: يتضمن القدرة على استخدام اللغة في الحياة اليومية.
- السلوكيات المتكررة: مثل الحركات الطقسية أو تكرار الكلمات.

#### 6-6- مقياس الاستجابة الاجتماعية Social Responsiveness Scale- Second Edition SRS-2 : هو استبيان

يقدم للوالدين أو المعلمين لتقييم صعوبات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال، حيث يستخدم للكشف المبكر عن الصعوبات ولتقييم شدتها على نطاق واسع (Constantino & Gruber, 2012) ويقاس:

- الانتباه للعلاقات الاجتماعية.
- القدرة على إدراك المشاعر والتعبير عنها.
- التفاعلات الاجتماعية.

#### 6-7- التقييم النفسي العصبي Neuropsychological Testing: قد يكون مفيدا في الحالات التي تتطلب تقييما

أعمق للوظائف المعرفية كالذاكرة والانتباه والقدرات اللفظية، ويمكن أن يساعد هذا النوع من التقييم في استبعاد اضطرابات أخرى أو في تحديد المجالات التي يحتاج فيها الطفل إلى دعم إضافي، ومن تلك المجالات نذكر:

- القدرات المعرفية: مثل الانتباه والتركيز.
- الذاكرة: اختبارات لقياس القدرة على تذكر المعلومات.
- الوظائف التنفيذية: تقييم قدرة الطفل على تنظيم السلوك واتخاذ القرارات.

#### 6-8- أدوات تقييم اللغة والتواصل : ومن بين هذه الأدوات نجد مقياس Preschool Language Scale PLS-5

الذي يقيم الفهم والتعبير اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال من الولادة حتى سن 7 سنوات ويتيح تحديد الاختلالات اللغوية المبكرة، ومقياس Clinical Evaluation of Language Fundamentals CELF-5 الذي يستخدم للأطفال الأكبر سنا لتقييم المهارات اللغوية الشفهية والكتابية، وتساعد على تحديد المشكلات الدقيقة في اللغة (Zimmerman & al., 2011).

#### 6-9- مقياس فينلاند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Scales VABS-3 : ويهدف إلى قياس

قدرة الطفل على أداء مهام الحياة اليومية والتكيف الاجتماعي، مهارات التواصل، الرعاية الذاتية، المهارات الاجتماعية، والحركية، وتساعد على وضع خطة تدخل فردية وفق نقاط القوة والضعف لدى الطفل.

#### 6-10- التقييم المعرفي: يهدف إلى تحديد مستوى الذكاء والقدرات المعرفية لدى الطفل، وهو مهم لفهم تأثير

طيف التوحد على التعلم والتكيف .

**7- خصائص أطفال طيف التوحد :**

من خلال ما سبق يمكن التأكيد على أن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتميز بمجموعة من الخصائص السلوكية والنمائية التي تؤثر في التفاعل الاجتماعي التواصل، السلوك، والوظائف التكيفية، وتختلف هذه الخصائص من طفل لآخر من حيث النوع والشدة تبعاً لموقع الطفل على الطيف ومستوى قدراته المعرفية واللغوية

**7-1- الخصائص الاجتماعية :** يظهر أطفال طيف التوحد قصوراً واضحاً في التفاعل الاجتماعي يتمثل في ضعف المبادرة الاجتماعية، محدودية التواصل البصري، قلة استخدام تعبيرات الوجه والإيماءات وصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية مع الأقران، كما يعانون من ضعف في المشاركة الوجدانية وفهم مشاعر الآخرين، وقد يبدو غير مهتمين باللعب الجماعي أو الأنشطة التفاعلية. ويرتبط هذا القصور بصعوبات في إدراك الإشارات الاجتماعية وتفسيرها، وليس بانعدام الرغبة في التفاعل (الخطيب، 2013؛ الشخص، 2015).

**7-2- الخصائص التواصلية واللغوية :** تتسم جوانب اللغة والتواصل لدى أطفال طيف التوحد بتباين كبير حيث يعاني بعضهم من غياب اللغة المنطوقة أو تأخرها الشديد، بينما يمتلك آخرون لغة لفظية لكنها نمطية وغير وظيفية اجتماعياً. ومن أبرز الخصائص اللغوية نجد الصدى الكلامي (الترديد)، الاستخدام الحرفي للغة ضعف القدرة على بدء الحوار أو الاستمرار فيه وصعوبة فهم المعاني الضمنية والمجازية. كما يظهر قصور في التواصل غير اللفظي مثل الإشارة، تعبيرات الوجه، وتنغيم الصوت (الزريقات، 2018؛ أبو زيد، 2016).

**7-3- الخصائص السلوكية :** يميل أطفال طيف التوحد إلى إظهار سلوكيات نمطية ومتكررة مثل رفرفة اليدين التأرجح، الدوران حول الذات، أو اللعب المتكرر بالأشياء بطريقة واحدة. كما يتميزون بالتمسك الشديد بالروتين ومقاومة التغيير والانشغال باهتمامات محدودة قد تبدو غير مألوفة من حيث الشدة أو الموضوع. وتفسر هذه السلوكيات عادة بوصفها وسائل لتنظيم الذات أو التكيف مع البيئة، لكنها قد تعيق التعلم والتفاعل الاجتماعي إذا لم يتم التعامل معها تربوياً بشكل سليم (الخطيب وآخرون، 2014).

**7-4- الخصائص الحسية :** يعاني عدد كبير من أطفال طيف التوحد من اضطرابات في المعالجة الحسية حيث قد يظهرون فرط استجابة أو نقص استجابة للمثيرات الحسية المختلفة مثل الأصوات، الأضواء، اللمس الروائح أو المذاق. فقد ينزعج الطفل من أصوات عادية أو يرفض بعض أنواع الملابس أو الأطعمة، أو على العكس قد لا يستجيب للألم بشكل متوقع. وتؤثر هذه الخصائص الحسية في السلوك اليومي والانتباه والتكيف المدرسي (الشخص، 2015؛ الزريقات، 2018).

**5-7- الخصائص المعرفية :** تتراوح القدرات المعرفية لدى أطفال هذه الفئة من الإعاقة العقلية إلى الذكاء المتوسط أو المرتفع، وغالبا ما يظهر لديهم نمط غير متوازن من القدرات. فقد يتميز الطفل بقوة في الذاكرة البصرية والانتباه للتفاصيل، مقابل ضعف في التفكير المجرد، المرونة المعرفية، وحل المشكلات الاجتماعية. كما يعاني كثير منهم من صعوبات في الانتباه والتنظيم التنفيذي، مما ينعكس على الأداء الأكاديمي (أبو زيد، 2016؛ الخطيب، 2013).

**6-7- الخصائص الانفعالية والسلوكية :** قد تظهر لدى أطفال طيف التوحد مشكلات انفعالية وسلوكية مثل نوبات الغضب، القلق، السلوك العدواني أو إيذاء الذات، خاصة في حالات الإحباط أو التغير المفاجئ في الروتين. وترتبط هذه المشكلات غالبا بضعف مهارات التواصل وعدم القدرة على التعبير عن الاحتياجات أو المشاعر مما يؤكد أهمية التدخل المبكر والدعم الأسري والتربوي (الزريقات، 2018؛ الخطيب وآخرون، 2014).

## المحور الثالث: البرامج التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة

### الحاضرة العاشرة: الوقاية والتدخل المبكر في حالات الإعاقة.

#### تمهيد:

تعمل مختلف برامج التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة في اتجاهين أساسيين هما الاتجاه الوقائي والعلاجي ويهدف الأول على تطبيق استراتيجيات وقائية وعلاجية تهدف إلى منع حدوث الإعاقة أو تقليل نسبة حدوثها أما الخدمات العلاجية فتهدف إلى إزالة القصور أو العجز في المجالات الوظيفية المختلفة أو خفضه والتخفيف من حدته لمساعدة الطفل على النمو والتعلم، وقد تحول الاهتمام بالإعاقة من التركيز على العلاج إلى التركيز على الوقاية والكشف والتدخل المبكر، انسجاماً مع الاتجاهات الحديثة التي تنظر إلى الإعاقة بوصفها نتيجة تفاعل بين عوامل فردية وبيئية يمكن التأثير فيها مبكراً.

#### 1- تعريف الوقاية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الوقاية في مجال الإعاقة بأنها مجموعة السياسات والإجراءات الصحية والاجتماعية والتربوية التي تهدف إلى تقليل حدوث الإعاقات من خلال التحكم في عوامل الخطورة البيولوجية والبيئية وتعزيز النمو السليم للأطفال منذ المراحل الأولى للحياة (WHO, 2011).

ويعرفها شونكوف وفيليبس بأنها عملية تدخل مبكر على مستوى الفرد والمجتمع تسعى إلى حماية النمو العصبي والوظيفي للطفل عبر تحسين ظروف الحمل، والولادة، والطفولة المبكرة، والحد من التعرض للعوامل المهيدة للنمو (Shonkoff & Phillips, 2000).

أما الخطيب (2013) فيرى بأنها مجموعة الإجراءات الطبية والتربوية والاجتماعية المنظمة التي تهدف إلى التحكم في العوامل المسببة للإعاقة، وتقليل احتمالية حدوثها أو الحد من آثارها الوظيفية والنفسية والاجتماعية على الفرد والأسرة والمجتمع.

وانطلاقاً من التعريفات السابقة يمكن القول أن الوقاية في مجال الإعاقة هي عملية تخطيط شاملة ومنظمة تتضمن إجراءات صحية وتربوية واجتماعية مبكرة، تهدف إلى حماية نمو الطفل الجسدي والعصبي والنفسي والحد من تعرضه لمختلف عوامل الخطر البيولوجية والبيئية التي قد تؤدي إلى حدوث الإعاقة أو زيادة حدتها عبر التوعية والرعاية الصحية والتدخل التربوي المبكر قصد تقليل آثار الإعاقة على الطفل وأسرته والمجتمع.

**2- مستويات الوقاية من الإعاقة :**

لا تقتصر عملية الوقاية على منع حدوث الإعاقة فحسب، بل تمتد إلى الحد من شدتها وتقليل مضاعفاتها وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسره، وقد اتفق الباحثون على تصنيف الوقاية إلى مستويات متدرجة تعكس توقيت التدخل وأهدافه، وتتكامل فيما بينها لتحقيق أقصى فائدة ممكنة للنمو الإنساني، وعليه نميز بين ثلاثة مستويات رئيسية للوقاية هي (الحدودي والخطيب، 1997):

**1-2- الوقاية الأولية :** تهدف إلى منع حدوث الإعاقة قبل وقوعها وذلك من خلال التحكم في العوامل المسببة لها. وتعد هذه المرحلة الأكثر فاعلية من حيث تقليل نسب الإعاقة في المجتمع، وتشمل هذه الوقاية:

- الرعاية الصحية قبل الزواج وخلال الحمل.
- التوعية بأهمية التغذية السليمة للأم.
- تجنب التعرض للأمراض المعدية، العقاقير، والإشعاعات.
- برامج التلقيح والوقاية الصحية للأطفال.

**2-2- الوقاية الثانوية :** تركز على الكشف المبكر عن الإعاقة وعوامل الخطر المرتبطة بها بهدف التدخل السريع قبل تفاقم المشكلة، وتؤكد العديد من الدراسات أن التشخيص المبكر يحد من تطور الإعاقة ويزيد من فرص التكيف السليم، وتشمل هذه الوقاية:

- الفحوصات الطبية الدورية للرضع.
- الكشف المبكر عن التأخر النمائي.
- استخدام أدوات التشخيص المبكر في اضطرابات النمو.
- متابعة الأطفال المعرضين للخطر (الخدج، منخفضو الوزن، ذوو التاريخ المرضي).

**2-3- الوقاية الثالثية :** تهدف إلى الحد من آثار الإعاقة بعد حدوثها من خلال إعادة التأهيل، التدريب والدعم النفسي والاجتماعي. وتهدف هذه المرحلة إلى تحسين نوعية حياة الفرد ذي الإعاقة وتقليل الاعتماد على الآخرين ويشمل هذا المستوى:

- برامج التأهيل الطبي والتربوي.
- الدمج التعليمي والاجتماعي.
- الدعم الأسري والإرشاد النفسي.
- تنمية المهارات التكيفية والاستقلالية.

**3- تعريف التدخل المبكر:**

يعرف جورالنيك التدخل المبكر بأنه مجموعة من الخدمات التربوية والعلاجية الموجهة للأطفال من الولادة حتى سن الخامسة، والهادفة إلى تحسين مسارات النمو وتقليل آثار الإعاقة من خلال العمل المبكر مع الطفل وأسرته (Guralnick, 2011).

ويعرفه مايزل وشونكوف التدخل المبكر هو نظام متكامل من الدعم المهني يركز على تعزيز الكفاءة النمائية للطفل داخل سياقه الأسري والاجتماعي، اعتمادًا على مبدأ أن السنوات الأولى تمثل فترة حرجة للتعليم والتكيف (Meisels & Shonkoff, 2000).

ويعرفه الخطيب بأنه مجموعة من الخدمات التربوية، النفسية، العلاجية والاجتماعية التي تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم إعاقة أو معرضون لخطر الإصابة بها، بهدف تعزيز نموهم الشامل وتقليل آثار الإعاقة (الخطيب، 2013).

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن التدخل المبكر مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية أو مجموعة إجراءات أو مجموعة الجهود المبذولة التي تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

**4- مبررات التدخل المبكر:**

تنطلق فكرة التدخل المبكر من عدد من المبررات التي بينها العديد من التجارب العالمية في رعاية الأشخاص المعاقين وحتى في رعاية العاديين ومن بين تلك المبررات نذكر (Shonkoff & Phillips, 2000; WHO, 2016):

- الدماغ في السنوات الأولى من عمر الطفل يتمتع بدرجة عالية من المرونة العصبية مما يجعل التدخل المبكر أكثر فاعلية في تعديل مسارات النمو وتقليل آثار الإعاقة.
- منع تطور الإعاقة وظهور مشكلات مرتبطة بها ومعالجة نقاط الضعف قبل أن تصبح جزءا مستقرا للسلوك.
- تمكين الأسرة وتزويدها بالمعرفة والمهارات اللازمة للتعامل مع الطفل ذي الإعاقة وتقليل الضغط النفسي والاجتماعي عليها، وكذا إشراكها في برامج العلاج والتربية تحسين استمرارية التعلم خارج المؤسسات التربوية.
- يساعد التدخل المبكر الطفل على تطوير المهارات التكيفية والاجتماعية اللازمة للتفاعل مع أقرانه، مما يزيد من فرص الدمج في المدارس العادية والمجتمع، ويقلل من العزلة الاجتماعية.
- التدخل المبكر جهد ذو جدوى اقتصادية حيث يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

**5- أهداف التدخل المبكر:**

تشير الدراسات إلى أن التدخل في السنوات الأولى من حياة الطفل يسهم بوضوح في تعزيز تطوره الشامل ويمنع تفاقم الإعاقة أو ظهور مشكلات إضافية قد تعيق حياته اليومية أو التعليمية. كما يمكن من دمج الطفل في المجتمع بشكل طبيعي ويخفف العبء على الأسرة عبر تزويدها بالإرشاد والتدريب المناسب (الخطيب، 2013) وفيما يلي أبرز أهداف التدخل المبكر:

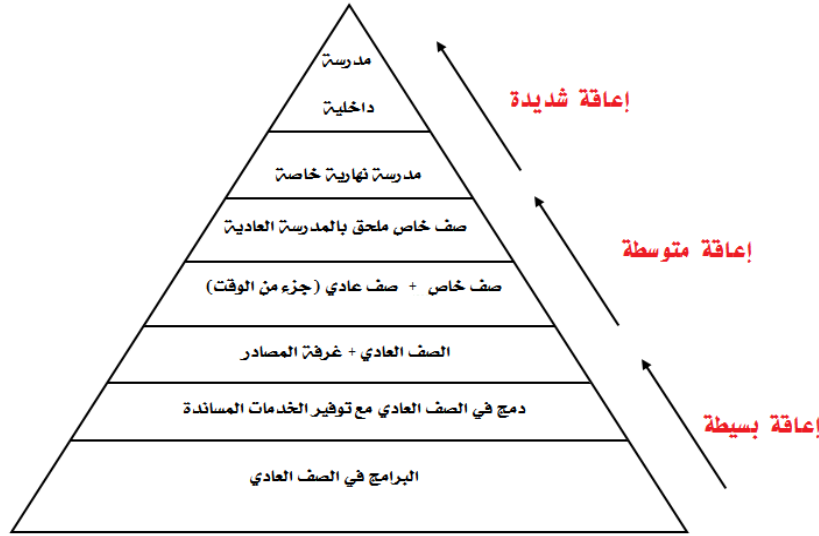
- التقليل من الآثار السلبية لحالات الإعاقة على نمو الطفل، والمنع قدر الإمكان من حالات تدهور الحالة.
- مساعدة الطفل بقدر الإمكان على التكيف مع البيئة.
- إحداث تغيرات جوهرية في شتى المجالات الجسمية والإدراكية واللغة والكلام وتوفير علاج مهني وطبي وطبيعي.
- التقليل من جهد العائلة من خلال تدريبها وإرشادها إلى الطريق الصحيح.
- التقليل من المشاكل السلوكية والسيطرة عليها.
- إعطاء المعوقين وكل من يحتاج إلى التدخل المبكر حقه في المجتمع كأفراد عادي.

**6- أشكال التدخل المبكر:**

من خلال الأهداف السابقة يتضح أن التدخل لا يقتصر على شكل واحد بل يتنوع وفق احتياجات الطفل ومستوى إعاقته والبيئة المحيطة به، ويهدف كل شكل من أشكال التدخل المبكر إلى تعزيز نمو الطفل في المجالات الجسمية والمعرفية والاجتماعية وتحقيق أقصى قدر من الاستقلالية والاندماج في المجتمع، كما يعتمد اختيار شكل التدخل على عوامل عدة كطبيعة الإعاقة، مرحلة عمر الطفل، توفر الموارد التربوية والطبية ومشاركة الأسرة في العملية التربوية والعلاجية. لذلك حرص الباحثون على تصنيف التدخل المبكر إلى أشكال متعددة يمكن توظيفها تبعاً لحالة الطفل.

**6-1- التدخل المنزلي المبكر:** في هذه البرامج تكون المسؤولية الكبرى على عاتق الآباء في تدريب أبنائهم، لذلك وجب إعدادهم أولاً على كيفية التعامل مع الطفل وماهية المهارات التي يمكن أن يتعلمها الطفل وما مدى تطوره فيها ومن إيجابيات هذا النموذج أنه غير مكلف ويوفر الخدمة في البيئة الطبيعية للطفل، ويعمل على مشاركة الأسرة الفعالة لكن هذا الشكل بدوره قد يواجه عدداً من المشكلات كعدم قدرة أولياء الأمور على تدريب أبنائهم بشكل بناء، ووضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الاجتماعي (الخطيب، 2013).

2-6- التدخل التربوي المبكر: تقدم خدمات التدخل المبكر في رياض الأطفال أو المراكز المتخصصة أو المدارس ويعتمد هذا الشكل على برامج منظمة داخل رياض الأطفال أو المدارس المبكرة، مع استخدام أساليب تعليمية فردية أو جماعية تتناسب مع قدرات الطفل، وتشمل الخدمات المقدمة عادة التدريب في مختلف مجالات النمو عبر فريق متعدد التخصصات، ومن بين المشكلات التي يواجهها هذا النوع من التدخل مشكلات المواصلات والصعوبات المرتبطة بها والكلفة المادية العالية وعدم مشاركة أولياء الأمور بفعالية (Guralnick, 2011).



3-6- التدخل الطبي: يتعلق بالكشف المبكر عن المشكلات الصحية أو الإعاقات وتقديم العلاج الطبي المناسب مثل علاج ضعف السمع أو البصر، التحكم في الأمراض المزمنة، والتدخل الجراحي أو الدوائي عند الضرورة. وهذا النوع من التدخل يقلل من المضاعفات الصحية ويساعد الطفل على المشاركة الكاملة في التعلم والنشاطات اليومية (WHO, 2016).

4-6- التدخل العلاجي أو الوظيفي: يشمل هذا الشكل العلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي، وعلاج النطق والكلام ويهدف إلى تطوير المهارات الحركية والحسية والتواصلية، حيث يعتمد على تقييم شامل لقدرات الطفل وتصميم برامج علاجية فردية لتعزيز الاستقلالية والمهارات الوظيفية. وقد أظهرت البحوث أن التدخل العلاجي المبكر يحسن من الأداء الحركي والمعرفي للأطفال ذوي الإعاقات النمائية (Meisels & Shonkoff, 2000).

## 7- معوقات التدخل المبكر:

رغم الأهمية الكبيرة للتدخل المبكر في تحسين نمو الأطفال ذوي الإعاقات وتقليل أثارها، إلا أنه غالباً ما تواجهه مجموعة من المعوقات التي تحد من تحقيق أهدافه بالكامل. ويمكن تصنيف هذه المعوقات إلى:

**1-7- معوقات متعلقة بالأسرة:**

- نقص الوعي لدى الأسرة حول أهمية التدخل المبكر وطرق دعم الطفل.
- ضعف القدرة الاقتصادية على تغطية تكاليف العلاج أو البرامج التعليمية المتخصصة.
- صعوبات في التكيف النفسي للأسرة مع حالة الطفل، مما قد يعيق مشاركتها الفعالة في التدخل

**2-7- معوقات متعلقة بالطفل:**

- شدة الإعاقة أو وجود إعاقات متعددة مما يزيد من صعوبة تطبيق برامج التدخل المبكر.
- ضعف القدرة على التركيز والتعاون خاصة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد أو التأخر العقلي الشديد.
- مشكلات صحية مزمنة مرتبطة بالإعاقة تعيق قدرة الطفل على الاستفادة الكاملة من البرامج.

**3-7- معوقات متعلقة بالكوادر المهنية:**

- نقص الكوادر المدربة والمتخصصة في التدخل المبكر.
- ضعف الخبرة العملية للمعلمين والأخصائيين في تصميم برامج فردية مناسبة لكل طفل.
- غياب التنسيق بين القطاعات الصحية والتربوية والاجتماعية مما يقلل من فاعلية البرامج.

**4-7- معوقات متعلقة بالبيئة والمؤسسات:**

- قلة الموارد المالية والتقنية المتاحة لتوفير برامج التدخل المبكر.
- محدودية البنية التحتية للدمج المجتمعي مثل غياب رياض الأطفال المتخصصة أو النوادي الداعمة للأطفال ذوي الإعاقة.
- نقص الدعم الحكومي أو السياسات المنظمة للتدخل المبكر.

**5-7- معوقات متعلقة بالثقافة والمجتمع:**

- النظرة السلبية للإعاقة في بعض المجتمعات مما يقلل من رغبة الأسر في طلب التدخل المبكر.
- تدني مستويات الوعي وتأخر اكتشاف حالات الأطفال المعاقين في سن مبكرة.
- نقص عدد المؤهلين في مجال التدخل المبكر لإجراء عمليات الكشف والتشخيص والتدريب والتعليم.

## المحاضرة الحادية عشر: التأهيل التربوي للمعاقين مقليا.

### تمهيد :

يهدف التأهيل التربوي لذوي الإعاقة العقلية إلى تمكينهم من تحقيق أقصى قدر ممكن من الاستقلالية والاندماج الاجتماعي والتعليمي، وقد أصبحت البرامج التربوية الحديثة أكثر مرونة إذ تراعي الفروق الفردية بين المتعلمين ذوي الإعاقة العقلية، من خلال ربط التعليم بالأنشطة العملية اليومية لضمان اكتساب المهارات الضرورية للحياة المستقلة والمشاركة المجتمعية، وتعتمد هذه البرامج على مجموعة من المبادئ الأساسية أهمها التشخيص الدقيق للحالة، تهيئة بيئة تعليمية محفزة، استخدام استراتيجيات تعديل السلوك، تعزيز التعلم الفردي والجماعي وتطوير المهارات الاجتماعية والمهنية. لذا فإن فهم هذه البرامج وأسس تصميمها يتطلب معرفة أدوات التقييم التربوي واستراتيجيات التعليم التفاعلي وأساليب التدخل المبكر، وتمثل هذه المحاضرة مدخلا لفهم الأطر النظرية والعملية التي تقوم عليها البرامج التربوية المخصصة لهذه الفئة الخاصة.

### 1- مفهوم التأهيل:

عرفت منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه عملية متعددة الأبعاد تهدف إلى تمكين الأفراد ذوي الإعاقات أو الصعوبات من استعادة قدراتهم أو تطوير مهارات جديدة تؤهلهم للاندماج الاجتماعي والمهني وتحقيق الاستقلالية (WHO, 2011).

ووفق الجمعية الأمريكية للمعاقين التأهيل هو برنامج شامل يهدف إلى تحسين مستوى الأداء الشخصي والاجتماعي للفرد من خلال توفير التدريب والخدمات الملائمة لاحتياجاته الخاصة، بما يحقق له أكبر قدر من الاعتماد على الذات والمشاركة المجتمعية (AAIDD, 2010).

وحسب لوكاسون وآخرون فإن التأهيل يشمل التدخلات التعليمية، العلاجية، والاجتماعية التي تهدف إلى تمكين الفرد من التغلب على القيود الوظيفية الناتجة عن الإعاقة (Luckasson et al., 2021).

ويعرف التأهيل التربوي بأنه نوع من التأهيل يركز على تنمية القدرات المعرفية، التعليمية والسلوكية للفرد باستخدام برامج وأنشطة تربوية منظمة تتناسب مع قدراته واحتياجاته الخاصة (Shogren et al., 2015). وهو يشمل برامج التعليم الفردية المصممة وفق مستوى قدرات كل طفل وبرامج المهارات الحياتية والاجتماعية التي تساعد على التكيف مع الحياة اليومية واستراتيجيات تعديل السلوك التي تعزز التعلم الإيجابي.

## 2- المبادئ التي تقوم عليها فلسفة التأهيل:

يعتبر تصميم البرامج التربوية للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية عملية دقيقة تهدف إلى تحقيق تعلم فعال وتطوير مهارات حياتية وتعزيز الاستقلالية والاندماج الاجتماعي، ومن أهم المبادئ التي يجب مراعاتها في تصميم هذه البرامج يمكن ذكر (Luckasson et al., 2021; Shogren et al., 2015):

**1-2- مراعاة الفروق الفردية:** يجب أن تراعي البرامج التربوية الفروق الفردية بين المتعلمين، بما في ذلك القدرات العقلية، الحسية، والسلوكية. يتمثل التطبيق العملي لهذا المبدأ في إعداد خطط تعليمية فردية تحدد أهدافاً واضحة وقابلة للقياس لكل متعلم مع مراعاة سرعته في التعلم واحتياجاته الخاصة.

**2-2- الشمولية والتكامل:** يجب أن تشمل البرامج التربوية جميع الجوانب المرتبطة بتطوير الفرد، ويتم تطبيقها من خلال دمج التعليم الأكاديمي مع التدريب على المهارات الحياتية إلى جانب تقديم الدعم النفسي والاستشارات الأسرية لضمان تنمية شاملة للفرد.

**3-2- التدرج والتسلسل:** يجب تقديم المحتوى التعليمي بشكل متدرج بدءاً بالمهارات الأساسية ووصولاً إلى المهارات التطبيقية الأكثر تعقيداً. ويشمل ذلك تقسيم المهارات إلى خطوات صغيرة ومنظمة، بحيث يتمكن الفرد من استيعاب كل مرحلة قبل الانتقال إلى المرحلة التالية.

**4-2- التعلم النشط والتجريبي:** يمكن تطبيق هذا المبدأ باستخدام المحاكاة العملية، المشاريع الصغيرة والأنشطة اليومية لتعزيز اكتساب المهارات.

**5-2- تعزيز الاعتماد على الذات والاستقلالية:** تمكين الفرد من ممارسة الاستقلالية في حياته اليومية ويشمل ذلك المهارات اليومية كالنظافة الشخصية قبل الانتقال إلى المهارات المعقدة.

**6-2- المشاركة المجتمعية والتفاعل الاجتماعي:** يجب أن تشجع البرامج التربوية على دمج الأفراد ذوي الإعاقة العقلية في المجتمع وتعزيز مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم. ويتم ذلك من خلال الأنشطة الجماعية برامج الدمج المدرسي، والتدريب على الوظائف في بيئات واقعية.

**7-2- التقييم المستمر والمتابعة:** يشكل التقييم الدوري جزءاً أساسياً من تصميم البرامج، حيث يسمح بقياس التقدم وتحديد نقاط القوة والضعف، كما يمكن من تعديل البرامج التعليمية والتدريبية وفق الحاجة.

**8-2- المرونة والتكيف:** أن تكون البرامج التربوية قابلة للتكيف مع التغيرات في قدرات واحتياجات الفرد واهتماماته، حيث يمكن تعديلها بما يتناسب مع مستوى التقدم أو ظهور صعوبات جديدة.

## 3- استراتيجيات بناء مناهج للمعاقين عقليا:

تتطلب عملية بناء وتدريب مناهج المعاقين عقليا عددا من الاستراتيجيات يستحسن مراعاتها من قبل المعنيين ببناء مناهج للمعاقين عقليا، وهناك نماذج مختلفة لعملية بناء المناهج ومنها نموذج وهمان (1981) الذي يقوم على خطوات منظمة تبدأ بتحديد قدرات الطفل، وتتم بإعداد خطط فردية، وتنتهي بعملية تقييم شاملة. ويوفر النموذج إطارا تطبيقيا يسهل على المعلمين والاختصاصيين تصميم برامج تعليمية تراعي الفروق الفردية وتستجيب للاحتياجات النمائية لكل طفل. ويتكون النموذج من خمسة عناصر رئيسية هي (الخطيب، 2014):

أ- السلوك المدخلي للطفل المعاق: يشير إلى مجموعة المهارات والقدرات الأولية التي يمتلكها الطفل قبل البدء في البرنامج التعليمي، وتشمل مهارات العناية بالذات والقدرات اللغوية والمهارات الحركية ومستوى الاستقلالية وهذا السلوك يسمح ببناء برنامج تعليمي واقعي يتناسب مع مستوى الطفل ويمنع وضع أهداف تفوق قدراته.

ب- قياس مستوى الأداء الحالي: تهدف هذه المرحلة إلى إجراء تقييم دقيق لمهارات الطفل في المجالات اللغوية الأكاديمية، الاجتماعية، الحركية، والانفعالية. ويتم ذلك عبر المقاييس التربوية والنمائية والملاحظة المباشرة والمقابلات مع أولياء الأمور. والهدف هنا تحديد الفجوات بين المهارات المتوفرة والمهارات المراد اكتسابها.

ج- إعداد الخطة التربوية الفردية: وهي وثيقة رسمية تشمل الأهداف طويلة وقصيرة المدى ومستوى الأداء الحالي للطفل والخدمات المقدمة له والمعايير التي يتم الاحتكام إليها في التقييم، وتعد هذه الخطة محور العملية التعليمية، حيث توجه المعلمين وتساعدهم على تنظيم الجهود بما يتناسب مع احتياجات الطفل.

د- إعداد الخطة التعليمية الفردية: تعد الخطة التعليمية الفردية ترجمة عملية للخطة التربوية الفردية إذ تتضمن الدروس اليومية والأنشطة التفصيلية وطرائق التدريس وأساليب التعزيز والوسائل التعليمية والزمن المحدد لكل نشاط. وتعتمد على منهجية التدريس المتمايز والانتقال التدريجي في المهارات.

هـ- تقييم الأداء النهائي: يشكل التقييم المرحلة الختامية التي يتم فيها قياس مدى تحقق الأهداف المحددة ومدى تقدم الطفل مقارنة بنقطة البدء، ويعتمد على الملاحظات المنظمة، سجلات الإنجاز، الاختبارات البسيطة وتحليل عينات من عمل الطفل، وتستخدم نتائجه في تعديل الخطة أو تطويرها بما يخدم التعلم المستمر. ويؤكد النموذج أن نجاح البرامج التربوية مرهون باستمرارية التقييم واستخدام نتائجه في تعديل الخطط التعليمية، بما يضمن توافق الأهداف مع قدرات الطفل وتحقيق نمو تدريجي قابل للاستدامة.

## 4- شروط التعامل مع الأطفال المعاقين عقليا :

يعد التعامل مع الأطفال المعاقين عقليا عملية تربوية ونفسية متخصصة تستند إلى جملة من الشروط التي تضمن فاعلية التدخل التربوي واحترام كرامة الطفل وخصوصيته، وقد أكدت أدبيات التربية الخاصة على أن جودة التعامل تشكل عاملا حاسما في تنمية مهارات الطفل المعاق عقليا بغض النظر عن درجة الإعاقة ومن بين أهم شروط التعامل مع الأطفال المعاقين عقليا يذكر هالاهان وزملاؤه (Hallahan et al., 2018):

- ❖ فهم طبيعة الإعاقة العقلية وخصائصها النمائية: يشترط في القائم على التعامل مع الطفل المعاق عقليا امتلاك معرفة علمية دقيقة بطبيعة الإعاقة العقلية وخصائصها بما يسمح بتفسير السلوكيات تفسيراً صحيحاً.
- ❖ مراعاة الفروق الفردية ودرجات الإعاقة: لا يشكل الأطفال المعاقون عقليا فئة متجانسة بل تختلف قدراتهم تبعاً لدرجة الإعاقة ومستوى السلوك التكيفي، مما يفرض عدم اعتماد أسلوب واحد مع جميع الأطفال.
- ❖ توفير بيئة تربوية آمنة وداعمة: يتطلب التعامل الفعال تهيئة بيئة تعليمية تتسم بالأمن النفسي والجسدي وخلوها من مصادر التهديد أو السخرية، مع توفير مناخ يشجع على التعلم ويعزز الشعور بالقبول والانتماء.
- ❖ اعتماد أساليب تعليمية مبسطة ومتدرجة: استخدام استراتيجيات تعليمية تقوم على التبسيط والتدرج من السهل إلى الصعب والتكرار المنظم، مع الاعتماد على الوسائل الحسية والعملية.
- ❖ التعزيز الإيجابي: يعد من أكثر الأساليب فاعلية في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا، بينما يؤدي الاعتماد على العقاب القاسي إلى نتائج سلبية، كزيادة السلوكيات غير المرغوبة أو ظهور مشكلات انفعالية.
- ❖ الصبر والالتزام الانفعالي: يتطلب العمل مع الأطفال المعاقين عقليا قدراً عالياً من الصبر والالتزام الانفعالي والقدرة على ضبط الاستجابات الانفعالية، نظراً لبطء التعلم وتكرار الأخطاء.
- ❖ إشراك الأسرة في العملية التربوية: يعد شرطاً أساسياً لنجاح التدخل، حيث يسهم إشراك الوالدين في تعزيز المهارات المكتسبة وتوحيد أساليب التعامل بين البيت والمؤسسة التربوية.
- ❖ العمل ضمن فريق متعدد التخصصات: يتطلب التعامل الشامل التنسيق بين المعلم والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والطبيب بما يضمن تكامل الجهود وتقديم خدمات تربوية وعلاجية متناسقة.
- ❖ احترام كرامة الطفل وحقوقه الإنسانية: يشكل احترام كرامة الطفل وتجنب الوصم أو التمييز أساساً أخلاقياً لا غنى عنه انسجاماً مع المبادئ الحقوقية الحديثة في التربية الخاصة.
- ❖ التركيز على تنمية الاستقلالية والاعتماد على الذات: لا يهدف التعامل التربوي إلى فرض الحماية المفرطة بل إلى تنمية مهارات الاستقلالية والاعتماد على الذات قدر الامكان بما يعزز نمو الطفل واندماجه الاجتماعي.

## 5- محتوى برامج الأطفال المعاقين عقليا :

يتضمن محتوى البرامج التربوية والتأهيلية الموجهة لذوي الإعاقة العقلية مجموعة من المهارات والأبعاد التي تشكل البنية الأساسية للمادة التعليمية وتهدف إلى تعزيز قدراتهم النمائية وتحسين مستوى استقلاليتهم واندماجهم والاجتماعي، ويجري تنظيم هذه المهارات وفق محاور مترابطة ومتكاملة تراعي الخصائص الفردية لكل متعلم، وتستند إلى مبادئ التربية الخاصة والتأهيل القائم على الاحتياجات. وتشمل هذه المحاور ما يأتي:

أ- المهارات الاستقلالية: تشكل حجر الأساس في برامج الإعاقة العقلية وتهدف هذه المهارات إلى تمكين الفرد من تحقيق أكبر قدر ممكن من الاعتماد على النفس، وتشمل مهارات الحياة اليومية كالعناية بالذات، الأكل واللبس، استخدام المرافق والتنقل داخل البيئة، إضافة إلى مهارات ضبط الذات واتخاذ القرار وتنظيم الوقت.

ب- المهارات الحركية: تشمل المهارات الحركية العامة المرتبطة بالتوازن، المشي، الجري، وتنفيذ الأنشطة الحركية الكبرى إلى جانب المهارات الحركية الدقيقة التي تتعلق بالقبض، الكتابة والتنسيق البصري الحركي وتعزز هذه المهارات النمو الجسدي، والقدرة على القيام بالأنشطة المدرسية والمهنية.

ج- المهارات اللغوية : تشمل مهارات اللغة الاستقبالية كفهم الأوامر وتفسير المعاني والتعرف على المفاهيم وكذا مهارات اللغة التعبيرية التي تشمل إنتاج اللغة، وبناء الجمل، واستخدام المفردات المناسبة للتواصل. وتعد هذه المهارات أساسا للتفاعل الاجتماعي والتعلم داخل الفصول ومختلف البيئات.

د- المهارات الأكاديمية : تشمل المهارات الأولية في القراءة والكتابة والرياضيات إضافة إلى المهارات المفاهيمية المتعلقة بالتصنيف، التسلسل، إدراك الزمن والمكان، والربط بين الأشياء. وتهدف هذه المهارات إلى تيسير اندماج المتعلم في الأنشطة المدرسية وتمكينه من اكتساب معارف وظيفية قابلة للتطبيق.

هـ- المهارات المهنية : تركز على إعداد الفرد للاندماج في سوق العمل من خلال تدريبه على مهارات مهنية بسيطة أو متوسطة تتناسب مع قدراته، مثل مهارات العناية بالبيئة، الصناعات اليدوية، المهارات الخدمية وتنمية الالتزام بالوقت والتعليمات داخل بيئة العمل.

و- المهارات الاجتماعية: تشمل تنمية مهارات التواصل، التعاون، احترام القواعد الاجتماعية، التفاعل الإيجابي مع الآخرين وتكوين العلاقات. والتي تعد ضرورية لتحقيق التكيف الاجتماعي وتقليل السلوكيات غير المرغوبة.

ز- مهارات السلامة : تتمثل في تدريب الفرد على حماية نفسه داخل البيئات المختلفة وفهم إشارات التحذير والتعامل مع مواقف الخطر والالتزام بالقواعد المرورية والمنزلية للوقاية من الأذى وتعزيز السلامة الشخصية.

ح- المهارات الاقتصادية : تشمل مهارات التعامل مع النقود، التمييز بين السلع، فهم القيمة الشرائية وإدارة المشتريات البسيطة. وتعد هذه المهارات ذات أهمية في تحقيق مشاركة الفرد في المواقف الحياتية اليومية.

## 6- دور الأسرة في البرنامج الدراسي للطفل المعاق عقليا :

قد يشعر بعض الآباء بالإحباط عندما لا يلاحظون نتائج للجهد الذي يبذلونه في تدريب طفلهم المعاق عقليا غير أن هذا ذلك يرتبط غالبا بطبيعة الإعاقة العقلية التي تتسم بالتدرج والبطء النسبي في التعلم والتغير السلوكي وهو ما يستلزم الصبر والاستمرارية وعدم استعجال النتائج (الخطيب، 2014)، فنجاح التدخل الأسري لا يقاس بسرعة التغير بل بمدى توافق الأساليب التربوية مع قدرات الطفل الفعلية. ففهم الوالدين لمعنى الإعاقة العقلية ودرجتها من الأسس الضرورية لبناء برنامج تدريبي واقعي، إذ يساعد ذلك على تحديد أهداف تربوية قابلة للتحقيق وتجنب فرض مطالب تفوق إمكانيات الطفل، كما أن إلمام الأسرة بمختلف استعدادات الطفل واحتياجاته الخاصة يساهم في إزالة العوائق التي تحد من تنمية قدراته، الأمر الذي ينعكس إيجابا على سلوكه ويعزز دافعيته للتعلم (Turnbull et al., 2015). وقد أكدت العديد من الدراسات أن وجود طفل معاق عقليا كما يفرض داخل الأسرة أعباء نفسية واجتماعية تتطلب مشاركة جميع أفرادها في الرعاية والدعم وإعادة تنظيم الأدوار والعلاقات الأسرية بما يحقق التكيف الإيجابي. وتشير الأبحاث إلى أن وعي الأسرة بهذه الانعكاسات يساهم في تقليل الضغوط وتحسين جودة الحياة الأسرية، ومن الضروري هنا أن يتحقق ما يلي:

- ✓ معرفة معنى الإعاقة العقلية.
- ✓ معرفة درجة الإعاقة.
- ✓ الإلمام باستعدادات الطفل واحتياجاته، حيث أن إزالة العوائق التي تحد من تنمية ما لديه من قدرات لا تؤدي إلى تحسن سلوك الطفل فقط، ولكنها تعمل كحوافز له ولوالديه كذلك.
- ✓ مناقشة تأثير وجود الطفل المعاق عقليا على حياة الأسرة، حيث أنه يفرض عليها أعباء مالية واجتماعية كما يتطلب من جميع أفرادها المشاركة في العلاقات الاجتماعية والنشاطات المتنوعة.
- ✓ الإلمام بالحقائق العلمية وخاصة فكرة أن السلوك يمكن تغييره وتعديله.
- ✓ تبيان دور مراكز الخدمات المساعدة المتوفرة في المجتمع.

ولإنجاح تدريب الطفل المعاق عقليا، ينصح الوالدان بالبداية بالمهام السهلة، وتعزيز السلوك المرغوب فيه فقط باستخدام معززات محببة للطفل، مع التقليل من الاهتمام بالسلوكيات غير المرغوبة، والاستمرار في التعزيز الانتقائي للسلوكيات المكتسبة سابقا. كما ينبغي هنا تكييف توقعات الوالدين مع مستوى أداء الطفل الحقيقي وإمكاناته الحقيقية. مع ضرورة تبصير الوالدين بواجباتهما في رعاية الطفل المعوق عقليا وتنمية مهاراتهم الوالدية التي تعد شرطا هاما لنجاح أي برنامج تدريبي أو تأهيلي (Alberto & Troutman, 2013).

## 7- برامج تعديل السلوك :

تستند برامج تعديل السلوك الموجهة للمعاقين عقليا إلى افتراض أساسي مفاده أن معظم السلوكيات سواء كانت سوية أو مضطربة هي سلوكيات مكتسبة، ويمكن تغييرها من خلال التحكم في المثيرات السابقة واللاحقة وقد أكدت البحوث أن التدخلات السلوكية الممنهجة تسهم بفاعلية في تحسين مهارات التواصل وخفض السلوكيات العدوانية والنمطية وتنمية مهارات الاستقلال والعناية بالذات لدى ذوي الإعاقة العقلية ويشدد المنظور الحديث على أن التدخل السلوكي المبكر القائم على أسس علمية يعد من الركائز الأساسية في البرامج التربوية والعلاجية متعددة التخصصات، لما له من دور إيجابي في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي والحد من المشكلات السلوكية التي تعيق المشاركة الفعالة في البيئة المدرسية. ومن بين أهم استراتيجيات تعديل السلوك يذكر كوبر وزملاؤه (Cooper et al. (2020):

- ❖ **التعزيز Reinforcement** : هو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع ايجابية أو إلى توابع سلبية ويستخدم بوصفه الأداة الأساسية في تعليم السلوك المرغوب، حيث يُسهم تقديم التعزيز الاجتماعي أو المادي أو الرمزي إضافة إلى التغذية الراجعة في زيادة احتمال تكرار السلوك الإيجابي مستقبلا، ويعد التعزيز فعالا مع الأطفال المعاقين عقليا لأنه يعتمد على نتائج مباشرة وواضحة للسلوك، مما يسهل عليهم الربط بينها .
- ❖ **النمذجة Modeling** : تعد من الأساليب المناسبة لهذه الفئة، إذ يتعلم الطفل السلوك من خلال الملاحظة والتقليد دون الحاجة إلى قدرات لغوية أو تجريدية عالية، وقد أثبتت الدراسات أن النمذجة المدعومة بالتشجيع والتعزيز تساعد الأطفال المعاقين عقليا على اكتساب مهارات اجتماعية وتواصلية وسلوكية مناسبة.
- ❖ **التشكيل Shaping** : وهو تعليم السلوكيات المعقدة عبر تعزيز الاستجابات الجزئية التي تقترب تدريجيا من السلوك النهائي، وهو أسلوب يتناسب مع محدودية قدرات الطفل لأنه لا يفترض إتقان السلوك دفعة واحدة بل بينيه خطوة خطوة وفق إمكاناته الحالية.
- ❖ **العقاب Punishment** : وهو من الأساليب الفعالة لخفض السلوك غير المرغوب من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمراره، غير أن نجاحه مع الإعاقة العقلية يتطلب الصبر والثبات لذا يوصى باستخدامه بحذر شديد مع هؤلاء الأطفال، والاقتران على الأساليب غير المؤذية نفسيا أو جسديا، مع إعطاء الأولوية للتعزيز والإطفاء لما قد يسببه العقاب من آثار انفعالية سلبية أو إرباك في التعلم إذا أسيء استخدامه.

- ❖ **العلاج المعرفي السلوكي وإعادة البناء المعرفي:** ويوظفان مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة خاصة مع تبسيط الفنيات والتركيز على الجوانب السلوكية أكثر من المعرفية، بهدف تعديل الأفكار السلبية البسيطة وتنمية مهارات التكيف وضبط الانفعالات.
- ❖ **التدريب على الاسترخاء:** يستخدم لمساعدة هؤلاء الأطفال على خفض القلق والتوتر والانفعالات السلبية خاصة في حالات المشكلات السلوكية المصاحبة من خلال تمارين بسيطة ومتكررة تتناسب مع قدراتهم.
- ❖ **الإرشاد الأسري:** ويعتبر عنصرا مكمل لا غنى عنه في تعديل سلوك الطفل المعاق عقليا، إذ يسهم في توحيد أساليب التعامل داخل الأسرة وتدريب الوالدين على تطبيق استراتيجيات التعزيز والتشكيل والإطفاء بشكل صحيح مما يضمن استمرارية الأثر العلاجي خارج المؤسسة التربوية.

## 8- نماذج من البرامج التربوية للمعاقين عقليا :

تستند برامج تدريب المعاقين عقليا الحديثة إلى أسس علمية مستمدة من نظريات التعلم السلوكي والمعرفي وتركز على الجوانب الوظيفية للحياة اليومية بدل الاقتصار على الجانب الأكاديمي المجرد، خاصة لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، ويهدف هذا التوجه إلى إكساب الطفل مهارات عملية قابلة للاستخدام في الواقع الاجتماعي والمهني بما يعزز اندماجه الأسري والمجتمعي. ومن بين أشهر البرامج نذكر:

**1-8- برنامج بورتاج Portage Program :** وهو من أكثر برامج التدخل المبكر شيوعا في تدريب المعاقين عقليا خاصة في سنوات الطفولة المبكرة، ويقوم البرنامج على التدريب المنزلي المنظم من خلال إشراك الأسرة بوصفها عنصرا أساسيا في العملية التأهيلية، حيث يتم تدريب الوالدين على كيفية تعليم الطفل مهارات نمائية محددة داخل بيئته الطبيعية، ويرتكز البرنامج على مجالات أساسية: النمو الحركي، النمو المعرفي، اللغة، العناية بالذات والمهارات الاجتماعية، ويتميز باستخدام قوائم نمائية متدرجة تسمح بتتبع تقدم الطفل بدقة، وقد أثبتت الدراسات أن بورتاج يحقق نتائج إيجابية في تحسين الاستقلالية والمهارات الوظيفية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة (Odom & Wolery, 2003).

**2-8- تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis:** يتميز بكونه برنامجا منهجيا قابلا للقياس ومبنيا على بيانات مباشرة، مما يجعله مناسبا لمختلف مستويات الإعاقة العقلية، خاصة عند تطبيقه بشكل مكثف ومنظم ويستند إلى مبادئ التعلم السلوكي خاصة التعزيز، التشكيل الإطفاء، والتعميم. ويهدف البرنامج إلى زيادة السلوكيات التكيفية المرغوبة كاللغة، التواصل، مهارات العناية بالذات وخفض السلوكيات غير المرغوبة من خلال خطط تدريب فردية دقيقة (Cooper et al., 2020).

**3-8- برنامج المهارات الحياتية والوظيفية Functional Life Skills Program** : يركز هذا البرنامج على تدريب المعاقين عقليا على مهارات الحياة اليومية التي تضمن لهم أكبر قدر ممكن من الاستقلالية مثل: الأكل، اللباس النظافة الشخصية، استخدام المال، التنقل، والتفاعل الاجتماعي. وينطلق البرنامج من مبدأ أن الهدف الأساسي للتأهيل هو التكيف الوظيفي مع متطلبات الحياة الواقعية، وليس فقط التحصيل الأكاديمي، خاصة لدى ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، ويعتمد التدريب على التدرج، النمذجة، التكرار، والتعزيز الطبيعي داخل البيئات الحقيقية، مما يساهم في تعميم التعلم واستمراريته (Schalock et al., 2010).

**4-8- برنامج منتسوري المعدل Montessori-Based Program** : كيفت مبادئ منتسوري لتلائم تدريب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، حيث يعتمد البرنامج على التعلم الحسي، النشاط الذاتي، واحترام الفروق الفردية. ويساعد هذا البرنامج على تنمية الانتباه، التآزر الحركي، الإدراك الحسي، والمهارات المعرفية البسيطة من خلال أنشطة عملية ملموسة تتناسب مع مستوى الطفل النمائي، وقد أشارت دراسات حديثة إلى أن منتسوري المعدل يحقق نتائج إيجابية خاصة مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة عند دمجهم مع أساليب التعزيز السلوكي (American Montessori Society, 2019).

## المحاضرة الثانية عشر: برامج رعاية الموهوبين

### تمهيد:

أصبح موضوع رعاية الموهوبين من أهم أولويات النظم التربوية الحديثة، إذ يسعى إلى تهيئة بيئات تعليمية وتربوية تحفز قدرة المتعلم على الإبداع والاستثمار الأمثل لطاقاته، ولقد توسعت الدراسات في العقود الأخيرة قصد فهم وتحديد الموهبة وأدوات رعايتها والاستراتيجيات التعليمية المناسبة لها، حيث ينظر إليها اليوم على أنها تركيبة من القدرات المتفوقة والمستوى العالي من الأداء، إضافة إلى مواصفات شخصية ومعرفية تميز المتعلم عن أقرانه مما يستدعي تصميم برامج تربوية متخصصة تتواءم مع احتياجاته المتنوعة، وتعكس هذه البرامج فلسفة تربوية تقوم على التفاعل بين الطفل والبيئة.

### 1- تعريف برامج رعاية الموهوبين:

اعتبر تايلور أن البرامج التربوية للموهوبين يجب أن تصمم لتشمل جميع مجالات التفكير والإبداع وليس الجانب المعرفي فقط، فهي تسعى إلى تطوير التفكير المنتج، والقدرة على حل المشكلات والابتكار في المواقف الواقعية (Taylor, 1967).

فيما اعتبر رينزولي أن البرنامج التربوي للموهوبين هو بيئة تعليمية غنية تتحدى قدرات الطلبة وتسمح لهم بإنتاج المعرفة والإبداع، وليس مجرد تقديم معلومات إضافية (Renzulli, 1978).

وعرفها جانييه بأنها سلسلة من التدخلات الممنهجة التي تهدف إلى تحويل الاستعدادات الفطرية العالية إلى أداء فعلي متميز من خلال بيئات تعليمية محفزة (Gagné, 1985).

وحسب جروان فإن البرامج التربوية لرعاية الموهوبين هي مجموعة من الأنشطة والخدمات التربوية والتعليمية المصممة خصيصاً لتلبية حاجات الطلبة الموهوبين والمتفوقين، بما يمكنهم من تنمية قدراتهم واستثمار إمكاناتهم إلى أقصى حد ممكن في ضوء خصائصهم العقلية والانفعالية والاجتماعية (جروان، 2014).

ومن خلال ما سبق يمكننا القول أن البرامج التربوية لرعاية الموهوبين تشير إلى منظومة من الأنشطة والخدمات التعليمية المخططة التي تهدف إلى تلبية حاجات الطلبة ذوي القدرات العقلية والإبداعية العالية وتمكينهم من تطوير إمكاناتهم بصورة تفوق المناهج التقليدية.

**2- أهداف برامج رعاية الموهوبين:**

تسعى برامج رعاية الموهوبين إلى تحقيق جملة من الأهداف المتكاملة لا تقتصر على الجانب الأكاديمي فقط بل تمتد لتشمل الجوانب المعرفية والإبداعية والانفعالية والاجتماعية، انطلاقاً من مبدأ أن الموهبة طاقة إنسانية قابلة للنمو والتطوير إذا توافرت لها البيئة التربوية المناسبة.

**1-2- الأهداف المعرفية والأكاديمية:** بينت الدراسات أن البرامج التربوية الموجهة للموهوبين تسهم في رفع مستوى التحصيل الأكاديمي لدى الطلبة الموهوبين مقارنة بالبرامج العادية (الخطيب، 2016) وذلك من خلال:

- تنمية القدرات العقلية العليا مثل التحليل، التركيب، التقويم، والاستدلال المنطقي.
- تعميق الفهم المعرفي بدل الاكتفاء بالحفظ والاستظهار.
- إتاحة فرص التعلم المتقدم بما يتناسب مع سرعة التعلم والاستيعاب لدى الموهوبين.

**2-2- الأهداف الإبداعية:** أثبت نموذج رينزولي وريز أن برامج رعاية الموهوبين تسهم بفاعلية في تعزيز الإبداع والدافعية الذاتية لدى الموهوبين (Renzulli & Reis, 1997)، حيث تركز على:

- تنمية التفكير الإبداعي من حيث الطلاقة والمرونة والأصالة.
- تشجيع الابتكار وتوليد الأفكار الجديدة وحل المشكلات بطرائق غير تقليدية.
- توفير أنشطة تعليمية مفتوحة النهايات تتيح للمتعلم حرية الاكتشاف والتجريب.

**2-3- الأهداف النفسية والانفعالية:** تؤكد الأدبيات أن تلبية هذه الجوانب تسهم في تحقيق التوافق النفسي والانفعالي للأطفال الموهوبين (عبيد، 2008)، وتسعى هذه البرامج إلى:

- تعزيز الثقة بالنفس والشعور بالكفاءة والقدرة على الإنجاز.
- خفض مشاعر الملل والإحباط التي قد يعانها الموهوب في الصفوف التقليدية.
- إشباع حاجات الموهوب النفسية للإنجاز، والاستقلالية، والتقدير.

**2-4- الأهداف الاجتماعية:** أوضحت الدراسات أن برامج رعاية الموهوبين حسنت اتجاهاتهم نحو التعلم والعلاقات الصفية (الخطيب، 2016)، فهي تهدف إلى:

- تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي والعمل الجماعي مع أقران يمتلكون قدرات متقاربة.
- تعزيز مهارات القيادة وتحمل المسؤولية والمبادرة.
- تنمية القدرة على التواصل الفعال واحترام آراء الآخرين.

## 2-5- الأهداف المجتمعية: تشير السياسات التربوية الحديثة إلى أن الاستثمار في رعاية الموهوبين يعد استثماراً

استراتيجياً في رأس المال البشري (عبد الله، 2018)، لذا تسعى برامج رعاية الموهوبين كذلك إلى:

- إعداد كوادر بشرية قادرة على الإسهام في التنمية العلمية والاقتصادية للمجتمع.
- استثمار الطاقات البشرية المتميزة والحد من هدر الموهبة.
- ربط التعليم باحتياجات المجتمع وسوق العمل في المستقبل.

## 3- أنواع برامج رعاية الموهوبين:

ينبغي أن تقدم البرامج التربوية للطلبة الموهوبين والمتفوقين بعد عملية الكشف والتعرف الدقيق عليهم وتكون عبارة عن بدائل تربوية متنوعة تناسب قدراتهم وخصائصاتهم وذلك ضمن النظام المدرسي العادي وقد صنفها الباحثون بطرق متعددة، لكن أكثر التصنيفات شيوعاً هو تقسيمها إلى:

3-1- التسريع الأكاديمي Acceleration: هو استراتيجية تربوية تهدف إلى تمكين الأطفال الموهوبين من التقدم في التعلم بسرعة أكبر من أقرانهم بما يتناسب مع قدراتهم ومستوى استيعابهم المعرفي، ويعتمد ذلك على تقديم المحتوى التعليمي بمستوى أعلى أو بوتيرة أسرع، ومن أهم أنواعه:

- القفز الصفّي Grade Skipping: انتقال الطالب إلى صف أعلى بعد اجتياز متطلبات الصف الحالي.
- الإلتحاق المبكر Early Admission: قبول الطالب الموهوب في مرحلة تعليمية قبل السن المعتاد.
- التسريع بالمناهج Curriculum Compacting: حذف المحتوى المتكرر وتسريع عرض المواد الدراسية.
- التعليم المتقدم Advanced Placement: دراسة مقررات جامعية في المرحلة الثانوية.

ويهدف هذا النهج إلى منع شعور الطفل بالملل أو الإحباط الناتج عن البطء في المنهج العادي مع الحفاظ على تحديات عقلية مناسبة لقدراته. كما يعزز التسريع الاستقلالية في التعلم و يتيح للطالب استغلال وقت إضافي لتطوير مهارات جديدة أو متابعة اهتمامات خاصة، مثل المشاريع البحثية أو الأنشطة الإبداعية. ومن جهة أخرى يوفر التسريع بيئة تعليمية محفزة، إذ يتفاعل الطالب مع أقران يمتلكون مستوى مشابه من القدرة مما يعزز النقاش والتفكير النقدي والإبداعي، ومع ذلك يشير الخبراء إلى أهمية مراعاة الجوانب النفسية والاجتماعية عند تطبيق التسريع، فقد يواجه الموهوب صعوبات في التكيف مع فرق العمر أو مستوى النضج الاجتماعي مما يتطلب متابعة وإرشاداً دقيقين من المعلمين والمربين. ويعد التسريع أداة فعالة لضمان تحقيق أقصى استفادة من قدرات الطلاب الموهوبين، سواء على الصعيد الأكاديمي أو الشخصي (جروان، 2014).

ويؤكد كولانجيلو واسولين (2009) Colangelo & Assouline أن التسريع الأكاديمي لا يضر بالنمو الاجتماعي بل يعزز الرضا الأكاديمي والتكيف المدرسي لدى الموهوبين، كما بينت دراسة ستانلي (2000) Stanley أن التلاميذ المسرعين حافظوا على تفوقهم الأكاديمي في التعليم العالي، وفي السياق العربي وجدت دراسة الخليفة (2007) أن التسريع في المدارس السعودية أسهم في رفع التحصيل وتحسين الدافعية لدى الموهوبين.

**3-2- برامج الإثراء Enrichment Programs** : الإثراء هو أحد الركائز الأساسية في برامج رعاية الموهوبين وقد عرفه رينزولي ورايز بأنه تزويد الطالب الموهوب بخبرات تعليمية أكثر عمقاً واتساعاً مما هو متاح لأقرانه بهدف تنمية التفكير الإبداعي والبحثي لديه (Renzulli & Reis, 1997)، لذا فإن الإثراء يهدف إلى توسيع المعرفة من خلال تقديم محتوى يتجاوز المنهج الدراسي التقليدي مثل الموضوعات العلمية المتقدمة أو النصوص الأدبية المختارة مما يمنح الطالب قاعدة معرفية أعمق، كما يسعى إلى تطوير التفكير النقدي والإبداعي عبر الأنشطة التي تتطلب التحليل، التقييم، وحل المشكلات كتصميم التجارب العلمية أو المشاركة في مسابقات الإبداع ويعزز الإثراء التعلم الذاتي والاكتشاف، إذ يشجع المتعلم على البحث المستقل واستكشاف أفكار جديدة وهو ما يهيئه للتعلم المستمر والبحث العلمي في المستقبل. كما يسعى إلى ربط العملية التربوية بالحياة الواقعية عبر تطبيق المفاهيم على مشكلات عملية، مما يزيد من دافعية المتعلم ويجعل من عملية التعلم ذات معنى. إضافة إلى ذلك يساهم الإثراء في تطوير المهارات الاجتماعية والتعاون عبر الأنشطة الجماعية والمشاريع المشتركة فضلاً عن تعزيز الدافعية الذاتية والانضباط، إذ يتحمل المتعلم مسؤولية تعلمه ويشارك في تحديات معرفية نحو الإنجاز. وبذلك يمثل الإثراء أداة متكاملة لتلبية الاحتياجات المتعددة للموهوبين.

وقد أظهرت الأدبيات التربوية أن برامج الإثراء من أنجع الأساليب في رعاية الموهوبين وتنمية قدراتهم العليا حيث بين رينزولي ورايز (1997) من خلال نموذج المدرسة الشاملة للثلاث حلقات (SEM) أن الإثراء التعليمي يسهم بفاعلية في رفع مستوى الدافعية الذاتية لدى الطلبة الموهوبين، ويعزز لديهم التفكير الإبداعي لديهم من خلال إتاحة الفرص للتعلم العميق والتجريب والاستقصاء، وتدعم هذه النتائج دراسة عبد الله (2018) التي أكدت أن الإثراء الأكاديمي المنظم أدى إلى تحسن ملحوظ في مستويات الابتكار والتفكير الناقد مقارنة بالبرامج التقليدية، كما توصل الخطيب (2016) في الأردن إلى أن تطبيق برامج الإثراء داخل الصفوف العادية أسهم في تحسين اتجاهات الطلبة الموهوبين نحو التعلم وزيادة تفاعلهم الإيجابي مع مختلف الأنشطة التعليمية مما يعكس الأثر التربوي والنفسي الإيجابي لهذا النمط من البرامج في البيئات التعليمية المختلفة.

ويتضمن الإثراء عدداً من الأشكال هي:

- الإثراء الأفقي Horizontal Enrichment : تعميق المعرفة في مجالات متعددة دون تجاوز المنهج الرسمي.
- الإثراء العمودي Vertical Enrichment: التوسع في موضوعات متقدمة تفوق مستوى الصف الدراسي.
- الإثراء داخل الصف In-Class Enrichment : أنشطة إضافية يقدمها المعلم ضمن الحصة.
- الإثراء خارج الصف Pull-Out Programs: فصول خاصة أو أنشطة خارج الصف العادي.

**3-3- برامج التجميع Grouping Programs :** وهي من أكثر الأساليب التربوية استخداما في رعاية الموهوبين وتقوم على مبدأ تنظيم المتعلمين في مجموعات متجانسة نسبيا وفق قدراتهم العقلية واستعداداتهم الأكاديمية قصد توفير بيئة تعليمية تناسب مع خصائصهم وسرعة تعلمهم، وينطلق هذا التوجه من افتراض أساسي مفاده أن الموهوبين يواجهون صعوبات تعليمية ونفسية داخل الصفوف غير المتجانسة أبرزها الشعور بالملل وضعف الدافعية نتيجة عدم توافق مستوى التدريس مع قدراتهم. وتسهم برامج التجميع في إتاحة فرص تعليمية أكثر عمقا وتحديا، واستخدام استراتيجيات تعليمية عليا تركز على التفكير الناقد وحل المشكلات والاستقصاء العلمي بدل الاقتصار على أساليب التدريس التقليدية. وقد أظهرت البحوث التربوية أن آثار برامج التجميع تمتد إلى الجوانب النفسية والانفعالية، إذ يشعر الطالب الموهوب داخل هذه البرامج بالقبول والتقدير لكونه يتفاعل مع أقران يمتلكون مستوى قدرات قريبا من مستواه، مما يقلل من مشاعر العزلة أو الاختلاف السلبي. ويسهم هذا المناخ في تعزيز مفهوم الذات الأكاديمية، ورفع مستوى الثقة بالنفس، وزيادة الدافعية نحو التعلم والإنجاز (عبد الله، 2018). ورغم ما تحققه برامج التجميع من فوائد تربوية واضحة، إلا أن نجاحها يظل مرهونا بحسن التخطيط والتطبيق وتوفر معلمين مؤهلين قادرين على تصميم خبرات تعليمية ثرية، إضافة إلى مراعاة الفروق الفردية داخل فئة الموهوبين أنفسهم حتى لا يتحول التجميع إلى تصنيف جامد .

وتتنوع أشكال التجميع في برامج رعاية الموهوبين بين:

- التجميع داخل الصف العادي Cluster Grouping : وهو الشكل الأكثر شيوعا في النظم التعليمية لكونه يوازن بين متطلبات الدمج وتلبية احتياجات الموهوبين.
- التجميع في صفوف خاصة داخل المدرسة: يتيح هذا النموذج بيئة تعليمية أكثر تجانسا وتحديا حيث يتم إنشاء صفوف خاصة بالموهوبين داخل المدرسة ويقدم لهم منهج يركز على التفكير الناقد والإبداعي وحل المشكلات.
- التجميع في مدارس أو برامج متخصصة: يشمل هذا الشكل مدارس أو مراكز خاصة بالموهوبين تعتمد مناهج متقدمة وبرامج إثرائية معمقة، وغالبا ما يرتبط هذا النموذج باختبارات قبول ومعايير دقيقة.

3-4- برامج التعليم الفردي **Individualized Instruction** : يعتبرها ماكر بأنها أكثر الأساليب مرونة في تلبية احتياجات الموهوبين لأنها تضع الطالب في مركز العملية التعليمية وتعزز التحصيل طويل المدى والاستقلالية في التعلم (Maker, 2005)، وتستند هذه البرامج التربوية إلى فلسفة تربوية تؤكد أن الموهبة طاقة قابلة للنمو إذا توفرت لها بيئة تعليمية ثرية وأن التفوق العقلي لا يعني الاكتفاء بالمناهج العادية بل يستلزم تقديم خبرات تعليمية متقدمة ومتعمقة تتناسب مع مستوى التفكير المجرد والإبداعي لدى الموهوبين (جروان، 2013). ويقصد ببرامج التعليم الفردية خطط تعليمية مرنة تصمم خصيصاً لكل تلميذ موهوب أو لمجموعة صغيرة متجانسة من الموهوبين بهدف تنمية قدراتهم العليا وإشباع حاجاتهم المعرفية والانفعالية وتجنب مشكلات الملل والتسرب وضعف الدافعية وأحياناً ظهور سلوكيات سلبية التي قد تنتج عن البرامج الصفية التقليدية.

وتهدف برامج التعليم الفردية لدى الموهوبين إلى تنمية مهارات التفكير العليا مثل التفكير الناقد والإبداعي وحل المشكلات وتعزيز التعلم الذاتي والاستقلالية الأكاديمية. كما تسعى إلى مراعاة ميول الطفل الموهوب واهتماماته الشخصية وتوفير فرص للتسريع أو الإثراء وفق قدراته، إضافة إلى دعم التوازن الانفعالي والاجتماعي وتنمية مفهوم إيجابي للذات الأكاديمية (الخطيب، 2016). وتنفذ هذه البرامج داخل الصف العادي من خلال التمايز التعليمي أو في غرف مصادر خاصة أو عبر برامج الإثراء والسحب الجزئي، وقد تمتد إلى التعلم الإلكتروني والمشروعات المستقلة. ويراعى في التنفيذ المرونة الزمنية وإتاحة الفرصة للتسريع الأكاديمي في بعض المواد مع المتابعة المستمرة لأداء الطالب وتعديل الخطة وفق تطوره.

#### 4- نماذج تطبيقية في رعاية الموهوبين؛

ظهرت نماذج عالمية متعددة تهدف إلى تطوير الموهبة من خلال أساليب متنوعة تشمل الإثراء داخل الصف برامج التسريع الأكاديمي، مجموعات العمل الصغيرة، والتوجيه الفردي، بما يحقق أقصى استفادة للموهوبين ويضمن تكامل تعلمهم مع بيئتهم المدرسية والاجتماعية، وفيما يلي بعض أهم تلك النماذج:

#### 4-1- نموذج تورانس للحضانة الإبداعية **Torrance's Incubation Model of Teaching** :

يعتبر هذا النموذج من النماذج التطبيقية الرائدة التي تهدف إلى دمج تنمية الإبداع داخل العملية التعليمية بدل حصره في أنشطة منفصلة أو برامج خاصة. وقد طوره تورانس في جامعة مينيسوتا، وبدأ تطبيقه في رعاية الموهوبين بالولايات المتحدة منذ سبعينيات القرن الماضي، انطلاقاً من قناعة مفادها أن الإبداع قابل للتنمية لدى جميع المتعلمين إذا ما أتيحت لهم بيئة تعليمية محفزة (مكي، 2016). ويقوم النموذج على ثلاث مراحل متتابعة تعرف بمراحل الحضانة الإبداعية (Kim, 2006).

- المرحلة الأولى. الارتفاع فوق الروتين: تركيز على إثارة دافعية المتعلم وفضوله من خلال مواقف تعليمية غير مألوفة وأسئلة مفتوحة وأنشطة تحفز التوقع والتشويق.
  - المرحلة الثانية. تعميق التوقع: تهدف إلى تشجيع التفكير المتنوع أثناء التعلم عبر استخدام استراتيجيات مثل العصف الذهني وتحليل المشكلات والمناقشات المفتوحة.
  - المرحلة الثالثة. الاحتفاظ بالمكاسب: تؤكد نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، من خلال مشاريع إبداعية وتطبيقات عملية تتيح للطالب توظيف ما اكتسبه من مهارات.
- ودعمت عدة دراسات فاعلية هذا النموذج، إذ أظهرت دراسة تورانس (1981) ارتفاعا ملحوظا في مستويات التفكير الإبداعي لدى الطلبة، بينما أكدت دراسة كيم (2006) أن الأثر الإبداعي للنموذج يمتد لفترات زمنية أطول مقارنة بالمناهج التقليدية.

#### 2-4- نموذج الإثراء المدرسي الشامل لرينزولي Schoolwide Enrichment Model – SEM :

طوره رينزولي بالتعاون مع رايز، استنادا إلى نموذج الحلقات الثلاث للموهبة. يتميز هذا النموذج بفلسفة تربوية شمولية تهدف إلى تحويل المدرسة بأكملها إلى بيئة تعليمية ثرية، بحيث يستفيد منها جميع المتعلمين مع توفير فرص تعمق أكبر للطلبة الموهوبين (Renzulli & Reis, 2003)، ويرتكز النموذج على ثلاثة أنماط من الخدمات الإثرائية:

- أنشطة استكشافية عامة تهدف إلى إثارة الاهتمامات وتوسيع آفاق التعلم
- أنشطة جماعية صغيرة لتنمية مهارات التفكير العليا والبحث العلمي.
- المشروعات الفردية أو الجماعية المعمقة التي تنفذ وفق ميول الطلبة وقدراتهم.

ويضاف إلى ذلك نظام منظم لإدارة التعلم يسمح بتتبع اهتمامات الطلبة وتوجيههم نحو الأنشطة المناسبة وقد أثبتت البحوث أن تطبيق هذا النموذج أسهم في رفع مستوى الإبداع والتحصيل وتعزيز الدافعية الذاتية وتقدير الذات لدى الطلبة الموهوبين، كما أظهر تطبيقه في بعض الدول العربية نجاحا ملحوظا عند توظيفه بصورة مرنة داخل الصفوف العادية (جروان، 2014).

#### 3-4- نموذج الإثراء الثلاثي الكندي Canadian Triad Enrichment Model :

يقوم هذا النموذج التطبيقي الذي تبنته عدة مقاطعات كندية كأونتاريو وألبرتا على تنظيم خدمات رعاية الموهوبين عبر ثلاثة مستويات مترابطة تبدأ ببرامج إثرائية داخل الصفوف العادية وتمر ببرامج تخصص خارجية

وتنتهي بشراكات مجتمعية مع الجامعات والمؤسسات الإنتاجية (الخليفة، 2007). ويسهم هذا النموذج التربوي في دمج الموهوبين داخل البيئة الصفية العادية مع إتاحة فرص للتعمق والتخصص خارج الصف، كما يركز على تحويل التعلم إلى إبداع إنتاجي مرتبط بمشكلات واقعية. وقد أكدت تقارير صادرة عن وزارة التعليم في أونتاريو أن هذا النموذج عزز مهارات القيادة والتعاون، وخفف من شعور العزلة النفسية لدى الطلبة الموهوبين (Ontario Ministry of Education, 2017).

#### 4-4 نموذج جامعة جونز هوبكنز للموهوبين:

يعتبر نموذج مركز الطلبة الموهوبين بجامعة جونز هوبكنز من أنجح النماذج التطبيقية القائمة على التسريع الأكاديمي والكشف المبكر عن الموهبة، وقد أسس هذا النموذج عام 1979 بقيادة ستانلي، ويركز على التعرف المبكر على الطلبة ذوي القدرات العالية، وتقديم برامج تعليمية متقدمة تتجاوز المناهج المدرسية التقليدية (Stanley, 1996)، ويشمل البرنامج عددا من الاختبارات للكشف المبكر عن الموهبة ومقررات تعليمية مسرعة وبرامج إثرائية صيفية، إضافة إلى التوجيه الأكاديمي طويل المدى، وقد أظهرت دراسات طولية أن خريجي البرنامج حققوا إنجازات أكاديمية ومهنية تفوق أقرانهم بمعدلات كبيرة مما يعكس فاعلية التسريع الأكاديمي عندما يطبق وفق أسس علمية دقيقة (Reis, 2003).

#### 5-4 النموذج الفنلندي:

يرتكز النموذج الفنلندي في رعاية الموهوبين على دمج الابتكار والإبداع التكنولوجي في التعليم الشامل دون عزل الطلبة الموهوبين عن أقرانهم، ويعتمد هذا النموذج على التعلم القائم على المشاريع وإنشاء مختبرات ابتكار داخل المدارس، إلى جانب الإشراف الأكاديمي الفردي والشراكات مع الجامعات وشركات التقنية (Sahlberg, 2015)، وقد بينت الدراسات أن هذا النموذج أسهم في تقليص الفجوة بين الموهوبين والعاديين مع تعزيز التوجه نحو المجالات الإبداعية وإعداد طلبة قادرين على التفكير التصميمي وحل المشكلات الواقعية.

## المحاضرة الثالثة عشر: البرامج التربوية لرعاية المعاقين حسياً.

### تمهيد:

تكتسب رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الحسية أهمية كبرى في التربية الخاصة نظراً لما تمثله حاستا السمع والبصر من دور محوري في التعلم والتواصل واكتساب الخبرات وبناء التفاعل الاجتماعي. فأى خلل في إحدى هاتين الحاستين لا يقتصر أثره على الجانب الوظيفي فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب المعرفية واللغوية والانفعالية والاجتماعية للفرد، مما يستدعي تدخلات تربوية متخصصة، مخططة، ومتكيفة مع طبيعة الإعاقة ودرجتها. لذلك لم تعد البرامج التربوية الموجهة للمعاقين حسياً تقتصر على التعويض الجزئي عن القصور الحسي بل تطورت لتصبح برامج شاملة تهدف إلى تنمية القدرات المتبقية وتعزيز الاستقلالية وتحقيق الاندماج المدرسي والاجتماعي، وقد أسهم في ذلك التقدم العلمي والتكنولوجي خاصة في مجالات السمعيات والوسائل البصرية وتكنولوجيا التعليم المساندة، وتوسعت هذه المحاضرة إلى التعرف على البرامج التربوية الموجهة للمعاقين حسياً من خلال تحليل أهدافها ومبادئ بنائها ومكوناتها الأساسية.

### 1- الأسس العامة لبرامج رعاية المعاقين حسياً:

تهدف البرامج التربوية الموجهة للمعاقين حسياً سواء كان الإعاقة سمعية أو بصرية أو مزدوجة إلى تلبية الاحتياجات الخاصة لكل فرد وضمان دمجها في بيئة تعليمية واجتماعية مناسبة، وتستند هذه البرامج إلى مجموعة من الأسس العامة التي توجه تصميمها وتنفيذها:

**1-1- التقييم الفردي الشامل:** يعد حجر الأساس في أي برنامج رعاية كونه يساعد على وضع خطة تعليمية فردية (IEP) تتناسب مع قدرات الطفل واحتياجاته الحسية (WHO,2019)، ويشمل التقييم الجوانب الآتية:

- التقييم الحسي والوظيفي: تحديد مدى حدة الإعاقة ومدى تأثيرها على الأداء الحياتي والتعلمي للطفل
- التقييم النفسي والتربوي: قياس القدرات العقلية، المهارات اللغوية، المهارات الاجتماعية والانفعالية بالإضافة إلى التعرف على الاهتمامات والميول.
- التقييم الأسري والاجتماعي: دراسة بيئة الطفل، الدعم الأسري، وفرص التفاعل الاجتماعي.

**1-2- الدمج الاجتماعي:** يقوم على مبدأ أنه يجب تكييف البيئة التعليمية لتتناسب مع قدرات الطفل الحسية وذلك من خلال:

- التعديلات المادية : كاستخدام الإضاءة المناسبة للمعاقين بصريا أو الأجهزة المساعدة للمعاقين سمعيا.
- التعديلات التعليمية : تعديل المحتوى والوسائل التعليمية لتلائم قدرات الطالب.
- الدمج الاجتماعي : تشجيع التفاعل بين الأطفال المعاقين وغير المعاقين لتعزيز المهارات الاجتماعية وتقليل العزلة.

**1-3- التدرج والتعزيز:** تعتمد برامج المعاقين حسيا على تقديم الأنشطة بشكل متدرج من البسيط للمعقد مثل التعرف على الأصوات أو الأشكال ثم التوسع إلى مهارات مركبة مثل القراءة بالإشارات أو استخدام التكنولوجيا المساعدة، مع استخدام استراتيجيات التعزيز الإيجابي الاجتماعي والمادي والرمزي لتشجيع الطفل على التعلم وتحقيق الإنجاز (الخطيب، 2016):

**1-4- التدخلات التخصصية:** يجب أن يكون المعلمون متخصصين في تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الحسية مع إلمامهم بالتقنيات الحديثة وأساليب تعديل السلوك (مكي، 2016) وضرورة إشراك أخصائي السمع والبصر المعالجون الوظيفيون، الأخصائيون النفسيون، والمربون في تصميم وتنفيذ البرامج لضمان شمولية التدخل.

**1-5- مشاركة الأسرة والمجتمعية:** توعية الآباء لفهم طبيعة الإعاقة والقدرات المتاحة وطرق الدعم الفعال وتدريبهم على استراتيجيات التعليم والتواصل مع الطفل داخل المنزل بما يعزز اكتساب المهارات المستهدفة. مع إشراك الجمعيات والمراكز والهيئات التعليمية لضمان استمرارية الرعاية والدعم (الداهري، 2005) .

**1-6- التقويم المستمر والتطوير:** ويشمل متابعة تقدم الطفل وتحديد نقاط القوة والضعف لتعديل الخطط التعليمية ومراجعة البرامج وتحديثها وفق أحدث التقنيات والأبحاث العلمية لضمان فعاليتها (WHO, 2019).

## 2- البرامج التربوية لرعاية المعاقين سمعيا :

تهدف هذه البرامج إلى تنمية مهارات التواصل اللغوي، سواء كان ذلك عبر اللغة المنطوقة أو لغة الإشارة أو التواصل الكلي، وتعزيز القدرات المعرفية والأكاديمية وتنمية الاستقلالية والتكيف الاجتماعي. كما تسعى هذه البرامج إلى تنمية المهارات السمعية المتبقية لدى ضعاف السمع، واستثمارها وظيفيا في مواقف التعلم المختلفة. وتعتمد برامج رعاية المعاقين سمعيا على مداخل متنوعة، من بينها المدخل السمعي الشفهي الذي يركز على تنمية السمع والكلام، ومدخل لغة الإشارة الذي يعتمد على التواصل البصري الحركي، إلى جانب مدخل التواصل الكلي الذي يجمع بين أكثر من وسيلة تواصل، ويتم تحديد المدخل المناسب بناء على خصائص المتعلم ودرجة الإعاقة والسياق التعليمي. وفيما يلي عرض لهذه المداخل:

## 1-2- طريقة التواصل الشفهي:

تعود جذور هذه الطريقة إلى القرن التاسع عشر مع تأسيس أول المعاهد لتعليم الصم في أوروبا وأمريكا وكانت تستند إلى اعتقاد مفاده بأن الكلام هو الطريق الأمثل لدمج الصم مع العاديين، وتركز هذه الطريقة على تطوير مهارات السمع والكلام لدى الأصم أو ضعيف السمع بالاعتماد بشكل أساسي على البقايا السمعية وتعزيزها دون الاعتماد على لغة الإشارة، وتشير عدة دراسات إلى أن التدريب السمعي المكثف يمكن أن يحسن التمييز السمعي لدى الأطفال ضعاف السمع الذين يستخدمون القوقعة، ومن أهم مكونات هذه الطريقة:

❖ **التضخيم السمعي الأمثل:** يعد حجر الزاوية في الطريقة الشفوية حيث يعتمد على تركيب وتجهيز المعينات السمعية المناسبة لكل حالة بعد إجراء تقييم سمعي دقيق، ولا يقتصر الأمر على مجرد اختيار الجهاز بل يشمل التأكد من ملاءمته لدرجة فقدان السمع ونمطه مع مراعاة العمر والحاجات اليومية للفرد. ويعتبر زراعة القوقعة الصناعية خياراً متطوراً يحاكي العملية السمعية الطبيعية، خاصة لمن لا يستطيعون بشكل كافٍ من المعينات التقليدية، ويشير **كوهين وآخرون (Cohen & al. (2020)** إلى أن 85% من الأطفال الذين زرعت لهم القوقعة قبل عمر 3 سنوات طوروا لغة شفوية وظيفية، ومن المهم جداً هنا ضبط الأجهزة بشكل دوري وفق تطور حساسية السمع التي تتغير مع نمو الطفل وتطور مهاراته، مما يتطلب زيارات منتظمة لأخصائي السمع لضبط الإعدادات وتحقيق أقصى استفادة ممكنة، حيث تؤكد منظمة الصحة العالمية (2021) أن التقييم السمعي الدقيق يجب أن يشمل قياسات في بيئات صوتية مختلفة لمحاكاة الحياة اليومية.

❖ **التدريب السمعي:** يهدف التدريب السمعي إلى تعظيم الاستفادة من البقايا السمعية وتدريب الدماغ على تفسير الأصوات التي يسمعها، حيث يبدأ هذا التدريب بتمييز الأصوات البيئية واللغوية الأساسية مثل صوت الجرس أو السيارة، ثم التقدم نحو الأصوات الأكثر تعقيداً كالكلمات والجمل، كما يركز التدريب على تحسين الذاكرة السمعية والتسلسل، وهي مهارة حاسمة لفهم الكلام المتتابع وتذكر التعليمات الشفهية ويشمل أيضاً تمارين مكثفة للتمييز بين الأصوات المتشابهة مما يحسن وضوح الكلام المسموع ويدعم دقة الفهم اللغوي في المواقف الحياتية والتعليمية المختلفة، وقد أظهرت دراسة **ميلر وآخرون (Miller et al. (2018)** أن تحسين الذاكرة السمعية يرتبط ارتباطاً مباشراً بتحصيل القراءة لدى ضعاف السمع.

❖ **تطوير النطق والكلام:** يتوجه هذا الأسلوب إلى تدريب أعضاء النطق (الشفيتين، اللسان، الحنجرة) على إنتاج الأصوات والكلمات بوضوح، ويشمل ذلك تمارين محددة لتقوية العضلات وتحسين التنسيق بينها مما يمكن الطفل من نطق الحروف والكلمات بشكل صحيح، كما أن تمارين التنفس والتحكم في الزفير

تعد أساسية لتنظيم عملية الكلام وتحسين جودة الصوت وقوته، ويسير جنباً إلى جنب مع ذلك تدريب الأذن على التمييز بين الأصوات الساكنة والمتحركة والذي يساعد على تحسين النطق من خلال إدراك الفروق الدقيقة بين الأصوات، وقد بينت دراسة فالييري وآخرون (Valeri et al., 2017) أن التدريب المشترك على السمع والنطق يحسن النتائج بنسبة 40% مقارنة بالتدريب المنفصل .

❖ **قراءة الكلام:** تعرف قراءة الكلام أو قراءة الشفاه بأنها مهارة تفسير حركة الشفاه وأعضاء النطق لفهم الكلام دون الاعتماد الكلي على الصوت، وتتجاوز هذه المهارة مجرد النظر إلى الشفاه فهي تشمل فهم الكلام من خلال حركات الفم والفك معاً، وتعتمد بشكل كبير على استخدام السياق والتوقعات الذهنية لتخمين الكلمات أو الأصوات غير الواضحة بصرياً. كما أن قراءة تعبيرات الوجه ولغة الجسد تلعب دوراً مكملًا حيث تضيف ما أسماه براون وهامبل (Brown & Humble 2016) بالتوقع السياقي والذي يشير إلى استخدام الدماغ المعرفة المسبقة لتعويض المعلومات البصرية الناقصة.

## 2-2- طريقة التواصل اليدوي:

هي إحدى أقدم وأكثر الأساليب استخداماً في تعليم المعاقين سمعياً خاصة الصم، حيث تعتمد أساساً على استخدام اليدين وحركتهما المنظمة بوصفها وسيلة لغوية بديلة عن الكلام المنطوق، وتقوم هذه الطريقة على مبدأ أن اللغة يمكن أن تكتسب وتستخدم عبر قنوات غير سمعية بما يضمن للطفل الأصم وسيلة فعالة للتعبير والفهم والتفاعل الاجتماعي، ويعرفها الخطيب (2014) بأنها نظام يعتمد على استخدام الرموز اليدوية لإيصال المعلومات والتعبير عن الأفكار والمفاهيم، فالتواصل اليدوي يتمثل في استخدام حركات اليدين والأصابع المصحوبة أحياناً بتعابير الوجه لنقل المعاني والأفكار، ويشمل ذلك لغة الإشارة، الأبجدية اليدوية (التهجئة بالأصابع)، وبعض الأنظمة الإشارية المساندة. ويعد هذا النمط من التواصل لغة بصرية-حركية لها قواعدها وبنيتها الخاصة وليس مجرد إشارات عشوائية (Moore, 2010).

❖ **لغة الإشارة:** وهي عبارة عن نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى والإشارات التي يستعملها المعاقون سمعياً تنقسم إلى إشارات وصفية وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة مثل رفع اليد للتعبير عن الطول، وإشارات أخرى غير وصفية لها دلالتها الخاصة تكون بمثابة لغة خاصة متداولة بين المعاقين سمعياً.

❖ **الهجاء الإصبعي:** يقوم هذا الأسلوب على رسم أشكال الحروف الهجائية بواسطة أصابع اليد، وعادة ما تستخدم كطريقة مساندة للغة الإشارة إذا كان الشخص لا يعرف الإشارة لكلمة ما .

### 2-3- طريقة التواصل الكلي :

ظهر مفهوم التواصل الكلي في ستينيات القرن العشرين كرد فعل على الجدل الدائم بين مؤيدي لغة الإشارة ومؤيدي الطريقة الشفوية، حيث قدم حلا توفيقيا يعتمد على استخدام جميع الطرق والوسائل المتاحة دون التقييد بطريقة واحدة لتسهيل التواصل مع الطفل الأصم أو ضعيف السمع، بهدف تحقيق الفهم والتفاعل بأقصى درجة ممكنة، وبذلك تشمل هذه الطريقة الكلام المنطوق، لغة الإشارة، الأبجدية اليدوية، قراءة الشفاه الكتابة، الإيماءات، والوسائل البصرية والتكنولوجية المساندة، ويتم اختيار الوسيلة أو الدمج بينها وفق قدرات الطفل واحتياجاته الفردية (Moores, 2010). مما يسهم في تحسين النمو اللغوي والتفاعل الاجتماعي والتحصيل الأكاديمي لكونه يراعي الفروق الفردية ويعتمد على الدمج بين القنوات السمعية والبصرية والحركية كما يساعد على تحقيق تواصل وظيفي فعال داخل الصف وخارجه ويعزز ثقة الطفل بنفسه وشعوره بالأمان (Marschark & Spencer, 2011). ويرتكز التواصل الكلي على عدد من المبادئ، من أهمها:

- احترام الفروق الفردية بين الأطفال المعاقين سمعيا.
- الدمج المرن بين القنوات السمعية والبصرية والحركية.
- توفير بيئة تعليمية غنية بالمدخلات اللغوية المتنوعة.
- إشراك الأسرة في تطبيق أساليب التواصل داخل المنزل.

### 3- البرامج التربوية لرعاية المعاقين بصريا:

تهدف البرامج التربوية للمعاقين بصريا إلى تنمية مهارات التعلم البديلة وتعويض فقدان المدخل البصري وتعزيز الاعتماد على الحواس الأخرى خاصة السمع واللمس، كما تسعى إلى تنمية مهارات الاستقلالية والتوجه والحركة، وتكييف المناهج وطرائق التدريس والوسائل التعليمية بما يضمن للطفل الكفيف أو ضعيف البصر فرصا متكافئة للتعلم والنمو والاندماج المدرسي والاجتماعي. وقد أكدت الأدبيات التربوية الحديثة أن فعالية هذه البرامج ترتبط بمدى شمولها للجوانب الأكاديمية والوظيفية والحياتية واعتمادها على التخطيط الفردي والتدخل المبكر والتعاون بين المدرسة والأسرة ومؤسسات المجتمع، وبذلك تمثل هذه البرامج إطارا متكاملا يهدف إلى تنمية الاستقلالية وبناء الكفايات الأكاديمية وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي، بما يمكن الفرد من المشاركة الفاعلة في المجتمع وتحقيق أقصى ما تسمح به قدراته وإمكاناته. لا بد أن تتضمن برامج تعليم المعاقين بصريا عددا من المهارات الأساسية، وفيما يلي شرح موجز لتلك المهارات :

## 3-1- مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:

طور لويس برايل (1809-1852) Braille الذي كان بدوره معاقا بصريا هذه الطريقة حوالي عام 1829 بمساعدة الضابط الفرنسي باربيروتعتبر طريقته من أكثر أنظمة القراءة والكتابة شيوعا لدى المعاقين بصريا وتقوم هذه الطريقة على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة، وتعتبر الخلية الوحدة الأساسية في تشكيل تلك النقاط، حيث تتكون الخلية من 6 نقاط وتعطى كل نقطة من النقاط رقما معيناً يبدأ من 1 وينتهي بـ 6. أما الترميز في نظام برايل فلا يتم بواسطة عدد النقاط في الرمز الواحد بقدر ما يتم من خلال تغيير مواضع النقاط داخل الخلية الواحدة مما ينجم عنه 63 رمزا.

## 3-2- برامج التدريب الحسي:

يلعب التدريب الحسي دورا محوريا في تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، إذ يساعدهم على تطوير المهارات اللازمة للتكيف مع البيئة وتحقيق الاستقلالية. ويتركز هذا التدريب على الحواس المتاحة (اللمس، السمع، الشم) لتعويض فقدان البصر، وتدريب الإدراك المكاني والتفاعلي.

❖ **التدريب اللمسي:** يهدف التدريب اللمسي إلى تنمية المهارات الحركية الدقيقة والقدرة على التمييز اللمسي وهو أساس لتعلم المهارات اليومية وتحقيق الاستقلالية، وتتضمن استراتيجياته ما يلي (Elliott et al., 2015):

- تنمية المهارات الحركية الدقيقة: من خلال أنشطة تتطلب استخدام الأصابع واليدين بشكل متقن مثل ربط الخيوط، تزيير الملابس، استخدام أدوات الأكل، تشكيل الصلصال، طي الورق وبناء المكعبات وتساعد هذه الأنشطة على تقوية العضلات الدقيقة وزيادة التحكم الحركي مما يسهل تنفيذ المهام اليومية.
- تنمية التمييز اللمسي: يشمل التعرف على خصائص الأسطح المختلفة كالخشن والناعم، وتحديد درجات الحرارة، وتمييز الأشكال الهندسية وكذلك الأطوال، الأحجام، والأوزان المختلفة.
- التحفيز اللمسي التفاعلي: يتم من خلال دمج الأنشطة التعليمية مع اللعب مثل لمس المواد المختلفة التعرف على الأقمشة أو ترتيب الأشكال بحسب ملمسها ووزنها، وهو ما يعزز الإدراك الحسي.

❖ **التدريب السمعي:** يهدف إلى تنمية الوعي الصوتي ومهارات التوجيه المكاني لدى الطفل من خلال تحسين مهارات الإصغاء والانتباه للأصوات المحيطة، مما يساعد الطفل على التمييز بين الأصوات المألوفة والجديدة وفهم المعلومات الصوتية الضرورية للتعلم والتكيف، ومن ثم توظيف الأصوات كعلامات مساعدة أثناء التنقل داخل الصف أو المنزل، مما يرفع من استقلالية الطفل وقدرته على التحرك بأمان وكفاءة.

- ❖ **التدريب الشهي:** يركز على تطوير إحساس الطفل بالروائح والقدرة على التمييز بينها وتحديد موقع مصدر الرائحة، أي التدريب على التوجيه المكاني بواسطة الروائح، مما يدعم الاستقلالية والسلامة في البيئة المحيطة.
- ❖ **الدمج الحسي:** تستخدم هذه التدريبات الحسية مجتمعة لتعزيز الإدراك الشامل للطفل وتطوير قدرته على التفاعل مع البيئة بشكل مستقل باستخدام الحواس المختلفة كوسائط لتنمية مهارات التعلم المبكر بما في ذلك القدرة على الكتابة، القراءة بطريقة برايل، والقيام بالأنشطة اليومية. إضافة إلى زيادة الدافعية والتكيف النفسي عبر استخدام أنشطة حسية ممتعة ومحفزة كالألعاب التعليمية (Elliott et al., 2015).

### 3-2- التعلم القائم على التكنولوجيا المساندة:

يقصد بالتعلم القائم على التكنولوجيا المساندة استخدام الأدوات والأجهزة والبرمجيات المصممة خصيصا لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة على تجاوز العوائق الحسية أو الحركية أو المعرفية التي تحد من قدرتهم على التعلم باستخدام الأساليب التقليدية، وفي مجال الإعاقة البصرية بصفة خاصة تعد التكنولوجيا المساندة عنصرا محوريا في تمكين المتعلم من الوصول إلى المعلومات والمشاركة الفعالة في المواقف التعليمية وتحقيق الاستقلالية الأكاديمية (Edyburn, 2013)، ويرتكز هذا النوع من التعلم على مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية حيث تهدف التكنولوجيا المساندة إلى تقليل الفجوة بين المتعلمين ذوي الإعاقة وأقرانهم العاديين، من خلال توفير بدائل حسية ووظيفية تمكنهم من الوصول إلى نفس المحتوى التعليمي، حيث تسهم التقنيات المساندة في تعزيز اعتماد المتعلم على نفسه في القراءة والكتابة والبحث، بدل الاعتماد الدائم على المعلم أو الزملاء، وهو ما يدعم الدافعية الداخلية والشعور بالكفاءة الذاتية، كما تسمح بتكييف سرعة التعلم ونمط تقديم المعلومة والتفاعل بما يتلاءم مع قدرات كل متعلم ودرجة إعاقته البصرية. ومن بين أهم أشكال التكنولوجيا المساندة نذكر:

- ❖ **البرمجيات الناطقة:** هي من أكثر التقنيات استخداما حيث تقوم بتحويل النصوص المكتوبة على الحاسوب أو الهاتف الذكي إلى صوت مسموع، وتمكن هذه البرمجيات المتعلم الكفيف من قراءة الكتب الرقمية والمقالات العلمية وتصفح الإنترنت واستخدام منصات التعلم الإلكتروني وكذا كتابة النصوص والتفاعل مع التطبيقات التعليمية.

- ❖ **شاشات وأجهزة برايل الإلكترونية:** توفر هذه الشاشات الإلكترونية تحويلا فوريا للنصوص الرقمية إلى رموز برايل بارزة، مما يسمح للمتعلم بالقراءة اللمسية للنصوص الأكاديمية بشكل مستقل والجمع بين المهارة القرائية والكتابية في آن واحد خصوصا لدى الطلاب في المراحل الدراسية المتقدمة.

❖ تقنيات تحويل النص إلى صوت والعكس: تشمل هذه التقنيات تحويل النصوص المكتوبة إلى صوت مسموع أو تحويل الكلام المنطوق إلى نص مكتوب، وتستخدم لدعم تعلم المواد النظرية وكتابة البحوث وأداء الاختبارات، مما يقلل من العبء المعرفي الناتج عن الإعاقة البصرية ويسهم في تحسين الأداء الأكاديمي .

❖ التطبيقات التعليمية الذكية: أدت الهواتف الذكية والأجهزة اللوحية إلى انتشار تطبيقات مساندة تساعد المتعلم على ربط المعرفة الأكاديمية بالحياة اليومية مثل:

- تطبيقات التعرف على الأشياء والنصوص.
- تطبيقات تسجيل المحاضرات وتنظيم الملاحظات صوتياً.
- تطبيقات الخرائط الصوتية والتنقل الآمن.

ولضمان فاعلية التعلم القائم على التكنولوجيا المساندة يقترح إديبورن (Edyburn, 2013) جملة من الشروط:

- تدريب المعلمين على استخدام التقنيات المساندة ودمجها في التدريس.
- اختيار التكنولوجيا المناسبة وفق نوع الإعاقة ودرجة شدتها.
- توفير الدعم الفني والتقني المستمر للمتعلمين.
- إشراك الأسرة في استخدام هذه التقنيات داخل المنزل

## المحاضرة الرابعة عشر: برامج رعاية أطفال طيف التوحد.

### تمهيد :

اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية المعقدة التي تتميز بتنوع مظاهرها واختلاف شدتها من طفل لآخر، مما يجعل التدخل التربوي في هذا المجال من بين أكثر مجالات التربية الخاصة تحدياً وتعقيداً إذ تؤثر خصائص الاضطراب على قدرة الطفل على التكيف مع البيئة التعليمية وتفرض ضرورة اعتماد برامج تربوية متخصصة قائمة على أسس علمية دقيقة وتدخل مبكر ومنهجي. وقد شهدت البرامج التربوية الموجهة لأطفال طيف التوحد تطوراً ملحوظاً، حيث انتقلت من محاولات تدخل عامة إلى نماذج تربوية منظمة تعتمد على تحليل السلوك وتنمية التواصل وتطوير المهارات الاجتماعية والمعرفية، مع مراعاة الخصائص الفردية لكل طفل. وتهدف هذه المحاضرة إلى تسليط الضوء على الأسس النظرية والمنهجية للبرامج التربوية الخاصة بأطفال طيف التوحد، من خلال عرض أهدافها العامة والخاصة ومبادئ تصميمها وأنواعها المختلفة.

### 1- تعريف البرامج التربوية لأطفال طيف التوحد :

تشير البرامج التربوية الموجهة لأطفال طيف التوحد إلى مجموعة منظمة ومخططة من الإجراءات التربوية التي تهدف إلى تنمية قدرات الطفل في مختلف مجالات النمو وخاصة التواصل واللغة والسلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية والأكاديمية والذاتية، وذلك بالاعتماد على أسس علمية مستمدة من علم النفس النمائي والتربية الخاصة وتحليل السلوك التطبيقي (عبد العزيز، 2017). وتتميز هذه البرامج بكونها برامج تفريدية بمعنى أنها تبني وفق الخصائص الفردية لكل طفل ومستوى شدته داخل الطيف وقدراته المعرفية واللغوية وحاجاته التربوية، بعيداً عن الأساليب التقليدية الموحدة التي لا تراعي الفروق الفردية بين أطفال هذا الاضطراب (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2018) كما تعتمد هذه البرامج على مبدأ التدخل المبكر خاصة في سنوات الطفولة المبكرة لتحسين المخرجات التعليمية.

### 2- الأسس العامة لبرامج رعاية أطفال طيف التوحد :

تعتمد البرامج التربوية للأطفال ذوي طيف التوحد على أسس علمية ونفسية تهدف إلى تحقيق التعلم الفعال وتعزيز المهارات الاجتماعية وتحسين جودة حياة الطفل، كما تهدف إلى تكييف بيئة التعلم وفق احتياجاته الفردية وتمكينه من المشاركة الفعالة في مجتمعه وتقليل العوائق التي تحد من نموه الشامل، ويمكن تفصيل هذه الأسس كما يلي (Odom et al., 2010) :

❖ الشمولية والتكامل: ينبغي أن تقوم البرامج الفعالة على دمج مختلف المجالات التعليمية والسلوكية في برنامج واحد متكامل يشمل التعليم الأكاديمي، المهارات الاجتماعية، السلوكيات والتكيف الحسي، ويساهم هذا التكامل في جعل التعلم ذو صلة بحياة الطفل اليومية، كما يساعده على ربط المعلومات الجديدة بسلوكياته ومهاراته المكتسبة مما يزيد من فرص التقدم والتحسين.

❖ التعليم الفردي المخصص: نظرا للاختلافات الكبيرة بين الأطفال ذوي طيف التوحد في قدراتهم واهتماماتهم يتم تصميم برامج تعليمية تراعي الفروق الفردية لكل طفل، ويشمل ذلك إعداد خطة تربوية فردية (IEP) تحدد الأهداف قصيرة وطويلة المدى مع استراتيجيات تعليمية محددة لكل مجال كاللغة، المهارات الاجتماعية... ويساعد هذا الأسلوب على تقليل الإحباط ويضمن أن الطفل يتعلم وفق إمكانياته الفعلية.

❖ الهيكلية والتكرار: توفر البرامج الفعالة بيئة منظمة وروتين واضح حيث يكون لكل نشاط مكان وزمن محدد يتم تقسيم المهارات المعقدة إلى خطوات صغيرة ومتتابعة لتعزيز الفهم والتعلم التدريجي، ويساعد الالتزام بالروتين والهيكلية الطفل على التنبؤ بالأحداث وتقليل القلق وتحسين التركيز أثناء التعلم.

❖ التعزيز الإيجابي: يعد من الأسس الجوهرية في تعديل السلوك وتعليم المهارات للأطفال ذوي طيف التوحد ويقوم هذا الأسلوب على مكافأة السلوكيات المرغوبة فور حدوثها بالثناء، الملصقات، أو الألعاب المفضلة للطفل مما يساهم في زيادة دافعية الطفل وتحفيزه على الاستمرار في التعلم وتحسين مهاراته الاجتماعية والأكاديمية.

❖ الدمج الحسي والتكنولوجي: يعتمد تعليم هؤلاء الأطفال على استخدام استراتيجيات متعددة الحواس وأدوات التكنولوجيا المساندة لتعويض أي قصور حسي وتحفيز التعلم، ويتضمن ذلك استخدام الصور والرموز والأجهزة اللوحية والموسيقى أو اللعب الحركي خلال الدروس، كما يمكن دمج التدريب اللمسي لتعزيز مهارات التعرف على الأشياء والأشكال مما يجعل التعلم تجربة مباشرة وملموسة.

❖ التقييم المستمر: تعتبر عملية التقييم المستمر جزءا لا يتجزأ من البرامج التربوية للأطفال طيف التوحد حيث يشمل ذلك متابعة أداء الطفل، ومن ثم تعديل البرنامج وفق النتائج، بما يضمن ملاءمة التعليم وفاعليته وبتيح للمعلمين والآباء متابعة تقدم الطفل وتحقيق أهداف التعلم بشكل مستمر.

### 3- مراحل إعداد الخطط التربوية:

يمثل إعداد الخطط التربوية الفردية *Individualized Education Plan-IEP* عنصرا هاما في البرامج التربوية الموجهة للأطفال طيف التوحد، حيث تتميز هذه العملية بالمرونة والتفصيل لتلبية الفروق الكبيرة بين الأطفال

في مجالات اللغة والتواصل، التكيف الاجتماعي، السلوكيات والقدرات الأكاديمية (Odom et al., 2010) ويمكن تفصيل تلك المراحل كما يلي:

- تقييم القدرات الحالية : عبر أدوات القياس السلوكية والتربوية كما ذكرناها في المحاضرات السابقة لتحديد نقاط القوة والضعف.
- وضع الخطة التربوية الفردية: ويجب أن تشمل أهدافا قصيرة وطويلة المدى واستراتيجيات التدريس وأساليب التقويم .
- تحديد أولويات التعلم : التركيز على المهارات الاجتماعية، التواصلية والسلوكية قبل الانتقال إلى المحتوى الأكاديمي.

#### 4- أهم البرامج التربوية لرعاية أطفال طيف التوحد :

يتعكس تنوع خصائص طيف التوحد واختلاف درجاته انعكاسا مباشرا على البرامج التربوية الموجهة للأطفال ذوي هذا الاضطراب، وهو ما استدعى تطوير نماذج وبرامج متعددة تستند إلى خلفيات نظرية وتطبيقية مختلفة مع اتفاقها جميعا على هدف أساسي يتمثل في تحسين نوعية حياة الطفل وتنمية قدراته التكيفية والتعليمية والاجتماعية، وفيما يلي عرض لأهم هذه البرامج التربوية المعتمدة في ميدان التربية الخاصة:

#### 1-4- البرامج السلوكية :

وهي من أكثر البرامج التربوية والعلاجية اعتمادا في رعاية أطفال طيف التوحد، وعلى رأسها البرامج القائمة على تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis (ABA) والذي يقوم على منهج علمي تطبيقي يهدف إلى فهم السلوك الإنساني وتعديله بالاستناد إلى مبادئ التعلم السلوكي، خاصة ما يتعلق بالعلاقة بين المثير والاستجابة والنتائج المترتبة عنها، ويركز هذا المدخل على ملاحظة السلوك القابل للقياس وتحليله تحليلًا وظيفيًا من أجل تحديد أسباب ظهوره والعمل على تعزيز السلوك المرغوب وخفض السلوكيات النمطية غير التكيفية ونوبات الغضب (Cooper, Heron & Heward, 2020). ويستند تحليل السلوك التطبيقي من الناحية النظرية إلى إشراف سكينز الإجمالي الذي يؤكد أن السلوك يتأثر بنتائجه، فإذا تبعه تعزيز إيجابي تزيد احتمالية تكراره في حين يضعف السلوك الذي لا يعزز أو يعاقب، كما يعتمد هذا البرنامج على مبادئ الموضوعية والقابلية للملاحظة والتجريب والتقويم المستمر، وهو ما يمنحه طابعا منهجيا واضحا مقارنة ببعض الأساليب التربوية غير المنظمة (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2018).

ويهدف تحليل السلوك التطبيقي إلى تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وتطوير المهارات الاجتماعية والانتباه المشترك وتحسين المهارات الأكاديمية والإدراكية، إلى جانب تنمية مهارات الاستقلالية والعناية بالذات من خلال خطط فردية تبنى بناء على نتائج التقويم السلوكي الوظيفي الذي يحدد وظيفة السلوك لدى الطفل سواء كان الحصول على انتباه أو الهروب من موقف أو الوصول إلى مكاسب مادية أو اجتماعية (الإخطيب، 2019). ويعتمد تطبيق برنامج ABA على مجموعة من الإجراءات التربوية المنظمة مثل التدريب بالمحاولات المنفصلة والتعليم في البيئة الطبيعية والتلقين التدريجي والتعزيز الإيجابي والتشكيل والتسلسل، حيث تقدم المهارات للطفل في شكل خطوات بسيطة ومتدرجة، مع التكرار والممارسة المنظمة. ويتم تقويم تقدم الطفل بشكل دوري من خلال جمع البيانات وتحليلها، مما يسمح بتعديل الأهداف والاستراتيجيات بما يتناسب مع مستوى استجابته وقدراته الفردية (Smith, 2011).

وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات (Odom et al., 2015; Howard et al., 2005; Smith, 2001) فاعلية تحليل السلوك التطبيقي في تحسين السلوك التكيفي ومهارات التواصل واللغة لدى أطفال طيف التوحد خاصة عند تطبيقه بشكل مكثف وفي سن مبكرة وبإشراف مختصين مؤهلين. ومع ذلك وجهت بعض الانتقادات لهذا البرنامج بسبب تركيزه الكبير على السلوك الظاهر واعتماده المكثف على التعزيز الخارجي، غير أن الاتجاهات الحديثة في تحليل السلوك التطبيقي سعت إلى تجاوز هذه الانتقادات من خلال اعتماد أساليب أكثر طبيعية وإنسانية ودمج الجوانب النمائية والانفعالية ضمن الخطط التربوية الشاملة.

#### 2-4- برنامج لوفاس:

طوره لوفاس في جامعة كاليفورنيا بلوس أنجلوس خلال سبعينيات القرن الماضي مستندا إلى مبادئ ABA وهو واحد من أوائل وأشهر البرامج التربوية العلاجية التي طبقت مع أطفال طيف التوحد، وينطلق هذا البرنامج من افتراض أساسي مفاده أن سلوكيات الطفل اللغوية والاجتماعية والمعرفية يمكن تعليمها وتعديلها من خلال التعلم المنظم والتعزيز الإيجابي المكثف، ويرتكز هذا البرنامج على التدريب الفردي المكثف، حيث يتلقى الطفل في سن مبكرة 2-5 سنوات ما بين 30 إلى 40 ساعة أسبوعيا من التدخل المنظم في بيئة خالية من المشتتات ويعتمد على جلسات قصيرة متكررة تعرف بالتدريب بالمحاولات المنفصلة **Discrete Trial Training – DTT** يتم خلالها تقديم مثير محدد وانتظار استجابة الطفل ثم تقديم تعزيز فوري في حال الاستجابة الصحيحة أو تصحيح الاستجابة عند الخطأ. ويهدف هذا الأسلوب إلى بناء التعلم بشكل تدريجي ومنهجي مع الانتقال من المهارات البسيطة إلى الأكثر تعقيدا (Smith, 2001).

يركز برنامج لوفاس على تنمية المهارات الأساسية التي يعاني أطفال طيف التوحد من قصور فيها وفي مقدمتها اللغة الاستقبالية والتعبيرية، مهارات التقليد، الانتباه المشترك، التفاعل الاجتماعي والمهارات الأكاديمية الأولية كما يهتم البرنامج بتعليم مهارات العناية بالذات والاستقلالية مثل الأكل وارتداء الملابس واستخدام الحمام باعتبارها مهارات ضرورية لتحسين جودة حياة الطفل واندماجه في محيطه الأسري والمدرسي، من خلال التعزيز الإيجابي المكثف، حيث يتم اختيار المعززات بناء على تفضيلات الطفل الفردية، سواء كانت مادية أو اجتماعية أو نشاطية. ويراعى في البرنامج الانتقال التدريجي من التعزيز المستمر إلى التعزيز المتقطع، بهدف تثبيت السلوك المكتسب وضمان استمراريته في مواقف مختلفة. كما يعتمد البرنامج على مبدأ التعميم، أي نقل المهارة المتعلمة من جلسات التدريب الفردية إلى مواقف الحياة اليومية الطبيعية (Lovaas, 2003).

أظهرت الدراسات المبكرة التي أجراها لوفاس أن الأطفال الذين تلقوا تدخلا سلوكيا مكثفا وفق هذا البرنامج حققوا تحسنا ملحوظا في الأداء العقلي واللغوي، حيث بينت نتائج دراسة لوفاس عام 1987 أن 47% من الأطفال المشاركين تمكنوا من الالتحاق بالتعليم العادي وأظهروا أداء قريبا من أقرانهم العاديين. ورغم الجدل حول تعميم هذه النتائج إلا أن البرنامج يعد حجر الأساس لتطوير معظم البرامج السلوكية اللاحقة (Smith, 2001).

#### 3-4- برنامج تيتش TEACCH :

##### Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

طور هذا البرنامج في سبعينيات القرن الماضي على يد شوبلر وزملائه بجامعة نورث كارولاينا بالولايات المتحدة الأمريكية ويعتبر من أبرز البرامج التربوية الشاملة الموجهة لأطفال طيف التوحد، وينطلق هذا البرنامج من منظور نمائي-تربوي يركز على فهم الخصائص المعرفية والإدراكية المميزة لأطفال التوحد بدل محاولة تغييرها جذريا حيث يفترض أن طيف التوحد يتسم بنمط مختلف من معالجة المعلومات مما يتطلب أساليب تعليمية متكيفة مع هذا النمط (Schopler et al., 2005).

يقوم البرنامج على مبدأ التعليم المنظم الذي يهدف إلى تقليل الغموض البيئي وزيادة قابلية التنبؤ لدى الطفل لما لذلك من أثر مباشر في خفض القلق والسلوكيات غير التكيفية. ويؤكد شوبلر أن الأطفال ذوي طيف التوحد يظهرون أداء تعليميا أفضل عندما تنظم البيئة التعليمية بصريا ومكانيا وزمنيا بما يتوافق مع نقاط القوة لديهم خاصة المعالجة البصرية للمعلومات (Schopler, Mesibov & Hearshey, 1995)، لذا يعتمد تطبيق البرنامج على تنظيم البيئة الصفية إلى مساحات واضحة المهام مثل مكان العمل الفردي ومكان الأنشطة الجماعية ومكان الاستراحة، مما يساعد الطفل على فهم ما هو متوقع منه دون الحاجة إلى تعليمات لفظية متكررة.

ويشكل الجدول البصري أحد ركائز برنامج تيتش، حيث يستخدم لتوضيح تسلسل الأنشطة اليومية باستخدام صور أو رموز أو كلمات مكتوبة حسب مستوى الطفل لمساعدته على إدراك مفهوم الزمن والانتقال بين الأنشطة بسلاسة، ويركز البرنامج كذلك على تنظيم المهام التعليمية من خلال توضيح ما المطلوب من الطفل وكمية الجهد وتسلسل الأداء وكيفية الانتهاء من المهمة للسماح للطفل بالعمل ذاتيا دون اعتماد مفرط على المعلم وهو ما يتماشى مع الأهداف التربوية طويلة المدى لبرامج رعاية أطفال طيف التوحد .

ويتميز برنامج تيتش بتبنيه مقارنة شمولية تشرك الأسرة كشريك أساسي في العملية التربوية عبر تدريب الآباء على استخدام الاستراتيجيات البصرية والتنظيمية داخل المنزل مما يسهم في تعميم المهارات المكتسبة واستمرار أثر التدخل خارج البيئة التعليمية الرسمية، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن برنامج تيتش حقق تحسنا ملحوظا في مجالات التكيف الاجتماعي والاستقلالية وتقليل السلوكيات غير المرغوبة خاصة لدى الأطفال ذوي المستويات المتوسطة والمنخفضة من الأداء الوظيفي نظرا لمرونته وسهولة دمجها داخل الصفوف الخاصة أو الدمجة (Virues-Ortega et al., 2013) .

ورغم مزايا برنامج تيتش من فقد أشار بعض الباحثين إلى أن تركيزه الأكبر ينصب على التكيف البيئي والاستقلالية أكثر من تطوير اللغة والتفاعل، مما يستدعي دمجها مع برامج أخرى مثل تحليل السلوك التطبيقي أو التدخلات التواصلية لتحقيق نتائج أكثر شمولية. ومع ذلك تؤكد الاتجاهات الحديثة أن تيتش يمثل إطارا تربويا فعالا عند توظيفه ضمن خطة فردية متكاملة تراعي الخصائص النمائية والانفعالية لطفل طيف التوحد.

#### 4-4 برنامج دنفر للتدخل المبكر ESDM – Early Start Denver Model :

يعتبر هذا البرنامج واحدا من البرامج النمائية السلوكية الحديثة التي طورت خصيصا للتدخل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة، خاصة في الفئة العمرية الممتدة من 12 إلى 48 شهرا ويتميز هذا البرنامج بكونه نموذجا تكامليا يجمع بين مبادئ تحليل السلوك التطبيقي والنظريات النمائية مع التركيز على التفاعل الاجتماعي والانتباه المشترك واللعب بوصفها مدخلات أساسية للتعلم في السنوات الأولى من حياة الطفل. ويرتكز برنامج دنفر للتدخل المبكر على افتراض مفاده أن التعلم في الطفولة المبكرة يحدث بصورة أفضل من خلال التفاعل الاجتماعي الإيجابي داخل سياقات طبيعية ومألوفة للطفل مثل اللعب اليومي والأنشطة الروتينية، ولذلك فإن البرنامج لا يعتمد على الجلسات التعليمية التقليدية بل يوظف مواقف الحياة اليومية لتنمية مهارات التواصل واللغة والتقليد والمهارات المعرفية مع مراعاة مستوى نمو الطفل واهتماماته الخاصة (Rogers et al., 2012) .

ويهدف برنامج دنفر إلى تعزيز مجالات النمو الأساسية لدى الطفل ولا سيما التواصل اللفظي وغير اللفظي والانتباه المشترك والمهارات الاجتماعية والمرونة السلوكية، إلى جانب دعم التطور المعرفي واللغوي. ويتم تحقيق هذه الأهداف من خلال خطة تدخل فردية مبنية على تقويم نمائي دقيق، يحدد مستوى أداء الطفل في مختلف المجالات، ويحولها إلى أهداف تعليمية قصيرة المدى قابلة للقياس والمتابعة المستمرة (Odom et al., 2015) ويتميز تطبيق البرنامج بالشراكة الفاعلة بين المختص والأسرة التي تعتبر جزءاً أساسياً من فريق التدخل حيث تتلقى تدريباً يمكنهم من تطبيق استراتيجيات البرنامج داخل البيئة المنزلية. ويسهم هذا التكامل بين التدخل المهني والتدخل الأسري في تعميم المهارات المكتسبة وضمان استمرارية التعلم.

وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات التجريبية فاعلية برنامج دنفر للتدخل المبكر في تحسين القدرات المعرفية واللغوية والسلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وبصورة خاصة عند تطبيقه في سن مبكرة بطريقة مكثفة ومنظمة. ورغم ما يتطلبه البرنامج من تدريب متخصص ومتابعة دقيقة إلا أنه يعد من أكثر نماذج التدخل المبكر توافقاً مع الاتجاهات الحديثة التي تنادي بالتدخل الشامل والإنساني المرتكز على نمو الطفل واحتياجاته الفردية (Rogers & Dawson, 2010).

#### 5-4- برامج نظام تبادل الصور PECS – Picture Exchange Communication System :

يستخدم هذا النظام لتنمية التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، خاصة أولئك الذين يعانون من ضعف شديد أو غياب في اللغة المنطوقة، ويقوم هذا النظام على تعليم الطفل استخدام الصور والرموز بوصفها وسيلة تواصل وظيفية تمكنه من التعبير عن حاجاته ورغباته ومشاعره، مما يسهم في تقليل الإحباط والسلوكيات غير التكيفية الناتجة عن العجز التواصل، ويعزز من قدرته على التفاعل الاجتماعي مع محيطه ويرتكز نظام تبادل الصور على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، حيث يعتمد على التعزيز الإيجابي والتدرج في تعليم مهارات التواصل مع التركيز على المبادرة التواصلية من جانب الطفل، ويتم تقديم النظام في مراحل تعليمية متسلسلة تبدأ بتعليم الطفل تبادل صورة واحدة للحصول على معزز مرغوب، ثم الانتقال تدريجياً إلى التمييز بين الصور، وبناء الجمل البسيطة، واستخدام الصور للإجابة عن الأسئلة والتعليق على الأحداث وذلك في سياقات طبيعية داخل البيئة التعليمية أو المنزلية (Frost & Bondy, 2017)، ويهدف برنامج PECS إلى تنمية مهارات التواصل وتعزيز الاستقلالية التواصلية وتحسين التفاعل الاجتماعي إلى جانب تهيئة الطفل لاكتساب اللغة اللفظية في مراحل لاحقة. وقد بينت نتائج العديد من الدراسات أن استخدام نظام تبادل الصور لا يعيق تطور اللغة المنطوقة، بل قد يسهم في دعمها لدى بعض الأطفال، من خلال توفير بديل تواصل فعال يقلل من الضغوط ويشجع على المبادرة والتفاعل (Odom et al., 2015).

ويتميز نظام تبادل الصور بسهولة تطبيقه ومرونته وإمكانية دمجها ضمن البرامج والخطط التربوية الفردية سواء في المراكز المتخصصة أو في التعليم الدامج. كما يعد إشراك الأسرة في تطبيق هذا النظام عاملاً أساسياً في نجاحه، إذ يساهم في تعميم مهارات التواصل المكتسبة وضمان استخدامها في مواقف الحياة اليومية. ورغم ذلك فإن فعالية النظام تتطلب تدريب القائمين على تنفيذه والحرص على استخدامه ضمن برنامج شامل يمتد إلى تنمية مختلف مجالات النمو لدى الطفل (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2018).

### 5- دور الأسرة والمدرسة في رعاية أطفال طيف التوحد:

يعد التعاون بين الأسرة والمدرسة من العناصر الهامة لنجاح البرامج التربوية الموجهة لأطفال طيف التوحد إذ أن التدخل لا يقتصر على البيئة التعليمية فقط بل يمتد ليشمل أيضاً الأسرة باعتبارها البيئة الأولى للطفل ومصدر تأثير مباشر على سلوكه ونمائه، وتؤكد الدراسات أن الشراكة الفاعلة بين الأسرة والمؤسسة التعليمية تساهم بشكل كبير في تعميم المهارات المكتسبة داخل الصف على الحياة اليومية وتعزز من استمرارية التعلم وتحقيق الأهداف التنموية، وتمثل وظيفة المدرسة في توفير بيئة تعليمية ملائمة خصائص واحتياجات الطفل ويشمل ذلك تهيئة الصفوف لتكون بيئات تعليمية داعمة واستخدام وسائل بصرية وتقنيات تعليمية متنوعة بالإضافة إلى تنظيم الوقت والمهام بطريقة تساعد الطفل على تقليل التوتر والقلق الناتج عن التغيرات المفاجئة أما الأسرة فتلعب دوراً أساسياً في تطبيق استراتيجيات التعلم داخل المنزل ودعم الطفل في ممارسة المهارات التي تعلمها في المدرسة، سواء كانت مهارات التواصل أو السلوك التكيفي أو الأنشطة الحياتية. ويساهم تدريب الأهل وتمكينهم من فهم استراتيجيات التدخل وأساليب تعزيز المهارات في تعزيز فعالية البرنامج التربوي كما يقلل من السلوكيات غير المرغوبة ويزيد من ثقة الطفل بنفسه (الخطيب، 2019).

وتتجلى أهمية دمج الأسرة والمدرسة أيضاً في تعزيز التواصل بين الفريق التربوي متعدد التخصصات والأولياء بما يتيح تبادل المعلومات عن تقدم الطفل وصعوباته وتعديل الخطط الفردية عند الحاجة، ويؤكد هذا التكامل أن التعليم الفعال لذوي طيف التوحد يشمل البيئة المنزلية والمجتمع، وهو ما يعزز قدرة الطفل على الاندماج الاجتماعي وتحقيق استقلالية أكبر (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2018).

## خاتمة

في ختام هذه المطبوعة ينبغي التأكيد أن التربية الخاصة لم تعد مجالاً فرعياً أو هامشياً داخل العلوم التربوية بل أصبحت ميداناً استراتيجياً يرتبط ارتباطاً وثيقاً بقضايا العدالة التعليمية وحقوق الإنسان وجودة الحياة فقد اتضح من خلال مختلف المحاور أن الإعاقة ليست خاصية ثابتة في الفرد بقدر ما هي نتاج تفاعل معقد بين خصائصه النمائية ومتطلبات البيئة التعليمية والاجتماعية، وهو ما يفرض تحولا في من التركيز على العجز إلى تبني مقاربات قائمة على القدرات والامكانيات.

إن فهم أسباب الإعاقة وتصنيفاتها وتحليل تأثيراتها النفسية والاجتماعية يشكل قاعدة أساسية لتخطيط تدخلات تربوية فعالة ومبنية على أسس علمية دقيقة، كما أن دراستنا فئات التربية الخاصة المختلفة بما تتضمنه من تنوع داخلي وتعقيد تشخيصي وتربوي، تؤكد ضرورة تجاوز الحلول الجاهزة والنماذج الموحدة والاتجاه نحو خطط تربوية فردية تستجيب لخصوصية كل حالة وتراعي الفروق الفردية داخل الفئة الواحدة. وفي هذا السياق يبرز دور البرامج التربوية والتأهيلية كأداة مركزية لتحويل المبادئ النظرية إلى ممارسات ميدانية قابلة للتطبيق والتقييم، فالتركيز على الوقاية والتدخل المبكر والتأهيل المستمر وبرامج الرعاية المتخصصة يعكس التوجهات المعاصرة التي تؤكد على أهمية التدخل القائم على التعاون بين الأسرة والمدرسة والمجتمع. كما تبرز أهمية الانتقال من المقاربات العلاجية المعزولة إلى نماذج دعم متعددة المستويات تراعي السياق المدرسي والمجتمعي الذي يعيش فيه الفرد.

وتخلص هذه المطبوعة أيضا إلى أن الدمج المدرسي والاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة لا يمكن اختزاله في إجراءات تنظيمية أو قرارات إدارية، بل هو مسار تربوي يتطلب إعادة النظر في المناهج واستراتيجيات التدريس وطرائق التقييم وتكوين المعلمين، فضلا عن تغيير الاتجاهات المجتمعية نحو الإعاقة، وهو ما يستدعي توظيف المناهج الكمية والكيفية والنماذج متعددة التخصصات في التشخيص والتدخل وتقييم البرامج التربوية. إضافة إلى ضرورة تكييف البرامج العالمية مع الخصائص الثقافية والاجتماعية لمجتمعنا وتقييم فعالية الممارسات التربوية في السياق الجزائري، بما يساهم في تطوير معرفة علمية محلية تستجيب لحاجات الميدان.

ختاما، نأمل أن تشكل هذه المطبوعة أرضية علمية تساهم في تكوين باحثين وممارسين واعين بتعقيد قضايا التربية الخاصة، وقادرين على الموازنة بين البعدين العلمي والإنساني في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة والالتزام الأكاديمي والأخلاقي تجاه هذه الفئة، والمساهمة في بناء منظومات تعليمية دامجة ومستدامة.

## قائمة المراجع :

1. أبوزيد، أحمد محمد. (2016). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي.
2. العدل، عادل محمد. (2013). صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
3. العزة، سعيد. (2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.
4. الحديدي، منى، الصمادي، جميل، والخطيب، جمال. (1994). الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين. مجلة دراسات، 21(أ)، 7-34.
5. الخطيب، جمال. (2003). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية: دليل المعلمين والآباء.
6. الخطيب، جمال. (2013). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر.
7. الخطيب، جمال. (2014). البرامج التربوية للأشخاص ذوي الإعاقة. عمان: دار المسيرة.
8. الخطيب، جمال. (2016). تعلم الموهوبين والمتفوقين: التعريف، التشخيص، والرعاية. عمان: دار المسيرة.
9. الخطيب، جمال، والحداد، محمد. (2014). اضطراب طيف التوحد: التشخيص والتدخل. عمان: دار المسيرة.
10. الخطيب، جمال، والحديدي، منى. (1997). المدخل إلى التربية الخاصة. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
11. الخليفة، فهد. (2007). سيكولوجية الموهبة والتفوق العقلي. الرياض: مكتبة الرشد.
12. الروسان، فاروق. (2003). مقدمة في الإعاقة العقلية (ط2). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
13. الروسان، فاروق. (2010). سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
14. الزراع، نايف عبد. (2010). المدخل لاضطراب التوحد (ط1). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
15. الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2004). التوحد: الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
16. الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2003). الإعاقة السمعية (ط1). عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
17. الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2018). اضطراب طيف التوحد: الخصائص والتشخيص والعلاج. عمان: دار وائل.
18. السيد، سليمان عبد الحميد. (2000). صعوبات التعلم (ط2). القاهرة: دار الفكر العربي.
19. الشربيني، زكريا، وصادق، بسرية. (2003). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته. القاهرة: دار الفكر العربي.
20. الشخص، عبد الرحمن. (2015). الإعاقات النمائية. القاهرة: عالم الكتب.
21. الشقيرات، محمد عبدالرحمن، وأبو عين، يوسف زايد. (2001). علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسديًا. مجلة جامعة دمشق، 17(3).
22. الظاهر، قحطان أحمد. (2004). تعديل السلوك (ط2). عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
23. الظاهر، قحطان أحمد. (2008). مدخل إلى التربية الخاصة (ط2). عمان: دار وائل للنشر.
24. العدل، عادل محمد. (2013). صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
25. القريطي، عبد المطلب. (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتربيتهم (ط2). القاهرة: دار الفكر العربي.
26. القمش، مصطفى نوري. (2011). الإعاقة العقلية: النظرية والممارسة (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
27. كوافحه، تيسير مفلح، وعمر، عبد العزيز فواز. (2012). مقدمة في التربية الخاصة (ط6). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
28. كوافحه، تيسير، وعمر، فوزية. (2003). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.

29. المقابلة، جمال خلف. (2016). اضطرابات طيف التوحد: التشخيص والتدخلات العلاجية (ط1). عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
30. الدهري، صالح. (2005). الإرشاد النفسي للأسرة. عمان: دار المسيرة.
31. جروان، فهد. (2014). تعليم الموهوبين والمتفوقين: استراتيجيات وبرامج. عمان: دار الفكر.
32. كمال، طارق. (2005). الصحة النفسية للأسرة. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
33. فراج، عثمان لبيب. (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
34. رضوان حسن فقيه. (2008). الإعاقة العقلية (ط1). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
35. الرفاعي، نعيم. (2004). الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
36. الهواملة، حابس. (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. عمان: الدار الأهلية للنشر والتوزيع.
37. يحيى، خولة. (2003). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر.
38. يوسف، جمعة. (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
39. زهران، حامد عبد السلام. (2010). علم نفس النمو. القاهرة: عالم الكتب.
40. السرتاوي، زيدان أحمد. (2015). التشخيص والتقويم في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.
41. AAIDD. (2010). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
42. Alberto, P. A., & Troutman, A. C. (2013). Applied behavior analysis for teachers (9th ed.). Pearson.
43. American Montessori Society. (2019). Montessori and special education. AMS Publications.
44. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
45. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 52–54). Washington, DC: Author.
46. ASHA. (2019). American Speech-Language-Hearing Association: Hearing Loss in Children.
47. Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Lancet*, 345, 1189–1192.
48. Birch, E., & Johnson, J. (1975). Special education: Principles and practices. Harper & Row.
49. Blanc, A. (2015 2ed) : Sociologie du handicap. Paris, Editions Armand Colin.
50. Brown, D., & Humble, S. (2016). Lip-reading and contextual prediction in hearing impairment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(3), 245–258.
51. Clark, B. (1992). Growing Up Gifted: Developing the Potential of Children at School and at Home. Macmillan.
52. Cohen, N., et al. (2020). Outcomes of early cochlear implantation in children. *Ear and Hearing*, 41(2), 356–367.
53. Cohen, S., Feinstein, J., & Mahon, M. (2020). Early language development in children with cochlear implants. *Ear and Hearing*, 41(3), 545–558.
54. Colangelo, N., & Assouline, S. G. (2009). Guidelines for acceleration. Iowa Acceleration Scale.

55. Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). Applied behavior analysis (3rd ed.). Pearson.
56. Corn, A. L., & Koenig, A. J. (2002). *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives*. New York: AFB Press.
57. Courchesne, E., Campbell, K., & Solso, S. (2011). Brain growth across the lifespan in autism: Age-specific changes in cortical and subcortical structures. *Archives of General Psychiatry*, 68, 14–24.
58. Dobbin, F., & Kalev, A. (2016, July). Why diversity programs fail. *Harvard Business Review*, 94(7), 52–60. <https://hbr.org/2016/07/why-diversity-programs-fail>
59. Dweck, C. (2006). *Mindset: The New Psychology of Success*. Random House.
60. Eddyburn, D. L. (2013). Inclusive technologies. *Special Education Technology Practice*, 15(2), 7–15.
61. Elliott, J. L., et al. (2015). Sensory training for visually impaired children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109(4), 295–308.
62. Frith, U. (2004). *Autism and Asperger syndrome* (2nd ed.). Cambridge University Press.
63. Gagné, F. (1985). Toward a differentiated model of giftedness and talent. *Gifted Child Quarterly*, 29(3), 103–112.
64. Gagné, F. (2005). Transforming Gifts into Talents: The DMGT as a Developmental Model. *High Ability Studies*, 16(2), 119–147.
65. Gagné, F. (2008). *Building gifts into talents: Overview of the DMGT*. New York: Springer.
66. Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books.
67. Geschwind, D. H., & State, M. W. (2015). Gene–environment interaction in autism spectrum disorder: Current knowledge and future directions. *Nature Reviews Genetics*, 16, 245–261.
68. Gulliford, M., et al. (2002). What does 'access to health care' mean?. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
69. Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6–28.
70. Hagerman, R. J., Berry-Kravis, E., Kaufmann, W. E., Ono, M. Y., Tartaglia, N., Lachiewicz, A., & Hagerman, P. J. (2017). Fragile X syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17065.
71. Halahan, D., & Kauffman, J. (2008). *Exceptional Children*. Pearson.
72. Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2011). *Exceptional learners: An introduction to special education* (12th ed.). Pearson.
73. Hallahan, D., & al. (2019). *Handbook of special education*. Routledge.
74. Hallahan, D., Kauffman, J., & Pullen, P. (2018). *Exceptional Learners: An Introduction to Special Education*. Pearson.
75. Hamonet, C. (2016 8ed) : Les personnes en situation de handicap . Paris, Que sais-je ?, Presse Universitaire de France,
76. Hébert, T. P., Cramond, B. L., & Neumeister, K. L. (2002). Gifted students' self-concept and the Schoolwide Enrichment Model. *Gifted Child Quarterly*, 46(2), 96–109.

77. Heward, W. L. (2017). *Exceptional children: An introduction to special education* (11th ed.). Pearson.
78. Hobson, J. M. (2020). *Multicultural origins of the global economy*. Cambridge University Press.
79. Howard, J. S., et al. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), 359–383.
80. International Labour Organization (ILO). (2019). *Disability and employment: Global report*. ILO.
81. Kim, K. H. (2006). Can creativity be taught? *Creativity Research Journal*, 18(1), 3–14.
82. Klein-Tasman, B. P., Mervis, C. B., & Lord, C. (2007). Social behavior in Williams syndrome: A cross-syndrome comparison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 509–518.
83. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
84. Lovaas, O. I. (2003). Teaching individuals with developmental delays. Pro-Ed.
85. Lubinski, D., & Benbow, C. P. (2006). Study of mathematically precocious youth. *American Psychologist*, 61(4), 316–327.
86. Luckasson, R., et al. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12th ed.). AAIDD.
87. Maker, C. J. (2005). Teaching models in gifted education. *Gifted Child Quarterly*, 49(2), 122–135.
88. Mandy, W., Charman, T., & Skuse, D. (2017). Autism spectrum disorder and diagnostic change: Insights from DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 1–12.
89. Marschark, M., & Spencer, P. E. (2011). *The Oxford handbook of deaf studies*. Oxford University Press.
90. Mesibov, G., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer.
91. Miller, P., et al. (2018). Auditory memory and reading outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(6), 1423–1435.
92. Mitra, S., Palmer, M., Kim, H., Mont, D., & Groce, N. (2017). The socioeconomic impact of disability. *World Development*, 94, 411–428.
93. Moores, D. F. (2010). *Deaf education: The basics*. Oxford University Press.
94. Moss, J., Howlin, P., Magiati, I., & Oliver, C. (2008). Autism spectrum disorder symptoms in Cornelia de Lange syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 146A(16), 2059–2067.
95. Northern, J., & Downs, M. (2014). *Hearing in Children*. Lippincott Williams & Wilkins.
96. Odom, S. L., & Wolery, M. (2003). Portage model. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(1), 25–35.
97. Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J., & Hatton, D. D. (2010). Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure*, 54(4), 275–282.

98. Odom, S. L., et al. (2015). Technology-aided interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3805–3819.
99. Odom, S., Buysse, V., & Soukakou, E. (2015). Inclusion for young children with disabilities: A quarter century of research perspectives. *Journal of Early Intervention*, 37(4), 305–319. <https://doi.org/10.1177/1053815115618199>
100. OECD. (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. OECD Publishing.
101. Ontario Ministry of Education. (2017). *Special education policy and resource guide*. Toronto.
102. Patterson, C-H.(1990): *Theories of Counseling and psychotherapy* New York: Harper & Row Publishers.
103. Peters, S. U., Beudet, A. L., & Madduri, N. (2004). Autism spectrum disorder features in Angelman syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 129A(1), 12–20.
104. Rapin, I., & Tuchman, R. F. (2008). Autism and epilepsy: Historical perspective. *Epilepsy & Behavior*, 12(4), 418–423.
105. Reis, S. M., & Renzulli, J. S. (2003). *The Schoolwide Enrichment Model*. Mansfield Center, CT: Creative Learning Press.
106. Renzulli, J. S. (1978). What makes giftedness? *Phi Delta Kappan*, 60(3), 180–184.
107. Renzulli, J. S., & Reis, S. M. (1997). *The schoolwide enrichment model*. Creative Learning Press.
108. Renzulli, J. S., & Reis, S. M. (2003). Developing creative productivity. *Educational Psychology*, 38(4), 307–318.
109. Robertson, M. M. (2015). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 138, 1515–1540.
110. Rogers, S., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.
111. Sahlberg, P. (2015). *Finnish lessons 2.0*. New York: Teachers College Press.
112. Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *JAMA*, 311(17), 1770–1777.
113. Schalock, R. L., et al. (2010). *Intellectual disability: Definition and systems of supports*. AAIDD.
114. Schalock, R. L., et al. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12th ed.). AAIDD.
115. Schiaffino, K. M., & Revenson, T. A. (1995). Psychological adaptation to chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 23–36.
116. Schopler, E., Mesibov, G. B., & Hearsey, K. (1995). *Structured teaching*. Learning and Cognition in Autism. Springer.
117. Schopler, E., Mesibov, G. B., & Lansing, M. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York: Springer.
118. Shakespeare, T. (2014). *Disability rights and wrongs revisited* (2nd ed.). Routledge.
119. Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.

120. Smith, T. (2001). Discrete trial training. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(2), 86–92.
121. Smith, T. (2011). ABA in early intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(3), 348–359.
122. Stanley, J. C. (1996). SMPY after 25 years. *Roeper Review*, 18(4), 262–266.
123. Stanley, J. C. (2000). Acceleration outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 92(2), 221–227.
124. Stiker, H-J (2013 3eme éd) : *Corps infirmes et sociétés*. Paris, Editions Dunod.
125. Taylor, C. W. (1967). Creativity progress. *Journal of Creative Behavior*, 1(1), 3–12.
126. Torrance, E. P. (1981). *Thinking creatively: The incubation model*. Buffalo, NY: Creative Education Foundation.
127. Turnbull, A., et al. (2015). *Families, professionals, and exceptionality* (7th ed.). Pearson.
128. UNESCO. (2020). *Inclusive education: Global monitoring report*. UNESCO Publishing.
129. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
130. Valeri, G., et al. (2017). Speech therapy outcomes. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 31(7), 520–535.
131. Volkmar, F. R., Klin, A., & Cohen, D. J. (2014). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
132. Weiss, J. (2002). Family stress in raising children with disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 459–472.
133. WHO. (2011). *World report on disability*. World Health Organization.
134. WHO. (2019). *International classification of functioning, disability and health*. World Health Organization.
135. WHO. (2021). *Hearing loss: Key facts*. World Health Organization
136. Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115–129.
137. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.
138. World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO.
139. World Health Organization. (2011). *World report on disability*. WHO Press.
140. World Health Organization. (2016). *Early childhood development and disability: A discussion paper*. Geneva: WHO
141. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases* (11th ed., Autism spectrum disorder, section HA60). Geneva: WHO.
142. World Health Organization. (2021). *World report on hearing*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>