

أخصائي التربية الخاصة أ. عمار مطر



التربية الخاصة
Special Education

مقتطفات في التربية الخاصة والصحة النفسية

الجمهورية العربية السورية

إعداد: أ. عمار عصام مطر

مكتبة نور الإلكترونية ناشرون

سنة ٢٠٢٣

إعاقة
مع
الإرادة



أعتقد أنه إذا كنت مسناً، أو معاقاً جسدياً أو عقلياً، فلدينا التزام

أنت أيضاً، ولكن إذا كنت قادراً جسدياً، فيجب أن تعمل

ألفونسو جاكسون

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
٨	الآية الكريمة
٩	نبذة عن الكاتب
١٠	الإهداء
١١	تقدمة الكتاب
التأهيل في التربية الخاصة	
١٣	المقدمة
١٣	تعريف الإعاقة
١٣	تعريف الشخص المعوق
١٤	تعريف الخدمة الاجتماعية
١٤	التطور التاريخي لرعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة
١٤	مفهوم التأهيل وإعاقة التأهيل
١٥	فلسفة التأهيل
١٥	أهداف التأهيل
١٦	الإجراءات التأهيلية
١٦	الخاتمة
التدخل المبكر في التربية الخاصة	
١٧	المقدمة
١٧	مفهوم التدخل المبكر
١٨	الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر
١٩	أهمية التدخل المبكر
٢٠	مبررات التدخل المبكر
٢١	فريق عمل التدخل المبكر
٢٢	الخاتمة
مبادئ إرشاد الأشخاص ذوي الإعاقة	
٢٣	المقدمة
٢٣	تعريف الإرشاد النفسي
٢٣	تعريف التربية الخاصة
٢٤	مبادئ التربية الخاصة
٢٤	المبادئ الأساسية في إرشاد أسرة المعوق
٢٤	المبادئ الإرشادية للوقاية من الإعاقة الدهنية

٢٥	المبادئ العامة في إرشاد ذوي الإعاقة الذهنية
٢٦	المبادئ العامة في إرشاد ذوي الإعاقة الجسدية
٢٦	الإرشادات العامة في التعامل مع ذوي الإعاقة البصرية
٢٦	الإرشادات العاملة مع ذوي الإعاقة السمعية
٢٧	المبادئ التي يقوم عليها الإرشاد الأسري لأطفال اضطراب طيف التوحد
٢٨	المبادئ الإرشادية في التعامل مع ذوي اضطراب التعلم المحدد (صعوبات التعلم)
٢٨	الخاتمة
طرق تعليم وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة فئة المتأخرين دراسياً	
٣٠	المقدمة
٣٠	تعريف التأخر الدراسي
٣٠	مظاهر التأخر الدراسي
٣١	خصائص الأطفال المتأخرين دراسياً
٣٢	مواصفات منهج المتأخرين دراسياً
٣٢	استراتيجيات التعامل مع المتأخرين دراسياً حسب المجال الأكاديمي
٣٣	طرق تعليم المتأخرين دراسياً
٣٤	الخاتمة
التربية الخاصة واستراتيجية تدريس الأقران	
٣٥	المقدمة
٣٥	تعريف استراتيجية تدريس الأقران
٣٥	أهداف استراتيجية تدريس الأقران
٣٦	مميزات التدريس بواسطة استراتيجية تدريس الأقران
٣٧	العوامل المؤثرة في التعليم بأسلوب تدريس الأقران
٣٨	خطوات تنفيذ استراتيجية تدريس الأقران
٣٩	العوامل التي تساهم في نجاح أسلوب تدريس الأقران
٤٠	الخاتمة
مداخل تنمية عادات العقل لدى الطفل الموهوب	
٤١	المقدمة
٤١	تعريف الموهبة
٤١	تعريف عادات العقل
٤٣	مداخل تنمية عادات العقل
٤٤	الخاتمة
الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية تصنيفهم التربوي وخصائصهم	
٤٥	المقدمة

٤٥	تعريفات الإعاقة الذهنية
٤٧	تصنيف فئات الإعاقة الذهنية
٤٩	خصائص ذوي الإعاقة الذهنية
٥٠	الخاتمة
تقييم وتشخيص ذوي الإعاقة الحركية	
٥١	المقدمة
٥١	مفهوم الإعاقة الحركية
٥١	تعريف الإعاقات الجسدية والحركية
٥٢	أسباب الإعاقة الحركية
٥٢	الخصائص المميزة لذوي الإعاقة الحركية
٥٣	وسائل التعرف على ذوي الإعاقة الحركية
٥٤	التشخيص السريري والتموضعي للإعاقة الحركية
٥٤	مجالات تقييم ذوي الإعاقة الحركية
٥٦	الخاتمة
تقييم وتشخيص ذوي صعوبات التعلم (اضطراب التعلم المحدد)	
٥٧	المقدمة
٥٧	تعريف صعوبات التعلم
٥٧	مظاهر صعوبات التعلم
٥٩	خصائص ذوي صعوبات التعلم
٥٩	التقويم التشخيصي
٦٠	محكات تشخيص ذوي صعوبات التعلم
٦١	طريقة تشخيص ذوي صعوبات التعلم
٦٢	الخاتمة
الألكسيثيميا وعلاقتها بصعوبات التعلم (اضطراب التعلم المحدد)	
٦٣	المقدمة
٦٣	نشأة مصطلح الألكسيثيميا
٦٣	تعريف الألكسيثيميا
٦٤	تعريف صعوبات التعلم
٦٤	أسباب الألكسيثيميا
٦٤	نسبة انتشار الألكسيثيميا
٦٥	أعراض الألكسيثيميا
٦٥	العلاقة بين الألكسيثيميا وصعوبات التعلم
٦٦	العلاج النفسي للألكسيثيميا

٦٦	الخاتمة
الحمية الغذائية الخالية من الكلوتين والكايزين لأطفال اضطراب طيف التوحد	
٦٧	المقدمة
٦٨	تعريف اضطراب طيف التوحد
٦٨	العلاج بالحمية الغذائية
٦٨	كيف تكون البداية بالحمية الغذائية
٦٩	تأثير مفعول الحمية الغذائية
٦٩	الأغذية المسموحة والأغذية الممنوعة في الحمية الغذائية
٧٠	دور الأسرة في الحمية الغذائية
٧٠	الخاتمة
اضطراب المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	
٧١	المقدمة
٧١	تعريف اضطراب طيف التوحد
٧٢	أنواع الحواس
٧٣	أسباب اضطراب طيف التوحد
٧٤	مظاهر اضطراب المعالجة الحسية
٧٤	تشخيص اضطراب المعالجة الحسية
٧٤	علاج اضطراب المعالجة الحسية
٧٥	الخاتمة
الإيكولاليا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد الأسباب والعلاج	
٧٦	المقدمة
٧٦	تعريف اللغة والكلام
٧٦	التواصل اللغوي
٧٦	تعريف اضطراب التواصل
٧٧	تعريف الإيكولاليا
٧٧	مظاهر الإيكولاليا
٧٧	أنواع الإيكولاليا
٧٨	أسباب الإيكولاليا
٧٨	علاج الإيكولاليا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد
٧٩	الخاتمة
مشكلة القلق لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية التعريف والأسباب والحلول	
٨٠	المقدمة
٨٠	تعريف الإعاقة البصرية

٨١	تعريف القلق
٨١	نسبة انتشار القلق
٨١	مراحل القلق
٨٢	أسباب القلق
٨٣	أعراض القلق
٨٣	علاج القلق
٨٥	أسوأ الأساليب للتعامل مع القلق
٨٥	الخاتمة
كيفية تعزيز تقدير الذات لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية	
٨٦	المقدمة
٨٦	التعريفات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة البصرية
٨٦	تعريف تقدير الذات
٨٧	تأثير تدني تقدير الذات
٨٧	كيف يحدث تدني تقدير الذات
٨٨	كيف تساعد الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية على تعزيزهم لتقدير ذاتهم
٩٠	الخاتمة
الخجل لدى الأطفال ذوي الإعاقة	
٩١	المقدمة
٩١	تعريف الطّف المعاق
٩٢	تعريف الخجل
٩٢	النظريات المفسرة للخجل
٩٣	أسباب الخجل
٩٣	أعراض الخجل
٩٤	آثار وعواقب الخجل على الطّف ذو الإعاقة
٩٥	الخاتمة
اضطرابات النّوم لدى الأطفال والمراهقين كنتيجة للحدث الصّادم الأسباب والعلاج والوقاية	
٩٦	المقدمة
٩٦	تعريف اضطرابات النّوم
٩٧	أسباب اضطرابات النّوم
٩٧	علاج اضطرابات النّوم
٩٨	الوقاية من اضطرابات النّوم في ظل الكوارث
٩٩	الخاتمة
الصدمة النفسية الناتجة عن الكوارث الطبيعية تعريفها وآثارها على الأطفال وأسباب العلاج	

١٠٠	المقدمة
١٠٠	تعريف الصدمة النفسية
١٠١	تعريف الكارثة
١٠١	أنواع الكوارث
١٠١	ماهية الحدث الصّادم والنتائج عن الكوارث الطبيعية
١٠١	العوامل المؤثرة في استجابة الأطفال للصدمة النفسية
١٠١	مراحل الصدمة النفسية
١٠٢	آثار الصدمة النفسية على الأطفال
١٠٣	علاج الصدمة النفسية
١٠٤	الخاتمة
قائمة المصادر والمراجع باللغتين العربية والأجنبية	
١٠٥	قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية
١١٩	قائمة المصادر والمراجع باللغة الأجنبية
أعمال الكاتب الأخرى	
١٢٠	الأبحاث العلمية
١٢٠	التقارير الصحفية
١٢٠	الكتب العلمية
١٢١	الأبحاث العلمية النظرية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ
إِلَى عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ)

التوبة الآية ١٠٥

نبذة عن الكاتب:



عمار عصام مطر
المؤهلات العلمية:

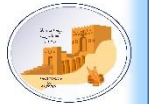
إجازة في التربية قسم معلم صف، جامعة حلب في المناطق المحررة، سنة (٢٠٢٠)،
بمعدل تراكمي ٧٥،٨٧.



ماجستير تمهيدي في إدارة الأعمال اختصاص إدارة عامة، جامعة حلب في المناطق
المحررة - المعهد العالي للإدارة والرقابة المالية سنة (٢٠٢١)، بمعدل تراكمي
٧٢،٢٥.



ماجستير تمهيدي في التربية الخاصة اختصاص صعوبات تعلم، جامعة حلب في
المناطق المحررة سنة (٢٠٢٢)، بمعدل تراكمي ٨٠،٦٣.



مدرب، كاتب، عامل في مجال العمل الإنساني، أخصائي تربية خاصة، استشاري لأسر
ذوي الاحتياجات الخاصة، باحث ماجستير في التربية الخاصة وإدارة الأعمال،
اختصاصي صعوبات تعلم لدى الأطفال، اختصاصي تنمية مهارات وتعديل سلوك.

الحقوق محفوظة للكاتب، ولا يسمح بتداول الكتاب بيعه، أو الإتجار به دون موافقة
خطية من الكاتب.

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى ريجانثا حياتي

أبي وأمي حبيبا قلبي حفظهما الله.

وإلى أختي وأخي رفيقا دربي حفظهما الله.

أهدي عملي لجميع العاملين في التربية الخاصة والصحة

النفسية

تقدمة الكتاب:

الحمد لله نعمده ونستعينه ونستهديه ونسترشده من يهده الله فلا مضل له ومن يضل فلا هادي له. خلقنا الله فأحسن صورنا، ورزقنا فوسع في رزقنا، وابتلانا لنعلم رحمته ونزيد من عبادته، ونكثر في طاعته.

وإني أقدم ثمرة جهدي في هذا الكتاب المتواضع لكل أم وأب ولكل مختص وقارئ محب للاطلاع والإفادة، في مجال التربية الخاصة والصحة النفسية.

حيث يتناول الكتاب عدداً من المحاور الرئيسية والتي اخترتها كمقتطفات في التربية الخاصة والصحة النفسية وذلك لكثرة الأسئلة التي وردتني حول هذه المواضيع ونظراً لِمَ وجدته من حاجة ماسة في مجتمعنا حول ما سأذكره من مواضيع وهي:

- ١) التأهيل في التربية الخاصة.
- ٢) التدخل المبكر في التربية الخاصة.
- ٣) مبادئ إرشاد الأشخاص ذوي الإعاقة.
- ٤) تعليم وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة فئة المتأخرين دراسياً.
- ٥) التربية الخاصة واستراتيجية تدريس الأقران.
- ٦) مداخل تنمية عادات العقل لدى الطفل الموهوب.
- ٧) ذوي الإعاقة الذهنية تصنيفهم التربوي وخصائصهم.
- ٨) تشخيص وتقييم ذوي الإعاقة الحركية.
- ٩) تشخيص وتقييم ذوي صعوبات التعلم.
- ١٠) الأكسيثيميا وعلاقتها بصعوبات التعلم.
- ١١) الحماية الغذائية الخالية من الكلوتين والكايزين للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ١٢) اضطراب المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ١٣) الإيكولاليا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد الأسباب والعلاج.
- ١٤) مشكلة القلق لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية التعريف والأسباب والحلول.
- ١٥) كيفية تعزيز تقدير الذات لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية.
- ١٦) الخجل لدى الأطفال ذوي الإعاقة.
- ١٧) اضطرابات النوم لدى الأطفال كنتيجة للحدث الصادم الأسباب والعلاج والوقاية.

١٨ الصدمة النفسية الناتجة عن الكوارث الطبيعية وآثارها على الأطفال.

والله أسأل أن تكون المادة العلمية التي يتضمنها الكتاب بين دفتيه مفيدة، وذات نفع للدارسين، وطلاب العلم، وللأخصائيين، والممارسين في التربية الخاصة وللآباء، والمربين الذين يتعاملون مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على اختلاف فئاتهم.

التأهيل في التربية الخاصة

المقدمة: عرف الإنسان الإعاقات منذ أقدم العصور، وكانت معاملة المجتمعات الإنسانية للأفراد المعوقين في الحقب التاريخية المتعاقبة لا تختلف فاتصفت بالمعاملة الوحشية. ففي الماضي البعيد كان المعوقون يتعرضون لإساءة المعاملة بدنياً ونفسياً. حيث كانت المجتمعات الأولى تتخلص من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة بقتلهم أو تركهم ليموتوا لوحدهم. على أن بعض المجتمعات كالمصريين القدماء لم يقتلوا هؤلاء الأشخاص ولكنهم كانوا يعرضونهم للحرمان ويسبون معاملتهم بشكل أو بآخر. وكان العلاج في حال تقديمه محصلة للاعتقادات الخرافية.

تعريف الإعاقة: لقد ارتبط تعريف الإعاقة منذ زمن بعيد بعدد من المفاهيم والمصطلحات التي من أبرزها الإصابة والعجز، كما تأثر مفهوم الإعاقة بالمعايير ومنظومة القيم الاجتماعية السائدة في التراكيب الثقافية والاجتماعية والسلوكية في المجتمعات، وقد اعتمدت معظم التعريفات على أحكام مهنية تستند إلى محكات يتم اشتقاقها من التعريف الطبيعي للوصول إلى أحكام عما هو غير طبيعي وتتغير هذه الأحكام وفقاً للظروف والمعطيات في كل وقت من الأوقات، فالمعايير الإحصائية تقدم معلومات كمية عن الأداء تستخدم للتمييز بين ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي تبعاً لمنحنى التوزيع الاعتدالي المتعارف عليه، بينما تعتمد المعايير الطبيعية على وجود اضطرابات في الوظائف الجسمية وطبيعة الاعتلال والتعرض والعجز والإصابات المرتبطة بها، في حين تعبر المعايير الاجتماعية عن وجهات نظر أخصائي علم الاجتماع وعلم النفس وهي معايير ذاتية مقارنة بسابقاتها من المعايير، ويرى المؤلفون بأن الإعاقة لا تقتصر على الجوانب الذاتية المتمثلة في نوع ودرجة الإصابة والعجز بل تمتد لتشمل البيئة بمكوناتها المادية والاجتماعية ليصلوا بذلك إلى تعريف الإعاقة على أنها: كل ما يعيق الفرد عن أداء وظائفه وأدوار تتلاءم مع إمكانياته وقدراته المتبقية. (مسعود، ٢٠٠٥، ص. ٢٠).

تعريف الشخص المعوق:

- أ - تعرف منظمة العمل الدولية اصطلاح معوق بأنه كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً، نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية .
- ب - ويعرف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ المعوق بأنه كل شخص أصبح غير قادر في الاعتماد على نفسه في مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر

والاستقرار فيه، أو نقصت قدرته على ذلك، لقصور عضوى أو عقلي أو حسي ، أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة .

ج - المعوق هو الفرد الذي لا يصل إلى مستوى الأفراد الآخرين في مثل سنه بسبب عاهة جسمانية أو اضطراب في سلوكه أو قصور في مستوى قدراته العلية. (فهمي ، حسن، ٢٠١٠ ، ص.٢٨).

تعريف الخدمة الاجتماعية: عرف جولدشتاين Gold stein الخدمة الاجتماعية على أنها نوع من التّدخل الاجتماعي intervention الذي يساعد على تنمية وتدعيم الوسائل التي يتمكن بواسطتها الأشخاص (إما كأفراد أو بصفة جماعية) في حل المشكلات التي تعترض حياتهم الاجتماعية .

ويعرفها الدكتور عبد الفتاح عثمان بإنها خدمة فنية تستهدف مساعدة الناس أفرادا أو جماعات لتحقيق علاقات إيجابية بينهم ومستوى أفضل من الحياة في حدود قدراتهم ورغباتهم .(فهمي،حسن، ٢٠١٠، ص.٢٣).

التطور التاريخي لرعاية وتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة: في التاريخ القديم عانى المعوقين في كثير من الأمم من الاضطهاد والازدراء والإهمال فكانوا يتركون للموت جوعا أو يؤادون وهم أطفال، حيث شهدت ذلك مجتمعات روما وأسبرطه وكذلك الجزيرة العربية الى جانب عديد من القبائل في مختلف أرجاء العالم بينما كانوا يتمتعون بالرعاية في مصر والهند ثم جاءت الديانات السماوية بما تحمله من تعاليم المحبة والتسامح والإخاء بين البشر فكانت نبرات تستضيء بهداية البشرية مما أدى إلى انتشار نظم الإحسان كنظام الوقف في مصر ونظام الملاجىء في فرنسا وغيرها، واستمر هذا النظام عاملا أساسيا في رعاية المرضى والمعوقين عن طريق مساعدتهم ماديا دون أي جهد في مساعدتهم على استرداد مكانتهم في المجتمع. ولقد تميز المجتمع الإسلامي عن أوروبا بنظرته الإيجابية إلى المعوقين نخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وإنشاء المستشفيات العلاجية. وفي أواخر القرن العشرين تم انشاء المجلس القومى للأمومة والطفولة عام ١٩٨٨ الذي اهتم بدراسة ووضع البرامج الخاصة بذوى الاحتياجات الخاصة.(فهمي، حسن، ٢٠١٠، ص.١٦-٢٠).

مفهوم التأهيل وإعادة التأهيل: تميز المراجع العلمية المتخصصة بين مصطلحي التأهيل *Habilitation* وإعادة التأهيل *Rehabilitation*، وإن كانت الأدبيات تستخدمهما بشكل تبادلي وكأنهما يعينان الشيء نفسه. والأكثر شيوعاً في اللغة العربية استخدام مصطلح التأهيل والذي يستخدم أيضاً للدلالة على إعادة التأهيل، وكذلك هو الحال في اللغة الإنجليزية، فإن الاصطلاح الأكثر شيوعاً هو *Rehabilitation*

للدلالة على كل من التأهيل وإعادة التأهيل، وغالباً ما يكون الأفراد المنتفعون من خدمات التأهيل أشخاصاً ولدوا وهم لديهم إعاقة ما، أو تطورت حالة الإعاقة لديهم أو تعرضوا للإصابة منذ وقت مبكر في حياتهم، أما مصطلح إعادة التأهيل فهو يشير إلى الخدمات التي يتم تقديمها لأشخاص كانوا عاديين لكنهم تعرضوا لحادث أو مرض معين منعهم من العودة إلى أعمالهم التي كانوا قد تدربوا عليها، وبعبارة أخرى، يركز التأهيل على تدريب الأفراد ذوي الإعاقة لكي يصبحوا معتمدين على أنفسهم، أما إعادة التأهيل فيركز على إعادة تدريب الأفراد الذين أصبحوا ذوي إعاقة مؤخراً لكي يعودوا أشخاصاً معتمدين على أنفسهم من جديد. فالهدف من إعادة التأهيل هو إعادة الفرد ذي الإعاقة إلى المجتمع لدمجه فيه بصورة أكثر توافقاً. (التأهيل المفاهيم والأفكار الرئيسية، د.ت، فقرة).

فلسفة التأهيل: وتقوم فلسفة التأهيل أيضاً على أساس أن الاهتمام الرئيس يتركز على الإنسان، لأنه الشخص المستهدف في عملية التأهيل، ولا يستطيع العيش في معزل عن بقية الأفراد الآخرين، حيث إنه يعيش في مجتمع إنساني وبشري يتأثر به أو يؤثر فيه كأى شخص عضو في المجتمع، وتعتبر عملية التأهيل مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي على كافة المستويات، وكذلك، فإن فلسفة التأهيل تؤكد على ضرورة الانتقال بالفرد ذي الإعاقة من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات، وذلك عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية، واستعادة الفرد في الإعاقة لأقصى درجة ممكنة من درجات القدرة الجسمية والذهنية أو الحسية المتبقية لديه. هذا بالإضافة إلى تقبل الفرد ذي الإعاقة اجتماعياً والعمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوق إنسانيته. (التأهيل المفاهيم والأفكار الرئيسية، د.ت، فقرة).

أهداف التأهيل: تهدف عملية التأهيل إلى تحقيق ما يلي:

- ١- توفير فرص العمل والتشغيل من خلال التدريب.
- ٢ - دمج المعاقين في المجتمع وإكسابهم الثقة.
- ٣- وضع القوانين التي تكفل للمعاقين حق المساواة مع غيرهم من أقرانهم لتهيئة.
- ٤- تهيئة كافة الوسائل والأنشطة الرياضية والثقافية والترفيهية.
- ٥- إتاحة التعليم و محو الأمية.

٦- العمل على تحسين القدرات الجسمية والوظيفية في الفرد المعوق والوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.

٧- العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

٨- العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة ومساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية ومساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم المعوق ومساعدة الأسرة على أساليب رعاية وتدريب الطفل المعاق. (مفهوم تأهيل المعاقين، د.ت، ص.٤).

الإجراءات التأهيلية: أما الإجراءات التأهيلية التي تستهدف تحسين فعالية الفرد الوظيفية وتوعية حياته المعيشية فهي كما قال يوسف الزغسط في كتابه التأهيل المهني للمعوقين ٢٠٠٠م كما يلي الرعاية الطبية والعلاج الطبي الإجراءات العلاجية كالتالي يقدمها أخصائيو العلاج الطبيعي وعيوب النطق والكلام وأخصائيو علم النفس والعلاج المهني. التدريب على النشاطات المتعلقة بال العناية بالذات ومهارات المعيشة اليومية. تقديم الأجهزة الفنية والتقويمية المساعدة والأطراف الصناعية وهو ما يسمى بالتأهيل الجسماني. التقييم والتدريب والتشغيل المهني. (مفهوم تأهيل المعاقين، د.ت، ص.٤).

الخدمات الانتقالية: يعرف فوستالس ٢٠٠٥، Vostunis الخدمات الانتقالية بأنها الخدمات التي تقدم عند انتقال الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية من مرحلة المدرسة إلى المرحلة اللاحقة، حيث تقدم هذه الخدمات في فترة المراهقة وذلك لأهمية هذه المرحلة في التأثير على العاطفة والتطورات النفسية والفسولوجية والشخصية للفرد للقيام بأدوار الكبار من خلال القيام ببعض المهام مثل اتخاذ قرار بشأن المسار الوظيفي وتحديد المصير في سياق اجتماعي، ومن منظور الرعاية الصحية، فإن المعاقين عقليا يعانون من مشاكل صحية مستمرة في مرحلة الانتقال. (Algozzine: Browder, Karvonen; Testp & Wood, 2001 نقلًا عن (اعبيد، ٢٠١٢، ص.٧).

الخاتمة: لم يقتصر تأهيل المعاقين على تركيب المعينات السمعية والحركية وإجراء العمليات الجراحية التي تعمل على الحد من إعاقاتهم بل تعدى برنامج التأهيل هذه الأمور لبناء إنسان يستطيع أن يشق طريقه في غمار الحياة من تنمية قدراته ونقاط القوة الدفينة لديه ويتم ذلك من خلال برامج تأهيلية منهجية.

التدخل المبكر في التربية الخاصة

المقدمة: يعتبر ميدان التدخل المبكر ميدان حديث العهد نسبياً في معظم دول العالم. وإن التدخل المبكر للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة مهم جداً وذلك لإعدادهم لمرحلة المدرسة، لأن سنوات ما قبل المدرسة تمثل أسرع وأفضل فترات التعلم، وفي المرحلة العمرية المبكرة فإن برامج التدخل المبكر تركز على مهارات الاستعداد العامة والسلوك الاجتماعي والشخصي لدى الطفل.

إن أطفالنا يتعلمون إذا اعتقدنا أنهم قادرون على التعلم. وإنهم يبدعون إذا حاولنا معرفة وإخراج طاقاتهم الكامنة وحاولنا تعليمهم بالطرق المناسبة لهم وليس بالطرق التي يتعلم بها الأطفال الآخرون، وما يهمننا بالدرجة الأولى هم الأطفال المعرضون لخطر الإعاقة، والذين هم بحاجة ماسه للكشف المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة لمساعدتهم قدر الإمكان على تخطي الكثير من المشاكل والتي قد تحد من مواصلة حياتهم بشكل طبيعي قدر الإمكان، ومن هنا يظهر دور الأم بشكل خاص كونها الحضانة الأولى للطفل، ودور الأب الذي يشكل جزء مهم في عملية الكشف المبكر، كما لا ننسى دور المجتمع والدولة ومؤسساتها في مساندة الأسرة والطفل في عملية الكشف المبكر لما له من فوائد جمه وتقليل العبء على الطرفين، وإننا حين لا تعمل على الاهتمام بالتعرف المبكر على الأطفال المعاقين فإننا نهين الأسباب لنمو هؤلاء الأطفال تحت ضغط الاحباطات المستمرة والآثار المدمرة للشخصية، وإبعادهم عن اللحاق بأقرانهم وجعلهم يعيشون على هامش المجتمع. (العجمي، ٢٠١١، ص.٨).

Early Intervention: مفهوم التدخل المبكر

لقد جادت قرائح العلماء والباحثين بتعاريف كثيرة للتدخل المبكر في مجال التربية الخاصة حيث أجمع معظمهم على أهمية الوقاية والتحديد والكشف والخدمات المقدمة في هذه الفترة النمائية الحرجة للطفل، ويمكن التعرّيج على أحد التعاريف الشاملة التي اقترحها هلاهان وكوفمان حيث ذكرنا أن التدخل المبكر هو العمل على التعرف مبكراً على التأخر والاضطرابات والإعاقات الموجودة لدى الطفل ما أمكن ومن ثم تقديم البرامج التربوية الفاعلة له والخدمات المناسبة لحالته للعمل على زيادة كفاءته وقدرته ومهاراته والتقليل ما أمكن من نتائج الاضطرابات والإعاقة، إضافة للخدمات المقدمة لأسرته الزيادة كفاءتها وقدراتها ما أمكن. (Hallahan & Kuffman، ١٩٩١)

ويعني التدخل المبكر والإجراءات المصاحبة له، بسرعة تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة والتي تماثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية. وكذلك البرامج

التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة. وبهذا المفهوم الشامل فإن خدمات التّدخل المبكر يتم تقديمها مباشرة للأطفال أنفسهم وكذلك أسرهم أو أولياء أمورهم، إضافة إلى أن هذه الخدمات المبكرة يمكن أن تكون على مستوى البيئة والمجتمع المحلي، وكذلك من خلال التقليل من الحواجز أو العوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوفرة محليا، ومن ثم العمل أيضا على تعزيز وتنمية برامج التوعية الاجتماعية مشكلات الإعاقة والآثار السلبية المترتبة عليها. (القيوتي، ١٩٩٥).

ويمثل التشخيص المبكر أول الخطوات الإجرائية التي تهدف إلى الكشف المبكر عن مختلف الإضرابات المعرفية والسلوكية والصحية والحركية أو تلك الحالات التي يمكن أن تكون في المستقبل أكثر عرضة للإصابة نتيجة لظروفهم الأسرية والبيئية أو بعض الظروف الأخرى التي تجعل منهم أطفالا أكثر عرضة للإصابة من مثل الأطفال الذي ينحدرون من بيئات اجتماعية وأسرية فقيرة ومفككة، أو المحرومون من الثقافة، أو الذين يولدون من غير اكتمال نموهم، أو من تعرضوا أثناء فترة حملهم وولادتهم إلى إصابات مبكرة أثرت على نمائهم الطبيعي. (القيوتي، ١٩٩٥)

وفي المقابل وضحت (عبيد، ٢٠٠) مفهوم التّدخل المبكر حيث قالت: أن السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياة الطّفل هي الأهم على الإطلاق، وهذه الحقيقة تنطبق على الطّفل الأصم بالقدر نفسه الذي تنطبق فيه على الطّفل السوي، وانطلاقا من هذه الحقيقة، علينا أن نعرف قدر المستطاع ما يوجه الطّفل ذوي الاحتياج السمعي الخاص، لتكون قادرين على مساعدته في البيت أو في دور الحضانة أو في رياض الأطفال، ولا يمكننا الجزم في أي حال من الأحوال ما إذا كان سمع الطّفل سيتطور سلبا أم إيجابا، والمهم في هذه أن نستغل كل فرصة متاحة لتعليمه النطق وكيفية الاتصال مع الآخرين، وإذا أردنا أن يفهم بعضا فان علينا تعليمه المواقف من حياته اليومية.

الفئات المستهدفة في برامج التّدخل المبكر:

الأطفال المتأخرون نمائيا (Developmentally Delayed Children)

هم الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

(أ) المجال المعرفي.

(ب) المجال الحركي.

(ج) المجال اللغوي.

(د) المجال الاجتماعي – الانفعالي.

(هـ) مجال العناية بالذات.

ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط في اثنين أو أكثر من المجالات المذكورة أو بنسبة مقدارها ٢٥% مقاسة بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع، أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة.

الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية (Children with Established Disabilities)

هم الأطفال الذين يعانون من:

(أ) اضطرابات جينية.

(ب) اضطرابات في عملية الأيض.

(ج) اضطرابات عصبية.

(د) أمراض معدية.

(هـ) تشوهات خلقية.

(و) اضطرابات حسية.

(ز) الارتباط الزائد بالأم.

(ح) حالات التسمم.

الأطفال الذين هم في حالة خطر At - Risk Children

هم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل عمر الأم عند الولادة، تدني مستوى الدخل عدم استقرار الوضع الأسري، وجود إعاقة لدى الوالدين، استخدام العقاقير الخطرة أو بيولوجية (مثل الخداج، الاختناق، النزيف الدماغي). (الخطيب، الحديدي، ١٩٩٨، ص ٣٤).

أهمية التدخل المبكر:

للتدخل المبكر أهمية خاصة ومبررات قوية يتفق عليها معظم الباحثين والدارسين في هذا المجال، ويمكن تلخيص المبررات في الجوانب التالية:

١- أكدت جميع نتائج الدراسات والأبحاث النفسية والتربوية أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل وتكيفه، وعليه فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون ادني شك تنمية قدرات الطفل الذهنية والحركية وتحسن في سلوكه الاجتماعي والانفعالي، ويعتبر الدراسات الميدانية وما ترتب عليها من تحسن ملموس لدى الحالات المستفيدة أكبر دليل على قيمة تلك البرامج وآثارها الايجابية.

٢- أن توفير مثل هذه البرامج قد يخفف أو يمنع الإعاقة وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة، مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة لاحقاً والمترتبة على تقديم خدمات تربوية متخصصة، وهكذا فإن توفير برامج غنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية، سواء أكانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية وذلك وفق الاحتياجات الفردية لكل حالة. (Lazer, 1979, 1979, نقلا عن العجمي، ٢٠١١).

٣- على صعيد الأسرة فإن للتدخل المبكر أثر بالغ في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها، إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة وإبراز دورها الأساسي في تقديم المعلومات الضرورية وإسهامها في تنفيذ تلك البرامج.

وعلى الرغم من توفر مختلف أشكال المبررات والقنوات اللازمة لتطوير وإعادة برامج مدروسة في التدخل المبكر، فإن ما قامت به مختلف الدول النامية من إجراءات في هذا المجال يعتبر محدوداً وقاصراً بكل المقاييس. وقد يعود السبب في ذلك إلى محدودية المعطيات الفنية أو عدم توفر الإمكانيات المادية أو الكوادر الوطنية اللازمة للتخطيط وتنفيذ مثل هذه البرامج، وهكذا فإن التحدي الذي تواجهه معظم الدول المعنية برعاية المعوقين والتي تعاني من محدودية المصادر سواء من حيث النواحي المادية أو البشرية يتمثل في تطوير وتنفيذ خطط واستراتيجيات مدروسة يتم من خلالها تقديم خدمات ملائمة وفعالة لأكثر عدد من المعاقين. (Brouilletti, 1988, Ining 1988) وسوف نستعرض أهم المبررات لبرامج التدخل المبكر في التربية الخاصة.

مبررات حقل التدخل المبكر:

انطلاقاً من المفهوم والفلسفة فإن التدخل المبكر له ما يبرره وبشكل فعلي وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر والتي أشار إليها فيويل وغيرهم وهي: (Fewell , ١٩٨٢)

١. إن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعاقين أو المتأخرين الذين لا يقدم لهم فيها خدمات وبرامج تدخل مبكر تعتبر سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي. منذ الميلاد تبدأ مرحلة جيدة في تطور الدماغ تتمثل في إنشاء الشبكات والوصلات الناقلات العصبية، وتظهر محاور الخلايا الناقلة للإشارات Anox والشجيرات Dendrite التي تتسلم الإشارات ولذا فإن استشارة وتكرار التجارب وتنوعها أهم عاملين في عملية تطور الوصلات العصبية وتزيد عدد الشبكات، وأن وظائف الدماغ تتطور نتيجة استجابتها للمدخلات البيئية (الريماوي، ٢٠٠٣).
٢. إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل إن البيئة تلعب دورا حاسما في جوانب النمو.
 - تعرض الطّفل في فترات النمو الحرجة لخبرات سلبية أو مثيرات بيئية فقيرة كما ونوعا تؤثر بقوة على تطور وظائف الدماغ ومهارات اللغة. ودماغ الطّفل في الشهر الستة الأولى يبدأ بتعلم حركات الشفاه الملائمة للأصوات التي يسمعها، وفي العام الثاني ينظم الدماغ الوصلات الخاصة باللغة ليصبح قادرا بعدا (٣٥ شهرا) في تكوين رموز عقلية للأشياء والأحداث والناس. ففرصة تعلم التركيب اللغوي تظل مفتوحة في هذه المرحلة وتغلق في عمر ٥ أو ٦ سنوات وتبقى بعد ذلك فرصة تطور اللغة وإضافة كلمات أخرى وتعلم النحو المتطور. (الريماوي، ٢٠٠٣).
٣. إن التّعلم الإنساني أسهل وأسرع في السنوات المبكرة من العمر عنه في المراحل اللاحقة.
٤. إن التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر ويقدم نذر مبكرة باحتمالية معاناة الطّفل من مشكلات أو اضطرابات في الأعمار اللاحقة.
٥. إن الآباء معلمين لأطفالهم وهم في أمس الحاجة إلى الإعداد والتدريب للتعامل مع أطفالهم في هذه المرحلة.
٦. إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للتعلم والنمو في دروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر، وكذلك مظاهر النمو متداخلة في التأثير والتأثير،
٧. إن التّدخل المبكر جدواه مثمرة ومتعددة على جميع الجوانب (الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية....) (الفارسي، ٢٠٠٣).

فريق عمل التدّخل المبكر:

١- اختصاصي النساء والتوليد

٢- اختصاصي طب الأطفال - ٣- الممرضات - ٤ - طبيب العيون - ٥- اختصاصي القياس السمعي - ٦- اختصاصي علم النفس - ٧- الاختصاصي الاجتماعي - ٨- اختصاصي اضطراب الكلام واللغة - ٩- اختصاصي العلاج الطبيعي - ١٠- المعلمون والمعلمات - ١١- معلمو ومعلمات التربية الخاصة - ١٢- أولياء الأمور. (الغامدي، ٢٠١٤، فقرة).

الخاتمة: وعطفا على ما سبق نجد أن للتدخل المبكر أهمية كبيرة في حياة الطّفّل نوي الاحتياجات الخاصة وله الشأن الكبير في الحد من إعاقته وعدم تطورها ولكن ماذا كان سيحصل لو أن برامج التدّخل المبكر لم تكن ولم يُعمل بها ما هو متوقع ازدياد نسب الإعاقات وتدهور حالة الأفراد مما سينعكس سلبا على المجتمع بأسره.

مبادئ إرشاد الأشخاص ذوي الإعاقة

المقدمة: يعد موضوع الإرشاد والتوجيه النفسي من الموضوعات المهمة في حياتنا اليومية إذ يُستخدم مع كافة الفئات في المجتمع ولا يقتصر على موضوع محدد أو فئة محددة بل يصل لكل الفئات ليكون شاملاً لها، وقد يتم تطبيق الإرشاد وتقديمه من قبل الأشخاص الاختصاصيين أو المعلمين أو الآباء، وزاد الاهتمام بشدة في هذا المجال خاصة في مجال التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره حيث يتم من خلال هذا النوع من البرامج تقديم الخدمات النفسية والإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة وأسره حيث يساعد الإرشاد على تحسين المفاهيم المغلوطة في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال تقديم الخدمة الإرشادية لذويهم وبدأت الحاجة لإرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة ضرورة جوهرية مع التوسع الكبير في مجالات الحياة كافة.

وبالحديث عن الإرشاد لا بد لنا وقبل أن نتعرض بالحديث عن إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة العمل على تعريف الإرشاد النفسي وتعريف التربية الخاصة.

تعريف الإرشاد النفسي:

تعريف النوايسة (٢٠١٣): هو عملية نفسية أكثر تخصصية وتمثل الجزء العلمي في ميدان التوجيه وتقوم على علاقة مهنية (علاقة الوجه للوجه) بين المرشد والمسترشد في مكان خاص يضمن سرية أحاديث المسترشد وفي زمن محدود أيضاً.

والإرشاد عملية وقائية ونمائية وعلاجية تتطلب تخصصاً وإعداداً وكفاءة ومهارة كون هذه العملية فرعاً من فروع علم النفس التطبيقي وإن خدمات التوجيه العامة وخدمات الإرشاد خاصة تحمل عادة في مفهوم واحد وهو التوجيه والإرشاد. (النوايسة، ٢٠١٣، ص ١٩).

تعريف التربية الخاصة:

تعريف (الداهري، ٢٠١٥): هي مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات ومعدات خاصة بالإضافة إلى الخدمات المساندة. (الداهري، ٢٠١٥، ص ٢٠).

ولا يمكن للقارئ أن يتصور المبادئ العامة لإرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره دون التمعن في المبادئ العامة للتربية الخاصة وهي:

مبادئ التربية الخاصة:

تقوم التربية الخاصة على مجموعة من المبادئ العامة والتي بمجموعها تركز على:

- ١- إن تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية أمر واجب وإن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية.
 - وتتضمن البرامج التربوية الفردية:
 - أ- تحديد مستوى الأداء الحالي.
 - ب- تحديد الأهداف طويلة المدى.
 - ج- تحديد الأهداف قصيرة المدى.
 - د- تحديد معايير الأداء الناجح.
 - هـ- تحديد المواد والأدوات اللازمة.
 - و- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.
 - ٢- إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.
 - ٣- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط، ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة والأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل.
 - ٤- إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسية على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن. (النوايسة، ٢٠١٣، ص ٢٣-٢٤).
- وسنتعرض بالشيء اليسير عن المبادئ الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة وأسره:

المبادئ الأساسية في إرشاد أسرة المعوق:

- ١- مشكلة المعوق هي مشكلة الأسرة كلها.
- ٢- يجب الاستفادة من فهم الأسرة الشخص المعوق وتشجيعهم على التعاون.
- ٣- يجب مساعدة الأسرة على التخلص من الأزمة النفسية التي تعاني منها بسبب وجود هذا المعاق.
- ٤- يجب إيضاح معنى الإعاقة للأسرة وتحديد درجة هذه الإعاقة لابنهم وضرورة التوافق معها والتعاون في تقديم الخدمات لهذا الفرد. (النوايسة، ص ٩١).

مبادئ إرشادية للوقاية من الإعاقة الذهنية:

- 1- التعرف على الأسباب ومنع حدوثها.
- 2- رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.
- 3- التوعية الأسرية من خلال الإرشاد الأسري، الإرشاد الجني، الإرشاد الصحي.
- 4- توعية المجتمع. (النوايسة، ص ٧٦-٧٧).

المبادئ العامة في إرشاد الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

إن نجاح الإرشاد لا يمكن أن يتحقق إلا في إطار علاقة إرشادية بين المرشد والمعاق عقليا، وعلى المرشد أن يلتزم فيها بعدد من الاتجاهات الإيجابية والمبادئ العامة في العمل مع المعاقين عقليا، أما هذه الاتجاهات والمبادئ فهي ما يلي:

- 1- على المرشد أن يتقبل الفرد المعاق عقليا بغض النظر عن مشاكله وظروفه، ويساعد الطفل على تقبل ظروفه ويدربه على تحمل الإحباط.
- 2- على المرشد أن يؤمن بأن الفرد المعاق عقليا لديه استعدادات النمو والتغيير.
- 3- على المرشد أن يسمح للمعاق عقليا بالمساهمة في تقرير مصيره، واتخاذ القرارات التي تخصه بشيء من الحذر وبالقدر الذي تسمح به إمكانياته وقدراته (الفرد المعاق).
- 4- على المرشد أن يؤمن بأهمية الخدمات الاجتماعية في معالجة المشكلات التي تواجه الفرد المعاق عقليا.
- 5- على المرشد أن يؤمن بأن الفرد المعاق له الحق في أن ينمي قدراته واستعداداته إلى أقصى درجة ممكنة بغض النظر عن درجة الإعاقة.
- 6- على المرشد أن يقتنع بأن قدرة الفرد المعاق عقليا محدودة بالنسبة لحاجاته المستقبلية، فهو بحاجة إلى من يساعده في التخطيط لمستقبله.
- 7- على المرشد أن يدرك أن المناقشات الأولية مع المعاق عقليا قد تكون صعبة بسبب خبراته السابقة القائمة على رفض الآخرين له، لذلك على المرشد أن يقوم بتشجيعه ودعمه وتعديل اتجاهاته نحو نفسه ونحو أسرته.
- 8- على المرشد أن يدرك أن المعاق عقليا بحاجة إلى الخبرات الناجحة لزيادة ثقته بنفسه عن طريق توفير الأنشطة التي يستخدم فيها قدراته ومهاراته بنجاح، ويبدأ بالأعمال البسيطة التي يستطيع القيام بها.
- 9- يجب أن تكون الأسئلة التي يطرحها المرشد واضحة ودقيقة لمساعدة المرشد على الاستفادة من المعلومات التي يجمعها في فهم المعاق عقليا ومساعدته.

١٠- أثناء جلسات الإرشاد قد يحتاج المعاق عقليا لفترات زمنية طويلة لتجميع وصياغة إجابته، وذلك بسبب تدني قدرته على التركيز، لذا يجب عدم مقاطعته إلا إذا لاحظ المرشد أن سلوكه بلا هدف. (الريحاني، ١٩٨٥ نقلا عن عربيات، ٢٠١١، ص ١٠١-١٠٢).

إرشادات عامة مع ذوي الإعاقة الجسدية:

- ١- جعل أدوات الحركة في متناول أيديهم أو بالقرب منهم: العكاز - العصا - الكرسي المتحرك.
- ٢- قد يحتاج الشخص المعاق والذي يستخدم الكرسي المتحرك إلى الانتقال إلى كرسي مكتب عادي لطول مدة المقابلة.
- ٣- عندما نتحدث إلى شخص على كرسي متحرك، أو على عكاز حتى لو كان ذلك لمدة دقائق، عليك بالجلوس أمامه حتى يكون مستوى عينيك عند مستوى عينيه وتسهل من إجراء الحديث. (النوايسة، ٢٠١٣، ص ٣٤٨).

إرشادات عامة مع ذوي الإعاقة البصرية:

- ١- عندما تحيي شخص لا يستطيع الرؤية لابد من التعريف بنفسك أولاً وتعريف أي شخص آخر موجود بالمكان أو يدخل المكان.
- ٢- إذا لم يمد يده بالمصافحة عليك بتوجيه التحية شفهيًا.
- ٣- عندما تعرض عليه الجلوس على مقعد عليك بوضع يدك على ظهر الكرسي أو ذراعه ولا مانع من بعض الإرشادات الشفهية التي تساعد كثيراً أيضاً.
- ٤- عليك بإخبار الشخص عندما تترك المكان أو تنتهي المحادثة.
- ٥- ينبغي أن تكون الأدوات المساعدة لهم على الحركة في مشاغل أيديهم أو بالقرب منهم مثل: العصا - العكاز - الكرسي المتحرك. (النوايسة، ٢٠١٣، ص ٣٤٨).

إرشادات ذوي الإعاقة السمعية ومقابلتهم:

ويتم من خلال التركيز على النقاط التالية:

- ١- إتاحة الفرص أمام الأصم لتوظيف الحواس والنواحي الحركية، واستخدام الوسائل البصرية واللمسية المختلفة، وتدريب أعضاء النطق لديه على قراءة الشفاه، والأيدي على تعرف الإشارات المختلفة، هذا إلى جانب التدريب المهني واليدوي مستقبلاً.
- ٢- تنمية الوعي لديه بالمفاهيم والمدرجات ومحاذير المخاطر البيئية وإلى غير ذلك من نواحي تتصل بالنمو المعرفي لديه، ويمكن تثبيتها بالتكرار والممارسة.

٣ - تشجيعهم على الانخراط في المجتمع والاندماج مع أقرانهم ومع الآخرين دون خوف، وتوفير جو اجتماعي ملائم لهم يعالج السلوكيات غير السوية لديهم ويكسبهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة، وتعليمهم الدور الاجتماعي كما يتوقع منهم بعد خروجهم للحياة والعمل وإدماجهم في نشاطات الحياة ومجالاتها الإنتاجية التي تناسبهم.

٤ - ملاحظة الانحرافات السلوكية أو لا بأول، وأسبابها والعوامل المؤدية إليها ومن ثم كيفية الحد منها وتعديلها.

٥- اكساب الأصم القيم الاجتماعية السوية وترسيخ العقائد الدينية لديه بدرجة كبيرة، والتي تكون لديه الوعي الديني والاجتماعي والانتماء للمجتمع.

٦ - إرشاده إلى مختلف أنواع الأنشطة واللعب الحركي والتركيبى والتمثيلي والجماعي في إطار مواقف التدريس غير التقليدية بشرط أن تكون في مستواه الفعلي حتى لا يصاب بالإحباط أو بالملل. (النوايسة، ٢٠١٣، ص ٣٤٥-٣٤٦).

المبادئ التي يقوم عليها الإرشاد الأسري لأسر أطفال اضطراب طيف التوحد:

١- إن التّعلم يحدث في بيئة الطّفل والأسرة الطبيعية، كل الأبحاث أوضحت أن الأسرة هي البيئة الرئيسية لعملية التّعلم والبيئة الطبيعية لحدوث التّعلم بتلقائيته.

٢- المشاركة الأسرية هي كافة الأدوار الفعلية التي تقوم بها الأسرة مع باقي المؤسسات والهيئات التي تؤدي دورها في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم الطّفل التّوحد من كافة الجوانب.

٣- كلما تعلم الطّفل السلوك في بيئته الطبيعية وعلى أيدي الأشخاص الذين يقومون برعايته (الوالدين) ساعد ذلك على تعميم السلوك المرغوب واستمراره.

٤- انضمام الأسرة بكاملها إلى الإرشاد الأسري بما في ذلك الأطفال يعد عاملاً مساعداً على نجاح التدريب والتأهيل والعلاج.

٥- دور المرشد هو توفير جو من الأمان والثقة وإيجاد بيئة تمكن الأسرة من اختيار عملية التغيير ثم المبادرة إلى صياغة بناء أسري واقعي جديد.

٦- هناك حد أدنى من الخصائص التي يجب أن يتميز بها المرشد كالانفتاح على الآخرين والنشاط والحيوية في العمل والمشاركة الإيجابية مع الآخرين.

٧- لا يوجد للأسرة حدود واضحة فهي نسق مفتوح وشامل، وعلى ذلك فالإرشاد الأسري قد يشمل أشخاص آخرين لهم تأثير على الأسرة.

٨- إن تدريب أولياء الأمور سيسزودهم بالمهارات الضرورية للتعامل مع السلوكيات الجديدة التي يمكن ان تظهر لدى الطّفل، فحين يُدرب ولي الأمر يصبح قادراً على التّعامل مع كل مستجد قد يظهر في سلوكيات أبنائه (خولة، ٢٠١٧ نقلا عن بوسعدة قاسم، حاج امحمد ، ٢٠٢٠، ص ٢٣٣ - ٢٥٠).

مبادئ إرشادية في التّعامل مع ذوي صعوبات التّعلم:

- ١- تعرف على ما يستطيع الطّفل القيام به.
- ٢- اسأل الطّفل عن مستوى أدائه في القراءة والإملاء والحساب وما في حكمها.
- ٣- تعرف على عدد التوجيهات التي يمكنه اتباعها وتطبيقها.
- ٤- قم بتحليل أخطائه.
- ٥- تخاطب معه مشافهة وكتابة بعبارات بسيطة ووجيزة.
- ٦- كن متماسكاً ومضطرباً في توجيهاتك ولتكن توجيهاتك قائمة على مبدأ واحد.
- ٧- كن سريعاً في اجاباتك ولتكن ردودك حاضرة وأجب في أسرع فرصة ممكنة.
- ٨- قم بتوفير الأدوات والوسائل المساعدة إن كانت مفيدة، مثل الأدوات والملصقات ولوحات تعليم الحروف.
- ٩- قم بتوفير الوسائل السمعية المناسبة - كأشرطة التسجيل الصوتي مثلاً- للطفل الذي يتعلم عن طريق السمع لما لديه صعوبات في التّعلم عن طريق البصر.
- ١٠- قم بتوفير الوسائل البصرية المناسبة للطفل الذي يتعلم عن طريق البصر لما لديه من قصور في السمع - وذلك بنسخ الأشياء مثلاً واستخدام الأشكال وما في حكمها كموجهات إرشادية للتّعلم.
- ١١- دع الطّفل يتعلم المهام والواجبات الجديدة بمعدل يفوق ما هو مطلوب منه. (عبد الحليم، د.ت).

الخاتمة: وبناءً على ما سبق إن إرشاد الأشخاص ذوي الإعاقة وأسره من المواضيع بالغة الأهمية سواءً أكان الإرشاد وقائياً في المرحلة الجنينية أو بعد الولادة ويكون الإرشاد لفئات المجتمع كافة لتبصير المجتمع وتوجيهه بكيفية التّعامل مع ذوي الإعاقة والمبادئ الأساسية للتعامل السليم معهم ولا يمكن تحقيق الهدف من الإرشاد لذوي الإعاقة دون إرشاد أسره وتوجيههم لكيفية التّعامل مع الطّفل ذوي الاحتياجات الخاصة

وذلك لأجل تنمية قدرات أطفالهم والوصول بأطفالهم لأقصى ما يمكن أن يصلوا إليه من خلال بناء علاقة إيجابية مع المرشد الذي يسعى لتطوير قدرات الطفل ومهاراته حيث تنطلق عملية الإرشاد من مبادئ عامة للتعامل مع كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

طرق تعليم وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة فئة المتأخرين دراسياً

المقدمة: تعتبر التربية والتعليم من أحد أهم الركائز التي تنهض بها الأمم، ولا عجب أن تقدم الأمم أصبح يُقاس ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة التقدم العلمي الذي توفره لطلبتها في المراحل الدراسية المختلفة والتي من شأنها رفع سوية الطلبة في جميع النواحي، ولم يقتصر موضوع التربية والتعليم على التربية العامة للأطفال العاديين بل أصبح لزاماً على العاملين في الحقل التربوي إيجاد المناهج والطرائق المناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة، وخاصة فئة المتأخرين دراسياً، ولا بد من توفير الظروف المساعدة على تعلمهم، لا سيما أن التعليم حق مشروع لكل أفراد المجتمع على اختلاف قدراتهم التحصيلية فهم سيكونون بناءة المستقبل، وهذا ما سأطرق له في هذا المقال عن طرائق التدريس لفئة المتأخرين دراسياً، وأهم خصائصهم وطرق مساعدتهم في التحصيل الدراسي بشيء من التفصيل.

تعريف التأخر الدراسي:

يعرفه التربويون بقولهم: هو الانخفاض في مستوى التحصيل الدراسي عن المستوى المتوقع في اختبارات التحصيل أو الانخفاض عن مستوى سابق من التحصيل، أو أن هؤلاء الأطفال الذين يكون مستوى تحصيلهم الدراسي أقل من مستوى أقرانهم العاديين الذين هم في مثل أعمارهم ومستوى فرقهم الدراسية، وقد يكون التأخر الدراسي تأخراً عاماً في جميع المواد الدراسية أو تأخراً في مادة دراسية معينة، وقد يكون تأخراً دائماً أو مؤقتاً مرتبطاً بموقف معين أو تأخراً حقيقياً يعود لأسباب عقلية أو غير ظاهري يعود إلى أسباب غير عقلية. (عبد السلام، ٢٠٠٩، ص ١١).

مظاهر التأخر الدراسي:

أولاً: جانب التحصيل الدراسي: منخفض في جميع المواد مع إهمال واضح، أو مشكلة صحية.

ثانياً: جانب سبب التذني في التحصيل الدراسي: لا توجد دافعيه للتعلم.

ثالثاً: جانب معامل الذكاء (القدرة الذهنية): عادي غالباً من ٩٠ درجة فما فوق.

رابعاً: جانب المظاهر السلوكية: مرتبط غالباً بسلوكيات غير مرغوبة أو إيجاباً دائم من تكرار تجارب فاشلة.

خامساً: جانب الخدمة المقدمة لكل فئة: دراسة حالته من قبل المرشد الطلابي في المدرسة. (كامل، د.ت، ص. ١٠٩-١١٠).

خصائص الأطفال المتأخرين دراسياً:

(١) الخصائص الجسمية: نموهم المتوسط أقل من أقرانهم العاديين، فهم أقل طولاً وأقل وزناً، يشيع بينهم الضعف في السمع وانتشار عيوب النطق وسوء التغذية وضعف الحواس بشك عام. (جمال الدين، د.ت، ص. ٩).

(٢) الخصائص الذهنية: ويشير خضر (٢٠٠٥) يوجد هناك اختلاف بين الأطفال العاديين والمتأخرين دراسياً من حيث الخصائص الذهنية وذلك لا يعني تشابه المتأخرين دراسياً من حيث الخصائص العملية حيث انه يوجد بينهم مستويات قد تصل إلى سبع سنوات من العمر العقلي، ومن السمات الذهنية التي يتميز بها المتأخرين دراسياً هي قصر الذاكرة، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على حل المشاكل التي تحتاج إلى مكونات أو المعاني الذهنية العامة، وبطء زمن الرجوع ضعف القدرة على التركيز وانخفاض مستواه فشل الانتقال من فكرة إلى فكرة انخفاض مستوى التعرف على الأسباب ومستوى التحليل والتمييز البعد عن المنطق وعدم القدرة على التفكير المنطقي سطحية الإدراك وسوء تقدير العواقب وإدراك نتائج الأعمال. (براح، مولى. ٢٠١٧، ص. ٥٦).

(٣) الخصائص الانفعالية: فقدان أو ضعف ثقته بنفسه. شرود الذهن أثناء الدرس. عدم قابليته للاستقرار وعدم قدرته على التحمل. شعوره بالدونية أو شعوره بالعداء. نزوعه للكسل والخمول. سوء توافقه النفسي. (الشايقي، د.ت، ص. ٧).

(٤) الخصائص الدفاعية: تعتبر الدفاعية بمثابة القوى الكامنة والمحركة لسلوك الفرد كي يحقق هدفاً معيناً في حياته، ومن ثم فإنها تؤثر بدرجة كبيرة في عملية التعليم، فالطفل يحتاج إلى قوة كبيرة تحركه كي يستيقظ مبكراً، ويترك فراشه الدافئ، ويذهب إلى المدرسة، حيث القيود والسيطرة وتقييد الحرية، وحيث التفاعل والمشاركة وتلقى الدروس، ثم يعود بعد تعب وعناء ومشقة إلى المنزل، فلا يكاد يستريح حتى يذهب إلى استذكار دروسه، وإنهاء ما أسند إليه

من واجبات مدرسية وتحضير دروسه لليوم التالي، وهكذا لا بد من أن تتوافر لدى الطفل دوافع معينة تساعد على ذلك لذلك فقد أتت نتائج الدراسات الخاصة بهذا الجانب متنسقة مع التصور النظري السابق حيث أوضحت دراسة (كار)، وآخرين ارتباط التّأخر الدّراسي بانخفاض مستوى الدافعية للتعلم، وعدم الميل للقراءة، وعدم احترام الذات ، وانخفاض الدافع للإنجاز، وعدم الميل إلى بذل الجهد في الدّراسة. (الشّخص، د.ت، ص. ٣٢-٣٤).

(٥) الخصائص الاجتماعية: إن الخصائص الانفعالية تنعكس آثارها واضحة على العلاقات الاجتماعية للأطفال المتأخرين دراسياً حيث يتسمون بسوء التوافق الاجتماعي الذي قد يعبرون عنه إما بالعدوان على الآخرين وممتلكاتهم، أو بالانطواء والانسحاب من المواقف الاجتماعية، وعدم الرغبة في تكوين صداقات وقد يتسم هؤلاء الأطفال بسهولة الانقياد للآخرين الذين يجدون فيهم مصدراً لإشباع حاجاتهم التي لا يشبعها المنزل والمدرسة وقد يميلون إلى الخروج على القانون نتيجة لمشاعر النبذ والحرمان التي يحسون بها، سواءً في المنزل أو المدرسة. (الشّخص، د.ت، ص. ٣٤-٣٨).

مواصفات منهج المتأخرين دراسياً:

- ١- سهوله المنهج واشتماله على موضوعات منخفضة في مستواها العقلي عن موضوعات المناهج العادية تتلاءم مع مستوى التلميذ المتأخر ويسهل عليه فهمها.
- ٢- استغلال معظم الوقت للدراسات العملية والمحسوسة والأقل للمواد النظرية مع استبعاد الاصطلاحات العلمية والنظرية الجافة قدر المستطاع.
- ٣- استغلال قدرات الطفل الخاصة وتدريبها عملياً، أو تكييف موضوعات المنهج، بحيث تتلاءم مع الحرف والصناعات التي تتميز بها البيئة المحلية.
- ٤- الربط بين المواد واختبار نواحي النشاط التي تلائم الطفل.
- ٥- ولأن أهم سبب في التّأخر الدّراسي هو الضّعف العقلي، لذا يجب استغلال الحواس. (عبد الفادي، د.ت، ص. ٦٩)

أ- استراتيجيات التّعامل مع المتأخرين دراسياً حسب المجال الأكاديمي:

١- الاستراتيجية الوقائية: وتضم توفير البيئة المناسبة للتلميذ من حيث الهدوء وإدارة الصف وإثارة التشويق لدى التلاميذ، وضبط المحفزات التي تجذب انتباه التلاميذ، تنويع الأنشطة المدرسية، تنويع طرائق التدريس.

٢- الاستراتيجية العلاجية: وتشمل متابعة المعلم لحالة التلميذ مع الأسرة والمرشد التربوي والمدرسين الآخرين، واللجوء إلى تدريس المواد الصعبة بداية اليوم، تعليم الأقران، تكوين صفوف تقوية وتوجيه التلميذ إلى زيادة عدد ساعاته الدراسية، تزويد التلميذ بمهارات المذاكرة وتنظيم الوقت. (استراتيجيات الوصول إلى الطلاب المتأخرين دراسياً، د.ت، [محرر]).

طرق وأساليب التعليم المكيف للمتأخرين دراسياً: أولاً: التعليم الفردي: يرى رشدي فتحي، زينب، أمين أن التعلّم الفردي نشاط تعليمي يقوم به المتعلم مستقلاً ويعتمد على الخصوصية لتحقيق هدف معين، وقد نال اهتماماً كبيراً من المربين والمهتمين بالتخطيط للعملية التعليمية ليكون على نحو أفضل عندما يحققه المتعلمون أنفسهم، وعندما يتعلم كل منهم وفقاً لمعدل التعليم الخاص به وعندما يقبل الدافعية وإيجابية على عملية التعليم، وقد يتضمن هذا النشاط القراءة، أو الاستماع إلى تسجيل صوتي أو مشاهدة بعض الصور أو الأفلام التعليمية أو إجراء تجربة معملية أو زيارة متحف أو مؤسسة اجتماعية أو تناول ومعالجة المعلومات باستخدام الكمبيوتر. (لوصيف، بن قاوقا، ٢٠٢١، ص. ٦١).

ثالثاً: التعليم التشاركي: يعتمد على العمل التشاركي والنشاط الجماعي للتلاميذ لإنجاز نشاط معين، مثل بناء شكل نכון من عناصر يجب تنظيمها. هذا الأسلوب من التعليم بتنمية علاقات المشاركة والمساعدة بين التلاميذ وكذا يسمح الإحساس بالانتماء إلى الجماعة وفضلاً عن ذلك فإن الأعمال الجماعية تحفز المراقبة لدى التلاميذ الذين يسخرون كفاءاتهم لمساعدة بعضهم البعض وفيه يعي كل فرد مسؤوليته وطبيعة تقسيم العمل. (لوصيف، بن قاوقا، ٢٠٢١، ص. ٦٢).

طرق تعليم المتأخرين دراسياً:

١- الطريقة النمائية: وهي طريقة تركز على الخبرات التي لها تأثير فعال في الحياة العملية.

- ٢- طريقة التعديل: وهي طريقة تركز على التغيير في محتوى المنهج المدرسي العادي لملائمة التلاميذ المتأخرين دراسياً.
- ٣- الطريقة المبسطة: وهي تهدف إلى تبسيط محتوى المنهج لملائمة التلاميذ المتأخرين دراسياً.
- ٤- طريقة الأساسيات الضرورية: وهي طريقة تهتم بالأساسيات الثقافية ومهارات الاتصال التي تمكن الفرد من التكيف مع متطلبات الحياة.
- ٥- طريقة التفريد: وتؤكد هذه الطريقة على قيمة الفرد وأهميته وقدراته واستعداداته ومراعاة الفروق الفردية.
- ٦- استخدام الألعاب التعليمية: حيث أكدت الدراسات التربوية فعالية استخدامها في التغلب على مشكلات التأخر الدراسي الناتجة عن الإعاقة الذهنية. (التلاميذ المتأخرين دراسياً، ٢٧ يونيو، ٢٠١٠، فقرة).

الخاتمة: وعطفاً على ما سبق نجد أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من التأخر الدراسي ليست بالقليلة بل أن نسبة التلاميذ تزداد في ظل انعدام الظروف المناسبة لهم من انعدام المناهج المناسبة والمعلمين المؤهلين للتعامل معهم ولا بد للعاملين ضمن المجال التربوي العمل على رسم الاستراتيجيات التي تراعي احتياجات هؤلاء التلاميذ.

التربية الخاصة واستراتيجية تدريس الأقران

المقدمة: تحتل استراتيجية تدريس الأقران مساحة كبيرة في آراء وأفكار كبار الفلاسفة والمفكرين في مجال التربية والتربية الخاصة ففي القرن التاسع عشر أكد العالم "باركر" على أهمية التعلم التعاوني ودافع عنه بحماس لأنه يساعد على تحقيق الديمقراطية في الصف مما أدى إلى زيادة التعاون بين التلاميذ وبعده اتبع العالم "جون ديوي" في القرن العشرين حيث قام بتطوير استراتيجية تدريس الأقران، حيث أن هذا الأسلوب من الأساليب القائمة على التعاون بين المتعلمين وتفاعلهم مع بعضهم البعض على مبدأ التعلم المشترك من بعض، أما فيما يتعلق باستراتيجية تدريس الأقران لذوي الاحتياجات الخاصة فيعتبر هذا الموضوع من الاتجاهات الحديثة في تدريس الأقران وذلك للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ممن تسمح قدراتهم بذلك حيث يتم الاعتماد بشكل رئيس على تبادل المعارف والمعلومات من بعضهم البعض.

تعريف استراتيجية تدريس الأقران:

هي نظام للتدريس يساعد فيه المتعلمون بعضهم البعض يبني على أساس أن التعليم موجه ومتمركز حول المتعلم مع الأخذ في الاعتبار بيئة التعلم الفعالة التي تركز على اندماج الطالب بشكل كامل في عملية التعلم التعاوني، ويعتمد على قيام المتعلمين بتعليم بعضهم بعضاً تحت إشراف المعلم. (الباز، د.ت، ص ٦٢).

أهداف استراتيجية تدريس الأقران:

يهدف أسلوب تدريس الأقران إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المرتبطة بموضوع الدرس وبالمتعلم ومن أهمها ما يلي:

١. إتاحة الفرصة لأداء النشاط التعليمي مع القرين الآخر من خلال الأداء المشترك من المهارة المتضمنة في المادة العلمية.

٢. ممارسة النشاط التعليمي تحت ظروف الحصول المباشر على التغذية

الراجعة من القرين الآخر.

٣. إكساب المتعلم القدرة على تصحيح الأخطاء وتقديم التغذية الراجعة إلى القرين الآخر.

٤. تنمية العلاقات الاجتماعية والتعاونية بين المتعلمين وتطويرها من خلال الأداء على هيئة مجموعات صغيرة وثنائيات (فيصل، ٢٠٠٣، نقلا عن الجوالدة، ٢٠١٥، ص ١٨٦).

٥. فحص إدراكات طالب عملية تدريب الأقران والتقييم الذي يشمل ثلاث مستويات، تقييم الأقران، تقييم المحاضرات، تقييم الذات وهما يساهمان في متابعة العملية التعليمية.

٦. إكساب الطلاب لدور التحدث ومهارات الاتصال.

٧. مساعدة الطلاب في تطوير فكرهم الناقد والإبداعي.

٨. تنمية ميول الطلاب نحو المشاركة والتعاطف مع أقرانهم.

(Montweet, 1999 نقلا عن الجوالدة، ٢٠١٥، ص ١٨٢).

مميزات التدريس بواسطة استراتيجية تدريس الأقران:

يتسم التدريس للأقران بعدد من المميزات يمكن إيجازها فيما يلي:

١. إن التدريس للأقران يجعل القرين المعلم على درجة كبيرة من المرونة بحيث يستطيع الاستمرار في التعليم فيكتسب المعارف والمهارات المختلفة التي يحتاجها في ممارسته لعملية التدريس من حيث الاستعداد لتجريب كل فكر جديد مع تلاميذه أو أن يتقبل أسئلة تلاميذه بصدر رحب وأن يدرك أن التلاميذ لا يريدون معلماً يعرف الإجابة عن كل أسئلتهم بقدر حاجاتهم إلى معلم صادق في التفاعل معهم وأن يراعي الفروق الفردية بينهم.

٢. عندما يتيح المعلم للأقران الفرصة لكي يعلم بعضهم بعضاً يحقق كثيرا من النتائج الإيجابية المرغوبة لذلك يتيح له أولا فرصة تغيير الدور التقليدي للمعلم كمسيطر في العملية التعليمية الأمر الذي يقلل من التوتر الذي ينشأ لدى التلاميذ نحوه.

٣. يفيد تدريس الأقران في تحقيق مبدأ الاعتماد الإيجابي المتبادل بمعنى أن كل فرد في جماعات الأقران مسؤول عن عمله كفرد وأيضا مسؤول عن عمل غيره في المجموعة ذلك لأن كل فرد يؤثر على الآخر من حيث تشكيل وتعزيز وتعميق أفكار الآخرين.

٤. يفيد تدريس الأقران بشكل خاص وبدرجة كبيرة مع المتعلمين الذين لا يتقنون بأنفسهم حيث ينمي القناعة لديهم بأنه إذا كان الزميل قادراً على التعليم فإنه من السهل عليه التعليم أيضا هذا بالإضافة إلى تشجيعهم على القيام بدور القرين المعلم لشعورهم

بأن القيادة بيد طلاب مماثلين لهم وبالتالي فمن السهل الوصول إليها عما إذا كانت في يد المعلم التقليدي.

٥. يتيح التدريس للأقران الفرصة أمام الطالب المعلم في التدريب على مهارة تدريسية محددة في فترة زمنية قصيرة مع إتاحة الفرصة في الحصول على تغذية راجعة وفورية استناداً إلى أدوات موضوعية مما يوفر للطالب المعلم دورة تعلم قصيرة إذا ما فُورنت بدورة التّعلم في حالة التدريب على التدريس في المواقف الفعلية وهذا يعني أن الطالب المعلم يتلقى تقويماً وتدعيماً أكثر هذا بالإضافة إلى أن هناك فرصة لتكرار دورة التّعلم أكثر من مرة.

٦. إن التفاعل المباشر المشجع بين جماعات الأقران يؤدي إلى توضيح الكثير من المفاهيم وكيفية مواجهة المشكلات وتزويد القرين المعلم بخبرات متعددة تنقله من مستوى التجريب إلى مستوى يعرف فيه سبب كل عمل ومغزى كل أداء بالإضافة إلى أن التفاعل بالمواجهة يوفر فرصة لظهور مجموعة واسعة من المؤثرات والأنماط الاجتماعية فالعون والمساعدة والدعم الاجتماعي يجد أن طريقاً لهما في أجواء هذا التفاعل. (Kinzi, 1997 نقلاً عن الجوالدة، ٢٠١٥، ص ١٨٣-١٨٤).

العوامل المؤثرة في التعليم بأسلوب تدريس الأقران:

يشير كل من بريسلي وهاجر Pressley & Hughes أن هنالك العديد من العوامل التي تلعب دوراً مهماً على التّعلم بأسلوب تدريس الأقران وهي:

١. جنس القرين:

إذا كان الأقران من نفس الجنس فإن هذا قد ييسر عملية التّعلم.

٢. المستوى الاجتماعي والثقافي:

إذا كان الأقران من نفس المستوى الاجتماعي والثقافي فإن تعلم الأقران يكون أفضل منه عندما تتباين هذه المستويات.

٣. عمر القرين المعلم:

كلما زاد عمر القرين المعلم عن عمر القرين المتعلم أدى ذلك إلى تحسين التّعلم بحيث لا يزيد هذا الفرق من (٣) سنوات.

٤. مدة الجلسات:

كلما تكررت جلسات تعليم الأقران زادت إمكانية تحقيق أهداف التعلم ويكون التعلم أكثر فائدة عن الجلسات الأقل تكراراً خلال فترة محددة من الزمن أما بالنسبة لطول الجلسة فإنه يتفاوت وفقاً لطبيعة المادة الدراسية وعمر الأقران.

٥. التعليم المزدوج أكثر فعالية عن التعليم في مجموعات صغيرة:

وذلك في بعض المجالات الدراسية مثل القراءة، أما بالنسبة لتعليم الكتابة فقد يكون التعليم بطريقة المجموعات الصغيرة أفضل من التعليم المزدوج.

٦. قبول الأقران لبعضهم البعض:

كلما ازداد التوافق الشخصي والاجتماعي بين الأقران، وكلما اشتركوا معاً في بعض الميول، والاتجاهات والقيم والأمال والخصائص الشخصية زادت فرص الاستفادة التربوية من تفاعلهم معاً.

٧. للتدريب فائدة كبيرة بالنسبة لتعليم الأقران:

حيث إن تدريب الأقران المعلمين يحسن من فعاليتهم في هذا النوع من التعليم.

(Pressley & Hughes, 2000 نقلا عن الجوالدة، ٢٠١٥، ص ١٨٠-١٨١).

خطوات تنفيذ استراتيجية تدريس الأقران:

يتضمن التخطيط لتنفيذ هذه الاستراتيجية تدريب المعلمات والمعلمين على مجموعة من الخطوات يمكن إيجازها فيما يلي:

١. تهيئة البيئة التعليمية حيث تتطلب هذه الاستراتيجية توافر قدر عالي من الدافعية واستعداد المعلم للقيام بالتدريس للأقران، وتقبل الأقران لقرينهم المعلم.

٢. تقسيم المعلمات والمعلمين إلى مجموعات تضم كل مجموعة قرينين معلم وأقران متعلمين وطلاب ملاحظين من خلال نظام تدوير المجموعات.

٣. تحديد مواعيد لقاءات المعلم مع الأقران المعلمين والأقران المتعلمين والملاحظين لشرح المطلوب منهم وأدوار كل منهم ومسؤولياته.

٤. تحليل المهارات موضع التدريب تحليلاً دقيقاً إلى مكوناتها السلوكية وتقديمها للمعلمين لدراساتها بالتفصيل.

٥. تحديد نوعية المشاركة، بمعنى هل يقوم القرين المعلم بالتدريس لدرس كامل متضمناً عدداً من المهارات أو جزءاً منها؟ هل سيقوم أكثر من قرين معلم بالتدريس في الموقف التعليمي ذاته؟

٦. تحديد المدة الزمنية التي سيتم فيها التدريس، هل سيكون خلال حصة كاملة أم جزء منها لا ويقدم البعض تصوراً للزمن الأمثل لحصة التدريس للأقران في حالة إذا كان عدد الأقران (٤ - ٥) تلميذاً فيفترح (١٥ - ٢٠) دقيقة للتدريس وخمسة دقائق للنقد ثم (١٥) دقيقة أخرى لمعاودة التدريس.

٧. ينفذ القرين المعلم الدرس المعد على مجموعة الأقران المتعلمين في الوقت المحدد لعرض الدرس.

٨. يقوم المعلم ومجموعة الأقران المتعلمين والملاحظين بتسجيل ملاحظاتهم على أداء القرين المعلم أثناء تنفيذه للدرس.

٩. يناقش المعلم ومجموعة الأقران المتعلمين والملاحظين القرين المعلم في الأداء الخاص به من حيث جوانب القوة وجوانب الضعف.

١٠. يأخذ القرين المعلم استراحة يستطيع فيها عمل تصور جديد للدرس في ضوء آراء أقرانه وتوجيهات وإرشادات مشرفه ويستعد لتدريسه مرة أخرى.

ومن هذا المنطلق تُمارس التغذية الراجعة دورها باستمرار سواء أكانت ذاتية من القرين المعلم لنفسه أم خارجية من المعلم والأقران المتعلمين والمراقبين وذلك بنقد التجربة مرة أخرى وإعطاء توجيه يستطيع القرين المعلم في ضوءها تحسين أداءه بعد ذلك ومعاودة تدريس الدرس. (حمادة، ٢٠٠٢، ١٨٩، ١٩٠ نقلاً عن الجوالدة، ٢٠١٥، ص١٧٨-١٧٩).

العوامل التي تساهم في نجاح أسلوب تدريس الأقران:

لإنجاح تدريس الأقران لابد من التخطيط الجيد، واعتبار العوامل الآتية عند تطبيقه:

١. تحديد أهداف تدريس الأقران.

٢. تصميم إجراءات للقرين المعلم والقرين المتعلم.

٣. تعيين القرين المعلم والقرين المتعلم وتدريبهما.

٤. مراجعة القواعد المقدمة.

٥. جدولة برامج لتدريس الأقران.

٥. تقييم البرنامج. (الجريدة، ٢٠١٥، ص ١٧٥).

الخاتمة: ونلاحظ مما سبق أهمية هذه الاستراتيجيات في نقل المعارف والخبرات للأطفال سواء الأطفال العاديين والأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة ومن خلال ما مر معنا من خلال الدراسات السابقة أهمية هذه الاستراتيجيات في تثبيت المعارف والمعلومات لدى الأطفال المعاقين عقليا ولا بد للعاملين بهذا المجال العمل على تطوير هذه الاستراتيجيات لتكون مواكبة للتقدم العلمي الحاصل.

مداخل تنمية عادات العقل لدى الطفل الموهوب

المقدمة: الموهبة نعمة من نعم الله وثروة عظيمة ونادرة في المجتمع وإن الأخذ بيد الموهوبين والاحتفاء بهم يعطي بعداً مهماً ومردوداً إيجابياً مفيداً مما يعود عليهم بالنفع وينعكس على انطلاقتهم ومواهبهم وقدراتهم إلى مستقبل مرموق، ترتقي المستوى وتبلغ أوج مجدها بالعلم والاهتمام بذوي المواهب وبالمعرفة التي تحقق طموحاتها وتقودها إلى الحضارة واستشراق المستقبل ومواجهة تحدياته ولقد تطورت فكرة الاهتمام بالموهوبين إلى مشاركة المجتمع من رجال الفكر والعلم والمال والأعمال في دعم هذا البرنامج ودعم البحث العلمي في مجال الموهوبين، وفي مدارسنا اليوم نخبة من الموهوبين لديهم استعدادات وقدرات غير عادية في ميدان التفوق العلمي والتفكير والابتكار والتحصيل العلمي والمهارات والقدرات الخاصة ويحتاجون إلى العناية والرعاية والاهتمام وتوفير فرص التفوق وتهيئة البرامج المناسبة لهم ولتفوقهم ونبوغهم والعمل باستمرار على تنمية مواهبهم وتنمية الفكر الناقد والإبداع بالتشجيع والتوجيه المستمر والدعم الدائم وتطوير برامجهم ويجب الاهتمام بتعليمهم وتوفير البرامج التعليمية وتوفير لهم الطرائق والوسائل المناسبة لتعليمهم وتنمية معارفهم ومدركاتهم وقد تناولت الكثير من النظريات عملية التعلم وكان من أهمها النظرية المعرفية والتي تناولت العديد من الجوانب والمفاهيم ومن هذه الجوانب التي ظهرت في نهايات العقد الأخير من القرن العشرين اتجاه يركز على كيفية توجيه الفرد نحو التفكير السليم والتصرف بذكاء، وأطلق على هذا اتجاه عادات العقل Mind of Habits وهي عادات مهمة للتفكير ولا تجعل الأطفال يفكرون بشكل فعال ومبدع وعميق فحسب بل يعتمدون هذا النمط بالتفكير.

والموهبة كما عرفها (القريطي، ٢٠٠٤):

الاستعدادات أو المقدرات الخاصة التي تمكن الفرد من التفوق في مجالات أو نشاطات غير أكاديمية كالفنون والقيادة الاجتماعية والموسيقى والشعر والتمثيل والمهارات الميكانيكية. (القريطي، ٢٠٠٤، ص ٦٤).

عادات العقل: يعرف كوستا وكاليك المشار إليهما في (الحارثي، ٢٠٠٣) العادات الذهنية بأنها: "العادات التي تدير وتنظم وترتب العمليات الذهنية، وتضع نظام الأولويات السليم لهذه العمليات".

عادات العقل: هي عادات معرفية توجه سلوك الفرد وتحفزه للتعلم ولتحقيق هدف معين وتساعد في التركيز على الأولويات الأهم. (حجات، ٢٠٠٩، ص ٥).

وبالحديث عن دور المتعلم الفعال والدور الإيجابي الذي يحتله في العملية التعليمية ونقل محور العملية التعليمية من المعلم للمتعلم بوصفه عضواً فاعلاً في العملية التعليمية وعند حديثنا عن تنمية بعض عادات العقل لدى فئة من الطلبة الموهوبين لا بد من أن نطرق بالذكر والحديث ولو بالشيء اليسير عن النظرية المعرفية في التعلم. لأن النظرية المعرفية تأخذ في الاعتبار -خصائص المتعلم والعوامل المؤثرة في تعلمه ومعالجتها وقد تغير تعريف التعلم من الاتجاه الذي يتضمن تعديلاً وتغييراً في السلوك إلى افتراض أن التعلم هو عملية التفكير الذي يمارسه المتعلم في الموقف، وأن التعلم لا يحدث إلا إذا قام المتعلم بحيوية ونشاط في الموقف إلى أن تطور لديه ما يسمى بالخبرة بالتعلم تفكير وتفاعل نشط لكي يتطور المتعلم الخبرة. كما أن التغيرات التي تحدث لدى المتعلم هي تغيرات في عدد الأبنية المعرفية، ومستواها، واستراتيجيات التعلم في النقاط الخبرة، ونوع المعالجات التي يجريها المتعلم، والتعديلات والتغيرات في تنظيمها لكي تناسب مستواه وأسلوب تعلمه، وبذلك فقد تغير دور المتعلم وأصبح حيويًا، ونشطًا وفعالًا، ومنتظمًا ومديرًا، ومولداً ومنتجاً للمعرفة وقد تم تضمين معالجات مختلفة في تفسير التعلم من وجهة النظر المعرفية، وكل ذلك التقليل، والمعالجة، والتدوير كان بهدف الإلمام بأساليب تفسير التعلم من وجهة نظر معرفية، وإن ذلك يسهم في فهم مواقف التعلم الصفية المعاصرة، وإعداد المواد المعرفية بطريقة مناسبة تناسب كل الطلبة في الصف، وقد تم تضمين تطبيقات بسيطة لكل اتجاه من الاتجاهات المعرفية الفرعية لجعل التعلم حيويًا، واحترام فردية المتعلم وتفكيره.

وقد جاءت هذه النظرية تلبية واستجابة لأصوات علم النفس المعرفي الذي بدأ ظهوره في عام ١٩٦٧ على يد العالم الأمريكي اليرك نايزر أول من كتب كتاباً في علم النفس المعرفي (Cognintive psychology) (القطامي، ٢٠١٣، ص ١٥ - ١٩).

وهذا ما أكدت عليه الدراسات النتية في تنمية عادات العقل لدى الطّفّل الموهوب:

١ - دراسة (القضاة، ٢٠٢٠)

موضوع الدّراسة: لإسهام النسبي لعادات العقل في التنبؤ بفاعلية الدّات الإبداعية لدى الطلبة الموهوبين.

٢- دراسة (إبراهيم، ٢٠١٨)

موضوع الدراسة: فعالية برنامج قائم على عادات العقل لتحسين مفهوم الذات والتحصيل الدراسي لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

٣- دراسة (سليم، ٢٠١٧)

موضوع الدراسة: فاعلية برنامج لتنمية بعض عادات العقل للحد من صعوبات القراءة والكتابة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

مداخل تنمية عادات العقل:

اقترح فولكمان (Volkman, 1999) عدة مداخل يمكن من خلالها تنمية عادات العقل ومنها:

(١) استخدام القصص المعبرة عن حياة الشخصيات: يمكن استعراض بعض القصص العلمية، ويقوم الطلبة باستخلاص مجموعة من الخصائص التي تميز بها أصحاب هذه القصص، وبالتالي تبرز العادات الذهنية التي مارسها هؤلاء العلماء، ومن ثم تدريب الطلبة عليها.

(2) الأهداف الشخصية: أثبتت بعض الدراسات ، إن كثيراً من العادات الذهنية يمكن تعزيزها بصورة جيدة إذا كان الطالب يسعى الى تحقيق أهدافه الشخصية ، وبمعنى آخر الأفراد الذين يتمتعون بدافعية إنجاز عالية يكونون أكثر استخداماً للعادات والمهارات الذهنية ، مثل وضع الخطط المناسبة والبحث عن البدائل والمصادر المتنوعة.

(3) المشكلات الأكاديمية والألغاز: تعد المشكلات الأكاديمية أداة أساسية في تنمية وتعزيز العادات الذهنية، وخاصة تلك العادات المرتبطة بالتفكير الناقد والتفكير الإبداعي ، وترجع أهمية المشكلات في تعزيز العادات الذهنية، لأنها ذات قوة دافعة تحرك الفرد للتعامل معها ومحاولة حلها ، ويمكن تنميتها في المحتوى الدراسي للمنهج ، وقدرتها على التحدي المعرفي للعقل.

(4) الحوار السقراطي والمناظرة والمناقشة: تعد أدوات أساسية لتنمية العادات الذهنية ، ويمكن للمعلم أن ينظم جلسات النقاش بصورة جماعية ، أو يستخدم المناقشات الاستكشافية.

(5) مدخل الأساليب البصرية: يقوم هذا المدخل على استخدام أدوات مبتكرة مرسومة ، تستخدم البصر لتعزيز وتعمل على تنمية قدرات التخيل، وعن طريقها يكتسب العقل معنى لما سبق تعلمه. (الفارس، ٢٠٢٠، من النت)

الخاتمة: الموهبة عبارة عن استعداد فطري أودعها الله سبحانه وتعالى في خلقه ويجب على العاملين في الحقل التربوي العمل على تنمية هذه الاستعدادات الفطرية وتنميتها واستخدام المداخل المناسبة التي يمكن من خلالها استثمار هذه الطاقات والقدرات.

الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية تصنيفهم التربوي وخصائصهم

المقدمة: تعتبر الإعاقة الذهنية إحدى التحديات التي تواجه المتخصصين في مجال التربية الخاصة وذلك لأنها تشكل مشكلة مختلفة الأبعاد من النواحي النفسية والتعليمية والطبية والاجتماعية، حيث إن الإعاقة الذهنية تؤثر في مجالات النمو العقلي والجسمي، واللغوي والاجتماعي، ويظهر هذا شكل سلبي على الجانب العقلي في كل من ضعف الانتباه، وضعف الذاكرة، وضعف القدرة على التعلم. وأما على الجانب الجسمي فإن أصحاب هذه الإعاقة يظهرون ضعفا واضحا وتأخرا في سرعة النمو ومعدله بالإضافة إلى تشوهات مختلفة في الرأس والوجه والأطراف، وكذلك يكونون عرضة للأمراض المختلفة، أما بالنسبة للجانب اللغوي فانه تظهر عليهم بوادر التأخر اللغوي من خلال اضطرابات النطق وخاصة للذين يعانون من تخلف عقلي شديد حيث يعانون من فشل في التواصل الاجتماعي وانسحابا اجتماعيا بالإضافة إلى العديد من الاستجابات الانفعالية الاجتماعية غير التكيفية.

تعددت التعريفات التي تناولت الإعاقة الذهنية نذكر منها ما يلي:

تعريف الإعاقة الذهنية Mental Retardation Definition

مر تعريف الإعاقة الذهنية بتطورات كثيرة في أربعينيات وخمسينيات القرن العشرين السابق حيث كان ينظر إليها على أنها مشكلة طبية بالدرجة الأولى، ثم بدأ الاهتمام بها على أنها مشكلة اجتماعية، وتطور الاهتمام بها على أنها مشكلة تربوية وتعتبر الإعاقة الذهنية مشكلة متعددة الأبعاد، ومن ثم تعددت وتنوعت التعريفات حول مفهومها وانتشرت التعريفات الطبية والاجتماعية والتربوية (بدر، ٢٠١٠ كما ورد في اللالا وآخرون، د.ت، ص.١٠٣).

التعريف الطبي: Medical Mental Retardation

بعد التعريف الطبي من أقدم التعريفات لحالة الإعاقة الذهنية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل الذين اهتموا بتعريف وتشخيص الإعاقة الذهنية، حيث ركزوا على أسبابها، ففي عام ١٩٠٠ م ركز إيرلاند Ireland على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل وبعد الولادة، وفي عام ١٩٠٨ ركز تريدي جولد Tredgold على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كان تلك الأسباب قبل الولادة أم بعد الولادة. (الروسان، ٢٠١٠ كما ورد في اللالا وآخرون. د.ت، ص.١٠٤).

ويعتبر تعريف جيرفس Jervis نموذجاً للتعريف الطبي حيث ينص على أن الإعاقة الذهنية حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ الناتج عن مرض أو إصابة المراهقة أو بسبب عوامل جينية. (القيوتي وآخرون، ٢٠٠٣ كما ورد في اللالا وآخرون. د.ت، ص.١٠٤).

التعريف الاجتماعي: Social Definition

ظهر هذا التعريف نتيجة الانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة الذهنية وخاصة مقياس ستانفورد بينية ومقياس ويكسلر في قدرتها على قياس قدرة الفرد الذهنية، حيث ركزت عالمة الاجتماع ميرسر Mercer على الإطار الاجتماعي للفرد وهو الذي يحدد فيما إذا كان معاقاً عقلياً أم لا ، وتؤكد أيضاً ميرسر على أن الشخص الضعيف عقلياً قادر على الكسب وتحقيق مستوى من الحياة ينسجم مع ما هو متوقع في فئته الاجتماعية ، إضافة إلى أنه يتمتع بسلوك مقبول ، فمن غير الممكن أن نصفه بأنه معاقاً عقلياً ، وتتفق ميرسر إلى حد ما مع تريدي جولد وسودي Tredgold & Soddy حيث تريان أن الإعاقة الذهنية عبارة عن حالة من العجز في النمو العقلي بدرجة لا تسمح للفرد بمواءمة نفسه مع البيئة العادية لأقرانه بشكل يتيح له العيش مستقلاً دون الحاجة لمساعدة الآخرين وإشرافهم . (الريحاني، ١٩٨٥).

يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسها، وعلى ذلك يعتبر الفرد معاقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه (الروسان، ٢٠١٠ كما ورد في اللالا وآخرون. د.ت، ص.١٠٤).

التعريف التربوي: Educational Definition

يركز هذا التعريف على عدم القدرة على التّعلم في مستوى العاديين وعلى أساس مدى القدرة في الاستعداد والإنجاز التحصيلي لدى الأطفال. حيث يعرف الطّفل المعاق بأنه الطّفل الذي يعاني من تخلف دراسي وبطء في التّعلم، فهو لا يستطيع أن يستفيد إلى درجة كبيرة من برامج المدارس العادية بسبب قصور في القدرة الذهنية. أما بعض التربويين فقد أشاروا إلى أن الإعاقة الذهنية تنتج عن عدم ملائمة البيئة التعليمية وعدم قدرتها على الاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد بشكل مناسب. (اللالا وآخرون، د.ت، ص.١٠٤-١٠٥).

التعريف السيكومتري: ويشير هذا المفهوم إلى مقاييس القدرة الذهنية عند (الفرد بينيه ووكسلر) ويعتمد على درجة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية.

ويصنف هذا المقياس المعاقين الى ما يلي:

-معاقين قابلين للتعلم (EMR) Educable mental retarded وينحرفون انحرافاً معيارياً سالباً عن المتوسط.

-معاقين قابلين للتدريب (TMR) Trainable Mental Retarded وينحرفون انحرافين سالبين عن المتوسط.

-معاقين ذوي اعاقه شديده (SMR) Severe mental Retardation وينحرفون ثلاثة انحرافات معيارية عن المتوسط. (العزة، ٢٠٠٢، ص. ٦٠-٦١).

تصنيف فئات الإعاقة الذهنية:

تأتي أهمية تصنيف فئات الإعاقة الذهنية لما تقدمه عملية التصنيف من تيسير عملية التعامل العملي والمهني بين الباحثين والمهتمين بالمعوقين عقلياً، فضلاً عن دور ذلك في رسم البرامج التربوية والخدمية اللازمة لمختلف فئات التخلف العقلي، حيث إن الخصائص العامة المميزة لكل فئة تتطلب برنامجاً تربوياً وتأهيلاً يختلف عن الفئات الأخرى، وهناك عدد من التصنيفات أبرزها:

١. تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الذي يقسمهم أربع فئات على النحو الآتي:

أ- التخلف العقلي البسيط:

تمثل هذه الفئة حوالي ٨٥% من فئات التخلف العقلي، ويرتبط القصور في السلوك التكيفي داخل هذه الفئة بما يلقاه الطفل من معاملة أسرية ومدرسية، والتوقعات السلبية المسبقة عن استعداداته وسلوكه، ومدى تعريضه لخبرات ومواقف لا تتناسب واستعداداته مما يعرضه لمشاعر الفشل المتكرر والإحباط، ومن ثم تكون الحاجة ماسة إلى ضرورة تقادي هذه المواقف، فمعظم حالات التخلف العقلي البسيط تستطيع تحمل مسؤولياتها تجاه نفسها وتجاه أسرها، إذا وجدت الرعاية المناسبة في سن مبكرة، لكنها تظل في حاجة إلى إرشاد وتوجيه الآخرين مدى الحياة، لأن نضوجها الاجتماعي لا يصل إلى مستوى الرشد التام.

ب- التخلف العقلي المتوسط:

تمثل هذه الفئة حوالي ١٠% تقريباً من المتخلفين عقلياً، ويعاني أفراد هذه الفئة من التأخر في النمو، وأفراد تلك الفئة معظمهم من القابلين للتدريب إذ يمكن تدريبهم على العناية بأنفسهم، إلا أنهم مع ذلك يبقون بحاجة إلى الإشراف الذي يمكن أن يستفيدوا منه

في تعلم بعض المهارات الحياتية العامة كالأعمال المنزلية، ويمكن إعداد بعضهم للقيام ببعض الأعمال البسيطة.

ج - التخلف العقلي الحاد:

تمثل هذه الفئة حوالي % ٤-٣ من فئة المتخلفين عقلياً وتتسم هذه الفئة بمحدودية النمو اللغوي والمهارات الحركية، إلى جانب أن هذا المستوى من التخلف العقلي يرتبط في معظم الأحيان ببعض الإعاقات البدنية الأخرى، ويعاني هؤلاء الأطفال عادة من القصور في القدرة على إصدار الأحكام الصحيحة على الأشياء ولا يستطيعون اتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بحياتهم من تلقاء أنفسهم وبالرغم من ذلك فإنهم يستطيعون تعلم بعض مهارات العناية بالنفس.

د- التخلف العقلي التام:

تمثل هذه الفئة حوالي % ٢-١ من فئة المتخلفين عقلياً، ويكاد يكون التخلف العقلي ناماً، ويصاحبه تدهور في الحالة الصحية والتأزر الحركي، والنمو الجسمي وقصور شديد في الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام، ومن أساليب التواصل وما يترتب على ذلك كله من عجز ونقص واضح في الكفاءة الشخصية والاجتماعية: لذا يظل المتخلفون عقلياً من هذه الفئة في حاجة إلى الاعتماد المستمر على غيرهم طوال حياتهم.

٢. التصنيف التربوي الذي يقسمهم إلى ثلاث فئات هي:

أ- المتخلفون عقلياً القابلون للتعليم:

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٧٠-٥٥ وتقابل هذه الفئة - وفق هذا التصنيف - فئة التخلف العقلي البسيط، ويتم التركيز في هذه الفئة على البرامج التربوية الفردية. حيث إنهم لا يستطيعون الاستفادة من البرامج التربوية في المدارس العادية بشكل يماثل الطلبة الأسوياء، ويتضمن محتوى مناهج الأطفال القابلين للتعلم المهارات الاستقلالية، والحركية، واللغوية، والأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب، المهنية والاجتماعية.

ب- المتخلفون عقلياً القابلون للتدريب:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٢٥ - ٥٥، ويتميز هؤلاء الأفراد بأنهم غير قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية، ولذا فإن برنامجهم التعليمي يهدف أساساً للتدريب على المهارات الاستقلالية كالعناية بالنفس إضافة إلى مهارات التأهيل المهني البسيطة كتعلم بعض الحرف كالنجارة مثلاً.

ج- المتخلفون عقلياً غير القابلين للتعلم والتدريب:

تمثل فئات التخلف العقلي الشديد والتام وهي أكثر مستوياته تدنياً وتدهوراً ونقل نسبة ذكائهم عن (٢٥)، ويتسمون بأنهم يعجزون كلياً حتى عن العناية الشخصية بأنفسهم، فضلاً عن حماية أنفسهم من الأخطار، لذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم ويحتاجون رعاية إيوائية متخصصة في النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية إما داخل مؤسسات خاصة، أوفى مراكز علاجية أو في محيط أسرهم. (الفوزان، الرقاص، ٢٠٠٩، ص. ٦٨-٧٠).

خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

أولاً: الخصائص الجسمية والحركية:

قد يصاحب التخلف العقلي انخفاض في معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقلياً بشكل عام، كما في حالات الأنماط الإكلينيكية (كذوي متلازمة أعراض داون) فيما عدا هذه الحالات تكون الفروق بين ذوي التخلف العقلي البسيط وبين الأسوياء في نواحي النمو الجسمي في مقابل الفروق بين الأطفال المتخلفين عقلياً والأسوياء في النمو العقلي شاسعة، وفيما يتصل بالنمو الحركي فإن هؤلاء الأطفال يعانون من بطء في النمو تبعاً لدرجة الإعاقة، فهم متأخرون في الجلوس والحبو والوقوف والمشي والكلام. كما يحتاجون إلى تدريبات على التوازن الحركي والقدرات الحركية بصفة عامة.

ثانياً: الخصائص المعرفية:

يواجه هؤلاء الأطفال مشكلات واضحة في هذا الجانب من قبيل أن معدل النمو العقلي أقل من معدل نمو الطفل العادي، فهم يعانون من قصور في الوظائف والعمليات الذهنية العليا كالانتباه، والتفكير وبالذات القدرة على التفكير المجرد، والإدراك، وعدم القدرة على تمييز الألوان، وضعف القدرة على التذكر، وعدم القدرة على التقييم، وعدم القدرة على الاستجابة السريعة. كما يعانون من تأخر في نمو اللغة والكلام، ومن الصعوبات الأكثر شيوعاً التأتأة والأخطاء في اللفظ وعدم ملاءمة نغمة الصوت، كما يلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني. وكثيراً ما يستخدم المختصون في وصف لغة المعوقين مصطلح اللغة الطفولية للإشارة إلى جمود النمو اللغوي عند المتخلفين عقلياً.

ثالثاً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

تعد الإعاقة الذهنية في كثير من الأحيان مشكلة اجتماعية فالطفل المعوق عقلياً يعاني من صعوبة القدرة على التكيف الاجتماعي، ويتسم سلوكهم بالجمود، ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية، كما يعاني المتخلفين عقلياً من قصور في المهارات الاجتماعية مما

يجعلهم يميلون إلى الانسحاب وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين (Drew . ١٩٩٠ . et al) وفيما يتصل بالجانب الانفعالي يعاني الطّفّل المعوق عقلياً من التبدل الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حوله وفي المقابل فإن بعضهم يعاني من فرط النشاط والاندفاعية وعدم التحكم في الانفعالات. هذا بالإضافة إلى الشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس والرغبة في الانسحاب، وقد يبدو المتخلف العقلي لطيفاً مبتسماً في بعض الأحيان بمناسبة ومن دون مناسبة، كما يعانون من صعوبة التكيف ويتسم سلوكهم بالجمود. (الفوزان، الرقاص، ٢٠٠٩، ص. ٦٧-٧٧).

الخاتمة: وعطفا على ما سبق نجد أن الأطفال ذوي الإعاقة الذّهنية يعانون من مصاعب جمة في شتى مجالات الحياة بسبب انخفاض معامل القدرات الذّهنية والذي يسبب لهم تأخر في مجالات الحياة كافة.

تقييم وتشخيص ذوي الإعاقة الحركية

مقدمة: لقد عانى الأشخاص ذوي الإعاقة قديماً من الإهمال والقتل والتكيل بسبب أفكار ومعتقدات وعادات سائدة وبالنية وسلبية تجاه هؤلاء الأشخاص من وجود مس وسحر ولعنة في أجسادهم ولم تتبدد هذه الأفكار بشكل ملحوظ إلا في بداية العام ١٨٠٠م حيث تغير الاتجاه نحو رعاية المعوقين تنمة لجهود مجموعة من الأخصائيين والمربين وقد شمل هذا التغيير الاعتقاد القائل بأن المعوقين يجب أن يعالجوا (شاش، ٢٠١٦، ص ١٦). ولم يعد الاهتمام جلياً بفئة المعوقين حركياً إلا بعد اكتشاف الطبيب الأمريكي جوناس سولك للقاح شلل الأطفال سنة ١٩١٤م حيث أن اكتشاف لقاح شلل الأطفال كان حداً فارقاً في التعامل مع المعوقين عامة والمعوقين حركياً خاصة.

مفهوم الإعاقة الحركية: تعرف الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية ١٩٧٧ الإعاقة الحركية بأنها إصابة جسمية شديدة تؤثر على قدرة الفرد على استخدام عضلاته وتؤثر على أدائه الأكاديمي بشكل ملحوظ ومنها ما هو خلقي، ومنها ما هو مكتسب. وقد عرفت الإعاقة الحركية أيضاً بأنها عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات، أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية، أو كليهما معاً في الأطراف السفلي أو العليا مصحوبة باختلال في التوازن الحركي. (العزة، ٢٠٠٢، ص ١٩٤-١٩٥).

تعريف الإعاقات الجسدية والحركية: وهي فئة من الطلاب تتطلب تعليماً خاصاً في مجالات تتطلب استخداماً وظيفياً للأيدي والأذرع والأرجل والأقدام وأي جزء آخر من الجسد، وقد تشمل تلك الفئة بعض المرضى الذين يعانون من حالات مرضية طبية مثل: حالات مرضى القلب، والسكر، والسرطان، والربو. (الفوزان، الرقاص، ٢٠٠٩، ص ١٧).

وضح السهو أن الفرد المعاق حركياً هو الشخص الذي لديه إعاقة جسدية تمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي نتيجة إصابة أدت إلى ضمور العضلات أو نتيجة مرض معين وقد يكون فقدان الحركة مصحوباً بفقدان حسي أيضاً في هذه الأعضاء المصابة مما يستدعي ضرورة تطبيق البرامج الطبية والنفسية والاجتماعية لمساعدته في العيش بقدر أكبر من الاستقلال ويساعده في دمجها بالمجتمع. (الصفدي، د.ت، ص ١٨).

أسباب الإعاقة الحركية: بعض الإعاقات الحركية يكون معها عوق فكري (متلازمة داون)، أو تأثيرات حسية (إعاقة بصرية)، وقد تكون إعاقة جسمية تؤدي للعوق الحركي (الأمراض المزمنة) وقد تكون مزدوجة العوق الحركي والوظيفي (الصلب المشقوق) حيث يكون هناك مشاكل في الجهاز الهضمي والجهاز البولي.

١- المتلازمات

* متلازمة داون Down syndrome

* متلازمة هيرلر Hurler syndrome

2. أسباب خلقية

* إصابة الجنين بالحصبة الألمانية

* استخدام الادوية - الثاليومايد

3 . أسباب وراثية

- الأمراض الاستقلابية Metabolic disorders

- مرض جوشير الولادي Infantile Gaucher disease

أمراض تنتقل بالوراثة: الضمور العضلي الشوكي

٤. إصابات الدماغ - الرأس
* إصابات الرأس : حوادث السيارات

* الشلل الدماغي Cerebral Palsy

٥. إصابات العمود الفقري - الحبل الشوكي Spinal Cord

* الصلب المشقوق Spina Bifida

٦. إصابات الأعصاب المحيطية الحركية Peripheral Motor Nerves

- التصلب العصبي المتعدد Multiple Sclerosis

٧. إصابات العضلات:

- الحثل العضلي - ضمور العضلات Muscular dystrophy (الصبلي، دبت، فقرة).

الخصائص المميزة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية: إن تعدد مظاهر الإعاقة الحركية، واختلاف أسبابها وتباين درجاتها في كل نوع منها جعل من الصعب تحديد خصائص مميزة لكل فئة. لكن من الممكن تحديد خصائص عامة يشترك فيها كل المعاقون حركيا

بغض النظر عن نوع الإعاقة أو أسبابها أو درجاتها. وفيما يلي توضيح للخصائص المشتركة للمعاقين حركياً:

أ - الخصائص الذهنية: تتميز الجوانب الذهنية للمعاقين حركياً بما يلي:

١ - نقص في الإدراك نظراً لأن المعاق حركياً لا يخرج كثيراً ولا ينتقل من مكان لآخر فتتأثر مفاهيمه ومدركاته.

٢ - الإعاقة الحركية لا تؤثر على نمو القدرات الذهنية إنما اختلاف نسب المصابين يعود إلى عوامل أخرى مثل الفروق الفردية. وقد نجد منهم من يعاني من تدني في الذكاء وآخرين يتمتعون بدرجة عالية الذكاء بين من الذكاء.

٣ - انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي مقارنة بالعاديين من السن نفسه.

ب - النمو اللغوي: في حالات الإعاقة الحركية التي تعود إلى خلل في الجهاز العصبي أو تلف في خلايا المخ فإن أصحاب هذه الحالات يعانون من صعوبات في اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية والقدرة اللغوية المتعلقة بحجم المحصول اللغوي.

ج - النمو الحركي: لا شك أن الإعاقة الحركية لها تأثير مباشر على النمو الحركي للطفل. لكن هذا التأثير يتوقف على شدة الإعاقة. فمثلا الحالات البسيطة تكون تأثيراتها ضعيفة ويعاني المعاق من مشكلات محدودة في الحركة كصعوبة القفز والوثب وممارسة الرياضات التي تحتاج إلى مهارات حركية عالية، أما الإعاقة الشديدة خاصة المتعلقة بمشكلات في الدماغ فيكون تأثيرها أقوى وتأثر على الحركات البسيطة كالمشي والجري وحتى الوقوف العادي وربما يحتاج أصحاب هذه الحالات إلى استخدام أدوات مساعدة كالعكازات أو الكرسي المتحرك.

د - الخصائص السلوكية والاجتماعية: يرى رايت (Wright ١٩٨٢) أن الأطفال المعاقون حركياً يتمتعون بنفس الخصائص النفسية والاجتماعية الموجودة لدى الأطفال العاديين، وأن المشكلات السلوكية والاجتماعية التي يواجهونها تعود أساساً لمدى تقبل أو عدم تقبل ذويهم وأقاربهم وزملائهم. (الشريف، ٢٠١١، ص ٤٣٦-٤٣٧).

وسائل التعرف على الطفل المعاق حركياً: يستطيع ولي أمر الطفل المعاق حركياً ومعلمه التعرف عليه بملاحظة المظاهر التالية (الخطيب، ١٩٩٧):

١- يتمايل بجسمه أثناء المشي.

٢ - تفتقر حركاته إلى الدقة والتأزر الحركي العصبي.

- ٣ - يميل إلى الوقوف والمشي على أصابع القدمين.
- ٤ - ظهور تشوهات قوامية واضحة في الجسم يمكن ملاحظتها في حالات الجلوس والوقوف والمشي.
- ٥ - صعوبة في أداء بعض الحركات الرياضية كالجري أو الوثب أو رمى الكرة.
- ٦ - يشعر بالتعب والإجهاد بعد قيامه بنشاط حركي
- ٧ - البعض منهم يصعب عليه الإنحناء لربط حذائه.
- ٨ - نقص في الطول والوزن.
- ٩ - صعوبة في ارتداء الملابس وتناول الطعام والشراب. (الشريف، ٢٠١١، ص.٤٣٨).

التشخيص السريري والتموضعي للإعاقة الحركية: يمكن تشخيص الإعاقة الحركية، إذ يستند تشخيصها أولاً وقبل كل شيء، إلى الفحص المبكر للأمراض التي من شأنها أن تؤدي إلى القصور الحركي، سواء كانت هذه الأمراض ذات طابع انتقالي أو نهائي أو تطوري بعد مرحلة التشخيص السببي للإعاقة، تأتي مرحلة التشخيص الوظيفي والتموضعي.

١ التشخيص السريري أو السببي. يتم القيام به عند المتابعة الطبية العادية، من طرف طبيب أطفال في إطار تتبع برنامج صحة الأم والطفل SMI، في المركز الصحي، هذا التشخيص السريري له أهمية كبرى، إذ يجب أن يكون في وقت مبكر، بغية توفير العلاج اللازم وتجنب الإعاقة الدائمة أو التقليل من حدتها.

٢ التشخيص الوظيفي والتموضعي: يعمل هذا التشخيص على تقييم مستوى حدة الإعاقات الحركية، والبحث عن إعاقات أخرى أو اضطرابات مرافقة لها، والتي قد تكون لها تأثيرات على أنشطة الحياة اليومية للشخص المعنى، ويتم هذا التشخيص من طرف فريق متعدد التخصصات، تحت إشراف طبيب أخصائي في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل. (الدليل التوجيهي للإعاقة الحركية، د.ت، ص.٤).

مجالات تقييم ذوي الإعاقة الحركية: يجب أن يتم التركيز في تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الحركية على المجالات التالية:

١-مستوى الأداء في مجالات العناية الذاتية: تشمل مجالات العناية بالذات كما هو معروف على أشكال متنوعة من المهارات ذات الصلة بارتداء الملابس ، وتناول

الطعام والشراب ، واستخدام التواليت ، والنظافة الشخصية ، وبما أن الهدف الرئيسي من التربية الخاصة لهؤلاء الطلبة هو مساعدتهم في الاعتماد على الذات وبلوغ أقصى مدى ممكن من الاستقلالية ، فإنه ينبغي تقييم مستوى تأديتهم لمهارات العناية بالذات ، وعلى وجه التحديد ، ينبغي الاهتمام بتحديد ما يستطيع الطالب عمله وما لا يستطيع عمله حالياً والطرق المناسبة لمساعدته في تأدية المهارات اللازمة .

٢- مدى الحركة: إن أهمية الحركة بالنسبة للطلاب واضحة كل الوضوح، ولما كانت الإعاقات الحركية تفرض قيوداً متنوعة على حركة الفرد وتنقله فلا بد من تقييم تلك القيود ومدى الصعوبات التي تنجم عنها، وينبغي أن يركز التقييم أيضاً على الطرق التي يستخدمها الفرد للحركة والوسائل اللازمة لمساعدته في هذا الخصوص.

٣- التعديلات اللازمة لمراعاة الفروق الجسمية: كذلك فإن على المشاركين في عملية تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الحركية أن يقوموا بجمع المعلومات اللازمة عن التعديلات المناسبة في الأنشطة الصفية والمدرسية ليتسنى لهم المشاركة، وطبيعة الأوضاع التي ينبغي تشجيعها أو منعها، والإجراءات الطبية الخاصة التي قد تكون ضرورية.

٤- وضوح التواصل وسرعته: تتفاوت تأثيرات الإعاقة الحركية على اللغة والكلام تفاوتاً واسعاً جداً، فقد يكون البعض قادراً على الكلام بطريقة طبيعية وقد يكون البعض الآخر غير قادر على التواصل مع الآخرين إلا من خلال لوحات التواصل أو الإشارة وغير ذلك من الوسائل، وعليه ينبغي الاهتمام في عملية التقييم بمدى وضوح المهارات التواصلية للفرد وسرعتها ومستواها.

٥- الاستراتيجيات والأدوات الخاصة اللازمة لتسهيل عملية التعلم: يجب أن تتضمن عملية التقييم المعدات والأدوات الخاصة للجلوس والكتابة والقراءة، وينبغي أيضاً التعرف إلى أنماط التعلم لدى الطالب والاستراتيجيات التعليمية المناسبة وأساليب تعديل السلوك الفعالة. (عبيد، ٢٠١٤، ص. ٢٥٦-٢٥٧).

الاعتبارات الخاصة بتقييم فئة الإعاقات الحركية: إن القياس النفسي والتربوي كان وما يزال جزءاً رئيسياً من الخدمات التربوية الخاصة التي يتم تقديمها للأفراد ذوي الحاجات الخاصة بمن فيهم ذوي الإعاقات الحركية ، وبالرغم من فوائده العديدة ، إلا أن القياس غالباً ما يشمل تصنيف الأفراد وإطلاق التسميات التشخيصية عليهم ومثل هذه الممارسة لها تأثيرات سلبية تناولتها المراجع المختلفة ، وقد دفع هذا بالكثيرين إلى التساؤل حول جدوى القياس النفسي بالنسبة للأفراد ذوي الحاجات الخاصة ، فهو كما يرون ، يعرف الفرد من خلال المشكلات الحاصلة لديه ، ويفصله عن غيره من

الأفراد ويعكس صفو علاقاته الاجتماعية . وهناك تحفظات حول التقييم النفسي التربوي للأفراد ذوي الإعاقات الحركية ومن أهم تلك التحفظات:

١-إن الاختبارات النفسية والتربوية التقليدية قد تم تطويرها عموماً دون مراعاة الصعوبات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقات الحركية.

٢- إن عدداً قليلاً من الأخصائيين النفسيين في الدول العربية يتمتعون بخبرة كافية في مجال الإعاقات الحركية.

٣- إن ندرة الاختبارات النفسية والتربوية التي يمكن استخدامها لتقييم الأفراد ذوي الإعاقات الحركية تشكل عاملاً قوياً يحد من فائدة التقييم.

٤- ونتيجة لذلك كله، فإن نسبة كبيرة من الأفراد ذوي الإعاقات الحركية يخضعون لعمليات تقييم نفسي وتربوي سطحية وغير صادقة. إضافة إلى ما سبق، يجب على الأخصائي النفسي أن يعرف العقاقير الطبية التي يتناولها الفرد بسبب وضعه الخاص فلعل تلك العقاقير تترك تأثيرات جانبية معينة على سلوكه، فمن المعروف أن بعض العقاقير التي تستخدم لمعالجة الحالات التي يعاني منها الأشخاص ذوو الإعاقة الحركية (مثل العقاقير المضادة للنوبات) لها تأثيرات كبيرة على الجهاز العصبي المركزي وعليه فهي قد تؤثر على الدرجات التي يحصل عليها الفرد. (عبيد، ٢٠١٤، ص.٢٥٧-٢٥٩).

الخاتمة: وبناءً على ما سبق نجد أن التشخيص الفارقي يكون قائماً على التشخيص الطبي رغم تقاربه مع التشخيص التربوي، لاسيما أن الإعاقة الحركية تتقاطع مع إعاقات أخرى في معظم الأحيان مما يجعل التشخيص قائماً في نهايته على تقييم الطبيب المختص في فريق التشخيص.

تشخيص وتقييم ذوي صعوبات التعلم (اضطراب التعلم المحدد)

المقدمة: إذا كان للإنسان الحق في الحياة فله الحق في التعلم كذلك، وكان لزاما على العاملين في الحقل التربوي العمل تطوير المناهج والطرق الخاصة بالتدريس لكي تناسب كل الأفراد على اختلاف الفروق الفردية بينهم ولا تستثني أي فئة من فئات الطلبة، وكان لا بد من إيجاد طرق وأساليب خاصة للتدريس وتعليم الأطفال ذوي صعوبات التعلم حيث أنهم النسبة الأكبر من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا بد من إيجاد محكات ومعايير التشخيص المناسبة لكشف هؤلاء الأطفال كي يتم التعامل معهم في وقت مبكر، وهذا هو محور مقالتنا تشخيص وتقييم ذوي صعوبات التعلم.

تعريف صعوبات التعلم: هم أولئك الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المكتوبة أو اللغة المنطوقة، والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب والتي تعود إلى أسباب تتعلق بإصابة الدماغ البسيطة الوظيفية ولكنها لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة الذهنية، أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات. (القرشي، ٢٠١٢، ص ٢١٩-٢٢٠).

ويُعرف مصطلح صعوبات التعلم أنه مجموعة متباينة من الاضطرابات التي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات دالة في اكتساب واستخدام مهارات الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو العمليات الحسابية وهذه الاضطرابات ذاتية داخلية المنشأ ويفترض أن تكون راجعة إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. (غنايم، ٢٠١٦، ص ٢٧).

مظاهر صعوبات التعلم:

أولاً: السلوك الصفي يتحرك باستمرار.

١. يصعب عليه البدء بالمهمات أو إنهاؤها.
٢. كثيراً ما يتغيب عن المدرسة. يتصف عادة بالهدوء أو الانسحاب.
٣. يواجه صعوبات في علاقاته مع الرفاق.
٤. غير منظم.
٥. ينتشت انتباهه بسهولة.
٦. يسيء فهم التعليمات اللفظية.
٧. لديه مؤشرات أكاديمية غير جيدة.

٨. يتردد كثيرا عندما يتكلم.
٩. تعبيره اللفظي ضعيف بالنسبة لعمره العقلي.
١٠. لديه تقلبات شديدة في المزاج الاندفاع والتهور فقد يحاول الإجابة عن الأسئلة قبل الانتهاء من سماع السؤال.

ثانيا: القراءة:

- * لا يقرأ بطلاقة ويميل إلى القراءة ببطء.
- * يكرر الكلمات ولا يعرف إلى أين وصل.
- * يخلط بين الكلمات والحروف المتشابهة.
- * لا يقرأ عن طيب خاطر.
- * يعكس بعض الكليات والأحرف.
- * يظهر قلقا خاصا نحو القراءة بصوت عال في الصف وهناك من يجد صعوبة في ممارسة الفهم والقراءة السريعة في الوقت ذاته.

ثالثا: الحساب:

- ✓ يصعب عليه المطابقة بين الأرقام والرموز.
- ✓ لا يتذكر القواعد الحسابية.
- ✓ يصعب عليه إدراك المفاهيم الحسابية.
- ✓ يواجه صعوبة في حل المسائل اللفظية، وتحويل المسائل اللفظية إلى أرقام.
- ✓ قد يسير المتعلم بطريقة صحيحة في حل المسألة، ولكنه يفشل في التوصل للحل الصحيح بسبب نقله لبعض الأرقام بطريقة خطأ أو بطريقة معكوسة.

رابعا: الكتابة:

- يصعب عليه نسخ ما يكتب على السبورة.
- يستخدم تعبيرات كتابية لا تتلاءم مع عمره الزمني.
- يستخدم روابط غير مناسبة بين الكليات.
- بطيء في إتمام عملية الكتابة. قد يعكس بعض الكلمات أثناء الكتابة.

خامسا: معالجة المعلومات:

- يعاني المتعلم مشكلة وجود تناقض في معالجة المعلومات.

• كما قد يفسر الأسئلة بطريقة خاطئة ولا يفسر بدقة المطلوب منه للإجابة.

سادسا: صعوبات التّعلم وضعف الانتباه:

لما كان الانتباه من المتطلبات الرئيسة للتعلم، فإن ضعف الانتباه يكون أحد المشكلات الرئيسة التي تواجه التلاميذ ذوي صعوبات التّعلم، ويعاني هؤلاء التلاميذ من كثرة احلام اليقظة، وبأن المدة الزمنية لدرجة انتباههم قصيرة جدا، ويبيدي تلاميذ كثيرون ممن يعانون المشكلات المدرسية صعوبة في الحفاظ على الانتباه، وأن لديهم قدرة عالية على التشتت، ويتفق معظم الباحثين على أن هؤلاء التلاميذ يتمتعون بقدرات عقلية عادية، إلا أن ذلك لا يمنع حدوث مشكلات في التفكير والذاكرة والانتباه لديهم، وبالنسبة للتحصيل الأكاديمي فهو يعتبر جانب الضعف الرئيس لديهم، حيث يكون التذني في التحصيل بمستوى سنتين دراسيتين كحد أدنى. (القرشي، ٢٠١٢، ص. ٢٢٢- ٢٢٤).

خصائص ذوي صعوبات التّعلم:

أولا: صعوبات التّعلم النمائية: تشمل صعوبات التّعلم النمائية المهارات السابقة التي يحتاجها الطّفل بهدف التحصيل في الموضوعات الأكاديمية، مثلا يتعلم الطّفل كتابة اسمه عن طريق تطويع الكثير من المهارات مثل الإدراك، التآزر البصري الحركي، الذاكرة... فحين تضطرب هذه الوظائف بدرجة كبيرة ويعجز الطّفل عن تعويضها من خلال وظائف أخرى ينتج عنها صعوبة لدى الطّفل في تعلم الكتابة أو التهجئة أو إجراء العمليات الحسابية.

ثانيا: صعوبات التّعلم الأكاديمية: هي المشكلات التي تظهر من قبل اطفالنا في المدارس وتشتمل على: صعوبات بالقراءة - صعوبات بالكتابة - صعوبات بالتهجئة والتعبير الكتابي - صعوبات بالحساب. (محمود، أولفت. ٢٠٠٧).

التقويم التشخيصي: يهدف التقويم التشخيصي إلى اكتشاف نواحي القوة والضعف في تحصيل المتعلم، ويرتبط ارتباطا وثيقا بالتقويم البنائي من ناحية وبالتقويم الختامي من ناحية أخرى حيث أن التقويم البنائي يفيدنا في تتبع النمو عن طريق الحصول على تغذية راجعة من نتائج التقويم والقيام بعمليات تصحيحية وفقا لها، وهو بذلك يطلع المعلم والمتعلم على الدرجة التي أمكن بها تحقيق مخرجات التّعلم الخاصة بالوحدات المتتابعة للمقرر. ومن ناحية أخرى يفيدنا التقويم الختامي في تقويم المحصلة النهائية للتعلم تمهيدا لإعطاء تقديرات نهائية للمتعلمين لنقلهم لصفوف أعلى، وكذلك يفيدنا في مراجعة طرق التدريس بشكل عام. أما التقويم التشخيصي فمن أهم أهدافه تحديد أسباب صعوبات التّعلم التي يواجهها المتعلم حتى يمكن علاج هذه الصعوبات، ومن هنا يأتي

ارتباطه بالتقويم البنائي، ولكن هناك فارق هام بين التقويم التشخيصي والتقويم البنائي أو التكويني يكمن في خواص الأدوات المستعملة في كل منهما. فالاختبارات التشخيصية تصمم عادة لقياس مهارات وصفات أكثر عمومية مما تقيسه الأدوات التكوينية، فهي تشبه اختبارات الاستعداد في كثير من النواحي خصوصاً في إعطائها درجات فرعية للمهارات والقدرات الهامة التي تتعلق بالأداء المراد تشخيصه. كما أن التقويم التشخيصي يعرفنا بمدى مناسبة وضع المتعلم في صف معين. التقويم التشخيصي إلى جانب كونه أسلوباً للتقويم فهو أسلوب تعلم وتعليم يتطلب الجمع المنظم للمعلومات عن تحصيل التلاميذ لتحديد مواطن القوة والضعف لديهم وبناء أنشطة صفية تلبي حاجات التلاميذ التعليمية. (الباز، دت، ص. ١٢١-١٢٢).

محكات تشخيص صعوبات التعلم: يرى كثير من المتخصصين في شؤون هذه الفئة أن عملية تشخيص صعوبات التعلم يجب أن تتم بواسطة نظام العمل اليومي، والملاحظة المقصودة من خلال السجل المدرسي الخاص بالمتعلم الذي يرافقه حين إنهائه المرحلة الابتدائية، فتعرف أسباب صعوبات التعلم والعوامل المؤثرة فيها تساعد على تشخيصها وتعرف العوامل المؤدية إليها، وليس المقصود هنا تشخيص صعوبات التعلم التي ترجع إلى خلل في الجوانب الحسية والعصبية أو تدني في الذكاء والقدرات، وإنما المقصود هنا هو تشخيص الأسباب، والعقبات النفسية والتربوية والأسرية التي تقف حائلاً ضد التعلم الجيد لدى المتعلمين، مثل تلك التي تسبب قلة استفادة المتعلمين من خبرات التعلم المتاحة لهم وأنشطتها.

١- محك التباعد: يشير محك التباعد إلى وجود تباين بين العديد من السلوكيات النفسية كالانتباه، والتمييز، والذاكرة، وإدراك العلاقات، كما يشير إلى تباين القدرة الذهنية للفرد (الذكاء) وتباعدها والتحصيل الدراسي والأكاديمي، وأخيراً قد يظهر التباين في جوانب النمو المختلفة، كان ينمو حركياً في سن مبكرة، فيمشي في السنة الأولى أو أقل بينما يبدأ في نطق اللغة في سن الخامسة (أي يتأخر في النمو اللغوي) (قطامي، ١٩٩٢ نقلاً عن أبو الديار، ٢٠١٢، ص. ٧١).

٢- محك الاستبعاد: حيث يستبعد عند التشخيص وتحديد فئة صعوبات التعلم الحالات الآتية: التخلف العقلي، والإعاقات الحسية، والمكفوفين، وضعاف البصر، وضعاف السمع، وذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة، مثل: الاندفاعية، والنشاط الزائد، وحالات نقص فرص التعلم أو الحرمان الثقافي.

٣- محك التربية الخاصة: ويرتبط بالمحك السابق ومفاده أن ذوي صعوبات التعلم لا تصلح لهم طرائق التدريس المتبعة مع المعوقين، وإنما يتعين توفير شكل

آخر من التربية الخاصة من حيث: (التشخيص، والتصنيف، والتعليم) يختلف عن الفئات السابقة.

٤- محك المشكلات المرتبطة بالانحساج: حيث تجد معدلات النمو تختلف من طفل إلى آخر مما يؤدي إلى صعوبة التهيئة لعمليات التعلم، فالمعروف أن الأطفال الذكور يتقدم نموهم بمعدل أبطأ من الإناث مما يجعلهم في حوالي الخامسة أو السادسة غير مستعدين أو مهينين من الناحية الإدراكية لتعلم التمييز بين الحروف الهجائية قراءة وكتابة مما يعوق عمليات التعلم سواء أكان هذا القصور يرجع إلى عوامل وراثية أم تكوينية أم بيئية، وهذا المحك يعكس الفروق الفردية بين الجنسين في القدرة على التحصيل. (أبو الديار، ٢٠١٢، ص. ٧١-٧٢).

طريقة تشخيص ذوي صعوبة التعلم: على ضوء المنحى التكاملي في التشخيص، الذي يعتمد على الجوانب الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية، يتم بناء آلية للتشخيص، تمر بمرحلتين، وهما:

أولاً: المسح السريع. ثانياً: التشخيص الدقيق.

أولاً: المسح السريع: وهو ينطوي على استخدام طرائق مختلفة في جمع المعلومات والبيانات ومنها: دراسة الحالة، المقابلة، الملاحظة، دراسة الملفات الطبية والمدرسية، تطبيق قوائم السمات الخاصة بالعلامات المبكرة الدالة على صعوبات التعلم، يكون من خلال دراسة الحالة.

١- المقابلة: وتتطلب تحديد مكان المقابلة وموعدها ووقتها وتحديد جوانب الأسئلة المطروحة إلى غيرها من الأمور الخاصة بالمقابلة.

٢- الملاحظة الإكلينيكية: حيث تتم ملاحظة سلوك الطفل سواء أكان ذلك في المدرسة، وتصرفاته داخل الفصل، مع الزملاء خارج الفصل، في المنزل، مع الوالدين والأخوة، أو في أي موقف يستدعي ملاحظة سلوك الطفل وتستخدم نواتج الملاحظة في بيان ومعلومات حول الإدراك السمعي (السمع بشكل جيد) الإدراك اللغوي (النطق بشكل جيد) ويتم ملاحظة خصائص سلوكية أخرى (ملاحظة أشكال من العلاقات الإنسانية كالتعاون والتقبل الاجتماعي و تحمل المسؤولية وكلما كانت قدراته أعلى في المجالات السابقة، كلما كان ذلك مؤشر على التقاء وجود صعوبات التعلم، وعلى العكس من ذلك، كلما كانت قدراته أدنى من المعدل الطبيعي، كلما كان ذلك مؤشر على قابلية الفرد لأن يكون من ذوي صعوبات التعلم.

٣- دراسة الملفات الطبية والملفات المدرسية: ومنها الملف الطبي حيث تستطيع عن طريق هذا السجل دراسة التاريخ الطبي لهذا الطالب، بما يحتويه من معلومات، كالأمراض التي يعاني منها مثلا، أو أنواع الدواء الذي يتعاطاها الطالب ومدى تأثيرها على سلوك الطالب، إلى غيرها من المعلومات المدونة في هذا السجل، والتي من الممكن أن تساعد في تكوين معلومات أولية عن حالة هذا الطالب.

٤- تطبيق قوائم السمات الخاصة بالعلامات المبكرة الدالة على صعوبات التعلم: وتستخدم هذه القوائم وذلك للكشف عن تلك السمات التي تميز ذوي صعوبات التعلم عن غيرهم من الطلاب، سواء الطلاب العاديين، أو الطلاب المتأخرين دراسياً، أو الطلاب المتخلفين عقليا، حيث يتسم الطلاب ذوي صعوبات التعلم، بعدد من السمات تذكر منها السلوك الانفعالي المتهور.

ثانيا: التشخيص الدقيق: ويعني ذلك استخدام الأدوات والاختبارات والمقاييس المقننة، والتي تتوفر لها الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات وقابلية الاستخدام)، والتي يمكن توظيفها لاستكمال عملية التشخيص، وهذه الخطوة مرهونة باعتبارات كثيرة، منها توافر الأدوات وتوافر الأشخاص المؤهلين توافر الإمكانيات المتاحة. فإذا اكتملت هذه العناصر تطبق عملية التشخيص الدقيق، مع ملاحظة أنه في حلة ذوي صعوبات التعلم يفضل استخدام آلية الكشف هذه في مراحل عمرية مبكرة، وتبدأ بمن دخول المدرسة، ويوصي الباحثين باستخدامها بالصف الثاني الابتدائي (سن الثامنة) ومحاولة تنمية القدرات الذهنية من خلال استغلال اهتمامات الفرد باستخدام. (مركز ديونو، ص. ١٧-١٩).

الخاتمة: يعد موضوع القياس والتشخيص في التربية وعلم النفس ولاسيما صعوبات التعلم، حجر الزاوية الأساسي في التعرف إلى الأطفال ذوي صعوبات التعلم وتشخيصهم، وبدون توافر أدوات القياس والتشخيص المناسبة فإنه يصعب وضع البرامج التربوية المناسبة لهم.

الألكسيثيميا وعلاقتها بصعوبات التّعلم (اضطراب التّعلم المحدد)

المقدمة: الأطفال ذوي صعوبات التّعلم كما أشار عادل العدل (٢٠١٢) قد يظهر لديهم مشكلات اجتماعية تميزهم عن غيرهم ومن أهم هذه المشكلات الشّعور بالارتباك كرد فعل لانفعالات الآخرين مع وجود صعوبة في القدرة على التّحدث عن مشاعره الخاصة بالإضافة إلى الانسحاب الاجتماعي ويظهر القصور في المهارات الاجتماعية لدى ذوي صعوبات التّعلم من خلال سلوكياتهم ويسبب القصور المستمر في المهارات الاجتماعية التوتر والقلق وفقدان الدّافعية. (إبراهيم غنيم، ٢٠١٧، ص.٧٦٨). وهذا ما يتفق مع الخصائص العامة للألكسيثيميا. حيث تعد المشاعر تعبيراً عن نجاح الإنسان أو محنته، إذ أنها تقع في كل من العقل والجسد، فالمشاعر ليست مجرد حلية تضاف على الانفعالات يمكن للمرء الاحتفاظ بها أو إخفاؤها أو نبذها، فقد تكون المشاعر أمراً كاشفاً لحال الحياة داخل الإنسان باعتباره وحدة كاملة، كما أنها تنتج عن عوامل ذاتية وموضوعية، وتتفاعل داخل أنظمة عصبية وغدد صماء لتثير الشّعور بالسّرور أو التّجنب، وتؤثر في العمليات المعرفية المختلفة مثل الذاكرة أو الانتباه وتسبب تغيرات فسيولوجية جسمانية مثل ضربات القلب والتّعرق، وتؤثر في السلوك بما يساعد الشّخص على التّكيف مع الطّروف التي سببتها، غير أن تحليل الرّوابط بين العقل والانفعال يشير إلى أن الانفعالات لا تنصدر فقط بعض أشكال المعقولة؛ بل هي نفسها تعتبر عاقلة، وفي بعض الأحيان يبدو الانفعال أنفع من التّعقل وفي السّنوات الأخيرة ازدادت الدّراسات التي تبحث العلاقة بين الألكسيثيميا والعديد من الاضطرابات النفسيّة وتشمل السّمات البارزة للألكسيثيميا بأنه صعوبة وصف وتحديد المشاعر الدّاتية وأسلوب تفكير موجه للخارج. (العيدان، ٢٠١٩، ص.١٥).

نشأة مصطلح الألكسيثيميا:

تطور مصطلح الألكسيثيميا تدريجياً كما أشار Tibon, Sh., et al (٢٠٠٥) وقد كانت بداية هذا التّطور مع بعض الملاحظات الإكلينيكية لمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، وفي عام (١٩٤٨) أشار روش Ruesh إلى ما أسماه بالشّخصية الطّفولية واعتبرها مشكلة أساسية لدى هؤلاء المرضى وقد لاحظ روش أن هؤلاء المرضى كانت لديهم قدرة ضعيفة على التّخيل و أظهروا صعوبات في التعبير الانفعالي اللفظي وقد أرجع هذه الخصائص إلى حدوث توقف في نمو الشّخصية لديهم. (إبراهيم غنيم، ٢٠١٧، ص.٧٧٥).

تعريف الألكسيثيميا Alexithymia:

و عرفت بحسب Taylor (١٩٩٧) بأنها حالة ضعف في الشّخصية للتعبير عن العواطف والمشاعر والتّعلق الاجتماعي، والعلاقات الشّخصية كما ان لأشخاص الذين

يعانون من الألكسيثيميا يجدون أيضاً صعوبة في التمييز بين مشاعر الآخرين وتقديرها. (إبراهيم والغويري، ٢٠١٧، ص. ٢٠٠).

وتعرف الألكسيثيميا Alexithymia بأنها سمة شخصية ذات خصائص وجدانية ومعرفية تتميز بصعوبة تحديد ووصف المشاعر والانفعالات لدى الشخص والآخرين مع نمط معرفي يتميز بتوجه خارجي. (داود، ٢٠١٦، ص. ٤١٩).

تعريف صعوبات التّعلم:

تعريف جمعية الأطفال ذوي صعوبات التّعلم: أن الطّفل ذوي صعوبات التّعلم يملك قدرات عقلية مناسبة وعمليات حسية مناسبة واستقرار انفعالي إلا أن لديه عدداً محدداً من الصعوبات الخاصة بالإدراك والتّكامل والعمليات التعبيرية والتي تؤثر وبشدة على كفاءته في التّعلم. (القاسم، ٢٠١٥، ص. ١٤).

تُعرف الحكومة الاتحادية الأمريكية: أن الأطفال ذوي صعوبات التّعلم هم الذين يعانون من واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتطلب فهم أو استخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة ويظهر هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع والتّفكير والكلام أو القراءة أو الكتابة أو التّهجئة أو في أداء العمليات الحسابية ويرجع هذا القصور إلى إعاقة في الإدراك أو إلى إصابة في المخ أو إلى الخلل الوظيفي الدّماغي البسيط أو إلى عسر الكلام أو إلى حبسة الكلام الثّمائية ولا يجوز أن تكون صعوبات التّعلم هذه ناتجة عن إعاقة بصرية أو سمعية أو حركية أو تخلف عقلي أو اضطرابات انفعالية أو حرمان بيئي أو ثقافي أو اقتصادي. (القاسم، ٢٠١٥، ص. ١٥).

أسباب الألكسيثيميا:

أشارت دراسة أحمد عبد الخالق (٢٠١٤) إلى أن العجز عن التّعبير عن المشاعر يرجع إلى وجود انفصال وظيفي بين الجهاز الطّرفي في المخ والقشرة الجديدة وبخاصة المراكز الخاصة بالكلام أو اللغة وهناك من يرى أن الأشخاص الذين يعانون صعوبة تعرف المشاعر لم يتعلموا التّعبير عن انفعالاتهم لفظياً وذلك بسبب اضطراب شديد في التّطور النفسي الاجتماعي منذ وقت مبكر، أو بسبب بعض الجوانب المرضية في وظائف المخ أو نتيجة خلل في التّواصل بين نصفي المخ. (إبراهيم غنيم، ٢٠١٧، ص. ٧٧٦-٧٧٧).

نسبة انتشار الألكسيثيميا:

تُعتبر معدلات الانتشار المقدرة للألكسيثيميا لدى الأفراد عموماً بأنها معدلات مرتفعة، فتشير دراسة Joukamaa, et al، ٢٠٠٧ إلى أن (١٠%) من الإناث، و (٧) من الذّكور مصابين بالإلكسيثيميا. وتشير دراسة Joukamaa، ٢٠٠٩ إلى أن نسبة

انتشار الإلكسيثيميا (٩,٩%) في الرجال، و (٩,١١%) في النساء (٨,١%). (جنيدي، ٢٠٢٠، ص.٩٧).

أعراض الألكسيثيميا:

يمكن أن نذكر بعض أعراض الألكسيثيميا كما ذكرها ٢٠٠٧، Warne،

١- نقص في القدرة على فهم ومعرفة المشاعر وينعكس في ضعف قدرة الفرد على التعرف على المشاعر والتّمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسمية والمشاعر وبعضها البعض.

٢- نقص في القدرة على التعبير عن المشاعر، ويتمثل في عمل الفرد عن الوصف أو التعبير عن مشاعره للآخرين.

٣- عجز في القدرة على التّخيل، وتتمثل في انخفاض في القدرة على التّخيل والتّصور ووضع تصورات مستقبلية، فتفكير الفرد يتسم بالسطحية والجمود، بالإضافة إلى أن الفرد لديه ميل لتغير الأحداث وفقاً لتصورات إدراكية سابقة.

٤- أسلوب تفكير خارجي ويتمثل في الاهتمام بتفاصيل الأمور أكثر من الاهتمام بالأسباب والخبرات والظروف الكامنة وراء الأشياء أو الأحداث. بالإضافة إلى عزو سببي خارجي، فكل ما يحدث للفرد يرجع إلى أسباب خارجة عن إرادة الفرد. (الشويقي، ٢٠٠٨، ص. ٦٢-٦٣).

العلاقة بين الألكسيثيميا وصعوبات التّعلم:

أكدت دراسة هاندورك ومارشال (١٩٩٨) Handwark & Marshall ودراسة (٢٠١٧) ،Abbasi، ودراسة (٢٠٠٥) ، Mellor أن الأفراد ذوي صعوبات التّعلم لديهم مشكلة وصعوبة في الجانب الوجداني، ويجدون صعوبة في القدرة على التّحدث عن المشاعر الخاصة. فيعاني الأفراد ذوي صعوبات التّعلم من القصور والعجز في التعبير عن ما بداخلهم من مشاعر وأحاسيس، ويظهر الأثر السلبي لذلك في تعاملهم مع زملاء الدّراسة فلا يستطيعون إقامة علاقة جيدة معهم نظراً لضعف القدرة على التّواصل الوجداني الذي يزيد القدرة على التّفاعل ويقوي العلاقات، فهم لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم تجاه الآخرين مما يجعلهم غير قادرين على التّفاعل الإيجابي معهم. ويتضح مما سبق وجود ارتباط بين صعوبات التّعلم واضطراب الألكسيثيميا، حيث يعاني الأفراد ذوي صعوبات التّعلم من قصور وعجز في الجانب الانفعالي والتي قد يرجع إلى الصّعوبات التّمائية والأكاديمية لديهم. (حلمي، ٢٠١٨، ص. ٩٨-٩٩).

العلاج النفسي للأكسيثيميا:

يكون التدّخل العلاجي للمصابين بالأكسيثيميا كما وردت في محمد (٢٠١٣) بتعليمهم مشاعرهم وتمييزهم بين المشاعر النفسية والإحساسات الجسدية واتخاذ القرار بناءً على القيم الدّاتية أي التّوجه الدّخلي في التّفكير وتنمية القدرة على الخيال ولقد أشار سيفنيوس إلى فشل العلاج النفسي الدينامي مع الأكسيثميين ونجاح العلاج الفردي التّدعيمي والعلاج الجماعي مع الدّواء المؤثر على العقل إلى جانب العلاج النفسي التّعليمي فضلاً عن أن التّحليل النفسي يصيب كل من المريض والمعالج بالإحباط الذي قد يترتب عليه ردود أفعال فسيولوجية للضغط . ولقد اقترح فريبرجر Freberger استخدام استراتيجيات منها بناء علاقة مستقرة مع المريض وتسهيل التّحويل الإيجابي وإمداد المريض بأمثلة لكلمات المشاعر والخيالات ولعب المعالج لدور إيجابي في تشجيع المريض على التّحدث عن مشاعره وترجمة طبقة التّفكير المميزة إلى حالات وجدانية أكثر تميزاً وأعطى كريستال Krystal الإرشادات الأكثر شمولاً لعلاج ذوي الأكسيثيميا فقال إن على المعالج أولاً أن يساعد الفرد على ملاحظة حالته الدّاخلية ثم يهدف إلى النّمو الوجداني للمريض بحيث يتنافس مع المعالج بشأن مشاعره فيقل تخويفها له ويبدأ في تقبلها ويدرك أنها قابلة للتحكم وأن مدتها محددة ذاتياً وحينها يقدر على التّعبير عنها لغوياً بمساعدة المعالج له في اختيار الكلمات المناسبة ومع ملاحظته للدلائل الغير لفظية كالحركات والإيماءات ولغة الجسد وتنبيهه لها. (زوبيري، ٢٠١٩، ص.٢٣).

الخاتمة: وبناءً على ما سبق ومن خلال التّعريفات المتعددة لذوي صعوبات التّعلم نجد أن الخلل الوظيفي في وظائف الدّماغ قد تتقاطع مع مشكلة واضطراب عدم القدرة على التّعبير الأكسيثيميا فيجب على العاملين مع ذوي صعوبات التّعلم التّنبه الشّديد لهذه المشكلة التي قد يلحق بها مشاكل أخرى مجهولة لا يحمد عقباها نتيجة عدم القدرة على التّعبير

الحمية الغذائية الخالية من الكلوتين والكازين لأطفال اضطراب طيف التوحد

المقدمة: يعد الأوتيزم اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه ولوالديه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له، ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى؛ فضلاً عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين، وتعود كلمة "الأوتيزم" إلى أصل إغريقي هي كلمة "أوتوس" Autos وتعني الذات، وتعبّر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال. كما تم التعرف على هذا المفهوم قديماً في مجتمعات مختلفة مثل روسيا والهند في أوقات مختلفة ولكن بداية تشخيصه الدقيق إن صح هذا التعبير لم تتم إلا على "يد" ليو كانر "، Leo Kanner 1943، حيث يعد أول من أشار إلى "الأوتيزم اضطراب يحدث في الطفولة وقصد به التوقع على الذات. (متولي، ٢٠١٥، ص.٦).

ولقد أثبتت الحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين Casein and Gluten Free Diet فعاليتها في مساعدة الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك لأن عدم تحمل ذوي التوحد لمادة الكازيين (الجبنين) والجلوتين (الغروين) هي إحدى النظريات التي تفسر التوحد وهي مرتبطة بنظريات أخرى ذات علاقة مؤثرة، خاصة ما يحدث في اضطرابات داخل المعدة والدماغ لدى الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذه النظريات هي: نظرية زيادة الأفيون المخدر لدى الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد Opioid Excess -نظرية منفضية أو تسريب الأمعاء Intestinal Permeability-نظرية عملية الكبريتة Free Sulphate. وهناك العديد من الدراسات التي توضح ترابط هذه النظريات بالتوحد، فنظرية زيادة الأفيون المخدر لدى الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد هي إحدى النظريات المعقدة التي وضعها البروفيسور جاك بانكسيب Jack Panksepp من جامعة جرين بولينج عام ١٩٧٩م.

الكازيين (الجبنين) Casein هو البروتين الأساسي في الحليب ويوجد أيضاً في مشتقات الحليب.

الجلوتين (الغروين) هو مادة لزجة تتكون أثناء عجن الحنطة وتوجد في الشوفان والشعير والجاودار (Bran & Barley, Oat, Wheat) أو بمعنى آخر، هو البروتين الموجود في الحنطة ومشتقاتها. (الفهد، ٢٠١٦، فقرة).

تعريف اضطراب طيف التوحد:

يمكن تعريف اضطراب طيف التوحد كما جاء في دليل القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة (٢٠٠٢) بأنه اضطراب يحدث لدى الطفل قبل بلوغه سن ٣٦ شهراً ومن مظاهره الأساسية الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث، وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه أو ما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين والانطواء والانعزال وعدم المقدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين، بالإضافة إلى وجود سلوكيات نمطية غير هادفة ومتكررة بشكل واضح. (قراقيش، ٢٠١٧، ص. ٢٠٢).

العلاج بالحمية الغذائية:

التغذية من أهم العوامل التي تحدد صحة الفرد وتكوين بنيته، وارتفاع المستوى الغذائي في المجتمع يعكس مدى تطوره، ولما للغذاء من دور كبير في مرحلة النمو الجسماني والعقلي وازدياد قدرة الإنتاج وارتفاع مقاومة الأفراد لكثير من الأمراض، فالغذاء السليم والمناسب يؤدي دوراً مهماً في الحفاظ على الصحة العامة للإنسان ووقايته من الإصابة بالأمراض المختلفة (نجاتي، د. ت، ص. ١٣) الغذاء مهم لبناء الفكر والجسم، وقد يكون الطفل قد تعود على التغذية سائلة أو شبه سائلة قبل ظهور الأعراض، وفي محاولة إدخال التغذية الصلبة يرفضها الطفل، فقد لا يكون لديه معرفة بتحريك فكيه لتناول الغذاء الصلب وخصوصاً الحجم الكبير منه فيقوم برفضه، مما يؤدي إلى سوء التغذية، كما أن طفل التوحد نمطي في سلوكه، فقد يكون نمطياً في غذائه، فيتعود على نوع واحد من الغذاء ويرفض ما دون ذلك، وعند التغيير يبدأ بالاستفراغ، كما أن نمطية الغذاء قد تؤدي إلى الإمساك الدائم والمتكرر. (شريف وشريفي، ٢٠١٩، ص. ٥٢).

كيف تكون البداية للعلاج بالحمية الغذائية:

يجب أن يتوقف أي قرار بشأن إدخال نظام الحمية الغذائية للطفل التوحد على الوالدين لأنه موضوع غير سهل ويحتاج إلى متابعة دائمة وذلك للأسباب التالية:
 أولاً: هذا النظام يحتاج للمراقبة والتنسيق التام مع أفراد الأسرة وبقية العائلة والأصدقاء والأهم إعلام المسؤولين المباشرين عن التعامل مع الطفل في المدرسة.
 ثانياً: صعوبة إيجاد الأطعمة الخالية من الغلوتين، والكازيين فهذه المواد لا نجدها في كل الأطعمة.

ثالثاً: العبء المالي الكبير في استعمال حمية الأغذية الخالية من الجلوتين والكازيين لأن هذه الأغذية أغلى بكثير من المواد الأخرى المتضمنة، ونسبة للفترة الغير محددة لاستخدام الطّفل لتلك الأغذية فسوف ترتفع التكلفة أكثر وأكثر.

رابعاً: تفادي الحفلات والأماكن التي تتوفر فيها المشهيات والمغريات حيث أن الطّفل سوف يشعر بالعزلة والتفرقة إذا لم يسمح له بتناول ما يتناوله الأطفال الآخريين.

خامساً: اعتماد هذا النظام على زيارات واستشارات دورية للأطباء وأخصائي التغذية. (الشبلي، السعد، ٢٠٠١، ص. ٢٨).

تأثير ومفعول الحمية الغذائية:

يشير (National Institutes of Clinical Center, 2009) لقد وجدت بعض الدراسات زيادة Peptides لدي ٥ - ٩% من التّوحيدين، مما يؤثر على الإدراك والتّعلم والفهم، والدافعية، بالإضافة إلي ضعف المناعة، ومشاكل بالأمعاء (٢٠٠٩) (Betancur, et al، ولذا يشير البعض إلى ضرورة اتباع نظام غذائي محدد خالياً من الجلوتين / الكازين Health. ولقد أكد البعض كما جاء في (٢٠٠٧) Angleyet على أن الطّفل التّوحيدي يتحسن سلوكه بعد إزالة أنواع من الغذاء، ومنها الجلوتين، والكازين، والموالح، والشوكولاتة، والمأكولات التي تحتوي علي صبغات والمواد التي تحتوي حمض السالسليك، والطماطم والبادنجان، ولكن ليس كل الأطفال التّوحيدين يتأثرون بهذه الأطعمة أو تتأثر سلوكياتهم بطريقة سلبية، كما أنه لا يوجد نظام غذائي ثابت أو واحد يساعد كل الأطفال المصابين بالتّوحد. (مجلة كلية التربية، ٢٠١٥، ص. ٣١١).

هذا وقد أشارت الكثير من الدراسات حسب البيومي (٢٠٠٨) إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الجلوتين والكازين لها فائدة في تخفيف أعراض التّوحد، خاصة السلوكية منها، حيث تزداد معدلات التّركيز والانتباه ويصبح الطّفل أكثر هدوءاً واستقراراً، مع انخفاض ملحوظ في معدل سلوك إيذاء الذات والسلوك العدواني، وتحسن عادات النّوم، والتّواصل بشقية اللفظي وغير اللفظي، وتحسن عادات الطّعام. (سعود العسكرات، ٢٠١١، ص. ١٠١).

الأغذية المسموحة والأغذية الممنوعة في الحمية الغذائية:

أولاً: الأغذية المسموحة لأطفال اضطراب طيف التّوحد: اللحوم بأنواعها، الفواكه الطّازجة، الفواكه المجففة، الحبوب المجففة كالعدس والفاصولياء، الأرز، الفوشار حبات الذرة المشوية)، شرائح البطاطا، جوز الهند، الشاي الأحمر والأخضر.

ثانياً: الأغذية الممنوعة على أطفال اضطراب طيف التوحد: اللحوم المصنعة مثل الذئائق، دقيق القمح وما يتم صنعه منه مثل الخبز البسكويت المعكرونة، الحليب ومشتقاته مثل اللبن الأجبان الشكولاتة الزبادي اللبنة، المايونيز، البقول المعلبة، الصلصات الجاهزة.

ومفتاح المعالجة الناجحة هو معرفة المواد المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك وفضلاً عن المواد الغذائية هناك عدة مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الاصطناعية المضافة للطعام، والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألمنيوم، وأفضل نصيحة يمكن تقديمها هنا هي محاولة الحد وإلى أقصى درجة ممكنة من المواد الغذائية غير الطبيعية (مجيد، ٢٠١٠، ص.١٤٨).

دور الأسرة في الحماية الغذائية: يجب على الأسرة عمل ما يلي قبل البدء في الحماية الغذائية:

- ١- تحليل بول الطفل المصاب بالتوحد.
- ٢- عرض التحاليل على مختصين في المجال من أطباء وأخصائي تغذية.
- ٣- إعلام الأسرة والأصدقاء والمدرسة بأن الطفل يخضع لحمية غذائية.
- ٤- البدء في تطبيق نظام الحماية الغذائية.
- ٥- مراقبة وتدوين وقياس سلوكيات الطفل التوحد قبل وأثناء الحمية. (شريف وشريفي، ٢٠١٩، ص.٥٤).

الخاتمة: هذا ومن المعروف أنه لا توجد ضمانات بحدوث النتائج المتوقعة لكل طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد يطبق الحمية، لذلك فإن الهدف المنشود هو إعطاء أولياء الأمور الأمل في علاج أطفالهم من ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق التدخل العلاجي بالحماية الخالية من الكازين والجلوتين. لذا يجب على أولياء الأمور الاستعانة بأخصائي التغذية المعتمدين قبل تغيير طعام أبنائهم من ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك لعمل قوائم طعام تتناسب والحاجة الغذائية للفرد في اليوم الواحد.

اضطراب المعالجة الحسية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد الأسباب والحلول

المقدمة: في كثير من أدبيات التربية الخاصة التي ناقشت موضوع الطّفّل ذوي اضطراب طيف التّوحد ذكر بعضها أن اضطراب طيف التّوحد مرض غامض وذكر بعضهم أنه اضطراب نمائي يصيب الطّفّل في سن مبكر، ويعد اضطراب طيف التّوحد من الموضوعات التي لها الصدارة في رعاية ذوي الحاجات الخاصة، بغية الوقاية والاحتراز من تأثيرات الإصابة بالعوق والعجز الذي يؤثر عليهم في بدء حياتهم، والذي يمكن تخفيف حدته أو علاجه في مراحله الأولى حين يمكن إتاحة فرص الحياة باعتدال وبتكليف مع متطلبات الحياة واستمرار تواصل حياة المصابين بالتّوحد لتخفيف العوق والعجز الذي يعانون منه. ومن المعروف علمياً أن الدّماغ يعمل بتكامل تام مع أعضاء الجسم جميعها ومنها الحسية بحيث يأخذ المدخل الحسي ويعالجه ويفسره ويترجمه ومن ثم يقوم بإرسال الأوامر لأعضاء الجسم المختلفة كمخرجات حسية تبعاً للمدخلات سواء كانت مدخلات حسية تتعلق باللمس، أو الحركة، أو الشم، أو التذوق، أو البصر، أو السمع. وبالنسبة للدماغ فهذه الأعضاء الحسية مشمولة ومتصلة أيضاً بذاكرتنا ومعرفتنا ومعلوماتنا المتواجدة في الدماغ من تجاربنا القديمة لفهم ما يدور من حولنا بطريقة أسهل. وفي معظم أطفال اضطراب طيف التّوحد الذين لديهم مشاكل حسية والأطفال الذين يعانون من مشاكل التكامل الحسي تكون المشكلة في المرحلة الأخيرة، ألا وهي ترتيب المدخلات الحسية. فعندما لا يدمج المدخل الحسي ولا ينظم أو يرتب سوف يعاني الاطفال من مشاكل حسية وخاصة في رحلتهم للتعرف على العالم والبيئة المحيطة بهم، وسوف تتم بصورة مختلفة كلياً عما تكون عليه لدى الأفراد السليمين حسياً، إذ أنهم لا يحصلون دائماً على صورة واضحة ودقيقة لجسدهم في الفراغ ولا لمحيطهم ومن هنا تظهر المشاكل الحسية. (محمد، حميد العنزي، ٢٠٢٠، ص. ٢٩٤).

تعريف اضطراب طيف التّوحد:

يمكن تعريف هذه الاضطراب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي النسخة الخامسة والمنقحة بأنه عجز ثابت في التّواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال كل ما يلي:

١ - عجز عن التّعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات والعواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

٢-العجز في سلوكيات التّواصل غير اللفظية المستخدمة في التّفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التّواصل اللفظي وغير اللفظي إلى الشّدود في التّواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتّواصل غير اللفظي.

٣-العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التّخيلي أو في تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات أو الأنشطة. (حمادي، د.ت، ص.٥١).

تعريف المعالجة الحسية: هي قدرة الطّفل التّوحيدي على استقبال المعلومات الحسية، وتكاملها، ودمجها لإنتاج سلوك يتلاءم مع طبيعة المدخلات والمثيرات الحسية بشكل هادف. (حليم، ٢٠٢٢، ص.١٥٢).

مفهوم المعالجة الحسية: تُعرف (سهي نصر، ٢٠١٤) المعالجة الحسية باعتبارها قدره الدّماغ على إدراك وتفسير وتنظيم المثيرات الحسية المستقبلية من خلال الحواس وترجمتها برد الفعل أو السلوك الظّاهر أو غير الظّاهر، ويؤثر الخلل في المعالجة الحسية على أداء وإدراك الطّفل في مهام الحياة اليومية من أكل ونوم واستحمام وأداء أكاديمي وتفاعلات اجتماعية سلبية وسوء في التنظيم الانفعالي. (أحمد الحلو، ٢٠٢١، ص.١١٥).

تعريف اضطراب المعالجة الحسية: عدم قدرة الطّفل ذو اضطراب التّوحد على اكتساب أنماط متعددة من أنشطة التكامل الحسي والتي يتم من خلالها التّدخل بأنشطة للتكامل الحسي للحفاظ على المعالجة الحسية. (محمد، حميد العنزي، ٢٠٢٠، ص.٢٩٧).

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٣) اضطراب المعالجة الحسية بأنه خلل في معالجة المدخلات وتنظيم المخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية، حيث يستقبل المُدخل غير الفعال المعلومات بصورة هائلة، فإن المخ يكون تحت حمل زائد مما يتسبب في أن يتجنب الطّفل المثير الحسي، والعكس صحيح فعندما يستقبل المخ معلومات صغيرة، فإنه يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية، ويحدث لديه عدم تنظيم عصبي، حيث لا يستقبل المخ الرسائل، وذلك إما بسبب تفكك الخلية العصبية أو أن يستقبل الرسائل الحسية ولكن بشكل متناقض وغير مترابط. (أحمد الحلو، ٢٠٢١، ص.١١٥).

أنواع الحواس:

هناك ثلاثة أنواع من الحواس وهي الحواس الباطنية العامة المتمثلة في الحاجات العضوية والحواس الباطنية الخاصة المتمثلة في التوتر العضلي والحركة والتوازن والنوع الثالث هو الحواس المستقبلية للمنبهات الخارجية وهي المتعلقة بالبصر والسمع،

الشم، اللمس والتذوق.

أولاً: الحواس الباطنية العامة: هذا النوع من الحواس يظهر في حالة الأحشاء من امتلاء وإفراغ المعدة، الأمعاء، المثانة، وتنتقل هذه الحواس عن طريق الأعصاب الموجودة في الأجهزة الحشوية من الجهاز الهضمي الموصلة لفشرة المخ ومن مظاهر هذه الحواس الباطنية العامة الجوع العطش، التعب، الرعشة، الضيق، الارتياح، الإثارة الجنسية. وقد ينتج عن اختلال هذا النوع من الحواس أن يفقد الفرد التمييز بين حالتي الجوع والشبع، أو يفقد الشهية للطعام، أو البرود والتبدل أو الشعور بالتعب عند القيام بمجهود بسيط جداً أو عدم الشعور بالتعب رغم بذل مجهود شديد جداً.

ثانياً: الحواس الباطنية الخاصة: وهذا النوع من الحواس أكثر تميزاً من النوع السابق حيث أن له أعضاء خاصة لاستقبال التنبيهات موجودة في العضلات والأوتار والمفاصل وكذلك موجودة في الجزء التوازني من الأذن الداخلية، وهذا النوع من الحواس حساسية يتأثر بالمنبهات الميكانيكية كالضغط والشدة والاحتكاك والحركة وكل هذه الأمور تتحد في حاسة الحركة والتوازن. ومن مظاهر هذا النوع من الحواس الإحساس بالضغط العميق والجهد والمقاومة والإحساس بثقل الأجسام والإحساس بوضع الأطراف وحركاتها (المدى، الاتجاه و السرعة) بالنسبة للجسم، والإحساس بتوازن الرأس بوضع الجسم وتوازنه بالنسبة إلى قوة الجاذبية (وقوف، انحناء، جلوس، استلقاء و انبطاح) وكذلك الإحساس بتحريك وانتقال الجسم بالنسبة إلى الاتجاهات المكانية فوق تحت، يمين، شمال، أمام وخلف.

ثالثاً: الحواس المستقبلية للتنبيهات الخارجية: هذا النوع من الحواس يتمثل في إحساسنا وإدراكنا للمؤثرات الخارجية والتي تعتمد على كفاءة أجهزة الحواس الخاصة بالسمع، البصر، اللمس، التذوق والشم. ومن مظاهر هذا النوع من الحواس الإحساس باللمس، البرودة، السخونة الطعم المر والحلو، المالح، الحامض، الروائح الذكية، والكريهة، روائح التوابل، تمييز الألوان، تمييز الأماكن، الأصوات المرتفعة، الأصوات الضعيفة، الموسيقى والغناء، وغيرها من الكثير من المظاهر الحسية التي تعتمد على الحواس الخمسة. (عبد الحليم، ٢٠٢١، فقرة).

أسباب اضطراب المعالجة الحسية:

كان هناك العديد من الافتراضات والتكهنات حول أسباب اضطراب المعالجة الحسية. لم يتم تحديد أي شيء ملموس حتى الآن. ومع ذلك، يقول العديد من الباحثين أن بعض أسباب SPD يمكن أن تكون:

- أسباب مشفرة في المادة الوراثية للطفل.
- مضاعفات ما قبل الولادة والولادة وانخفاض الوزن عند الولادة أو الخداج.

• العوامل البيئية الطفل المتبنى الذي ربما كان يعاني من ضعف الرعاية قبل الولادة. (بورغوس، ديت، فقرة).

مظاهر اضطرابات المعالجة الحسية:

يتم تصنيف اضطرابات العملية الحسية على النحو التالي ميلر وآخرون ٢٠٠٧ تطور المفهوم في التكامل الحسي مقترح تصنيف للتشخيص:

- اضطرابات التعديل الحسي: ضعف التفاعل. فرط الاستجابة. البحث عن الأحاسيس
- الاضطرابات الحسية الحركية: اضطراب في اكتساب التنسيق الحركي. اضطرابات موضعية.

- اضطرابات التمييز الحسي: البصري، السمعي، اللمسي، الدهليزي، الإحساس العميق، حاسة الشم والتذوق. (شمسي، ٢٠٢١، ص. ١١).

تشخيص اضطراب المعالج الحسية:

مشاكل المعالجة الحسية ليست في DSM-5 لذلك لا يمكن تشخيصها من الناحية الفنية. ولكن هذا لا يعني أنه لا توجد طريقة لمعرفة ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلات معالجة حسية.

ابدأ بتدوين ملاحظات حول السلوكيات والأعراض التي تراها في طفلك ومتى تحدث. يمكنك أيضاً أن تسأل معلمي طفلك عن السلوكيات والأعراض التي لاحظوها في المدرسة.

كل هذه المعلومات ستكون مفيدة للمتخصصين الذين سيقومون بطفلك. عندما تكون مستعداً للتشاور مع المحترفين، إليك بعض الأماكن الجيدة للبدء: تحدث إلى طبيب أطفال طفلك. اشرح أعراض طفلك، وشارك ملاحظتك. قد يوصي الطبيب بتقييم شامل. قد يحولون طفلك لفرز من قبل أخصائي، سواء في مدرستك أو في الممارسة المهنية. التشاور مع المتخصصين. قد يطلب منك المقيم المساعدة في ملء الفراغات الخاصة بتطور طفلك من خلال مشاركة معلومات حول سلوكيات المشكلة. قد يشمل ذلك متى بدأت السلوكيات ومتى تحدث. إذا وجدت طرقاً لتهدئة أو موازنة مشاكل حساسية طفلك، فتأكد من ذكر ذلك. (جلال، ٢٠١٨، فقرة).

علاج اضطراب المعالجة الحسية:

نتيجة لعدم وجود سبب محدد لاضطراب المعالجة الحسي فإنه لا يوجد علاج محدد لمثل هذه الاضطرابات. لكن بإمكان العلم الحديث إيجاد حل قابل للتطبيق يمكن أن يقلل من المشكلات الحسية عندما تكون شديدة مثل:

١- العلاج المهني: يمكن للمعالج المهني أن يساعد الطفل على ممارسة أو تعلم القيام بأنشطة عادة ما يتجنبها بسبب المشاكل الحسية.

٢- علاج طبيعي: يمكن للمعالج الطبيعي تطوير نظام غذائي حسي.

٣- العلاج التكاملي الحسي والذي من خلاله يتعلم الأطفال كيفية الاستجابة لحواسهم بشكل صحيح. (اضطراب المعالجة الحسية، ديت، فقرة).

الخاتمة: وبناءً على ما سبق نجد أن مشكلة الاضطرابات الحسية تزيد من حالة الإنغلاق لدى أطفال اضطراب طيف التوحد ويجب على الأهل ملاحظات سلوكيات أطفالهم وما يظهر عليهم من علامات لتجنب زيادة الشدة في مشكلة اضطرابات المعالجة الحسية التي قد تفقد الطفل كل ما تعلمه وكل ما يملكه من معارف.

الإيكولاليا لدى أطفال اضطراب التوحد الأسباب والعلاج

المقدمة: يعتبر موضوع اللغة والنطق والكلام من الموضوعات المهمة التي شغلت القدماء والمحدثين من علماء اللغة والكلام والطب وعلم النفس وعلم الاجتماع والتربية وغيرهم من العلماء في مجالات التخصصات المختلفة ولقد أكد هؤلاء جميعاً على أهمية عامل اللغة والكلام في القدرة على الاتصال بالآخر والتوافق في النمو العقلي والفكري والاجتماعي والنفسي.

وفي هذا الصدد يؤكد علماء النفس على أهمية اللغة خاصة خلال السنوات المبكرة من عمر الطفل حيث أنها تظهر رغبته في التحدث أمام الآخرين وسرعان ما يتحول من كائن متمركز حول الذات إلى كائن اجتماعي يمكن أن يرى ويدرك ويفهم وجهة نظر الآخرين. (أمين، ٢٠٠٥، ص. ١٣).

تعريف اللغة والكلام:

فاللغة كما تعرفها جمعية السمع والكلام الأمريكية American Speech and Hearing Association هي عملية معقدة وجهاز ديناميكي برموز متفق عليها تستخدم بأساليب متعددة للتواصل، ولا تنفصل أي لغة في العالم من التراث الثقافي والاجتماعي والتاريخي، كما أن لكل لغة مكونات تتعلق بالجانب الصوتي والنحوي والصرفي والدلالي والسياق الاجتماعي (البراجماتي).

أما الكلام فهو وسيلة التواصل الأساسية والتي تتطلب سلوكاً حركياً وتناسقاً عضلياً عصبياً دقيقاً حيث تتحد أصوات الكلام بطرق مختلفة لتكون اللغة. (الظاهر، ٢٠١٠، ص. ١٧).

التواصل اللغوي:

عملية يشكل لها التقارب المعرفي convergence of knowledge هدفاً محورياً، حيث أوضح ريلي (١٩٨٥:٧) Riley أن تحقيق ذلك يتطلب التفاوض وتبادل وجهات النظر حول المعاني خلال التفاعل بين الأفراد، ذلك الذي يؤكد على المعنى المقصود. (الفرماوي، ٢٠٠٦، ص. ١٨).

تعريف اضطرابات التواصل:

تشمل اضطرابات التواصل مجموعة من المشكلات المتعلقة بالكلام واللغة، والمعالجة السمعية. وربما تتراوح اضطرابات التواصل من التردد الصوتي لمقاطع صوتية كما هو الحال في اضطراب اللجاجة إلى الخطأ في نطق بعض الكلمات، إلى العجز التام

عن استخدام الكلام واللغة في التّواصل كما هو الحال في اضطراب الحبسة. (أبو حلاوة، د.ت، ص. ٣).

تعريف الإيكولاليا Echolalia:

كما ذكر سيمون (Simon، ١٩٧٥) أن تعبير إيكولاليا من مقطعين، الأول Echo، ويعني صدى الصّوت أو التّصدية أو التّرديد أما المقطع الثّاني، وهو Lalia فيشير ضمناً إلى اللغة وقد يتكافأ التّعبير الأجنبي مع ما يمكن أن نطلق عليه باللغة العربية الاضطراب الصّدوي، أو المحاكاة الآلية، أو حديث المصاداة. حيث أن الفرد بمقتضى هذا الاضطراب يميل إلى تكرار ألفاظٍ معينةٍ أو جملاً محددةً صادرةً من شخصٍ آخر أو فيلم أو أغنية في المواقف المختلفة دونما علاقة وإما أنه بذلك يفسر الموقف أو يتفاعل مع الآخر.

وكما ذكر (Catherin، ١٩٨٦) بأنها حالة كلامية تتميز بالتّرديد القسري اللاإرادي لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو وكأنه صدى لهم. (عبد الجليل، ٢٠٠٨، ص. ٨).

مظاهر الإيكولاليا (المصاداة) : Echelalia هناك مظاهر لهذا التّردد تتمثل في:

١- كما ذكر رشاد موسى (٢٠٠٢) يبدأ الطّفل التّوحيدي بتّرديد هذه الكلمات بنفس اللهجة التي يسمعها من حوله أو من التّلفاز أو أغنية الأطفال التي يحبها.

٢- وكما جاء في سمير السعد (٢٠٠١). أن الطّفل يرد الكلام بنفس شدة الصّوت والنّغمة التي توجه إليه.

٣- ويذكر بشير يوسف (٢٠٠٥). أن الطّفل يقوم بتكرار آخر كلمة فقط في الجّملة التي يسمعها. (عبد الجليل، ٢٠١٨، ص. ١٢).

أنواع الإيكولاليا:

في ضوء العرض السّابق فإن من المهم القول لإخصائي التخاطب أو من يقومون على رعاية الطّفل التّوحيدي أن يحددوا نوعية الكلام الإيكولالي لديه فالإيكولاليا قد تكون لأغراض اتصالية وتسمى حينئذ بالإيكولاليا التفاعلية أو الاتصالية Communicative/interactive, E. أو يكون تكرار الطّفل التّوحيدي للعبارات لأغراض غير التفاعلية أو اللاتصالية فلا يتوقع استجابة ما من أحد تجاه كلامه الإيكولالي وحينئذ تسمى بالإيكولاليا الغير تفاعلية أو اللاتصالية Non communicative/ Non interactive E. وفي كلا الحالتين فإن الإيكولاليا قد تكون من النّوع الفوري أو من النّوع المؤجل. (الفرماوي، ٢٠٠٦، ص. ٢٣٥).

أولاً: الإيكولاليا الفورية: Immediate Echolalia يعرف فاي، وشولر (Schuler Fay، ١٩٨٠: ٣٢) الإيكولاليا الفورية علي أنها التّكرار عديم المعني لكلمة أو كلمات قد صدرت للتو من شخص آخر إلا أن بريزانت، ودوشان

(Prizant&Duchan ، ١٩٨١:٣٣٦) قد اعتبرنا هذا المفهوم قاصراً، فالإيكولاليا ربما تخدم وظائف اتصالية كثيرة للطفل التوحد ولهذا فهي ليست بلا معنى. ثانياً: الإيكولاليا- المؤجلة Delayed Echolalia يعرف سيمون (١٩٧٥:١٤٤٥ ، Simon) الإيكولاليا المؤجلة بأنها قيام الفرد بتكرار عبارة أو سؤال ما كان قد سمعه من شخص آخر بعد مرور فترة من الوقت قد تكون أياماً أو أسابيعاً، أو شهوراً، وقد تصل إلى سنة. وقد يكون هذا الفرد قد سمع العبارة أو السؤال المكرر من التلفزيون الإعلانات أو الأغاني أو حتى قرأها بالكتب، والإيكولاليا المؤجلة يمكن أن تخدم وظائف اتصالية عديدة للطفل التوحد. (نصر الدين، عبد السمیع، ٢٠٢٠، ص. ٥١). أسباب الإيكولاليا Echolalia: حيث أشار الدوخي والصقر (٢٠٠٥) إلى عدد من الأسباب:

- ١-الطفل يحاول فهم معنى الكلمة التي يرددها، لذا نحاول إيضاح الكلمة له بأقرب صورة بصرية عملية تسهل فهم المعنى.
- ٢- أو لأن بعض الأصوات يصعب على الطفل ذي اضطراب التوحد سماعها فيكررها ليتأكد مما سمع، مثل صوت الدال والباء: لذا فإن إطالة بعض الأصوات قد تساعد على سماعها بشكل أوضح.
- ٣- وتستخدم أحياناً للإحساس المفرط بعدم الأمان، وفي بعض المواقف يشير إلى رغبة الطفل ذي اضطراب التوحد في التواصل مع المحيطين به. (كاشف، ٢٠١٨، ص. ٧).

علاج الإيكولاليا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد:

الطريقة الأولى: طريقة تعليم الاستجابة الصحيحة:

وهي طريقة أخرى لعلاج التردد وتتماشى مع الفرضية التي تقول أن التردد غالباً ما يحدث عندما يطرح سؤال على الفرد أو يتم إعطائه أوامر لا يعرف الاستجابة الصحيحة لها. ويتم ذلك من خلال تعليمه الاستجابة الصحيحة فوراً بعد طرح السؤال مثلاً (ما هي العصافير؟ - طيور) ثم يتم تعزيز التردد وفي النهاية إخفاء التلقين. على أي حال، هذه ليست طريقة عملية للتعامل مع التردد وذلك لسببين هما:

- ١- لأنها تعزز التردد لبعض الوقت.
- ٢- ستحتاج لتعليم الطفل الإجابات الصحيحة لكل سؤال يمكن أن يطرح عليه.

الطريقة الثانية: طريقة التلقين - التأيي - التأشير "Cues-Pause-Point"

ويعتقد أنها الطريقة الأفضل للتعامل مع التردد، وهي تتضمن استخدام أفضل ما في الطرق السابقة جميعاً إضافة إلى أنها تعمل على تعليم مهارة مهمة للأطفال ذوي التوحد وهي " التأيي " وهذه الطريقة تُعرف باسم طريقة Point وترجمتها الحرفية هي "التلقين

- التأيي - التأشير "Pause - Cues - Pause"

الطريقة الثالثة: طريقة أنا لا أعرف لقد وجد بعض الباحثين أن الطفل التوحيدي غالباً ما يستخدم التردد عندما لا يكون قد تعلم الاستجابة الصحيحة للسؤال أو الأمر المطلوب منه تنفيذه. وهذا يبدو واضحاً جداً في الاختيار الذي قاموا به لمعالجة التردد حيث أنهم علموا الأطفال ذوي اضطراب التوحد قول عبارة " أنا لا أعرف" للأسئلة التي كانوا يقوموا بترديدها سابقاً ولم يعرفوا إجاباتها. وحتى لو أصبحت " أنا لا أعرف" عبارة يتم ترديدها، فهي الإجابة الأكثر تكراراً والتي ستحصل عليها من أي طفل عندما تسأله سؤالاً لا يعرف إجابته. وهناك فائدة إضافية لهذه الطريقة وهي أنها تخبر الطفل الذي طرح السؤال بأنه يحتاج لتعليم الإجابة الصحيحة للطفل التوحيدي. (حمد الله، دبت، ص. ٤-٨).

يجب على الآباء تشجيع أشكال مختلفة من التواصل لتجنب الإيكولاليا عند الأطفال، كذلك يجب تعريف الطفل إلى مجموعة متنوعة من الكلمات والعبارات -بمرور الوقت- يستطيع كثير من الأطفال التغلب على الإيكولاليا بالممارسة الطبيعية، أيضاً يمكن علاج الإيكولاليا من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

جلسات التّخاطب: يلجأ مصابي الإيكولاليا إلى جلسات التّخاطب المنتظمة لتعلم كيفية التعبير عم يفكرون فيه. إذ يستخدمون التقنيات السلوكية والإشارات اللفظية والبصرية وطرق التّعلم والمراقبة الذاتية والتّعزيز الإيجابي لتحسين التّواصل مع الأطفال.

مضادات الاكتئاب أو القلق: لا يعتمد الأطباء عليها في علاج الحالة نفسها، لكنها تساعد على استعادة هدوء مصابي الإيكولاليا، إذ إن التأثير المهدئ يمكن أن يساعد على تقليل شدة الحالة، نظراً لأن أعراض الصّدى قد تزداد عندما يكون الطفل متوتراً أو قلقاً. (سلام، ٢٠٢١، فقرة).

الخاتمة: وبناء على ما سبق نجد أن مشكلة ترديد الكلام من المشاكل الشائعة لدى أطفال اضطراب طيف التوحد والتي تعيق اتصالهم بالعالم الخارجي والتي تزيد من حالة الإنغلاق والعزلة لديهم، ومن خلال المقال تمت مناقشة عدد من الطرق التي يمكن العمل من خلالها لعلاج مشكلة الإيكولاليا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

مشكلة القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية التعريف والأسباب والحلول

المقدمة: إن الدور الحيوي لحاسة البصر في الحياة دور واضح كل الوضوح. كذلك فإن التأثيرات المحتملة لتعطل هذه الحاسة أو ضعفها جلية وقد تكون كبيرة جداً وقد تشمل الصعوبات الحركية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والتربوية. ونقول ذلك لأن الإنسان الذي يفقد بصره يفقد قناة رئيسة من قنوات تواصله مع العالم من حوله ويصبح مرغماً على الاعتماد على الحواس الأخرى وخاصة حاستي السمع واللمس. (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٥، ص. ٢٠٣). ويعتمد الشخص ذو الإعاقة البصرية بشكل أساسي على حاستي اللمس والسمع، وقد يكون القصور الذي خلفته الإعاقة البصرية سبباً رئيساً في حدوث القلق لدى فئة ذوي الإعاقة البصرية الأمر الذي يسبب لهم صعوبة في التكيف مع واقعهم وعدم القدرة على تلبية احتياجاتهم في غالب الأحيان فيعيشون في حالة من القلق.

تعريف الإعاقة البصرية:

الإعاقة البصرية Visual Impairment هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه. والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان. وهذا الضعف ينتج عن تشوهات تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو الجروح في العين. ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعاً الإعاقات التي تشمل البصر المركزي. (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٥، ص. ٢٠٤). وبشكل عام يصنف الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية إلى فئتين هما:

أ- المكفوفون Blind التعريف التربوي للكفيف هو الفرد الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل.

ويرى هنري Henry أن الكفيف هو الفرد الذي لا يستطيع أن يجد طريقه بدون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصادياً، أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادي. (الظاهر، ٢٠٠٨، ص. ١٥١-١٥٢).

ب- المبصرون جزئياً Partially Sighted من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد التصحيح. (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٥، ص. ٢٠٥).

إن الإحساس بالقلق هو رد فعل طبيعي وذو فائدة في المواقف التي تواجه الإنسان بتحديات جديدة. فحين يواجه الإنسان بمواقف معينة فإنه من الطبيعي أن يحس بمشاعر عدم الارتياح والتوجس وأن تعرق راحتا يديه ويحس بالآلام في فم المعدة. وتخدم ردود

الفعل هذه هدفاً هاماً حيث إنها تنبئنا للاستعداد لمعالجة الموقف المتوقع. ولكن أعراض القلق المرضي تختلف اختلافاً كبيراً عن أحاسيس القلق الطبيعية المرتبطة بموقف معين. (أبو الحبايب، ٢٠١٠، ص.٥). ومن هذا المنطلق أن هذه الظاهرة انتشرت وبشكل كبير في أواسط الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بسبب مشاعر عدم الارتياح والتوجس لديهم، وعدم قدرتهم في غالبية الأحيان على تلبية احتياجاتهم لوحدهم وضعف التفاعل الاجتماعي لديهم يقودهم إلى القلق.

تعريف القلق Anxiety:

إحساس داخلي شامل ومستمر، يصاحبه إحساسات وانفعالات غير محددة سواءً كانت جسدية، أو نفسية، أو اجتماعية. (مصطفى حماد، ٢٠١٢، ص.٨). هو حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفز، موجّهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعتبر القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يميز بها كل إنسان، ويمكن القول إن هناك قلق طبيعي وقلق مرضي. (الخضر، د.ت، ص.٣).

حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسدية. (أبو الحبايب، ٢٠١٠، ص.٩).

نسبة انتشار القلق:

بالرغم من عدم وجود أرقام وإحصاءات دقيقة يمكن أن نستند إليها في تقدير أعداد مرضى القلق إلا أننا نستطيع أن نورد الخطوط الرئيسية الآتية: يقدر عدد المصابين باضطراب القلق في معظم بلاد العالم بـ ٣ إلى ٥ % من عدد السكان. أن هذه النسب تتزايد في بعض المجتمعات وتقل في بعضها الآخر إلا أنها بأي حال من الأحوال لن تقل عن ٣% من مجموع عدد السكان. نسبة المرضى النفسيين المصابين بالقلق النفسي تصل من ١٦ إلى ٢٠%.

إن نسبة العجز الاجتماعي (أي عدم دخول الشخص في علاقات، أو حوارات، أو تفاعل، أو توقف عن العمل بسبب زيادة القلق) تمثل على الأقل ١% من مجموع المصابين بالقلق. (غانم، د.ت، ص.١٨).

مراحل القلق:

لا يدخل الشخص إلى القلق دفعة واحدة، ولا تنفجر مكامن القلق مرة واحدة، بل نجدها تتدرج، وتتراكم حتى تصل إلى درجة (اللاعودة) وما لم ننتبه إلى هذه (الإنذارات) فإننا نكون قد (حرقنا) كل الأوراق التي يمكن أن نلقي بها في وجه القلق ليعود الشخص إلى حالة السوية، وقد قام (دافيد. ف شيهان) في كتابه مرض القلق بتقسيم القلق إلى المراحل الآتية: كما ذكرها (غانم، د.ت، ص. ٧٦-٨٦).

أولاً: مرحلة التّوبات Spells حيث يبدأ القلق غالباً عن طريق نوبات قصيرة من الأعراض التي تحدث فجأة ومن تلقاء ذاتها، ودون أي إنذار. ثانياً: مرحلة الهلع Panic وتختلف مدة التّوبة من شخص إلى آخر، إذ قد تصل إلى أربعة نوبات في الأسبوع، أو تقل، وتبدأ موجة الهلع عاتية، شديدة، لدرجة أن الأشخاص الذين يمرون بها تظل عالقة في أذهانهم حتى وان كانت هناك فترة زمنية بعيدة.

ثالثاً: توهم المرض: وهنا تسيطر على الشّخص فكرة أنه مريض وأنه يعاني من أمراض معينة، ويهيء نفسه للذهاب إلى الطبيب بشكل مستمر. رابعاً: المخاوف المرضية المحدودة Limited Phobias إن المصابون بالقلق -في الغالب- قد يصابون بنوبات متكررة من المخاوف، وتكون هذه المخاوف غير متوقعة، ومع كثرة الأشياء التي أصبح يخاف منها ويتجنبها ويخشأها تشتت قدرته الدّائنية، ويشعر أنه عاجز.

خامساً: المراحل المرضية الاجتماعية Social Phobias حيث أن كثرة المخاوف وعنفوان الأفكار التي تراوده وهي في الغالب أفكار متشائمة بها تصور واقعي من وجهة نظر المريض أنها مدمرة للذات وللآخرين وللعالم. سادساً: التّجنب الشّامل بسبب المخاوف المرضية (خاصة الخوف من الأماكن العامة). سابعاً: الإكتئاب Depression نتيجة لكثرة الأشياء التي يخشأها ويخاف منها الشّخص، ونتيجة لشلله الاجتماعي، وانقطاع الحوار والاتصال بينه وبين الآخرين تتناوبه موجة من الإكتئاب.

أسباب القلق:

يرجع القلق لأسباب عديدة بعضها نفسي شخصي أي التركيبية النفسية الخاصة بالفرد، وبعضها بيئي وهي الطّروف المحيطة بالفرد أثناء التّنشئة والتّربية. وقد القلق من بعض الأمراض التي تصيب الإنسان وقد تكون هذه الأمراض عضوية أو عقلية أو نفسية. وأحياناً يحدث القلق نتيجة لتغيرات بيوكيميائية في الدّماغ. وفي بعض الأحيان تكون الوراثة عاملاً أساسياً في حدوث القلق. وعندما يقلل الفرد من شأن قدراته في مواجهة الحياة بصفة عامة فإنه يشعر بالقلق كلما مر بموقف بيئي يعجز عن مواجهته. (إبراهيم، ٢٠١٠، ص. ١٦٦).

الاستعداد النفسي العام: وفق ما أورده زهران (١٩٩٧) تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشّعور بالتهديد الدّخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الطّروف البيئية بالنّسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتّوتر النفسي الشّديد، والشّعور بالذّنب والخوف من العقاب وتوقعه، وتعود الكبت بدلاً من التّقدير الواعي لظروف الحياة، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة

التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الدّاخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة. (تونسي، ٢٠٠٢، ص. ٣٧-٣٨).

أعراض القلق:

عندما يصبح القلق حالة مرضية، وتسيطر على المريض مشاعر التّهديد والخطر، وتسوده الأفكار التّشاؤمية فيستجيب الجسم لهذه المشاعر، فتبدأ مجموعة كبيرة من الأعراض في الظهور على الشّخص. (إبراهيم، ٢٠١٠، ص. ١٥١). وتتنوع هذه الأعراض ما بين:

أولاً- الأعراض النفسيّة كما أوردها عثمان (٢٠٠٨) وتتمثل في نوبة من الهلع التّفانّي، الاكتئاب وضعف الأعصاب، الانفعال الزائد، عدم القدرة على الإدراك والتّمييز، نسيان الأشياء، اختلاط التّفكير، وزيادة الميل إلى العدوان. (مصطفى حماد، ٢٠١٢، ص. ٤٣).

ثانياً- الأعراض الجسدية: الأعراض النّمطية هي الرّعاش، والتّوتر، والتّعرق، وخفقان القلب بسرعة وألم الصّدر والدّوار، وضيق التّنفس. لكن قد تظهر أعراض أخرى، ولا تكون موجودة بالضرورة جميعها في آن واحد. فقد لا تعاني سوى من واحد أو اثنين من الأعراض. في الوقت ذاته، تشعر غالباً برغبة شديدة في الهرب أو في تفادي الوضع الذي يسبب القلق. وفي حالة القلق الشّديد قد تشعر أيضاً بخوف شديد من الإصابة بالجنون أو الموت. وتظهر الأعراض بدرجات متفاوتة. (مصلحة الصحة النفسية- منطقة العاصمة بالدنمارك، ٢٠١٤، ص. ٤).

علاج القلق: يمكن علاج القلق بعدد من الوسائل من أهمها:

أولاً- العلاج الطّبي بالأدوية: كما تؤثر أدوية تخفيف حدة القلق في الخلايا العصبية في الدّماغ، مما يسبب انخفاضاً في الشّعور بالقلق أو الجزع ويمكن أن تخفف الأدوية من حدة أعراض القلق الجسدية والنفسية، ولها أيضاً تأثير مهدئ عام. (مصلحة الصحة النفسية- منطقة العاصمة بالدنمارك، ٢٠١٤، ص. ٧).

تعتبر مضادات السيروتونين الحديثة العلاج الأساسي للقلق وهي تعطى بجرعات خفيفة أولاً ثم ترفع الجرعة وفقاً للطبيب المعالج. (أبو الحباب، ٢٠١٠، ص. ١٥).

ثانياً- العلاج الكهربائي: قد يلجأ بعض الأطباء إلى استخدام التّنبية الكهربائي في حالات قليلة من حالات الهلع الشّديد وحين تصل الحالة إلى "التبليد التّام في الإحساس" أو "جمود الحركة". ويتم هذا التّنبية لفترة محدودة حتى يتنبه المريض ويعود لحركته العادية، ثم بعد ذلك يتلقى العلاج النفسي الملائم لحالته. وقلما يتم استخدام الكهرباء في علاج القلق لأن التأثير الذي تحدثه الصّدمات الكهربائية يكون في معظم الأحيان ذو آثار سلبية غير مرغوبة. (إبراهيم، ٢٠١٠، ص. ١٨١).

ثالثاً- العلاج السلوكي ويضم:

١- أسلوب التّمدجة: ملاحظة المميزين في العلاقات الاجتماعية ومحاولة تقليدهم.
٢- الكف بالنقيض: التعرض تدريجياً لما يثير الخوف وفي الوقت نفسه تقدم استجابة محببة للنفس.

٣- التّحصين التّدرجي التّخيلي: عن طريق وضع مدرج للمنبهات المهددة وبعد التّدريب على الاسترخاء يقوم المريض بتخيل أنه يمر بخبرة أولية كبيرة التّهديد لكن غير ضارة حتى يعتاد عليها ثم يستمر للذي يليه ويستمر هذا التّدريب حتى يصل إلى أكثر المواقع تهديداً له حيث يتم هذا في عدة جلسات. (أبو الحبايب، ٢٠١٠، ص. ١٥-١٦).

رابعاً- العلاج المعرفي ويضم:

- ١- زيادة الثراء اللغوي والثّقافي.
- ٢- تعلم السلوكيات المتعلقة بالمواقف الاجتماعية المختلفة التي يهابها.
- ٣- التحرر من الخبرات الاجتماعية المؤلمة المتعلقة بالماضي.
- ٤- إثارة أهداف واقعية والبعد عن أحلام اليقظة.
- ٥- الحذر من الإيحاءات السّلبية (إن طاقتي محدودة - صعب علي تغيير الواقع). (أبو الحبايب، ٢٠١٠، ص. ١٥).

خامساً- العلاج النّفسي Psycho Therapy

أ - التّحليل النّفسي Psychoanalysis وفيه يتم الكشف عن الصّراعات المكبوتة من خلال سلسلة من الجّلسات التي يبوح فيها الشّخص عن مشكلاته وأحلامه وما يراه من كوابيس أو أحلام مزعجة، وبخاصة تلك الأحلام المتواترة ويجتهد المعالج في إيجاد علاقة ودية بينه وبين الشّخص المصاب، ويشجعه على التّعبير عما بنفسه سواءً بالكلام أو الرسم أو الحوار الذي يتم بينهما. ويقوم المعالج النّفسي بتفسير مكنون اللاشعور والتّوصل إلى جذور المواقف والملابسات التي أدت إلى التّوتر أو الرّعب والهلع الذي يعاني منها المصاب. ثم يقوم بتوضيح ذلك باستخدام أساليب التّوجيه أو الإيحاء غير المباشر. (إبراهيم، ٢٠١٠، ص. ١٨٤).

سادساً- العلاج المعرفي السلوكي: حيث يشير مدحت عبد الحميد أبو زيد (٢٠٠٢) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioural Therapy يمثل نوعاً من التّكامل بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، ولذلك سمي بهذا الاسم. ويمكن استخدامه منفرداً أو ممزوجاً مع علاجات أخرى، ويمكن - أيضاً - إجراؤه فردياً وجماعياً. وقد أثبتت الدّراسات فاعليته في علاج عديد من الاضطرابات منها: الهوس والفصام والاكتئاب وفقدان الشهية العصبي والوسواس القهري، والرهاب والقلق. (عبد الرحيم، ٢٠٠٧، ص. ١٢-١٣).

أسوأ الأساليب للتعامل مع القلق:

- ١- التماس الطمأنة من الآخرين.
- ٢- محاولة وقف تدفق الأفكار.
- ٣- جمع المعلومات.
- ٤- التّحقق من الأمر؛ مراراً وتكراراً.
- ٥- تجنب المشقة.
- ٦- تخدير الأحاسيس عن طريق تعاطي المسكرات أو المخدرات، أو الإفراط في الأكل.
- ٧- الإفراط في الإعداد.
- ٨- ممارسة سلوكيات الأمان.
- ٩- المحاولة الدائمة لترك انطباع رائع.
- ١٠- إطالة التأمّل والتّفكر في الأمور مراراً وتكراراً.
- ١١- التماس اليقين.
- ١٢ رفض تقبل حقيقة أنه من الطبيعي أن تراودك أفكار "جنونية". (إل. ليهي، ٢٠١٠، ص. ٤٤).

الخاتمة: وبناءً على ما سبق نجد أن حالة القلق تزداد لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بسبب عدم قدرتهم على تلبية احتياجاتهم في غالب الأحيان، وتشكل الأفكار السلبية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، وقد تزداد حالة القلق نتيجة عدم توفر الدعم الاجتماعي لهؤلاء الأشخاص، وقد عالجت هذه المقالة بعض الأساليب لعلاج مشكلة القلق لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية.

كيفية تعزيز تقدير الذات لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية

المقدمة: الإعاقة بكافة أشكالها ظاهرة ليست بالحديثة فالإعاقة على اختلاف أشكالها كانت موجودة منذ بداية الخليقة ولم تعد شيئاً خاصاً أو إشكالية كبيرة في المجتمع ولكن الذي يعتبر شيئاً خاصاً هو الاهتمام بالمعاقين على اختلاف فئاتهم في المجتمع وما سنتحدث عنه هو موضوع كيف نعزز تقدير الذات لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية وما أهم الأمور التي يمكن أن نتبعها مع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية لتعزيز تقدير الذات لديهم.

التعريفات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة البصرية:

أولاً: التعريف القانوني والطبي:

يعرض البعض للتعريفات القانونية والطبية لكف البصر كل على حدة، ولما كانت عملية الحصول على التسهيلات والحقوق والخدمات المدنية التي يكفلها القانون للأفراد المكفوفين ترتبط بالمحددات الطبية للقدرة على الإبصار، فإننا نعرض التعريفات الطبية لكف البصر واعتبارها هي ذاتها التعريفات القانونية حيث يرتبط كل منها بالآخر. (شعير، ٢٠٠٩، ص ٤٩).

ثانياً: التعريف التربوي:

إذا كانت التعريفات الطبية والقانونية لكف البصر تركز على متغيرات محددة مثل حدة الإبصار أو درجة الإبصار ومجال الرؤية ودور مصححات الرؤية من عدسات ونظارات وعمليات جراحية، فإن التعريفات التربوية تركز على وظيفية ما يمتلكه الفرد من قدرات بصرية في الاستفادة مما يقدم من برامج تربوية ومدى قدرة الفرد على الاستفادة مما يقدم من تلك البرامج وحاجته إلى تعديلات في البيئة المدرسية، وطبيعة المادة المكتوبة من حيث مدى قدرته على قراءتها سواء كانت مكتوبة بالأحرف العادية أو بطريقة برايل البارزة. (شعير، ٢٠٠٩، ص ٥١).

تعريف تقدير الذات:

هو تقييم المرء الكلي لذاته إما بطريقة إيجابية وإما بطريقة سلبية إنه يشير إلى مدى إيمان المرء بنفسه وبأهليتها وقدرتها واستحقاقها للحياة وببساطة، تقدير الذات هو بالأساس شعور المرء بكفاءة ذاته وبقيمتها. (ريزنر، مالهى، ٢٠٠٥، ص ٢).

تأثير تدني تقدير الذات:

كثرة النقد الذاتي: قد تنتقد نفسك وتصرفاتك، وقدراتك وتقلل من قدر نفسك باستمرار وتشكك فيها، أو تلوم نفسك عندما تسوء الأمور أنا لا قيمة لي، هذا خطأي، وأنا فاشل، وأنا لست جيد بما فيه الكفاية كل هذا لأنني لست مبصر، إعاقتي سبب فشلي في الحياة.

تجاهل الصفات الإيجابية: عندما يمتدحك شخص، تتجاهل مثل هذه التعليقات وتركز على ما لم تفعله والأخطاء التي ارتكبتها أو أن تقول بأن «كل ذلك كان حظاً» أو لم يكن بالشيء الكبير.

العواطف السلبية: مع تدني تقدير الذات قد تشعر في كثير من الأحيان بالحزن والقلق، الشعور بالذنب الخجل، الإحباط، والغضب التأثير على العمل الدراسة مع تدني تقدير الذات قد تدفع نفسك إلى بذل المزيد من الجهد لأنك تعتقد أنك بحاجة إلى التعويض، أو التستر على افتقارك للمهارة.

مشاكل في العلاقات الشخصية: قد تتراجع إلى الوراء لإرضاء الآخرين، وتكون خجولا للغاية أو تتجنب التواصل الاجتماعي. لأنها قد تعرضك للمعاملة القاسية، الانتقاد، ويمكن أن تكون عدوانيا في تفاعلاتك مع الآخرين. (مركز الأحفاد للإرشاد وعلاج الصدمة النفسية، د.ت، ص.٥).

كيف يحدث تدني تقدير الذات:

أفكارنا والأحكام التي نتخذها، والقيمة التي نضعها لأنفسنا هي آراء وليست حقائق، ومع ذلك فإننا غالبا ما نأخذ هذه الآراء كالحقائق، ونؤمن بها بقوة هنا تكمن المشكلة. يأتي تدني تقدير الذات من:

• التجارب المبكرة في الحياة: أفكارك عن نفسك هي نتيجة التجارب والاستنتاجات التي وصلت إليها بناءً على ما حدث في حياتك من تجارب الحياة الحالية والسابقة. وخاصة التجارب المبكرة. وهذا يعني أن تجاربك في طفولتك، والتدشئة الأسرية والمجتمع الذي عشت فيه، وعلاقاتك مع أقرانك أثرت على أفكارك حول كل الأشياء مثل التمر، انفصال الأبوين أو الطلاق حدوث الإعاقة الإهمال وإساءة المعاملة، الصراع أو العنف الأسري، الإذلال، الإعاقة الأمراض أو أي صدمة أخرى.

• عندما تصاب بخيبة الأمل: متمثلة في الرفض عدم تحقيق شيء كنت تريد تحقيقه، الوقوع في الأخطاء.

• بعض أنواع التغيير: الانتقال إلى مدرسة أو كلية جديدة، منزل جديد، بلد جديد، نشاط أو اهتمام جديد. (مركز الأحفاد للإرشاد وعلاج الصدمة النفسية، د.ت، ص.٦).

كيف نساعد الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية على تعزيز تقديرهم لذاتهم:

كيفية التغلب على تدني تقدير الذات؟

التغلب على تدني تقدير الذات ينطوي على معالجة العوامل في الحاضر الذي تعيشه الآن.

أولاً: تقبل نفسك: التقييم الذاتي المتوازن يتطلب التعرف على الصفات الإيجابية لديك والذي قد يكون صعباً بعض الشيء لأنك لم تنتبه إليها أو كنت تشعر بعدم الارتياح في الاعتراف بها.

ثانياً: حاول أن تتجنب بعض الأخطاء في طريقة تفكيرك: مثل:

- تضخيم السلبيات.

- التعميم (أن تفعل خطأ وتعتبر نفسك فاشلاً).

- تجاهل الجوانب الإيجابية في نفسك أو في الحدث المعين.

- النظر إلى الحدث بمنظور واحد، وعدم ملاحظة الجوانب الأخرى (إما ممتاز أو سيء، علماً بأنه من الممكن أن يكون جيد).

- الإدعاء بأنك تعلم ما يفكر فيه الآخرون من غير أن تتأكد من صحة ذلك.

ثالثاً تطوير الأفكار المتوازنة الواقعية: لتغيير أفكارك السلبية تحتاج إلى:

١. تصرف بطريقة تؤكد وتدعم هذه الفكرة الجديدة.

٢. تحديد ما هي الأدلة التي تحتاج إلى البحث عنها في المستقبل لدعم هذه الفكرة الجديدة.

٣. تحديد الأدلة من الماضي والحاضر التي تدعم هذه الفكرة الجديدة.

٤. وضع فكرة أساسية جديدة متوازنة.

٥- تطوير فهم جديد للأدلة التي كنت تستند عليها في الأفكار القديمة. (مركز الأحفاد للإرشاد وعلاج الصدمة النفسية، د.ت، ص.١٢-١٤).

رابعاً: استخدم التأمل لتصفية ذهنك مرة واحدة يومياً على الأقل: اجلس أو ارقد في وضع مريح. تخلص من التوتر الموجود برأسك ووجهك عن طريق الضغط على عضلات الرأس والوجه بإحكام ثم تحريرها عدة مرات، أغلق عينيك وركز وعيك بالكامل على تنفسك. تخيل أنفاسك وهي تدخل إلى جسمك ثم تخرج منه. استمر في عمل هذا لمدة دقيقة أو ما يقارب. وبينما لا تزال تتنفس أنفاسك، ركز انتباهك إما على قلبك وإما على نقطة معينة داخل رأسك تقع على خط مباشر للنقطة التي تقع بين عينيك (حيث يتحكم عقلك في استجابة "اضرب أو اهرب"). وبانسجام مع تنفسك، ابدأ في ترديد "المانترا" المفضلة لديك في عقلك، والمانترا هي أو عبارة قصيرة تختارها (مثل: "أنا هادئ" أو "أنا أعيش في سلام"). استمر في ترديد المانترا لأطول فترة ممكنة. وعندما تدخل إحدى الأفكار إلى رأسك، ببساطة أعد تركيز انتباهك على نقطة التأمل التي اخترتها واستمر في ترديد المانترا بانسجام مع تنفسك.

خامساً: اهدف إلى نوم جيد وليس فقط إلى الثماني ساعات المعتادة: استحضر في ذهنك أفكاراً سلمية من الممكن أيضاً أن تستخدم سدادات للأذن لكي تمنع أي ضوضاء من التشويش عليك أثناء نومك.

سادساً: قدم لنفسك المزيد من المتعة والمرح: إن المرح يساعد على الشفاء ويزيد من قدرة الجسم على مقاومة الأمراض. السبب في هذا أن الضحك يعكس تأثير الضغط البدني، كما أن الإندورفين الذي ينتج عنه يؤدي إلى تحسين نظام المناعة في الجسم.

سابعاً: تحرر من المشاعر المكبوتة: إن التخلص من المشاعر القوية قد لا يكون ممكناً في وقت ظهورها، ولكنك تستطيع التخلص منها في وقت لاحق. بمجرد أن تتمكن من ذلك، ابحث لنفسك عن مكان خاص تستطيع فيه أن تضحك أو تبكي أو تصرخ أو تضرب الوسادة. وكبديل لذلك، يمكن أن تجد أن لعب رياضة أو ممارسة هواية معينة يمكن أن يؤدي إلى تصريف تلك الإحباطات التي لا تستطيع التعبير عنها. أحرص على ألا تتبالغ في التحرر من هذه المشاعر. فإذا وجدت نفسك تزداد غضباً أو حزناً، فتوقف فوراً، وبدلاً من أن تحاول التخلص من هذه المشاعر وحدك، ابحث عن صديق تثق به أو استشاري متخصص يمكنك التحدث معه حول المشكلة. ربما تحتاج إلى التحرر من مشاعرك تدريجياً وعلى مدار فترة أطول من الزمن.

ثامناً: لا تجلس ساكناً لأكثر من ساعة: إن جسدك غير مصمم للجلوس لفترات طويلة في المقعد. وسوف يخبرك جسدك بهذه الحقيقة في صورة آلام في الظهر والرقبة وصداع.

تاسعا: ترفق بنفسك في أوقات التغيير: بعض النشاطات والمهام تستهلك قدراً هائلاً من طاقتك. في الأوقات التي تحتاج فيها إلى ممارسة مثل هذه النشاطات، عليك أن تعطي لنفسك قدراً كافياً من الراحة تعيد فيه شحن طاقتك استعداداً لما تنوي القيام به.

عاشرا: ابحث عن أساليب الاسترخاء السريعة المناسبة لك. (ليند نفيلد، ٢٠٠٦، ص.٦-٣٠).

الخاتمة: في هذا العالم المتسارع الذي نعيشه بكل ما فيه من ضغوط ومصاعب نجد أنفسنا كأشخاص عاديين غير قادرين على مجاراة هذه الأحداث في بعض الأحيان ونحتاج إلى بعض من الإرشادات والنصائح لنعين بها أنفسنا على تخطي هذه المصاعب الحياتية فما بالنا بالأشخاص ذوي الإعاقة ونخص المعاقين بصريا وكيف يمكن أن تكون إعاقتهم والظروف الصعبة في الحياة عاملا مسببا لعدم تقير ذاتهم وهذا ما قدمناه في المقال.

الخجل لدى الأطفال ذوي الإعاقة

المقدمة: يعد خجل الطّفّل المعاق مصدر قلق لكثير من الآباء والأمهات وقد يكون لهم الحق في ذلك، فالخجل مشكلة لها آثار سلبية في شخصية الطّفّل المعوق، إذ تعيق وتشل حركة الطّفّل فيضعف ما ينتجه ولا يقوى على مواجهة الحياة ولا يجرؤ على مخاطبة الناس ومعاشرتهم وإقامة علاقات صداقة معهم، وإفادتهم والاستفادة منهم، ويخيل للشخص المعاق الخجول أن كل الناس يراقبونه ويتقربونه ويصفون إلى كلامه لينتقدوه وليجدوا فيه مأخذ يسخرون منه ولهذا نجده يتهرب وينعزل ويحاول الابتعاد عن مخالطة أقرانه وجيرانه وحتى في بعض الأحيان أسرته.

تعود دوافع الخجل والتردد إلى عوامل نفسية خفية المصدر تطفح إلى السطح نتيجة التّصورات اللاشعورية الجادة والأوهام المنطلقة المبعثرة المدفوعة من خزينة اللاشعور والمتولدة من ترسبات الماضي البعيد بشتى أشكاله وصوره الخادعة وقد تكون هذه الدوافع بدرجات متفاوتة منها جادة ومنها خفية وصلت بعد تأزم إلى حالة هي أشبه بالحالات المرضية المخففة وهناك دوافع وهمية غريبة تمركزت في نفوس عدد كبير من ضعاف العقول نتيجة للتربية الطفولية الخاطئة ونتيجة لبعض حالات القلق التي يصورها التشاؤم بإيعاز من اللاشعور أيضاً. (شهاب، ٢٠١١، ص.٣).

وتعتبر مشكلة الخجل أكثر انتشاراً في أوساط الأطفال ذوي الإعاقة فقد أثبتت دراسة أم الجيلالي (٢٠١٩) أن الخجل من أهم الاضطرابات السلوكية انتشاراً بين الأطفال ذوي صعوبات التّعلم. وفي السياق نفسه كان لا بد من تعريف الإعاقة بأنها حالة تشير إلى عد قدرة الفرد المصاب بعجز ما على تحقيق تفاعل مثمر مع البيئة الاجتماعية أو الطّبيعة المحيطة أسوءً بأفراد المجتمع الآخرين المتكافئين في العمر والجنس. (شريف، ٢٠١٤، ص.٢٧).

تعريف الطّفّل المعاق: هو الشّخص الذي ليه قصور في نوع أو مقدار التّشاط الذي يؤديه بسبب صعوبات مستمرة تعزى إلى حالة بدنية أو حالة عقلية أو مشكلة صحية طال أمدها ستة أشهر فأكثر، وتحّد من قدرة الفرد على ممارسة أنشطة الحياة اليومية، ولا تعتبر حالات العجز قصير المدى أقل من ستة أشهر) الناتجة عن حالة طارئة ككسر الساقين أو اليدين أو مرض على أنها إعاقة. (ورشة العمل الإقليمي حول التعدادات السكانية، ٢٠٠٧، ص.٣).

تعريف الخجل:

الخجل: يعنى ميلاً إلى الانسحاب من أمام الآخرين، خاصة هؤلاء الذين لا يعرفهم، وهو سمة شخصية، وهذا يعنى أن كلاً منا لديه درجة معينة من الخجل - البعض لديه قدر كبير من الخجل، والبعض لديه قدر قليل، والغالبية لديهم قدر متوسط بين الاثنين، ويمكنك أن تفكر فيها مثلما تفكر في الطول، فالطول سمة جسدية، البعض يتميز بالطول، والبعض بالقصر، إلا أن الغالبية العظمى تتميز بطول متوسط بين الاثنين. (بي شتاين، أرووكر، ٢٠٢٢، ص.٤).

الخجل: حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالتوتر والقلق والارتباك اثناء تفاعله الاجتماعي ويتسم بالانسحاب من الاتصالات الاجتماعية مع الآخرين وتنتابه مشاعر النقص وضعف الثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية غير المألوفة لديه. (الطائي، ٢٠٠٥، ص٣١٩).

الشخص الخجول: هو من تكون حياته السلوكية مضطربة بتواصل ونشوء سيرته فيفقد الثقة بنفسه ويصبح مشلول الإرادة والتفكير، لذا وجب عليه أن يتجنب ما استطاع الانفعالات النفسية لأن الخجل ما هو إلا ثمرة من ثمار الخوف والقلق والضعف. (محمد الجوخ، ٢٠٠٢، ص.١٢).

النظريات المفسرة للخجل:

اهتم العديد من الباحثين والعلماء بدراسة الخجل، ولمزيد من الوضوح حول متغير هذه الدراسة سيتم عرض بعض النظريات التي صيغت على فترات زمنية متقاربة، وتحديد خلال فترات السبعينات الميلادية والتي شهدت دراسات مكثفة عن الخجل ومن بين هذه الاتجاهات نذكر منها:

أولاً: الاتجاه التحليلي: يفسر الاتجاه التحليلي الخجل في ضوء انشغال الأنا بذاته ليأخذ شكل النرجسية فضلاً عن أن الشخص الخجول من وجهة النظر هذا يتميز بالعدوانية والعدائية.

ثانياً: الاتجاه الأسري: ويرجع البعض الخجل إلى عامل الأسرة وفيها يمارس الوالدين أساليب المعاملة كالحماية الزائدة التي قد ينتج عنها اعتماد الطفل الكامل على الوالدي، إما جهل الوالدين في أحيان كثيرة وشعورهم بالذنب ميلهما للأطفال، فضلاً عن الفقد المستمر الموجه للطفل قد يؤدي إلى نشأة أسلوب التردد وتنمية المخاوف لديه.

ثالثاً: الاتجاه الوراثي: ويعود الخجل إلى شق وراثي تكويني، فيميل بعض الأطفال إلى التعرض للضوضاء والرغبة في الانطلاق، في حين يميل بعضهم الآخر إلى السكون والانفراد وقد يستمر هذا النمط ملازماً للطفل طول حياته. (لغريبي، ٢٠٢٠، ص. ١٥).

أسباب الخجل: وترجع الإصابة بالخجل غالباً إلى أحد سببين:

١- العامل الجسمي: وفي هذه الحالة يكون الإنسان مصاباً بعاهة أو يعاني من سمنة مفرطة أو هزال شديد، وبالتالي يكون عرضةً لمركب النقص الذي يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس.

٢ - العامل النفسي: وفي هذه الحالة تلعب ظروف التربية والنشأة دوراً هاماً وخطيراً، فتخضع نفس الإنسان لنزعات متعارضة ومتصارعة، وتجعله في حالة اضطراب جيش يموه عليه الحقائق ويجعله قليل الانتباه، وقد تدفعه بعض الأحوال إلى استجداء استحسان الناس له ولأفعاله وآرائه، فلا يرضيه بدلاً عن سماع عبارات الثناء والإطراء تلاحقه من كل جانب وفي كل مناسبة، وينفى هذا الحرص الشديد في أعماقه شعوراً بالحذر والخوف والترقب، ينتهي إلى تمخض نفسه عن خجل يزحف في غفلة ثم يشتد ويقوي حتى يصبح وحشاً مفترساً. (خليفة، ٢٠٠١، ص. ٤).

أعراض الخجل:

وتختلف أعراض الخجل من شخص إلى آخر وفقاً لاختلاف الظروف أو الأسباب التي أدت إليه، وكذلك وفقاً لطبيعة تكوين المصاب وفطرته الأساسية. (خليفة، ٢٠٠١، ص. ٥-٧).

أولاً: العزلة والبعد عن الناس: وغالباً ما يؤدي الخجل في جميع أحواله إلى رغبة المصاب في العزلة والبعد عن الناس اعتقاداً منه أن الناس كل الناس يراقبونه ليجدوا فيه ما يجعلهم يسخرون منه أو يتهكمون عليه.

ثانياً: الغيرة والحسد: وقد يخالط هذا الشعور بالخجل عناصر الحسد والغيرة والبغض والحقْد على الآخرين.

ثالثاً: استجداء استحسان الآخرين: وقد يتمخض ذلك الشعور عن شغف بالغ بآراء الآخرين يجعله يستجدي استحسانهم له ولأقواله وتصرفاته، حتى يصبح مرباً على عبارات الإطراء والثناء منهم كل همه في الحياة. وفي جميع الحالات يكون المصاب في حالة حصار دائم داخل نفسه متوقعاً عليها، ينتقم لنفسه من نفسه، فيقسو على ذاته أشد القسوة بتضخيم عيوبه وتهويلها، والاستهانة بقدراته ومواهبه.

رابعاً: متاعب الدمامة: فالدميم - على سبيل المثال - يعاني شعوراً بالاضطهاد، فهو دائم التفكير بدمامته، ينظر إلى الوجوه متأملاً ليرى ما انطبع في أساريرها من تقزز أو نفور، ويفكر متأملاً: يا ليتني لم أكن دميماً، يا ليتني كنت جميلاً، ويخلو الوجود من كل شيء في تقديره إلا عنصري الدمامة والجمال.

خامساً: الحساسية المفرطة والذكاء المبكر: ومن المفارقات الغربية أن الشخص صاحب الحساسية المفرطة غالباً ما يكون شخصاً ملتهب الذهن متوقد الذكاء، مبكراً في إظهار تفوقه وذكائه وملكاته ومواهبه، ولكنه التفوق الناقص الذي يصل صاحبه إلى أسمى ذروة ثم لا يلبث أن يتقلص طموحه ويتقهقر إلى الخلف بمجرد أن ينتبه إلى ما فيه من نقص، متخلياً عن موقع الذروة، إلى حيث الانزواء والانطواء والتقوقع والبعد عن نظرات الناس بعد أن كان محط أنظارهم.

آثار وعواقب الخجل على الطفل ذو الإعاقة:

يرى الطيب (١٩٩٦) أن الخجل يؤدي إلى آثار مدمرة للفرد على المدى القصير أو البعيد على السواء، فقد يؤدي الخجل الشديد إلى انخفاض التحصيل الدراسي وقد يؤدي إلى انخراط الفرد في مجموعة من السلوكيات السيكوباتية المضادة للمجتمع، وقد يؤدي إلى تعاطي المخدرات و الكحوليات تعويضاً عن نقص فاعليته الاجتماعية، وبحثاً عن الصحبة والإجبارية التي لا يستطيع أن يكونها على نحو سوي، ومن المتوقع أن الخجل مهما يتميز به من نقص في المهارات الاجتماعية، قد يكون أحد الأسباب النفسية الرئيسية التي تكون وراء عمليات الإرهاب الدموي والعنف.

ويرى الزعبي (٢٠٠٥) أن الخجل يؤدي إلى ضعف القدرة لدى الطفل على الاندماج في الحياة مع زملائه، وإلى نقص في المهارات الاجتماعية خارج الأسرة، ويضعف من قدرته على التعلم من تجارب الحياة، كما يجعل سلوكه يتصف بالجمود والخمول داخل المدرسة، ويبتعد عن كل طفل أو شخص يوجه له اللوم أو النقد، مما يجعله محدود الخبرة، ضعيف التعلم بالمدرسة، ويتجنب الاتصال بالآخرين ولا يرتبط بصداقات لفترات طويلة الأمد، مما يجعله عالية على نفسه، وأسرته، ومجتمعه. (شعبان، ٢٠١٠، ص.٢٥).

علاج الخجل: يوجد عدد من الأساليب لمعالجة مشكلة الخجل لدى الأطفال ذوي الإعاقة كما ذكر (بن سالم العلوية، ٢٠١٧، ص.١٧-١٨).

أولاً: استخدام أسلوب إزالة الحساسية التدريجي Systematic Desensitization

يرى (سليم، ٢٠١١). أن باستطاعة الأطفال أن يتعلموا أن المواقف الاجتماعية لا يلزم بالضرورة أن تكون مخيفة، وأن عليهم الاشتراك في المواقف الاجتماعية، فبذلك يصبحون أكثر اجتماعياً تدريجياً، ولهم أن يتخللوا كيف يقومون بسلوك اجتماعي كانوا يخافونه في السابق ثم دمجهم في مواقف حقيقية، وبالتالي سيقبل خجلهم.

ثانياً: العلاج بالإغراق أو الإفاضة Implosive and Flooding Therapy

في هذه الطريقة يتم الاستغناء عن الاسترخاء العضلي، حيث يطلب من الطفل أن يتصور نفسه يتحدث وجهاً لوجه مع معلمه (على سبيل المثال)، ثم يتكرر التخيل المبالغ فيه فترات طويلة حتى يتكيف الطالب مع هذا الموقف ولا يعود يتحدث مع المعلم وجهاً لوجه مثيراً لخوف الطفل.

ثالثاً: العلاج بالتعريض أو المواجهة Exposure Treatment

لاحظ العديد من الباحثين أن التحسن في علاج مشكلة الخجل والخوف الاجتماعي يكون أفضل ما يكون عندما يتم بالواجهة الواقعية والتعرض المباشر، وأصبح شعار العلاج بالواجهة أو التعريض: التعرض الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر لموضوع الفلق أو الخوف. وقد كانت النتيجة أن المخاوف الشديدة التي كانت تستغرق شهوراً لمعالجتها والتخلص منها أصبحت تتم السيطرة عليها بوقت قليل وربما ساعات قليلة.

رابعاً: الإرشاد باللعب Play Counseling

يقوم على إعطاء الطالب فرصة ليسقط مشكلاته سواءً كانت شعورية أو لا شعورية، والتي لا يستطيع التعبير عنها عن طريق اللعب بأنواعه المتعددة، حيث يعد اللعب مخرجاً وعلاجاً لمواقف الإحباط اليومية ولحاجات جسمية ونفسية واجتماعية لا بد أن تشبع. ويمكن للمرشد دراسة سلوك الطفل عن طريق ملاحظته أثناء اللعب، ويترك له حرية اللعبة الملائمة لسنه، وبالطريقة التي يراها مناسبة، وقد يختار المرشد أدوات اللعب المناسبة لعمر الطالب ومشكلته، وقد يشاركه في اللعب تدريجياً ليقدم مساعدات أو تصورات لدوافعه، بل أن مشاركته تؤكد صلاحية ما يقوم به الطفل وما ينطوي عليه من معنى.

الخاتمة: عطفاً على ما سبق تعتبر ظاهرة الخجل على الأطفال ذوي الإعاقة من أشد المظاهر خطورة وذلك لم تحمله من نقمة الفرد على نفسه وعلى الآخرين بسبب إعاقته وعدم تقبل الكثير له من أفراد المجتمع من حوله وربما تنعكس هذه الأفكار على حالته النفسية فيتوجه بالعدوان نحو ذاته أو نحو الآخرين ومن الضروري تسليط الضوء على هذه القضية المهمة لدى الأطفال ذوي الإعاقة.

اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين كنتيجة للحدث الصادم الأسباب والعلاج والوقاية

المقدمة: يعد النوم حاجة ضرورية في حياة الإنسان كالطعام والماء والهواء فهو رحمة من عند الله كما في قوله تعالى: " وجعلنا الليل لباساً"، وإذا حدث اختلال على مستوى النوم تحدث عدة اضطرابات، وتعد اضطرابات النوم واحدة من بين أكثر الاضطرابات النفسية التي بدأت تنتشر في العصر الحالي كغيرها من الاضطرابات النفسية التي ازدادت انتشاراً وارتبط انتشارها بتعدد الحضارة، وكثرة الأعمال وأعباء الحياة وما ترتب علمياً من إجهاد وضغوط نفسية متعددة وتباين هذه الاضطرابات في مدى تأثيرها السلبي على الأفراد، ويمكن أن يكون ذلك أكثر سلبية على المراهق (الزهراء و نادية، ٢٠١٩، ص. ٤).

ومن أشد الأحداث الصادمة التي تعرض لها المراهقون في الزلزال الذي ضرب كل من تركيا وسوريا حيث يمكن أن تُعرف الحدث الصادم كما حدده يرزانو Ursano كما جاء في عبد الخالق (١٩٩٨) أن الأحداث الصادمة أحداث خطيرة، ومربكة ومفاجئة تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب والأحداث الصدمية، كذلك ذات شدة مرتفعة، وغير متوقعة وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة، أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلازل أو الأعاصير (عباس، ٢٠١٦، ص. ١١).

تعريف اضطرابات النوم:

اضطرابات النوم: تعد اضطرابات النوم مجموعة من مجتمع المتلازمات التي تتميز بخلل أو اضطراب في عدد ساعات النوم التي يحتاجها الشخص، أو نوعية النوم، أو خلل في الظروف الفسيولوجية المرتبطة بالنوم، أو الناتجة عن الضغوط الانفعالية، وهي حالة من عدم الانتظام التي ترافق النوم، من حيث مدته، ونوعه، أو من خلال ما يحدث من سلوك، أو نشاط، يتعارض مع حالة النوم، والتي تدل على عدم تحقق النوم بالشكل المطلوب. (الجوارنة وآخرون، ٢٠١٨، ص. ٢٠٤).

وتُعرف كذلك على أنها خلل في أنواع النوم ومراحله، وبعضها يعد خطيراً بشكلٍ كافٍ، للتداخل مع الوظائف الجسمية والدّهنية والانفعالية الطبيعية. (محمد أنور، ٢٠١٩، ص. ٥٣٢).

وهي حالة عدم الانتظام التي ترافق النوم من حيث مدته ووقته ونوعه، أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم والتي تدل على عدم تحقق النوم بالشكل المطلوب. (كاظم، ٢٠١٤، ص. ٢٧٦).

أسباب اضطرابات النوم:

ترجع اضطرابات النوم لأسباب متعددة منها ما هو وراثي أو جسمي أو نفسي أو اجتماعي أو بيئي وفيما يلي شرح لهذه الأسباب:

أولاً: الأسباب الوراثية: كما أشار محمد مرسى (١٩٩٤) بأن العلماء يستدلون على أثر الوراثة في اضطرابات النوم من الدراسات على أسر الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات، هذا وقد أشارت بعض الدراسات كما جاء في عبد المعطي (٢٠٠٣) إلى أن نصف الأطفال الذين يمشون أثناء النوم يكونون من أسر يعاني فيها فرد أو أكثر من هذا الاضطراب، كما وجد في دراسات أخرى تشابهاً عند ٤٠% من التوائم المتماثلة، و ١٠% من التوائم غير المتماثلة في اضطرابات النوم، وهذا ما يؤكد أن للوراثة دوراً في هذه الاضطرابات. (فضل الله المسماري، ٢٠١٢، ص. ٢٧).

ثانياً: الأسباب الجسمية: كما جاءت في خليفة (٢٠٠٧) كأعراض الجهاز العصبي المزمنة مثل مرض باركينسون أو الشلل أو الرعاش. وأورام المخ التي تؤدي الى فرط النوم. والأمراض الجسمية الشديدة والمزمنة كأعراض القلب والجهاز التنفسي والبولي. الأمراض النفسية والذهنية كالإكتئاب الذهاني الذي يؤدي إلى اضطراب النوم. (أمال، ٢٠١٤، ص. ٣٩).

ثالثاً: الأسباب البيئية: حيث أشار مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) أنها هذه الأسباب تنشأ نتيجة لظروف بيئة ومن بينها: الضوضاء الخارجية الأحداث الاجتماعية، السفر، تغيير مكان النوم، جو غرفة النوم، الإضاءة القوية. (عاشوري، ٢٠٢٠، ص. ٢٨).

رابعاً: الأسباب النفسية: تخويف المراهق كي ينام، قص القصص المخيفة عليه، عدم تعود المراهق على النوم مبكراً. (الزهراء ونادية، ٢٠١٩، ص. ١٢).

علاج اضطرابات النوم:

لاضطرابات النوم آثار سلبية على الفرد من الناحية الذهنية والنفسية والجسمية، وهذا بدوره يؤدي إلى قصور في الناحية التعليمية، وهذا ما دعا الكثيرين إلى محاولة علاجها، ومن الأساليب العلاجية لاضطرابات النوم العلاج النفسي العلاج الطبي العلاج السلوكي، العلاج المعرفي.

أولاً: العلاج النفسي: تنجم بعض اضطرابات النوم كالكوابيس والأحلام المفزعة، والتكلم أثناء النوم عن المشكلات النفسية والصراعات غير المحلولة والخبرات المحبطة خاصة لدى الأطفال كما أن فرط النوم قد يكون حلاً مرضياً هروبياً لصراعات نفسية أيضاً (كالغيبوبة الهيستيرية مثلاً) وفي مثل تلك الحالات ينبغي أن يخضع الفرد للعلاج

النَّفسي حيث يتم من خلال التَّفريغ الانفعالي والتَّداعي الحر التَّعرف على مثل هذه الصِّراعات ومحاولة تفسيرها للمريض ومن ثم زيادة استبصاره وهو ما يساعده على العودة إلى النَّوم الطَّبيعي.

ثانياً: العلاج الطَّبي: كما جاء في العيسوي (٢٠٠٨) أنه يعتمد على عقاقير التَّهدئة الخفيفة وهي نفس العقاقير التي تستخدم في علاج القلق ولكنها تستخدم أيضاً في علاج الأرق وهذه العقاقير تجعل الفرد أكثر استعداداً للنوم وأكثر هدوءاً، ولكن قد يتغلب النوم على المريض أثناء النَّهار وقد تؤدي كذلك إلى خفض الأداء أو العمل.

ثالثاً: العلاج السلوكي: إذا كانت بعض مشكلات النوم ناجمة عن النَّوع من التَّشريط والتَّدعيم فإن تعديل هذه المشكلة أو العادات سلوكياً يبدو أمراً مفيداً خاصة في حالة الأطفال الصَّغار الذين لم تترسخ عاداتهم السلوكية المرتبطة بالنَّوم بدرجة كبيرة ومن الإجراءات السلوكية المفيدة في هذا الصِّدد التَّدريب على تمرينات الاسترخاء سواء كان الاسترخاء عضلياً أو عقلياً. (أمال، ٢٠١٤، ص. ٣٩-٤٠).

رابعاً: العلاج المعرفي: كما أشار إليه الدسوقي (٢٠٠٦) حيث يهدف العلاج المعرفي إلى إعادة تشكيل الأنماط الصَّحية للنوم؛ لأجل التَّغلب على مشاكل النَّوم، ومن بين العلاجات المعرفية إعادة البناء المعرفي والتَّوقف عن التَّفكير وإعادة الإشتراط. (فضل الله المسماري، ٢٠١٢، ص. ٣٠).

الوقاية من اضطرابات النَّوم في ظل الكوارث:

للوقاية من هذه الاضطرابات يمكن اتباع الإرشادات الآتية:

- ١- استيقظ من نومك في موعد ثابت كل يوم.
- ٢- لا تمكث في الفراش أكثر من المدة المعتادة بالنسبة لك قبل اضطرابات النَّوم.
- ٣- توقف عن استخدام المواد المؤثرة على الجهاز العصبي التي تحتوي على النيكوتين والكافيين والمواد المنبهة مثل الشاي والقهوة والكولا والسجائر.
- ٤- تجنب النَّوم نهاراً حتى يمكن النَّوم لفترة متواصلة أثناء التَّدريبات الرياضية والنَّشاط خلال اليوم يساعد على نوم جيد ليلاً.
- ٥- تجنب الأنشطة المثيرة قبل النَّوم، ويمكن يكون الاستماع والقراءة الخفيفة بديلاً لمشاهدة الأفلام المثيرة في المساء.
- ٦- الاستحمام بماء دافئ في درجة حرارة الجسم في المساء يساعد على نوم جيد.
- ٧- تناول الطعام في وجبات منتظمة، وتجنب الوجبات الثقيلة ليلاً.
- ٨- ممارسة أسلوب الاسترخاء التَّدرجي، يؤدي إلى التَّخلص من التَّوتر والدَّخول في النَّوم. (الزهراء، نادية، ٢٠١٩، ص. ١٨).

الخاتمة: يعتبر النوم نعمة كبيرة أنعم الله بها على عباده ليرتاح بدنهم بعد مكابدة خلال النهار الطويل، وفي النوم نعمة كبيرة ليستعيد الجسد نشاطه، ولكن ما يحدث من اضطرابات في النوم تعيق الفرد عن العمل وعن الإنتاجية وتوقعه بالكثير من المشاكل كفقدان القدرة على الانتباه والتركيز وغيرها الكثير، ويبدو أن المراهقين هم الأكثر تعرضاً لهذه الاضطرابات بناءً على المرحلة العمرية التي هم فيها والتي هي الأساس مرحلة صاخبة، وقد عالجنا بعض الأسباب لحدوث هذه الاضطرابات وبعض الطرق للوقاية منها، ولكن ماذا سيحدث لو لم يتم التصدي لهذه الاضطرابات؟.

الصدمة النفسية الناتجة عن الكوارث الطبيعية تعريفها وآثارها على الأطفال وأساليب علاجها.

المقدمة: يتعرض الأطفال لأحداث حياتية صعبة وصادمة قد تسبب لهم ضغوطاً نفسية، وتؤثر في توافقهم النفسي، وتؤدي إلى سوء تفكيرهم؛ مما ينعكس على تحصيلهم الدراسي، وسلوكهم الاجتماعي، وعلاقاتهم مع الآخرين، حيث توجد فروق فردية بين الأطفال في مدى تأثرهم بالصدمة النفسية، فبعض الأطفال لا يستطيعون تجاوزها، ويتعرضون لاضطرابات نفسية مختلفة. وثمة أطفال يستخدمون أساليب التوافق كالدعم الاجتماعي والأسري، وحل المشكلة كأساليب للتوافق؛ في حين يستخدم آخرون أسلوب الابتعاد عن الموقف وتجاهله، وعلى ذلك نجد أن الأطفال الذين يملكون مرونة وفاعلية في استخدام أساليب التوافق أكثر قدرة على التعامل مع الضغط النفسي. (عباس، ٢٠١٦، ص ٩). وتعتبر الأحداث والكوارث الطبيعية من الأسباب المحتملة والكبيرة لحدوث الصدمات النفسية لدى الأطفال وخاصة في حال سببت الجروح النفسية أو فقد أحد الأقارب أو الأحبة لدى الأطفال. وتسبب الكوارث الطبيعية سنوياً خسائر وأضرار كبيرة على الصعيدين المادي والبشري، فينشأ عنها العديد من المشكلات الاقتصادية والصحية والاجتماعية في الكثير من الدول الغنية والفقيرة على السواء، إلا أن تأثيراتها تكون أكثر قسوة وتدميراً بالنسبة للدول الفقيرة التي تكون إمكانياتها المادية والتقنية والتخطيطية محدودة وضعيفة. (النصر، ١٩٩٥، ص ٤). حيث يعتبر الأطفال من الفئات الأشد تضرراً في مثل هذه الكوارث فكما حدث في زلزال سوريا وتركيا فقد أصيب آلاف الأطفال نتيجة الزلزال وهم معرضون لحدوث أزمات وصدمة نفسية نتيجة هذه الكارثة الطبيعية (اليونسيف، ٢٠٢٣، فقرة).

تعريف الصدمة النفسية: Psychological trauma

ونعني بها مجموعة التظاهرات والاضطرابات ما بعد الصدمة أو النفسية التي تنتج على مستوى الجانب النفسي بعد التعرض لحادث مولد للصدمة والحادث المولد للصدمة هو حادث عنيف أو مفاجئ يهدد الطفل في سلامته الجسدية أو النفسية. (الشادلي، ٢٠١٧، ص ٤٢).

كما تعرف الصدمة النفسية لدى الأطفال كما حددها تير terr هي النتيجة الذهنية للدمة مفاجئة أي حدث منفرد غير متوقع، أو سلسلة من الأحداث المتكررة التي تعود بالطفل إلى عجز مؤقت وابتعاد عن ميكانيزمات المواجهة العادية. (ابتسام، ٢٠١٧، ص ٢٥).

أولاً: تعريف الكارثة:

أولاً: تعريف الكارثة: اضطراب خطر في الحياة العادية يمكن أن يكون مفاجئاً وغير متوقع وواسع التأثير، على الحياة الإنسانية مثل فقدان الأرواح والمعاناة والتأثير السلبي على الصحة. (مشروع دعم بناء القدرات الوطنية للتقليل من الخطر الزلزالي لمنطقة العقبة الاقتصادية الخاصة، ٢٠٠٩، ص.١٢).

ثانياً: أنواع الكوارث:

أ- الكوارث التي من صنع الإنسان وهي الكوارث التي يكون الإنسان سبب في حدوثها وتشمل انهيار المباني بسبب الإنسان، عمليات الشغب، الحرائق، الحوادث الكيماوية، حوادث الطرق الكبرى الإرهاب، الحروب، تلوث البيئة الأوبئة وغيرها الكثير.

ب- الكوارث الطبيعية وهي الكوارث التي لا يكون الإنسان سبب في حدوثها وتشمل الكوارث الطبيعية الزلازل، البراكين الفيضانات. السيول، العواصف الأمطار الغزيرة، الانزلاقات الأرضية، الجفاف التصحر، زحف الرمال وغيرها. (مشروع دعم بناء القدرات الوطنية للتقليل من الخطر الزلزالي لمنطقة العقبة الاقتصادية الخاصة، ٢٠٠٩، ص.١٣).

ماهية الحدث الصادم الناتج عن الكوارث الطبيعية:

يشير يرزانو Ursano كما جاء في عبد الخالق (١٩٩٨) إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة، ومربكة ومفاجئة تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب والأحداث الصدمية، كذلك ذات شدة مرتفعة، وغير متوقعة وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادثة سيارة، أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلازل أو الأعاصير (عباس، ٢٠١٦، ص.١١).

العوامل المؤثرة في استجابة الأطفال للصدمة:

يمكن لكثير من العوامل أن تؤثر في قوة الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية: من هذه العوامل سن المصاب وخبراته السابقة التي تلعب دوراً أيضاً. لكن بشكل خاص تكون ظروف الحياة بعد حادث الصدمة مهمة أيضاً، فيما إذا وجد مثلاً الدعم من الأقرباء والمحيط الآمن. فيمكن مثلاً أن يؤثر سلبياً انعدام المساعدة له من الآخرين بشكل كلي أو عدم اعتراف محيطه بأحاسيسه ومرضه. ويمكن أن يحدث تطور للاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية PTBS الذي يكون نوع خاص من الاضطراب الناتج عن الصدمة النفسية. (رمضان، ٢٠١٧، ص.٩).

مراحل الصدمة النفسية:

أولاً: تبدل المشاعر: وفيها تتبدل مشاعر الإنسان، ثواني دقائق، وربما ساعات، لا يتفاعل مطلقاً عند إخباره بالخبر الصادم.

ثانياً: مرحلة الإنكار وتعتبر: مرحلة الصدمة حيث يتفاعل فيها الفرد بطريقة مختلفة كل حسب طريقته غضب، بكاء، ومرحلة الإنكار وهي إنكار حدوث الواقعة أو الحدث الصدمي ورفض قاطع للتصديق.

ثالثاً: مرحلة الاحتجاج: وتعتبر مرحلة الأسئلة ك لماذا أنا؟ ماذا فعلت حتى استحق كل هذا؟ وغيرها من الأسئلة.

رابعاً: مرحلة الكآبة: هناك نوعان من الاكتئاب يظهران في فترة الحداد والألم. الاكتئاب الأول هو رد الفعل العملي لم مررنا به من فقدان لشخص نحبه أو غير ذلك فالحزن والندم يصاحبان هذا النوع من الاكتئاب ويسيطران عليه.

النوع الثاني من الاكتئاب أرق وأخف نوعاً ما من النوع الأول وربما غير واضح بشكل عام ولكنه يكتنفنا داخلياً، إنها مراحل الصدمة التي نعد نفسنا فيها لأن نفصل وأن نودع الأشخاص الذين نحبهم وفي بعض الأوقات كل ما سنريده هو حزن نهائي قبل فقدان. (ابتسام، ٢٠١٧، ص. ٢٩-٣٠).

خامساً: مرحلة التقبل: إن الوصول لتلك المرحلة هو نعمة لا يحصدها الكل فالموت ربما يكون فجائياً وغير متوقع وليس بالضرورة علامة على الشجاعة أن تقاوم التقبل وأن تشعر أنه لا بد أن نحزن أكثر وأكثر. هذه المرحلة تتميز بالهدوء والانسحاب وهي ليست مرحلة سعيدة ويجب تفريقها جداً عن مرحلة الاكتئاب. (عمرو، دبت، من النت).
آثار الصدمة النفسية على الأطفال: يمكن أن تظهر آثار الصدمة النفسية في عدد من الأبعاد وهي:

أولاً: البعد التجنبي: يظهر التجنب ذو الأصل الصادم بحسب damiani. 1997 مباشرة بعد الحادث الصادم، حيث ينعكس التهديد على موضوع أو وضعية تسمح بتثبيت القلق و إن كانت سيرة التجنب هذه تهدف بصفة شعورية إلى تجنب الأماكن و الأشخاص و المواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم فإنما يمكن أن تتدثر فيما بعد إلى عناصر بعيدة كالأماكن العمومية و الأشخاص المشابهة و يشكل التجنب أحد الأعراض الأكثر ديمومة و المستعصية جداً على التدخلات العلاجية.

ثانياً: البعد العصبي الإعاشي: حيث يذكر عبد الرحمن (٢٠٠٢) أن الحدث الصادم اجتياحاً حسيماً مع الشّعور بفقدان الحدود، ففي لحظة يتجمد الفضاء والزمن، هذا الانطباع للتعبئة الزمنية والمكانية يضاف إلى فقدان الفضاء النفسي، إذ يصبح الشخص عاجزاً عن التفكير والسلوك بطريقة متكيفة لحماية ذاته بسبب صعق وظائف الأنا، وبالتالي فقد يصبح فريسة تهيج وذعر يتجليان من خلال هروب مستمر ونشاط عصبي إعاشي مفرط. كما يتضمن هذا البعد اضطراب النوم، واضطراب الذاكرة والتركيز ونوبات حادة من القلق تنتاب الشخص المصدوم من حين لآخر.

ثالثاً: بعد التكرار: كما ذكر dimiani.1997 يأخذ التكرار طابعاً إمرائياً ساطعاً للصدمة النفسية ويأخذ أشكالاً مختلفة كالأحلام والكوابيس والحاجة القهرية لذكر الحادث مروراً بالذكريات المؤلمة التي تعيد إنتاج الحادث الصدمي فالتكرار إذاً هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفريغها بكميات صغيرة قصد إحياء حالة ما قبل الصدمة. كما جاءت في (نعيمة، ٢٠٢٢، ص. ٢٨-٣٠).

رابعاً: البعد المعرفي: تشير الاستجابة المعرفية للصدمة، سواءً الفورية أم بعيدة المدى، إلى أساليب مميزة في معالجة المعلومات أو في فهم ما حدث. وتنطوي العمليات المعرفية، من المنظور التفاعلي لردود أفعال الضغوط الصدمية، على أهمية كبيرة؛ لأنها تشمل عمليات متعددة الأبعاد تتضمن الآتي:

- إدراك الأحداث. - تقدير الموقف. - عزو أسباب الحدث. - تكوين مخطط معرفي للفعل والسلوك.

خامساً: بعد المواجهة Coping يعرف لازاروس وفولكمان المواجهة بأنها عملية من التغيير المستمر للجهود المعرفية والسلوكية بغية التحكم بالمطالب الخارجية أو الداخلية، التي يجري تقديرها على أنها عبء على مصادر الفرد وإمكاناته أو تفوقها وتتجاوزها، استناداً إلى ذلك يمكن تحديد ثلاثة أنماط لاستجابة المواجهة للأحداث الصدمية، هي على النحو الآتي:

- المواجهة الوسيالية. - المواجهة التعبيرية - إعادة البناء المعرفي. (عباس، ٢٠١٦، ص. ١٣-١٥).

ويمكن أن تتعدى الآثار النفسية ما بعد هذه الأبعاد في عدد من ردات الفعل التي تظهر على الأطفال:

- الشّعور بالعجز وعدم الأمان. - القلق من المستقبل والخوف من التغيير. - تدني تقدير الذات والشّعور بالذنب. - الغضب والعدوان. - الاغتراب عن الواقع والعزلة الاجتماعية. - تشوه صورة العالم. - ظهور أنواع مختلفة من الخوف. - الأحلام الصادمة واضطرابات النوم. (المجيدل، ٢٠١٩، ص. ٩-١٢).

علاج الصدمة النفسية:

أولاً: العلاج عن طريق التحليل النفسي: في العلاج بواسطة التحليل النفسي نحاول تصحيح ما حطمه الحدث الصدمي عند العميل، وهي العملية التي تمكن من إخراج المحتوى العاطفي لإعادة إحياء الحدث بأدق التفاصيل الممكنة والشّيء الأكثر أهمية يتمثل في شدة العواطف المتضمنة في إعادة إحياء الحدث وهي التي تمكن من التنفيس الضروري للشفاء.

ثانياً: العلاج السلوكي والمعرفي: في العلاجات السلوكية نحتم أساساً بالمشكلة المباشرة التي تزعج وتربك الشخص المصاب بالصدمة، وما يطمح إليه هو محاولة فهم استجابة العصاب التي تسبب في ظهورها مثير معين -الحدث الصدمي- حينما تشخص المشكلة تبدأ عملية التحليل التي تكون على ثلاثة مستويات السلوكي، الفكري، العاطفي).

ثالثاً: العلاج الكيميائي chimiothérapie إن طب الأعصاب يبرز أن هناك بعض مناطق المخ عند الأشخاص الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية تكون أقل نشاطاً مما هي عليه عند الأشخاص العاديين أما بعض المناطق الأخرى فيكون نشاطها زائداً عن الحد المعروف. على العموم فإننا نلاحظ انخفاض في النشاط المخي وبالخصوص الجانب الذي يقع جهة الجبهة مما هو معروف طبياً أن الجهة الجبهية للمخ تعمل مثل المكبح الذي يراقب الاستجابات العاطفية ونقصان عمل هذا المكبح يعطي الحرية الكاملة للأحاسيس السلبية بالظهور والتي تكون عموماً ذات نشاط كبير في مرحلة الاكتئاب من هذا المنطلق فإنه يستحسن اعطاء أدوية ضد اكتئابية من أجل تعديل وتوازن عمل المخ. (نعيمة، ٢٠٢٢، ص. ٣٢-٣٣).

رابعاً: أسلوب حل المشكلات: كما جاء في الحلو (١٩٩٩) إن المشكلات كلها بوصفها من الكفايات الرّاقية التي تتطلب استخدام مهارات التفكير العليا التي يحتاج إليها إنسان هذا العصر الذي يتسم بسرعة التّغير والتّبديل لما يعزوه من مثيرات ومعطيات جديدة كي يتمكن من تحقيق التوافق والتكيف والنماء السوي دون إحباطات ولما كان الإنسان العصري يواجه في مسيرته الحياتية المشكلات المختلفة، سعى إلى اكتساب المعارف والمهارات والاتجاهات المناسبة التي تمكنه من مواجهة التّحديات وحل المشكلات.

خامساً: طلب الإسناد الاجتماعي والانفعالي: هو محاولة بعضهم الحصول على مساعدة الآخرين اجتماعياً أو نفسياً، طبياً، مادياً، وفق تقديرات المعنيين أنفسهم. إذ يلجأ بعضهم إلى الأهل أو الأقرباء، أو حتى العشيرة في بعض المجتمعات للحصول على الدعم الأمني عند الشعور بالتهديد لسبب معين. (عباس، ٢٠١٦، ص. ٢١-٢٢).

الخاتمة:

عطفاً على ما سبق نجد أن الكوارث الطّبيعية تعتبر عاملاً مسبباً لحدوث الصّدمات النفسية نتيجة لم تخلفه من مواقف صادمة ومرعبة أو أضرار وخسارات مادية وبشرية، وفقد لأشخاص مقربين من الأسرة، أو الأصدقاء، ويعتبر الأطفال من الفئات الأشد تائراً في ظل هذه الكوارث، حيث يجب على العاملين في الحقل النفسي الانتباه لكل الدلالات الصادرة عن الأطفال في أثناء وقوع هذه الكوارث، وتقديم ما يلزم من الأنشطة العلاجية لهم حتى لا تتفاقم حالتهم مع مرور الزمن، فلا ندري ما يختلج في نفس الطّفل نتيجة هذه الأحداث وما يمكن أن يحدث له.

قائمة المصادر والمراجع باللغتين العربية والأجنبية

أولاً: قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية:

١- اعبيد، محمد. (٢٠١٢). تقييم الخدمات الانتقالية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في الأردن [رسالة ماجستير منشورة]، كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية.

<https://search.mandumah.com/Record/556205/Details>

٢- التأهيل المفاهيم والأفكار الرئيسية. (د.ت) من الأنترنت.

<https://www.daralfiker.com>

٣- فهمي، محمد، وحسن، محمود. (٢٠١٠). التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

٤- مفهوم تأهيل المعاقين. (د.ت). المنتدى السعودي للتربية الخاصة.

<https://www.noor-book.com86-pdf>

٥- مسعود، وائل، ومحمد، عبد الصبور، ومراد، محمد. (٢٠٠٥). التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة المفاهيم والإجراءات. الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

٦- العجمي، نادية. (٢٠١١). التدخل المبكر وبرنامج البورتيج. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

٧- القريوتي، يوسف. (١٩٩٥). المدخل إلى التربية الخاصة. دار القلم. دبي.

٨- عبيد، ماجدة. (٢٠٠٠). الإعاقة السمعية. دار صفاء، عمان.

٩- الريموي، محمد. (٢٠٠٣). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة. دار الفكر، عمان.

١٠- الفارسي، جلال. (٢٠٠٣). قضايا معاصرة في التربية الخاصة.

١١- الخطيب، جمال، الحديدي، منى. (١٩٩٨). التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

- ١٢- الغامدي، محمد. (٢٠١٤). الفريق العملي في برامج التدخل المبكر. منتدى أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة. [مقال] على الرابط <http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=11628>
- ١٣-الداهري، صالح. (٢٠١٥). فنيات الإرشاد لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهـم. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- ١٤- عربيات، أحمد. (٢٠١١). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهـم، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- ١٥- النوايسة، فاطمة. (٢٠١٣). نـوو الاحتياجات الخاصة التعريف بهـم وإرشادهم. دار المناهج للنشر والتوزيع.
- ١٦- النوايسة، فاطمة. (٢٠١٣). الإرشاد النفسي والتربوي. دار الحامد للنشر والتوزيع.
- ١٧-بوسعدة قاسم، حاج امحمد. (٢٠٢٠/٦/٢٠). الحاجة إلى الإرشاد الأسري لأطفال اضطراب التوحد. دراسات نفسية وتربوية، المجلد ١٣، العدد خاص، ٢٣٣-٢٥٠.
- ١٨- عبد الحليم. (د.ت). كيفية التعامل مع ذوي صعوبات التعلم [مقال] تم الاسترجاع من <https://sites.google.com/site/abdeyalawwad/howtodealwiththem>
- ١٩- الشّخص، عبد العزيز. (د.ت). التّأخر الدّراسي تشخيصه وأسباب علاجه الوقاية منه، كلية التربية جامعة عين شمس.
- ٢٠- عبد السلام، محمد. (٢٠٠٩). صعوبات التّعلم والتّأخر الدّراسي عند الأطفال. مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة.
- ٢١- عبد الفادي، عفاف. (د.ت). السمات الشّخصية للمتفوقين والمتأخرين دراسياً لدى طلاب طلبة الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
- ٢٢- كامل، محمد. (د.ت). مواجهة التّأخر الدّراسي وصعوبات التّعلم، كلية التربية جامعة طنطا.
- ٢٣- لوصيف، صارة، بن قاوقا، رقية. (٢٠٢١). استراتيجيات التعليم المكيف في إدماج المتأخرين دراسياً من وجهة نظر معلمي المرحلة الابتدائية [رسالة ماجستير

منشورة، جامعة أحمد دارية]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإنسانية.

<https://dspace.univ-adrar.edu.dz/jspui/bitstream/123456789/5574/1/%D8>

٢٤- الشايقي، خالد. (د.ت). التأخر الدراسي. إدارة التعليم لمحافظة عنيزة.

٢٥- جمال الدين، هلا. (د.ت). التأخر الدراسي أسبابه ومظاهره.

٢٦- براح، عائشة، مولى، ميلودة. (٢٠١٧). السمات الشخصية لدى المتأخرين دراسياً [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم العلوم الاجتماعية شعبة علوم التربية.

<http://dspace.univ-eloued.dz/bitstream/123456789/2602/1/%D8%A7%>

٢٧- استراتيجيات الوصول إلى الطلاب المتأخرين دراسياً. (د.ت). (تحرير). على

الرابط <https://shms.sa/editor/documents/41474>

٢٨- التلاميذ المتأخرين دراسياً. (د.ت). الموسوعة. على الرابط [https://ar-](https://ar-m.blogspot.com/2010/06/blog-post_7765.html?m=1)

[m.blogspot.com/2010/06/blog-post_7765.html?m=1](https://ar-m.blogspot.com/2010/06/blog-post_7765.html?m=1)

٢٩- الجوالدة، فؤاد. (٢٠١٥). قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة. دار الإصدار للنشر والتوزيع.

٣٠- الباز، مروة. (د.ت). طرق تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة "تخصص علوم"، كلية التربية - جامعة بور سعيد.

٣١- حجات، عبد الله. (٢٠١٠). عادات العقل والفاعلية الذاتية. دار جليس الزمان للنشر والتوزيع.

٣٢- قطامي، يوسف. (٢٠١٣). النظرية المعرفية للتعليم. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

٣٣- القرطي، عبد المطلب. (د.ت). الموهوبون والتميزون خصائصهم واكتشافهم ورعايتهم، عالم الكتب.

٣٤- القضاة، مهند. (٢٠٢٠). الإسهام النسبي لعادات العقل في التنبؤ بفاعلية الذات الإبداعية لدى الطلبة الموهوبين، المجلة الأردنية في العلوم التربوية (العدد ٢) ص ٢٣٥-٢٥٥.

<https://journals.yu.edu.jo/jjes/Issues/2020/Vol16No2/8.pdf>

٣٥- الفارس، سندس. (٢٠٢٠، يونيو). عادات العقل تنميتها وعلاقتها بالنصفين الكرويين للدماغ. Pillar Centr على الرابط

<https://pillarcenter.org/2020/06/02/%D8%B9%D8%A7%D8%>

٣٦- إبراهيم، هند. (٢٠١٨). فعالية برنامج قائم على عادات العقل لتحسين مفهوم الذات والتحصيل الدراسي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، المراجع، على الرابط

<https://www.elmarjaa.com/2022/03/Habits-Mind-Self-Concebt.html?m=1>

٣٧- سليم، أماني. (٢٠١٧). فاعلية برنامج لتنمية عادات العقل للحد من صعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. على الرابط

http://db4.eulc.edu.eg/eulc_v5/Libraries/Thesis/BrowseThesisPages.aspx?fn=PublicDrawThesis&BibID=12428040

٣٨- اللالا زياد، الزبيري شريفة، اللالا صائب، الجلامدة صائب، حسونة مأمون، الشرمان مأمون، العلي وائل، القبالي يحيى والعايد يوسف. (٢٠١١). أساسيات التربية الخاصة.

٣٩- الدليل التوجيهي للإعاقة الحركية. (د.ت). المملكة المغربية وزارة التضامن والمرأة والأسرة والشؤون الاجتماعية.

٤٠- الرقاص خالد، الفوزان محمد. (٢٠٠٩). أسس التربية الخاصة الفئات- التشخيص- البرامج التربوية. العبيكان.

٤١- الشريف، عبد الفتاح. (٢٠١١). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٢- شاش، سهير. (٢٠١٦). استراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة. مكتبة زهراء الشرق.

٤٣- الصفدي، عصام. (د.ت). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. المنظمة السورية للمعوقين- آمال.

- ٤٤- عبيد، ماجدة. (٢٠١٤). *نوي التحديات الحركية (ط٢)*. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- ٤٥- العزة، حسني. (٢٠٠٢). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المفهوم- التشخيص - أساليب التدريس*. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٤٦- الصبي، عبد الله. (د.ت). *أسباب الإعاقة الحركية- الجسمية*.
https://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=49&topic_id=760
- ٤٧- أبو الديار، مسعد. (٢٠١٢)، *القياس والتشخيص لذوي صعوبات التعلم، مكتبة الكويت الوطنية*.
- ٤٨- أولفت، محمود. (٢٠٠٦). *بعض سمات الشخصية والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال من ذوي صعوبات التعلم*.
- ٤٩- الباز، مروة. (د.ت). *طرق تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة" تخصص علوم" كلية التربية - جامعة بور سعيد*.
- ٥٠- غنيم، عادل. (٢٠١٦). *البرامج العلاجية لصعوبات التعلم*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ٥١- القرشي، أمير. (٢٠١٢)، *التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ*. القاهرة عالم الكتب.
- ٥٢- مركز دبيونو لتعليم التفكير، (د.ت)، *الورشة الأساسية في قياس وتشخيص الطلبة ذوي صعوبات التعلم الموقع* <http://gulfkids.com/pdf/dralsoby>
- ٥٣- جندي، أحمد. (٢٠٢٠). *الألكسيثيميا وعلاقتها بالقلق وإدراك صورة الجسم لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بالمرحلة الابتدائية*. *مجلة العلوم التربوية، المجلد الخامس (العدد٥)*، ٨٩-١٢٦.

http://search.shamaa.org/PDF/Articles/SUJespsau/JespsauV015No2Y2020/jespsau_2020-v5-n2_089-125.pdf

٥٤- داود، نسيمة. (٢٠١٦). العلاقة بين الألكسيثيميا وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الاقتصادي الاجتماعي وحجم الأسرة والجنس. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، المجلد الثاني عشر (العدد ٤)، ٤١٥-٤٣٤.

<https://journals.yu.edu.jo/jjes/Issues/2016/Vol12No4/1.pdf>

٥٥- إبراهيم، هاشم، الغويري، آلاء. (٢٠١٧). الألكسيثيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الإناث في الأردن. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)*، المجلد الثاني والثلاثين (العدد ١)، ١٩٨-٢٢٠.

https://journals.najah.edu/media/journals/full_texts/77.pdf

٥٦- زوبيري، رزيقة. (٢٠١٩). *التكتم الانفعالي وعلاقته بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلبة الجامعة دراسة ميدانية بجامعة قاصدي مرباح - ورقلة* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية.

<https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/21341/1/zoubiri-razika.pdf>

٥٧- العيدان، مهند. (٢٠١٩). الألكسيثيميا وعلاقتها بالإكتئاب والقلق والتوتر. *المجلة الدولية التربوية المتخصصة*، المجلد الثامن (العدد ٦)، ١٤-٢٥.

https://iijoe.org/v8/IJJOE_02_06_08_2019.pdf

٥٨- حلمي، جيهان. (٢٠١٨). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الألكسيثيميا لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الإعدادية. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، (العدد ١٠)، ٨٣-١٤٠.

https://jfust.journals.ekb.eg/article_83245_01983ef9e78d9250064999b8a65fe93a.pdf

٥٩- إبراهيم غنيم، شاهنדה. (٢٠١٧). فعالية برنامج إرشادي في خفض الألكسيثيميا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم. *مجلة كلية التربية- جامعة بورسعيد*، (العدد ٢١)، ٧٦٥-٧٩٣.

http://search.shamaa.org/PDF/Articles/EGFej/FejNo21P2Y2017/fej_2017-n21-p2_765-793.pdf

٦٠- الشويقي، سعيد. (٢٠٠٨). الابتكارية الانفعالية لد عينة من طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من الألكسيثيميا والعوامل الخمسة الكبرى في الشَّخصية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثامن عشر (العدد ٦١)*، ٤٣-٨٤. <https://eaps-eg.com/downloadfile/15853083960118-018-061-002.pdf>

٦١- القاسم، جمال. (٢٠١٥). *أساسيات صعوبات التَّعلم (ط٣)*. دار الصفاء للنشر والتوزيع.

٦٢- مجيد، سوسن. (٢٠١٠). *التَّوحد أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه*. دبيونو للطباعة والنشر والتوزيع.

٦٣- نجاتي، محمد. (د.ت). *تغذية المعاقين*. عالم الكتب.

٦٤- متولي، فكري. (٢٠١٥). *استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم (اضطراب التَّوحد)*. مكتبة الرشد ناشرون.

٦٥- شرياف، زهرة، شريفي، علي. (٢٠١٩). *الحمية الغذائية وأثرها على التكفل بأطفال اضطراب طيف التَّوحد، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد ٣، العدد ٣، ٤٥-٥٩*. <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/105/5/3/102296>

٦٦- الفهد، ياسر. (٢٠١٦). *المؤتمر العلمي الدولي: المتلازمات النادرة المرتبطة بالإعاقة*. <https://almanalmagazine.com/>

٦٧- شبلي، فادي، السعد، سميرة. (٢٠٠١). *إعاقة التَّوحد المعلوم والمجهول خصائص التَّوحد- طرق التَّدخل والعلاج تحضير الجو التربوي والوسائل التعليمية - دليل علمي للمعلمين وأولياء الأمور*. مركز الكويت للتوحد.

٦٨- قراقيش، صفاء. (٢٠١٧). *مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التَّوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات، المجلة الدولية للبحوث التربوية، المجلد الواحد والأربعون (العدد ٣)*، ١٩٦-٢١٨.

http://search.shamaa.org/PDF/Articles/TSljre/ljreVol41SpecNo3Y2017/ljre_2017-v41-spen3_196-218.pdf

٦٩- سعود العسكر، عهد. (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية]. المملكة العربية السعودية وزارة التعليم العالي كلية العلوم الاجتماعية قسم علم النفس.

<https://units.imamu.edu.sa/administrations/Psychology/SiteAssets/Pages/research/>

٧٠- _____ (٢٠١٥). فعالية الإرشاد الأسري في تنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، (العدد ١٦٢)، ٢٩٥-٣٧٥.

https://jsrep.journals.ekb.eg/article_32580_9c680e8ad5ec7978b8568d15cc3b7518.pdf

٧١- محمد، عادل، حميد العنزي، فريح. (٢٠٢٠). استخدام أنشطة التكامل الحسي للحد من أعراض اضطراب المعالجة الحسية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. المجلة العربية للتربية النوعية، المجلد الرابع (العدد ١٣)، ٢٩٣-٣١٥.

http://search.shamaa.org/PDF/Articles/EGAjqe/AjqeVol4No14Y2020/ajqe_2020-v4-n14_293-315.pdf

٧٢- حليم، أسماء. (٢٠٢٢). اضطرابات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض الدماغية سيدي بلعاس. مجلة روافد، المجلد السادس (العدد ٢)، ١٤٦-١٦٨.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/539/6/2/189710>

٧٣- شمسي، حسناء. (٢٠٢١). التكامل الحسي. المجلة الصحية المغربية، (العدد ٣٠)، ١٢-١١.

https://www.tawassol.ma/rmm/rmm30/rmm30_11.pdf

٧٤- أحمد الحلو، زينب. (٢٠٢١). المعالجة الحسية وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة جامعة طوان، المجلد السابع والعشرون، ١٠٦-١٧٦.

https://jsu.journals.ekb.eg/article_223522_d9971b8d835826aada5e933f1f8a812c.pdf

٧٥- الحمادي، أنور. (د.ت). *الدليل التشخيصي والإحصائي النسخة الخامسة منقحة*. الجمعية الأمريكية للطب النفسي *DSM-5-TR*.

٧٦- جلال، بهاء الدين. (٢٠١٨). *المعالجة الحسية*. مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. على الرابط بتاريخ ٢٠٢٣-٢-١. <https://www.help-curriculum.com/?p=5338>

٧٧- مركز ألف باء للتشخيص والتدريس. (د.ت). *اضطراب المعالجة الحسية*. تم الاسترجاع بتاريخ ٢٠٢٣-١-١. <https://abcksa.com/ar/%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1>

٧٨- بورغوس، جينيفر. (د.ت). *اضطراب المعالجة الحسية: ما هو؟ ما هي الأعراض والعلاجات وهل يظهر على طفلي أي علامات؟ خذ الاختبار المصغر*. تم الاسترجاع بتاريخ ٢٠٢٣-١-١.

<https://blog.cognifit.com/ar/%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8>

٧٩- الظاهر، قحطان. (٢٠١٠). *اضطرابات اللغة والكلام*. دار وائل للنشر.
٨٠- نصر الدين، محمد، عبد السميع، محمد. (٢٠٢٠). برنامج تدريبي قائم على النمذجة لتنمية الحصيلة اللغوية لدى ذوي اضطراب الإيكولاليا الأوتيزميين. *المجلة العلمية للتربية الخاصة، المجلد ٢ (العدد ٤)*، ٢١-٧٢.

http://search.shamaa.org/PDF/Articles/EGSjse/SjseVol2No4Y2020/sjse_2020-v2-n4_021-072.pdf

٨١- أبو حلاوة، محمد السعيد. (د.ت). *اضطرابات التواصل*. كلية التربية بدمهور، جامعة الإسكندرية.

٨٢- أمين، سهير. (٢٠٠٥). *اضطرابات النطق والكلام التشخيص والعلاج*. عالم الكتب.

Gary، Haffner. (د.ت). *علاج التردد (المصاداة)* (منذر حمد الله. مُترجم). مركز الأمير ناصر بن عبد العزيز للتوحد الجمعية السعودية الخيرية للتوحد. (العمل الأصلي نشر في د.ت).

- ٩٥-غانم، محمد. (د.ت). كيف تتعامل مع القلق النفسي.
٩٦-الظاهر، قحطان. (٢٠٠٨). مدخل إلى التربية الخاصة. (ط٢). دار وائل للنشر.
٩٧-أبو الحبايب، بهيج. (٢٠١٠). مستوى القلق العام وعلاقته بالجنس والتحصيل
الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية في قضاء حيفا [رسالة ماجستير منشورة، جامعة
عمان العربية]. كلية العلوم التربوية والنفسية.

https://drive.google.com/file/d/1Vg3ncxrszVH9rj6oInK4wr_lwTJE9auQ/view

- ٩٨-مصالحة الصحة النفسية- منطقة العاصمة بالدنمارك. (٢٠١٤). معلومات عن
القلق. الطب النفسي.
٩٩- شعير، إبراهيم. (٢٠٠٩). تعليم المعاقين بصريا أسسه، استراتيجياته، وسائله.
دار الفكر العربي.
١٠٠- ليندنفلد، جيل. (٢٠٠٦). دستور تقدير الذات ابن ثقتك بنفسك يوما بعد يوم.
مكتبة جرير.

- ١٠١-مالي سينيغ، ريزنر روبرت. (٢٠٠٥). تعزيز تقدير الذات إعادة بناء وتنظيم
نفسك للنجاح في الألفية الجديدة. مكتبة جرير.

- ١٠٢- مركز الأحفاد للإرشاد وعلاج الصدمة النفسية. (د.ت). جامعة الأحفاد للبنات.

- ١٠٣- أم الجيلالي، حاكم. (٢٠١٩). اضطرابات النطق والسلوك الانسحابي لدى تلاميذ
المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم (دراسة وصفية ارتباطية). مجلة متون، المجلد
١١ (العدد الأول)، ٢٨٣-٢٩٨.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/146/12/1/83827>

- ١٠٤- شهاب، سحر. (٢٠١١). خجل الطفل المعوق الأسباب والعلاج دراسة ميدانية
في مدينة بغداد. على الرابط بتاريخ ٢٠٢٢-١-٤.

<https://iasj.net/iasj/download/d251610c8d993114>

- ١٠٥- شريف، السيد. (٢٠١٤). مدخل إلى التربية الخاصة. دار الجوهرة للنشر
والتوزيع.

١٠٦- بي شـتـاين، موري، أرووكو، جون. (٢٠٠٢). قهر الخجل والقلق الاجتماعي التغلب على الخجل. دار جرير.

١٠٧- الطائي، إيمان. (٢٠٠٥). دراسة ظاهرة الخجل لدى طلبة كلية التربية الأساسية. مجلة كلية التربية الأساسية، (العدد ٤٥)، ٣١٥-٣٣٨. على الرابط بتاريخ ٢٠٢٢-٤-١.

<https://www.iasj.net/iasj/download/c63fe284901b0243>

١٠٨- محمد خوج، حنان. (٢٠٢٢). الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينات من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة [رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى]. المملكة العربية السعودية وزارة التعليم العالي. <http://www.gulfkids.com/pdf/Khajal.pdf>

١٠٩- خليفة، علي. (٢٠٠١). الخجل أسبابه وعلاجه. المركز العربي للنشر والتوزيع.

١١٠- بن سالم العلوية، إيمان. (٢٠١٧). برنامج إرشادي جمعي لخفض الخجل لدى طالبات الصف التاسع في ولاية بهلاء في سلطنة عمان [رسالة ماجستير منشورة، جامعة نزوى]. كلية العلوم والآداب قسم التربية والدراسات الإنسانية.

https://www.unizwa.edu.om/content_files/01029-9850.pdf

١١١- شعبان، عبد ربه. (٢٠١٠). الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصرياً [رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية]. غزة كلية التربية قسم علم النفس.

<https://www.mobt3ath.com/uplode/book/book->

١١٢- لغربي، محمد. (٢٠٢٠). دور حصة التربية البدنية في التقليل من الخجل لدى تلاميذ الطور الابتدائي [رسالة ماجستير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة]. معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية قسم نشاطات التربية البدنية والرياضية شعبة النشاط البدني الرياضي التربوي.

<https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/>

١١٣- السلطة الوطنية الفلسطينية الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (٢٠١٧). ورشة العمل الإقليمية حول التعدادات السكانية خلال الفترة. على الرابط بتاريخ ٢٠٢٢-٤-١.

https://www.unescwa.org/sites/default/files/event/materials/event_detail_id_483_disability_palestine.pdf

١١٤- عباس، عبير. (٢٠١٦). أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين المقيمين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق [رسالة ماجستير منشورة، جامعة دمشق]. كلية التربية قسم الإرشاد النفسي.

<http://mohe.gov.sy/master/Message/Mc/abir%20abas.pdf>

١١٥- كاظم، علي. (٢٠١٤). قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية الأساسية- جامعة بابل، (العدد ١٥)، ٢٧٢-٣٠٥.

<https://iasj.net/iasj/download/d030da8bce360981>

١١٦- محمد أنور، عبير. (٢٠١٩). دور بعض أنماط اضطرابات النوم وشدها في التنبؤ بضعف الذاكرة المستقبلية عبر مرحلتى الشيخوخة المتوسطة والمتأخرة. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، المجلد السابع (العدد ٤)، ٥٢٧-٥٨٦.

https://pshj.journals.ekb.eg/article_99556_d85cc42f356dc39fbd3984cf3e26df99.pdf

١١٧- الجوارنة، أحمد، زيادة، أحمد، المومني، محمد. (٢٠١٨). مستوى اضطرابات النوم لدى عينة من اللاجئين السوريين في الأردن في ضوء بعض المتغيرات. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد التاسع (العدد ٢٥)، ١٩٧-٢١٩.

<https://journals.qou.edu/index.php/nafsia/article/download/2449/pdf>

١١٨- الزهراء، شايع، نادية، شلابي. (٢٠١٩). اضطراب النوم وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهق المتمدرس - دراسة ميدانية: تلاميذ الطور الثاني. بحث مقدم لنيل درجة الليسانس، جامعة أكلي محند أولحاج. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

<http://dspace.univ-bouira.dz:8080/jspui/bitstream/123456789/10640/1/%D>

١١٩- عاشوري، فايز. (٢٠٢٠). الإدمان على الأنترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم لدى عينة من الطلبة الجامعيين [رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خضير - بسكرة]. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

<http://archives.univ-biskra.dz/bitstream>

١٢٠- فضل الله المسماري، أميمة. (٢٠١٢). اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي [رسالة ماجستير منشورة، جامعة بنغازي]. كلية الآداب قسم التربية وعلم النفس.

<https://repository.uob.edu.ly/bitstream/handle/123456789/366/Sleep>

١٢١- أمال، صاولة. (٢٠١٤). دراسة أنماط النوم لدى الأطفال ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد [رسالة ماجستير منشورة، جامعة العربي بن مهدي- أم البواقي]. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية قسم العلوم الاجتماعي.

<http://bib.univ-ueb.dz:8080/jspui/bitstream>

١٢٢- سلمان، رمضان. (٢٠١٧). الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية (PTBS) الأسباب والتداعيات والمساعدات. المركز الطبي للشعوب والمجموعات العرقية.

١٢٣- ابتسام، مسعود. (٢٠١٧). الصدمة النفسية لدى الطفل المختطف [رسالة ماجستير منشورة، جامعة العربي بن مهدي- أم البواقي]. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية قسم علم النفس.

<https://2u.pw/>

١٢٤- نعيمة، بوجلول. (٢٠٢٢). الصدمة النفسية عند الأطفال بعد طلاق والديهم عبر اختبار رسم العائلة. (دراسة عيادية لحالتين بالإبتدائي العربي التبسي - المنبوعة) [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة غرداية.

١٢٥- عباس، عبير. (٢٠١٦). أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين المقيمين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق [رسالة ماجستير منشورة، جامعة دمشق]. كلية التربية قسم الإرشاد النفسي.

<http://mohe.gov.sy/master/Message/Mc/abir%20abas.pdf>

١٢٦- النصر، عبد الله. (١٩٩٥). الكوارث الطبيعية. العلوم والتقنية، (العدد ٣٢)، ١-

<https://www.noor-book.com/%D9%83%64>

- ١٢٧- الشادلي، عبد الرحيم. (٢٠١٧). انعكاسات الصدمة النفسية علة التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف – دراسات على حالات من منظور نفسي عيادي- [رسالة دكتوراه منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم العلوم الاجتماعية. <https://core.ac.uk/download/pdf/83145332.pdf>
- ١٢٨- المجيدل، عبد الله. (٢٠١٩). دليل الدعم النفسي والتربوي للأطفال النازحين في ظروف الحرب والكوارث. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم إدارة التربية.
- ١٢٩- مشروع دعم وبناء القدرات الوطنية للتقليل من أثر الخطر الزلزالي لمنطقة العقبة الاقتصادية الخاصة. (٢٠٠٩). الأردن.
- ١٣٠- عطية، عمرو. (د.ت). مراحل الصدمة: ما هي المراحل المختلفة التي تحدث بعد الصدمة؟. موقع تسعة على الرابط بتاريخ ٢٠٢٣-٢-١٨. <https://www.ts3a.com/%D9%85%D8%B1%D8%A7%D8%AD>
- ١٣١- اليونيسف. (٢٠٢٣). آلاف الأطفال عرضة للخطر بعد زلزالين مدمرين ضربا جنوب شرق تركيا وسوريا على الرابط بتاريخ ٢٠٢٣-٢-١٨. <https://www.unicef.org/ar/%D8%A2%D9%84%D8%A7%D9>

ثانيا: قائمة المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

- ١٣٢- Halahan & Kauffman (1991) Exceptional children, ٥th, ed printice - hall inc.
- ١٣٣- Brouillette, J. (١٩٩٨) Serving the Unserved through parent to parent training example from mearitias and Nepal. Paper presented at the International portage conference. Tokyo, Japan.
- ١٣٤- Moores, Danid (19٨٢) Educationing the deaf psychology, principles houghten Miffan company londaon.

أعمال الكاتب الأخرى

أولاً: الأبحاث العلمية

اسم البحث	منشور - غير منشور	الموقع
المناخ الأسري وعلاقته باضطرابات النطق لدى الأطفال. دراسة ميدانية	مُحكّم- منشور (مشترك)	https://tbyanjournal.turmsoltech/2022/12/24/%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%86%D8%A7%D8%AE-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B3%D8%B1%D9%8A-%D9%88%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D9%86%D8%B7%D9%82
تشخيص المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في الشمال السوري. دراسة ميدانية	مُحكّم- غير منشور (مشترك)	
فعالية برنامج تعليمي قائم على تنمية بعض المهارات الأكاديمية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في مدينة أعزاز. دراسة ميدانية	مُحكّم- منشور	https://www.noor-book.com/u/%D8%B9%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D9%85%D8%B7%D8%B1/books

ثانياً: التقارير الصحفية

عنوان التقرير	الجهة
لباس موحد لطلبة المدارس في إدلب يثير الجدل	تلفزيون سوريا بالتعاون مع مركز مداد للدراسات والأبحاث
إضراب المعلمين في الشمال السوري يتواصل	تلفزيون سوريا بالتعاون مع مركز مداد للدراسات والأبحاث

ثالثاً: الكتب العلمية

عنوان الكتاب	الناشر	موقع النشر
الدليل الشامل في تنمية المهارات للأطفال ذوي الإعاقة	مكتبة نور الإلكترونية	https://www.noor-book.com/u/%D8%B9%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D9%85%D8%B7%D8%B1/books
مقتطفات في التربية الخاصة والصحة النفسية	مكتبة نور الإلكترونية	

رابعاً: الأبحاث العلمية (النظرية):

موقع النشر	الناشر	اسم البحث
https://www.noor-book.com/u/%D8%B9%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D9%85%D8%B7%D8%B1/books	مكتبة نور الإلكترونية	طرق تعليم وتدرّيس ذوي الاحتياجات الخاصة (فئة المتأخرين دراسياً مقارنة مع ذوي بطء التعلّم)
	مكتبة نور الإلكترونية	مبادئ إرشاد الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة
	مكتبة نور الإلكترونية	تشخيص وتقييم ذوي صعوبات التعلّم
	مكتبة نور الإلكترونية	مقدمة في التأهيل لذوي الإعاقة
	مكتبة نور الإلكترونية	التربية الخاصة واستراتيجية تدريس الأقران

معرف قناة اليوتيوب للكاتب <https://youtube.com/@hygd766-dr>

وفي النهاية أتمنى أن أكون قد شملت جميع الأفكار والعناصر التي تتعلق بموضوع الكتاب، متمنياً من الله عز وجل أن أكون وفقت في إيصال المعلومة لأصحاب الحاجة، وأرجو منكم مسامحتي في حال كنت قد سهوت أثناء كتابتي أو نسيت بعض العبارات المهمة في الموضوع ففي النهاية كلنا بشر، وكلنا معرضٌ للنقصان.

والله أسأل أن يكون هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم

والله ولي التوفيق

مخلصكم: أ. عمار عصام مطر