

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية

الإعاقات المتعددة

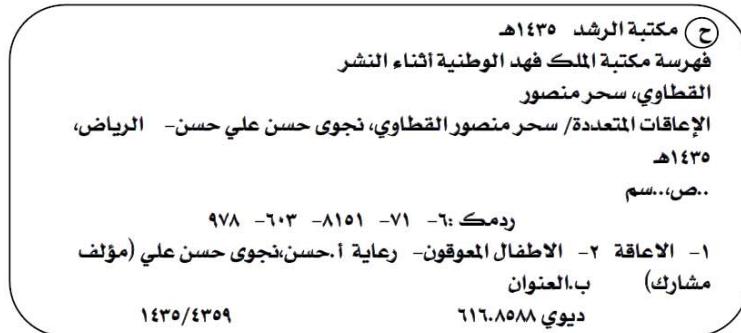
تأليف

د نجوى حسن على حسن
د سحر منصور أحمد القطاوي
أستاذ علم النفس التربوي المساعد
أستاذ التربية الخاصة المساعد

الطبعة الأولى

م 1435 هـ - 2014 م

مِكْتَبَةُ الرَّشَدِ
ناشرون



ردمک: ۶ - ۷۱ - ۸۱۰۱ - ۶۰۳ - ۹۷۸ رقم ایجاد ۱۴۳۵/۴۳۵۹

ردیک: ۶ - ۷۱ - ۸۱۰۱ - ۶۰۳ - ۹۷۸

جميع الحقوق محفوظة

الطبعة الأولى

تاریخ: ۱۴۳۵ھ ۲۰۱۴م

مكتبة الـشـد - نـاـشـرـون

الملكة العربية السعودية - الرياض

الإذاعة : ملكستان - طبعة الملك فهد هاتف : ٤٦٠٢٥٩

ص: ٠ ب ٤٦٧٥٢٢ بالاض، ١١٤٩٤ هاتف ٤٦٠٤٨١٨ - فاكس:

Email: info@rushd.com.sa

Website : www.rushd.com.sa

التوصل: www.Info@rushd.com.sa

فروع المكتبة داخل المملكة

الرياض: المركز الرئيسي : الدائري الغربي - بين مخرجى ٢٧ و ٢٨: هاتف ٤٣٢٩٣٣٢
الرياض: فرع عثمان بن عفان: هاتف ٢٠٥١٥٠٠

فرع مكة المكرمة: شارع الطائف: هاتف ٥٥٨٥٤٠١ فاكس ٥٥٨٣٥٠٦

فرع المدينة المنورة : شارع أبي ذر الغفاري : هاتف ٨٣٤٠٦٠٠ فاكس ٨٣٨٣٤٢٧

فرع جدة: حي الجامعة - شارع باخشب: هاتف ٦٣٣١٨٣٥ فاكس ٦٣٣٠٣١٥

فرع المصيم : بريده - طريق المدينه : هانف ٤٢٤٤٢٢٤ فاكس ٥٤٩٦٣
فرع خميس مشيط : هاتف ٢٣٧٨١٢٩ فاكس ٢٢١٧٩١٣

فرع الدمام : شارع الخزان: هاتف ٨١٥٠٥٥٦ فاكس ٨٤١٨٤٧٣

فرع حائل : ٥٣٢٢٤٦ فاكس ٥٦٦٢٢٤٦

فرع الإحسان : هاتف ٥٨١٣٠٢٨ فاكس ٥٨١٣١١٥

فرع : تیکوک هاتاف ٤٢٤٦٤٠ فاکس ٤٢٣٨٩٢٧

القاهرة: مدينة نصر، شارع إبراهيم أبو التجا، هاتف ٢٢٧٢٨٩١١ - فاكس ٢٢٧١٣٦٢٥

القاموس المحيط - www.alqamus.com - إصدار ٢٠١٣م

بی روت: تلفاکس: ۰۱۸۰۷۴۷۷ - موبایل: ۰۳۲۰۷۴۸۸ - سایر: ۰۱۷۶۶۰۰۱۱۵۰ - موبایل: ۰۱۷۶۶۰۰۱۱۵۰

مكاتبنا بالخارج

القاهرة: مدينة نصر: هاتف ٢٧٤٤٦٥٣ - موبайл ٠١٠٢٠١٤٢٢٦٥٣ - فاكس ٢٢٧١٣٦٢٥

بیروت: تابہ اکس: ۱۸۰۷۴۷۷ - موبائل: ۰۳۲۰۷۴۸۸

الإمارات العربية المتحدة: دبي: مطبعة الرقة: هاتف: ٠٠٩٧١٤٥٦٧٩٠٦ - فاكس: ٠٠٩٧١٤٥٤٨٨٦٧٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
سُرْرَمَدَةِ

الفهرس

الصفحة	الموضوع
11	الفصل الأول حقائق ومفاهيم حول الإعاقات المتعددة .
13	- مقدمة -
14	- تعريف الإعاقات المتعددة .
15	- أنواع الإعاقات المتعددة .
16	- نسبة انتشار الإعاقات المتعددة .
17	- احتياجات متعددي الإعاقات .
20	- خصائص ذوي الإعاقات المتعددة .
20	- طرق الوقاية من انتشار الإعاقات المتعددة .
23	الفصل الثاني الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية
25	- مقدمة -
25	- ما هي الإعاقات الجسمية والصحية
25	- تصنیف الإعاقات الجسمية والصحية.
57	- قیاس وتشخیص الإعاقات الجسمية والصحیة.
57	- البرامیج التربویة للأفراد المعوقین جسمیاً وصحیاً.
58	- برامج التأهیل للأفراد المعوقین جسمیاً وصحیاً.
61	- الخدمات الإرشادیة لذوی الإعاقات الجسمیة والصحیة
66	- الخصائص والاحتیاجات الإرشادیة لذوی الإعاقات الجسمیة والصحیة
67	- اعتبارات أساسیة في تعلیم المعاقین جسمیاً وصحیاً في المدارس العامة
71	الفصل الثالث التوحد ومتلازمة داون
73	- مقدمة -

الصفحة	الموضوع
75	- تعریف التوحد مع داون
75	- نسبة حدوثه
76	- أسباب التوحد مع داون
79	- أعراض التوحد مع داون
81	- خصائص أطفال التوحد مع داون
83	- أدوات القياس والتشخيص
84	- أهمية التدخل المبكر
88	- مبادئ التدخل العلاجي
93	الفصل الرابع الأطفال متعددي الإعاقات الحسية (الصم / المكفوفين)
95	- تعریف الأصم - الكفيف
96	- نسبة انتشار الصم المكفوفين
98	- خصائص الصم المكفوفين
98	- أسباب الإعاقة
105	- أساليب تعليم الصم المكفوفين
106	- التحديات التعليمية التي تواجه الصم المكفوفين
107	- الإجراءات المبنية على التكامل الحسي لبناء اللغة عند الصم المكفوفين
111	- الأساليب المبنية على التكامل الحسي لاكتساب اللغة عند الصم المكفوفين
112	- إرشادات مقترنة للتعامل مع الصم المكفوفين
113	- استخدام منهج بافاريا لذوى الإعاقات المتعددة
125	- مهارات الحياة

الصفحة	الموضوع
130	- مقتراحات عامة
141	الفصل الخامس للأطفال متعددي الإعاقات بمتلازمة اضطراب ضعف الانتباه وفرط والنشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم
143	- مقدمة
144	ما المقصود اضطراب الانتباه والنشاط الحركي الزائد
146	ما هي صعوبات التعلم
149	- خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة إضراب
150	- أعراض ومظاهر المتلازمة
151	- أدوات التشخيص والتقييم
154	- اتجاهات التدخل العلاجي
157	- البرامج والاستراتيجيات التربوية المناسبة لهذه الفئة من الإعاقات
163	الفصل السادس الخدمات المقدمة لمتعددي الإعاقات
164	- الخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليمية لمتعددي الإعاقات
165	- دور مراكز ومؤسسات الرعاية تجاه متعددي
166	- المعوقات التي تواجه متعددي الإعاقات
167	- سمات فريق العمل القائمين على رعاية متعددي الإعاقات
170	- دور المجتمع تجاه فئة متعددي الإعاقات
171	- التدخل المبكر
182	- برنامج بورتج للتدخل المبكر
291	- المراجع

الإعاقات المتعددة

8

المقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم والصلوة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة والتسليم أما بعد :

يسرنا أن نقدم هذا الكتاب للعاملين في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة وللآباء ولجميع المؤسسات التي ترعى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فئة متعددي الإعاقات .

ويتضمن هنا الكتاب مجموعة من الفصول المختلفة والمعلومات الشاملة والدقيقة عن الإعاقات المتعددة نظراً لوجود فئة من الأفراد تعاني من إعاقة في آن واحد وهي فئة الإعاقات المتعددة ومن خلال الإطلاع على المكتبة العربية وجدنا أنها تخلو إلا من عدد قليل من الكتب في هذا المجال لذلك أردنا أن يكون هذا الكتاب في مجال متعدد الإعاقات هو راية ومنارة ومقصد للحصول على المعلومات عن هذه الفئة ويحتوي الكتاب على ستة فصول مختلفة جاءت على النحو التالي :

الفصل الأول : وهو مقدمة تتناول المفاهيم والحقائق العلمية حول مفهوم متعدد الإعاقات ومن هم وما هي خصائصهم ومظاهر نموهم وما هي طرق الحد من انتشار الإعاقات المتعددة .

أما الفصل الثاني :

يتعرض هذا الفصل للإعاقات الجسمية والصحية من حيث التعريف والتصنيف وأسباب الإعاقة وطرق الرعاية والتأهيل ونماذج من الإعاقات الجسمية والصحية و الشخص وال حاجات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية والخدمات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية و اعتبارات أساسية في تعليم المعاقين جسدياً وصحياً في المدارس العامة

والفصل الثالث يتناول التوحد ومتلازمة داون من حيث التعريف ونسبة الحدوث وأسباب التوحد مع داون وأعراض التوحد مع داون وخصائص أطفال التوحد مع داون وأدوات القياس والتشخيص كذلك أهمية التدخل المبكر

والخدمات التربوية التعليمية المقدمة لأطفال التوحد مع داون ومبادئ التدخل العلاجي . والفصل الرابع يتناول متعددي الإعاقات من الإعاقة الحسية وهم (الصم / المكفوفين) حيث يبدأ الفصل تعريف الأصم - الكفيف ونسبة انتشار الصم المكفوفين وخصائص الصم المكفوفين وأسباب الإعاقة وأساليب تعليم الصم المكفوفين والتحديات التعليمية التي تواجه الصم المكفوفين والإجراءات المبنية على التكامل الحسي لبناء اللغة عند الصم المكفوفين ثم إرشادات مقترنة للتعامل مع الصم المكفوفين واستخدام منهج بافاريا لذوي الإعاقات المتعددة ثم تناول مهارات الحياة لهذه الفئة.

ثم الفصل الخامس الذي يستعرض الأطفال متعددي الإعاقات المصايبن بمتلازمة اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم حيث يعرض هذا الفصل ما المقصود باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي الزائد وما المقصود بصعوبات التعلم وما أسباب وأعراض هذا الاضطراب وما هي خصائص الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة وما هي أدوات القياس والتشخيص ومبادئ التدخل المبكر وما هي أهم البرامج والاستراتيجيات المناسبة لهذه الفئة من الإعاقات المتعددة .

أما الفصل السادس والأخير فهو يتناول الخدمات وطرق الرعاية والتأهيل لمتعددي الإعاقات من حيث من هم العاملين مع هذه الفئة وما هي أهم خصائص العاملين مع فئة ذوي الإعاقات المتعددة وما هي الخدمات التي تقدم لهم وما دور مراكز الرعاية والتأهيل تجاه هذه الفئة وما دور الأسرة في رعاية طفلها ذوي الإعاقات المتعددة ثم نصائح للإباء والمربين وفي نهاية الفصل تقديم بعض البرامج الإرشادية والتأهيلية المقدمة لفئة ذوي الإعاقات المتعددة . فإذا نجحنا في إيصال ما أردناه فلله الحمد ولمنة وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين .

المؤلفتان

الفصل الأول

حقائق ومفاهيم حول الإعاقات المتعددة

- مقدمة
- تعريف الإعاقات المتعددة
- أنواع الإعاقات المتعددة المختلفة
- نسبة انتشار الإعاقات المتعددة
- احتياجات ومتطلبات متعددي الإعاقات .
- خصائص ذوي الإعاقات المتعددة .
- طرق الوقاية والحد من انتشار الإعاقات المتعددة .

الإعاقات المتعددة

12

الفصل الأول

حقائق ومفاهيم حول الإعاقات المتعددة

مقدمة :

يعاني المعاقين منذ القدم وحتى وقتنا الحاضر من تدني نظرة المجتمع لهم والشعور العام بكونهم عالة على المجتمع لذلك قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 1975م بإقرار إعلان حقوق المعاقين الذي عرف أن المعاق هو الشخص الذي لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كامل أو جزئي نتيجة تؤثر على أحليته الجسمية أو العقلية كما أقر الإعلان على حق المعاقين في العناية الطبيعية والنفسية وحقهم أيضاً في الإسهام والمشاركة في كل الأنشطة الرياضية والاجتماعية والإبداعية والترفيهية على حد سواء وفي الولايات المتحدة الأمريكية يعقد مجلس الأطفال غير العاديين C . E . C العديد من المؤتمرات والندوات بشأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ وقت بعيد (الشربيني ، 2009) .

كما تعد الإعاقة سبباً رئيسياً لعدم التكيف مع المجتمع بما تسببه من أزمات نفسية واجتماعية محيط الأسرة وعند مقارنته بأقرانه وبعد تطوير ميدان التربية الخاصة وتعليمهم هدفاً من أهداف وزارة العمل وتدور تساؤلات حول إمكانات ذوي الاحتياجات الخاصة وقدراتهم على تأدية المهام المطلوبة منهم كأفراد في المجتمع ومع تطور التربية الخاصة تغيرت الرؤية تجاههم ولم يعد الواحد منهم متعمداً على من حوله كلياً وإنما يمكن أن يقوم بكثير من الأدوار الحيوية إذا تم تدريسه وتأهيله لذلك بشكل مناسب. (القمش، 2010) .

ويتبين من خلال السطور السابقة أن النظرة إلى فئة الإعاقات كانت نظرة متدينة لدور المعاق مما انعكس بدوره على صورة الذات لديه ومع التقدم والتطور في مجال التربية الخاصة بدأت نظرة المجتمع تتحسن تجاه فئة الأطفال المعاقين

من جانب النظر إليهم على أنهم لديهم قدرات وإمكانات مع التدريب والتأهيل بشكل مناسب سيكون لهم دور حيوي وفعال في المجتمع وقد صدر لأول مرة (1970) قانون تربية الأفراد ذوي القصور والذي تضمن ذكر الأفراد أولاً ثم صفة القصور Disability ثانياً ليؤكد أن القصور جزء طبيعي من تجربة كل فرد وهو لا يقلل من حقه في الحياة والتعلم والمشاركة في بناء المجتمع (القرطي ، 2006) .

تعريف الإعاقات المتعددة :

الإعاقات المتعددة : هي أن يجمع الفرد بين أكثر من إعاقة . وتحتاج فئة متعددي الإعاقة وهذه الفئة إلى دراسات من نوع خاص تتميز وتختلف عن الدراسات المتعلقة بنوع واحد من الإعاقة وهذه الفئة لها سمات وخصائص تختلف عن الإعاقة الواحدة (القمش ، 2010) .

تم التوصل إلى تعريف فئة الإعاقات المتعددة بين عامي (1978 - 1979) الذي نص على أن متعددي الإعاقات هم الأفراد الذين يعانون من إعاقات متزامنة كالتلخلف العقلي وكف البصر أو التخلف العقلي وتشوهات واضطرابات في النمو . (ysseldyke , 1977) وعرف النصراوي (1982) الطفل متعدد الإعاقة بأنه الشخص الذي ليس لديه القدرة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة أساسية لحياته العادية نتيجة إصابة في وظائفه الجسمية أو العقلية أو الحركية كما عرف الموسى (1999) متعددي الإعاقة بأنهم الأفراد الذين يعانون من إعاقتين أو أكثر من الإعاقات المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة مثل الصم وكف البصر، والتخلف العقلي والصم ، وكف البصر التخلف العقلي ، بحيث تؤدي هذه الإعاقات إلى مشكلات تربوية شديدة لا يمكن التعامل معها بالبرامج التربوية المعدة خصيصاً لأحدى هذه الإعاقات .

ويظهر مما سبق أن متعددي الإعاقات هم حالات أشد وأصعب من الإعاقة الواحدة حيث أنهم يجمعون بين أكثر من إعاقة في نفس الوقت ولهم برامج

خاصة بهم لا تصلح مع الفئات الأخرى كما أنهم يحتاجون إلى رعاية واهتمام مكثف من قبل المراكز والمؤسسات التأهيلية والتدربيّة لهم وذلك لأنهم معتمدون كلياً على غيرهم في المأكل والمشرب والملبس ويحتاجون إلى المساعدة طوال الوقت بالإضافة إلى الرعاية الصحية والنفسية.

أنواع الإعاقات المتعددة المختلفة :

لها تصنيفات عديدة ولكن هناك شبه اتفاق بين جميع المراجع العلمية المتخصصة على تصنيفهم إلى الفئات الآتية :

يصنف متعددي الإعاقات حسب نوع الإعاقة على النحو التالي :

1) الإعاقات الجسمية والصحية معاً .

2) الإعاقات الحسية حالات (الصم والمكفوفين) .

3) التلازم المرض بين التوحد ومتلازمة دوان .

4) متلازمة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم

5) ذو الإعاقات المتعددة من ضحايا الإشعاع والتلوّثات الخلقية .

وينصح من خلال التصنيف السابق أن تعدد الإعاقة هو وجود أكثر من عوق في نفس الفرد كما أن تعدد الإعاقة يصنف تحت إعاقة رئيسية وإعاقة مصاحبة خاصة عند ظهورهما معاً في نفس الوقت .

كما نلاحظ أن كلمة إعاقات جاءت في صيغة الجمع الأمر الذي يعني وجود أكثر من إعاقة لدى الشخص المصاب كذلك فإن مصطلح متعدد الإعاقات يعني (Multiple Disabilities) وكلمة إعاقات جاءت بصيغة الجمع وتدل على نفس المعنى السابق .

ومن خلال التصنيف السابق لحالات متعدد الإعاقة يتضح أن كل تصنيف يحتوي على إعاقة رئيسية لدى الفرد وإعاقة مصاحبة لها ويجب إعداد برامج

مناسبة وفردية لكل تصنيف على حده ولا بد أن تطبق بصورة فردية وأن يتناسب مع احتياجات كل فرد ولا بد من فهم واضح ومعرفة ودرائية بكل إعاقة وكيفية التعامل معها بصورة مناسبة .

نسبة انتشار الإعاقات المتعددة :

تبلغ نسبة مستوى الإعاقات الجسمية والصحية نسبة محدودة مقارنة بعدد السكان إذ بلغ حوالي 0.03 : 0.05 وتقل هذه النسبة مع التقدم العلمي في مجال الطب وفي المعالجة الصحية المتطورة (القريري وأخرون ، 2001) .

أما بالنسبة للإعاقة الحسية (الصم والمكفوفين) وهي قليلة الحدوث بالنسبة للإعاقات الأخرى حيث تشير أن نسبة انتشار حالات الإعاقات (السمعية والبصرية والحركية) مجتمعين مقارنة مع حالات التربية الخاصة تبلغ 8.8 % (LERNEV , 2000) .

أما بالنسبة لتلازم المرضى بين التوحد ومتلازمة داون أن حالات التوحد في ازدياد وقد أشارت بعض الدراسات أنها تصل إلى 15 : 20 حالة في 10.000 لكل حالة ولادة حية (BRYNA , 1996) .

كما أشارت دراسات أخرى أن النسبة تكاد تصل إلى (1 - 500) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية .

وغالباً ما يكون التوحد مصحوباً بتأخر عقلي شديد وتصبح النسبة (1 : 2) أي أنهى مقابل ذكران وإجمالي متعدد الإعاقة يمثل 2.2 % من مجموع الطلبة المعوقين وهو ازدياد .

أما بالنسبة لمتلازمة اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم فتقدر بنسبة انتشار هذه الفئة في العديد من الدراسات ما يقارب من 16 % من طلاب المراحل الابتدائية .

أما بالنسبة للتشوهات الخلقية وضحايا الإشعاع فتبلغ نسبة التشوهات من 2% : 3% من كل المواليد وتزداد هذه النسبة عند المصابات بداء السكر وتقدم السن وما زالت نسبة كبرى من التشوهات الخلقية غير معروفة السبب أما البعض الآخر فقد تم توصيفها وتحديد أسبابها الوراثية .

ومما سبق يتضح أن فئة متعدد الإعاقات فئة محدودة وقليلة إلا أنها لها احتياجات عديدة وتحتاج إلى اهتمام ووعي مكثف كما أنها تحتاج إلى أعداد برامج تربوية تصمم لكل حالة على حده فيجب من احتواء هذه الفئة داخل كل مجتمع فهم جزء في بناء المجتمع .

احتياجات متعدد الإعاقات :

متعدد الإعاقات احتياجات ومتطلبات عديدة خلال مراحل النمو المختلفة .

وتعريف الاحتياجات : بأنها متطلبات يحتاج إليها الفرد أثناء مراحل نموه فإذا لم يتم إشباعها شعر بالشقاء والضعف وأثرت عليه في مراحل نموه (زهران ، 1995) .

كما يعرف مرسي (1996) الحاجة بأنها مفهوم فرضي يدل على حالة من عدم الاتزان الداخلي بسبب نقص شيء مادي أو معنوي يؤدي إلى التوتر والإثارة للكائن الحي فيدفعه للنشاط والاستمرارية حتى يحصل على ما ينقصه ويُشبع حاجاته فيعود إلى توازنه الداخلي وال حاجات التي يحتاج إليها متعدد الإعاقات هي الحاجات للنمو الجسمي وال حاجات للنمو العقلي وال حاجات للنمو الاجتماعي وال حاجات للنمو الانفعالي .

وهي على النحو التالي :

1- حاجات النمو الجسمي وهي :

- الحاجة إلى الطعام والشراب : تعدد من الحاجات الفطرية البيولوجية التي تحتاج إليها الإنسان وبدونها يشعر بالجوع والعطش وسوء التغذية وربما أوشك على الموت فهو من ضروريات النمو وعامل رئيسي في تكوين الجسم السليم .
- الحاجة إلى الراحة والنوم : وهو أيضاً من الحاجات البيولوجية التي تحتاج إليها الإنسان وهو عملية لازمة للنمو الجسمي والعقلي والاجتماعي لأن عملية النمو في الطفولة سريعة وتستنفذ مجهوداً كبيراً في الهدم والبناء لذلك يحتاج الجسم إلى الراحة والنوم .
- الحاجة إلى الرعاية الصحية والوقاية من الحوادث . وهي من ضروريات النمو فيجب المحافظة على حياة الأطفال وحمايتهم من الحوادث وتحصينهم ضد الأمراض والمتابعة الصحية لهم والكشف المبكر عليهم حتى يتمتعوا بصحة جيدة .

2- حاجات النمو العقلي :

- الحاجة إلى حب الاستطلاع استكشاف للبيئة من حوله بهدف جمع المعلومات واتساع المعرفية .
- الحاجة للتفكير العلمي فيتعلم الفرد التفكير بطريقة منتظمة ويعرف الإجابة من تساؤلاته ويستخدم ذلك من أمور حياته .
- الحاجة إلى تعلم المهارات الأساسية مثل القراءة والكتابة .
- الحاجة إلى تعلم الحوار والنقاش داخل الفصل الدراسي يحتاج الطفل من يعلمه كيف يحاور الآخرين كيف يقوم بالعصف الذهني كيف يحل المشكلات .

3- حاجات النمو الاجتماعي هي :

- الحاجة إلى التعاون والإنتماء : من الحاجات الأساسية أن يتعلم الطفل كيف يتعاون مع الآخرين ويكون أصدقاء ويكون لديه انتفاء لأصدقائه ولاه لهم وتعاون مع أسرته .
- الحاجة إلى تعلم العادات والقيم : وهنا هو دور الأسرة في اكتساب أبنائهما للقيم والعادات الاجتماعية السوية المرغوبة .

4- حاجات النمو الانفعالي :

- الحاجة للعاطف والمحبة وهي من الحاجات الأساسية التي يحتاج إليها الطفل خلال مراحل نموه لا بد أن يشعر بالحب والعطف والحنان من أفراد أسرته حتى يتعلم كيف يجب الآخرين .

5- الحاجة للنجاح والتقدير والاحترام :

- وهي من الحاجات التي يحتاج إليها الطفل أثناء مراحل النمو المختلفة يحتاج أن يشعر بالنجاح حتى يؤدي ذلك إلى ثقته بنفسه ويحتاج للتقدير والاحترام حتى يتمكن من احترام الآخرين ويوفر الكبار .

- 6- الحاجة إلى الأمان النفسي : وهو أن يشعر الطفل أنه مستقر وأمن داخل ويشعر بالطمأنينة وأنه يعيش في جو أمن فينمو نمواً سليماً بعيداً عن القلق والتوتر والخوف .
- ومن خلال التعرف على أهم احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة تجد أنها لا تختلف عن احتياجات الأطفال العاديين ولكن ذوي الإعاقات المتعددة لديهم احتياجات خاصة بهم أيضاً وتزداد من العاديين مثل :

1- استخدام وسائل تعليمية خاصة بهم أثناء العملية التعليمية .

- 2 يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى مقاعد خاصة بهم وإلى بعض الأجهزة التعويضية .
 - 3 يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى معلم يتميز بكميات مهنية تميزه عن معلم الطلاب العاديين .
 - 4 يحتاج إلى تعلم مهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين بأساليب ووسائل جديدة .
 - 5 زيادة الأنشطة الالاصفية .
 - 6 يحتاج على برامج فردية لدعم مهاراتهم الأكاديمية .
- خصائص متعدددي الإعاقات :**
- أولاً : الخصائص الجسمية :**
- يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى من يساعدة في الحركة والانتقال كما أن حالات الشلل الدماغي تجعل الطفل يعاني من محدودية في مهارات العناية والاهتمام بالذات مما يجعل هذا الطفل يحتاج دائماً للمساعدة في كل مهاراته اليومية والشخصية .
- ويرى بزلايك (1997م) أن الناحية الجسمية تمثل مشكلة من المشكلات الأساسية التي يواجهها متعددو الإعاقة إلا أن بعضهم يتحدى هذه الإعاقة ويصل إلى الأولمبياد .

ثانياً : الخصائص المعرفية :

يرى كلاً من (السرطاوي و خشاب ، 2000) أن متعددي الإعاقة يجدون صعوبة في تجميع المهارات التي تعلموها على نحو مستقل كذلك يعانون من صعوبات في انتقال أثر التدريب وكذلك صعوبات في الإدراك والتميز ومشكلات الانتباه

واستقبال المعلومات والذاكرة وعدم القدرة على حل المشكلات كما أنهم يعانون من صعوبات في

الفهم والتواصل

(National in formation . center for children and youth wth Disability Nellycy , 2004)

ثالثاً : الخصائص السلوكية :

تؤثر الإعاقة الجسمية من التطور السلوكي والاجتماعي والعاطفي فيجب تدعيم الطفل متعدد الإعاقة حتى يكون مستقلاً وأن يستطيع التعامل مع الآخرين كما أنه يعني من ضعف في مهارات الاتصال الاجتماعي مع الآخرين كما أن بعض الحالات يظهرون بعض أنماط السلوك المؤذن لأنفسهم كتعرض أنفسهم للخطر دون وعي (Start , 1996) .

رابعاً : الخصائص الأكاديمية :

لدى الأطفال متعددو الإعاقة صعوبات أكاديمية عن أقرانهم الذين لا يعانون من إعاقات كما أن الفرص التعليمية تكون محدودة بسبب الانقطاع أو الغياب المستمر في المدرسة كما أنهم يظهرون الإحساس بالتعب والإجهاد من أقل مجهود يقومون به لذلك فهم يحتاجون إلى مناهج خاصة بسيطة تعد خصيصاً لهم .

طرق الوقاية والحد من الإعاقات المتعددة :

والوقاية والحد من زيادة أو شيوخ نسبة الإعاقات المتعددة نجد أن التدخل المبكر هو الحل الأمثل فقد أخذت دول كثيرة بأسلوب التدخل المبكر في الوقاية من الضعف العقلي ولم يعد مقبولاً في هذه الدول تأخر رعاية الأطفال المختلفين عقلياً أو المعرضين للتأخر العقلي حتى التحاقهم بالروضة أو المرحلة الابتدائية (مرسي ، 1996) .

وبذلك يكون التدخل المبكر مرتبط ببرامج الوقاية أو برامج التشخيص أو برامج العلاج والتعامل مع الإعاقة (الشناوي ، 1997) ويعتمد التدخل المبكر على عدة خدمات هي :

1/ خدمة الرعاية الطبية .

2/ خدمة الرعاية الاجتماعية .

3/ خدمة الرعاية النفسية .

4/ خدمة الرعاية التربوية .

فبرامج التدخل المبكر تكون أكثر فاعلية للطفل ولأسرته على نحو يدعم ويطور مواطن القوة لدى الطفل متعدد الإعاقة ويوهله التأهل المناسب للقيام بدور حيوي في الحياة .

الفصل الثاني

الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

- مقدمة
- ما هي الإعاقات الجسمية والصحية
- تصنیف الإعاقات الجسمية والصحية .
- قیاس وتشخیص الإعاقات الجسمية والصحیة .
- البرامیج التربویة للأفراد المعوقین جسمیاً وصحیاً.
- برامیج التأهیل للأفراد المعوقین جسمیاً وصحیاً.
- الخدمات الإرشادیة لذوی الإعاقات الجسمیة والصحیة
- الخصائص وال الحاجات الإرشادیة لذوی الإعاقات الجسمیة والصحیة
- الخصائص السلوکیة والشخصیة لذوی الإعاقات الجسمیة والصحیة
- اعتبارات أساسیة في تعليم المعاقین جسمیاً وصحیاً في المدارس العامة

مقدمة :

تعتبر الإعاقة الجسمية والصحية مشكلة في المقام الأول إضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثراها على الفرد المعمق أكبر من حجم الإصابة نفسها، خاصة إذا حدثت الإعاقة في مراحل عمرية متاخرة. فقبل حدوث الإصابة يكون الفرد قد رسم لنفسه نهجا وخططا معينة وبحدوثها يشعر الفرد بخسارة عضو من أعضائه أو شلل في أحد أطرافه أو جميعها فتتأثر حركته وتنقله وتوازنه مما يجعله يشعر بالنقص والاختلاف عن أقرانه العاديين وتزداد هذه المشاعر لديه عند شعوره بالألم من جراء الإصابة أو حاجته لدخول المستشفى لفترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في حركته وتنقله أو أنه مهدد بالخوف والموت في أي وقت ومن الطبيعي أن تحول الإعاقات الجسمية والصحية الشديدة من حضور الطفل المدرسة أو الأنشطة والمناسبات الاجتماعية إلى الحد الذي يستدعي تقديم الخدمات والبرامج الخاصة بالطفل في البيت أو المستشفى .

ما هي الإعاقات الجسمية والصحية؟

المعوقين جسميا وصحيا هم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة علي القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلي عدم حضورهم المدرسة مثلاً أو أنه لا يمكنهم من التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة . ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواءً كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية.

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية

يشير مصطلح الإعاقة الجسمية والصحية إلى حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في

القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي، وتعتبر فئات الأفراد المعاين جسمياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاين جسمياً وصحياً وتصنف الأدبيات التربوية الخاصة الإعاقة الجسمية الصحية إلى ثلاثة فئات رئيسية هي:

- الاضطرابات العصبية.

- الاضطرابات العظمية / العضلية

- الاضطرابات الصحية المزمنة.

أولاً: الاضطرابات العصبية:

تنشأ الاضطرابات العصبية عن تلف أو علة نقص يعتري في أغلب الأحيان الجهاز المركزي "الدماغي"، أو إصابة الحبل الشوكي.

تعريف الإعاقات العصبية:

هو قصور وظيفي أو خلل في الدماغ أو الحبل الشوكي أو الاثنين معًا يحدث قبل الولادة أو في أثناءها أو بعدها.

إصابات الجهاز العصبي المركزي:

- الشلل الدماغي.

- العمود الفقري - المفتوح.

- الصرع.

- الاستنسقاء الدماغي.

- إصابة الحبل الشوكي.

- شلل الأطفال.

1- الشلل الدماغي:

هناك عدة تعريفات للشلل الدماغي منها:

- هو مجموعة الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية الناتجة عن خلل

في الجهاز العصبي المركزي أو نموه.

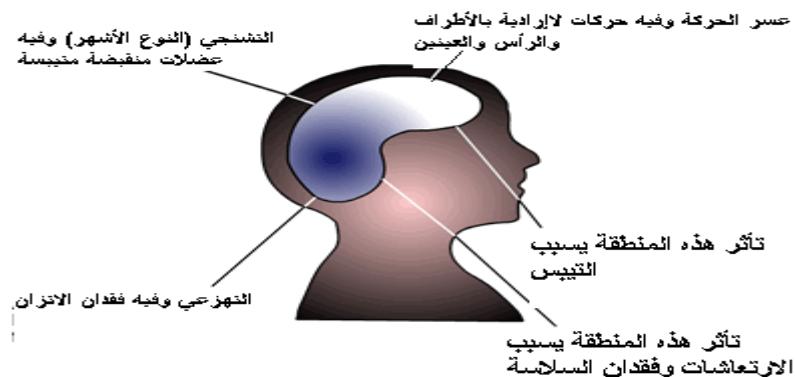
- هو عجز عصبي - حركي - ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ.
- وهو مرض يتصف بالعجز الحركي الناتج عن تغيرات في المخ منذ الولادة أو بعدها بفترة قصيرة، ويظل أثره طيلة حياة الإنسان ومن أهم أعراضه التشنج فيأعضاء جسم المصاب. وبإمكاننا تلخيص ما جاء في هذه التعريفات للتأكد على أن الشلل الدماغي يتصرف بما يلي:
- أنه مرض خاص بالأطفال حديثي الولادة أكثر من غيرهم، أي أنه يحدث في المراحل الأولى من نمو الطفل.
- أنه خلل أو تلف يصيب المراكز الدماغية المسئولة عن الحركة.
- أنه مرض ليس معدي ولا قابل للشفاء.
- يشتمل على خلل في العديد من الحركات الجسمية (العز، 2001).

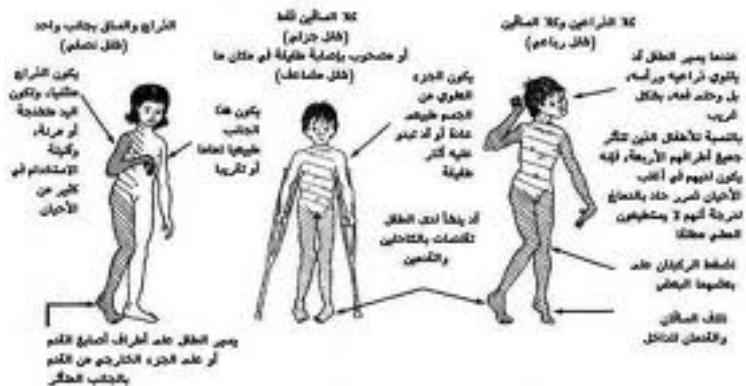
التصنيفات:

يمكن تصنيف الشلل الدماغي وفق نمط الإصابة وطبيعتها أو وفق الطرف أو الأطراف المصابة.

التصنيف الأول: نمط الإصابة وطبيعتها وينقسم إلى ما يلي:

أنواع الشلل الدماغي





www.khan-jivans.com

١. الشلل الدماغي الهرمي أو التشنجي:

يوجد هذا النوع في حوالي 50% من حالات الشلل الدماغي، وسبب هذا النمط من الشلل تلف يصيب القشرة الدماغية أو الممر الهرمي للدماغ، وينتتج عن هذه الإصابة مشكلات في الحركات الإرادية حيث تبدو هذه الحركات بطيئة ومحدودة وضعيفة التناسق، وكثيراً ما ترافق هذه الحالة الإصابة بالصراع والمشكلات الحسية واللacrémie، وعلى الجملة أن يقال بأن المصابين بالشلل الدماغي التشنجي لا يستطيعون الحركة كيفما يريدون، ويصعب عليهم استخدام أصابعهم في التقاط الأشياء.

2. الشلل الدماغي خارج الهرمي ويتضمن ما يلي:

أ. الشلل التوائى أو التخبطى:

يشكل هذا النمط من الشلل حوالي 25% من حالات الشلل، ويتصف المصابين بما يلي:

- حركات مستمرة لولبية لا إرادية في اليدين والرسغين.

- قد لا يستطيع الطفل المصاب بالتحكم بحركات شفتيه ولسانه في سبيل لعابه

بشكل لا إرادي وغالباً ما ينحني رأسه للخلف.

- يجد صعوبة عند نطق الكلام.

- حركات غير مترابطة تصعب من القيام بأفعال هادفة.

- الأطفال المصابون لا يستطيعون وقف الحركة عندما يريدون وقفها بالرغم من أن هذه الحركات تتوقف عند النوم.

يكون التلف في هذا النوع من الشلل في العقدة الأساسية (الخلايا العصبية في الجزء المركزي من الدماغ).

ب. الشلل التخلجي ويتصف بما يلي:

- عدم قدرة الفرد على الاحتفاظ بتوازن الجسم.

- انخفاض مستوى التوتر العضلي.

- الحركات غير المتناسقة.

- الحركات التشنجية والتخبطية.

المشي المترنح الناتج عن إصابة المخيخ المسئول عن توازن الجسم. وفي الشلل الدماغي التخلجي يكون التلف في المخيخ وهو الجزء المسئول عن تنسيق الحركات وضبط التوازن والإحساس بوضع الجسم في فراغ

ج. الشلل التيبسي ويتصف بما يلي:

- شلل نادر في حدوثه.

- حدوث تشنجات شديدة جداً.

- توتر عضلي بالغ الشدة.

- يقاوم المصاب الحركة.

- الإصابة في هذا النوع رباعية.

- تكون مصحوبة بصغر في رأس المصاب وبتختلف عقلي شديد.

- د. الشلل الارتعاشي ويتصف بما يلي:
- حدوث ارتعاشات لا إرادية في الجسم.
 - حركات نمطية في الأطراف.
 - نادر الحدوث.

التصنيف الثاني: الطرف أو الأطراف المصابة، وينقسم إلى ما يلي:

1. الشلل الأحادي: أي إصابة طرف واحد وهو نادر الحدوث.
2. النصفي الجانبي: المتمثل في إصابة طفين في جهة واحدة من الجسم (اليد اليمنى مع الساق اليمنى، أو اليد اليسرى مع الساق اليسرى).
3. الشلل الرباعي: حيث تتساوى الأطراف الأربع في حدة الإعاقة
4. الشلل النصفي السفلي: وتشمل شلل الرجلين فقط من الجسم
5. الشلل الكلي: وتشمل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معًا
6. الشلل الثلاثي: إصابة ثلاثة أطراف

الإعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغي:

1. المشكلات الصحية: وتمثل في صعوبات في بلع الطعام وتناول السوائل المواد الصلبة، وكذلك نخر الأسنان وسيلان اللعاب بشكل ملحوظ.
2. مشكلات التخلف العقلي: وتمثل العجز في السلوك التكيفي، حيث لا يستطيع المصاب التكيف مع بيئته الأسرية والاجتماعية.
3. مشكلات حسية (سمعية، بصرية): وتبلغ نسبة إصابة المشلولين المصابين بالإعاقة السمعية ما بين 15-25% والبصرية حوالي 5%.
4. اضطرابات اللغة: تقدر نسبة الأطفال المشلولين دماغياً الذين لديهم اضطرابات في اللغة 5% ومن هذه المشكلات ما يلي:
 - عسر الكلام: ويتمثل في عدم قدرة الفرد على ضبط حركات عضلة اللسان.
 - الحبسة: عدم قدرة هؤلاء الأطفال على استخدام اللغة المنطقية.

- الاضطرابات الإدراكية التي تتعلق بالسمع والبصر واللمس.

5. مشكلات صعوبات التعلم: حيث يعني ما بين 15-25% من المشرولين دماغياً من صعوبات التعلم متمثلة في نقص القدرة على السمع والتفكير والكلام والقراءة والكتابة والتهجئة والحساب.

دور المعلم:

إذا كان الأطفال يعانون من شلل دماغي فيجب على المعلم أن يعي أنهم مقيدون في حركتهم وإن عليه أن يساعدهم في حركة كراسיהם النقالة وكذلك في الملبس أو الطاكل أو غير ذلك من الفعاليات من مثل ما يلى:

- التأكيد عند تحريك الكرسي من أن الأرجل في مكانها الخاص في الكرسي.
 - إخبار الطفل بكل ما ينوي المعلم القيام به سواء في إجلاسه أو تحريك كرسيه.
 - عدم تقريب الكرسي من مصادر الحرارة.
 - إعادة ترتيب جلسة الطفل كل نصف ساعة على الأكثـر.
 - عدم سحب الطفل من ذراعيه ولكن من أبيطيه.
 - التأكيد من إجلاس الطفل على المقعد في الصـف من ملامسة القدمين للأرض، وانحناء الركبتـين والظـهر مسـنـداً.
 - ألبـسـ الطفل بدءـاً من الجـهة المصـابـةـ.

2. العمود الفقري المفتوح:



هو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينبع عن انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي، تبلغ نسبة انتشاره حوالي (2) لكل (1000)، إن أسباب العمود الفقري المفتوح لا تزال غير مفهومة جيداً وإن كان يعتقد عموماً أن عوامل جينية تتفاعل مع عوامل بيئية في مرحلة ما قبل الولادة، كذلك يعتقد أن نسبة ضئيلة جداً من الحالات قد تكون وراثية.

تصنيف العمود الفقري المفتوح:

- العمود الفقري المفتوح غير الظاهر: وهو أخف أشكال هذه العلة وليس له آثار سلبية أو ليس له إلا القليل منها، والعرض الوحيد الذي يدل عليها هو تجمع كثيف من الشعر يغطي منطقة الشق.

- العمود الفقري المفتوح الندي: وله شكلان أحدهما بكيس سحائي والثاني بكيس سحائي شوكي، في الشكل الأول يتكون كيس سحائي خارج الظهر تجري له جراحة في اليوم الأول من الولادة، أما الشكل الثاني فهو الأكثر خطورة إذ يحتوي الكيس على أجزاء من الجبل الشوكي والسائل الشوكي، والعملية الجراحية ضرورية لانتهاء من مشكلة الكيس ولكن التلف العصبي لا يمكن تجنبه، ويترك آثاراً تتفاوت بتفاوت مكان الشق، فكلما كان الشق في مكان أعلى يكون التلف أكبر، فالشق في الفقرات السفلية ينتج عنه عدم القدرة على ضبط عضلات الإخراج ولكنه غير مصحوب بشلل، أما إذا كان الشق في الفقرات المرتفعة ينتج عنه شلل وقد الإحساس بالأطراف السفلية ومشكلات كلوية.

مضاعفات العمود الفقري المفتوح:

يعاني الأطفال الذين لديهم هذه الإعاقة من مشكلات مختلفة أهمها:

1. الاستسقاء الدماغي والذي قد يؤدي في معظم الحالات إلى التخلف العقلي.
2. يحدث ضعف أو شلل في عضلات الجذع وذلك اعتماداً على موقع الفتحة.

3. تشوهات في العظام وتقرحات في الجلد.

4. التهابات المجرى البولي.

العلاج:

العلاج الوحيد في الحالات الخطيرة هو الجراحة العصبية الفورية حيث يقوم جراح الأعصاب بإعادة الحبل الشوكي إلى مكانه وإغلاق الفتحة، ولكن ذلك يقود إلى الشلل في الأطراف السفلية ويؤدي إلى فقدان السيطرة على وظائف المثانة والأمعاء، ولذلك يحتاج هؤلاء الأشخاص في المراحل اللاحقة إلى استخدام العكازين أو الكراسي المتحركة.

3. الصرع:

هو تغير غير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغييرًا في حالة الوعي لدى الإنسان، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبداً وينتهي تلقائيًا ويتصف بقابليته للحدوث مرات أخرى في المستقبل.

أنواع الصرع:

يشتمل الصرع على ثلاثة أنواع رئيسية هي:

1. نوبة الصرع الكبري:

في العادة يسبق السلوك الحركي المصاحب لنوبة الصرع الكبري بعض الظواهر الحسية التي يشير فيها المصاب مثل سمع بعض الأصوات الصاخبة وشم بعض الروائح الغريبة أو رؤية بعض الخيالات.

الأعراض:

- يشعر المصاب بدوران في الرأس.
- تعب في الجسم.
- تخدر في الأطراف.

- يلجأ المصاب إلى الاستلقاء على الأرض.

- تأتي النوبة على شكل تشنج عنيف وتعطل في التنفس.

- اهتزازات عضلية عنيفة يصاحبها صرخ وفقدان الوعي.

- قد يعض المصاب لسانه أو شفتيه.

وقد وضعت المؤسسة الأمريكية للصرع لائحة ب التعليمات التي يجب على طلاب الفصل إتباعها في

حالة حدوث النوبة لبعض زملائهم المصابين بالصرع وهي:

- تمالك نفسك وإلزام الهدوء وأعلم جيداً بأن المصاب لا يشعر بأي ألم أثناء حدوث النوبة.

- لا تحاول منع المصاب من الحركة، كل ما عليك أن تضع وسادة أو قطعة قماش تحت رأسه لخفيف ارتطامه بالأرض.

- أعمل على تنظيف المكان من الأشياء أو الأدوات التي يمكن أن يلتقطها المصاب.

- لا تضع أي شيء في فم المصاب، ومن الأفضل أن تساعده على الاستلقاء على أحد جانبيه، لتسهيل خروج اللعاب من فمه.



- بعد أن تنتهي النوبة ويفيق المصاب ويعود إلى صوابه تماماً يمكن إعطاؤه بعض السوائل ليشربها، ثم أشرح له ما حصل، ووفر له فرصة للاسترخاء والراحة.

2. نوبة الصرع الصغرى:

تتصف هذه النوبة بأعراض مرضية مميزة منها الحملقة في الفراغ، وفتح العينين واغماضهما وفقدان الوعي، ولا تستمر هذه النوبة في العادة أكثر من ثلاثين ثانية، وهي تصيب الأطفال ما بين الرابعة والثامنة من العمر وتحدث بشكل متكرر (أحياناً عشرات مرات في اليوم الواحد)، ونادراً ما تستمر النوبة الصغرى إلى سن الرشد، غالباً ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم عديمو الانتباه وبأن لديهم أحلام يقظة.

3. النوبة النفس حركية:

هي عبارة عن نوبات صرع قصيرة تؤثر على الجانب الحركي والسلوكي للمصاب، تتمثل في قيام المصاب بسلوك أو نشاط حركي لا معنى ولا هدف له، مما يدعو للسخرية، كأن يتمطر المصاب شفتيه، أو يدور حول نفسه، أو يقفز أو يجري أو يصبح بلا هدف، ويبدو على المصاب أنه في وعيه ولكن في الحقيقة يكون غائباً عن الوعي خلال حدوث هذه النوبات.

العلاج:

إن الوسيلة الأساسية التي يعتمد الأطباء عليها لمعالجة الصرع هي العقاقير المضادة للنوبة، وهذه العقاقير تعمل على كبح النوبات أو إيقافها في حوالي (80%) من الحالات، ويقوم أخصائيو جراحة الدماغ والأعصاب أحياناً بإجراء جراحة عصبية، وهذه العملية تجري للمصابين بالصرع النفسي الحركي.

الآثار المترتبة على المصاب بالصرع:

إن الصرع قد يترتب عليه مشكلات متنوعة طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية، وكما يجمع المهتمون بالأبعاد النفسية والاجتماعية للصرع، فهذه الاضطرابات يتبدى كمشكلة طبية وينتهي كمشكلة اجتماعية، وما يعنيه ذلك هو أن الاتجاهات السلبية نحو الصرع ونحو الفرد المصاب به.

دور المعلم:

من الواضح أن المعلم يلعب دوراً حاسماً في طبيعة الخبرات التي يمر بها الطالب المصاب بالصرع، ويتمثل ذلك فيما يلي:

1. جعل حياة الطالب المدرسية عادلة أو قريبة من العادلة.

2. التعرف على حقيقة الصرع وأثاره وتعريف الطلاب الآخرين بذلك.

3. مراعاة مبادئ السلامة العامة.

4. توجيه نشاطاته المدرسية توجيهًا سليماً.

4. الاستسقاء الدماغي:

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخوي الشوكي في الدماغ قد يحدث بسبب التشوهات ومن أهم التشوهات التي تقود إلى الاستسقاء الدماغي العمود الفقري المفتوح، وإضافة إلى التشوهات الولادية هناك أسباب أخرى تكمن وراء الاستسقاء الدماغي، فهو قد يحدث بسبب النزيف، والأورام، والإصابات الدماغية، والالتهابات.

الآثار المترتبة على المصاب بالاستسقاء الدماغي:

قد ينجم عن الاستسقاء الدماغي مضاعفات خطيرة، فتجمع السائل المخوي الشوكي يؤدي إلى توسيع حجيرات الدماغ وذلك يقود إلى الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ، وذلك بدوره قد يقود إلى التخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية والضعف البصري إذا لم تتم المعالجة مبكراً جداً.

العلاج:

العلاج هو الجراحة العصبية حيث يتم وضع أنبوب دائم في حجيرات الدماغ لتصريف السائل من الدماغ إلى الأحشاء.

5. إصابة الحبل الشوكي:

يعتبر النخاع الشوكي حلقة الوصل بين الدماغ وأعضاء الجسم الأخرى وتمثل وظيفته في نقل المعلومات الحسية إلى الدماغ وبنقل المعلومات الحركية العضلات، وتعتبر إصابة هذا الحبل بأي خلل أو تلف أو إعاقة وظيفية وتعتمد خطورة الإعاقة على موقع وشدة الضرر في الحبل الشوكي،

ومن الإصابات التي قد يتعرض لها الحبل الشوكي ما يلي:

- الإصابات الرياضية.
- العيارات النارية.
- حوادث السيارات.
- التهابات السحايا.
- القلب المفتوح.

ويعاني أصحاب هذه الإصابة من مشكلات عديدة تتمثل في التهابات المجاري البولية والجهاز التنفسي والتقرحات الجلدية وصعوبة في المهارات الحركية الحياتية ومهارات العناية بالذات ومن مشكلات التكيف الانفعالي.

6. شلل الأطفال:

هو التهاب فيروسي يتلف الخلايا الحركية في النخاع الشوكي، ويدخل الفيروس إلى الجسم عبر القناة الهضمية وينتقل عبر مجرى الدم ويستقر في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي، وتكون النتيجة تعطل وظائف هذه الخلايا التي تحكم بالعضلات مما يقود إلى عدم القدرة على الحركة (الشلل)، فبعض العضلات تتشل كاملاً وبعضاها الآخر قد يضعف فقط.

الوقاية:



للوقاية من هذا المرض ينبغي أن يحرص الآباء على تطعيم أطفالهم ضد شلل الأطفال حيث يعطى الطفل ثلاثة جرعات على دفعات شهرية بعد الشهر الثاني، على أن يصار إلى دعم هذه الجرعات في عمر السنة والنصف وعند دخول المدرسة.

العلاج التأهيلي:

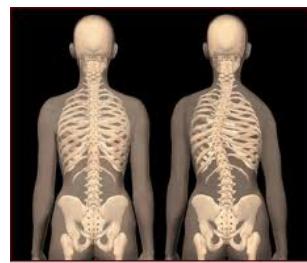
يببدأ العلاج التأهيلي والذي قد يستغرق عدة سنوات، والهدف التأهيل والذي يشارك فيه أخصائيون العلاج الطبيعي إلى تصحيح التشوهات الوضعية وتشجيع الحركة المستقلة وذلك قد يتطلب استخدام العكازين والعصي والأحذية الطبية الخاصة وغير ذلك من الأدوات المساعدة.

ثانياً: إصابات الجهاز العظمي العضلي:

إن أسباب هذه الاضطرابات قد ترجع لأسباب ولادية وراثية أو مكتسبة وتظهر على شكل اضطرابات مختلفة في أطراف الجسم أو الظهر أو المفاصل ويواجه أصحاب هذه الاضطرابات صعوبات في الجلوس وال الوقوف والمشي ومن هذه الاضطرابات

مايلي:

1. الجنف:



Normal vs. Scoliosis

وهو عبارة عن حالة من ميلان العمود الفقري تظهر على شكل تقوس جانبي فيه ويكون أحد جانبي الجسم أعلى من الجانب الآخر، وقد يكون بنائياً يصاحب اضطرابات ولادية مختلفة في المفاصل أو العضلات كالالتقوس المفصلي أو الشلل الدماغي أو الحبل العصلي أو العمود الفقري المفتوح، وقد يكون وظيفياً أي يكون مسبباً عن وضع الجسم الخاطئ أو بسبب قصر في إحدى الرجلين ومن أخطر المضاعفات لهذه الانحناء في العمود الفقري مرض الروماتزم الأمر الذي يحتاج إلى تدخل جراحي.

2. مرض العظام الهشة:



يعتبر مرض العظام الهشة من الأمراض الخطيرة، ولكنه مرض نادر يصيب واحداً من كلأربعين ألف طفل، ولا يعرف سبب هذا المرض وإن كان يعتقد أنه وراثي.

الأعراض:

من الأعراض الأساسية لهذا المرض ما يلي:

- قابلية العظام للكسر وعدم نموها.
- الجلد النحيف.
- ازرقاق صلبة العين.
- الضعف السمعي الشديد بسبب تلف عظيمات الإذن الوسطى.
- أحياناً تصاب عظام الجمجمة والأسنان والأطراف السفلية والعلوية والعمود الفقري إضافة إلى الجلد.

إن المشكلة الرئيسية في هذا المرض تكمن في افتقار العظام إلى البروتين ولذا فهي تكون غير صلبة ولا تحتوي على الكميات العادية من الكالسيوم الفسفور، ومن الناحية التربوية فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون الالتحاق بالمدارس العادية وإن كانت قدراتهم العقلية في المدى الطبيعي، فهم بحاجة لمدارس خاصة تعنى بالأطفال المعوقين جسمياً، وفي تلك المدارس يتم توفير الأدوات المساعدة اللازمة ويتتم الإشراف طبياً على جميع النشاطات التي يقومون بتوريتها، وكذلك يتم تزويدهم بنشاطات ترويحية واجتماعية لا تتضمن الإجهاد أو التعب.

العلاج:

لا يعرف لهذا المرض دواء شاف حالياً، وكل ما يمكن عمله هو إجراء جراحي يهدف إلى وضع قطعة حديدية بين طرفي العظمة وبخاصة عظمة الفخذ وغالباً ما يحتاج الطفل إلى استخدام كرسي متحرك للتنقل من مكان إلى آخر أو إلى عكازين للانتقال إلى مسافات قصيرة.

3. تشوهات القدم:



ومن أهم التشوهات التي تصيب القدم ما يلي:

- القدم المسحاء أي القدم المنبسطة تماماً، بحيث يخرج كعب القدم للخارج أثناء المشي، ويكون ثقل القدم على الجزء الداخلي الأوسط للقدم الأمر الذي يحد من قدرة الطفل على السرعة في المشي والركض.

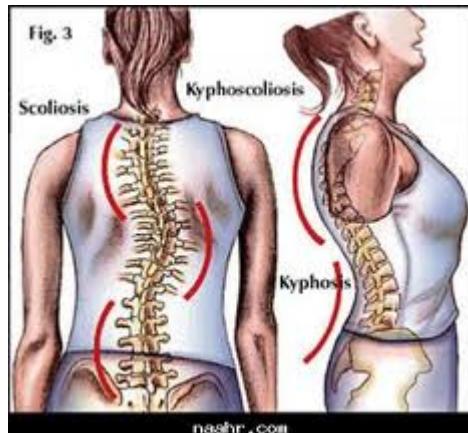


- القدم الحنفاء وهو عبارة عن تشوه خلقي للقدم يظهر منذ الولادة حيث يظهر تقوس في القدم وعظام الأصابع مع ازدياد في القصر الطبيعي الموجود في قاع القدم.

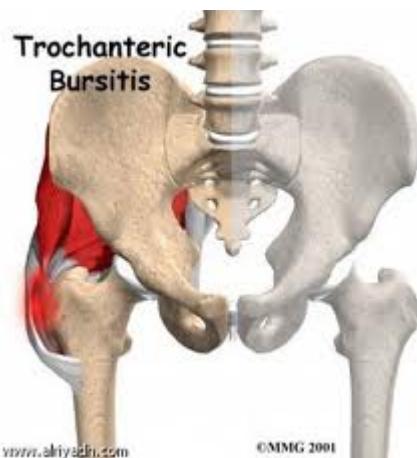


4. الحدب:

وهو عبارة عن انحناء دائمي في منطقة الظهر وقد يكون ولاديًّا مرتبط مع الفزامة ويكون مكتسبًا ناتج عن ضعف العضلات أو العظام ويرافق الحدب آلام في الظهر والرجلين ويحتاج المصاب به إلى الراحة.



5. التهاب الورك:



تنتج هذه الإصابة عن كمية الدم اللازمة التي تصل إلى مركز عظام الفخذ المتصلة بالجذع، ونقصه يؤدي إلى ضعف مركز عظم الفخذ وموته تدريجياً مما يسمح بنمو عظام جديدة.

العلاج:

يكون نجاح العلاج في كشف الإصابة والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر أيضاً ويفيد التدخل المبكر خلال مراحل الإصابة الأولى في علاج الإصابة أولاً وفي حماية المصاب من حدوث أية مضاعفات أخرى مثل التهاب المفاصل.

6. خلع الورك الولادي:

وهو عبارة عن خلع كامل أو جزئي في رأس الفخذ أو الاليثين من موضعه الأصلي في المكان المخصص له في الحوض، ويكون هذا التشوه خلقي أو ناتج عن الولادة الخاطئة ومن مظاهره أن الساق تكون ملتوية نحو الخارج وتقوس في قدمي الطفل ويعالج باستخدام الجبائر أو مشدات خاصة.

7. التهاب المفاصل:



يُشخص التهاب المفاصل بالآم حادة في مفاصل الأصابع واليدين والساقيين يصاب به الإنسان في مراحل مختلفة من العمر، وعندما يصاب به الأطفال خلال مراحل الطفولة المبكرة، فإنه يعرف باسم (بروماتزم المفاصل)، وغالباً ما يصاحب هذا المرض عند الأطفال أعراض أخرى غير الآلام في المفاصل، فقد يصاحب بارتفاع في درجة حرارة الجسم وطفوح جلدية والآلام في العيون وانتفاخ في الكبد، وتليف في الرئة، وعدم تجلط الدم، لهذا يصعب على الطبيب المعالج تحديد هوية هذا المرض من بداية مراحل الإصابة به عند الأطفال، كذلك فإن روماتزم المفاصل عند الأطفال يصاحب بمشكلات في الجهاز التنفسي وانتفاخ حول المفاصل. أما التهاب المفاصل عند المراهقين أو البالغين فيأخذ شكلاً آخر، حيث تتركز الآلام بشكل أكبر في الساقين وفي الجزء الأسفل من الظهر، ولهذا فهو يسمى بالتهاب الفقرات.

ونظراً لطبيعة الآلام المصاحبة لهذا المرض فإن الطالب المصاب به يتغيب كثيراً

عن المدرسة كما أنه لا يستطيع المشاركة في الأنشطة الرياضية التي تحتاج إلى مجهود حركي كبير، لهذا فعلى مدرس الفصل مراعاة هذه الجوانب وإجراء بعض التعديلات في الأنشطة الرياضية والتحفييف من الواجبات التي تحتاج إلى كتابة كثيرة حتى لا تتضاعف آلام الأصابع أو تزداد حدتها، كذلك على المدرس مراقبة الآثار الجانبية للدواء الذي يتناوله الطالب المريض.

8. الوهن العضلي:

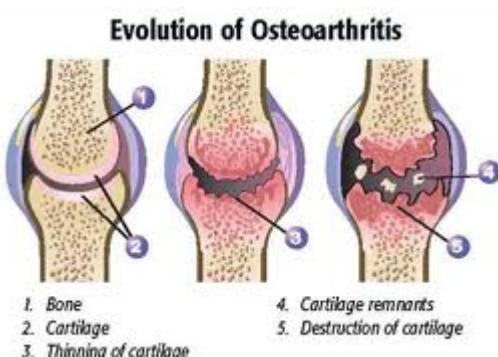


هو اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الإرادية وشعور بالتعب والإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما، وفي العادة يصيب هذا المرض عضلات الوجه والعنق والعضلات المحيطة بالعين.

الأعراض:

- الرؤيا المزدوجة، وبحة الصوت، وصعوبة المضغ والبلع.
- التعبيرات الوجهية المميزة الناتجة عن الضعف العضلي وضعف اليدين والرجلين.
- أن الضعف العقلي يتفاقم في حالة التعرض للضغط النفسي والتعب ولا يترك الوهن العضلي أي تأثيرات على القدرات العقلية أو التعليمية أو السمعية أو البصرية فتأثيراته الأساسية تتعلق بالوظائف الحركية، وبناءً على ذلك فإن الشخص المصاب بحاجة إلى تأهيل حيث يتم تدريسه من أجل القيام بهن لا تتطلب بذل جهود جسدية كبيرة.

8. التهاب المفاصل الروماتزمي:



يصيب هذا المرض بكثرة الأطفال اليافعين كما أن نسبة إصابات الإناث فيه أكثر من الذكور، ومن أهم أعراضه التهاب عام وأورام في المفاصل، وإذا لم يعالج في وقت فقد تمتد الإصابة إلى مفاصل الجسم وتحدد من قدرة الشخص على تأدية

الوظائف المختلفة، ونفقد عضلات اليدين قوتها وقدرتها على الحركة. إن شدة الألم وحدة التصلب قد يؤثران على درجة أداء الشخص للمهنة وقيامه بمهارات المهنية المطلوبة ويحد من قدرة المتدرب على التحمل الجسدي، لذلك لابد من استغلال برامج التأهيل النفسي والاجتماعي المناسبة للحد من هذه التأثيرات، ويستخدم العلاج الطبيعي وتناول بعض العقاقير كالأسبرين لعلاج هذه الحالة.

10. مرض لج - بيرث:



هو اضطراب مزمن في الجهاز العظمي، وتمثل المشكلة الرئيسية بعدم وصول الدم إلى رأس عظمة الفخذ مما يؤدي إلى موت الأنسجة هناك، يصيب هذا المرض الذكور أكثر من الإناث وغالباً ما يظهر لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-8 سنوات.

ومن النواحي التربوية - النفسية يشكل مرض لج - بيرث إعاقة عظمية مؤقتة ومع أن المرض لا يؤثر على قدرة الطفل على التعلم إلا أنه يؤثر سلباً على اتجاهاته نحو التعلم بسبب فقدان الاستقلالية المتمثل بمحدودية الحركة مما يتطلب دعماً نفسياً مناسباً وتفهماً لحاجاته الفردية. ويحتاج تشخيص هذا المرض استخدام الأشعة السينية حيث يتضح وجود تحطم وتلف في مركز النمو في عظمة الفخذ.

11. الضمور العضلي:



يعد الضمور العضلي من الأمراض الوراثية ويتمثل في الضعف المستمر والمتتطور للعضلات نتيجة للتحلل الألياف العضلية، مما يؤدي في النهاية إلى الموت المبكر للمصاب.

الأعراض:

1. عندما يبدأ الطفل في المشي يتكرر سقوطه على الأرض.
2. تتطور الحالة إلى فقدان القدرة على المشي، وتفقد العضلات الكبيرة قدرتها أولاً ثم العضلات الصغرى.

3. تفقد عضلات الذراعين مقدرتهم قبل عضلات الأصابع.

4. الضعف في عضلات الجزء الأعلى من الجسم خاصة الذراعين والوجه قبل الساقين.

5. يستمر إلى أن يصبح المصاب عاجزاً تماماً عن الحركة.

دور المعلم:

على المدرس أن يساعد الطالب المصاب بالضمور العضلي على التغلب على مشاعر الحزن الناتجة عن احتمال الوفاة في عمر مبكر جداً، وذلك بان يوفر له فرصة المشاركة في الأنشطة التعليمية والترفيهية داخل الفصل، بقدر ما تسمح به قدراته الحركية، وإن يوفر له فترات للراحة والاسترخاء خلال اليوم الدراسي.

العلاج:

1. قد يفيد في بعض الأحيان إجراء العمليات الجراحية عند تقلص العضلات وتشوهها، وذلك بهدف مساعدة الفرد على الحركة والتنقل في المراحل الأولى للإصابة.

2. برامج العلاج الطبيعي فإنها مفيدة وتسهم في التخفيف من مضاعفات الإصابة.

12. شق الحلق والشفة



وهي خلقية المنشأ وغالباً ما تكون وراثية، وقد يكون الشق في الحلق حيث تنتج عن هذا لشقوق صعوبات في الكلام والتغذية، ويساعد التدخل الجراحي على علاج الكثير من هذه الحالات (الوقفي، 2004).



13. انحلال وضمور العضلات للنخاع الشوكي:



تنتج الإصابة بهذا المرض عن تحلل وتلف الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع مما يؤدي إلى الوفاة المبكرة أو الإصابة المزمنة، ويعتبر سبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف، إلا أن الوراثة تلعب دوراً رئيسياً حيث يحمل كل من الأب والأم خللاً في الجينات المتنحية أو السائدة.

الأعراض:

يمكن تمييز هذه الإصابة عن غيرها عندما تظهر الأعراض والخصائص التالية:

- تشنج العضلات.
- عدم توازن الجسم.
- فقدان الإحساس.
- الصرع.

- تخلف عقلي عند بعض الحالات.

العلاج:

أما بالنسبة لعلاج هذه الإصابة فإنه من الصعوبة بمكان خاصة في الحالات الشديدة منها، إلا أن طبيب الأعصاب والعظام وأخصائي التأهيل يمكنهم أن يلعبوا دوراً رئيسياً في التخفيف من الإصابة ومضاعفاتها وكذلك الآلام المرتبطة عليها.

14. حالات البتر:

البتر يعني إزالة أو عدم نمو الأطراف أو أجزاء منها وقد تكون ولاديّاً أو مكتسباً، أما في حالة البتر الولادي يولد الطفل مبتور الأعضاء، إما بشكل جزئي أو كلي، ويكون ذلك ناتجاً عن الأسباب التالية:

- تناول الألم الحامل لبعض العقاقير الطبية.
- إصابتها ببعض الأمراض الفيروسية.
- تعرضها لأشعة X.
- نقص اليود في جسمها.
- إصابتها بالحصبة الألمانية.
- العامل الريزيسي.

أما البتر المكتسب فيكون سببه التدخل الجراحي لإزالة الطرف المصاب نتيجة أمراض السكري والغرغرينا ويحتاج المصاب إلى المعينات الحركية وإلى الأطراف الصناعية).

العلاج:

يتضمن العلاج جانبيّن:

1. التأهيل النفسي: تأتي أهمية التأهيل النفسي لفاقدِي الأطراف للتدريب على تقبل الإعاقة ومواجهة جوانب القصور النفسي الناتج عن الإعاقة، وزيادة الثقة

بالنفس.

2. العلاج الطبيعي: ويتمثل في التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية، والتكييف معها.

دور المعلم:

على مدرس الفصل مراعاة الجوانب النفسية والقدرات الحركية للطالب المعاك، وإن يقدم له المساعدة المناسبة للتغلب على صدمة الإعاقة ومساعدة في بناء علاقات اجتماعية مع زملائه في الفصل.

ثالثاً: الإعاقات الصحية:

تعرف الإعاقات الصحية بأنها الأمراض المزمنة التي تؤثر على أداء الجسم لوظيفته بطريقة سليمة، هذه الأمراض قد يصاب بها الصغار والكبار على حد سواء، وتحدث تغييراً في النشاط الحركي وأسلوب حياة المصاب هذا بالإضافة إلى تأثيرها النفسي على طبيعة اتجاهات وانفعالات المصاب، وفيما يلي عرض لأهم الأمراض المزمنة التي تنتشر بين كثير من الأفراد الذين هم في سن المدرسة، مما يستدعي مراعاة بعض الاعتبارات الأساسية في تربيتهم وتعليمهم في المدارس العامة.

1. الربو:

هو واحد من الأمراض التي يصاب بها الجهاز التنفسي، ويعرف بأنه تغير في ممرات التنفس نتيجة لمثيرات مختلفة، مما يؤدي إلى انسداد في منافذ الهواء إلى الرئتين وانخفاض كمية الهواء التي تصل إلى الرئتين، وقد أشارت العديد من البحوث إلى أن للعوامل الوراثية دوراً كبيراً في انتقال هذا المرض للأطفال.

أعراض الربو:

- صعوبة في التنفس وسعال مستمر.
- إحداث صفير في عملية التنفس.

- يصبح المصاب شديد الحساسية لبعض أنواع الطعام، وبعض الأدوية وللغبار ولدغات الحشرات، وبعض الروائح العطرية.

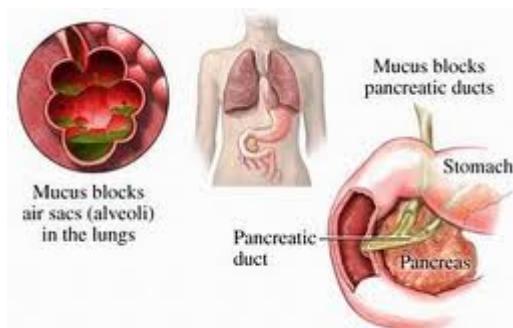
دور المعلم:

- على مدرس الفصل أن يكون مدرباً على التعامل مع هذه الحالات، خاصة فيما يتعلق برد الفعل النفسي الناتج عن الحرج الشديد الذي يشعر به المصاب.

- على المدرس أن يتجنب المصاب المشاركة في الأنشطة المدرسية التي قد تستثير نوبات الربو وتزيد من حدوثها.

- يتبعين على المعلم أن يخطط لبرنامج تعليمي خاص بالطالب المصاب بالربو، للتعويض عن حالات التغيب المستمر لهذا الطالب عن المدرسة، وذلك لحاجته الدائمة لمراجعة الطبيب، أو الإقامة في البيت أو المستشفى.

2. التليف الحويصلي:



هو اضطراب وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس يتم فيه إفراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يقود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة.

الأعراض:

- السعال المتكرر.
- تعدد مرات زيارة المرحاض.
- قصر القامة، وتأخر البلوغ.
- الإنهاك الجسدي.

دور المعلم:

- على المدرس أن يعمل مع المعالج النفسي على التخطيط للبرامج النفسية والاجتماعية والتربوية.
- أن يعملا على تغيير اتجاهات الطلاب العاديين نحو زميلهم المريض.

العلاج:

يشمل العلاج على جانبين: الأول: طبي، والثاني غذائي.

ويتمثل الجانب الطبي بالأدوية والمضادات الحيوية، وبالعلاج بالاستنشاق لبعض العقاقير المساعدة على تنظيم عمل الرئتين وإيقاف السعال.

أما الجانب الغذائي فيتمثل بتنظيم الوجبات الغذائية التي يتناولها المريض، فالمريض بحاجة إلى كميات إضافية من البروتين والى سعرات حرارية كافية لتعويض الفاقد.

3. أمراض القلب:

تعرف أمراض القلب بأنها عدم قدرة القلب على أداء وظيفته بشكل طبيعي وتنحصر على نوعين أساسيين منها لشروع انتشارهما بين المصابين في سن المدرسة.

أ. مرض القلب الخلقي:

غالباً ما يكتشف بعد الولادة مباشرة، حيث يلاحظ الطبيب المشرف على عملية الولادة بعض المظاهر غير الطبيعية على الوليد مثل صعوبة في التنفس وزرقة في اللون، ومن أكثر أمراض القلب الخلقية شيوعاً هو ثقوب في جدار الأذنين، أو في البطين، وتجري لهم بعض العمليات الجراحية.

الأسباب:

- تناول الألم الحامل للمخدرات أو العقاقير الطبية خلال مرحلة نمو الجنين.
- إصابة الألم بفيروس الحصبة الألمانية.

- عوامل وراثية متعلقة بالجينات أو المورثات.

ب. روماتزم القلب:

وينتاج عن الإصابة بحمى الروماتزم، وعلى الرغم من أن هذه الحمى تصيب جميع أجزاء الجسم، إلا أن القلب يتتأثر بها تأثيراً مباشراً، بحيث تؤدي إلى قصور أو التهاب في عضلات القلب وصماماته، وإذا لم تعالج هذه الحالات وتجري لها الجراحة الطبية المناسبة، قد يؤدي إلى الموت المبكر.

دور المعلم:

- أن يتجنب الطالب المصاب المشكلات النفسية والانفعالية.
- أن يتيح له فرصة الراحة والاسترخاء من وقت لآخر.
- التعاون مع أخصائي التأهيل لوضع برنامج تعليمي للطالب.

4. السكري:

هو مرض ناجم عن عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بكثرة كافية.

أعراض السكري:

- العطش والجوع وفقدان الوزن والتعب.
- صداع مستمر وتسارع في دقات القلب.
- التبول الزائد مصحوبة أحياناً بتتشوش في البصر.

علاج السكري:

تتضمن معالجة السكري حمية منخفضة، من الكربوهيدرات والدهون مصحوبة بالحقن الدوري للأنسولين.

دور المعلم:

- اتخاذ الإجراءات المناسبة لمساعدة الطالب المريض داخل الفصل وتسهيل اندماجه.
- التأكد من حصول الطالب على جرعة الأنسولين في وقتها المحدد.

- أن يسمح له بالخروج من الفصل لاستخدام المرحاض من وقت لآخر.
 - السماح بتناول الطعام والشراب داخل الفصل كلما دعت الحاجة إلى ذلك.
 - الفحص الدوري لنظر الطالب المريض.
 - مراجعة أخصائي العلاج الطبيعي فيما يختص بأنواع التمارين والأنشطة الرياضية والحركية التي يحتاجها الطالب.
- أعراض داون أو متلازمة داون "المنغولية":



وتعد إلى اضطراب في الكروم وسوم (21) بحيث يكون هناك كروم وسوم زائد، بمعنى أنه يوجد لدى الشخص المصاب (479) كروموسوماً بدلاً من (46).

أسباب الإصابة:

- قد يحدث هذا الخلل في الكروموسومات نتيجة لكبر عمر الأم خاصة عندما يزيد عن (35).
- تكرار الحمل.
- تعرض الأم لأشعة أو إصابتها بالتهابات الكبد.

بعض الخصائص الجسمية والإكلينيكية:

- انبساط الوجه.
- ميل وانحدار في العينين يصاحبه مصاعب في حدة الإبصار، وتضخم في جفن العين.
- صغر حجم الأنف (الأنف الأفطس).

- ارتفاع وضيق في أعلى باطن الفك أو الفم.

- انخفاض في موقع الإذن، وهو غير عادي لقناة الإذن.

- صعوبات في القلب والتنفس وفي وظائف الرئتين.

- فقر الدم.

- ضعف العظام والأنسجة العصبية.

قياس وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية:

لابد من ضرورة تقييم الجوانب الآتية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً: المهارات الأكademie الأساسية - التحصيل الأكاديمي - المهارات الإدراكية - التطور المعرفي - التطور اللغوي ومهارات الاتصال - المهارات الشخصية والاجتماعية - السلوك التكيفي الجسدي - الاهتمامات والقدرات - المهارات الوظيفية.

ويبيّن الدور الأكبر لفريق التشخيص الطبي المتخصص وذلك من خلال قيامهم بإجراء الفحوص اللازمة وتشتمل: دراسة العوامل الوراثية - دراسة مظاهر النمو الحركي ثم تقديم العلاج المناسب.

البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

بالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين جسمياً وصحياً وذلك تبعاً لنوع الإعاقة ودرجتها إلا أنه يمكن أن نميز البرامج التربوية التالية لهم:

1- مراكز الإقامة الكاملة: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، حيث تقدم لها الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

2- مراكز التربية الخاصة النهارية: وتناسب هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة المصاحبة لمظاهر العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

3- برامج الدمج الأكاديمي: وتناسب هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة، وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية.

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

ويندرج تحت بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً ما يطلق عليه برامج التأهيل (Rehabilitation Programs) ويقصد بها تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكناً من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج الآتية:

1- التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويدهم بالأطراف الصناعية المناسبة أو استخدام العلاج الطبيعي للذى يعاني من آلام جراء الإصابة استخدام المساج والتدليك والعلاج بالماء لبعض حالات الإعاقة.

ثانياً : تكييف المدرسة

- عند وجود الأطفال المعوقين جسدياً في المدرسة علينا أن نتذكر احتياجاتهم الخاصة ونحاول القيام بتلبيتها ، فالأطفال العاجزون عن النهوض أو الركض ، يجب أن لا يقضوا يومهم وهو جالسون على الكراسي ، لأن ذلك قد يؤدي إلى حدوث تفقيعات ، وأقدام متورمة وعظام وسيقان ضعيفة وغيرها من التشوهات
- الأطفال الذين يجدون صعوبة في إمساك القلم أو الفرشاة أو تقليل صفحات الكتاب يمكنهم استخدام قطعة من أنبوب أو من غصن شجرة أو كرة مطاطية للإمساك بالقلم وهناك شروط للمبني المدرسي الخاص بالأفراد المعوقين جسمياً وصحياً منها
 - لابد أن يكون المبني المدرسي في منطقة توفر فيها الخدمات المناسبة وبعيد عن كثافة السير وأصوات المصانع.
 - لابد من توافر مساحة من الأرض لمراعاة إمكانية التوسيع .
 - لابد أن يكون المبني واحداً لا مجموعة أبنية وأن يكون من طابق واحد لتجنب وجود أدراج .
 - لابد من أن تكون الغرف واسعة وأن يتتوفر عدد كافٍ من الحمامات والوحدات الصحية والتهوية والإنارة ومكان للألعاب والحدائق.
 - يفضل الأثاث الخشبي الخالي من وجود حواف وأطراف حادة.
- وكذلك فإنه لابد من إزالة الحاجز البيئية لتسهيل اندماج المعوقين جسمياً وصحياً في مجالات الحياة ومنها
 - أ- الحاجز العمرانية ، مثل ضيق الأبواب والمصاعد .
 - ب- تكييف المواصلات ، مثل تصميم سيارات تقاد باليد للمعوقين حركياً .

ج - الحواجز الثقافية ، وذلك من خلال تطوير الأساليب والوسائل التعليمية للمعاقين جسميا

وصحيا

الحواجز في أماكن العمل ، وهى العوائق التي تمنع المعوقين جسميا وصحيا من دخول أماكن العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة .

الخدمات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية والحركية

تهدف الخدمات الإرشادية إلى التعامل مع التحديات والصعوبات الناتجة عن الإعاقات الجسمية أو الصحية ، فكما رأينا فإن هذه الإعاقات تفرض مقييدات ومحدودات في ممارسة الأنشطة الحياتية كما وتؤثر الإعاقة سلباً على المظاهر النمائية المختلفة للمصابين بها .

وهذا التأثير يتباين من شخص إلى آخر وفقاً لمتغيرات مختلفة منها العمر عند الإصابة وشدة الإعاقة وإمكانية رؤية هذه الإعاقات وفيما يلي وصف لبعض الخدمات الإرشادية المقدمة لهذه الفتة من الأفراد :

- الإرشاد الجمعي والفردي

ويهدف الإرشاد النفسي إلى مساعدة الشخص المعاق جسمياً أو صحياً في تحقيق الأهداف الآتية :

تقدير الإعاقة. -

عيش حياة سعيدة. -

اكتساب المهارات الاجتماعية والانفعالية المناسبة. -

التعامل مع مشاعر الخجل والإثم الناتجة عن الإعاقة. -

التعامل مع ردود فعل الآخرين السلبية . -

كما يساعد الإرشاد الجمعي الطلبة ذوي الإعاقات الجسمية أو الصحية على تحقيق الأهداف الآتية :

- يوفر الإرشاد الجماعي دعم الرفاق مما يساعد في تحقيق التكيف.
 - تقبل العلاج.
 - يساعد الإرشاد الجماعي الشخص المعاق جسماً أو صحياً على التعبير عن قدرته الوظيفية الحاضرة والمشاركة بشكل جماعي في الأنشطة الإرشادية.
 - المجموعة الإرشادية تخفض الشعور بالعزلة الاجتماعية وتنقى الهوية الشخصية وتطور صداقات جديدة تستخدم لاحقاً شبكات دعم.
 - يساعد دعم أعضاء المجموعة الإرشادية الشخص المصاب بالإعاقة على خفض الأفكار السلبية في سياق بيئة داعمة.
 - توفر خبرات المجموعة مشاعر داعمة وانتفاء وتطور القدرات الاجتماعية وتساعد على بناء نظره متفائلة للمستقبل .
 - وفيما يلي وصف للخدمات الإرشادية المقدمة لهذه الفئة من الأفراد:
- 1- الإرشاد التربوي**
- ويهدف إلى تعزيز المهارات الأساسية الالزمة للتعلم ، وهذه المهارات تؤثر بشكل واضح على النجاح والأداء الأكاديمي المناسب ، وتشتمل هذه المهارات على : المهارات الشخصية ، وهذه المهارات تعتبر ضرورية للعمل مع الآخرين في المواقف التعليمية، وهي ضرورية لتعلم المهن والمثابرة وإنجاز مهارات الدراسة ، وهي استراتيجيات ضرورية لتسهيل التعلم ، ويطلب الانتباه والتعلم النشط والمشاركة في التعلم ويتم تعليم هذه المهارات بعد تحديد مدى امتلاك الطلبة ذوي الإعاقات الصحية أو الجسمية لها. ويلعب المرشد والمعلم دوراً رئيسياً في تحفيظ أنشطة مناسبة للطلبة ومساعدتهم في كيفية تنفيذ العمل الجماعي وإكسابهم استراتيجيات للتعامل مع الصعوبات التعليمية .

2- الإرشاد الأسري

ويهدف إلى إشراك الأسرة في تحقيق الحاجات النفسية لأطفالهم ذوي الإعاقات الجسمية أو الصحية، كما يهدف إلى توعية الأسرة بأهمية ردود فعلها تجاه الطفل وكيفية تأثير ذلك على تفاعل الطفل مع البيئة المحيطة وله أثر كذلك على نموه الاجتماعي والانفعالي، كما يهدف إرشاد أسر هذه الفتاة من الأطفال إلى :

- مساعدة الأسرة على فهم دور أخصائي العلاج الوظيفي والطبيعي وأهداف إجراءات العلاج المستخدم مع الطفل.
- شرح الحقائق المرتبطة بالنتائج العلاجية لتجنب خيبة الأمل لدى الأسرة.
- مساعدة الأسرة في فهم المعلومات المتعلقة برعاية الطفل وفهم المحددات الجسمية الناتجة عن الإعاقة.
- دعم الأسرة في إجراء التعديلات الضرورية في المنزل والبحث عن مصادر المجتمع وطلب الأجهزة الالزمة.
- تعليم الأسرة عن نتائج الإعاقة الدائمة لطفلهم وأثرها على العمل والأسرة والأدوار الاجتماعية.
- توجيه أفراد الأسرة إلى تبني اهتمامات مشتركة مع الطفل المعاو جسدياً أو صحياً.
- مساعدته الأسرة على إدراك قدرات الطفل ودرجة الاستقلالية في رعاية الذات.
- تشجيع الأسرة على استخدام مصادر المجتمع.

3- الإرشاد النفسي

تحقق خدمات الإرشاد النفسي الأهداف الآتية:

تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية من الاستخدام المفرط للأدوية.

- مساعدة الشخص في التعبير عن حاجاته ومشاعره بطريقة مناسبة وقت الحاجة أو كما يتطلب الموقف.
- إكساب مهارات حل المشكلات اليومية.
- تعليم توكييد الذات بهدف تحسين المهارات التواصلية والاجتماعية.
- تطوير اهتمامات وأنشطة وقت الفراغ أو النشاطات الترويحية.
- تعزيز قيم الشخص المصاب وأهداف الحياة لديه.
- مساعدة الشخص المصاب على وضع أهداف مهنية وشخصية واجتماعية.
- مساعدة الشخص المصاب على تبني مهارات أداء وتطبيقها في البيئات الاجتماعية.

4-دور المعالج الوظيفي

عندما يشخص الطفل بأنه لديه إعاقة جسمية أو صحية وتحدد له خدمات التدخل المبكر فإن العلاج الوظيفي يعتبر واحداً من العلاجات التي تلزم الطفل والمعالج الوظيفي الذي يعمل في برنامج التدخل المبكر ويقدم خدمات تهدف إلى اكتساب المعامم النمائية الحركية الطبيعية مع التركيز على تطوير النمو الحركي الدقيق والعلاج الوظيفي هو الاستخدام العلاجي لرعاية الذات وأنشطة اللعب وذلك بهدف زيادة الوظيفة الاستقلالية وتشجيع النمو والوقاية من الإعاقة. كما قد يشتمل على تكيف المهمة أو البيئة لتحقيق أقصى مدى ممكن من الاستقلالية وتحسين نوعية الحياة، وعندما يعمل أخصائيو العلاج الوظيفي مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة دون سن المدرسة فإنه يعمل في ظل فريق قد يشتمل على كل من المعلمين والمعالجين الطبيعيين والأخصائيين والاجتماعيين وأخصائيي أمراض الكلام واللغة والأخصائيين النفسيين.

ويعمل فريق العمل هذا معاً بهدف إشباع حاجات الطفل الخاصة في المجالات التي يظهر فيها التأثر النمائي. وعلى نحو خاص، فإن المعالج الوظيفي في الأوضاع التربوية يقدم الخدمات الآتية :

- إكساب مهارات الحركة والتعاون الحركي الدقيق مع الأشياء والتنسيق الحركي.
- مهارات الإدراك السمعي والحركة البصرية التي تعكس القدرة على معالجة المعلومات البصرية حركياً بشكل ناجح.
- المهارات التكيفية والمعرفية التي تعكس المهارات التربوية والاجتماعية والانفعالية.

5-دور المعالج الطبيعي

يؤثر النمو الحركي الكبير على كافة مظاهر النمو الأخرى، ولذلك فإن على معلم التربية الخاصة أن يفهم جيداً النمو الحركي الكبير حتى يستطيع تطبيق أنشطة خاصة تشجع هذا النمو . ولذلك فإن المعالج الطبيعي يلعب دوراً مهماً في هذا الاتجاه، فهو يسعى إلى مساعدة الأطفال علي تطوير وتنمية الضبط العضلي الجسمى الكلى والخدمات التي يقدمها المعالج الطبيعي تساعده على :

- الوقاية أو التقليل من اثر الإعاقة ما أمكن .
- علاج الألم.
- تنمية وتحسين الوظيفة الحركية للطفل المعاق.
- ضبط وانحراف وضعية الجسم.
- تأسيس أداء جسمى حركي مناسب لدى الطفل المعاق والمحافظة عليه.

6- تقييم البيئة المادية التي يعيش فيها الطفل.

7- تقييم دور المهارات الحركية الكبيرة.

الخصائص وال الحاجات الإرشادية للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية أو الصحية

التحصيل الأكاديمي:

- يتراوح بين المتدني والمترتفع وفقاً لنوع الإعاقة وشدتها.

- الحرمان من التعليم المدرسي لأيام اعتماداً على الحالة الصحية وتطورها.

- الحرمان من اكتساب الخبرات التعليمية والتربوية.

- انخفاض الدافعية

الخصائص الحركية:

- قلة الحركة اعتماداً على نوع الإعاقة وشدتها.

- قلة فرص المشاركة مع الآخرين.

- ضعف المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة.

- ضعف مهارات رعاية الذات بسبب المهارات الحركية.

الخصائص الصحية:

- كثرة الزيارات للمستشفيات والأطباء.

- تدني المستوى الصحي العام.

- المعاناة في تنفيذ الأنشطة الحياتية اليومية.

- ضعف مهارات الرعاية الذاتية والصحية.

- الخصائص السلوكية والشخصية للمعوقين جسمياً :

1. يعانون من صعوبات في الحواس المختلفة، وبالتحديد حاستي اللمس والسمع.

2. يعانون من صعوبات في التفكير المجرد، وذلك في الاستيعاب.

3. يستطيعون تقليد غيرهم بشكل ملحوظ.

4. ودودون اجتماعياً ويحبون مصافحة الأيدي، واستقبال الغرباء.

5. يبدون المرح والسرور باستمرار.

6. يعانون من تدني مفهوم الذات.

7. يعانون من الاكتئاب والقلق والخجل والغضب والإحباط بسبب وصمة الإعاقة.

8. يعانون من الاتجاهات وردود فعل الآخرين السلبية..

اعتبارات أساسية في تعليم المعاقين جسمياً وصحيّاً في المدارس العامة لا تؤثر الإعاقات الجسمية على القدرات العقلية لكثير من الأفراد الذين يعانون من إعاقة جسمية أو صحية، لهذا فإن نسبة كبيرة منهم تتلقى تعليمها في المدارس العامة مع الطلاب العاديين، ونظرًا لطبيعة الخصائص المميزة لهؤلاء الطلاب المعاقين، فإنه من الضروري مراعاة بعض الاعتبارات الأساسية، وذلك لتلبية الحاجات الأساسية الخاصة بهم، وتتمثل هذه الاعتبارات بما يلي:

- التعديلات الهندسية.

- التعديلات الخاصة بالفصل.

- اعتبارات خاصة بمدرس الفصل.

- الاعتبارات الطبية.

1. التعديلات الهندسية في مبني المدرسة والممرات المؤدية إليها:

يستخدم العديد من المعاقين جسمياً الكثير من الأجهزة التعويضية المساعدة على الحركة والتنقل، مثل الكرسي المتحرك والعكاكيز، والأطراف الصناعية، والمساند المساعدة على الحركة، لذا يستدعي استخدام هذه الأجهزة بفاعلية ويسراً إجراء بعض تعديلات في التصميمات الهندسية لمبني المدرسة، والممرات

الداخلية بالإضافة إلى الممرات والطرق المحيطة بها والمؤدية إليها، ومن أهم هذه التعديلات:

- مراعاة انحدار حواف الأرصفة المؤدية إلى المدرسة وممرات المشاة لكي يسمح بتنقل المعاقد جسمياً، سواء الذي يستخدم الكرسي المتحرك أو العكازات، أو الأرجل الصناعية.
- مراعاة زيادة اتساع فتحات الأبواب لتسمح بمرور الكرسي المتحرك من خلالها بسهولة ويسراً، وكما يفضل استخدام الأبواب التي تفتح على الاتجاهين.
- توفير المصاعد الكهربائية والممرات المنحدرة البديلة للسلام لتسمح بالتنقل بين الأدوار.
- يراعي استخدام الأبواب التي تفتح بطريقة آلية ولا تحتاج لمجهود عضلي لفتحها.
- مراعاة صناعة الأبواب من مواد خفيفة الوزن.
- تجهيز جدران المدرسة المحيطة بممراتها بمقابض المعدنية الممتدة للاستناد عليها للمساعدة على المشي أو للراحة.
- أن تضع أرضيات الممرات والفصول من مواد غير ملساء، كي لا تؤدي إلى انزلاق المعاقد.
- مراعاة أن تكون صنابير الشرب والتليفونات العامة في ممرات المدرسة على ارتفاع مناسب.

2. التعديلات والترتيبات الخاصة بالفصل:

- تثبيت سبورة الفصل على ارتفاع لا يتجاوز (24) بوصة عن أرضية الفصل.

- توفير مسافات كافية بين المقاعد والأدراج لتسهيل مرور الكرسي المتحرك بينها دون عائق.
- طاولات وأدراج دراسية قابلة للتغيير في الارتفاع والانخفاض والتتوسيع لتتناءل مع حاجة المعاك جسمياً إلى مساحات كافية للحركة.
- أن يتوفّر في الفصل ركن خاص للاستراحة والاسترخاء للطلاب الذين يعانون من بعض المشكلات الصحية كالآزمات القلبية ونوبات الصرع.
- يراعي أن يكون موقع جلوس الطالب المعاك في الفصل بين مجموعة من زملائه العاديين.
- يراعي أن يكون مكان جلوس الطالب المعاك قريباً من المخارج الرئيسية للفصل حتى يتمكن من الخروج بسرعة في حالات الطوارئ كالحرائق.
- يراعي أن تتوفّر في الفصل مجموعة من الأجهزة والأدوات التعليمية المصممة بمواصفات خاصة.

3. اعتبارات خاصة بمدرس الفصل:

- تعد اتجاهات المدرس نحو المعاك جسمياً من أهم العوامل التي تساعده على نجاح عملية دمج المعاك في المدارس العادية، ولذلك فإن على مدرس الفصل مراعاة الاعتبارات الآتية:
- تجزئة الواجبات والأنشطة إلى وحدات صغيرة متربطة يراعي بها المجهود الفصلي والحركي والذهني الذي تحتاجه كل وحدة.
 - منح المعاك وقتاً كافياً للإجابة عن الأسئلة أو إنجاز الأنشطة داخل الفصل بما يتناسب مع طبيعة إعاقته.
 - يراعي توفير وقت كافٍ لكل معاك للاسترخاء في ركن خاص من أركان الفصل، كما في حالات الشلل الارتعاشي وحالات مرض السكر والقلب.

- ملاحظة ومراقبة مدى ملائمة التجهيزات الخاصة في الفصل مع الحاجات الخاصة بالطالب المعاق.

الخلاصة

إن من المسلمات التربوية أن لكل طفل الحق في الحصول على تربية لا فرق بين سوي ومعاق وهذا ما تنبهه الأمم المتحدة في قانون عام 142/94 والمعروف بالتربية لكل الأطفال المعوقين. كما أن أعراض التربية وأهدافها متماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال رغم أن التقنيات الالزمة ملائمة وتقديم كل فطل على حده قد تختلف قوته ومقداراً حسب نوعية الطفل ودرجة إعاقته.

وهذا يتطلب الوقاية والرعاية الصحية الشاملة والاعتراف بحقوقهم كمواطنين وإتاحة فرص التعليم المناسبة لهم ونشر الوعي بين الأفراد للتعامل معهم، إذ أن مشكلاتهم الجسمية والصحية قد تحول دون تعلمهم مثل أقرانهم الأمر الذي يتطلب عليه ضرورة توفير الخدمات التربوية الخاصة، والخدمات المساعدة في كثير من الأحيان.

وتباين درجة الإعاقة الحركية من البسيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة وبالتالي يجب على معلم التربية الخاصة معرفة خصائصهم الجسمية والنفسية والاجتماعية والتربوية والعصبية والتعليمية والمهنية والتدريبية، لكي يستطيع تقديم البرامج التربوية التي تناسبهم والارتقاء بهم إلى أقصى درجة ممكنة.

الفصل الثالث

التوحد ومتلازمة داون

- مقدمة -
- تعريف التوحد مع داون -
- نسبة حدوثه -
- أسباب التوحد مع داون -
- أعراض التوحد مع داون -
- خصائص أطفال التوحد مع داون -
- أدوات القياس والتشخيص -
- أهمية التدخل المبكر -
- الخدمات التربوية التعليمية المقدمة لأطفال التوحد مع داون -
- مبادئ التدخل العلاجي -

الفصل الثالث

التوحد ومتلازمة داون

مقدمة :

على الرغم من أن التوحد أو الاضطراب التوهد يعتبر اضطراباً نمائياً عاماً فانه يعد في ذات الوقت شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية التي تلحق بالأطفال منذ الصغر وتظل ملزمة لهم فيما بعد، وقد أسفرت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن التوحد ومتلازمة داون (Dawn Syndrom) يعدا من أكثر أنماط الإعاقات العقلية شيوعاً بين الأطفال كما أن حوالي (10%) من الأطفال الذين يعانون من متلازمة أعراض داون يعانون في ذات الوقت من أعراض التوحد، وهذا بطبيعة الحال يعني أنه يتم عمل تشخيص مزدوج Dual diagnos مثل هؤلاء الأطفال وفي السنوات الأخيرة، كان هناك زيادة في عدد الأطفال الذين يعانون من التوحد ومتلازمة داون. These children are then referred to as having a 'dual diagnosis' ie two co-existing conditions.

ويشار إلى هؤلاء الأطفال من هذه الفئة إلى "التشخيص المزدوج"، أو الثنائي وذلك لجمعهم الإعاقة العقلية داون مع الإعاقة النمائية وهي التوحد وهذه الفئة تحتاج إلى المزيد من الرعاية والاهتمام المتكامل وتقديم كافة الخدمات العلاجية والتأهيلية والأكاديمية التي تتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم .



منذ تعرف العالم ليوكانر (Leokaner) عام 1943 على إعاقة التوحد وتصنيفها كإعاقة مختلفة عن التخلف العقلي أو وغيرها وحتى وقت قريب لم يحصل المصابين على خدمات متكاملة تحقق لهم الاندماج الطبيعي في مجتمعاتهم أسوة بأقرانهم من أصحاب ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة في وطننا العربي .

كما يشهد عالمنا المعاصر سلسلة من الاضطرابات النمائية في شتى مجالات الحياة الإنسانية ولعل أكثرها بروزاً في مجال البحث العلمي وعلم النفس والصحة النفسية هو التوحد مع متلازمة داون يتميز بإعاقات أو عجز أو قصور أو ضعف في مهارات الانتباه وخاصة الانتباه المشترك (Joint attention) بالإضافة إلى التواصل (Communication) والتفاعل الاجتماعي (Social interaction) ويربط بسلوكيات نمطية جامدة أو قالبية يبدأ ظهورها خلال الشهور الأولى من العمر وبعد هذا الاضطراب النمائي من أكثر الاضطرابات تأثيراً على شخصية الطفل بأسرها حيث أنه يتناول جميع جوانب شخصيه الطفل من النمو العقلي والنمو الجسماني والنمو الانفعالي والاجتماعي وما يتربّع على ذلك من أثار سلبية (الخولي ، 2008)



تعريف التوحد مع داون:

هي واحدة من أكثر الاضطرابات الكروموموسومية التي تسبب اعاقة شديدة تؤدي إلى اضطراب عقلي واجتماعي ويظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل ويسبب له تأخر في النمو العقلي والادراكي والنمو الاجتماعي والتواصل مع المحيطين به.

معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوي متلازمة داون على مدى السنوات الـ 25 الماضية، أشارت بعض الدراسات في المملكة المتحدة والسويد إلى وجود حوالي 5-7٪ من الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يعانون من اضطرابات طيف التوحد. كما وجدت دراسة حديثة لعينة من الأطفال الصغار في الولايات المتحدة الأمريكية تشير إلى ازدياد نسب الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون مع اضطرابات طيف التوحد إلى 10٪.



وتشير ماري كولمان (Coleman , M 1986) أن معدلات حدوث متلازمة داون تتراوح بين 1-1.2 لكل ألف حالة ولادة في حين تتراوح معدلات حدوث التوحد بينهم 4-5. لكل ألف حالة ولادة ويشير (عادل عبد الله ، 2002) إلى أن الإحصائيات الحديثة في الولايات المتحدة والتي أصدرتها (الأمريكية للتوحد ، 1999) تؤكد على نفس معدل انتشار التوحد بين داون وتحده بأنه يتراوح بـ 4-5 لكل عشرة حالة ولادة ولذلك يعد ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً.

أسباب التوحد مع متلازمة داون:

1) العوامل الوراثية ومنها:

أ) عوامل بيولوجية :

وهي تلف في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها نتيجة إصابة الأم بالحصبة الألمانية أثناء الحمل أو الاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الوضع أو نزيف عند الأم أثناء الحمل أو كبر سن إلام الحامل أو اضطرابات التنفس أو تعاطي إلام الأدوية أثناء الحمل دون استشارة الطبيب أو البيئة الملوثة وتعرض رأس الطفل للسقوط .

ب) عوامل جينية :

شذوذ الكروموسومات بعض الباحثين أشاروا إلى دور الوراثة وزيادة احتمال إصابة التوائم المتطابقة وانخفاض احتمالية التوائم غير المتطابقة وفرصة إنجاب الأم لطفل ثان لديه أخي متوحد هي 3-6% .

2) عوامل نفسية وأسرية :

وهي نقص الارتباط العاطفي بالطفل وخلو التواصل مع الطفل وعدم القدرة على التكيف والتعبير عن الحاجات .

(Leokanner , 1943)

كما أن تعرض الطفل لانفعالات حادة مع وجود خلل في النظام البيولوجي ينتج عنه الإصابة بالاضطراب إذ لوحظ تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال من الناحية اللغوية والمعرفية والسلوكية .

3-أسباب عصبية وبيولوجية :

وجد أن الأطفال التوحدين مع داون لديهم شذوذ جسمي فطري مقارنة بأقرانهم العاديين مما يوضح أن هناك تعقيدات في الحمل خلال الشهور الثلاثة الأولى وحديثاً فإن الرنين المغناطيسي (MRI) قد كشف عن افتراض مظاهر شاذة في فص المخ ولحائه وبصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لبعض التوحديين .

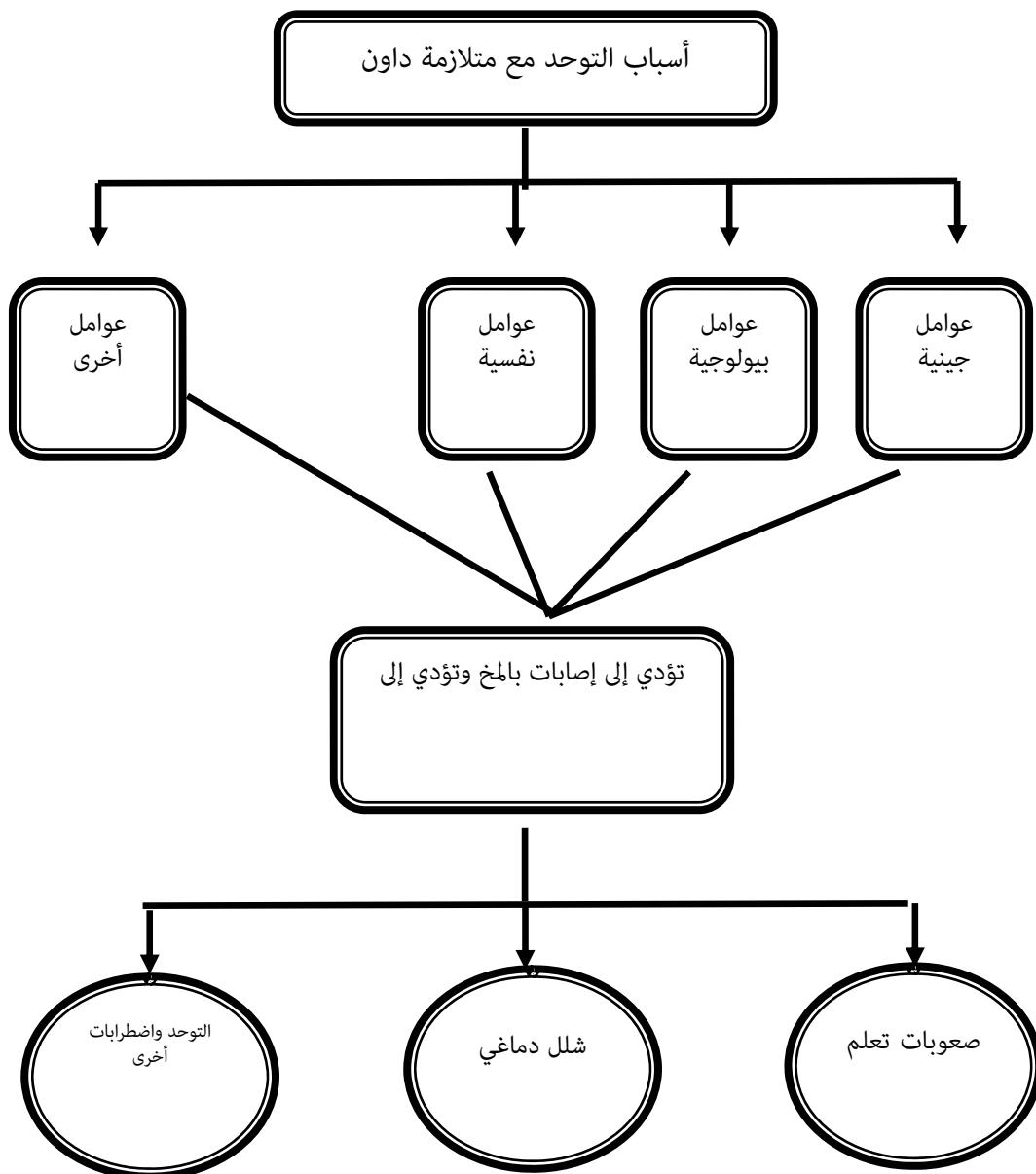
4-الأسباب المناعية :

تشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد مع داون يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تشير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل .

5-العوامل البيوكيميائية :

أطفال التوحد مع داون لديهم ارتفاع في بلازما السيروتونين Plasma serotonin وهو الهرمون المسؤول عن تنظيم المزاج والعدوان والنوم وسلوكيات التغذية كما توجد زيادة في سائل النخاع الشوكي وحامض الهوموفانيك (العامل الأيضي الرئيسي للدوبامين) وقد يكون هذا الحامض في تناسب عكسي مع مستوى البروتونين في الدم .

الشكل رقم (1) يوضح أسباب التوحد مع متلازمة داون:



أعراض التوحد مع متلازمة داون:



لإعاقة التوحد مع داون عدة أعراض هي على النحو التالي :

1-القصور والتأخر في التفاعل الاجتماعي .

2-التأخر في النمو العقلي .

3-ضعف مهارات التواصل اللغوي والاجتماعي .

4-ضعف الاهتمامات والتخييل .

5-سوء التوافق الاجتماعي بين الأفراد .

6-ضعف الادراك ومهارات الاتصال .

7-الاكتئاب الشديد .

ومن الأعراض التي تميز هذه الفئة:

1-قصور في السلوك التكيفي .

2-تدني القدرة العقلية .

3-التأخر في الكلام .

4-صعوبة التوافق الحركي لديهم وغمطية الحركة .

ومن أعراض التوحد مع داون النقاط الست الآتية :

1-العجز الجسمي الظاهري :

حيث لا يدرك الطفل من حوله ولا يستجيب لهم وكأنهم غير موجودين أساساً أو كان حواسه لا تعمل .

2-البرود العاطفي الشديد :

حيث لا يفهم مشاعر الآخرين نحوه ولا يتجاوب معهم ولا يقبل على والديه

3-الإثارة الذاتية :

حيث يقوم ببعض الحركات الخاصة له بصورة فمطية مكررة مثل الدوران والاهتزاز .

4-إيذاء الذات ونبات الثورة والغضب:

فقد يؤذى نفسه دون وعي منه ويضرب رأسه بالحائط أو على الأرض .

5-الكلام النمطي :

حيث يظهر الطفل حرفياً دون فهم وعدم القدرة على الحوار والحديث مع الآخرين .

6-قصور في السلوك :

حيث يظهر سلوكيات لا تناسب مع سنه وإنما ترجع إلى مراحل فهو سابقة عليه بكثير .

كما يرى حكيم (2003) أن هناك عدة أعراض للتوحد مع داون هي كما يلي :

1- ضعف القدرة العامة .

2- ظهور أنماط شاذة في السلوك مثل سلوك التكراري كهز الرأس والأرجل أو تحريك الأصابع .

- 3- عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي والتكيف والتواصل مع الآخرين حتى مع أفراد أسرته ووالديه والاتصال بالحركة المفرطة .
- 4- ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي مع المحيطين به أو أقرانه.
- 5- خلل في الحواس حيث يضطربون من الأصوات المرتفعة ولديهم خلل في حاسة التذوق واللمس .

خصائص أطفال التوحد مع داون:



- 1- الخصائص الجسمية والحركية تتمثل في الآتي :
- قوام وحجم قصير عن الأطفال العاديين .
 - صغر حجم الأنف .
 - يتسم بالضعف العام .
 - يشعر بالتعب والأجهاد بسرعة .
 - أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المعاوية وأمراض الجهاز التنفسي العلوي.
 - أقل اهتمام بنفسه .
 - لا يعبرون عن آلامهم .
 - صغر حجم الرأس .

-ضعف العظام والأنسجة .

- يجدون صعوبة في الاتزان الحركي .

-يتأخرون في إتقان مهارات المشي .

-حركتهم تفتقد للتناسق .

-التأدر البصري والحركي ضعيف .

الخصائص المعرفية :

- ضعف القدرة على الانتباه .

- القابلية العالية للتشتت .

- ضعف الذاكرة .

4- ضعف التركيز .

5- صعوبة التركيز بين المدركات الحسية .

6- ذو خيال محدود .

7- القصور المعرفي .

3-الخصائص الشخصية والاجتماعية :

- يميلون إلى الوداعة .

- يشعرون بالدونية .

- مستوى الدافعية لديهم منخفض ويتوقعون الفشل .

- يظهرون عدم القدرة على التنافس مع الآخرين .

- يستسلمون أمام الصعوبات التي تواجههم .

ومن خلال عرض خصائص أطفال التوحد مع داون نجد أن خصائصهم ترجع إلى ضعف القدرات العقلية أي أن شعورهم بالدونية وضعف الدافعية وعدم

التركيز وعدم القدرة على التنافس جميعها ترجع إلى انخفاض مستوى الذكاء لديهم .

خصائص أخرى مثل :

- 1- مشكلة النوم : حيث القلق والنوم المتقطع .
- 2- مشكلة الأكل والشرب : الآكل بشهادة دون شعور بالشبع .
- 3- مشكلة عدم الأمان حيث لا يعرف الخوف من الأشياء الخطيرة (عبور الشوارع أثناء سير السيارات) .
- مشكلات إدراكية حيث الخلل في عملية التفكير والإدراك والتعرف .
- نقص القدرة على الاستجابة لعدم الفهم .

أدوات القياس والتشخيص :

هي أصعب المراحل في تشخيص التوحد مع داون حيث أن التشخيص حيث يسمى هذا التشخيص بالتشخيص المزدوج لانه يجمع بين اعاقتين رئيسيتين هما: الاعاقة العقلية (داون) والاعاقة النمائية (التوحد) ويشار إليها بالرمز (DS-ASD) ويحتاج التشخيص إلى فريق عمل متخصص في عدة مجالات هي المجال الطبي والنفسي والاجتماعي والتربوي والسلوكي وأخصائي التخاطب وأخصائي

التربية الخاصة

المقاييس العالمية المستخدمة في تشخيص التوحد مع داون هي :

1- إجراء التحاليل التشخيصية قبل الولادة وهي :

أ- فحص عينة من السائل المحيط بالجنين .

ب- فحص عينة من دم الحبل السري عن طريق الجلد .

ج- فحص عينة من المشيمة .

أهمية التدخل المبكر :

يعد التدخل المبكر أفضل الوسائل العلاج بصفة عامة واستراتيجيات الوقاية ويعد برنامج هيد ستارت من أفضل البرامج على الإطلاق التي تناولت التدخل المبكر .

(Banuneister & Bacharach , 1996)

(Determan & thompson , 1997)

ومن الملاحظ أنه يتعدر الحصول على مكاسب طويلة الأمد لو لم يتم التخطيط للتدخل المبكر بدقة ويقوم برنامج التدخل المبكر على ضرورة وضع الوالدين والقائمين برعاية الطفل على تحديد مستوى أداء الطفل حيث يشترك الآباء مع الأخصائيين في وضع الأنشطة والأهداف التي يستطيع الطفل أدائها من أول البرنامج حتى آخره ومن أهداف التدخل المبكر لأطفال التوحد مع متلازمة داون :

1- حت الطفل على الالتزام والاعتماد على النفس .

2- استثارة نمو الطفل مراحل أعلى .

3- بناء ودعم الكفاية الاجتماعية للطفل .

4- إمداد الطفل بمهارات الحياة .

5- منع ظهور مشكلات مستقبلية أمام الطفل .

6- زيادةوعي الأسرة تجاه الطفل .

فعالية التدخل المبكر لأطفال التوحد مع داون

أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية وفعالية التدخل المبكر مع أطفال التوحد مع داون حيث يساعد التدخل المبكر على زيادة انتباه الطفل كما يساعد على تنمية المهارات الإدراكية ومهارات الاتصال ومهارات الاجتماعية والسلوكية التكيفية بالإضافة إلى تحسين مستوى اللغة لديهم

(Miller , 1992)

الخدمات التربوية التعليمية المقدمة لأطفال التوحد مع داون :

يتمثل الهدف الأساسي للخدمات التربوية المقدمة لأطفال التوحد مع داون في تنمية قدراتهم وتزويدهم بمهاراتهم التي تزيد من درجة استقلالهم ومشاركتهم في أنشطة المجتمع المختلفة وتنتمل الأهداف التعليمية فيما يلي:

-تنمية القدرات والمهارات الحركية والمعرفية والحسية واللغوية .

-تنمية مهارات الكلام وعلاج صعوبات النطق .

-المشاركة في الحياة الاجتماعية .

4-التدريب على العناية وبالذات والسلامة والعادات الصحية .

5-التدريب على آداب السلوك الاجتماعي .

6-تزويدهم بالقيم الدينية والاجتماعية .

7-تدريبهم على المهارات اليدوية .

8-تنمية ثقتهم بأنفسهم .

ويواجه الأطفال الذين يعانون من متلازمة التوحد مع داون بصعوبات نمائية كبيرة لذا يجب من تدريبهم التدريب المناسب مهنياً في مراكز خاصة بالمعاقين ذهنياً بحيث يتم تدريبيهم بطرق سهلة وبسيطة تعتمد على الأداء اليدوي داخل ورش أو مشاغل محمية .

ومما سبق يتضح أن البرامج التربوية والتعليمية التي تقدم لأطفال التوحد مع داون تسعي إلى تنمية مهاراتهم وتدريبهم على مهارات الحياة اليومية والاعتماد على النفس وتعلم مهنة حرفية بسيطة تتناسب مع قدراتهم كما يتم تدريبيهم على استخدام وسائل المواصلات واستخدام الهاتف بالإضافة إلى بعض المهارات الأكاديمية الوظيفية مثل قراءة وكتابة اسمه ومعرفة بعض الكلمات وتمييزها بصرياً مثل مستشفى ، بقاله ، شرطي ، مدرسة ، حمام ... الخ والتعرف على

الأعداد البسيطة ودلالتها والتعرف على النقود وهنالك مجموعة من التوجيهات العامة التي يجب

مراعاتها في مجال تعليم أطفال التوحد مع داون وهي

- التدرج في تعليم المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل

- تقديم المساعدة أثناء التدريب على الأداء

- النكرار عدة مرات حتى نضمن الإتقان

- تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من داخل البيئة التعليمية

- الاعتماد على التعزيز والمكافأة .

- الاعتماد على استخدام الوسائل المعينة سواء الحسية أو السمعية

- الثاني وعدم الاستعجال عند ظهور الاستجابة

8) التنويع في أساليب التعليم

وتلعب الروضة دوراً كبيراً في حياة الطفل العادي كما تلعب دور حيوي في حياة طفل التوحد مع

داون حيث تساعده الروضة في تنمية مهارات جديدة لديه وتساعد في الاعتماد على نفسه وتساعد

في تكوين صداقات (ترجمة المجموعة الاستشارية لنظم المعلومات والإدارة ، 2001)

ومن الخدمات التي يحتاج إليها أيضاً أطفال التوحد مع داون هي الرعاية الجسمية والصحية وهذا دور العلاج الطبيعي في تحسين قدراتهم على المشي والحركة وتحسين التأذير البصري الحركي حيث أنهم يتأخرن في المشي والحركة ويميلون إلى البطئ فإن التدريب والتدخل المبكر يساعد في تحسين مهاراتهم الحركية مما يؤدي إلى زيادة ثقتهم بأنفسهم وقدراتهم على الاستقلالية ومن خلال العرض السابق نجد أن أطفال التوحد مع داون يحتاجون إلى برامج تربوية وتعليمية وتأهيلية وتدريبية لأنهم جزء لا يتجزأ من المجتمع وكل ما كان التدريب والتأهيل مبكر كلما أدى إلى نتائج أفضل تعود الطفل

على المجتمع وقد تناولنا في هذا الفصل إعاقة شديدة هي إعاقة التوحد مع متلازمة داون أي أن الطفل ليس معاً ذهنياً إعاقة متوسطة أو شديدة فقط بل مصاحبة لها إعاقة أخرى هي التوحد وهي إعاقة نهائية شديدة وقد تناولتها بشيء من التفصيل ولكن في النهاية يحمل الإعاقتين شخص واحد يحتاج إلى اهتمام ورعاية لذلك يتم دمج برامج تأهيلي وتدريب التوحديين مع برامج تأهيل وتدريب وتعليم المعاقين ذهنياً ويقدموا لهذا الطفل متعدد الإعاقة فدور مؤسسات الرعاية دور حيوي وهام ودور الأسرة دور حيوي وهام تجاه هذه الفتاة من الأطفال متعددي الإعاقة ونظرة المجتمع لهم وبالاضافة الى المقاييس السابقة هناك مقاييس أخرى هي على النحو التالي:

1-الدليل التشخيصي للأمراض النفسية من الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM - 4 الطبعة الرابعة .

2-الدليل التشخيصي للأمراض النفسية في منظمة الصحة العالمية .

3-المقابلة التشخيصية .

4-مقياس كارز CARS .

5-اختبار أدوس .

الاختبارات النفسية التي تعد عن طريق الأخصائي النفسي هي :

1/ اختبار قدرات معرفية (وكسنر أو ساتنفورد بينية) .

2/ اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي .

3/ مقياس مولين للتعليم المبكر .

4/ مقياس ليتر الدولي للأداء .

الاختبارات التعليمية المساعدة لوضع خطة فردية .

-اختبار بيب .

-اختبار بيب المراهقين .

-التخسيص الطبي .

ونقصد به فحص حالة الطفل من جميع جوانبه .

1- تتبع التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل ومعرفة التاريخ المرضي وأي مشاكل مرت بها الأم أثناء فترة الحمل وأثناء فترة الولادة .

2- الكشف السريري : هو كشف مباشر على الطفل .

3- الفحوصات الطبية : مثل فحوصات الدم والبول والبراز وفحص الحواس وفحص وظائف الجسم وتصوير الدماغ والرئتين المغناطيسي .

مبادئ التدخل العلاجي :

هناك مجموعة من المبادئ التي ينبغي مراعاتها في التدخل العلاجي وهي :

- 1 التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية .
- 2 تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شاملة ومنتظمة.
- 3 مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي .
- 4 مراعاة أن يتم التدريس على مدار العام .
- 5 مراعاة توسيع أساليب التعليم .
- 6 مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل . (الفوزان ، 2004) .

أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي :

هناك خمسة أساليب للتدخل العلاجي والتأهيلي أشار إليها (عبد الله ، 2005) وهي على

النحو التالي :

- 1-أساليب التدخل النفسي .
- 2- أساليب التدخل السلوكي .

3-أساليب التدخل الطبي .

4-أساليب العلاج بالفيتامينات .

5-أساليب العلاج بالحمية الغذائية .

تعددت أسباب وطرق علاج التوحد مع داون حيث لا يصلح أسلوب أو تدخل واحد فقط بل يجب دمج أساليب التدخل العلاجي حتى يؤدي إلى نتائج علاجية فتتداخل أكثر من نمط وأسلوب علاجي يؤدي إلى تحسين بعض حالات أطفال التوحد حيث أن الدراسات العلمية لم تؤكّد على جدوّي استخدام أسلوب علاجي واحد والسطور التالية توضح دور كل أسلوب علاجي :

أولاً : أساليب التدخل النفسي :

ويركز العلاج النفسي على أن الطفل التوحد مع داون يجب أن يمر بخبرات وعلاقات اجتماعية وانفعالية جيدة ومشبعة بالعاطف والحب والحنان من جانب الأم لطفلها التوحدى الداوني كما يسعى العلاج النفسي القائم على التحليل النفسي لإباء الأطفال التوحديين مع داون على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم بصورة غير مباشرة .

ثانياً : أساليب التدخل السلويكي :

وهي الأكثر انتشاراً وشيوعاً في العلاج حيث تركز على جوانب القصور الواضحة لدى الطفل التوحد مع داون وتسعى إلى تعديل هذه الجوانب بناء على أسلوب التعزيز ومكافأة السلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك السيئ وتكمّن أهمية العلاج السلويكي في الآتية :

1-مبني على أساس علمية وله مبادئ .

2-يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح .

3-يهم بالظاهرة ولا يهتم بالأسباب فقط .

4- ثبت من الخبرات والدراسات العلمية فعالية هذا النوع من العلاج.

ومن أنواع التدخلات العلاجية السلوكية :

1- برنامج لوفاس .

2- برنامج معالجة وتعليم التوحديين مع داون .

3- التدريب على المهارات الاجتماعية .

4- برنامج استخدام الصور في التواصل .

5- العلاج بالحياة اليومي .

6- التدريب على التكامل السمعي .

7- العلاج بالتكامل الحسي .

8- التواصل الميسر .

9- العلاج بالمسك والاحتضان .

10- العلاج بالتدريبات البدنية .

11- التعليم الملطف .

12- العلاج بالموسيقى .

ثالثاً أسلوب التدخل الطبي :

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً كبيراً الإصابة بالتوحد فإن المحاولات أكدت على ضرورة العلاج بالعقاقير الطبية والأدوية الملائمة وحتى الآن العلاج الطبي لا يؤدي إلى علاج التوحد مع داون بل يساعد في تحسين حالة الطفل وتقليل حدة الأعراض المصاحبة كما أنه يقلل من المستويات المرتفعة من القلق والتوتر والسلوك التخريبي لدى الطفل ويركز العلاج الطبي في الطفولة المبكرة على تقليل السلوك العدوانى وإيذاء النفس ويركز في مرحلة الطفولة

المتأخرة والمراهقة على تقليل حالات الاكتئاب والوسواس القهري وتقليل التشنجات وحالات الصرع بالإضافة للعقاقير المنبه .

رابعاً : العلاج بالفيتامينات :

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أهمية استخدام العلاج ببعض الفيتامينات حيث ينتج عنه تحسناً في السلوكيات وقد أجريت في عدة دراسات في فرنسا (Leiard eial1982) .

وأشارت نتائج الدراسة أن العلاج بفيتامين ب 6 ينتج عنه تحسينات سلوكية .

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية :

أشار بعض الباحثين إلى الدور الفعال الذي يلعبه الغذاء في حياة الطفل التوحدي مع داون وقد وأشارت Mari Callahn إلى وجود علاقة بين الحساسية المخية والتوحد مع داون وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن بشكل ملحوظ عند ما توقف الأطفال عن إعطائهم الحليب البقرى .

ومقصود بالحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء التي يؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابها مما يؤدي إلى اضطراب في التعليم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد مع داون هي (السكر ، الطحين ، الشكولاتة ، الدجاج ، الطماطم وبعض الفاكهة) .

ويلاحظ من العرض السابق أن أساليب العلاج متعددة علينا أن نأخذ ما يناسب كل طفل ودرجة حالته أو ما يناسبه حتى نساعد هذه الفئة من الأطفال في تحسين أوضاعهم .

كما يرى (خطاب ، 2009) أن هناك أسلوب علاجي آخر وهو التدخل العلاجي التعليمي :

أي العلاج بالبرامج التعليمية وهو يعتمد على تدريب وتنمية مهارات أطفال التوحد مع داون ومعالجة سلوكياتهم النمطية والعدوانية وتحفيض حدة الأعراض التي تختلف مع كل طفل وهذا يتطلب وضع برنامج علاجي فردي لكل طفل .

أما البرامج المقدمة للتوحديين مع داون (Teacch) البرنامج التعليمي خاص مبني على افتراض أن لكل طفل توحد مع داون احتياجات تعليمية خاصة به وله مستويات فهو خاصة لقدرات تميزه عن غيره ويحتاج مثل هذا البرنامج إلى فريق عمل من المختصين في كافة المجالات ويجب أن تتضمن هذه البرامج والأنشطة والأساليب المناسبة لكل طفل على حده وت تكون البرامج من الأتي :

1-المقومات الأساسية للبرامج التربوي الفعال للتلميذ ذوي التوحد مع داون مع مراعاة تقديم الخدمات وكذلك المستلزمات المكانية والتجهيزية لبيئة العمل والخدمات الأسرية الازمة لتقديم برنامج متكملا .

2-المجالات التي تساعد على نمو أطفال التوحد مع داون وهي على النحو التالي :

- أ-مجال الانتباه والتقليد والمحاكاة .
- ب-مجال مهارات التواصل والعناية بالذات .
- ج- المهارات الحسية وتنمية الحواس .
- د-مهارات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين .
- ه-مهارات التربية البدنية والحركية للطفل التوحيدي .
- و-مهارات المعرفية والأكاديمية .
- ز-مهارات اللعب .

الفصل الرابع

الصم المكفوفين

- تعريف الأصم - الكفيف
- نسبة انتشار الصم المكفوفين
- خصائص الصم المكفوفين
- أسباب الإعاقة
- أساليب تعليم الصم المكفوفين
- التحديات التعليمية التي تواجه الصم المكفوفين
- الإجراءات المبنية على التكامل الحسي لبناء اللغة عند الصم المكفوفين
- الأساليب المبنية على التكامل الحسي لاكتساب اللغة عند الصم المكفوفين
- إرشادات مقترحة للتعامل مع الصم المكفوفين
- استخدام منهج بافاريا لذوى الإعاقات المتعددة
- مهارات الحياة
- مقتراحات عامة

الصم المكفوفين

مصطلح الصم المكفوفين Deaf- Blindness يستخدم لوصف الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية وبصرية تتراوح في مداها من فقدان الشديد إلى الشديد جداً وعالمهم القريب ينتهي عند أصابعهم.

تعريف الأصم - المكفوف:

بسبب جمع الأطفال الصم - المكفوفين لأكثر من إعاقة، سمعية وبصرية فإن معظمهم تمت خدمتهم ضمن فئة متعدد الإعاقات. فمن من هم الصم المكفوفين (Deafblind) ؟ إنهم أشخاص لديهم إعاقة حسية مزدوجة ، بمعنى أنهم أشخاص يعانون من إعاقة سمعية وإعاقة بصرية أيضاً ، الأمر الذي ينبع عنه مشكلات تواصلية شديدة ومشكلات نمائية وتربوية أخرى بحيث لا يمكن خدمتهم بشكل مناسب في مراكز التربية الخاصة التي تقوم على رعاية الأطفال الصم أو تلك التي تقوم على رعاية الأطفال المكفوفين . وقد عرف قانون التربية والتعليم للأفراد المعاقين الأمريكي)

Disabilities Educational Ac Individuals with(IEA)

الصم المكفوفين على النحو التالي :

"اضطراب شديد في التواصل والاحتياجات التعليمية والنمائية الأخرى ، بحيث لا يستطيع الشخص الأصم - المكفوف تلقي تعليمه الخاص في برامج تربوية خاصة في البرامج المخصصة للأطفال والشباب ذوي الإعاقة السمعية أو الإعاقات الشديدة بدون مساعدة خاصة تضمن إشباع حاجاتهم التربوية والتعليمية الناتجة عن الإعاقة السمعية والبصرية أو الإعاقات المتزامنة

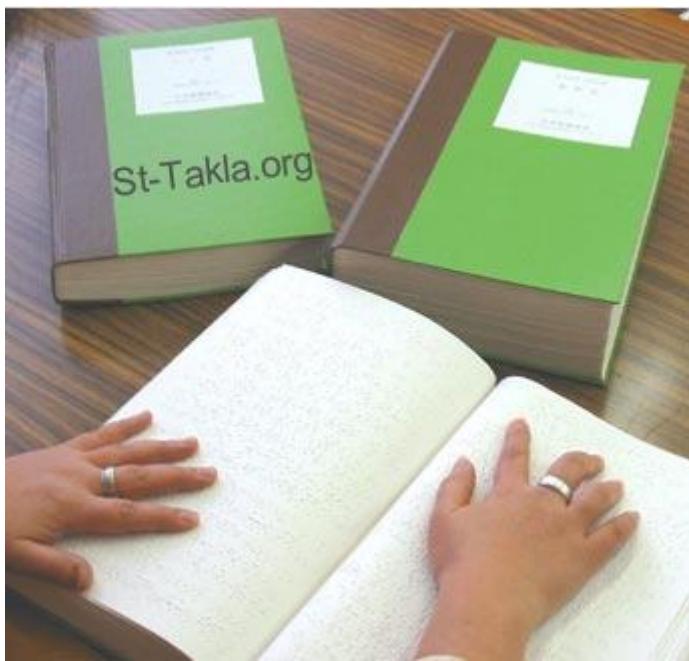


Image: Reading with hands for the blind, Braille

صورة : القراءة بطريقة برايل للمكفوفين

عندما تتردد كلمة "الأصم الكفيف" على مسامع الناس ، فإن هذه الكلمة غالباً ما تشير لديهم تساؤلات ومشاعر واتجاهات ومفاهيم متباعدة ، تختلف باختلاف طبيعة ثقافتهم ومدىوعيهم بقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة ، كما قد تشير إليهم التعجب والشفقة

والحزن في آن واحد ، وسوف يدفعهم ذلك إلى التفكير في كيف يمكن للأصم الكفيف من أن يحيا في المجتمع وهو محروم من نعمة السمع والبصر؟ كيف لهذا الشخص أن يعيش في عالم يجمع بين السكون والظلم ، أو عالم الصمت المظلم ؟

نسبة انتشار الصم المكفوفين

أهمية الإحصائيات

حضر نسبة الصم المكفوفين في كل إقليم يسهل دراسة أسباب انتشار الحالة في إقليم عن غيره ومحاولات التصدي لها وعمل الوقاية الأولية الازمة لحماية الأجيال القادمة توفير الخدمات المناسبة (توفير مراكز التأهيل المجهزة و المتخصصين في المجال والمواصلات الأعداد الفعلية) و توزيع هذه الخدمات حسب

انتشارهما

توقع الأعداد على مدى السنوات القادمة طبقاً للنسب الحالية والاستعداد لهذا بتوفير الخدمات اللازمة

نسبة انتشار الصم المكفوفين في بعض الدول بالنسبة للتعداد الكلي لها في أوروبا 0.018% في الدانمارك.

0.01% في النرويج.

20% نسبة الصم المكفوفين ولاديها من إجمالي الصم المكفوفين.

نسبة الصم المكفوفين المكتسب من إجمالي الصم المكفوفين 80% مقسمة كالتالي :

30% معاقة سمعياً ولاديها ثم اكتسب الإعاقة البصرية لاحقاً.

1% معاقة بصرية ولاديها ثم اكتسب الإعاقة السمعية لاحقاً.

40% مولود طبيعي ثم اكتسب إعاقة الصمم وكف البصر لاحقاً.

في مصر لم يتم إلى الآن حصر تعداد الصم المكفوفين وهذا يرجع إلى عدم تصنيفهم كإعاقة منفصلة .

خصائص الصم - المكفوفين:

يعتبر الشعور بالعزلة مشكلة رئيسية للعديد من الصم - المكفوفين، وواحدة من القضايا التي تتطلب من المعلم أن يتعامل معها، وهي إن عالم هؤلاء الأفراد محدود، وهنا يقع على عاتق المعلم أن يوسع نظرتهم للعالم وان يوصلهم بأفراد آخرين في بيئاتهم المحيطة.

خصائص فهو الأطفال الصم المكفوفين :

يؤدي الصمم وكف البصر إلى حدوث صعوبات ومشكلات نمائية وتعلمية وتواصلية لدرجة يجعل هؤلاء الأفراد غير قادرين على التقدم في برامج التعليم

الخاص إلا في حالة وجود مساعدات إضافية تتناسب مع طبيعة إعاقتهم الحسية المزدوجة.

ويمكن استعراض أهم الخصائص المميزة لنمو الأطفال الصم المكفوفين فيما يلي:

- تقل يقظة وانتباه الأطفال الصم المكفوفين لما يدور من حولهم لافتقادهم إلى المثيرات السمعية

والبصرية ، لذا يلاحظ أنهم أقل بكاءً من الأطفال العاديين ، كما أن حركة أطرافهم أقل ، ولا ينتبهون

لما يدور حولهم إلا من خلال التواصل اللمسي الذي يتم بمعرفة الأسرة والقائمين على رعايتهم.

- تتأخر ظهور الابتسامة على وجه الطفل الأصم الكفيف لمدة ستة أشهر منذ ولادته ، بعكس الطفل

العادي الذي تظهر على وجهه الابتسامة كمظاهر الفعل المنعكس اللاإرادي بعد

حوالي شهر من ولادته ، بالإضافة إلى أن الابتسامة لدى الطفل الأصم الكفيف غالباً ما تكون

أكثر غموضاً في المظهر وأقل تعبيراً ، وهذا شيء طبيعي فالابتسامة تظهر على وجه الطفل

العادي عادة عندما يتعرض إلى مثيرات سمعية بصرية ملمسية ، فيعبر عن سعادته ورد فعله بابتسامة

طبيعية تحاكي الابتسامة المرسومة على وجوه المحظيين به ، وهو الأمر الذي لا يتوافر للطفل الأصم

الكفيف ، ولكن هذا لا يمنع من قيام الوالدين والمحظيين به من التركيز على التواصل الجسمي

اللمسي من خلال حمل الطفل الأصم الكفيف وملاعبته ، والسماح له بتحسس الوجوه التي تلاعبه ،

حتى يحس بالاهتزازات والهواء الصادر عن منطقة الفم والحنجرة الذي يصاحب صدور الأصوات

المختلفة ، وكذلك الاقتراب من أذنيه والتحدث معه كما لو كان طفلاً عادياً يسمع ويرى ، وذلك

للاستفادة من أية بقايا سمع ورؤية موجودة لديه ، علاوة على أن التواصل اللمسي في حد ذاته

له تأثير إيجابي في تدريب حاسة اللمس لدى الطفل الأصم الكفيف على استقبال الأحاسيس

والمشاعر ، وفي التدريب على وسائل وطرق التواصل المختلفة التي تعتمد على حاسة السمع.

- يفتقد الأصم الكفيف أي مواقف المحاكاة التي تُعد ضرورية لتحقيق النمو العام خاصة النمو اللغوي والحركي ، فالتعليم يعتمد أساساً على المحاكاة السمعية والبصرية ، لذلك فإن افتقاد الطفل الأصم الكفيف إلى تلك المحاكاة يؤدي إلى حرمانه من العديد من فرص التعليم والتعلم.
- يجد الأصم الكفيف صعوبة شديدة في القدرة على بدء التفاعل الاجتماعي من حوله بسبب إعاقته الحسية المزدوجة التي تؤثر في قدرته على توسيع مجال تفاعله الاجتماعي ، وبالتالي يؤثر في نموه العقلي والاجتماعي واللغوي والحركي ، فالأصم الكفيف غالباً ما تجده وحيداً ما لم يقم أحد بالاقتراب منه وملسه تمهيداً للتواصل معه.
- يمر على الطفل الكفيف الأصم عدة سنوات من عمر الطفولة ، حتى تأتي عليه لحظة فارقة في حياته ، وهي لحظة مروره بصدمة اكتشافه لإعاقته السمعية والبصرية ، وتأتي هذه اللحظة عندما يستطيع أن يلاحظ أنه مختلف عن الآخرين من حوله ، وهذه اللحظة تكون لحظة عصبية في حياة الطفل الأصم الكفيف ، وفي حياة الأسرة كلها ، ولا يستطيع الإنسان أن يصف ويتصور أي شعور من الحزن والأسى ينتاب هذا الطفل عند هذه اللحظة .. وهو ما يتطلب تنبية الوالدين ، ومن يقوم برعاية وتأهيل هؤلاء الأطفال لهذه اللحظة ، حتى يمكنهم مساعدة الطفل على اجتياز الصدمة ، والتفكير بصورة عقلانية في كيفية التوافق مع إعاقته بما يحقق التوافق الذاتي والاجتماعي .
- ينتاب بعض الأطفال الصم المكفوفون بعض الثورات الانفعالية والغضب ، عندما يريدون التعبير عن ما في نفوسهم من مشاعر ، وعما يفكرون فيه من أفكار ورغبات ولكن افتقادهم للغة وطرق التواصل في السنوات الأولى من العمر يقف حائلاً دون تحقيق تلك الرغبة ، حيث لا يتمكنون من خلال الإشارات الوصفية الأولية التعبير بالضبط بما يريدون قوله للمحيطين بهم ، الأمر الذي يصيبهم في

النهاية بالإحباط والغضب ، وهذه الثورات الانفعالية قد تأخذ عدة أشكال ، فقد يقوم بالإطاحة بالأشياء التي من حوله ، وقد يضرب برأسه في الحائط أو الأرض ، وقد يقوم بقضم يده وإيذاء نفسه جسماً .. لذلك فعلى المحيطين بالطفل تفهم الأسباب المؤدية إلى مثل هذه السلوكيات والانفعالات ، والعمل على التخفيف من حدتها وفقاً لبرامج تعديل السلوك.

- يشير (Meshcheryakov , 1974) ، إلى أن بعض الأطفال الصم المكفوفين في بداية عمرهم قبل حصولهم على التدريب بأداء حركات عشوائية بلا معنى أو هدف مثل قيام البعض بإماملة رأسه أو جسمه وهو جالس يميناً ويساراً مثل حركة بندول الساعة ، أو يقوم بتحريك يديه حركات مفاجئة بلا هدف تشبه حركات التشنج وأحياناً يظل جالساً في مكانه ساكتاً لا يتحرك لمدة طويلة دون أن يبدي أي اهتمام بما يدور حوله ، وهذه السلوكيات نتيجة التجاهل شبه التام الذي يعاني منه الطفل من حوله ، وتأخر تدريسه على يد الأخصائيين في سن مبكرة.

- يظل الأصم الكفيف ملتصقاً بأمه طوال الوقت خلال سنوات عمره الأولى ، ويعتمد عليها اعتماداً كبيراً في كل شؤون حياته ، ولكن هذه الاعتمادية الشديدة خاصة عند قيام الأم أو المحيطين به بحمله بين ذراعيهم طوال الوقت نتيجة الحماية الزائد ؛ ستؤدي إلى سلبية الطفل الشديدة ، وتأخر تدريسيه على الوقوف والمشي والحركة وبالتالي حدوث تأخر في جميع جوانب نموه الأخرى. يميل الطفل الأصم الكفيف إلى استخدام الألعاب الجسمية التي تعتمد على التلامس وعلى الحركات المتكررة وفقاً لسلسلة معينة ، مثل قيام الكبار باستخدام أصابعهم في عملية ومداعبته في أسفل باطن قدمه ... وغيرها من الألعاب اللمسية.

- يميل الطفل الأصم الكفيف إلى التمركز حول الذات -- نتيجة عدم قدرته

على التواصل مع الآخرين ، وبالتالي يتعرض للتجاهل من قبل الآخرين ، مما يجعلهم يشعرون بالنذل والإهمال فيؤدي ذلك إلى قيامهم بتطوير بعض الاستراتيجيات الدفاعية النفسية لحماية أنفسهم ، التي تتمثل في الرفض والعناد وعدم الامتثال للأوامر والاستجابة للآخرين ، ومقاومة أية تغيرات على الأماكن السلوكية التي تعود عليها.

- يتلخص الطفل الأصم الكيف القدرة على النمو العقلي بصورة طبيعية ، ولكن هذا النمو لن يتحقق ، إلا من خلال تلقيه تدريبات متنوعة على كيفية التواصل مع الآخرين للخروج من عزلته ، وتدريبه على المهارات الحياتية المختلفة ، بالإضافة إلى تعليمه مبادئ القراءة والكتابة والحساب وبعض المواد الأكademie الأخرى ، والتدريب على بعض الحرف اليدوية التي تتناسب مع طبيعة إعاقته.

الأسباب:

يمكن تصنيف أسباب الصمم - كف البصر إلى ثلاثة مجموعات كالتالي:

- أولاً : متلازمات كروموموسومية و جينية :

يعمل الباحثون في خطوات واسعة وكبيرة في اكتشاف متلازمات التخلف العقلي الكروموموسومية و الجينية . حيث إن بعض هذه المتلازمات وراثي وبعضها ينتج عن خلل كروموموسومي أو جيني . هذه الحالات مرتبطة أيضاً بالصمم - كف البصر .

يوجد حالياً ما يزيد على خمسين متلازمة كروموموسومية / جينية مرتبطة بالصمم - كف البصر وتعد متلازمات CHARGE Syndrome و Usher Syndrome و Down Syndrome () من أكثرها شيوعاً

أ- متلازمة CHARGE Syndrome تتميز متلازمة CHARGE بعدد من الاختلافات الجسدية الغير طبيعية في الولادة ، والسبب الحقيقي الرئيسي لهذه المتلازمة ما زال قيد البحث والنقاش ، ولكن

هناك دليل واضح بأنها نتاج عن نمو غير طبيعي، إن سبب هذا الغموض والجيرة ربما يعود إلى عوامل متعلقة بأبحاث وأدبيات الطب التي لم تبحثها ولم تتطرق لها بشكل وافي وذلك حتى 1979.

- معنى اختصار : CHARGE

تعود اختصارات هذا المصطلح إلى الصفات الأكثر شيوعاً لدى ذوي متلازمة CHARGE وهي كالتالي

1- العيب الخلقي في العين (قصور أنسجة العين)

2- اضطرابات وعيوب القلب (التشوهات القلبية)

3- تشوه في الأذن أو فقدان سمعي.

4- قصور أنسجة العين : Coloboma

يعود قصور أنسجة العين غالباً إلى الظروف التي ولد فيها الطفل (اضطراب تنكري ولادي) من خلال التشكيل الغير الطبيعي للعين أو النمو الغير الطبيعي لشبكة العين والعصب البصري (عدم اكتمال نمو الأجزاء المركبة أو المحيطية في الشبكة) أو بسبب شق في القزحية أثناء عمليات معالجة المياه البيضاء أو الزرقاء ، ويمكن أن يسبب قصور أنسجة العين مجموعة واسعة من المشكلات البصرية المتعلقة بحدة الإبصار والحساسية الزائدة للضوء .

أما بالنسبة لتلaffيف الأعصاب البصرية فإنها تقوم بتجهيز ونقل المعلومات بين الدماغ والعضلات المختلفة في العين والغدد الجسمية في جسم الإنسان . إن الأفراد ذوي متلازمة CHARGE غالباً ما يكون لديهم شلل أو ضعف في عضلات الوجه مما يسبب لهم مشاكل في ابتلاء الطعام بسبب النمو غير الطبيعي لأنسجة العين وتلaffيف الأعصاب .

إن الأغلبية الواسعة من الأطفال المصابين بمتلازمة CHARGE يولدون بعيوب واضطرابات قلبية ، بعض هذه المشكلات القلبية قاصرة نسبياً وبعضاها الآخر

تجعل من معيشة هؤلاء الأطفال عرضة للخطر مما يتطلب إجراء عمليات جراحية .

- اضطرابات وعيوب القلب (التشوهات القلبية):

تعد التشوهات القلبية نادرة الحدوث 1% فقد تحدث لوحدها أو مرفقة لمتلازمات أخرى كمتلازمة داون مثلاً ، وبما أنها ذات علاقة بالاضطرابات الكروموسومية والجينية فإنها قد تكون سبباً في حدوث الصمم - كف البصر .

- انسدادات خلقية : Atresia of The Choanae

Atresia هي عبارة عن ما يسمى برتق الأذن (عدم اكتمال نمو قناة السمع الخارجية التي يحدث فيها انسداد غير طبيعي) أثناء مرحلة الولادة أما بالنسبة الى Choanae فهي عبارة عن تلك المرمرات الجوفية ما بين الأنف والحنجرة . فعندما تنغلق الى Choanae أو تكون ضيقة فإن القدرة على التنفس تتأثر ، ويُنصح غالباً بعمل جراحة تساعد على تصحيح مشكلات التنفس في مثل هذه الحالات .

معظم الأطفال المصابين بمتلازمة CHARGE يولدون بحجم طبيعي ولكنهم قد يواجهون خبرات ومشاكل في النمو لاحقاً بسبب التغذية ومشاكل القلب و / أو النمو غير الطبيعي للهرمونات . بالإضافة إلى احتمالية وجود تخلف عقلي .

كما يشيع بينهم نمو بطيء أو عدم اكتمال نمو الأعضاء التناسلية ويظهر بشكل شائع لدى الذكور عن الإناث.

متلازمة CHARGE يمكن أن تسبب تشكيلة كبيرة من النمو الهيكي الغير طبيعي للأذن الوسطى والداخلية فيما يتعلق بالفقدان السمعي التوصيلي والفقدان السمعي العصبي أو كلاهما مجتمعين .

ب- متلازمة أشر : Usher Syndrome

تعد هذه المتلازمة من أكثر أسباب الإعاقات الحسية المزدوجة شيوعاً وهي من المتلازمات الموروثة والتي من خصائصها العامة فقدان السمعي والتهاب الشبكية

الصبي Retinitis Pigmentosa ، والتهاب الشبكية الصبغي من الممكن يظهر على هيئة مشكلات في البصر في مرحلة الطفولة أو الطفولة المبكرة أو حتى مرحلة المراهقة ومع الظروف يصبح تقدم هذا الاضطراب يزداد سوءاً بشكل تدريجي إلى أن يسبب مشكلات في الرؤية في الضوء المنخفض وهي ما يسمى بالعشي الليلي Night Blindness بالإضافة إلى تضيق في مجال الرؤية تسمى بضيق البصر أو البصر النفقى Tunnel Vision إلى أن يكفي بصر المصاب بها ، حيث لم يتم التوصل لعلاج لهذه المتلازمة هنالك ثلاثة أنواع من متلازمة Usher مختلفة ومتغيرة النواحي حسب نوع وزمن حدوث الإصابة من الأعراض الرئيسية لفقدان السمعي والصمم الحاد وصعوبة السمع أو التدهور الغير طبيعي لحاسة السمع مع الوقت.

إن العشي الليلي يبدأ غالباً في مرحلة الطفولة والبعض يبدأ لديهم في مرحلة المراهقة . فالبعض منهم يكون لديهم مشكلات في الاتزان Balance بسبب مشاكل في الأذن الداخلية Inner air تبدأ في مرحلة الطفولة والبعض الآخر ليس لديهم مشاكل في الاتزان والبعض الآخر يولدون وليس لديهم مشاكل في الاتزان ولكن مع مرور الوقت يبدأ الاتزان بالتدهور وتظهر مشاكله .

الباحثون الوراثيون أكثر من جين مسببة متلازمة Usher ففي فبراير 2001 حدد الباحثون ستة جينات تسبب ستة أنواع من متلازمة Usher1 فثلاثة جينات تسبب ثلاثة أنواع من هذه المتلازمة Usher2 وجين واحد يسبب Usher3 .

بالرغم من أن متلازمة Usher واحدة من أكثر العوامل الوراثية المسببة للصمم - كف البصر ولكن نسبة انتشارها منخفضة عموماً . هنالك 300 شخص فقط من أمغارهم ما بين الولادة و22 سنة تم التعرف عليهم بأن لديهم متلازمة Usher1-3

ج- متلازمة داون : Down Syndrome

كثيراً ما تم التطرق لهذه المتلازمة كسبب في التخلف العقلي ولكن في بعض

الأحيان تكون هذه المتلازمة مرتبطة بالصمم- كف البصر على خلاف متلازمة (Usher وراثية) .

فمتلازمة داون تنتج بسبب خلل كروموزومي

- ثانيا : ظروف ما قبل الولادة :

مثل متلازمة داون فاثنين من أكثر أنواع العوامل المتعلقة بمرحلة ما قبل الولادة لها علاقة مثل الحصبة الألمانية والفيروسات يمكن أن تسبب تخلفاً عقلياً أو الصمم - كف البصر . فالحصبة الألمانية غالباً ما تحدث في ثلث مرحلة الحمل وتؤثر على الجنين بتشكيلية كبيرة من الإعاقات بها فيها الصمم- كف البصر . والأطفال المولودون ولديهم فيروسات كفيروس الهربز معرضون لخطر الإصابة بتشكيلية كبيرة من الإعاقات بما فيها الصمم- كف البصر .

- ثالثا : ظروف ما بعد الولادة :

يعد التهاب السحايا وجروح الدماغ الناجمة عن الإصابات من أكثر العوامل شيوعاً والتي قد تسبب الصمم - كف البصر.

من أكثر الأسباب المسئولة عن حالات الصم - المكفوفين هي الخداع (Prematurity) وأغلب الحالات تعود لأسباب غير معروفة.

أساليب تعليم الصم المكفوفين:

إن الهدف العام الذي يتوجى تحقيقه من تعليم الصم المكفوفين لا يختلف من حيث المبدأ عن هدف التعليم بوجه عام وهو مساعدة المتعلمين على تحقيق أقصى ما تسمح به قدراتهم.

وللأسف الشديد إن أساليب تعليم الأطفال الصم المكفوفين لم تحظى باهتمام القائمين على برامج التربية الخاصة إلا مؤخراً . بسبب أن الإعاقة الحسية المزدوجة نادرة الحدوث نسبياً.

ومن الأساليب التعليمية الأكثر استخداماً مع الصم المكفوفين هي تلك المستندة إلى المفاهيم التالية:

النظريّة النمائيّة لبياجيه:

ويتم ذلك عن طريق تشجيع الأطفال الصم المكفوفين على تأدية الأنشطة الحركية التي تهدف إلى حثّهم على التفاعل مع بيئتهم النظريّة السلوكيّة: ويتم ذلك عن طريق استخدام أساليب تعديل السلوك لخفض المظاهر السلوكيّة غير التكيفيّة وتشكيل الاستجابات التكيفيّة لدى الأطفال الصم المكفوفين ، ومن تلك الأساليب التعزيز بأشكاله المختلفة وبخاصة التعزيز اللّمسي والمادي .

نظريّة فان دك :

يرى فان دك أن الخطوة الأولى في تعليم الطفل الأصم الكفيف هي تحرير هذا الطفل من عزلته الجسمية . وما يعنيه ذلك هو ضرورة تطوير النمو الحركي لديه وتعريفه بجسمه . فمن خلال الزحف والمشي والقفز يبدأ الطفل بفصل ذاته عن الأشياء من حوله ويدرأ يدرك أن هناك أشياء من حوله لها خصائصها.

التحديات التعليمية التي تواجه الصم المكفوفين يواجه تربية وتعليم الأطفال الصم المكفوفين العديد من التحديات التعليمية التي يمكن ذكرها في النقاط التالية :

- تعدد مستويات فقدان السمع والرؤية لدى الأطفال الصم المكفوفين الأمر الذي يتربّب عليه تعدد طرق التواصل ، وطرق واستراتيجيات التدريس ، وتنوع الوسائل والمواد التعليمية ، والمعينات السمعية والبصرية ، كما ستتنوع البرامج التأهيلية الخاصة بهؤلاء الأطفال ، مما يعني أن التعليم في تلك البرامج سيعتمد على التعليم الفردي وفقاً لخصائص كل حالة على حده ، البرنامج التربوي الفردي الخاص بالأطفال الصم المكفوفين يحتاج إلى وجود فريق عمل متخصص يجمع بين المعلم والطبيب والأخصائي النفسي والاجتماعي وأخصائي التأهيل الحركي وممرافق الطفل (والوالدين- المربى) بالإضافة إلى الوالدين، ووجود كل هؤلاء

الأشخاص يحتم ضرورة وجود تنسيق فيما بينهم بحيث يتم تخطيط وتنفيذ برنامج تربوي متكامل للطفل الأصم الكفيف . وعلى هذا الفريق العمل على التخطيط المستمر في ضوء التقويم المرحلي لمدى تقدم الطفل، ومراقبة الطفل للتعرف على ما حققه من نجاح والتركيز على جوانب القوة لدى الطفل وتدعمها ، وجوانب القصور والعمل على التغلب عليها، مع ضرورة التركيز على مشاركة أولياء الأمور كأعضاء فاعلين في البرنامج.

ندرة وجود المعلمين أو المختصين المؤهلين للقيام برعاية وتعليم الصم المكفوفين، نظراً لعدم وجود برامج تعليمية متخصصة على مستوى الدول العربية لإعداد هؤلاء المختصين، كما أن أقسام التربية الخاصة الموجودة في الجامعات العربية، نادراً ما يوجد بها مقررات ضمن خطة الدراسة تتصل بمتعددى الإعاقة بصفة عامة والصم المكفوفين بصفة خاصة.

ندرة أدوات القياس والتقويم التي تتناسب مع طبيعة الأطفال الصم المكفوفين
الإجراءات المبنية على التكامل الحسي لبناء اللغة عند الصم المكفوفين

1- بناء الاتصال والتفاعل الاجتماعي



إن أول خطوة في تطور التواصل هي بناء الاتصال والتفاعل الاجتماعي. ويجب أن يتم بناؤه بنفس الطريقة الطبيعية كما تحدث مع كل الأطفال. وذلك

يعنى أننا يجب أن نبني نفس نوع الأحداث التواصيلية التي تحدث في التطور الطبيعي ولكنها تنظم بطرق مختلفة. حيث أن الأصم الكفيف سوف يعبر عن نفسه باللمس والحركة التي انطبعت على جسده أثناء النشاط. والطريقة الطبيعية للتعلم والتطور والتواصل هي اللعب، لأنه ينظم المعلومات الحسية المستقبلة من التفاعل مع البيئة والأشياء . ويتميز اللعب بالمشاركة الوجدانية ، وحب الاستطلاع، والاكتشاف من خلال الاستكشاف.

2- استخدام مدخل التواصل الكلى (Total communication) التواصل الكلى عبارة عن استخدام كل القنوات المناسبة لتبادل المعنى بين الأفراد، مع مراعاة الفروق الفردية ، وهو يعد من أهم المبادئ المتبعة في التعامل مع الصم المكفوفين نظراً لضعف فرص التواصل لديهم، وبالتالي فإن الاعتماد على صورة واحدة لتحقيق التواصل لا يكفى لتعويض المعلومات المفقودة بسبب الإعاقة السمعية البصرية . والطفل هو الذي يحدد الطرق التي يستطيع الاعتماد عليها ، وعلى المتعاملين معه احترام هذه الطرق ومحاولة تطويرها بما تسمح به قدراته الخاصة. ولا يوجد طريقة تواصل أفضل من أخرى، لأن هذا الأمر يرتبط بالبقايا الحسية وقدرات واحتياجات الطفل. والهدف من أي طريقة هو تحقيق الفهم المتبادل بين الطرفين . ويكون التواصل الكلى من التعبيرات الطبيعية مثل (الإيماءات، والضحك، والبكاء، والرجوع إلى المكان، والحركات الجسمية، الإشارات الجسدية، إصدار أصوات، والأنظمة المساندة (الأشياء المرجعية، والصور، والرسومات، والبكتوجرام)، واللغات (اللغة المنطقية، لغة الإشارة، اللغة المكتوبة، الهجاء الأصبعي، طريقة برail)، لغة الإشارة اللمسية

3- استخدام القنوات الحسية القوية وتوظيف البقايا الحسية
يحدث التعلم من خلال الحواس القريبة مثل حاسة اللمس بالتآزر مع الجهاز الحركي داخل الجسم، والإحساس بتيار الهواء ، الإحساس بالذبذبات ، وحسنة

التذوق وحاسة الشم. وهي أكثر القنوات الحسية كفاءة لدى الصم المكفوفين. ومعظم الصم المكفوفين لديهم بقایا سمعية (مع / أو) بقایا بصرية، وبالطبع فإن الهدف هو توظيف استخدام كل قناة حسية ممكناً مما كانت ضعيفة . والأصم الكفيف عندما يتعلم خبرات جديدة يستخدم في ذلك الحواس القوية، لكن يجب أن نهتم أيضاً باستخدام الحواس الضعيفة بجانبها ، حتى يتم توظيف استخدام الحواس الضعيفة في البداية معًا مع الحواس القوية ، وفيما بعد تستخدم وحدها عند الحاجة لذلك.

4- استخدام أيدي الصم المكفوفين في اكتساب اللغة.

بالنسبة لكثير من الصم المكفوفين تعتبر الأيدي هي الأعضاء الحسية الوحيدة التي يمكن الاعتماد عليها للوصول إلى اللغة، والطفل الصغير الذي يسمع سوف يستمع إلى الآلاف والآلاف من الكلمات قبل أن يلفظ كلماته الأولى. أما الطفل الأصم الكفيف يحتاج إلى لمس الآلاف من الكلمات قبل ما يكون قادراً على بدء تكوين إحساس وإصدار أول كلماته. ويحتاج الطفل إلى لمس هذه الكلمات بطريقة تسمح له بأن يربطها بمعنى أثناء خبرته بالأشياء. وهذا يعني تسمية الأشياء التي يقوم الطفل بلمسها، وتسمية الحركات والسلوك الذي يقوم الطفل بالمشاركة فيه. وتسمية المشاعر التي يخبرها. ولغة الإشارة اللمسية عادة ما تكون الطريقة الأكثر فعالية لجعل اللغة متاحة عن طريق اللمس.

5-تحسين البيئة

علينا أن نضع في اعتبارنا عند تأهيل الطفل أهمية إيجاد بيئه تعلم تعويضية وتحسين بيئه التعلم التي يتم تأهيل الطفل فيها، وأن تكون هذه البيئة منظمة بطريقة معينة ومتسلقة ومشوقة وتسثير الحواس، وأن تشبه بيئه المنزل وذلك حتى يستطيع الطفل أن يحس بالأشياء المحيطة، وأن يرسم صورة ذهنية لها، ويشعر بالأمان. فمثلاً إذا استطاع الطفل أن يحدد موقع الكوب الذي يشرب منه

وووجهه في نفس المكان الذي يوضع فيه كل يوم فسوف يشعر بإحساس من الثقة، وسوف يتعلم أيضاً مفهوم دوام الشيء ووظيفته. والبيئة المنظمة ووضع علامات إرشادية ملصية وتنظيم أماكن الأثاث بطريقة مدروسة يؤدي إلى اكتساب مهارات التوجة والحركة وزيادة الاستقلالية.

6- التأهيل السمعي

يحتاج الصم المكفوفين ذوى البقايا السمعية إلى تنمية مهاراتهم في استخدام المعلومات السمعية للعديد من الأسباب مثل التعرف على الأشخاص، القراءة والكتابة، التواصل وما إلى ذلك ويحتاجوا أيضاً أن يتعلموا كيفية الاستفادة السمعية من الأجهزة والمعينات المساعدة والتکيفية مثل زرع القوقعة، والمعينات السمعية، وأجهزة مخرجات الصوت. ويحتاجوا أن نساعدهم على الانتقال من مرحلة السمع إلى مرحلة الإستماع وعلى اكتساب تعلم الإنصات وهي مهارة ضرورية وأساسية مع هؤلاء الأطفال. (Moss, K & Durkel, J., Lace, J., Newton, G,2007). ويعتبر ارتداء المعين السمعي هو الخطوة الأولى نحو اكتساب المهارات اللغوية واللفظية ، مما يساعد على الاستغلال الكامل وتنمية حاسة السمع من خلال التدريبات السمعية لإضفاء معنى ودلالة للأصوات التي يسمعها ويتم ذلك بصاحبة اللمس والحركات الجسدية والموسيقى والصور.

الأساليب المبنية على التكامل الحسي لاكتساب اللغة لدى الصم المكفوفين :

بالنسبة للعديد من الأطفال الصم المكفوفين يعتبر المدخل اللامي هو الأسلوب الأساسي الذي يستقبلون من خلاله المعلومات. وفي كل وقت نتفاعل فيه مع الطفل نحتاج أن نفكّر في كيفية إمداده بمعلومات أكثر عن طريق اللمس وذلك من خلال الأنشطة المختلفة. ويتم ذلك بتقسيم النشاط إلى مراحل صغيرة، وتذكير الطفل بخطوات العمل في كل جزء على حدة، وتكرار كل خطوة بعد أن نخطوها أمامه. ولابد من وضع روتين خاص لأداء النشاط مع

المساعدات اللفظية والمرئية واللمسية على أن تكون بيئة أداء النشاط مماثلة للبيئة التي يعيش فيها، ويكون وقت النشاط في نفس الوقت الذي اعتاد عليه الطفل. كما أن تكرار الأنشطة والتدريب عليها يساعد على جعلها تلقائية، ويساعد على التذكر والفهم. والمساعدة بالتدريج في المواقف واستخدام الأدوات المعروفة للطفل إلى المواقف والأدوات التي لم يستخدمها من قبل (من المعلوم إلى المجهول). ونقوم بالتدريج في الأنشطة من خلال تحفيز الطفل على اختيار النشاط الأقرب لقدراته ورغباته ثم الارتقاء بالنشاط من المرحلة الأسهل إلى الأصعب دون أن يشعر الطفل.

ويوجد عدة طرق وأنظمة مدعومة ولغات تتكامل من خلالها الحواس لتساعدنا على تنمية اللغة عند الأصم الكفيف ومنها الآتي:

طريقة تادوما Tadoma – method



ولقد سميت بهذا الاسم نسبة إلى اسم أول طفلين تعلموا هذه الطريقة وهما وينثروب "تاد" تشابمان Winthrop "Tad" Chapman، و "أوما سيمبثون" Oma Simpson . وتادوما طريقة للتواصل يستخدمها الأشخاص الصم المكتوفون، ويوضع فيها الأصم الكفيف إصبع الإبهام على شفاه المتحدث وإصبع السبابية والوسطى على خد وفك المتحدث وإصبع البنصر تحت ذقنه والإصبع الصغير (الخنصر) على

عنقه فوق الحنجرة ليشعر بالذبذبات الحنجرية. ويشار إلى هذه الطريقة على أنها "قراءة الشفاه اللمسية" Tactile lip-reading لأن الشخص الأصم الكفيف يشعر بحركة الشفاه، وذبذبات الشفاه الصوتية، وانتفاخ الخدين وحركة الفك، والهواء الساخن الصادر من بعض الأصوات. وعندما يتحدث الشخص الأصم الكفيف يضع يده على وجهه من أجل أن يتحكم في طريقة إصداره للأصوات عن طريق التغذية المرتجلة اللمسية Tactile feedback. وفي بعض الحالات، خصوصاً إذا كان المتحدث يعرف لغة الإشارة - يستخدم الشخص الأصم الكفيف طريقة تادوما بإحدى يديه ليحس بوجهه المتحدث ويستخدم يده الأخرى في نفس الوقت ليحس بإشارة المتحدث لنفس الكلمة. وبهذه الطريقة فإن الطريقتين تعزز كل منهما الأخرى، وتعطي للشخص الأصم الكفيف فرصة أفضل لفهم ما يحاول المتحدث أن يتواصل حوله. وبالإضافة لذلك فإن طريقة تادوما يمكن أن تساعد الأشخاص الصم المكتوفي على المحافظة على مهارات الكلام التي كانت قد نمت قبل أن يكونوا صم وذلك في الصمم وكف البصر المكتسب.

إرشادات مقترحة للتعامل مع الصم - المكتوفين:

- تتمتع بالحس الإنساني.
- افتح المجال للأصم المكتوف أن يعرف إنك قريب منه من خلال اللمس اللطيف.
- في كل مرة تقابل الشخص عرفه بنفسك من خلال إشارة خاصة.
- احترم الشخص وأعطيه وقتاً للاستجابة ودع الشخص يفكر بنفسه.
- دع الشخص يعرف إنك مغادر الغرفة.
- اترك البيئة كما وجدتها (الأثاث يجب أن يكون في مكانه الصحيح، والأبواب إما مغلقة تماماً أو مفتوحة تماماً).
- قدم المساعدة عندما تكون ضرورية ومناسبة.

- أعط الانتباه عندما تساعد شخصاً على المشي بطريقة آمنة وتذكر بأنك تقدر مسافة لشخصين، وليس فقط لنفسك.
 - خذ الوقت اللازم لأنه من السهل العودة إلى التوازن والتكيف مع المصادرات في الممر عندما تكون السرعة متدينة وثابتة.
 - كن ثابتاً عندما تواجه شخصاً آخر من خلال المحافظة على الخطوات.
- استخدام منهج بافاريا لذوي الإعاقات المتعددة**

مقدمة

قام بإعداد هذا المنهاج مجموعة من معلمي التربية الخاصة في إقليم بافاريا بألمانيا وقد خضع المنهاج لاختبار دقيق ومكثف على مدى خمس سنوات في نخبة من المدارس المختصة بتعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية وقد أضاف المعلمون والأباء والأمهات والخبراء النفسيون الأفكار والتوصيات والمقترنات لهذا المنهاج .

ويمكن استخدام هذا المنهاج لذوي الإعاقة المتعددة كالإعاقة العقلية مع الإعاقة الجسدية أو الإعاقة العقلية مع حالة العمى أو ضعف البصر أو الإعاقة العقلية مع حالة الصمم أو ضعف السمع

ينقسم المنهاج إلى ثلاثة أقسام هي :-

- 1- التعليم التطويري .
- 2- مهارات المواد الأساسية .
- 3- مهارات المواد الثانوية .

من الأهداف التي يرمي إليها هذا المنهاج تشجيع المعلمين على التفكير والإبتكار في المواد التعليمية والتربوية وعلى اختيار أو إضافة أفكار ونشاطات تناسب الصفوف التي يعلمونها وتناسب الطلاب كأفراد.

هنا قد يحتاج المعلم إلى:-:

1- أن يحسن الاختيار من قوائم المقترنات العملية الخاصة بنشاطات غرفة الصف.

2- يحتاج لتحضير منهاج صفه وخططه التعليمية بما يفي باحتياجات طلابه ويتلاءم مع قدراتهم .

يجب أن يسير كل موضوع من مواضيع المناهج وكل فصل من فصوله على نفس المبدأ التعليمي ، حيث يبدأ ذلك بنشاطات بسيطة جدا تعطي للأطفال الصغار وللأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ثم يتوجه نحو نشاطات بسيطة جدا أكثر تقدما سيجد المعلمون اعتبار المقترنات الواردة في المناهج نقطة انطلاق تحرك إبداعهم وأحاسيسهم نحو أشياء أكثر ملائمة للأطفال الذين يتعاملون معهم. لقد تم تصميم هذا المناهج بحيث يتضمن أكبر قدر ممكن من الأهداف التعليمية والمقصود بذلك أن المهارات تجزأ إلى خطوات أبسط متدرجة من مبادئ أساسية تمهد للمهارات إلى مهارات أكثر تعقيدا الهدف منها الانتقال نحو أهداف للتعلم الحقيقي مثل:-

القراءة - لا يقصد بها مجرد أن يقرأ الطالب كلمات وجملًا ، بل أن يقرأ أيضًا الأشياء والحالات والصور والإشارات والرموز.

والرياضيات - لا يقصد بها مجرد المفاهيم الصعبة للعلو الرياضية المتقدمة بل يقصد الجوانب الأساسية من الكميات والأعداد في هذا المناهج ينبغي تقسيم عملية التعليم إلى " موضوعات خاصة " إن المقصود بمضامين هذا المناهج أن تكون مرتبطة بواقع الحياة اليومية وهي في مجملها مضامين مترابطة الجوانب وقابلة للربط بواقع الحياة اليومية والحياة المدرسية والتعليم الجيد هو التعليم الذي ينظر إلى أهمية الشيء باعتباره وحدة واحدة وغلى أهمية العلاقات المترابطة بين أجزاءه والتعليم الجيد هو التعليم المنبثق من مصدره الحقيقي وذلك باستخدام حالات حقيقة من وقائع الحياة التي يستطيع الأطفال أن يشاركون فيها بدلا

من إعطاء تدريبات وتطبيقات لا تعني الكثير للأطفال .
ويمكن استخدام طريقة " الخطة اللولبية للتعليم " وذلك بتكرار نفس الموضوعات في كل سنة بعد أن يضاف إليها محتويات أكثر توسيعا وتعقيدا أثناء تزويد الطالب بمهارات المعرفة والخبرات طريقة تنظيم مادة المنهاج :-

- 1- ما الذي ينبغي أن يتعلمه الطلاب ؟ (مضمون المادة وأهداف التعلم)
- 2- كيف ينبغي أن يتعلمه الطلاب ؟
- 3- وكيف يمكن أن تعليمهم الموضوع على أفضل وجه ؟
(الأسلوب)

ونظرا للتباين الكبير بين مستويات الأداء الوظيفي للطلاب في أي مدرسة فإنه لا يمكن أن يكون إلزاميا ان من مسؤولية المعلم الجيد أن يختار أهدافا ملائمة وضرورية ومفيدة لصفه كوحدة واحدة ولطلابه كأفراد .

الأهداف في هذا المنهاج هي توصيات ينبغي اختيارها حسب احتياجات وقدرات كل طالب على حده وينبغي أن يدرك المعلم أن أمامه مساحة واسعة للاختيار الملائم لحالات الأفراد عندما يريد أن يختار أهدافا ويضع منهاج خاصة تمثل روح الإبداع والابتكار لديه .

التعليم في مدارس المعاقين عقليا لا يوضع له خطة نهائية مسبقة بل خطة جزئية لأن الحالات الحقيقة أو الأحداث التي تقع في البيئة المحيطة بالطالب أو الاحتياجات المفاجئة التي تهمهم كأفراد ينبغي اتخاذها على الفور وبطريقة ملائمة كفرص تعليمية لهم .

ومعلم الصف هو المسؤول عن تنظيم العملية التعليمية التربوية في الصف وعن ابتكار ما يجعلها تسير في مسارها الصحيح وفي جميع الأحوال يعتبر التعاون الوثيق بين أفرادا لفريق الواحد أمراً جوهرياً لتفعيل هذه العملية .

إجراءات م المقترنة لتحضير خطط المناهج والدروس:-

- 1- تختار المدرسة أهم الموضوعات التي تخدم العملية التربوية التعليمية من المناهج أو بناء عليه وتوجه اهتماماً للاحتياجات والظروف المحلية.
- 2- يضع المعلم منهج الصف في خطة سنوية واحدة تكون شاملة وموجزة أو يجعله في ثلاثة خطط فصلية تعطي نسخ من منهج الصف لمعلمي الموضوعات الخاصة لكي يستعينوا بها في تكيف خططهم لكي تضمن المدرسة صفة الكلية للعملية التعليمية.
- 3- يتطلب المنهاج مراجعة خلال العام لإجراء بعض التعديلات أو الإضافات أو التغييرات ومم نوصي به هو وضع خطة تعليمية فردية لكل طالب على حده.
- 4- تجرى العملية الفعلية للتعليم في صورة دروس أو مشاريع أو دورات ويجب أن لا تبني الخطط على وحدات زائفة كالأسابيع والأشهر بل يجب بناؤها على الوحدات الطبيعية أو العمر الزمني للموضوعات نفسها وينبغي تخصيص فترة زمنية معينة لتحقيق الهدف وقد يتطلب الأمر أحياناً تقصير أو تمديد هذه الفترة وفقاً لاستجابة الطلاب لما يقدم إليهم من موضوعات ومشاريع.
- 5- الخطط الأسبوعية تسهل عملية التخطيط والتعليم في آن واحد لأنها تغطي فترة زمنية أقصر وقد تكون هذه الخطط في الوقت نفسه سجلاً زمنياً للعملية التعليمية ومن الممكن تسجيل التغييرات والإضافات التي تطرأ على الخطة.

محتويات منهج بافاريا

أولاً - التعليم التطويري

- الناحية الحسية - الحركية

التحكم بحسة اللمس في إدراك التلميذ لجسمه تطوير وظائف اليدين المهنـات الحركية
الدقيقة

تطوير السيطرة على الجسم

التحرك من مكان إلى آخر

السيطرة على المهارات الحركية للوجه والفم

- الإدراك

ملاحظة المثيرات (المنبهات)

كيفية التفاعل مع المثيرات

تطوير التناسق بين الحواس

تكرار المنبه (المثير)

توقع الحافر (الباعث) أو تسبب حدوثه

ضبط حركة العين / الجسم

تمييز الأشخاص والأشياء وفهم الأوضاع

تمييز صور الأشخاص والأشياء والحالات

التعبير اللفظي عن معلومات حسية

أدراك الأشكال والألوان والأحجام

تحسين نطاق الإدراك

توجيه الإدراك

- اللغة / النطق

الكلام وسيلة تعبير

تطوير الوظائف الحركية لأعضاء الكلام

معرفة الطفل أن الكلام طريقة للتعبير

الإصغاء للكلام بوعي

إعطاء أولوية للتواصل اللفظي

التواصل بالألفاظ

تحسين المهارات اللفظية
 التفكير / عمليات التفكير
 - تطوير الإدراك الحسي الحركي
 فهم طبيعة الأشياء ووظائفها
 تطوير الذاكرة والخيال
 تعلم كلمات مجردة ومفردات خاصة واستعمالها
 حل المشكلات
 تطوير الإبداع (أي القدرة على التكوين والابتكار)
 استعمال المعرفة الحالية في توقع المستقبل
 تطوير مهارات الحكم على الأشياء وتقويتها
 تطوير الوعي بعمليات التفكير
 ثانياً - مهارات المواد الأساسية
 - مهارات الاعتماد على النفس
 ارتداء الملابس
 آداب الطعام
 النظافة والأناقة الشخصيتان
 استعمال الحمام في قضاء الحاجات
 السلامة الشخصية
 الاعتناء بامتلكات الشخصية
 - ممارسة اللعب المنظم
 اللعب المنظم من أجل الاستكشاف
 اللعب التخييلي ولللعب الرمزي
 لعب الأدوار
 فهم وقبول قواعد وأحكام اللعب المنظم

اللعب باستخدام الدمى

توفير مكان للعب المنظم واستخدامه

- العلاقات الاجتماعية

تجربة العناية المبنية على المحبة والرفق

الإجابة ومبادلة الاهتمام

الإجابة ومبادلة التواصل مع الغير

العيش مع الآخرين

مراعاة قواعد السلوك الاجتماعي المقبولة

البدء بالعلاقات والمحافظة عليها

العيش مع معاق

- تكوين علاقات دون تدخل المدرسة والأسرة

الأسرة والجوار والمواطنة

العيش والتعلم في المدرسة

المشاركة في الحياة العائلية

معرفة طريقة صنع البيوت وأساليب الحياة

الانسجام مع الجيران

التجلول في منطقة الجوار (الحارة)

معرفة واستعمال الخدمات والمراافق المحلية

معرفة واستعمال خدمات العناية الصحية المحلية

معرفة واستعمال خدمات الطوارئ

المشاركة في الحياة الثقافية للمجتمع

المشاركة في الحياة الدينية

- الطبيعة

استكشاف المكونات الطبيعية المحيطة

استكشاف الأشياء الحية

إدراك حقائق الجسم والاعتناء به

الحياة الصحية

الانسجام مع الحيوانات

العناية بالنباتات

الحياة في بيئه الحديقة

الحياة في بيئه الغابة / الصحراء / الجبال

الاهتمام بالبيئة

التكيف مع أحوال الطقس

الإلمام بالقوانين الأساسية للطبيعة

- التقنية

معايشة التقنية في الحياة اليومية

تشغيل الأشياء

الاستعمال الصحيح للأشياء

العناية بالأشياء

وعي مفهوم السلامة

- الزمن (الوقت)

خبرتهم بالزمن

معرفتهم للغة الزمن واستخدامهم لها

خبرتهم بالروتين اليومي

استخدامهم لوسائل تساعدهم على معرفة أوقات اليوم

إدراكهم لفترات الزمنية الطويلة

تنظيم الوقت

وعيهم بتاريخهم الذاتي

خبرتهم ب الماضي

- التجوال والذهاب إلى الأماكنة (الانتقال والمواصلات)

تعود التلميذ على مواءمة حركته مع حركة المتجولين الآخرين

الوعي بسلامة الطريق

تقدير المسافة والسلوك الملائم

دور التلميذ كماسٍ جيد

التجول في مجموعات

دور التلميذ كمسافر جيد

استخدام وسائل ذات عجلات

تحسين وعي التلميذ بحركة المرور والانتقال وحياة الشارع

- وقت الفراغ

تعليم التلميذ طرقاً مناسبة للاسترخاء

تجربته لنشاطات وقت الفراغ

إدراكه لوقت الفراغ وتطويره لاهتمامات خاصة به

سعي التلميذ لممارسة نشاطات في وقت فراغه

الاستغلال الأمثل لوقت الفراغ

قضاء وقت الفراغ مع الغير

- الرياضيات

تطوير الإدراك المكاني

التمييز بين العدد والنوع في الكميات

ترتيب الكميات وطلبها

المقارنة بين المقادير

التعامل بـالمقادير

مهارات العد والتسلسل

الأعداد الطبيعية والأعداد الترتيبية والملوامة

فهم العلاقات العددية

قراءة وكتابة الأعداد

التعامل بـالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من 1-10

التعامل بـالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من 1-100

التعامل بالنقود

القياس

- القراءة

فهم العمليات والأوضاع

قراءة الصور (فهم معنى الصور)

قراءة الرموز والإشارات

دور القراءة

قراءة الكتب

- الكتابة

عمل علامات

إدراك الأمكانية والمساحات

استخدام الصور للاتصال بالغير

الطباعة

تعلم الطفل للكتابة

الكتابة

ثالثاً - مهارات المواد الثانوية (الفرعية)

- الموسيقى

معايشة الموسيقى

الاستماع الواعي للموسيقى

البدء بمعرفة العناصر الأساسية من الموسيقى و معرفة الآلات

استخدام الموسيقى في تكوين حالة نفسية

الغناء / التشيد

استخدام الموسيقى في أوقات الفراغ

الإيقاعات (الموسيقى والحركة)

اكتشاف الأطفال لأجسامهم

تكوين الثقة بالنفس في التعامل مع المكان

تفسير الموسيقى من خلال الحركة

بدء الطفل بالحركة

المضمون الاجتماعي للإيقاعات

التعليم الفني (الفنون والإبداع)

- استخدام جميع الحواس لإدراك البيئة المحيطة

اللعبة التخييلي

النشاطات الفنية والحرف كوسيلة للاتصال والتعبير

استعمال الألوان

استعمال الأساليب الإبداعية المختلفة

البناء بمجموعة من المواد

استعمال الصلصال والطين

استعمال أدوات التصوير والفيديو

تطوير فهم الأطفال لعالمهم الخارجي وقدرتهم على التعبير عنه

تفسير واستخدام المثيرات (المبهات) المرئية

- الحرف اليدوية

البدء بمعارف الأشياء والممواد

تطوير المهارات الأساسية

صنع الأشياء البسيطة

العمل في الورشة

البدء بمعارف المواد الخاصة

- استخدام الأدوات

تعلم الأساليب

إكمال المشاريع

الوعي بمتطلبات السلامة

- المنسوجات

البدء بمعارف المواد

تطوير المهارات الأساسية

تطوير المهارات الحركية

تزيين المنسوجات

النسج والحبك) الصنارة

أعمال المنسوجات (واستخدامها والعناية بها)

- العلوم المنزلية

العناية بالمنزل

التعامل مع الطعام

المهارات الأساسية لتحضير الطعام

تحضير الطعام البارد

تحضير الطعام الساخن

استخدام الأدوات المنزلية

العناية بملابس وغسلها

الوعي بأمور السلامة

العمل في المنزل والمطبخ دون الاعتماد على أحد

- التربية البدنية

الممارسة الصحيحة لحركات الجسم

تكييف الحركة حسب السطح

الاستخدام الصحيح لأدوات الرياضة

الحركة المصحوبة بالإيقاع

المشاركة في ألعاب الأطفال

استخدام الملاعيب العامة

استخدام المسابح العامة

الرقص كمهارة جسدية واجتماعية

مهارات الحياة للصم المكفوفين

لایمكى ترك مهارات الحياة للتعلم العرضي ، فيتعلم الطفل غير المعاق معظم مهارات حياته

من خلال التجربة و الخطأ ، و التقليد والتعلم العرضي المقدم بصورة عفوية . ويكون الرضيع

غير المعاق أو الطفل الصغير قد تدبّر أمره و أكتفي توقعا ، وأخيرا يقوم بـأعمال مثل الأكل ،

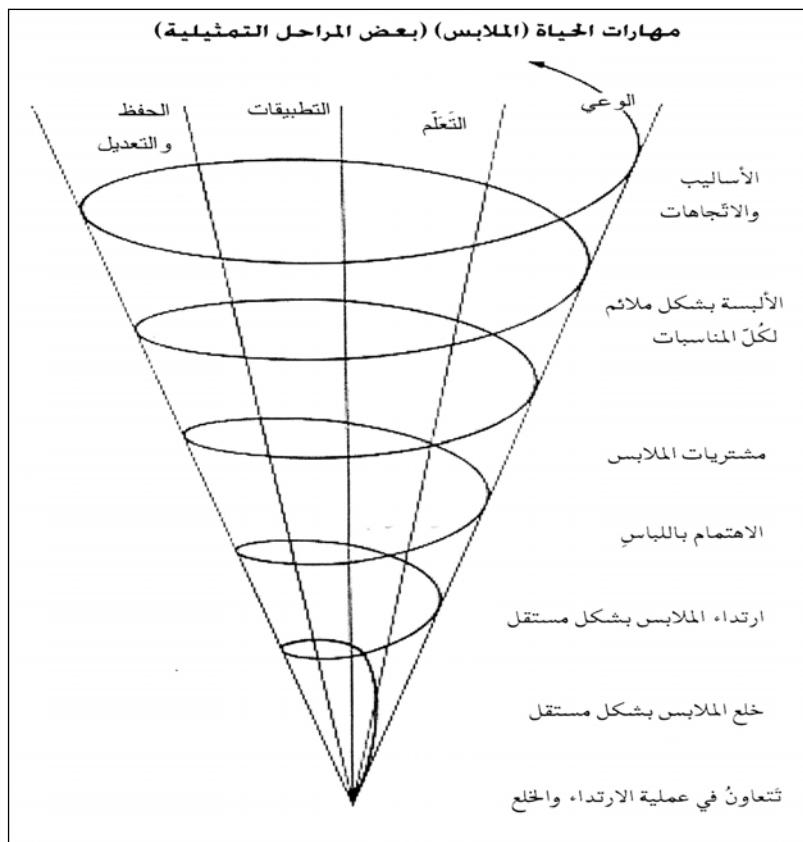
و ارتداء الملابس ، و العناية بملابس و مقتنياته ، و الاعتناء بهندامه حسب الأساليب الثقافية

الراسخة و توقعات الوالدين . ويبحث عن المشورة الخاصة أو المساعدة فقط عندما تظهر

صعوبات، وعلى النقيض من ذلك نجد الطفل المعاق لديه صعوبة في تعلم مهارات الحياة .
ويكن لوالدي الطفل المتختلف ، أو الأصم ، أو الأعمى الرجوع إلى مشورة المتخصصين عن
كيفية تعلم طفليهم مهارات حياته معينة مثل ارتداء الملابس ، و الأكل .

وفيما يتعلق بوالدي الرضيع أو الطفل الأصم كفييف ، وتستخدم بعض المقترنات السمع
مع اللمس لتعويض البصر ، وتقترح أخرى ضرورة العمل منطقياً ، لكنها لن تؤدي مهمتها دون
تعديل ملائم . ومع ذلك فإن مقترنات أخرى تؤدي عملاً ، لكنها لا تذهب بما فيه الكفاية و
سيعرف الوالدان بصورة غريزية أن بإمكان طفليهم أن يتقدم أكثر .

ومفهوم مهارات الحياة أوسع بكثير من مفهوم " العناية الذاتية " كما تطبق في الغالب
على تعليم المتختلف ، و يجب أن لا يفترض مثلاً ، أن الطفل الأصم - المكفوف غير قادر على المزيد
من التعليم بعد أن يكون قادراً على ارتداء ملابسه بصورة مستقلة ، كما أنه لن يتعلم تلقائياً
العناية بملابسها و شرائها ، أو تنظيم خزانة ملابسه ، أو متابعة الموديلات و الاتجاهات الجديدة في
الملابس " بالطريقة التي يفعل أي شخص آخر : إذا كان قادراً .



ويعتبر اكتساب أي من مهارات الحياة من قبل الرضيع أو الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد عملية من أربع مراحل ، و القدرة على ارتداء الملابس و نزعها بصورة مستقلة في أوقات مناسبة يعتبر مجرد مرحلة واحدة في عملية متواصلة وهي ليست النهاية في حد ذاتها . ضمن المستويات المختلفة الممثلة في المخطط (المستويات المدرجة هي فقط تمثيلية) فإن التأكيد و درجة تطوير المهارة سيتغير بشكل واسع بين الأشخاص الصم - المكفوفين .

الوعي :

يعتبر أمراً مهماً أن تأخذ الأمهات و العاملون الآخرون مع الرضع المصابين بالحرمان الحسي المتعدد و قتهم ملناورتهم تضافرياً عبر الفعالities مثل الإطعام و التغسيل و ارتداء الملابس على أساس مخططة و منتظمة . و نعترف أن هذه الطريقة تتطلب الكثير من الجهد و تستغرق وقتاً طويلاً . وقد لا يكون ممكناً أو عملياً تنفيذها كلما جرى تغسيل الرضيع و تبديل ملابسه أو إطعامه . لكن من المهم إتباع الطريقة - على الأقل - مرة أو مرتين في اليوم في كل مجال . و التشديد في هذه المرحلة لا يكون لتعليم الرضيع القيام بالعمل بصورة مستقلة بل لاكتسابه الدرجة نفسها من الوعي و الفهم التي يكتسبها الرضيع غير المعاق من خلال استعمال بصره و سمعه ، استعمالي ترتيباً تواصلياً في كل الأوقات . اجذبي انتباه الطفل إلى الطريقة و إلى كل من أجزاء جسمه المعنية . و عند العمل مع رضع و أطفال صغار فإن وضع الحضن هو المفضل عادة .

وبينما يتم تطبيق المهارات و تعديلها في أحد المستويات ، يجب استعمال الفعالية نفسها لترسيخ أو زيادة وعي الطفل بالمرحلة التالية ، مثلاً ، في مرحلة تعلم مهارات ارتداء الملابس و تطبيقها ، ابدئي بجعل طفلك يدرك بأن " جواريه تخزن في الجارور ، و الملابس القذرة توضع هناك " متبعة الطريقة التضافرية .

التعليم :

نستعمل لتعليم مهارات الحياة الطريقة التضافرية ، ثم الطريقة التعاونية ، ثم الطريقة التفاعلية ، وليس لطريقة تعلم المهارات الحياتية بداية واضحة ولا نهاية محددة . وتوفر هذه العملية واحدة من أفضل الآليات لتعزيز جميع مجالات التطور من ضمنها أساليب تعزيز التعليم . و أفضل طريقة لتعليم مهارات الحياة هي السياق الذي ستستعمل فيه . إلباس الدمي و نزع ملابسها ، أو ربط سير الحذاء و فكه على نموذج لحذاء ، وهذا أقل تأثيراً من عمل الفعالities

نفسها كجزء من العمل الطبيعي لأحداث خلال نهار الطفل ، وغالباً ما يضيع المعنى و التحفيز عبر استعمال الدمى ، وفي العديد من الفعاليات يصبح الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد الذي سبق وإن أكتسب نماذج بصرية خاطئة ومشكلات بالتنسيق الحركي - البصري أكثر ارتباكا باستعمال الدمى ، لأنه سيتعلم طريقة هي عكس الطريقة التي يجب أن يستخدمها . إنها ليست صعبة - و أكثر تأثيراً على المدى البعيد - تغير الروتينيات لتأمين فرصة كافية لتعلم مهارة معينة ضمن السياق الذي تتوقع أولاً أن يطبقه الطفل بصورة مستقلة.

التطبيق :

هناك تحول دقيق و تدريجي من تعليم الطفل تصافريا إلى جعله يطبق المهارة تعاونياً و من ثم سحب إسنادك بصورة تدريجية حتى يطبق المهارة بشكل ملائم . و المفاتيح هي (1) التغيير التدريجي في عملك ، (2) ضمان نجاح الطفل في محاولاته لتطبيق المهارة . لا تعلميه المهارة ومن ثم تواصلين " عملها " و كان الأمر انتهي لأنه يوفر الوقت . تجنبي وضع طفلك في موقع حيث يحاول استعمال المهارة و يصبح في موقف محبط لأنه لم يحقق النجاح.

الإدامة و التعديل :

يجب أن يكون لديك في هذه المرحلة الأخيرة هدفان وضحان :

- 1 الاحتفاظ بالمهارة في مستوى الكفاءة الوظيفي .
- 2 تعديل المهارة الأساسية من خلال التطبيق بزيادة المواقف تنويعا و تعقيداً .

لقد حان الوقت الآن لتقديم مشكلات ، إذ لم يعد هناك ضرورة دائمة لأن يكون الطفل ناجحاً في محاولاته لحل المشكلات ، بل كوني متأكد من أنه يفهم السبب عندما يخفق ، فالبلوزة التي يلبسها بالملقب ستكون عدية المعنى له ما لم يتعلم أن يميز الموقف و كيف يعالجـه ، إذا هذا النوع من المشكلات لا ينشأ بصورة

طبيعية ، خططي لجعله يحدث . فتعلم حل هذه الأنواع من المشكلات مهم للنمو و التطور الكلي المستمر .

مقدرات عامة :

1. عند تنشئة طفل غير معاك ، ليس هناك عادة اتجاه ملح لتعليم الطفل الاهتمام بمقتنياته أو المساعدة في البيت أو توصيل رسائل . لقد وجدنا أن من الضروري للطفل الصغير المصاب بالحرمان الحسي المتعدد أن يبدأ بأسرع ما يمكن بالمشاركة الفعالة في هذه الأنشطة . وستستغرق في البداية وقتاً أطول مما لو قمت بها بنفسك . كلاكما (أنت و الطفل) ستحصلان في النهاية على مردودات كبيرة .

2. الطعام :

- ابدي تضافرية بمناورة الرضيع المصاب بالحرمان الحسي المتعدد عند إطعامه بملعقة قبل أن تحاولى تعليمه استعمال هذه المهارة بصورة مستقلة . ابدي بملاعق قليلة فقط واعملى على زيادة العدد كلما زاد تحمل الطفل . وهدفك هو تعويذه على العملية .
- اعملى في وضعية هادئة . تجنبى التوتر والمقاطعات . خذى الوقت للاستمتاع بالإطعام وحاولي تجنب الاستعجال . وغالباً ما يكون من الأفضل تقديم وجبة الطعام لباقي أفراد العائلة أولاً ، ثم ترتيب الوقت للاسترخاء والاستمتاع بتجربة الرضيع وهو يأكل وجبته .
- شجعي الطفل على محاولة عمل أشياء بنفسه ليكتسب فهمه للعمل والمهارات الضرورية .
- جميع الأطفال ينثرون طعام : يحتاج الطفل إلى الوقت و الممارسة ليكون قادراً على الأكل بصورة مستقلة . سيتم تعلم النظافة والتصرفات الجيدة والإعجاب بمذاقات أطعمة متنوعة وتكوينها بصورة تدريجية .

- عندما يكون الرضيع قد بدأ باكتساب مهارات الأكل الضرورية علمية على المساعدة في تنظيف الطعام الذي نثره . دعيه يأكل من دون صدرية ، وقد يوشخ ملابسه لكنه سيدرك ماذا يحدث عندما يتسبب بانتشار الطعام .
- دائمًا قولي وأشيري " كل " قبل أن تبدئي . خذدي يده وأنت تقولين " كل " حاوي معه ليعمل الإشارة . استمري بقول وتأشير " كل " خلال الإطعام . ابدي بكلمات مفردة " كل " ، " انتهي ". وعندما يعرف هذه الكلمات انتقل إلى عبارات مثل " حان وقت الأكل " .
- يتعلم الطفل من خلال التكرار . اتبعي في البداية الروتينيات نفسها كل مرة . كرري ترتيب الأفعال والكلمات نفسها حتى يتمكن الطفل من توقع الروتين ، ثم غيريه مرة واحدة .
- ابدي بوضع الحضن . وعندما يكون طفلك مستعداً للجلوس بصورة مستقلة ضعيه في كرسي ملائم وأضمني أن يكون ظهر الكرسي عاليًا بما فيه الكفاية ليعطي الطفل بعض الإسناد إذا احتاج للسيطرة على رأسه .
- إذا لم يكن لطفلك أي بصر وظيفي ، ساعديه على استعمال يده لإيجاد صحنه وملمس طعامه للتعرف عليه . (لا تدعيه يلعب بطعماته لأن هكذا فعالية يمكن أن تصبح عادة غير مقبولة ، وسيكون من الصعب التخلص منها) . بينما تتحسن مهاراته ، علميه على استعمال قطعة خبز كدافع مساعدته في إيصال الطعام إلى شوكته أو ملعقته .
- لاتضعي الكثير من الطعام في الصحن أو الكثير من السائل في القدح ، مما يقلل من خطورة الحوادث ويوفر فرصاً أكثر للحوار مثلاً " طلب المزيد " .
- إذا واجه طفلك صعوبة في المضغ . أعطيه لقمة صغيرة في البداية . وعندما يتقبل اللقم الصغيرة بسهولة اعملي على زيادة حجم اللقمة . وفي النهاية أعطيه كعكاً أو قطعاً كبيرة من الخبز محمص ، أو نصف (لفة)

ساندويتش حتى يتعلم أن يقضم بأسنانه الأمامية . و إذا أزاح برأسه للخلف عندما تحاولين إطعامه لا تجربه على إعادته للأمام ، اخفضي ذراعيه أمام ، اجلبي كتفيه للأمام و ساعديه على الاسترخاء .

- إذا وجد طفلك صعوبة في قبول طعام من خارج الزجاجة ، حاوي زباده تركيز الحليب بالإضافة قليل من الطعام الحبوي ، الذي سيوفر خطوة وسطية بين الأغذية السائلة و الصلبة .
- قدمي نكهات و تركيبات مختلفة أثناء السنة الأولى ، فهذه الطريقة ستشجعه على قبول تشكيلة أوسع من الأطعمة فيما بعد .
- قدمي الإطعام بالإصبع قبل الإطعام بالملعقة ، فهذا سيساعد في تطوير الترتيب من المائدة إلى الفم . وبعض الأطعمة المقترحة لهذه الفعالية هي : مكعبات خبز محمص ، قطع من الأطعمة الحبوبية الجافة ، شرائح الفاكهة ، قطع من الجبن ، أصابع جزر ، أصابع بطاطس ، قطع من البسكويت المملح . استعملني أطعمة ذات تراكيب ومذاقات وروائح محدد . جريبي حتى تجدي تلك التي يحبها طفلك . اعملي على زيادة التنويع بتجربة قطعة أو قطعتين من الطعام الجديد . (هذا يعطي فرصة ممتازة لعمل خيارات و ممارسة الوعي اللمسي و البصري و ممارسة المحاورة) . في البداية اجعلي القطع صغيرة كي يتم تناولها بقضمة واحدة .
- تأكري (في أي عمر) من أن طفلك يعي بأنك تقدمين له أطعمة جديدة أو قديمة مفضلة معدة بطريقة جديدة . ويمكن أن تكون المفاجآت غير سارة .
- عندما يكون طفلك قادرًا على إطعام نفسه بصورة مستقلة ، فإن مهمتك لن تنتهي ، إذ بينما هو يحافظ و يحسن مهاراته في هذا المجال ستواصلين أنت تقديم الفرصة لتعلم تشكيلة من المهارات والمفاهيم الجديدة التي لها علاقة بالطعام . ويجب أن يتعلم طفلك .

- سكب السوائل من إبريق إلى كوب أو صحن .
- ترتيب المائدة .
- تنظيف المائدة .
- غسل الصحون ووضعها في مكانها .
- استعمال السكين لنشر الطعام وقطعه .
- أ- إعداد أطعمة بسيطة .
- ب- إعداد وجبات طعام بسيطة .
- ج- إعداد وجبات طعام خاصة .
- د- تخطيط قوائم طعام متنوعة .
- ـ ٥ شراء أطعمة .
- ـ ٦ تخطيط واستضافة حفلات .

ولا نقصد أنه يجب تعليمها بالترتيب ، تذكرى أن الشخص الأصم - المكفوف لن يكتسب هذه المهارات بطريقة التجربة والخطأ والمشاهدة التي نستعملها نفسها . ولن يكون عارفا بها أو واعياً لها أو بحاجه لتعلمها ما لم تجلب لانتباھه و ما لم توفر الفرصة لتعلمها . فإذا بدأت بمرحلة مبكرة من أجل شموله بفعالياتك ، فإنه سيتطوروعياً وفهمًا للطرق التي ستعلميه إياها لا حقاً بطريقة رسمية أكثر .

3. صقل المهارات :

أ) ابدئي في وقت مبكر جداً بتوفير تلميحات صنفية مثل ، حفاظات ، أقمصة وجه ، علب مساحيق ، و غيرها . ناوري مع الطفل لتوفير الأساس لفهم الفعالية و يتوقعها .

ب) استعملي المناورة خلال صقل مهارات مختلفة لتعزيز تطوير المفاهيم الحسديه والوعي الذاتي .

ج) إذ أظهر الرضيع المصاب بالحرمان الحسي المتعدد مقاومة أثناء الاستحمام ، ضعيه في حوض صغير أو مغسلة وأضيفي قليلاً من الماء الدافئ على دفعات من وعاء يمكنه أن يشاهده (يحسه) . اجذبي انتباذه لما يحدث و اجعليه منه متعة .

د) بينما ينضج الطفل ، علميه أن يملأ المغطس وإن يجمع المواد المطلوبة للاستحمام . أشركيه في كل من الاستعداد والتنظيف بعد ترسيخ الروتين .

هـ) يجب تقديم الدش بعناية ، اجعليه الطفل يستكشف مصدر الماء ويحصل على فهم لطريقة فتح الماء بدلاً من السماح للماء بأن يرتطم به فجأة .

و) عند تقديم تنظيف الأسنان بالفرشاة قد يكون من الضروري المواصلة دون معجون أسنان ، فالأطفال المصابون بالحرمان الحسي المتعدد غالباً ما يكرهون طعم معجون الأسنان والإحساس به في فهمهم . قد يتوجب عليك التجربة لإيجاد معجون مقبول قليل الرغوة وطيب المذاق .

لا تتوقعى أن يبدأ الطفل بتنظيف أسنانه إذا كان لا يدرك أن لديه يدين ليمسك بالفرشاة ، أو فيماً ليضع الفرشاة فيه ، أو أنساناً تحتاج إلى تنظيف بالفرشاة .

قد يكون من الضروري البدء بمسحة صغيرة يمكن الحصول عليها من الرضيع المصاب بالحرمان الحسي المتعدد على قبول يدك قرب فمه بينما لا يزال لديه غريزة التفوه (استعمال الفم) . وبينما ينضج الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد أشركيه في شراء تجهيزات لتنظيف أسنانه بالفرشاة . ثبتي سمة مميزة (مثل ، شريط على يده)

لفرشة أسنانه ومكاناً معين لحفظ الفرشاة ومعجون الأسنان، مرفوعاً بعيداً عن العقاقير ومواد التنظيف . طوري ترتيباً روتينياً كي يتم أتباعه. ويظهر تنظيف الأسنان بالفرشاة مشكلات عديدة للطفل الأصمكفيك الصغير . حاوي بنفسك عملها بضع مرات والإنارة مطفأة وستكتشفين بسرعة أنها تتطلب درجة عالية من التنظيم والتنسيق المتشابك . ناوريه عبر الترتيب وتدريجياً اسحبى الإسناد .

(أ) ابحثي عن طبيب أسنان يكون راغباً بالسماح لك بزيارة عيادته عدة مرات قبل القيام بفحص أسنان الطفل . و تأكدي من أنه متخصص يرغب بأخذ الوقت لفهم طفل خاص ، ودعوتك لعيادته عندما يجب القيام بالعمل . فأنتما صمام أمان للطفل ووسيلته للتواصل ، وجودكما ضروري في موقف مهدد .

في بينما ينتظر طفلك نحو البلوغ يجب أن يتعلم عن تخطيط المشاريع لأسنانه ، و تثبيت المواعيد ، و ترتيب واسطة نقل إلى ومن عيادة طبيب الأسنان . يجب أن يكون لديه بطاقة المعلومات التي ستكون مطلوبة ليقدمها إلى أطباء الأسنان و الممارسين الطبيين الآخرين الذين لن يكونوا قادرين في الغالب على التواصل معه للحصول على معلومات أساسية .

ملاحظة : بالإضافة إلى هذه البطاقة نوصي بقوة الاستفادة من الإنذار الطبي أو أي خدمة مشابهة .

ب) أشركي طفلك مبكراً في العناية بشعره . ناوريه عبر فعاليات الغسل والتجفيف. اجعلي من التجربة لعبة ممتعة. ابدئي بزيارات للحلاق / مصفف الشعر بعمر مبكر. شجعي طفلك على أن يفتخر بظهره. واهتمي بالتفاصيل الصغيرة في هذا المجال أكثر مما قد تهتمين بها. عملية استعمال المجفف ومجعدة الشعر .

ج) بالنسبة للبنات ، يوفر استعمال ملمع الأظافر تدريياً بصرياً جيداً ويشجع تطوير المهارات الحركية الدقيقة ومفهوم الجمال والأنوثة .

د) استعملني مستحضرات البشرة لتعزيز الوعي الجسدي و كذلك تطوير مهارات الصقل.

٥) يجب تقديم مفهوم الدورة الشهرية وأهميتها بعناية وبالتفاصيل، وتوضيح العناية الشخصية للفتيات الصغار. أولاً يجب أن تتم التوضيحات تحت ضغط تمليله الضرورة.

و يمكن أن توضح الأم " أنك ستكونين امرأة مثلّي "

و) بالنسبة للشاب ، تعتبر ماكينة الحلاقة الكهربائية أسهل استعمالاً و أكثر أماناً من شفرة الحلاقة . ناوريه عبر الفعالية حتى يكتسب المهارة الضرورية لاستعمال وينظف ماكينة الحلاقة . علمية أن يستعمل إصبع إحدى اليدين لتعيين مكان خط الشعر بينما يناور ماكينة الحلاقة باليد الأخرى .

ز) عليك أيضاً تعليم الطفل مهارات مثل استعمال المرافق العامة، و غرف التبديل، والمراافق الصحية على الحافلات و الطائرات و القطارات .

ويعتبر الوقت و الرعاية التي تستثمرنها في تعليم الطفل لتطوير مهاراته جيداً، والافتخار بظهوره مهمين جداً .

٤. العناية بالمقتنيات :

يبدأ تعلم المرأة العناية بالمقتنيات ، من خلال الوعي بأن الأشياء لا تظهر و تخفي حسب مشيئته . قبل أن تتوقعني من طفلك المصاب بالحرمان الحسي المتعدد . و بأن الأشياء تحفظ في أماكن معينة و تعاد إلى أماكنها بعد الاستعمال . مثلا ، الحفاظات تحفظ هنا في الصندوق و ترمي في ذلك الصنوق بعد الاستعمال . والجوارب تحفظ في هذا الجارور والبلوزات في ذلك الجارور ،

علبة طعام الحبوب تحفظ في هذه الخزانة والحليب في الثلاجة وكلاهما تعادان إلى مكانهما بعد الاستعمال ، الملابس الوسخة توضع في سلة الغسيل هناك لتغسل فيما بعد .

5. استعمال المراافق العامة و موارد المجتمع :

المنتزهات والملاعب

تتطور القدرة على استعمال المنتزهات و الملاعب كمناطق للترفيه و الاستمتاع في البيت ، والأراجيح ، ومعدات أخرى للصعود و النزول ، وتحمل مدخلات ملسيه مختلفة من الرمل و الأعشاب و الماء ، تحدث قبل أن يتمكن الطفل من استعمال منتزةات المجتمع والملاعب بصورة فعالة . ابدئي في وقت مبكر لتشجيع رضيعك على تحمل النزهات والاستمتاع بها من خلال وسائل مثل فرض بطانية على العشب .

وتوفر زيارات المنتزهات و الملاعب فرصاً بدائية للتطوير الحركي ، والتشجيع على استعمال البصر و السمع المتبقى . ويجبربط اللغة بجميع الفعاليات . وستوفر الرحلة إلى ومن المنتزه فرصاً عديدة للاستكشاف و التطوير .

ساعدي الطفل على تمييز المعالم المهمة (حائط حجري ، سياج و تدي ، سياج نباتي، عمود كهرباء ، الخ) . الميسها ، تعرفي عليها ، و اربطي لغة بها . و عندما يعرف طفلك طريقاً واحداً بصورة جيدة و يمكنه توقع ما سيأتي لاحقاً ، غيري الطريق قليلاً و الفتني انتباهه للتغيير . ولا يعني كونه أصم و مكفوفاً أن طفلك لا يمكن أن يكون نشيطاً بدنياً و يستمتع بتسهيلات و برامج الترفيه المتيسرة في مجتمعك ، ولا يجب أن يعني أنه لا يمكنك المشاركة في فعاليات الأم و الطفل المتوفرة لدى والدي الطفل غير المعاق . فالمشاركة مهمة لنمو وتطور الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد .

النقود :

خذلي الطفل في مشاويز تسوق و اجذبي انتباهه للطريقة بأكملها . أشركيه في إعطاء النقود إلى الشخص البائع قبل أن يعرف قيمة النقود بفترة طويلة . في البداية دعيه يشتري مساعدتك حلوى أو أي مادة خصيصاً له .

وعندما يكون قد وصل إلى مرحلة ملائمة من الفهم ، يجب أن يربط بين قيم قطع النقود المختلفة ويدرك التمييز بينها . وسيكون مستوى تطوير اللغة و تكوين الفكرة في تقرير متى البدء بهذه الفعاليات أهم من العمر . ومن الجدير بالذكر إدراك أن الطفل لن يطور مفهوم النقود ، والتوفير ، والاستدامة وكون الإنسان مديناً ، ما لم تكن لديه فرصة الممارسة المباشرة .

وسائل النقل المحلية :

يبدأ استعمال سيارات الأجرة ، والحافلات ، والقطارات ، والطائرات . ابدي برحلات قصيرة . أعطيه الفرصة لاستكشاف السيارة ويألف رائحتها ، وشكلها وتراكيبيها . وأحياناً ليس من الحكمة أن يسافر البالغ والطفل الأصم الكيف بالسيارة بغض النظر عن كونه مستقراً . لأنه دائماً سيكون هناك خطر .

ولن يكون لدى طفلك في الرحلات طويلة الحافر للنظر من النافذة بدافع المتعة ، أو متعة الاستماع إلى الراديو. اجلبي له معك الدمى وألعابه المفضلة وشخصاً آخر ليتدخل مع الطفل. وإذا ترك دون تحفيز لفترات طويلة من الوقت، قد يصبح مفرط الفعالية أو ناقص الفعالية .

وعند استعمال أنواع أخرى من وسائل النقل العامة ، لتكون لفترات قصيرة . مثلاً ، يمكن استعمال الحافلة موقف واحد في المرة الأولى من أجل قياس رد فعل طفلك للروائح والأشخاص والأشياء ، ويجب أخبار المضيفين على

انفراد في القطارات والطائرات بمن دون عوق طفلك وطلب أي مساعدة تحتاجينها منهم من وقت لآخر.

نظام المدرسة المحلية :

يناقش معيار اختيار النظام التعليمي الملائم للطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد. تجنبى قدر الأماكن البرامج الموضوعة لخدمة الأطفال "المعاقين". فمن غير المحتمل أن يكون قد تم تطويرها لخدمة الأطفال المصابين بالحرمان الحسي المتعدد، و معظم كواذرها مصممة لتلبية احتياجات مجموعة معينة من المعاقين. و القلة القليلة من الكادر / الطالب الموجودة في هذه البرامج يعطون في الغالب انطباعا بأن طفلك سيتلقى عنابة فردية أكثر مما يتلقاه في برنامج لغير المعاقين. وتمثل هذه النسبة عدد الأطفال المصابين بعوق معين الذي يمكن خدمتهم بشكل ملائم. ولا تعنى أنه سيكون لدى أعضاء الكادر وقت حر إضافي ليمضوه مع الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد.

وبغض النظر عن البرنامج المختار ، سيحتاج الطفل إلى تدخل فردي (واحد لواحد) من أجل أن يستفيد من العديد من فعاليات البرنامج . ومن غير المعقول أن يعاد تنظيم أو تحديد برنامج كلي مؤسسة ما بموجب الاحتياجات المعينة لطفلك و ستكون بعض الفعاليات من النوع الذي سيستمتع بها طفلك مع قليل من الإسناد أو من دون إسناد . وببعضها ستكون مفيدة له طالما أن لديه تدخلاً يمكنه التعويض عن مشكلاته البصرية / أو السمعية . وستكون بعض الفعاليات غير ملائمة . وقد يوفر المتدخل فعاليات بديلة مناسبة بينما يستمر بقية الصدف في البرنامج المقرر . بالإضافة إلى ذلك ، و عندما يتم تقديم الفعاليات فإن معظم التعليم لطفلك سيكون على أساس فردي (واحد لوحد) . وبهذا النوع من الإسناد فإن العديد من الأطفال المصابين بالحرمان الحسي المتعدد يمكنهم المشاركة في برامج المرتبطة بالحرمان الحسي المتعدد يكون من الحكمة أحيانا

جعل الطفل يبدأ متأخرًا ويستمر لمدة سنة أو سنتين أكثر في هكذا برنامج لعمر ما قبل المدرسة ، وذلك قبل البدء بالزائد من البرامج التعليمية الرسمية .

عندما يصل الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد إلى العمر ومستوى الأداء المناسبين .

اصطحبه عندما تذهب العائلة لمشاهدة أخيه وهو يلعب كرة القدم أو أخيه وهي تلعب كرة السلة . وقد لا يمكن من مشاهدة الأداء لكنه سيستمتع ويستفيد من كونه جزءاً من أفراد العائلة .

والانتماء مهم للطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد مثلما هو مهم لأي فرد آخر من العائلة . وهناك العديد من أحداث المجتمع ، التي يbedo للوهلة الأولى أنها لن تقدم له سوى القليل . آخرون من العائلة أو ذهبوا كمتفرجين ، تعطي اعتباراً جدياً لاصطحابه أيضاً . فأنت لن تعرفي المنافع ما لم تجرب .

الفصل الخامس

متلازمة اضطراب ضعف الانتباه

وفرط النشاط الحركي وصعوبات التعلم

مقدمة

- تعريف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .
- أسباب متلازمة اضطراب ضعف الانتباه وصعوبات التعليم .
- خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة اضطراب الانتباه وصعوبات التعلم .
 - أعراض ومظاهر المتلازمة .
 - أدوات التشخيص والتقييم .
- البرامج والاستراتيجيات التربوية المناسبة لهذه الفئة من الإعاقات (ADHD)

متلازمة اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي وصعوبات التعلم

مقدمة :

يعد الانتباه أحد العمليات العقلية التي تلعب دوراً هاماً في حياة الفرد من حيث قدرته على الاتصال بالبيئة المحيطة به والتي تنعكس على اختياره للمنبهات الحسية المختلفة حتى يتمكن من تحليلها وإدراكتها والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيف مع البيئة الداخلية والخارجية وقد حظي الانتباه باهتمام كثير من العلماء أو الباحثين على أنه العملية التي تكون عصب النظام السيكولوجي بصفة عامة فمن خلال الانتباه يكتسب الإنسان العديد من المهارات والعادات السلوكية المتعلمة التي تحقق للفرد التوافق مع البيئة المحيطة به . (الشرقاوي ، 1984) ونظراً لأن الانتباه عملية نمائية فإنه يلاحظ على الأطفال عدم قدرتهم على تركيز انتباهم أو تنظيم نشاطهم الذهني نحو شيء لفترة طويلة .

كما أنهم لا يستطيعون أيضاً أن يتحررُوا من العوامل الخارجية التي تعمل على تشتيت انتباهم إلا أنه مع التقدم في الشيء يحدث حسناً في قدراتهم على الانتباه . (السمادوني ، 1990) وتشير بعض الدراسات إلى وجود فئة من الأطفال يكون لديهم قصوراً وعجز في الانتباه مع صعوبات في التعليم ولا يتوافق مع عمرهم ويتسن أيضاً أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على الاحتفاظ بالانتباه لفترة طويلة وغير قادرين إنتهاء ما يطلب منهم تأديته كما يتحركون حرکات مفرطة ليس لها هدف محدد ولا يتبعون نصائح الآباء والمعلمين أو المحيطين بهم وتعرف تلك الفئة بمتلازمة اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد وصعوبات التعلم . (Barkley , 1992) .



وقد أشار جيسون (Gibson , 1978) أن الأطفال مضطرب الانتباه المصحوب بفرط النشاط وصعوبات التعلم يتصفون بضعف في الذاكرة وخلل وظيفي في عملية الإدراك والانتباه والتشتت والاندفاعية وفرط الحركة لذا إتجه الكثير من الباحثين إلى استخدام أساليب علاجية مختلفة ومتنوعة كالتدخل السلوكي المعرض لتقليل النشاط وتشتت الانتباه بدأ الاهتمام بدراسة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع وجود صعوبات التعلم في نهاية القرن الثامن عشر وفي العقود الأولى من القرن العشرين اهتم الباحثون بدراسة مستويات السلوك المضطرب وربطها بوجود تلف أو خلل في المخ أو اضطرابات في الجهاز المركزي (Pall , 1989) .

تعريف اضطرابات عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD) ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية أن اضطراب عجز الانتباه (Attention Deficit Disorder) يعني عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت أي الصعوبات التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بالنشاط ويكون نتائجه عدم القدرة على إكمال النشاط بنجاح وقد وضعت رابطة الطب

النفسي الأمريكي (APA,1980) وصفاً للطفل ذا الانتباه المضطرب والمصحوب بالنشاط الحركي الزائد والمتمثل في الصعوبة في التركيز وعدم القدرة على إنهاء الإعمال التي توكل إليه بالإضافة إلى كذلك الحركة المفرطة دون هدف محدد وفي الغالب يلاحظ على هؤلاء الأطفال إنهم لا يصغون جيداً لما يقال لهم كما يتسمون بعدم الدقة في أدائهم على أي نشاط يناسب سنهما .

وعرف الدليل الأخصائي والتشخيص الرابع للأضطرابات العقلية (DSMIV) هذا الأضطراب على أنه اضطراب نهائى يظهر خلال مرحلة الطفولة وفي كثير من الحالات قبل عمر 7 سنوات وحتى يتم تشخيص الطفل على أنه لديه هذا الأضطراب فلا بد أن تكون أعراض الأضطراب قد تركت أثراً سلبياً على واحدة أو أكثر من جوانب الحياة كالعلاقات الاجتماعية والأهداف الأكاديمية أو المهنية إضافة للوظائف التكيفية والمعرفية ويمكن أن يستمر هذا الأضطراب إلى سن المراهقة أو سن الرشد (Wikipedia , 2006) وقد وضع جولدستين (Goldstein , 1990) تعريف الأضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حرفة زائد (ADHD) أعتمد على نتائج دراسة دوجلاس حيث أشار أن هؤلاء الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد المصحوب بضعف الانتباه يكون لديهم استعداد بدني يمكن من خلاله الشعور بالمشكلات المتعلقة بالانتباه والجهد والقدرة على التحكم في السلوك والنقص في درجة الاستشارة والحساسية ويشمل هذا الوصف أربع مكونات وهي :

- 1- عدم القدرة على الانتباه .
- 2- النشاط الحركي الزائد .
- 3- الإنذفاعية .
- 4- صعوبة الإصغاء .

تعريف صعوبات التعلم :

يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام ، اللغة ، القراءة ، الكتابة ، التهجئة ، العمليات الحسابية نتيجة خلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية ويتسنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعليم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي (Kirk&chalfant , 1984) وهناك تعريفات عديدة لصعوبات التعلم اختلفت التعريفات باختلاف الفئات المهمة وقد قامت الجمعيات الأمريكية (1981) بالتواصل لتعريف صعوبات التعلم وهو التعريف الثاني (صعوبات التعلم مفهوم عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات اكتساب واستخدام أي من مهارات الاصناع دون الكلام والقراءة والكتابة والحساب (Lernet , 1985) .

أسباب اضطرابات وضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد :

اتجهت البحوث والدراسات النفسية والطبية والتربوية لمعرفة أسباب ضعف الانتباه وقدمت أسباب عديدة ومتنوعة فقد أرجعها البعض إلى الآتي :

أ- العوامل الوراثية .

ب- العوامل البيئية .

وهي على النحو التالي في عرض موجز لها .

العوامل الوراثية :

حيث ينظر العلماء إلى هذا الاضطراب انعكاساً لعوامل عضوية عصبية كحدوث خلل وظيفي في المخ أو حدوث إصابة مخية أو نتيجة خلل في التوازن الكيميائي أو تأخر في النضج كما يشير أن بعض العوامل الجينية تكون هي السبب وراء اضطرابات ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد كما

يرى السمامادي أن ظهور سلوك حركي زائد لدى هؤلاء الأطفال يرجع إلى حدوث إصابة أو تلف المخ ويرى فلاين أن حدوث خلل وظيفي في الجهاز العصبي يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاطات كما أن العجز في قيام ابنية المخ الأوسط وعدم القدرة على أحداث توازن بين وال الاستشارات يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب كما يرى ويند (Winde , 1980) أن سبب عجز الانتباه يرجع إلى حدوث خلل في التوازن البيوكيميائي ينعكس في عدم قدرة المخ على أحداث توازن بين أنظمة الكف .

أما العوامل البيئية :

فتمثل في أساليب التنشئة الاجتماعية البيئية التي يمارسها بعض الآباء تجاه أبنائهم بالإضافة إلى التسمم بالرصاص أو حامض الاستيل سالسيлик الموجود في بعض الأطعمة كما يرى باركلي أن النشاط الحركي الزائد ليس أكثر من أن يكون نتيجة ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل والديه .

ومما سبق يتضح أن اضطراب ضعف الانتباه والمصحوب بنشاط حركي زائد يرجع إلى التفاعل بين كلًا من العوامل الوراثية والعوامل البيئية ويحتاج إلى علاج حتى تتحسن حالات هؤلاء الأطفال خاصة أنهم يعانون معظمهم من صعوبات في التعليم سواء أكانت الصعوبة في مادة أو أكثر فلا بد من وضع مبادئ وخطط علاجية تساعده في تحسين حالات هؤلاء الأطفال .

أسباب صعوبات التعلم :

يمكن تصنيف أسباب صعوبات التعلم إلى ثلاث فئات رئيسية هي :

- (1) الأسباب العضوية البيولوجية .
- (2) الأسباب الوراثية .
- (3) الأسباب البيئية .

وفيما يلي عرض موجز لها .

الأسباب العضوية والبيولوجية :

يشير بعض العاملين في الحقل الطبي أن الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لديهم تلف دماغي بسيط وعند رسم النشاط الكهربائي للدماغ يظهر عدم انتظام الموجات وهذا دليل وجود تلف في خلايا الدماغ وقد استخدم مصطلح خلل وظيفي بسيط في الدماغ بدلاً من تلف كما يشير البعض إلى وجود اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي ويقصد به عدم انتظام في أداء الدماغ الوظيفي أن المظاهر السابقة والتي أشار إليها العاملين في الحقل الطبي أو بعض الدراسات يعونها المزيد من البحث العلمي الدقيق للتحقيق من مدى صحتها .

الأسباب الوراثية :

يرى شيفانت (Chalfant , 1998) أن هناك تأثير للعوامل الوراثية في ظهور صعوبات التعلم ويحتاج لمزيد من الوقت للوصول لهذه العوامل بالضبط .

أما زينب شقير (2000) فترى أن العوامل الكيميائية داخل الرحم أو الطفرات الوراثية هي من مسببات صعوبات التعلم كما أن اضطرابات إفرازات الغدة النخامية والدرقية وجارات الدرقية يمكن أن يؤثر سلبياً في الجهاز العصبي المركزي ويسبب ذلك صعوبات التعلم .

العوامل البيئية :

غالباً يشار إلى العوامل البيئية هي الأكثر شيوعاً في ظهور مشكلة ضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد وتعتبر سوء التغذية ومحدودية فرص النمو من أسباب ضعف الانتباه كما أن استخدام المواد المضافة للمنتجات الغذائية كمواد النكهة الصناعية والماء الملونة والحاافظة للأم الحامل أو تعاطيها

كحولات أو مخدرات هي من الأسباب التي تساعد في ظهور عجز وضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لدى أطفالها كما أن أساليب المعاملة الوالدية تكون ضمن العوامل التي تؤدي إلى صعوبات التعلم لدى الأطفال مثل الإهمال وعدم المتابعة والتتجاهل لاحتياجات الطفل ومساعدته .

ومما سبق يتضح أن مسببات عجز وضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد هي نفسها مسببات صعوبات التعلم لذا نجد فئة من الأطفال لديها عجز وضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد مع صعوبات تعلم في مادة أو أكثر.

خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم :

الخصائص المعرفية : اضطرابات في الذاكرة والتفكير

1-ضعف القدرة على التجريد والإدراك والتميز .

2-الحاجة لوقت كبير لتنظيم الأفكار والتركيز .

3-ضعف الانتباه والتشتت بسهولة .

4-صعوبة استيعاب المفاهيم كالجمع والطرح والقسمة .

5-الارتباك في تميز الاتجاهات .

6-صعوبة التمييز بين الحروف والأرقام المتشابهة .

الخصائص اللغوية :

1-عدم القدرة على التوازن العام .

2-ضعف في الرسم والكتابة .

3-ينتعثر ويرتطم بالأشياء بسهولة .

4-لديهم خلط بين الجهات كاليمين واليسار .

5-لديهم صعوبة في استخدام أدوات الطعام كالملاعق والشوكة والسكين .

6- لا يستطيع أن يجلس في مقعدة لفترة تطول عن دقائق معدودة .

7- يكثر التجوال والتنقل في الغرفة .

الخصائص الاجتماعية والسلوكية :

1- النشاط الحركي الزائد .

2- التغيرات الانفعالية السريعة .

3- عدم القدرة على ضبط النفس .

4- تكرار غير مناسب سلوك ما .

5- الانسحاب الاجتماعي .

6- سلوك غير ثابت .

7- الاضطرابات الانفعالية وعدم الاستقرار العاطفي .

8- الاندفاعية وضعف التنظيم .

9- دلالات عصبية وظيفية . (علياء ، 1993)

أعراض ومظاهر متلازمة ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) وصعوبات التعلم :

هناك مجموعة مؤشرات تظهر لدى هذه الفتاة في الأطفال وتميّزه عن غيرهم وهي :

(1) عدم الانتباه والتفكير والتركيز .

(2) الحركة والنشاط الزائد المبالغ فيه (الحركة المفرطة) .

(3) قلب وتبدل بعض الحروف عند القراءة .

(4) السرعة الكبيرة أو البطء المبالغ فيه في القراءة .

(5) عدم الالتزام بالكتابة بشكل مستقيم .

(6) عكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة .

(7) لا يجلس في مقعدة لدقائق معدودة .

8) القابلية العالية للتشتت وضعف المثابرة .

9) التسرع في السلوك دون تفكير في نتائجه (الاندفاع) .

10) ضعف التحصيل الدراسي .

11) ضعف العلاقة بالآخرين .

12) عدم تحمل الإحباط .

13) لديهم صعوبة في استدعاء الخبرات المتعلمة .

(القربيوني ، السرطاوي ، الصمادي ، 1995)

أدوات التشخيص والتقييم لأطفال صعوبات التعليم الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بنشاط حرفة زائد :

أهداف التشخيص تتمثل في الآتي :

1- الكشف من الأطفال الذين يمكن أن يكونوا بحاجة إلى خدمات تربوية في مجال صعوبات التعلم .

2- الإحالة وتتضمن المساعدة في اتخاذ قرارات عن أفضل بيئة تعليمية مناسبة لهذه الفئة من الأطفال .

3- التخطيط البرامج التربوية للأفراد أو المجموعات في مجال صعوبات التعلم

4- تقييم البرامج والتعرف على مدى فاعليتها .

5- مراجعة تقدم كل طفل في البرنامج .

الاختبارات التي يمكن الاعتماد عليها في عملية التشخيص وهي على النحو التالي :

(1) الاختبارات المعيارية المرجع (Norm Referenced)

وهي الاختبارات التي يمكن أن تقارن بها أداء الفرد مع أداء أقرانه من نفس العمر والصف الدراسي والتي من خلالها نستطيع الحكم على مستوى الفرد وهل

هو أقل أو أكثر من مستوى أقرانه ومن أمثلة هذه الاختبارات هي الاختبارات الأكادémية في القراءة والكتابة والحساب.

(2) اختبارات العمليات النفسية (Psychological processes)

وهذه الاختبارات صممت على افتراض أن صعوبات التعلم مسببة عن صعوبات في القدرة أو العمليات اللازمة للتعلم كالإدراك البصري والإدراك السمعي وتأثر حركة العين واليد وغيرها من أشهر هذه الاختبارات هو اختبار ليونز للقدرات النفس لغوية .

(3) اختبارات القراءة غير الرسمية (Informal Reading)

وهي اختبارات يصممها المعلم ويطبقها بشكل محدود في مجال القراءة إذ تضمن فقرات مكتوبة متدرجة في الصعوبة ويطلب من الطفل أن يقرأها بصوت مسموع وعن طريق سمع ما يقرأه يستطيع المعلم أن يسجل الأخطاء التي يقع فيها الطالب وبالتالي يستطيع تحديد مستوى الطالب واختبار المواد والكتب التي تناسب مستواه .

(4) القياس اليومي المباشر (Direct Daily measurement)

وتتضمن ملاحظة وتسجيل أداء الطفل في المهارات المحدودة التي تعلمها وذلك بشكل يومي مثل نسبة النجاح التي حققها في محتوى معين وتعتبر هذه الطريقة المعلم في تزويده بمعلومات عن أداء الطفل في المهارات التي يتعلمها ونقط ضعف والقوة لديه ومدى مناسبة البرامج المقدمة له .

(القربيوي ، السرطاوي ، الصماوي ، 1995)

اعتبارات يجب مراعاتها عند تقييم ذوي صعوبات التعلم وهي :

- 1-أن عملية التقييم مهمة فريق عمل متتكامل من المعلمين (معلم الفصل ومعلم التربية الخاصة) والأحصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين والمعالجين والأطباء ومن الضروري تواجد الوالدين مع الطفل في بعض المهام .
- 2-تنوع الأساليب والفنين المستخدمة في التشخيص مثل الملاحظة المنظمة والمقابلة ودراسة الحالة والاختبارات والمقاييس المقتنة واختبارات الذكاء والاختبارات التحصيلية والتشخيصية والسلوكية .
- 3-الاعتماد على المدخل السمعي والبصري للطفل أثناء تطبيق المقاييس والاختبارات إتاحة فرصة للطفل الاستجابة و لعدة طرق كالكلام والإشارة والكتابة والحساب وغيرها .
- 4-شمول المعلومات التي يتم جمعها عن الطفل معلومات وبيانات عن تاريخه الصحي وحالته الجسمية والأسرية وظروف تنشئته ومستوي أسرته الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والنوادي الأكademie لدى الطفل .
- 5- ضرورة التتحقق من أن الخبرات التعليمية التي يتم تقديمها للطفل مناسبة لمرحلة العمرية وتحصيله الأكاديمي المنخفض .
- 6- أن عملية التقييم يجب أن تكون فارقة وذلك لتحديد فئة الصعوبة النوعية التي يعاني منها الطفل كما يجب أن تكون موجه لخدمة أغراض التدخل العلاجي .
- 7- تواصل عملية التقييم ومداومتها دوريًا وذلك لتحديد مدى تقديم الطفل ومدى استفادته من البرامج التربوي ومدى استمرارية حاجته إلى خدمات تربوية خاصة من عدمها (القرطي ، 2011) خطوات التقييم الشخصي :
- ذهب (1994 , Mclovghlin plewis) إلى أن عملية التقييم الشخصي تمر بخمس مراحل وهي على النحو التالي :

- (1) مرحلة ما قبل الإحالة وهي تجميع المعلومات والبيانات الازمة لتشخيص حالة الطفل .
- (2) مرحلة للتعرف على البروفيل التعليمي للطفل .
- (3) التقييم التربوي الدقيق للطفل لتحديد نقاط القوة والضعف لديه في المهارات الأكاديمية الأساسية وهي القراءة والكتابة والحساب .
- (4) تحطيط البرنامج التربوي الفردي حيث أن كل طفل يتعلم وفق قدراته ومهاراته ومستوى العمليات العقلية لديه .
- (5) مراقبة ومتابعة البرنامج لتحديد مدى فاعليته في تحسين حالة الطفل وهل يكتفي بهذا البرنامج إلى برامج أخرى مساعدة .

اتجاهات التدخل العلاجي :

وهناك اتجاهين رئيسيين في التدخل العلاجي هما على النحو التالي :

أولاً : الاتجاه الطبي :

ومن المتحسينين لهذا الاتجاه في العلاج هم الأطباء وخاصة أطباء الأعصاب حيث يؤكدون أن السبب الرئيسي في ظهور إعاقة صعوبات التعلم المصحوبة بضعف الانتباه والتفرير الحركي الزائد ترجع إلى وجود خلل وظيفي في الدماغ أو خلل بيوكيميائي في الجسم ويتم التدخل العلاجي وفقاً لهذا الاتجاه على عدة أساليب هي :

1-العلاج بالعقاقير الطبية :

وتستخدم العقاقير لتقليل النشاط الحركي الزائد أي أن العقاقير تكون بمثابة مهدئات للأطفال وتقليل من درجة التوتر لدى الطفل وتزيد من فترة الانتباه وتقلل من الاندفاعية والسلوك العدوانى دون أن تسبب أي أثار جانبية غير مرغوب فيها ويجب على معلمين الفتة من الأطفال أن يكونوا ملمنين بنوع الدواء وعدد

مرات الجرعة ومتى يبدأ العقار مفعوله داخل الجسم وما فوائده ورها يقوم المعلم بإعطاء الطفل العقار وعلى الرغم من فاعلية الدواء وتحسين بعض حالات الأطفال إلا أنه يتربّع عليه أثار جانبية عند استخدامه لفترة طويلة كما أن الدراسات التي أجريت للتحقق من فاعلية العلاج لا زالت لحاجة من البحث لتدعيم مصادقيتها (Pcpe, 1982).

2- العلاج بضبط البرنامج الغذائي :

ويعتبر هذا النوع من العلاج أسلوباً جديداً من الأساليب الطبية ظهر في منتصف السبعينيات ويرى فنجلولد (Fongold) أن المواد الملونة والحافظة والمنكهات الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال والحلوى أو حفظ المواد الغذائية المعلبة خاصة الفواكه والعصائر وغيرها من المواد الكيماوية المضافة تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال بتقليل تناول هذه الأطعمة أو منعها.

3- العلاج عن طريق الفيتامينات :

ويقوم هذا النوع من العلاج على إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص أو شراب أو كبسولات ويشير أيضاً هذا الاتجاه إلى أن تناول جرعات الفيتامينات تظهر تحسناً في فترة انتباه الأطفال ويقلل من فرط النشاط الحركي كما أن هذا الأسلوب يحتاج إلى المزيد من البحث العلمي لتأثير جدواها من جهة وسلمته استخدامها من جهة أخرى.

ثانياً : الاتجاه النفسي تربوي :

ويقوم هذا الاتجاه على توظيف المعرفة النفسية والتربوية وتطبيقاتها في مجال تعلم الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم المصحوب بضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي ويسمى هذا الاتجاه إلى التغلب على مظاهر صعوبات التعلم

عن طريق مظاهر في أساليب التعليم واستراتيجياته ويشتمل هذا الاتجاه على ثلاثة طرق أساسية

هي على النحو التالي :

1-طريقة التدريب على العمليات :

وتقوم هذه الطريقة على تصميم أنشطة تعليمية تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدارية ذات الصلة بصعوبات التعلم ويعتقد مؤيدو هذه الطريقة على التدريب على العمليات الإدراكية وتسهيل عمليات التعلم لدى الأطفال وتحسين الأداء الوظيفي لذلك العملية كما تسعى إلى تحسين الإدراك البصري بشكل والتميز البصري والحركي والإغلاق البصري وإدراك العلاقات المكانية والذاكرة البصرية والتميز السمعي والذاكرة السمعية ويتم تصميم التدريبات الملائمة لعملية الإدراك كما يتم تدريب النفس لغوي في علاج صعوبات الكتابة والقراءة ومن أشهر التدريبات المقننة في هذا المجال هو برنامج ورفاقه ثم التدريب باستخدام الحواس لتحسين عملية الإدراك ثم التدريب المعرفي ويعتمد هذا الأسلوب على التدريب والضبط الذاتي والتعليم الذاتي وتساعد هذه الطريقة في رفع مستوى دافعية الطفل وتحسين درجة مشاركته في النشاط التعليمي ثم التدريب على المهارات الذي يظهر الطفل قصوراً فيها أو عجز حيث يتم التدريب على هذه المهارات بصورة مباشرة تعتمد على التحليل والتقييم المستمر حتى يصل إلى مستوى الإتقان .

ومما سبق يتضح أن هناك مدخلين لعلاج صعوبات التعليم ولا بد من دمج المدخلين حتى تتحسن حالات هذه الفتة من الأطفال وكلما كان التدريب في سن مبكرة وعلى أيدي اختصاصيين كانت فعاليته بدرجة كبيرة وأدت إلى تحسين درجة الانتباه وعمليات الإدراك وقلت حدة النشاط الحركي الزائد وقلت حدة التوتر والعصبية لدى هؤلاء الأطفال (القريريوني ، السرطاوي ، الصماوي ،) . (1995)

البرامج والاستراتيجيات التربوية التي تحتاج إليها فئة صعوبات التعلم المصحوبة بضعف الانتباه

والنشاط الزائد :

هناك العديد من الاستراتيجيات التي يحتاج إليها الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم المصحوبة بضعف الانتباه والنشاط الزائد ويقوم المعلمين بدور هام في تدريب الأطفال على تلك الاستراتيجيات وبدون دور المعلمين لا يتم تعديل هذه الحالات من الأطفال فمعلم هذه الفئة من الأطفال لديه تأهيل وتدريب يساعد في اكتساب هؤلاء الأطفال الاستراتيجيات التي تساعدهم في تحسين حالاتهم بالإضافة إلى تحسين شروط البيئة التعليمية داخل مركز الرعاية وداخل المؤسسات التعليمية ومن الاستراتيجيات الهامة ما يلي : أولاً :

(1) إستراتيجية التدخل السلوي :

وهي التي تعتمد على التدخل السلوي لتعديل السلوكات غير المرغوبة التي يقوم بها الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم وهي العتاد والحركة الزائدة وتعتمد هذه الإستراتيجية على عدة أساليب هي على النحو التالي :

أ-بطاقة المتابعة اليومية :

وهي تعاون بين الأسرة والمدرسة حيث يتم تحديد بعض المشكلات من (3 : 5) مشكلات يعني منها الطفل ويبدأ في تحديد خطة التعامل مع هذه المشكلات بتحويلها إلى أهداف يومية وعلى الطفل أن يتبع القوانين داخل الأسرة وداخل المدرسة حتى يتخلص من تلك السلوكات والمشكلات .

ب-أسلوب تكلفة الاستجابة :

وهو يعتمد على مكافأة الطفل عندما يؤدي السلوك المرغوب ويأخذ نقاط قوة وعندما يظهر سلوك غير مرغوب فيه ويخسر بعض النقاط ويسجل المعلم كل

ذلك في جداول التعزيز ويتم تقييم الطالب على سلوكه ويعزز على سلوكه سليم ويحذف منه نقاط عندما يخطئ ويقوم بسلوك سيئ غير مرغوب فيه .

جـ-مسابقة الكسب الصافية :

وهذا التدخل يعمل على أشراك كل طالب في الصف حيث يحصل كل طالب على نقاط في ضوء سلوكه والتزامه بالقوانين الصافية ثم تجمع النقاط في صناديق وعن طريق القرعة يتم اختيار بعض الطلاب الذين ساهموا في الأعمال الصافية ويؤثر استخدام هذا الأسلوب في زيادة دافعية الأطفال الذين لديهم (ADH) لاستكمال الأعمال المطلوبة منهم .

ثانياً : إستراتيجية الوظائف التغذية :

وتقوم هذه الإستراتيجية بتحفيز الذاكرة لدى الطالب الذين لديهم (ADHD) ويكون لها دور كبير في تحسين فرص نجاحهم الأكاديمي وبرامج الكمبيوتر التي تكون معدة لهذا تتلائم بصورة كبيرة مع قدرات هؤلاء الطلاب وعن طريق التدريب المكثف للذاكرة على برامج الكمبيوتر ثم تحسين حالات عديدة من الطلاب الذين يعانون من اضطراب (ADHD) كما تعتمد هذه الإستراتيجية على تدريب وتشغيل الذاكرة السمعية والبصرية والمكانية لدى الطلاب وعموماً تشير نتائج بعض الدراسات التربوية إلى أن استخدام الكمبيوتر يساعد في تشغيل الذاكرة عند استخدام البرامج الملائمة مما يساهم في تحسين الأطفال الذين لديهم (ADHD) إذا ما وظفت بالشكل المناسب مما قد يساهم في تقليل مشكلاتهم التعليمية .

ثالثاً : إستراتيجية تشغيل الانتباه :

اهتمت هذه الإستراتيجية بدراسة أثر استخدام إجراءات تقوم على برامج وأنظمة لعلاج مشكلة الانتباه لدى الطلاب الذين يعانون من (ADHD) ويتم التدريب على هذه الإستراتيجية من خلال التدريب على عمليات الانتباه والذي

يحتوي على مستويين الانتباه المستوى الأقل وهو المقدرة على التركيز والبقاء في نفس المكان لفترة زمنية محدودة والمستوى الثاني القدرة على نقل الانتباه من مهمة لآخر وقد تشمل على مهارات الانتباه السمعي والبصري واستخدمت وسائل تعليمية مجسمة وأشرطة كاسيت وتشير نتائج تطبيق هذه الإستراتيجية لدى طلاب (ADHD) إلى أهمية تفعيل التدريب على المهارات الأساسية وتأكد على دور المعلم في الاستفادة من الإستراتيجية في تحسين أداء الطلاب في تلك الجوانب .

رابعاً : إستراتيجية التركيز البصري :

وتعتمد هذه الإستراتيجية على التواصل البصري مع الطفل لجعل الأوامر والتعليمات أكثر فاعلية وقد أوصت العديد من برامج تدريب الأسرة على ضرورة التواصل والتركيز البصري مع الأطفال وتركز هذه الإستراتيجية على الآتي :

- (1) أن يتم إعطاء التعليمات بعد تركيز البصر على الطفل .
- (2) إعطاء نوع واحد من التعليمات في كل مرة .
- (3) تقديم التعليمات بصورة مباشرة .
- (4) استخدام نبرة صوت هادئة .
- (5) تقليل التي تكون موجودة بالمكان مثل : (إغلاق التلفزيون ، الراديو ، الكمبيوتر) .
- (6) تعزيز الطفل عند إتباع التعليمات وعقابه بالحرمان عندما لا يتبع التعليمات وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فاعلية هذه الإستراتيجية في تحسين أداء الطلاب الذين يعانون من اضطراب (ADHD) .

خامساً : إستراتيجية الإشراف والمتابعة الأسرية :

وتعتمد هذه الإستراتيجية على تحديد الصعوبات التي يواجهها الطفل ومن ثم تقديم المساعدة المكثفة له حتى يتمكن من اكتساب المهارات الضرورية في النجاح الأكاديمي فقد تؤثر مشكلة الانتباه لدى الأطفال على أمكانية اكتسابهم مهارات القراءة المبكرة لذا فإن الأشراف والتعليم الموجه والمعالجة تساعد الطفل في تحسين حالته أي أن كل طفل يحتاج إلى متابعة فردية للتأكد من مدى تحسن مستوى ودور المعلم هو المتابعة لسلوكيات الطلاب في المجموعات الثنائية أثناء العمل ويقوم بالمساعدة عند الضرورة ويحتسب نقاط قوة لكل مجموعة ويتم وضعها في جدول ليحصلوا علىكافأة في نهاية الأسبوع باستبدال النقاط ومما سبق يتضح أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب (ADHD) لديهم احتياجات عديدة حتى يتعلموا ودور الإستراتيجيات التربوية السابقة دور فعال في تحسين هذه الحالات ، (القمش ، 2010) .

كما أن هذه الفئة من الطلاب تحتاج إلى مزيد من الرعاية والاهتمام حتى تتحسن حالاتهم والأساليب الحديثة في التعليم هي الأساليب المجدية وخاصة حينما تكون على أيدي اختصاصين في بيئة تعليمية مناسبة وبطريقة تدريجية وبسيطة يتم تحسين حالات أطفال (ADHD) .

الفصل السادس

الخدمات المقدمة لمتعددي الإعاقات

محتويات الفصل هي:

- الخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليمية لمتعددي الإعاقات
- دور مركز ومؤسسات الرعاية تجاه متعددي الإعاقات
- المعوقات التي تواجه متعددي الإعاقات .
- مهام فريق العمل القائمين على رعاية متعددي الإعاقات
- دور المجتمع تجاه متعددي الإعاقات
- البرامج التربوية المقدمة لمتعددي الإعاقات برنامج بورتج

الفصل السادس

الخدمات المقدمة لمتعددي الإعاقات

مقدمة:

إن فئة متعددي الإعاقات تحتاج إلى كل الرعاية داخل المجتمع ومن حق هذه الفئات أن يكون لها تكافؤ الفرص من التعليم والرعاية والتأهيل انطلاقاً من الإيمان بحقوق الإنسان فلا بد أن تناول هذه الفئات حقها في الرعاية والتربية والتعليم بما يكفيأ مع قدراتهم وخصائصهم بل أنهم يحتاجون إلى الرعاية والتنمية وتكوين المهارات أكثر من العاديين .

وهناك العديد من فئة متعددي الإعاقات التي تفوقت على العاديين في مجال الإبداع وبالرغم من نظرة البعض على أنها مشكلة اجتماعية ونفسية وصعبة إلا أنها قد تحول إلى إنتاجية وابتكاريه عند تقديم الرعاية والتنمية المناسبة باستخدام الوسائل التقنية الحديثة التي تتناسب مع العصر الحالي ومع التقدم في مجال الأبحاث والدراسات النفسية والتربوية ظهر مجال التربية الخاصة التي أعادت فئات الإعاقات المتعددة بالدراسة وإعداد الأبحاث في رسائل الماجستير والدكتوراه بالكليات ومعاهد العلمية والهدف من هذه الرسائل هو الوصول إلى درجة من التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي لفئة متعددي الإعاقات بكل وسيلة مستطاعه . (باطة ، 2005) وتختلف فئة الإعاقات المتعددة عن فئة الإعاقة الواحدة من حيث الاحتياجات والبرامج والأساليب والاستراتيجيات المستخدمة في التعامل معهم ومع ذلك فهذه الفئة لم تأخذ حظاً مناسباً من الدراسة والاهتمام خاصة وأن هذه الفئة تعاني من مشكلات عديدة منها مشكلات صحية ونفسية واجتماعية وإنفعالية فيجب أن تحظى باهتمام أكبر من التخصصين والعاملين عليهم في المراكز والمؤسسات التربوية المختلفة أسوة بالإعاقات الأخرى.

الخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليمية متعدد الإعاقات :

تحتاج فئة متعدد الإعاقات إلى خدمات عديدة تختلف عن الخدمات المقدمة للفئات الأخرى من الإعاقات ومن أهم الخدمات التي يجب أن تتوفر من البيئة التعليمية متعدد الإعاقة :

أولاً : تصميم الأبنية التعليمية المناسبة :

وقد أشار مرسي (1996) إلى مصطلح الهندسة التأهيلية أي تصميم الأبنية التعليمية والتجهيزات المتخصصة بما يناسب حركة المعاقين وقدرتهم على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها داخل مراكز الرعاية وقد رتبهم على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها داخل مراكز الرعاية وقد أشار جرير والسووب إلى مواصفات (1980) greey allsop الأبنية التعليمية الخاصة بمتعدد الإعاقة وهي على النحو التالي :

1- عرض الباب لا يقل عن 12 انش وان تكون العتبة منخفضة والأبواب اتوماتيكية مزودة بأزرار للتحكم

2- دورات المياه يجب أن يكون لها درابزين بمقاسات مناسبة للمعوق وتسمح بدخول الكراسي المتحركة .

3- صنابير المياه يراعى أن تكون اتوماتيكية أي نعمل مجرد وضع اليد تحتها وان يكون ارتفاعها من 26 - 30 انشا تثبت في المكان يمكن الوصول إليها بسهولة كما يجب أن يتوفّر داخل الأبنية التعليمية مصاعد مزودة بأزرار مكتوب بلغة يريل ولغة الإشارة ويتوافّر في المبني مماثلي جانبية مزودة بقضبان مثبتة على الجدار كما يجب من توفير المكتبات بكل المصادر السمعية والمترئية والمقرؤة بما يناسب حالاتهم كذلك توفير قاعات كمبيوتر لذوي الإعاقات البصرية والسمعية تتناسب حالاتهم بالإضافة إلى وجود ممرات تصل بين المباني لتسهيل الاتصال في حالة الطوارئ كما

يجب أن تكون جميع القاعات مكيفة وتتوفر المعايير المائلة للكراسي المتحركة لسهولة الحركة داخل المبني التعليمية .

ثانيا : تكيف البرنامج التعليمي :

والمقصود ببرنامج التكيف التعليمي أي يكون برنامج من يراعي إمكانات المعاقين ويرد على أسئلتهم ويكون به مرونة في الوقت إثناء التطبيق وإثناء وقت الاختبار حسب قدرات المعاقين ومن التعديلات التي يقوم بها المعلمين عند مساعدتهم لفئات الإعاقات المتعددة هي الكتابة في دفتر الملاحظات والاعتماد على الكتابة على الكمبيوتر بدلا من الكتابة اليدوية والتوكيل على عمل خطط فردية لكل طالب تناسب مع قدراته وخصائصه وتدريب الطلاب على العمل ضمن فريق عمل حتى يساعد على تنمية الجانب الاجتماعي واللغوي لديهم (القمش 2011)

ثالثا : تكيف السكن متعددى الإعاقات :

والمقصود به مناسبة مكان الإقامة لتصميم الشقق السكنية والغرف بمساحات يتنقل منها المعاق من مكان آخر وتسهيل الوصول إلى المخارج عند الطوارئ ومناسبة دورات المياه والمغاسل بما يتوافق مع حاجات متعددى الإعاقات (singh - 3003)
حالة فئة متعددى الإعاقات :

كما يجب وجود طبيب ومعالج نفسي واجتماعي لحل مثل هذه المشكلات النفسية والانفعالية :
4- توفير الرعاية الصحية وهي الاهتمام بحالات متعددى للإعاقات وعمل الكشف والفحوصات الطبية الدورية لهم كما يجب من وجود طبيب وممارس عام للاطمئنان على حالاتهم الصحية والجسمانية بالإضافة إلى أخصائي العلاج الطبيعي لبعض حالات الإعاقة .

5- توفير بعض الأنشطة كالرسم والنحت والتلوين والنسخ كأعمال فنية تلهم بعض حالات من متعددي الإعاقات أي التشجيع والتدعيم للعمل اليدوي

6- تنمية المهارات الأساسية مثل الاعتماد على النفس في المأكل والملبس والنظافة والسلامة الشخصية والمهارات الفرعية مثل استخدام جميع الحواس لأدراك البيئة وتطوير المهارات الحركية وأعمال المنسوجات

المعوقات التي تواجه متعددي الإعاقات :

1- افتقار بعض المؤسسات ومراكز الرعاية إلى الأجهزة والوسائل التعليمية والأساس المناسب

2- التعرض للإساءة والعنف من قبل القائمين على رعايتهم

3- عدم تقديم خدمات التوجيه والإرشاد لولي أمر الأطفال متعددي الإعاقات

4- عدم الاهتمام بتقديم برامج تعليمية وتربوية مناسبة لهم

5- عدم مساعدته على الاندماج والتكيف مع البيئة الاجتماعية المحيطة بهم

6- عدم توافر عناصر مؤهلة من المدرسين والفنين التي تقدم خدمات التدريب والتأهيل

متعددي الإعاقات

7- عدم مراعاة حاجاتهم النفسية والاجتماعية والمعرفية والجسمية والحركية والانفعالية

8- عدم مناسبة تصميم الأبنية التعليمية داخل مراكز ومؤسسات الرعاية

9- عدم الاعتراف بحقوق متعددي الإعاقات داخل المجتمع

10- عدم الاهتمام بالتدريب والتأهيل المهني لهم.

11- عدم التنسيق مع موارد المجتمع وهيئاته لتوفير فرص العمل والتشغيل لبعض حالات

متعددي الإعاقات

12- عدم التواصل بالجهات والمنظمات والهيئات الأخرى لتقديم المساعدات والأجهزة التعويقية والمعينات السمعية والبصرية والخدمات الأخرى للأطفال متعددي الإعاقات .

مهام فريق العمل القائمين على رعاية متعددي الإعاقات :

يحتاج العمل مع متعددي الإعاقات إلى عدة أعضاء هم

1- الآباء

2- معلم التربية الخاصة

3- الأخصائي النفسي

4- الأخصائي الاجتماعي

5- الطبيب .

6- أخصائي التخاطب

7- أخصائي العلاج الطبيعي والتأهيل

أولاً : مهام آباء متعددي الإعاقات :

وهم يقومون بواجبات ومسؤوليات عديدة لمساعدة الطفل المعاق وواجبات الوالدين هي :

1- إجراء الفحوصات والاستشارات الالزمة قبل الزواج ولا سيما زواج الأقارب .

2- تأمين صحة الأم الحامل أثناء فترة الحمل وإثناء عملية الولادة

3- إعطاء الطفل التطعيمات والتحصينات في الأوقات المحددة لها .

4- توفير الغذاء المتكامل للطفل لضمان النمو الجسمي والعقلي له .

5- متابعة نمو الطفل من جميع الاتجاهات .

6- التعاون مع الأخصائين وإمدادهم ببيانات الدقة عن الطفل لتشخيص حالته .

7- إتباع أساليب التعبئة الاجتماعية السليمة تجاه الطفل .

8- التعرف على استعدادات الطفل وقدراته .

9- التنسيق مع الأخصائين في المؤسسة متابعة حالة الطفل والمشاركة في تنفيذ برامج الرعاية .

ثانياً : مهام وواجبات معلم متعدد الإعاقات :

- المشاركة في تقييم وتشخيص الحالات .

- المشاركة في تحديد حاجة كل طفل .

- تحديد الأهداف التربوية والتعليمية بكل طفل .

- تحديد البرنامج الفردي والأنشطة الجماعية .

- تحديد الخطة التعليمية ومستواها .

- تحديد أساليب التدريس المناسبة .

- تنفيذ عملية التدريس .

- التعليم المستمر لأداء الطفل قبل وأثناء وبعد التدريس .

- المشاركة في التوجيه والإرشاد الأسري .

- التعاون مع فريق العمل لتنمية قدرات كل طفل .

ثالثاً : مهام الأخصائي النفسي :

- المشاركة في عملية التقسيم والتشخيص الشامل للحالة .

- المشاركة في قرار توجيه الحالات وقبولها في المؤسسة .

- تصنيف الحالة وتمسكيها في مستوى مناسب أو في مجموعة مناسبة .

- المشاركة في رسم البرنامج الفردي والجماعي وتحديد أهداف البرنامج .

- التوجيه الإرشادي أو الفردي أو الجماعي لمتعدد الإعاقات ومساعدتهم في حل المشكلات اليومية

والحياتية التي تواجههم .

- المشاركة في التوجيه التربوي والمهني .
 - المشاركة في برامج إعادة التأهيل .
 - المشاركة في الإرشاد الأسري لأولياء أمور الطلاب المعاقين .
 - المشاركة في الدفاع الاجتماعي عن حقوق هذه الفئات من الإعاقات وتعريف المجتمع بحقوقهم في التدريب والتأهيل والعمل والتعلم .
- رابعاً : مهام الأخصائي الاجتماعي :**
- المشاركة في عمليات التشخيص والتقييم وجمع البيانات وعمل بحوث اجتماعية وتقارير .
 - بناء علاقات قوية وفعالة مع اسر الأطفال متعددي الإعاقات .
 - المشاركة في التوجيه والمتابعة المستمرة لكل طفل .
 - ملاحظة سلوك كل طفل وعلاقاته داخل المؤسسة للتعرف على أهم مشكلاته .
 - التخطيط للأنشطة الترويجية كالرحلات والزيارات والمعسكرات والمسابقات
 - التعاون مع بقية الأخصائيين في فريق العمل داخل المؤسسة بما يحقق صالح الطفل .

خامساً : مهام الطبيب :

- تحديد الخدمات الطبية والتمريضية الازمة لكل طفل
- تبصير الأسرة بحالة الطفل الصحية .
- متابعة حالة الطفل .
- مهام أخصائي التخاطب .
- وضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع الاضطراب .
- تبصير الوالدين بدورهما في متابعة حالة الطفل .

- المشاركة في توعية الأسر بالتأثيرات السلبية للمناخ الأسري المشبع بعدم الاستقرار .

سادساً : مهام أخصائي العلاج الطبيعي :

- المشاركة في التشخيص والتقييم .

- تحديد المهام التدريبية المناسبة لكل حالة .

- وضع البرنامج التدريبي المناسب .

- تنفيذ برنامج التدريب على اكتساب المهارات .

- تقييم مستوى الأداء .

- المشاركة في إفادة التأهيل المعنوي .

دور المجتمع تجاه فئة متعددي الإعاقات :

لابد أن تتغير نظرة المجتمع إلى متعددي الإعاقات على أنهم عالة على المجتمع بل هم جزء من

نسيج المجتمع بحيث الاهتمام به رعايته فيجب النظر إليهم نظرة كلها تفاؤل بالمستقبل ودور

المجتمع تجاه متعددي الإعاقات :

(1) لابد من تغيير النظرة السلبية لفئة متعددي الإعاقات .

(2) الاعتراف بحقوقه داخل المجتمع حقهم في التعليم والتأهيل والعمل وكذلك حقوقهم المدنية

والشرعية .

(3) تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية والتربية والمهنية لهم .

(4) توفير مراكز ومؤسسات رعاية مناسبة .

(5) العمل على تشغيلهم في بعض الورش والمصانع المناسبة لقدراتهم

(6) العمل على تذليل الصعوبات التي تواجه تلك الفئة .

(7) تقبل وتشجيع ومساندة هذه الفئة في الاندماج داخل المجتمع .

(8) تبصير المعوق بحقوقه وواجباته داخل مجتمعه وكيفية الحصول عليها .

(9) تحسين الخدمات المؤسسية وتطويرها وزيادة كفاءتها .

(10) الاتصال بالجهات والمنظمات والهيئات لتقديم المساعدات والأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية والخدمات الالزمة للطفل المعوق وأسرته (فاروق صادق ، 1991) .

مفهوم التدخل المبكر :

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة على أنه اتساق الجهد المنظمة المدعمة لإعاقة الأطفال الصغار المعوقين والأطفال المعرضين للخلل في النمو منذ فترة الولادة وحتى سن الخامسة وأيضا مساعدة أسرهم . وهناك الكثير من التعريفات لمفهوم التدخل المبكر تتلخص وتدور معظمها حول (تلك الإجراءات والبرامج التي تتم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل وأثناء الولادة أو بعدها حتى يصل الطفل إلى سن المدرسة ويتضمن ذلك العملية كلها بداية من إمكانية التعرف المبكر على الحالات وتبعها حتى مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة .

تعريف التدخل المبكر:

هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربيوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة .

ماهية التدخل المبكر:

يشمل التدخل المبكر للأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة ، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم ، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم .

لذلك لا بد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان ، ولأن الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة تكون لديهم

خصائص متعددة ومعقدة وهم وعائلاتهم يصعب تفهمها كان لابد من التدخل المبكر.

أهمية التدخل المبكر

تبغ أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل.

ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات (لوثر هامر) التي أجريت على الأطفال المعوقين في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم ، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم ، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة ، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي.

التدخل المبكر له تأثير إيجابي على جوانب النمو المختلفة سواء في الجانب العقلي أو الجانب الانفعالي أو الاجتماعي أو اللغوي والسلوكي، ويخفف من تأثيرات الإعاقة أكثر مما لو تم التدخل متأخراً.

التدخل المبكر يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية كما أنه يمنع العيوب الثانوية عند الأطفال المعوقين .

- وقد أثبتت البحوث أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة وبالتالي فهي الفترة التي يمكن فيها مواجهة الصعوبات المختلفة التي يعانها الطفل وكذلك إكسابه المهارات مبكراً مما حسن الأداء لديه .

وللتدخل المبكر تأثير هام على الوالدين والإخوة وكذلك الطفل المعوق، فالأسرة التي لديها طفل معوق دائمًا ما تشعر بالإحباط والعزلة عن المجتمع ويزيد

توترها ويسأها وإحساسها بالعجز، فالضغط الناتج عن وجود طفل معوق يؤثر على مدى مساعدة الأسرة له وبالتالي يؤثر على تقدم الطفل. والتدخل المبكر يعمل على تحسين معاملة الأسرة للطفل مما يكسبهم المعلومات والمهارات الالزمة لتعليم طفلهم وإكسابه المهارات وقضاء وقت الفراغ معهم بجانب العمل.

والتدخل المبكر يعود بالفائدة على الفرد والأسرة والمجتمع، حيث أن الطفل الذي يتعلم ويعتمد على نفسه يقلل الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية وهذا يحقق فائدة اقتصادية.

مبررات التدخل المبكر :

1- تعتبر فترة النمو الأولى (الخمس سنوات الأولى) من عمر الطفل فترة حرجة فيها يتشكل نموه وسلوكه وبالتالي يسهل تطويقه وتدربيه وهي تمثل قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة .

2- الفرد نتاج تفاعل بين البيئة والوراثة، فالمؤثرات التعليمية والخبرات التي نقدمها للطفل تساعده في نمو قدراته المختلفة والمعلوم أن التعليم أسهل وأسرع في السن المبكر عن المراحل العمرية الأكبر .

3- في معظم البيئات لا تتوافر برامج التدخل المبكر وبالتالي فإن الإعاقات وحالات الأطفال المعرضين للخطر يؤثر سلبا على تعلم الطفل وتنمية قدراته .

4- حاجة الأسرة إلى مساعدة خارجية مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بنائه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع الطفل كي يمكنهم تقديم المساعدة والرعاية والتدريب، حيث أن المدرسة ليست بدليلا عن الأسرة.

ومن مبررات التدخل المبكر:

- يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية.

- يتبع الأطفال المتأخرین في النمو نفس مسار النمو الطبيعي مع انه في العادة

لا يكون على مستوى الأداء الوظيفي

- حتى يكون لأسر الأطفال المعوقين قواعد ثابتة عن كيفية تنشئة أطفالهم حتى يتجنبو الوقوع في مشاكل مستقبلية.

- التأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسية لاحتمالات ظهور سلبيات تستمر مدى الحياة.

- تقع مسؤولية غرس المبادئ والمهارات باختلاف أنواعها على عاتق الوالدين
لماذا التدخل المبكر؟ !

- بعد 17 عاماً من البحث عن كيفية اكتساب الإنسان لقدراته ، أصبحت مقتنعاً تماماً بأن علينا إيلاء السنوات الأولى من العمر جل اهتمامنا . فالدراسات التي أجريتها شخصياً والتي أجرتها آخرون عدديون بينت أن السنتين الأولى والثانية أهم بكثير مما كنا نعتقد في الماضي . فبالأنشطة الحياتية اليومية البسيطة التي يقومون بها ، يشكل الأطفال اليافعون الأسس لكل نموهم المستقبلي (White) .

(1975)

- لقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال ، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر . (Hayden , 1997)

- إن النمو المبكر يزود الأطفال بأس متيقن للتعلم في المدرسة الابتدائية وللعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة (Evans & Myers , 1994)

- إن برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضمانة للنمو المستقبلي للمجتمع بأسره (Hohmann , 1991)

- إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر . (Hayden , 1997)

- لعل أهم إنجازات ميدان الطفولة في العقد الماضي هو الإيضاح المتكرر لإمكانية دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين بنجاح . فالقضية المطروحة في الوقت

الراهن ليست قضية إمكانية أو جدوى برامج الدمج في مرحلة ما قبل المدرسة بل كيفية تصميم هذه البرامج لتحقيق الفائدة القصوى. (Guralnik , 1990) .

مراحل عملية التدخل المبكر :

ت تكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التشخيص، التدريب، الإرشاد.

1- التعرف : ملاحظة العلامات الأولى أو الإشارات التي تنبئ بأن الطفل معرض لخطر النمو أو أنه في تقدم شاذ .

2- الاكتشاف : عن طريق بحث هذه العلامات ومن خلال عمليات المسح من خلال التحاليل وحملات التطعيم وإجراء بعض الاختبارات .

3- التشخيص : التشخيص يؤكد وجود خلل في أحد جوانب النمو وأن الطفل معرض للخطر والتي تستحق برامج التدخل .

4- التدريب : كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وببيته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو. وتتضمن هذه الأنشطة تنمية وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات الأخصائيين .

5- الإرشاد : كل أشكال الاستشارة المتاحة للأباء والأسرة وتقديم المعلومات . مراحل تطور برامج التدخل المبكر

تطورت برامج التدخل المبكر عبر ثلات مراحل رئيسة وهي:

-المراحلة الأولى :

كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية وبالنشاطات التي تستهدف توفير الارثارة الحسية لهم.

-المراحلة الثانية :

أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين .

المراحلة الثالثة :

أصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثراً على نمو الطفل ، فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

أهم برامج التدخل المبكر وأهم عناصره:

- الخدمات التي تقدم في المنزل:

وتهدف إلى تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الأطفال المعوقين وتعليمهم المهارات الضرورية ضمن البيئة المنزلية ، مثال ذلك برنامج البورتج.

- الخدمات التي تقدم في المراكز:

وقد تكون هذه المراكز مستشفيات أو مراكز خاصة يمضي الأطفال في هذه المراكز من (3 — 5) ساعات يومياً ويتم تدريبيهم على مختلف المجالات .

برامج الدمج:

ويقصد به الدمج بين الخدمات التي تقدم في المنازل والمقدمة في المراكز من أجل تلبية حاجات الأطفال واسرهم بمرونة أكثر.

- برنامج التدخل من خلال وسائل الإعلام:

ويتم من خلال وسائل استخدام وسائل الإعلام المقرؤة والمسموعة لتدريب أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم الصغار.

استراتيجيات (نماذج) التدخل المبكر :

التدخل المبكر في المنزل

- التدخل المبكر في المراكز المتخصصة

- التدخل المبكر في المنزل والمركز

- التدخل المبكر في المستشفى

- التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام.

فئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر

الأطفال الذين لديهم حالات إعاقة جسمية أو عقلية وهم الذين يعانون من : (اضطرابات جينية- اضطرابات في عملية الأيض - اضطرابات عصبية- تشوهات خلقية- اضطرابات حسية- حالات تسمم- الأطفال المعرضون للخطر وهم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية مثل (عمر الأم عند الولادة- تدني مستوى الدخل- عدم استقرار الوضع الأسري- وجود إعاقة لدى الوالدين- استخدام العقاقير الخطرة.

عوامل خطورة بيولوجية مثل:الخداج (الولادة المبتسرة) - الاختناق- النزيف الدماغي.

فريق العمل في برامج التدخل المبكر

يشمل فريق العمل في برامج التدخل المبكر كل من (أخصائي نساء وتوليد- طب المخ والأعصاب - طب الأطفال-التمريض -طبيب العيون- أخصائي السمعيات -أخصائي نفسي -أخصائي اجتماعي - أخصائي اضطرابات الكلام واللغة -أخصائي العلاج الطبيعي - أخصائي العلاج الوظيفي - الممرضة - المعلمات والمعلمون - معلمات ومعلمون التربية -الخاصة- أولياء الأمور

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم .

الكفايات الازمة لفرق التدخل المبكر

تشمل الكفايات الازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية :

معرفة مراحل النمو الطبيعي في الطفولة المبكرة سواء من النواحي العقلية أو اللغوية (الاستقبالية- التعبيرية) أو الحركية (المهارات الكبيرة والدقيقة) أو الانفعالية الاجتماعية والشخصية.

- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلات النمو وتفسير نتائجها.
 - القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها.
 - القدرة على تقويم حاجات الأطفال وأسرهم باستخدام الأساليب غير الرسمية مثل الملاحظة والمقابلة والملاحظة وقوائم التقدير.
 - القدرة على معرفة أعراض الإعاقات المختلفة.
 - القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوك الأطفال.
 - القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى تلائم مستوى نمو الطفل وفق مواطن القوة والضعف لديه.
 - القدرة على بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأطفال من خلال التواصل الفعال.
 - القدرة على استخدام الأساليب التي تشجع التفاعل بين الأطفال.
 - القدرة على تفهم الفروق الثقافية واحترامها.
 - القدرة على الاستماع النشط والإيجابي وتطوير برنامج عملي لمشاركة الأسرة.
 - القدرة على العمل بفعالية كعضو في فريق متعدد التخصصات.
 - وظائف فريق التدخل المبكر :
- أ) تقويم الطفل وأسرته: يقوم فريق التدخل بتحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وأسرته، وقد يتطلب التقويم تشخيص متعمق حسب الحالة من قبل فرد أو أكثر من فريق التدخل المبكر .
- ب) تخطيط التدخل :عادة ما يتم تخطيط التدخل في سياق إعداد البرنامج الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة، ويوضع في الاعتبار ثقافة

الأسرة واحتياجاتها ومدى الحاجة إلى المهنيين في تخطيط البرامج لضمان الشمولية في تقديم الخدمة .

ج) تقديم الخدمة للطفل والأسرة : يتتنوع أعضاء فريق التدخل ومقدمي الرعاية تبعاً للتغير احتياجات الطفل وأسرته ويتحمل هذا الفريق تنفيذ جوانب الخطة وفق المهام المحددة في الخطة ويوضع في الاعتبار دور كل عضو في الفريق .

دور الأسرة في برامج التدخل المبكر :

التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات جيدة مع الوالدين، يكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات واتخاذ القرارات، وصدق المهنيين والمشاركة الفعالة مع الأسرة .
تؤكد برامج التدخل على أهمية اشتراك الأسرة مع الأخصائيين في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرنامج .

يشترك الوالدين مع الأخصائيين في وضع أولويات الاحتياجات سواءً للطفل أو الأسرة.
مشاركة الأسرة في تخطيط التدخل ورقابة التقدم بناءً على المعلومات القائمة على الملاحظة والتدخل في الأنشطة اليومية .

بعض برامج التدخل المبكر تعتمد بشكل كبير على التدريب في المنزل والمشاركة الأسرية هي من أنساب أنواع التدخل .

يتضح دور الأم في تدريب ونقل الخبرة لأمهات آخرين وتعديل اتجاهاتهم نحو طفلهم ذو الاحتياجات الخاصة ومساعدتهن على تقبل الطفل .

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة :

اعتمدت استراتيجيات الوقاية على ثلاثة عناصر أساسية :

1- **الوقاية الفعالة من اعتلالات الأطفال وذلك من خلال التطعيم ضد**

الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الأضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) والبيود واتخاذ التدابير اللازمة للحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.

2- الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار الإعاقة.

3- الاعتماد على العائلة والمجتمع كآداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.

ويمكن وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد حالات الولادة قبل وأثناء وبعد الولادة ويمكن لوحدات الرعاية الصحية وغيرها من مراكز العمل الصحي أن تلعب دورا هاما في ذلك الخصوص ولا تقصر تلك المتابعة على توفير التغذية والتطعيم والخدمات الصحية المختلف بل تصل إلى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو اضطرابات انفعالية.

العناصر الأساسية في التدخل المبكر :

أولاً: مرحلة الوقاية : اختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الرعاية عما كانت عليه سابقا، فليس معنى الوقاية الإجراءات التي تحد من حدوث الإعاقة، لكن الوقاية تشمل إجراءات من شأنها منع تدهور الحالة من حالة العجز إلى الإعاقة. ولا تقف الوقاية عند منع التدهور الفسيولوجي أو النفسي، لكن توفير كافة الفرص والإمكانات الممتاحة بشكل يسمح للفرد بالاقتراب قدر المستطاع من حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات الوقائية في شكل طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي .

ثانياً: مرحلة التشخيص : يقصد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته التدخل المبكر، ويركز التشخيص على وصف الحالة وتحديد التسنين التربوي المناسب، ويتمثل

التخخيص أولى الخطوات الإجرائية نحو تحديد وتحويل الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التخخيص والمعالجة المناسبة .

ثالثاً: مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات: تأتي هذه المرحلة بعد التأكيد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية وذلك وفق خطة علاجية قد يشارك في تنفيذها فريق عمل متعدد التخصصات حسب حالة الطفل. وعليه يجب معرفة الحد القاعدي للمهارات التي يمكن للطفل القيام بها، هذا ويشتمل التقييم التربوي على حالة الطفل النمائية ومستوى مهاراته في كل من (النمو الحركي- النمو اللغوي- مهارات العناية بالذات- النمو المعرفي- النمو الانفعالي- والمهارات الحياتية اليومية .

برنامج بورتج

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتشخيص أمهات الأطفال المعوقين
المحتويات

- 1) تعريف بالمشروع العربي وبورتاج
 - 2) تعليمات عامة ببورتاج
 - 3) خطوات الزيارة المنزلية
 - 4) انواع التقييم في برامج التدخل المبكر
 - 5) مقياس الصورة الجانبية
 - 6) تعليمات خاصة باختبار الصورة الجانبية
 - 7) قائمة اختبارات السلوك
 - 8) الاهداف السلوكية
 - 9) الفرق بين اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل وقائمة اختبارات السلوك
 - 10) ورقة النشاط
 - 11) ورقة تسجيل السلوك
 - 12) التقرير الأسبوعي
 - 13) محاضرة التدليك والتمارين الرياضية
- 1 - تعريف بالمشروع العربي وبورتاج
- البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتشخيص أمهات الأطفال المعوقين من سن الولادة إلى 9 سنوات يختص بالتدخل المبكر لتدريب الأطفال المعوقين داخل بيئتهم المحلية وخاصة بالمنزل. وتدور فكرة البرنامج حول تزويد الأم خلال الزيارة المنزلية والتي تكون مرة واحدة بالأسبوع ومدتها ساعة وربع بالأسس المتعلقة برعاية

الطفولة والتعليم الخاص والمؤثرات الحسية التي تؤدي إلى تطوير المهارات العديدة للطفل المعوق. ويخدم البرنامج الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة مثل الإعاقات العقلية، الإعاقات الجسمية متعددة الإعاقات ومشاكل النطق والكلام. ويتبع هذا البرنامج مشروع بورتج المنزلي للتدخل المبكر الذي صمم في الولايات المتحدة عام 1969 والذي ترجم إلى العديد من اللغات ومنها العربية.

خلفية المشروع:

ساهم برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة النمائية في تمويل مشروع البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتنقيف أمهات الأطفال المعوقين من سن الولادة إلى 9 سنوات بجمعية رعاية المعوقين في قطاع غزة والتي بدأت بتنفيذها منذ عام 1984، ونظراً لنجاحه فقد قام البرنامج بتمويل نفس المشروع لجمعية التنمية الفكرية المصرية، وخدم هذا المشروع 168 طفلاً أسرهم يعيشون في مناطق ذات وضع اقتصادي متذبذب.

ولهذا فقد سعى المجلس العربي إلى نشر المشروع على الصعيد العربي وشرع إلى عقد الدورة التدريبية الأولى على المستوى القومي لتضم مشاركات من كل من: المغرب، دولة الإمارات العربية المتحدة، دولة البحرين، سلطنة عمان، لبنان، اليمن والكويت بهدف خلق الكوادر المدربة التي ستعمل على تعميم هذا البرنامج على الصعيد العربي.

أهداف المشروع:

- 1 تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل البيئة المألوفة للطفل المعوق (منذ الميلاد وحتى سن التاسعة) وهي المنزل.
- 2 الاكتشاف المبكر للإعاقة وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل تتعلق بالنمو وإدراجهم ضمن برنامج التدخل المبكر في أصغر سن ممكن.

- 3 الإشراك المباشر للأمهات والآباء في العملية التعليمية التدريبية للطفل المعوق، وتعد هذه الوسيلة من أهم وإحدى الوسائل الفعالة لتدريب الأطفال المعوقين صغر السن لاحتياج أولياء أمور الأطفال إلى التدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي ستساعده على التكيف في حياته اليومية.
- 4 تقديم مناهج تتلاءم والثقافة المحلية متضمنة موضوعات تغطي مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم الخاص إضافة إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس مبنياً على التقييم المنتظم الذي يقيس النتائج ويزود المشرفين بالإطار المرجعي للتعديلات المستقبلية.
- 5 تطبيق الخطوات العملية للبرنامج بدون أي موقف أو إرباك لترتيبات الحياة اليومية للأسرة.
- 6 تحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل وذلك للمساعدة على تصميم برنامج خاص لكل طفل مبنياً على المعرفة الحالية للطفل وقدراته بالتعاون مع الأهل.
- 7 استخدام منهاج متسلسل من حيث التطور يستخدم كأداة للتعليم.

عناصر البرنامج:

لقد أثبت مشروع "بورتج النموذجي" الذي يتبعه البرنامج المنزلي للتدخل المبكر فعالية في دول العالم النامية بالنسبة لأهالي الأطفال المعوقين وتزويدهم بالخبرات والمهارات الأساسية التي لها التأثير الهام في النواحي التعليمية والتطويرية وحين ترجم إلى العربية فإن القليل من التعديلات وجدت ضرورية لتقابل الاختلافات الحضارية.

الفئات المستفيدة:

الأطفال من الولادة إلى سن التاسعة.

-أهالي الأطفال وأقربائهم والأهالي في الحي نفسه.

-العاملون في مؤسسات وجمعيات المعوقين.

مواصفات البرنامج:

-إن إحدى مزايا البرنامج المنزلي للتدخل هو الوصول إلى الأطفال المعوقين صغيري السن في مختلف أماكن سكناهم مهما بعده وإضافة إلى أن المدرسة المنزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى 15 عائلة أسبوعياً. لذلك كلما زاد عدد المدراس في البرنامج زادت عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفّر لها أي نموذج من الخدمة وذلك أما بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل أو عدم ملائمة البرامج المقدمة في المؤسسة لـإعاقة الطفل واهم من كل ذلك عدم قدرة المؤسسات التي تقدم الخدمات إلى الأطفال المعوقين على استيعابهم جميعاً إلى جانب عدم استطاعة أهالي الأطفال وخاصة الفقراء منهم دفع التكاليف الباهظة التي تتطلّبها المراكز والمؤسسات الخاصة.

-أن هذا البرنامج يستثمر أيضاً في تكوين العامل البشري المتّدرب والمُؤهل فالعاملات في البرنامج لا يستلزم أن تكون حاصلات على شهادات جامعية عليا ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورات التدريبية والنجاح فيها. هذا وقد أثبتت التجربة أن اختيار مدراس من نفس البيئة التي يتم العمل بها يزيد من التفاهم ما بين العائلات التي تتلقى الخدمة وطاقم البرنامج مما يؤدي وبالتالي إلى نجاح وزيادة الثقة المتبادلة بين الطرفين.

2- تعليمات عامة ببورتيرج

درجات النجاح في كل منطقة تعليمية:

- المجال الاتصالي 4/4 أي % 100 language

- المجال الادراكي 4/4 أي % 100 cognitive

- المساعدة الذاتية 5/4 أي % 80 self help

- المجال الحركي motor أي 5/4 %

- المخالطة الاجتماعية socialization أي ¾ %

- ويمكن أن تكون نسبة النجاح لجميع المناطق التعليمية السابقة 100% على ألا تقل عن النسبة المترافق عليها سابقاً في حال من الأحوال.

الرجوع إلى المختصين : Referral

وينقسم إلى 3 أقسام:

-1 التعریف identification: ويشتمل التعریف بالمشروع وتحديد المهمة التي سوف يقوم بها البرنامج وهي مهمة تعليمية فقط وإنما يمكن للمدرسة الاطلاع على طبيعة المشكلة بهدف تحويله إلى الجهة المختصة.

-2 ملاحظة سريعة screening: وهي ملاحظة سرية وعابرة لتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من مشكلة جسمية أو عقلية.

-3 التشخيص diagnosis: وهي مسؤولية الأخصائية النفسية والمختصين وفيها يحدد نوع المشكلة عند الطفل بصورة دقيقة وسبل معالجتها.

أنواع المساعدات Kinds of help

هناك عدة أنواع من المساعدات وهي:

-1 المساعدات الجسمية physical help .

-2 المساعدات بالنظر visual help .

-3 المساعدة اللفظية verbal help .

أولاً المساعدة الجسمية: وهي أقوى أنواع المساعدة:

في أهداف الكتابة:- مسک اليد

-تخفييف قبضة اليد

-مسک الرسخ

-مسك الساعد-

-في أهداف الحركة: (مثل: يقفز - يحجل - يمشي)

-مسك تحت الإبطين-

-مسك أعلى الكوع-

-مسك الكوعين-

-مسك الساعدين-

-مسك الرسخين-

-مسك اليدين-

-مسك الإصبعين-

-مسك إصبع واحد-

-المساعدة بالتنقيط dots: وهي أن تقوم المدرسة بالتنقيط للطفل ثم بعد ذلك يقوم الطفل برسم

الشكل المنقط ومنها:

-التوصيل بين نقطة وشريطة

-التوصيل بين النقاط

-التوصيل بين ثلاث نقط

-التوصيل بين نقطتين

ثانيا المساعدة بالنظر: في البداية تكون المساعدة بالبطاقة المفرغة ومليئها بالصلصال ثم يتبعها

المساعدة بالنظر ويقسم إلى:

-التقليد الجزئي وهو تقليد الطفل لكل جزء من الهدف.

-التقليد الكلي وهو أن تقوم المدرسة بعمل الهدف المراد تعليميه مرة واحدة

أمام الطفل ويقوم الطفل بتقليلها في جميع المحاولات.

ثالثا المساعدة اللغظية: المقصود بها توضيح ووصف الهدف المراد تعليمه بالكلام أو قد تكون توجيهات إشارية بالنسبة للأطفال ذوي إعاقة الصم وتنقسم إلى:

-المقطع الأول من الكلمة (دائرة، دا)

-الحرف الأول من الكلمة (عين، ع)

-وصف الهدف المراد تعليمه (وصف شكل الشيء أو لونه)

-التوجيه بالكلام لإيضاح كيفية الهدف (يفرضي الأسنان - يركب لعبة - يرتدي الملابس).

عند الطلب: وهي لا تعتبر مساعدة وهي نهاية تنفيذ الهدف حيث يتطلب تنفيذ الهدف من الطفل دون إعطائه أي مساعدة مثل:

-اعطني صورة القط

-احضر الكرسي

تبسيط الهدف Task analysis

هو تحليل الهدف إلى أبسط صورة ليسهل تدريسه على الطفل to break down the task into small steps

مثلا: الهدف "احمد سوف يقفز بكلتا قدميه في مكانه بنسبة 5/4"

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بمسكه من الإبطين بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بمسكه من الذراعين بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بمسكه من الكوعين بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بمسكه من الساعددين بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بمسكه من اليدين بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بمسك إصبع واحد بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بالتقليد بنسبة 5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بالتوجيهات اللفظية بنسبة .5/4.

-احمد سوف يقفز في مكانه بكلتا قدميه بالطلب بنسبة .5/4.

3- خطوات الزيارة المنزلية

تحديد موعد الزيارة.

- 1 التأكد من وجود الأهل في البيت.
- 2 عمل مخالطة اجتماعية مع الأم والطفل.
- 3 اخذ الدرجة النهائية للأهداف السابقة.
- 4 عمل مخالطة اجتماعية قصيرة مع الطفل.
- 5 تقديم الهدف المراد تعليمه للأم وشرح الغرض منه.
- 6 تقوم المدرسة بأخذ الخط القاعدي للهدف الجديد أو المستمر.
- 7 عمل نموذج أمام الأم للهدف مع التشجيع والتسجيل.
- 8 تقوم الأم بعمل النموذج للهدف أمام المدرسة مع التشجيع والتسجيل.
- 9 يجب استطلاع رأي الأم بالهدف والتأكد من فهمها له.
- 10 تقوم المدرسة بتسجيل الأهداف التي أعطيت للطفل في ورقة التقرير الأسبوعي، وذلك بعد سؤال الأم عن الأهداف التي تختارها لتقوم المدرسة بتدريبها عليها.

تفاصيل خطوات الزيارة المنزلية:

- الاستعداد المسبق للزيارة كتحضير أوراق النشاط والأدوات المستعملة لتنفيذ الأهداف.
- الوصول إلى المنزل في الوقت المحدد ثم الاستئذان للدخول لتأدية الزيارة بعد التأكد من وجود الأم أو من يقوم بالتدريس ومن أن الطفل على استعداد من الناحية الصحية.

- إخبار السائق بالعودة في الميعاد المسجل بדף المواصلات.
- الجلوس مع الأم والطفل حيث تقوم المدرسة بعمل مخالطة اجتماعية مع الأم أولاً حيث تسألها عن صحة الطفل وطريقة استيعابه للأهداف السابقة وهل أتم التدريب عليها أم لا والأسباب ثم تقوم بملاءمة الطفل والكلام معه بطريقة ودية لجذب اهتمامه وتهيئته نفسياً لوجودها.
- تأخذ المدرسة أوراق النشاط السابقة التي كانت مع الأم وتقوم بأخذ الدرجة النهائية لكل هدف حتى تتأكد من إتقانه وإنجازه له.
- إعطاء الطفل فترة راحة وذلك بعمل مخالطة مع الطفل عن طريق لعبة أو حركات تنشيطية لكي يستعيد نشاطه وذلك حسب الطفل وحسب نوع إعاقته.
- تشرح المدرسة الهدف الجديد للأم وذلك بعد إعداد أدواته بحيث تجعلها تفهم الغرض منه ومدى أهميته من جميع النواحي.
- تقوم المدرسة بأخذ الخط القاعدي لكي تتأكد من مدى مقدرة الطفل على تعلم هذا الهدف وإتقانه ثم تقوم بعمل نموذج أمام الأم عن كيفية تدريس الهدف ووسيلة التشجيع وكيفية التسجيل وذلك عملياً على أن تقوم الأم بعمل نموذج أمامها.
- تقوم بالمناقشة واستطلاع رأي الأم بالهدف والتتأكد من فهمها لورقة النشاط وذلك أما أن تقرأ الأم أو تقرأ المدرسة لها مع شرحه.
- يجب التأكد من عمل مخالطة مع الطفل بين كل هدف جديد وذلك للسيطرة على اهتمام الطفل وحتى لا يمل.
- تقوم المدرسة بتسجيل الأهداف التي أعطيت للطفل في ورقة التقرير الأسبوعي وذلك بعد سؤال الأم عن الأهداف التي تختارها لتقوم المدرسة

بتدریسها ومدى إمكانية تنفيذ تلك الرغبات بناء على ما سبق وسجل في قائمة اختبار السلوك.

- فيما تبقى من الوقت العودة إلى المخالطة الاجتماعية.

4- أنواع التقييم في برامج التدخل المبكر

-1 تقييم رسمي Formal assessment

-2 تقييم غير رسمي Informal assessment

-3 تقييم منهاجي Curriculum assessment

-4 تقييم مستمر On going assessment

أولاً: التقييم الرسمي formal assessment

يشتمل التقييم الرسمي على developmental profile وهو اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل هو قائمة يسجل فيها كل ما يحصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح والتقرير النفسي وهذا الاختبار مكتوب ومدون ومصنف لا يمكن تغيير بنوده وهو من تأليف Algren Boll

ويطبق هذا الاختبار مرتين في السنة:

-في بداية السنة للتعرف على مناطق القوة والضعف التي يعاني منها الطفل وتحديد ما يعرفه وما لا يعرفه.

-في نهاية السنة التدريسية وذلك لمعرفة مدى تقدم الطفل واستفادته مما تم تدریسه له من خلال هذه السنة ويفي بالاختبار العمر العقلي في القدرات التالية:

العمر الجسمي physical age-

ويتحدد من خلال قياس النمو والتطور الجسدي وقوه العضلات والقدرة على القيام بجموعة من المهارات الحركية مثل القفز على قدم واحدة أو بكلتا قدميه أو يستعمل المقص أو يقذف الكرة لشخص كبير أمامه.

-العمر في المساعدة الذاتية self help age-

ويتحدد من خلال قياس مقدرة الطفل على تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس في المأكل والملبس وقضاء احتياجاته الخاصة.

-العمر في المخالطة الاجتماعية social age-

ويتحدد من خلال قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين من أقارب وصداقة مع الكبار وكذلك حسن التصرف في المواقف الاجتماعية التي يواجهها الطفل.

-العمر المعرفي الأكاديمي (الادراكي) academic age or cognitive age-

ويتحدد من خلال قياس القدرات الخاصة للأطفال قبل سن المدرسة من حيث التعليم المعرفي وغيره من الأمور الحسابية مثل قدرة الطفل على أن يرسم خط رأسي أو يتعرف على مفهوم العددين 3 و 6 أو يشير إلى الألوان أو يرسم علامة + أو مثلث أو مربع.

-العمر في مجال الاتصال communication age-

ويتحدد من خلال قياس المهارات الخاصة بلغة تعبيرية أو استقبالية سواء بالإشارة أو بالهممات وغير لفظية وقد تكون كلامية أو مكتوبة.

ويشتمل الاختبار على قائمة التسجيل sheet وهذه القائمة يسجل فيها كل ما حصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح بطريقة مختصرة وصفحات قائمة التسجيل هي كل ما حصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح بطريقة مختصرة وصفحات قائمة التسجيل هي على شكل رسم بياني ومقسم إلى مربعات blocks أو صناديق boxes وكل صندوق محدد بعدد من الأشهر وقيمة كل

صندوق تختلف عن الآخر فالبعض قيمته 6 أشهر والبعض 12 وهذا الاختبار مفمن ولا يمكن التغيير

فيه مع مراعاة البنود التالية:

- 1 تقوم المدرسة بتطبيق اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل في الزيارة الأولى.
- 2 تقوم بمناقشة نتائج الاختبار مع المشرفة.
- 3 تقوم الأخصائية النفسية بمراجعة نهائية للاختبار مع كل من المشرفة والمدرسة.
- 4 تقوم المدرسة بكتابه تقرير مختصر عن نتيجة الاختبار وتسجيل العمر العقلي للطفل في كل قدرة من القدرات بالإضافة إلى ذكر بعض المهارات التي يعرفها الطفل باختصار كما وردت في اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل.
- 5 في حالة وجود شك في دقة تنفيذ الاختبار تقوم الأخصائية النفسية بعمل اختبار آخر لنفس الطفل في أقرب فرصة للتوصل إلى نتيجة دقيقة تتناسب مع قدرات الطفل.

طريقة تطبيق الاختبار:

- يحدد الصندوق الذي يحتوي على العمر الزمني للطفل ثم نرجع للخلف بلوكين للطفل المعوق أما الطفل الطبيعي ترجع بلوك واحد فقط.
- تبأ المدرسة المنزلية في التأكد من قدرة الطفل على تأدية بعض المهارات الموجودة في الاختبار من خلال الأسئلة التي تقوم بتوجيهها إلى الأم مع تنفيذ بعض الأسئلة وتجربتها مع الطفل كلما أمكن ذلك للحصول على أدق النتائج.
- تستمر المدرسة في وضع العلامة (الدائرة) على السؤال الصحيح مستمرة في النزول إلى أسفل حتى تقابل أول فشل ثم نصعد مرة ثانية حتى تحصل على

بلوكين نجاح بعد ذلك تنزل إلى أول فشل قابليها وتستمر في النزول إلى أن تحصل على بلوكين فشل فتتوقف.

- ملاحظة:

- قد يصادف المدرسة أطفال لا تحصل لهم على بلوكين نجاح متتاليين أما لصغر سنهم أو تدني قدراتهم بسبب الإعاقة الشديدة.

- وقد لا تحصل المدرسة على بلوكين فشل متتاليين وذلك لكبر عمر الطفل وارتفاع مستوى قدراته.

كيفية التسجيل:

الرصيد القاعدي credit baseline: تحصل المدرسة على الرصيد القاعدي من البلوك أو الصندوق الذي اجتازت كل بنوده والذي يعتبر أعلى في القيمة من أي صندوق آخر.

الرصيد الإضافي additional credit: يتكون من مجموع الشهور المتفرقة للبنود التي نجح فيها الطفل والتي تقع بين بلوكت الفشل والنجاح.

العمر العقلي لأي قدرة يقيسها الاختبار: هو مجموع الرصيد القاعدي والرصيد الإضافي.

التقرير النفسي: يشتمل على نتائج اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل + موجز عن المهارات التي يعرفها الطفل.

الأدوات اللازمة لاختبار الصورة الجانبية:

ألوان شمع، أوراق، مقصات، مكعبات ملونة، صور بها أحداث، بطاقات عليها صور، قصة أطفال، كرة كبيرة، كرة متوسطة الحجم، كرة تنس، أقلام رصاص، بطاقة مرسوم عليها دائرة قطرها 5 سم، بطاقة مرسوم عليها مثلث، بطاقة مرسوم عليها مربع، قفل بفتح، حلوي أو لبان، حبل للقفز، بطاقات للحرروف، بطاقات

للأعداد، مجلات مصورة ليتم القص منها، قطعة قماش بها زرار، قطعة قماش بها كبسونات، قطعة قماش بها سوسته، قطعة قماش بها رباط حذاء، دائرة مطبوعة بحجم عملة فضة، علامات معدنية بقيم مختلفة، عجلات معدنية بأحجام مختلفة، أدوات من المنزل (جوارب وحذاء، كوب للشرب، ملعقة وشوكة وطبق، سكينة سفرة وطعام طري ممكّن فرده لعمل سندويش، درج، صورة للطفل، معطف أو قميص)

ثانياً: التقييم غير الرسمي Informal assessment

هو عبارة عن ملاحظة دقيقة وطويلة تقوم بها المدرسة لسلوك الطفل ويبدأ من بداية السنة الدراسية حتى نهايتها وتسفيد المدرسة من هذه الملاحظة في وضع الخطة التعليمية للطفل وكيفية التعامل معه.

ثالثاً: التقييم المنهاجي Curriculum assessment

من أدوات هذا التقييم:

:checklist -1

وهو كراسة اختبارات السلوك ويطبق في الزيارة الثانية للمدرسة وهو المنهج الذي يتم تدريسه، ولكل طفل checklist خاص به ويكتب عليه (اسم الطفل- اسم المدرسة- تاريخ ميلاده- السنة الدراسية) ويشتمل على خمس مناطق تعليمية :five core areas

-المخالطة الاجتماعية .socialization-

-المجال الإدراكي .cognitive-

-المجال الإتصالي .language-

-المساعدة الذاتية .self help-

.المجال الحركي .motor-

-تنشيط الطفل الرضيع infant stimulation

-2 وطريقة استعماله: card file

يحتوي على نفس الأهداف الموجودة في checklist ولكنها بطاقات موضحة ومفسرة تل JACK إلى إليها المدرسة حين يصعب عليها تدريس الهدف وليس من الضروري التقيد بجميع البنود الموجودة في البطاقة بل اختيار ما يلائم قدرات الطفل وب بيئته.

وفي حالة احتياج المدرسة لتفسير هدف من منطقة من المناطق التعليمية الموجودة في كراسة

اختبارات السلوك checklist عليها اتباع ما يلي:

-تحديد المنطقة التعليمية التي اختيار منها الهدف.

-تحديد رقم الهدف.

-إظهار البطاقة المحتوية على الهدف وكذلك البطاقة التي تسبقها أو التالية لها ووضعها في شكل

رأسي حتى يسهل إرجاع البطاقة المحتوية الهدف إلى مكانها.

:manual -3

وهو كتيب يوجد به معلومات معينة عن البرنامج وطرق تنفيذه.

رابعا: التقييم المستمر On going assessment

وسيتم من بداية السنة الدراسية حتى نهايتها ومن أدواته:

-ورقة النشاط activity chart: تبقى مع الأم حيث تقوم بتدريس طفلها خلال الأسبوع وفقا لنظام

متابع ومتعارف عليه بين الأم والمدرسة المنزلية.

-التقرير الأسبوعي weekly report: ويحتوي على

- ملاحظات الأسرة والتي تشمل مدى تجاوب الطفل أثناء تدريسه للأهداف خلال الأسبوع الماضي

وكذلك مقترنات الأم والصعوبات التي واجهتها خلال التعليم.

- ملاحظات المدرسة ويدور حول الطفل والأم والجو العام المهيأ للتدريس أثناء الزيارة المنزلية.

- معلومات عن حالة الطفل الصحية والسلوكية.

- جدول بالأنشطة التي تركت عند الأم وتشمل الهدف والخط القاعدي ووسيلة التشجيع وهل

هو جديد أم مستمر.

- ورقة تسجيل السلوك log behavior: وهو من أساسيات عمل المشرفة لمتابعة خطة سير العمل مع

الطفل حيث يتم فيها تسجيل الهدف والخط القاعدي له ثم تاريخ البدء به ومقترحات الأسرة

تحت بند الملاحظات وتاريخ إنجاز الهدف وفقاً لما ورد في التقرير الأسبوعي لكل زيارة منزلية.

5-مقياس الصورة الجانبية

قائمة تطور العمر الجسمي:

النصف الأول من السنة الأولى (حديثي الولادة: صفر - 6 أشهر)

-1 عندما يكون ملقياً على بطنه، هل يرفع الطفل رأسه إلى أعلى بدون دعم لمدة دقيقة على

الأقل؟

-2 هل يستطيع الطفل أن يندرج من على بطنه إلى ظهره وبالعكس بدون مساعدة؟

-3 هل يتنقل الطفل من مكان إلى آخر بأي طريقة؟ بالزحف (وبطنه على الأرض) أو على

ركبتيه (وبطنه مرتفعاً عن الأرض) بأي طريقة تمكنه من مواصلة التقدم ما عدا التدرج.

النصف الثاني من السنة الأولى (الربيع 1: من 7 - 12 شهر)

- 4 هل يستعمل الطفل إصبع الإبهام مع إصبع آخر أو إصبعين ليلتقط شيئاً (هكذا ينجح) أو هل يلتقط الشيء بكل يده (وبهذه الطريقة يفشل)
- 5 هل ينتقل الطفل من وضع الزحف أو الجلوس إلى وضع الوقوف؟ قد يستعين الطفل بشيء ما لمساعدة ولكنه لا يستطيع بأي شخص.
- 6 هل توقف الطفل عن سيلان العاب (الريالة)؟ وبهذا البند يكون قد نجح فيما لو سال لعابه بسبب التنسين أو أثناء الأكل.
- من سنة إلى سنة ونصف (الربيع 2: من 13 - 18 شهر)
 - 7 هل يصعد الطفل السلم (واقفا وليس زاحفا) مستنداً على الحاجط، الدرازين أو ممسكاً بيد شخص مساعدته؟ واضعاً كلتا القدمين على كل درجة وبهذه يكون قد نجح.
 - 8 هل يمشي الطفل جيداً بدون مساعدة داخل المنزل وبدون أن يراقبه أخذ بحيث لا يقع أو يتعرّث بالأشياء؟
 - 9 هل يفك الطفل الغطاء الورق عن قطعة الحلوى أو قطعة اللبان أو أي شيء ملفوف بورق؟
 - من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم 1: من 19 - 24 شهر)
 - 10 هل يقذف الطفل الشيء على بعد متراً واحداً على الأقل بالاتجاه الذي يريد؟ في حالة ما إذا قذف الأشياء إلى أي اتجاه عفواً فلا نعتبره قد نجح.
 - 11 هل يصعد الطفل السلم بوضع قدم واحدة على كل درجة؟ على أن يستمر بالصعود على السلم وبنفس الطريقة السابقة، ولكن ربما يضع قدميه على كل درجة أثناء النزول.

12- هل يقود الطفل الدراجة بثلاث عجلات مستخدماً البذالة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل ويدور على ملف واسع.

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم 2: من 25 - 30 شهر)

13- لو رسمت خط عمودي مستقيم هل يستطيع الطفل أن يرسم مثله مستخدماً القلم، أو ألوان الشمع أو فرشاة رسم؟ السؤال هو هل لدى الطفل القدرة الكافية للتنسيق بين العينين واليد لرسم خط بدلاً من الشخبطه.

14- هل يقفز الطفل بكلتا قدميه معاً دون أن يقع من أعلى شيء يرتفع 20 سم على الأقل عن الأرض (مثل درجة سلم أو صندوق)

15- هل يستطيع الطفل أن يتحرك من مكان آخر قفزاً أو وثباً بكلتا قدميه معاً؟ وعلى الطفل أن يكون قادراً لكي يذهب بهذه الطريقة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل.

من سنتين إلى ثلاث سنوات (مرحلة بعد الرضاعة رقم 3: من 13 - 36 شهر)

16- هل يستعمل الطفل المقص بيده واحدة لقص ورقة أو قطعة قماش؟ واليد الأخرى قد يستعملها لحمل الورقة أو قطعة القماش، أو قد يحملها له شخص آخر. الطفل يجب أن يكون قادراً على استخدام المقص للقص أكثر من التمزيق.

17- هل يستطيع الطفل أن يقفز للأمام على قدم واحدة بدون ساند لمسافة واحد ونصف متر على الأقل؟

18- هل يصعد الطفل عادة السلالم ويضبط منه واضعاً قدم واحدة على كل درجة؟ وقد يستخدم الحائط أو الدراجتين ولكن هذا لا يهم كعادة للتوازن أو كساند. من 3 سنوات إلى 3 سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة: من 37 - 42 شهر):

19- هل يستطيع الطفل أن يرمي بكرة (من أي حجم) لآخر بالغ واقف على بعد 1,5 متر على الأقل.

20- هل يمسك الطفل اكرة الباب الداخلي ويفتحه؟ على سبيل المثال لا بد أن يكون الطفل قادرًا على أن يلقي الأكرة ويدفع بباب الحمام غير المقفل ليفتحه.

21- هل يستطيع الطفل أن يستخدم المقص ليقص دائرة قطرها 5 سم مرسومة على ورقة على أن لا يبتعد عن الخط أكثر من 5 ملم داخل أو خارج الدائرة؟ على الطفل أن يحمل الورقة ويدورها بيده واحدة بينما يقص باليد الأخرى؟

عمر 4 سنوات: (مرحلة ما قبل المدرسة: من 43 - 54 شهر)

22- هل يلتقط الطفل الكرة (من أي حجم) المقذوفة له من شخص بالغ يقف على بعد مترين ونصف من أمامه؟ على الطفل أن يلتقط الكرة 50% من المرات.

23- هل يستطيع الطفل أن يقفز إلى الأمام على قدم واحدة لمسافة 3 متر على الأقل دون الحاجة إلى أن يقف ويعاود القفز.

24- هل يقفز الطفل عن الجبل بقدم واحدة وبكلتا قدميه مررتين على الأقل، أو يستطيع أن يقفز عن عدة أشياء دون توقف؟ (الأشياء يجب أن تكون على ارتفاع 20 سم على الأقل). عمر 5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة: من 55 - 66 شهر)

25- هل يستطيع الطفل أن يستخدم المفتاح لفتح وقفل الباب؟ (قفل بمفتاح)

26- هل يستطيع الطفل عمل كرة من الطين صلبة بما فيه الكفاية لتبقي متماسكة عندما تقذف على الأقل لمسافة 2,25 متر، أدوات أخرى مثل طينة

أو عجينة يمكن أن تستعمل ويلزم لنجاح المهمة القدرة على القذف لمسافة 2,25 متر.

- 27- هل يستطيع الطفل أن يلعب الحجلة؟ هذا يتضمن القدرة على الحجل على قدم واحدة على نقطة معينة ليحجل ويدور بدون السقوط ثم يستمر بالحجل.

6 سنوات المراحل الابتدائية: 1: 67 - 78 شهر)

- 28- هل يستطيع الطفل أن يتزلق؟ التزلق يعني أن يكون الطفل قادر على دفع قدم واحدة بانزلاق واحدة بعد الأخرى. يمكن أن يكون هناك محاولات غير ناجحة، لكن في معظم الوقت يستطيع الطفل أن يقطع على الأقل ثلاثة أمتار.

29- هل يستطيع الطفل أن يقص صورة لحيوان أو شخص بدون أن يبعد أكثر من 1,2 سم عنها؟

- 30- هل يستطيع الطفل أن ينط الجبل؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على مسك طرف الجبل والنط أو الحجل أو القفز لثلاث مرات متتالية عندما يكون الجبل فوق رأسه أو أسفل قدميه.

7 سنوات (المراحل الابتدائية: 2: 79 - 90 شهر)

31- هل يستطيع الطفل أن يلتقط ويحمل كرسي مطبخ أو سفرة من غرفة إلى أخرى؟

- 32- هل يستطيع الطفل أن يجري سريعا لدرجة كافية حتى يتسابق مع طفل عادي غير معوق عمره ثمانية سنوات في سباق أو لعبه المساكة؟

- 33- هل يستطيع الطفل أن يمسك كرة تمسك بيده واحدة عندما تحذف إليه برقة من مسافة 2,5 متر (الطفل يجب أن يمسكها على الأقل 50% من الوقت)

8 سنوات (المراحل الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

- 34- هل يستطيع الطفل أن يشعل عود كبريت؟ الطفل يجب أن يكون قادرًا على إشعال الكبريت خلال 4 محاولات. (ملاحظة: إذا كان هذا الشيء يعتبر غير مناسب فاستعمل فرق فقط نمرة 35 أو 36 لهذه المرحلة أعطي 6 شهور بدلاً من أربعة لكل مهمة.)

-35- هل يستطيع الطفل أن يستعمل مفتاح المنزل ويفتح الباب الأمامي والخلفي للمنزل؟

- 36- هل يستطيع الطفل أن يغمز بعين واحدة عندما يطلب منه بدون إغماض العين الأخرى؟

9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية 3: 103 - 114 شهر)

- 37- هل يستطيع الطفل أن يصفر لحن معروف؟

- 38- هل يتبارى الطفل بالرياضية مثل كرة القدم، السلة، الطائرة أو العدو مع أطفال آخرين من عمر 10 - 11 سنة ويظهر على الأقل نفس مهارة الأطفال الآخرين من المجموعة؟

- 39- هل عند الطفل المهارة الكافية ليقود دراجة في الشارع أو خلال حركة سير معتدلة؟

قائمة تطور المساعدة الذاتية:

النصف الأول من السنة (حديثي الولادة: من صفر - 6 شهور)

- 1- هل يحاول الطفل الحصول على أدوات أمامه قريبة ولكنها بعيدة عن متناول يده؟

- 2- هل يمسك الطفل بشخص أو بآداة لمدة 5 ثوانٍ على الأقل؟ قد يفعل هذا بمسك اليدين أو بالأصابع أو بإصبع واحدة.

-3 هل يمسك الطفل بزجاجة رضاعة (ليس من الضروري أن يسندها) بيديه أو بقدميه عندما يشرب منها وفي حالة الرضاعة الطبيعية يعطي إشارة صح في حالة إمساكه بالصدر أثناء الرضاعة.

النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع 7 - 12 شهر)

-4 هل يساعد الطفل باللبس بفتح ذراعيه للبس الكم أو دفع قدمه للبس الحذاء؟

-5 هل يستطيع الطفل أن يتوجول داخل المنزل بدون أن يحتاج للمراقبة باستمرار ربما هناك حاجة للكشف على الطفل بين الحين والآخر لمعرفة مكانه ونشاطه؟

-6 هل يستطيع الطفل أن يشرب من زجاجة أو كوب يحملها شخص آخر؟
من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 13 - 18 شهر)

-7 هل يخلع الطفل حذاءه بدون مساعدة؟ الحذاء يجب أن يكون مفكوك قبل أن يخلعه الطفل. هذا يجب أن يكون من ضمن خلع الملابس وليس على صورة لعب.

-8 هل يشرب الطفل من كوب صغير بدون مساعدة؟ الطفل يجب أن يمسك الكوب بمهارة كافية بحيث لا يكب كثيرا.

-9 هل يستعمل الطفل ملعقة بدون مساعدة ومع قليل من السكب على ملابسه؟
من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة: 19 - 24 شهر)

-10 هل يعرف الطفل الفرق بين الطعام والأشياء التي لا تؤكل؟ بالرغم من انه يضع شيئا غير الطعام في فمه إلا انه لا يمضغه ولا يبتلعه.

11- هل يستطيع الطفل أن يخلع معطفه بدون مساعدة عندما تكون الأزرار والسوستة مفتوحة؟

12- هل يستعمل الطفل شوكة لأكل الطعام الجامد عندما تتوفر الشوكة؟ (الملعقة يمكن أن تكون مفضلة أكثر) لكن الطفل قد يظهر القدرة على استعمال الشوكة أمام الآخرين.
العمر سنتان إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة: 25 - 30 شهر)

13- هل ينشف الطفل يده بدون مساعدة بحيث يصبحوا جافين بعد أن يكونوا قد غسلوا بواسطة شخص آخر؟

14- هل يفهم الطفل ويقي بعيدها عن الأخطار العامة؟ الاحتراس بألا يسقط عن الدرج أو من مكان مرتفع أو توريته خطر مثل زجاج مكسور وشوارع مزدحمة أو حيوانات غريبة، كل هذه الأشياء أمثلة لهذه المهارة.

15- هل يستطيع الطفل أن يطعم نفسه كليا باستعمال شوكة وملعقة وزجاجة بالطريقة الصحيحة؟
العمر سنتان ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة: 31 - 36 شهر)

16- هل يستطيع الطفل أن يرتدي معطفه بدون مساعدة؟ هذا لا يتضمن التزير.

17- هل يستطيع الطفل أن يفك أزرار كبيرة، سوست، رباطات أحذية؟

18- هل يستطيع الطفل أن يرتدي حذاء؟ ليس من الضروري أن يلبس الطفل الحذاء الصحيح للقدم أو يربط أو يفك الحذاء حتى ينجح بهذه المهمة؟

العمر ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)

19- هل يقوم الطفل باحتياجاته المرحاضية بدون مساعدة؟ هذا يعني الخلع، الممسح والارتداء.
والطفل لا يحتاج ليعيد تزير الأزرار أو ربط السحاب لكي ينجح في هذه المهمة.

20- هل يتبول الطفل أكثر من مرة واحدة في الشهر على نفسه بما في ذلك الاستيقاظ والنوم
والبول والبراز؟

21- هل يغسل الطفل عادة وجهه ويداه بطريقة مقبولة وينشفها بدون مساعدة؟
العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)

22- هل يلبس الطفل نفسه تماماً ما عدا ربط حذاءه وأشياء أخرى تحتاج إلى تزير؟ الطفل
يجب أن يكون قادراً على التحكم بقميص عادي أو بلوزة بأزرار وبالسحابات.

23- هل يستطيع الطفل أن يخفي لعبة بترتيب عندما يطلب منه؟ (الطفل يحتاج أن يذكر أكثر
من مرة).

24- هل يستطيع الطفل أن يحضر صحن من البسكويت والحليب؟ هذا يتضمن إحضار الصحن
والبسكويت والحليب وصب الحليب على البسكويت في الصحن.

العمر 5 سنوات (مرحلة ما قبل الدراسة 3: 55 - 66 شهر)

25- هل يستعمل الطفل سكينة طعام لفرد المربى أو الزبدة على الخبز والبسكويت؟

- 26- هل يستطيع الطفل أن يجيب على التليفون ويخبر الشخص الرسالة المحددة؟ الطفل يجب أن يقول "الو" ويقول ما إذا كان الشخص المطلوب يستطيع أو لا يستطيع الحضور إلى التلفون. (ملاحظة إذا لم يتوافر تلفون فيجب ترك هذا البند، يكون البند 25 و 27 من المساعدة الذاتية تأخذ مدة 6 شهور بدلاً من 4 شهور.
- 27- هل يستطيع الطفل أن يحضر ساندوتش؟ هذا يتضمن القدرة على إحضار الطعام الصحيح من الثلاجة أو الخزانة أو صندوق الخبز ووضع الأشياء معاً بالسند وييش؟
العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)
- 28- هل يستطيع الطفل أن يستعمل السكين بطريقة صحيحة لقطع اللحمة والخبز أو أي أطعمة مشابهة؟ المساعدة ربما تحتاج أن نقدم للطفل عند قطع أطعمة مثل الدجاج أو اللحم السميك.
- 29- هل يفرش أو يمشط الطفل شعره بعناية كافية بحيث لا يحتاج مساعدة شخص كبير إلا في حالات خاصة؟
- 30- هل يستطيع الطفل أن يقوم بمهام منزلية لا تحتاج أن تعاد من قبل شخص كبير مرة في الأسبوع؟ عمل المهام بعد أن يطلب منه مقبول.
العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)
- 31- هل بنى الطفل أو أصلح شيئاً يحتاج إلى معدات حقيقية (بدون مساعدة) مثل خيط وإبرة أو شاكوش ومسمار؟ الكبار ربما يساعدوه بإعطاء التعليمات لكن ليس بالعمل.مثال خياطة درزة أو تصليح عربة للطفل، تعتبر أمثلة جيدة.
- 32- هل يغسل الطفل بشكل مقبول بدون مساعدة؟ بما في ذلك إعداد حوض الاستحمام أو الدش والاغتسال وتنشيف نفسه.

-33- هل يستعمل الطفل الأداة المناسبة للطعام المقدم مثل شوكة للحمة وملعقة للشوربة وسكينة لقطع وفرد الطعام بما يناسب عادات العائلة؟

(العمر 8 سنوات (المراحل الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

-34- هل يختار الطفل ما سيرتديه عادة بما في ذلك اختيار الملابس المناسبة للمدرسة والمناسبات الرسمية واختيار الملابس الخارجية المناسبة للطقس؟

-35- هل لدى الطفل مهارات على الأقل مثل ترتيب غرفة نومه وملابسها؟ يعتبر غسل الملابس وكويتها وتلميع الأحذية وتنظيف الأثاث ومسحه وترتيب السرير أمثلة جيدة. يسمح بالتذكير للقيام بالمهامتين.

-36- هل يقتصر الطفل ويوفر المال (من المال الم توفير أو المال المكتسب أو المخصصات) بصفة جيدة بحيث يسمح له بشراء بعض الأشياء بنفسه بدون أن يخبر شخصاً كبيراً.

(العمر 9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

-37- هل يشتري بضعة أشياء في وقت واحد؟ يعني هذا أنه يعني أنه يستطيع الذهاب إلى أكثر من محل واحد إذا لم تكن كل الأشياء المطلوبة موجودة في المحل وكذلك يستطيع حسب المال المصاروف والفكهة المستعملة.

-38- هل أعد الطفل اثنين من المأكولات على الأقل مثل البيض بأي طريقة، حبوب الفشار أو الشوربة من العلبة أو الكعك أو الجلي؟

-39- هل يستطيع الطفل أن يحمل وحده مسؤولية رعاية حيوان، قد يتطلب مساعدة شخص كبير بحسب حجم الحيوان ونوعه. ولكنه يجب على الطفل أن يكون مسؤولاً عن إطعام الحيوان وغسله وإيوائه على أساس منتظم بدون احتياج إلى التذكير على الدوام.

قائمة تطور العمر الاجتماعي:

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة حتى 6 شهور)

- 1 هل يظهر الطفل انه يريد الانتباه إليه؟ يتضمن هذا مديه إلى أشخاص أو مناغاة أشخاص أو وقف البكاء عندما يلعب معه أحد (ولكن لا يحمله).
- 2 هل يثرر الطفل أو يصدر أصواتا أخرى قد تعتبر محاولات للحديث؟ لا يتضمن هذا البكاء للحصول على انتباه أحد أو زجاجة الرضاعة.
- 3 هل يظهر الطفل انفعالات سلبية الغضب، الرفض، الخوف أو الارتداد) بالنسبة إلى أشياء غير مؤلمة من الناحية الجسمية مثل الطعام المكروه أو الغريب؟
- النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع 1: 7 - 12 شهر)
 - 4 هل يلوح الطفل "باي باي" في الأوقات المناسبة؟ أو بدلا من هذا هل يصفق الطفل بالتقليد وعندما يلعب مع أحد؟
 - 5 هل يظهر الطفل انه يعرف معنى "لي" يعني هذا أن الطفل يفهم عندما يقول أحد "سيارتي" أو "أمي"؟
 - 6 هل يأتي الطفل عند الطلب 25% من الوقت على الأقل؟
- من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 2: 13 - 17 شهر)
 - 7 هل يبقى الطفل مشغولا وقانعا لمدة 15 دقيقة وهو يفعل شيئا مما ياي: ينظر إلى التلفزيون، يرسم بقلم يبني، ينظر إلى صورة يفعل نشاطا مشابها لآخر؟ قد يفعل هذا لوحده أو مع أطفال آخرين ولكن ليس بمراقبة الكبار.
 - 8 هل يأتي الطفل بشيء من مكان أو شخص إلى مكان آخر أو شخص آخر عند الطفل. يجب عليه أن يستطيع أن يجد الشيء بإرشادات شفوية وينفذ الإرشادات مثل "تعالي به هنا"، "احضر به إلى ماما".

9- هل يهتم الطفل بالأشياء وبالألعاب التي يحبها الأطفال الآخرين؟ قد لا يستطيع الطفل أن يشارك أو يلعب الدور مع أطفال آخرين.

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة 1: 19 - 24 شهر)

10- هل يظهر الطفل الغيرة عندما يتتبه أحد إلى أشخاص آخرين خصوصاً أشخاص من العائلة؟ قد تظهر الغيرة كالغضب أو التصرفات الطفولية أو الضوضائية أو طلبه أن يكون محمولاً أو تعبيارات الأشياء الأخرى.

11- هل يستطيع الطفل أن يلعب بلعبة سهلة الكسر مثل بالون أو طيارة من الكرتون بدون أن يكسرها فوراً؟ قد يحدث أن تنكسر اللعبة ولكن الطفل يجب عليه أن يظهر أنه يعرف الطريقة المناسبة التي من المفترض أن يستعمل اللعبة بها كما يجب عليه أن يستطيع اللعب بها مرة أو مرتين بدون أن يكسرها.

12- هل يهتم الطفل باستكشاف الأماكن الجديدة مثل بيت صديق أو حديقة جار؟ لا تكفي العين فقط.

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة 2: 25 - 30 شهر)

13- هل يذكر الطفل جنسه أو جنس الآخرين؟ مقبول منه إظهار أنه يعرف أن ملابس أو أنشطة أو لعبات معينة تناسب جنساً دون الآخر.

14- هل يحب الطفل أن يساعد والديه في البيت؟ هل يستمتع بالأنشطة مثل التقاط الأشياء عن الأرض أو وضع ورق الشجر في سلة، أو نفض التراب، أو إعداد مائدة الطعام أو رفعها؟

15- هل يظهر الطفل بالطلب أو بالإشارات احتياجه إلى الذهاب إلى المرحاض؟ يجب أن تكون الإشارات أكثر من إظهار العصبية وان تظهر الطفل في حاجة إلى الذهاب إلى المرحاض.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)

16- هل يتبع القواعد في العاب جماعية يشرف عليه شخص كبير؟ قد تشمل قواعد الجلوس في دائرة أو التتابع أو التوجيهات أو تقليد القائد أو تقليد أنشطة أشخاص الجماعة الآخرين.

17- هل يستطيع الطفل أن يلعب بالدور؟ يعني هذا أن الطفل يفهم فكرة انتظاره أن شخصاً يلعب قبله ويسمح للآخرين أن يلعبوا الأول 75% من الوقت؟

18- هل يعرف الطفل ما تستطيع ولا تستطيع اللعبات عمله بطريقة مناسبة؟ مثلاً لا يجر الطفل عربة على رأسها بدلاً من العجلات ولا يستعمل بندقية لعبة ليقطع شجرة ويعرف أن اللعبات من الكرتون لا تستطيع المشي عليها. قد يحصل أن يحدث واحد من هذه الأحداث من وقت إلى آخر ولكن ليس كثيراً أو عادة.

من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)

19- هل يلعب الطفل العاباً جماعية مع الأطفال الآخرين مثل الصياد، الاستغامية، الحجلة، نط الجبل، البلية (الجلول) بدون إشراف المستمر.

20- هل يستمر الطفل في العمل لمدة 30 دقيقة على الأقل مع طفل من نفس السن في مهمة واحدة مثل البناء بالملكيعبات، اللعب بالرمل أو بالطين أو لعب المحلات التجارية أو لعب المدرسة، أو لعب البيت.

21- هل يظهر الطفل انه يعرف أن الأشخاص الآخرين يملكون أشياء معينة عندها يجب أن يستعملها بدلاً من أن يأخذها مباشرة . وهل يعرف أيضاً أن الصاحب عنده الاختيار الأول وقد لا يسمح للطفل أن يأخذها؟

4 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)

22- هل يرسم الطفل شخصا بحيث يستطيع شخص كبير أن يميز ما رسم؟ ليس من الضروري أن يكون الرسم شخصا كاملا ولكن يجب أن يكون إما رأس جسم أو رأس وعين أو أنف أو فم بحيث يستطيع أي شخص كبير تمييزها.

23- هل يسمح للطفل أن يلعب في حارته دون مراقبة شخص كبير؟ لا يعني هذا أن الطفل يسمح له أن يعبر الشارع لوحده.

24- هل يعرف الطفل استعمال التعبيرات الآتية: "شكرا"، "من فضلك"، "عفوا" في الأوقات المناسبة؟

5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 3: 55 - 66 شهر)

25- هل سأله الطفل أسئلة عن جسمه مثل: نبض القلب أو أين يذهب الطعام وفروق جنسية؟

26- هل يظهر الطفل إدراك شعور الآخرين بقوله مثلاً "هو غاضب، أو هي غاضبة" "هو خائف" و"أنت قلقة" يجب عليه أن يدرك الشعور المضبوط؟

6 سنوات (مرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)

27- هل يقول الطفل أسرار إلى صديق ولا يقولها إلى والديه أو إلى أشخاص كبار آخرين؟ لا يعني هذا التصرفات الشاذة فقط بل تعني أنه يقول الأسرار إلى طفل آخر ولا يشرك الأشخاص الكبار فيها.

28- هل يستطيع الطفل أن يزور صديقا ويلعب معه بدون مراقبة شخص كبير (ما عدا التأكد من الكبار عن وجوده مرة في الساعة)؟ يجب على الصديق إلا يكون أكبر من الطفل بأكثر من سنة.

-29- هل يلعب الطفل العاب طاولة مثل لعبة الداما مع طفل من نفس السن؟ يجب أن يكون الطفل قادر على أن يتبع القواعد ويلاعب بالدور وان يكون هناك فائز.

7 سنوات (مرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

-30- هل عند الطفل مهمة حقيقة واحدة ينجزها مرة في الأسبوع على الأقل مثل غسل الأطباق وتقشيف وجز الحشائش، أو ترتيب سرير أو إخراج سلة القمامات أو بعض التنظيف أو نفخ التراب؟ يجب أن ينفذ المهمة بشكل جيد وعامة بدون التشجيع أكثر من مرتين.

-31- هل يعرف الطفل أن التصويت هو طريقة إقرار شيء يجب عليه أن يفهم أن تتحقق معظم الأشياء مبني على رأي الأغلبية.

8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

-32- هل يستطيع الطفل أن يعمل في مهام منزلية وهو يتبع قائمة مهام لوحده وينفذها بشكل مقبول بدون التذكير على الإطلاق؟

-33- هل يعرف الطفل أن الشمس لن تعطيه سنا بدلًا من السن المخلوق الذي يرميه عادة لها لأنها قصة خيالية وكذلك بالنسبة للجنية والساحرة؟ فهي فقط في القصص والخيال؟

9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

-34- هل يسمح للطفل أن يخرج في الحارة؟ يجب عليه أن يبعد عن البيت على بعد 30 متر على الأقل.

-35- هل يفضل الطفل في أحوال كثيرة أن يكون بعيدا عن البيت والعائلة (في ملعب أو عند أحد أصدقائه) حتى يكون مع أصدقائه؟

36- هل يشتري الطفل بدون مساعدة الأشياء المفيدة مثل الهدايا الآخرين أو المشتريات للعائلة؟
يجب عليه أن يعرف كم من النقود يحتاج إليها وان يختار الأشياء المناسبة وان يحصل على
مبلغ الفكة المضبوط.

قائمة تطور العمر الادراكي:

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة حتى 6 أشهر)

- 1 هل يصبح الطفل أكثر نشاطاً أو أقل عندما يدخل أحد في الغرفة أو عندما يلتقطه أحد؟
- 2 هل يظهر الطفل الانتباه إلى أداة أو شخص ملده دقيقة على الأقل؟ لا يتضمن هذا أدوات التغذية مثل زجاجة الرضاعة.

النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع 1: 7- 12 شهر)

- 3 هل يظهر الطفل انه يحب أو لا يحب أشخاص معينين أو أماكن أو أدوات معينة؟ لا يؤخذ بعين الاعتبار حب نوع معين من الطعام أو كرهه.
- 4 هل يبحث الطفل في المكان المناسب عن أداة تنقل بمنأى عن الأنظار؟ مثلاً إذا رأى الطفل لعبة تخبي في مكان ما، تحت مائدة أو مخدة هل يبحث الطفل عنها أم سينساها؟

من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع 2: 13 - 18 شهر)

- 5 هل يستعمل الطفل الأقلام أو أقلام الرصاص في محاولات واضحة لرسم العلامات؟
- 6 هل يستطيع الطفل الإشارة إلى جزء جسمي واحد على الأقل إما على جسمه أو على عروسه عند الطلب؟

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة 1: 19 - 24 شهر)

- 7 هل يعطي الطفل "واحد كمان" من شيء أو يأخذ "كمان" ملء ملعقة واحدة من الطعام
إذا طلب منه أحد ذلك؟
- 8 هل يذكر الطفل أو يشير إلى 20 أداة أو صورة على الأقل عندما تذكر له الأدوات؟
- 9 هل يعرف الطفل نفسه في صورة؟
من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة 2: 25 - 30 شهر)
- 10 هل يجمع الطفل الأدوات باللون أو بالشكل وبالحجم عندما يلعب؟
- 11 هل ينسخ الطفل خطأ رأسياً مقلداً خط رسمه شخص كبير؟
- 12 هل يقول الطفل كلمات تتعلق بالحجم مثل "كبير"، "صغير" كثيراً وبالاستعمالات المضبوطة؟
لا يحسب استعمال هذه الكلمات في لعبة (مثلاً: ما حجم البببي؟)
من سنتين ونصف إلى ثلاثة سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)
- 13 هل يفهم الطفل مفهوم العدد "ثلاثة"، بحيث سيعطيك مثلاً ثلاثة قطع من الحلوي عند
الطلب؟
- 14 هل ينسخ الطفل شكل الدائرة بقلم رصاص؟ قد يرسم علامة بالحركة الدائرية.
- 15 هل يشير الطفل إلى لونين على الأقل بشكل مضبوط عند الطلب؟ ليس من الضروري أن
يذكرهما.
من ثلاثة سنوات إلى ثلاثة سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)
- 16 هل يعد الطفل إلى ستة؟ مثلاً إذا وضع 6 أشياء أمام الطفل وسأله أحك كم شيء موجود
يستطيع الطفل أن يعدها عادة بشكل مضبوط.

- 17- هل يعرف الطفل أن أنشطة معينة تحدث في أوقات مختلفة في اليوم؟ مثلاً هل يعرف الطفل أن الفطور وجبة الصباح وانه يجب عليه عندما تظلم الدنيا أن ينام؟ يحسب عليه إظهار انه يعرف أن أنشطة معينة تحدث في أوقات معينة.
- 18- هل يرسم الطفل إشارة (+) بخط رأسي وخط متقطع أفقي بعد أن يرسمه شخص كبير؟
4 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)
- 19- عندما يطلب أحد من الطفل أن يرسم شخص أو عندما يرسم شخصاً، هل يرسم الطفل رأساً يشابه رأساً وقسم آخر من الجسم على الأقل؟
- 20- هل يميز الطفل أنواع العملة المتدولة بذكرها أو بالإشارة إليها عند ذكرها؟ ليس من الضروري أن يعرف قيمة الأنواع المختلفة.
- 21- هل يرسم أو ينسخ الطفل مربعاً؟ يجب أن يكون للمربع زوايا قائمة وأن تكون جوانبه الأربع متساوية تقريباً.
5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 3: 55 - 66 شهر)
- 22- هل يقول الطفل كلمات على نفس الوزن مثل "خطة، بطة، هات، بات"؟
- 23- هل رسم الطفل رسماً يشبه شخص؟ يجب أن يكون للرسم الأقسام الآتية "رأس، بدن وذراعان ورجلان" من الممكن أن يكون البدن والرجلان والذراعان خطوطاً فقط.
- 24- هل يرسم الطفل أو ينسخ مثلثاً؟ يجب أن تكون جوانب المثلث متساوية تقريباً.
6 سنوات (مرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)
- 25- هل يستطيع الطفل أن يخرج 13 أداة من مجموعة أدوات عددها 20؟

26- هل يعرف الطفل عنوانه؟ إذا كان مقيناً في المدينة يجب عليه أن يذكر الشارع ورقم البيت أو قد يذكر اسم مكان معروف بجوار شقته. قد تكون العناوين في الريف أقل تحديداً بل يجب عليها أن تشمل المعلومات للبريد (مثلاً رقم الشارع أو الطريق أو الصندوق) ليس من الضروري أن يعرف اسم المدينة أو الضاحية.

27- إذا حكى الطفل قصة تحتوي على عشر جمل تقريراً هل يستطيع أن يرد على أسئلة بسيطة عن الحقائق الرئيسية في القصة مثل أسماء الشخصيات الرئيسية وتتابع الأحداث العامة؟

7 سنوات (المراحل الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

28- هل ارتقى الطفل من الصف الأول العادي؟ لا يحسب مجرد وضعه في الصف الثاني، فإذا لم يكن الطفل في مدرسة عادية (أي إذا كان يحضر حصص خاصة للمعوقين) فيجب أن يعتبره المدرس قادرًا على إتمام عمل الصف الثاني في القراءة والكتابة والحساب.

29- هل يكتب الطفل الحروف بصورة جيدة؟

30- هل يستطيع الطفل أن يذكر أيام الأسبوع السبعة ويعرف أي الأيام تجيء قبل يوم معين وبعده؟ مثلاً يجب عليه أن يستطيع قول أي يوم يجيء قبل يوم الخميس وبعده.

8 سنوات (المراحل الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

31- هل يكتب الطفل بخط الرقعة ولا يستعمل خط النسخ؟

32- هل ارتقى الطفل من الصف الثاني العادي إلى صف الثالث العادي (انظر إلى فقرة 28 للاستثناءات)

9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

- 33- هل يستطيع الطفل أن يقول جدول الضرب حتى رقم 6 وبأخطاء قليلة، مثلاً سيعرف الطفل الأجبوبة على $3 \times 4 = 12$, $4 \times 5 = 20$, $5 \times 6 = 30$.
 - 34- هل حفظ الطفل ثلاثة أرقام هاتف أو ثلاثة عناوين يستطيع استعمالها؟
- قائمة تطور لغة الاتصال طبقاً للعمر:
- النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة لغاية 6 أشهر)
- 1- هل يصدر الطفل أصواتاً عندما يلعب؟ يجب عليه أن يلعب بالأصوات (ليس فقط أن يبكي أو يضحك أو يقرقر).
 - 2- هل يثرثر الطفل أو يستعمل بعض الأصوات في محاولة لتقليد الكلمات أو الحديث؟ يتظاهر بأنه يتكلم؟
 - 3- هل ينظر إلى مصدر الصوت عندما يبدأ مثلاً أحد في الحديث؟
- النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع 1: 7 - 12 شهر)
- 4- هل يقلد في بعض الأحيان الكلمات المنطوقة مثل "بابا" أو "ماما"؟ قد لا يعرف الطفل معنى هذه الكلمات.
 - 5- هل يستعمل الطفل الحركات أو الإشارات كطريقة للتalking مثل تحريك رأسه بالنفي أو مد يديه ليحمله أحد؟
 - 6- هل يرد الطفل على كلام شخص كبير بإشارات مثل إشارة "باي باي" عندما يقول الشخص الكبير "باي باي" أو تحريك رأسه بالنفي والإيجاب عندما يسأله الشخص الكبير سؤالاً؟
- العمر من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع 2: 13 - 18 شهر)
- 7- هل يستعمل الطفل بعض الأصوات (كلمات حقيقة أو أصوات تشبه كلمات) ليعبر عما يريد؟ لا يحسن البكاء والأنين للحصول على شيء.

- 8 هل يذكر الطفل اسم خمسة أشياء على الأقل (ليس بالتقليد ولا تحسب أسماء الأشخاص)؟
يجب أن ينطق الأسماء بطريقة واضحة بحيث يستطيع شخص غريب أن يفهمها.
- 9 هل ينفذ الطفل الأوامر مثل "أريني، تعال، روح، جيب"؟ مثلا هل يستطيع الطفل أن يشير إلى أصابع قدميه أو يذهب إلى ماما أو يأتي بملعقة عند الطلب.
من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة: 19 - 24 شهر)
- 10 هل يستعمل الطفل 15 كلمة على الأقل استعملا مضبوطا؟
- 11 هل يستطيع الطفل أن يفهم بالكلام وبالإشارات انه يريد "كمان" أو "كمان واحد"؟ يجب أن تكون الإشارات أو الكلمات واضحة وليس مجرد البكاء والتلوّح بيده.
- 12 هل يجمع الطفل كلمتين أو أكثر ليشكل الجمل؟ مثلا "روح أنت"، "أنت أعطي" "محمد بدو" مقبول ولكن إذا استعمل الطفل نفس الكلمتين معا بحيث يكونا ككلمة واحدة هذا ليس مقبولا.
من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة: 25 - 30 شهر)
- 13 هل يكرر الطفل أجزاء من أغاني الأطفال أو يشتراك فيها عندما يغنونها الآخرون؟
- 14 هل يذكر الطفل (ولا يكرر فقط) أسماء 20 شيء على الأقل إذا رآها في الصور؟
- 15 هل يستعمل الطفل 50 كلمة مختلفة على الأقل وهو يتكلم؟ يجب عليه أن يستعمل هذه الكلمات ولا يفهمها فقط عندما يستعملها الآخرون.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)

16- هل يذكر الطفل اسمه ولقبه أحياناً عند الطلب؟ قد لا يفعل هذا دائماً أو حتى معظم الوقت ولكن يجب عليه أن يفعل هذا بعض الوقت.

17- هل يستطيع الطفل أن يعني أو يقول أغنيتين للأطفال أو أغنيتين عاديتين على الأقل؟ "عيد سعيد" أو "بابا جاب لي سيارة". يجب أن يعرف بيته واحداً من كل أغنية.

18- هل يجاوب الطفل جواباً صحيحاً عندما يسأل ما إذا كان ولد أو بنت؟ من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)

19- هل يقول الطفل عادة اسمه ولقبه عندما يطلب الكبار منه اسمه بالكامل؟

20- هل يستطيع الطفل أن يروي قصة بالنظر إلى الصور في كتاب؟ يجب أن يقول القصة حسب ما يتمثل في الصور مع أنه قد يحذف أجزاء القصة التي لا تتمثل في الصور.

21- هل يتحدث الطفل مع أحد عن طريق الهاتف؟ يجب عليه أن يستمع إلى الكلام من الطرف الآخر وينتظر حتى يتوقف الشخص الآخر عن الكلام قبل أن يرد أو يتكلم. (إذا لم يكن الهاتف متاحاً فاحذف هذا الرقم واحسب لكل من اتصال 19 واتصال 20 ثلاثة أشهر بدلاً من شهرين).

العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)

22- هل غنى الطفل أغنية مؤلفة من ثلاثين كلمة على الأقل؟ قد تكون كثيراً من الكلمات مكررة في الأغنية ولكن يجب على الطفل أن يغنيها لوحده.

- 23 هل يستطيع الطفل أن يشتري شيئاً من محل بدون مساعدة؟ يجب عليه أن يقول للبائع ما يريده بالضبط ويدفع ثمنه وينتظر الفكة.
- 24 هل يستطيع الطفل أن يقول للآخرين (إما بالكلام أو بأصواته) عن عمره وما كان عمره العام الماضي وما سيكون عمره في العام القادم؟
العمر خمس سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 3: 55 - 66 شهر)
- 25 هل يسأل الطفل من وقت لآخر عن معنى الكلمة ثم يستعمل هذه الكلمة عندما يتكلم؟
- 26 هل يروي الطفل (بدون صور مساعدة) قصة مثل "ذات الرداء الأحمر"، "الدببة الثلاثة"؟
يجب عليه أن يروي كل الأجزاء المهمة في القصة.
- 27 عندما يجادل هل يستعمل الطفل من وقت لآخر المنطق عن السبب والنتيجة؟ قد يستعمل كلمات مثل "لأن" أو "بما أن" وأيضاً مثل "أستطيع أن أخرج على التلفزيون واسهر هذه الليلة لأنه لا يوجد مدرسة غداً". يحسب هذا لأنه بين السبب والنتيجة.
العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)
- 28 هل يستطيع الطفل أن يتعرف على خمس كلمات مكتوبة على الأقل ويرى أنه يفهمها بطريقة ما؟ يجب عليه أن يقرأ الكلمات. لأن يذكر الأشياء لأنه رأى ما يدل عليها ومكتوبة فيها مثل علب الأكل.
- 29 هل يستطيع الطفل أن يجمع رقم هاتف أو يطلب من عامل الهاتف رقمًا بشكل صحيح عندما يريد أن يكلم أحداً بالهاتف؟
- 30 هل يقول الطفل "بلادي" أو شيئاً مثلك؟ يجب عليه أن يكون متعملاً لدعاء ما أو الآذان أو قصيدة مؤلفة من 25 كلمة على الأقل معظمهما غير مكرر، لا تحسن الأغاني من ضمنها.

العمر 7 سنوات (المراحل الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

-31 هل يقرأ الطفل شفويًا (يقرأ حقيقياً) قصة بسيطة بحيث يستطيع أي شخص يستمع إليه متابعة هذه القصة؟

-32 هل يستطيع أن يروي (في 5 دقائق تقريباً) حبكة قصة أو مسرحية أو تمثيلية تليفزيونية؟ يجب عليه أن يروي القصة كاملة (وليس الأحداث المثيرة فقط)، بحيث يستغرق ذلك خمس دقائق تقريباً.

-33 هل يفهم الطفل ثلات من الإشارات غير اللفظية الأربع الآتية:

- هز الكتفين بمعنى "لا اعرف" أو لست متأكداً.

- مد اليد ورفع الإبهام إشارة إلى سائق نقله مجاناً.

- دائرة مشكلة من الإيهام والسبابة إشارة إلى 100%.

- الغمز بالعين كتحية ودية أو لكي يشير انه يمزع.

العمر 8 سنوات (المراحل الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

-34 هل يستطيع الطفل أن يذكر كلمتين على الأقل على نفس وزن الكلمات الآتية "راس بطة مين؟"

-35 هل يعني الطفل أغاني أو يقول البيوت المشهورة من أغنية شعبية؟ لا تحسب اغنى الأطفال وأغاني الأعياد.

العمر 9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

-36 هل استمع الطفل وفهم برنامج راديو غير موسيقي مثل الرياضة أو الأخبار أو دراما ملحة 10 دقائق على الأقل؟

-37 هل كتب الطفل رسالة وبعثها بدون مساعدة؟ يجب أن تكون الرسالة مفهومية، قد تتتوفر المساعدة للعنوان والتهجئة ولكن ليس الرسالة نفسها.

-38- هل كتب الطفل قصيدة أو أغنية مبتكرة تشتمل على ثلاث سجعات أو قافية على الأقل؟
إذا كانت القصيدة أو الأغنية من "الشعر الحر" فيجب أن تكون مؤلفة من 20 كلمة على
الأقل أو أربعة سطور.

-6- تعليمات خاصة باختبار الصورة الجانبية
قائمة تطور العمر الجسمي:

النصف الأول من السنة الأولى (حديثي الولادة: صفر - 6 أشهر)

-39- عندما يكون ملقيا على بطنه، هل يرفع الطفل رأسه إلى أعلى بدون دعم لمدة دقيقة على
الأقل؟

-40- هل يستطيع الطفل أن يتدرج من على بطنه إلى ظهره وبالعكس بدون مساعدة؟

-41- هل ينتقل الطفل من مكان إلى آخر بأي طريقة؟ بالزحف (وبطنه على الأرض) أو على
ركبتيه (وبطنه مرتفعا عن الأرض) بأي طريقة تمكنه من مواصلة التقدم ما عدا التدرج.

النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع 1: من 7 - 12 شهر)

-42- هل يستعمل الطفل إصبع الإبهام مع إصبع آخر أو إصبعين ليلتقط شيئاً (هكذا ينجح) أو
هل يلتقط الشيء بكل يده (وبهذه الطريقة يفشل)

-43- هل ينتقل الطفل من وضع الزحف أو الجلوس إلى وضع الوقوف؟ قد يستعين الطفل بشيء
ما لمساعدة ولكنه لا يستطيع بأي شخص.

-44- هل توقف الطفل عن سيلان العاب (الريالة)؟ وبهذا البند يكون قد نجح فيما لو سال لعابه
بسبب التنسين أو أثناء الأكل.

من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع²: من 13 - 18 شهر)

- 45- هل يصعد الطفل السلم (واقفا وليس زاحفا) مستندا على الحائط، الدرازبين أو ممسكا بيده شخص مساعدته؟ واضعا كلتا القدمين على كل درجة وبهذه يكون قد نجح.
- 46- هل يمشي الطفل جيدا بدون مساعدة داخل المنزل وبدون أن يراقبه اخذ بحيث لا يقع أو يتعرّض بالأشياء؟
- 47- هل يفك الطفل الغطاء الورق عن قطعة الحلوى أو قطعة اللبان أو أي شيء ملفوف بورق؟ من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم1: من 19 - 24 شهر)
- 48- هل يقذف الطفل الشيء على بعد مترا واحد على الأقل بالاتجاه الذي يريد؟ في حالة ما إذا قذف الأشياء إلى أي اتجاه عفوا فلا تعتبره قد نجح.
- 49- هل يصعد الطفل السلم بوضع قدم واحدة على كل درجة؟ على أن يستمر بالصعود على السلم وبنفس الطريقة السابقة، ولكن ربما يضع قدميه على كل درجة أثناء النزول.
- 50- هل يقود الطفل الدراجة بثلاث عجلات مستخدما البدالة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل ويدور على ملف واسع.
من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم2: من 25 - 30 شهر)
- 51- لو رسمت خط عمودي مستقيم هل يستطيع الطفل أن يرسم مثله مستخدما القلم، أو ألوان الشمع أو فرشاة رسم؟ السؤال هو هل لدى الطفل القدرة الكافية للتنسيق بين العين واليد لرسم خط بدلا من الشخبطه.
- 52- هل يقفز الطفل بكلتا قدميه معا دون أن يقع من أعلى شيء يرتفع 20 سم على الأقل عن الأرض (مثل درجة سلم أو صندوق)

-53 هل يستطيع الطفل أن يتحرك من مكان آخر قفزاً أو وثباً بكلتا قدميه معاً؟ وعلى الطفل أن يكون قادراً لكي يذهب بهذه الطريقة مسافة ثلاثة أمتار على الأقل.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة بعد الرضاعة 3: من 13 - 36 شهر)

-54 هل يستعمل الطفل المقص بيده واحدة لقص ورقة أو قطعة قماش؟ واليد الأخرى قد يستعملها لحمل الورقة أو قطعة القماش، أو قد يحملها له شخص آخر. الطفل يجب أن يكون قادراً على استخدام المقص للقص أكثر من التمزيق.

-55 هل يستطيع الطفل أن يقفز للأمام على قدم واحدة بدون ساند مسافة واحد ونصف متر على الأقل؟

-56 هل يصعد الطفل عادة السلالم ويهبط منه واضعاً قدم واحدة على كل درجة؟ وقد يستخدم الحائط أو الدراجين ولكن هذا لا يهم كعادة للتوازن أو كساند.

من 3 سنوات إلى 3 سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة: من 37 - 42 شهر):

-57 هل يستطيع الطفل أن يرمي بكرة (من أي حجم) آخر بالغ واقف على بعد 1,5 متر على الأقل.

-58 هل يمسك الطفل كرة الباب الداخلي ويفتحه؟ على سبيل المثال لا بد أن يكون الطفل قادراً على أن يلقي الأكرة ويدفع بباب الحمام غير المقفل ليفتحه.

-59 هل يستطيع الطفل أن يستخدم المقص ليقص دائرة قطرها 5 سم مرسومة على ورقة على أن لا يبتعد عن الخط أكثر من 5 ملم داخل أو خارج الدائرة؟ على الطفل أن يحمل الورقة ويدورها بيده واحدة بينما يقص باليد الأخرى؟

عمر 4 سنوات: (مرحلة ما قبل المدرسة: من 43 - 54 شهر)

60- هل يلتفت الطفل الكرة (من أي حجم) المقذوفة له من شخص بالغ يقف على بعد مترين ونصف من أمامه؟ على الطفل أن يلتفت الكرة 50% من المرات.

61- هل يستطيع الطفل أن يقفز إلى الأمام على قدم واحدة لمسافة 3 متر على الأقل دون الحاجة إلى أن يقف ويعاود القفز.

62- هل يقفز الطفل عن الحبل بقدم واحدة وبكلتا قدميه مرتين على الأقل، أو يستطيع أن يقفز عن عدة أشياء دون توقف؟ (الأشياء يجب أن تكون على ارتفاع 20 سم على الأقل).

عمر 5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة: من 55 - 66 شهر)

63- هل يستطيع الطفل أن يستخدم المفتاح لفتح وقفل الباب؟ (قفل بمفتاح)
هل يستطيع الطفل عمل كرة من الطين صلبة بما فيه الكفاية لتبقى متصلة
عندما تقذف على الأقل لمسافة 2,25 متر، أدوات أخرى مثل طينة أو عجينة يمكن أن تستعمل
وينبغي لنجاح المهمة القدرة على القذف لمسافة 2,25 متر.

64- هل يستطيع الطفل أن يلعب الحجلة؟ هذا يتضمن القدرة على الحجل على قدم واحدة على نقطة معينة ليحجل ويدور بدون السقوط ثم يستمر بالحجل.

6 سنوات المرحلة الابتدائية: 67 - 78 شهر

65- هل يستطيع الطفل أن يتزلق؟ التزلق يعني أن يكون الطفل قادر على دفع قدم واحدة بازلاق واحدة بعد الأخرى. يمكن أن يكون هناك محاولات غير ناجحة، لكن في معظم الوقت يستطيع الطفل أن يقطع على الأقل ثلاثة أمتار.

- 66- هل يستطيع الطفل أن يقص صورة لحيوان أو شخص بدون أن يبعد أكثر من 1,2 سم عنها؟
- 67- هل يستطيع الطفل أن ينط الحبل؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على مسك طرف الحبل والنط أو الحجل أو القفز لثلاث مرات متتالية عندما يكون الحبل فوق رأسه أو أسفل قدميه.

7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

- 68- هل يستطيع الطفل أن يتقط ويحمل كرسي مطبخ أو سفرة من غرفة إلى أخرى؟
- 69- هل يستطيع الطفل أن يجري سريعا لدرجة كافية حتى يتسابق مع طفل عادي غير معوق عمره ثمانية سنوات في سباق أو لعبة المساكة؟
- 70- هل يستطيع الطفل أن يمسك كرة تمسك بيده واحدة عندما تحذف إليه برقة من مسافة 2,5 متر (ال الطفل يجب أن يمسكها على الأقل 50% من الوقت)

8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

- 71- هل يستطيع الطفل أن يشعل عود كبريت؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على إشعال الكبريت خلال 4 محاولات. (ملاحظة: إذا كان هذا الشيء يعتبر غير مناسب فاستعمل فقط نمرة 35 أو 36 لهذه المرحلة أعطي 6 شهور بدلا من أربعة لكل مهمة).

- 72- هل يستطيع الطفل أن يستعمل مفتاح المنزل ويفتح الباب الأمامي والخلفي للمنزل؟
- 73- هل يستطيع الطفل أن يغمز بعين واحدة عندما يطلب منه بدون إغماض العين الأخرى؟

9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية 103 - 114 شهر)

74- هل يستطيع الطفل أن يصرن لحن معروف؟

75- هل يتباري الطفل بالرياضية مثل كرة القدم، السلة، الطائرة أو العدو مع أطفال آخرين من عمر 10 - 11 سنة ويظهر على الأقل نفس مهارة الأطفال الآخرين من المجموعة؟

76- هل عند الطفل المهارة الكافية ليقود دراجة في الشارع أو خلال حركة سير معتدلة؟
قائمة تطور المساعدة الذاتية:

النصف الأول من السنة (حديثي الولادة: من صفر - 6 شهور)

-1- هل يحاول الطفل الحصول على أدوات أمامه قريبة ولكنها بعيدة عن متناول يده؟

-2- هل يمسك الطفل بشخص أو بآداة ملدة 5 ثواني على الأقل؟ قد يفعل هذا بمسك اليدين أو بالأصابع أو بإصبع واحدة.

-3- هل يمسك الطفل بزجاجة رضاعة (ليس من الضروري أن يسندها) بيديه أو بقدميه عندما يشرب منها وفي حالة الرضاعة الطبيعية يعطي إشارة صح في حالة إمساكه بالصدر أثناء الرضاعة.

النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع 1: 7 - 12 شهر)

-4- هل يساعد الطفل باللبس بفتح ذراعيه للبس الكم أو دفع قدمه للبس الحذاء؟

-5- هل يستطيع الطفل أن يتجول داخل المنزل بدون أن يحتاج للمراقبة باستمرار ربما هناك حاجة للكشف على الطفل بين الحين والآخر لمعرفة مكانه ونشاطه؟

- 6 هل يستطيع الطفل أن يشرب من زجاجة أو كوب يحملها شخص آخر؟
من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 13 - 18 شهر)
- 7 هل يخلع الطفل حذاءه بدون مساعدة؟ الحذاء يجب أن يكون مفكوك قبل أن يخلعه الطفل. هذا يجب أن يكون من ضمن خلع الملابس وليس على صورة لعب.
- 8 هل يشرب الطفل من كوب صغير بدون مساعدة؟ الطفل يجب أن يمسك الكوب بمهارة كافية بحيث لا يكب كثيرا.
- 9 هل يستعمل الطفل ملعقة بدون مساعدة ومع قليل من السكب على ملابسه؟
من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة: 19 - 24 شهر)
- 10 هل يعرف الطفل الفرق بين الطعام والأشياء التي لا تؤكل؟ بالرغم من أنه يضع شيئاً غير الطعام في فمه إلا أنه لا يمضغه ولا يبلعه.
- 11 هل يستطيع الطفل أن يخلع معطفه بدون مساعدة عندما تكون الأزرار والسوستة مفتوحة؟
- 12 هل يستعمل الطفل شوكة لأكل الطعام الجامد عندما تتوفّر الشوكة؟ (الملعقة يمكن أن تكون مفضلاً أكثر) لكن الطفل قد يظهر القدرة على استعمال الشوكة أمام الآخرين.
العمر سنتان إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة: 25 - 30 شهر)
- 13 هل ينشف الطفل يده بدون مساعدة بحيث يصبحوا جافين بعد أن يكونوا قد غسلوا بواسطة شخص آخر؟

14- هل يفهم الطفل ويبيّن بعيداً عن الأخطار العامة؟ الاحتراس بـألا يسقط عن الدرج أو من مكان مرتفع أو توريته خطر مثل زجاج مكسور وشوارع مزدحمة أو حيوانات غريبة، كل هذه الأشياء أمثلة لهذه المهارة.

15- هل يستطيع الطفل أن يطعم نفسه كلياً باستعمال شوكة وملعقة وزجاجة بالطريقة الصحيحة؟

العمر سنتان ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة: 31 - 36 شهر)

16- هل يستطيع الطفل أن يرتدي معطفه بدون مساعدة؟ هذا لا يتضمن التزير.

17- هل يستطيع الطفل أن يفك أزرار كبيرة، سوت، رباطات أحذية؟

18- هل يستطيع الطفل أن يرتدي حذاء؟ ليس من الضروري أن يلبس الطفل الحذاء الصحيح للقدم أو يربط أو يفك الحذاء حتى ينجح بهذه المهمة؟

العمر ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة: 37 - 42 شهر)

19- هل يقوم الطفل باحتياجاته المرحاضية بدون مساعدة؟ هذا يعني الخلع، المسح والارتداء. والطفل لا يحتاج ليعيد تزير الأزرار أو ربط السحاب لكي ينجح في هذه المهمة.

20- هل يتبول الطفل أكثر من مرة واحدة في الشهر على نفسه بما في ذلك الاستيقاظ والنوم والبول والبراز؟

21- هل يغسل الطفل عادة وجهه ويداه بطريقة مقبولة وينشفها بدون مساعدة؟

العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)

-22 هل يلبس الطفل نفسه تماماً ما عدا ربطة حذاءه وأشياء أخرى تحتاج إلى تزوير؟ الطفل يجب أن يكون قادراً على التحكم بقميص عادي أو بلوزة بأزرار وبالسحابات.

-23 هل يستطيع الطفل أن يخفي لعبة بترتيب عندما يطلب منه؟ (الطفل يحتاج أن يذكر أكثر من مرة).

-24 هل يستطيع الطفل أن يحضر صحن من البسكويت والحليب؟ هذا يتضمن إحضار الصحن والبسكويت والحليب وصب الحليب على البسكويت في الصحن.

العمر 5 سنوات (مرحلة ما قبل الدراسة 3: 55 - 66 شهر)

-25 هل يستعمل الطفل سكينة طعام لفرد المربى أو الزبدة على الخبز والبسكويت؟

-26 هل يستطيع الطفل أن يجيب على التليفون ويخبر الشخص الرسالة المحددة؟ الطفل يجب أن يقول "لو" ويقول ما إذا كان الشخص المطلوب يستطيع أو لا يستطيع الحضور إلى التلفون. (ملاحظة إذا لم يتوافر تلفون فيجب ترك هذا البند، يكون البند 25 و 27 من المساعدة الذاتية تأخذ مدة 6 شهور بدلاً من 4 شهور).

-27 هل يستطيع الطفل أن يحضر ساندوتش؟ هذا يتضمن القدرة على إحضار الطعام الصحيح من الثلاجة أو الخزانة أو صندوق الخبز ووضع الأشياء معاً بالسند ويش؟

العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)

-28 هل يستطيع الطفل أن يستعمل السكين بطريقة صحيحة لقطع اللحمة والخبز أو أي أطعمة مشابهة؟ المساعدة ربما تحتاج أن نقدم للطفل عند قطع أطعمة مثل الدجاج أو اللحم السميك.

-29 هل يفرش أو يمشط الطفل شعره بعناية كافية بحيث لا يحتاج مساعدة شخص كبير إلا في حالات خاصة؟

-30 هل يستطيع الطفل أن يقوم بمهام منزليه لا تحتاج أن تعاد من قبل شخص كبير مرة في الأسبوع؟ عمل المهامات بعد أن يطلب منه مقبول.

العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

-31 هل بنى الطفل أو اصلاح شيئاً يحتاج إلى معدات حقيقية (بدون مساعدة) مثل خيط وإبرة أو شاكلة ومسمار؟ الكبار ربما يساعدوه بإعطاء التعليمات لكن ليس بالعمل. مثل خياطة درزة أو تصليح عربة للطفل، تعتبر أمثلة جيدة.

-32 هل يغسل الطفل بشكل مقبول بدون مساعدة؟ بما في ذلك إعداد حوض الاستحمام أو الدش والاغتسال وتنشيف نفسه.

-33 هل يستعمل الطفل الأداة المناسبة للطعام المقدم مثل شوكة لللحمة وملعقة للشوربة وسكينة لقطع وفرد الطعام بما يناسب عادات العائلة؟

العمر 8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

-34 هل يختار الطفل ما سيرتديه عادة بما في ذلك اختيار الملابس المناسبة للمدرسة والمناسبات الرسمية واختيار الملابس الخارجية المناسبة للطقس؟

- 35 هل لدى الطفل مهتان على الأقل مثل ترتيب غرفة نومه وملابسها؟ يعتبر غسل الملابس وكويها وتلميع الأحذية وتنظيف الأثاث ومسحه وترتيب السرير أمثلة جيدة. يسمح بالتنذير للقيام بمهنتين.
- 36 هل يقتصر الطفل ويوفر المال (من المال الم توفير أو المال المكتسب أو المخصصات) بصفة جيدة بحيث يسمح له بشراء بعض الأشياء بنفسه بدون أن يخبر شخصاً كبيراً.
العمر 9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)
- 37 هل يشتري بضعة أشياء في وقت واحد؟ يعني هذا أنه يعني أنه يمكنه الذهاب إلى أكثر من محل واحد إذا لم تكون كل الأشياء المطلوبة موجودة في المحل وكذلك يمكنه حسب المال المتصروف والفكرة المستعملة.
- 38 هل أعد الطفل اثنين من المأكولات على الأقل مثل البيض بأي طريقة، حبوب الفشار أو الشوربة من العلبة أو الكعك أو الجلي؟
- 39 هل يستطيع الطفل أن يحمل وحده مسؤولية رعاية حيوان، قد يتطلب مساعدة شخص كبير بحسب حجم الحيوان ونوعه. ولكنه يجب على الطفل أن يكون مسؤولاً عن إطعام الحيوان وغسله وإيوائه على أساس منتظم بدون احتياج إلى التنذير على الدوام.

قائمة تطور العمر الاجتماعي:

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة حتى 6 شهور)

- 1 هل يظهر الطفل أنه يريد الانتباه إليه؟ يتضمن هذا مدعاه إلى أشخاص أو مناغاة أشخاص أو وقف البكاء عندما يلعب معه أحد (ولكن لا يحمله).
- 2 هل يثرثر الطفل أو يصدر أصواتاً أخرى قد تعتبر محاولات للحديث؟ لا يتضمن هذا البكاء للحصول على انتباه أحد أو زجاجة الرضاعة.

- 3 هل يظهر الطفل انفعالات سلبية كالغضب، الرفض، الخوف أو الارتداد بالنسبة إلى أشياء غير مؤلمة من الناحية الجسمية مثل الطعام المكره أو الغرباء؟
النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع 7 - 12 شهر)
- 4 هل يلوح الطفل "باي باي" في الأوقات المناسبة؟ أو بدلاً من هذا هل يصفق الطفل بالتقليد وعندما يلعب مع أحد؟
- 5 هل يظهر الطفل انه يعرف معنى "لي" يعني هذا أن الطفل يفهم عندما يقول أحد "سياري" أو "أمي"؟
- 6 هل يأتي الطفل عند الطلب 25% من الوقت على الأقل؟
من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 13 - 17 شهر)
- 7 هل يبقى الطفل مشغولاً وقائعاً ملءة 15 دقيقة وهو يفعل شيئاً مما يابي: ينظر إلى التلفزيون، يرسم بقلمه يبني، ينظر إلى صورة يفعل نشاطاً مشابهاً لآخر؟ قد يفعل هذا لوحده أو مع أطفال آخرين ولكن ليس بمراقبة الكبار.
- 8 هل يأتي الطفل بشيء من مكان أو شخص إلى مكان آخر أو شخص آخر عند الطفل. يجب عليه أن يستطيع أن يجد الشيء بإرشادات شفوية وينفذ الإرشادات مثل "تعالي به هنا"، "حضر به إلى ماما".
- 9 هل يهتم الطفل بالأشياء وبالألعاب التي يحبها الأطفال الآخرين؟ قد لا يستطيع الطفل أن يشارك أو يلعب الدور مع أطفال آخرين.
من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة 19 - 24 شهر)
- 10 هل يظهر الطفل الغيرة عندما ينتبه أحد إلى أشخاص آخرين خصوصاً أشخاص من العائلة؟ قد تظهر الغيرة كالغضب أو التصرفات الطفولية أو الضوضائية أو طلبه أن يكون محمولاً أو تعبيارات الأشياء الأخرى.

- 11- هل يستطيع الطفل أن يلعب بلعبة سهلة الكسر مثل بالون أو طيارة من الكرتون بدون أن يكسرها فورا؟ قد يحدث أن تنكسر اللعبة ولكن الطفل يجب عليه أن يظهر أنه يعرف الطريقة المناسبة التي من المفروض أن يستعمل اللعبة بها كما يجب عليه أن يستطيع اللعب بها مرة أو مرتين بدون أن يكسرها.
- 12- هل يهتم الطفل باستكشاف الأماكن الجديدة مثل بيت صديق أو حديقة جار؟ لا تكفي العين فقط.
 من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة 2: 25 - 30 شهر)
- 13- هل يذكر الطفل جنسه أو جنس الآخرين؟ مقبول منه إظهار أنه يعرف أن ملابس أو أنشطة أو لعبات معينة تناسب جنسا دون الآخر.
- 14- هل يحب الطفل أن يساعد والديه في البيت؟ هل يستمتع بالأنشطة مثل التقاط الأشياء عن الأرض أو وضع ورق الشجر في سلة، أو نفض التراب، أو إعداد مائدة الطعام أو رفعها؟
- 15- هل يظهر الطفل بالطلب أو بالإشارات احتياجه إلى الذهاب إلى المرحاض؟ يجب أن تكون الإشارات أكثر من إظهار العصبية وان تظهر الطفل في حاجة إلى الذهاب إلى المرحاض.
 من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)
- 16- هل يتبع القواعد في العاب جماعية يشرف عليه شخص كبير؟ قد تشمل قواعد الجلوس في دائرة أو التتابع أو التوجيهات أو تقليد القائد أو تقليد أنشطة أشخاص الجماعة الآخرين.
- 17- هل يستطيع الطفل أن يلعب بالدور؟ يعني هذا أن الطفل يفهم فكرة انتظاره أن شخصا يلعب قبله ويسمح للآخرين أن يلعبوا الأول 75% من الوقت؟

18- هل يعرف الطفل ما تستطيع ولا تستطيع اللعبات عمله بطريقة مناسبة؟ مثلا لا يجر الطفل عربة على رأسها بدلا من العجلات ولا يستعمل بندقية لعبة ليقطع شجرة ويعرف أن اللعبات من الكرتون لا تستطيع المشي عليها. قد يحصل أن يحدث واحد من هذه الأحداث من وقت إلى آخر ولكن ليس كثيرا أو عادة.

من ثلاث سنوات إلى ثلات سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)

19- هل يلعب الطفل ألعابا جماعية مع الأطفال الآخرين مثل الصياد، الاستغامية، الحجلة، نط الحبل، البلية (الجلول) بدون إشراف المستمر.

20- هل يستمر الطفل في العمل لمدة 30 دقيقة على الأقل مع طفل من نفس السن في مهمة واحدة مثل البناء بالملكيعبات، اللعب بالرمل أو بالطين أو لعب المحلات التجارية أو لعب المدرسة، أو لعب البيت.

21- هل يظهر الطفل انه يعرف أن الأشخاص الآخرين يملكون أشياء معينة عندها يجب أن يستعملها بدلا من أن يأخذها مباشرة . وهل يعرف أيضا أن الصاحب عنده الاختيار الأول وقد لا يسمح للطفل أن يأخذها؟

4 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)

22- هل يرسم الطفل شخصا بحيث يستطيع شخص كبير أن يميز ما رسم؟ ليس من الضروري أن يكون الرسم شخصا كاملا ولكن يجب أن يكون إما رأس جسم أو رأس وعين أو انف أو فم بحيث يستطيع أي شخص كبير تمييزها.

23- هل يسمح للطفل أن يلعب في حارته دون مراقبة شخص كبير؟ لا يعني هذا أن الطفل يسمح له أن يعبر الشارع لوحده.

-24 هل يعرف الطفل استعمال التعبيرات الآتية: "شكراً"، "من فضلك"، "عفواً" في الأوقات المناسبة؟

5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 3: 55 - 66 شهر)

-25 هل سأله الطفل أسئلة عن جسمه مثلاً نبض القلب أو أين يذهب الطعام وفروق جنسية؟

-26 هل يظهر الطفل إدراك شعور الآخرين بقوله مثلاً "هو غاضب، أو هي غاضبة" "هو خائف" و"أنت قلقة" يجب عليه أن يدرك الشعور المضبوط؟

6 سنوات (مرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)

-27 هل يقول الطفل أسرار إلى صديق ولا يقولها إلى والديه أو إلىأشخاص كبار آخرين؟ لا يعني هذا التصرفات الشاذة فقط بل تعني أنه يقول الأسرار إلى طفل آخر ولا يشرك الأشخاص الكبار فيها.

-28 هل يستطيع الطفل أن يزور صديقاً ويلعب معه بدون مراقبة شخص كبير (ما عدا التأكد من الكبار عن وجوده مرة في الساعة)؟ يجب على الصديق إلا يكون أكبر من الطفل بأكثر من سنة.

-29 هل يلعب الطفل العاب طاولة مثل لعبة الداما مع طفل من نفس السن؟ يجب أن يكون الطفل قادر على أن يتبع القواعد ويلعب بالدور وان يكون هناك فائز.

7 سنوات (مرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

-30 هل عند الطفل مهمة حقيقة واحدة ينجزها مرة في الأسبوع على الأقل مثل غسل الأطباق وتقشيف وجز الحشائش، أو ترتيب سرير أو إخراج سلة القمامات أو بعض التنظيف أو نفخ التراب؟ يجب أن ينفذ المهمة بشكل جيد وعامة بدون التشجيع أكثر من مرتين.

31- هل يعرف الطفل أن التصويت هو طريقة إقرار شيء يجب عليه أن يفهم أن تتحقق معظم الأشياء مبني على رأي الأغلبية.

8 سنوات (المراحل الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

32- هل يستطيع الطفل أن يعمل في مهام منزلية وهو يتبع قائمة مهام لوحده وينفذها بشكل مقبول بدون التذكير على الإطلاق؟

33- هل يعرف الطفل أن الشمس لن تعطيه سنا بدلًا من السن المخلوع الذي يرميه عادة لها لأنها قصة خيالية وكذلك بالنسبة للجنية والساحرة؟ فهي فقط في القصص والخيال؟

9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

34- هل يسمح للطفل أن يخرج في الحارة؟ يجب عليه أن يبعد عن البيت على بعد 30 متر على الأقل.

35- هل يفضل الطفل في أحوال كثيرة أن يكون بعيداً عن البيت والعائلة (في ملعب أو عند أحد أصدقائه) حتى يكون مع أصدقائه؟

36- هل يشتري الطفل بدون مساعدة الأشياء المفيدة مثل الهدايا الآخرين أو المشتريات للعائلة؟ يجب عليه أن يعرف كم من النقود يحتاج إليها وان يختار الأشياء المناسبة وان يحصل على مبلغ الفكة المضبوط.

قائمة تطور العمر الادراكي:

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة حتى 6 أشهر)

-1- هل يصبح الطفل أكثر نشاطاً أو أقل عندما يدخل أحد في الغرفة أو عندما يلتقطه أحد؟
-2- هل يظهر الطفل الانتباه إلى أداة أو شخص ملده دقيقة على الأقل؟ لا يتضمن هذا أدوات التغذية مثل زجاجة الرضاعة.

النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع 1: 7 - 12 شهر)

- 3 هل يظهر الطفل انه يحب أو لا يحب أشخاص معينين أو أماكن أو أدوات معينة؟ لا يؤخذ بعين الاعتبار حب نوع معين من الطعام أو كرهه.
- 4 هل يبحث الطفل في المكان المناسب عن أداة تنقل بمنأى عن الأنظار؟ مثلاً إذا رأى الطفل لعبة تخفي في مكان ما، تحت مائدة أو مخدة هل يبحث الطفل عنها أم سينساها؟ من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع 2: 13 - 18 شهر)
- 5 هل يستعمل الطفل الأقلام أو أقلام الرصاص في محاولات واضحة لرسم العلامات؟
- 6 هل يستطيع الطفل الإشارة إلى جزء جسمي واحد على الأقل إما على جسمه أو على عروسه عند الطلب؟ من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة 1: 19 - 24 شهر)
- 7 هل يعطي الطفل "واحد كمان" من شيء أو يأخذ "كمان" ملء ملعقة واحدة من الطعام إذا طلب منه أحد ذلك؟
- 8 هل يذكر الطفل أو يشير إلى 20 أداة أو صورة على الأقل عندما تذكر له الأدوات؟
- 9 هل يعرف الطفل نفسه في صورة؟ من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة 2: 25 - 30 شهر)
- 10 هل يجمع الطفل الأدوات باللون أو بالشكل وبالحجم عندما يلعب؟
- 11 هل ينسخ الطفل خطأ رأسياً مقلداً خط رسمه شخص كبير؟

12- هل يقول الطفل كلمات تتعلق بالحجم مثل "كبير"، "صغير" كثيرا وبالاستعمالات المضبوطة؟

لا يحسب استعمال هذه الكلمات في لعبة (مثلا: ما حجم البببي؟)

من سنتين ونصف إلى ثلاثة سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)

13- هل يفهم الطفل مفهوم العدد "ثلاثة"، بحيث سيعطيك مثلاً ثلاثة قطع من الحلوي عند الطلب؟

14- هل ينسخ الطفل شكل الدائرة بقلم رصاص؟ قد يرسم علامة بالحركة الدائرية.

15- هل يشير الطفل إلى لونين على الأقل بشكل مضبوط عند الطلب؟ ليس من الضروري أن يذكرهما.

من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)

16- هل يعد الطفل إلى ستة؟ مثلاً إذا وضعت 6 أشياء أمام الطفل وسألته أحك كم شيء موجود يستطيع الطفل أن يعدها عامة بشكل مضبوط.

17- هل يعرف الطفل أن أنشطة معينة تحدث في أوقات مختلفة في اليوم؟ مثلاً هل يعرف الطفل أن الفطور وجبة الصباح وأنه يجب عليه عندما تظلم الدنيا أن ينام؟ يحسب عليه إظهار أنه يعرف أن أنشطة معينة تحدث في أوقات معينة.

18- هل يرسم الطفل إشارة (+) بخط رأسي وخط متقطع أفقي بعد أن يرسمه شخص كبير؟

4 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)

- 19- عندما يطلب أحد من الطفل أن يرسم شخص أو عندما يرسم شخصا، هل يرسم الطفل رأسا يشبه رأسا وقسم آخر من الجسم على الأقل؟
- 20- هل يميز الطفل أنواع العملة المتداولة بذكرها أو بالإشارة عليها عند ذكرها؟ ليس من الضروري أن يعرف قيمة الأنواع المختلفة.
- 21- هل يرسم أو ينسخ الطفل مربعاً؟ يجب أن يكون للمربع زوايا قائمة وان تكون جوانبه الأربعة متساوية تقربياً.

5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 3: 55 - 66 شهر)

- 22- هل يقول الطفل كلمات على نفس الوزن مثل "خطة، بطة، هات، بات"؟
- 23- هل رسم الطفل رسماً شخساً يشبه شخصاً؟ يجب أن يكون للرسم الأقسام الآتية "رأس، بدن وذراعان ورجلان" من الممكن أن يكون البدن والرجلان والذراعان خطوطاً فقط.
- 24- هل يرسم الطفل أو ينسخ مثلاً؟ يجب أن تكون جوانب المثلث متساوية تقربياً.

6 سنوات (مرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)

- 25- هل يستطيع الطفل أن يخرج 13 أداة من مجموعة أدوات عددها 20؟
- 26- هل يعرف الطفل عنوانه؟ إذا كان مقيماً في المدينة يجب عليه أن يذكر الشارع ورقم البيت أو قد يذكر اسم مكان معروف بجوار شقته. قد تكون العناوين في الريف أقل تحديداً بل يجب عليها أن تشمل المعلومات للبريد (مثلاً رقم الشارع أو الطريق أو الصندوق) ليس من الضروري أن يعرف اسم المدينة أو الضاحية.

27- إذا حكى الطفل قصة تحتوي على عشر جمل تقريرياً هل يستطيع أن يرد على أسئلة بسيطة عن الحقائق الرئيسية في القصة مثل أسماء الشخصيات الرئيسية وتتابع الأحداث العامة؟

7 سنوات (المراحل الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

28- هل ارتقى الطفل من الصف الأول العادي؟ لا يحسب مجرد وضعه في الصف الثاني، إذا لم يكن الطفل في مدرسة عادية (أي إذا كان يحضر حصص خاصة للمعوقين) فيجب أن يعتبره المدرس قادراً على إتمام عمل الصف الثاني في القراءة والكتابة والحساب.

29- هل يكتب الطفل الحروف بصورة جيدة؟

30- هل يستطيع الطفل أن يذكر أيام الأسبوع السبعة ويعرف أي الأيام تجيء قبل يوم معين وبعده؟ مثلاً يجب عليه أن يستطيع قول أي يوم يجيء قبل يوم الخميس وبعده.

8 سنوات (المراحل الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

31- هل يكتب الطفل بخط الرقعة ولا يستعمل خط النسخ؟

32- هل ارتقى الطفل من الصف الثاني العادي إلى صف الثالث العادي (انظر إلى فقرة 28 للاستثناءات)

9 سنوات (المراحل الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

33- هل يستطيع الطفل أن يقول جدول الضرب حتى رقم 6 وأخطاء قليلة، مثلاً سيعرف الطفل الأجوبة على $6 \times 9, 8 \times 5, 4 \times 3$ الخ.....

34- هل حفظ الطفل ثلاثة أرقام هاتف أو ثلاثة عناوين يستطيع استعمالها؟

قائمة تطور لغة الاتصال طبقاً للعمر:

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة لغاية 6 أشهر)

- 1 هل يصدر الطفل أصواتاً عندما يلعب؟ يجب عليه أن يلعب بالأصوات (ليس فقط أن يبكي أو يضحك أو يقرقر).
- 2 هل يثرثر الطفل أو يستعمل بعض الأصوات في محاولة لتقليد الكلمات أو الحديث كأن يتظاهر بأنه يتكلم؟
- 3 هل ينظر إلى مصدر الصوت عندما يبدأ مثلاً أحد في الحديث؟
- 4 النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع 1: 7 - 12 شهر)
- 5 هل يقلد في بعض الأحيان الكلمات المنطوقة مثل "بابا" أو "ماما"؟ قد لا يعرف الطفل معنى هذه الكلمات.
- 6 هل يستعمل الطفل الحركات أو الإشارات كطريقة للتalking مثلاً تحريك رأسه بالنفي أو مدعديه ليحمله أحد؟
- 7 هل يرد الطفل على كلام شخص كبير بإشارات مثل إشارة "باي باي" عندما يقول الشخص الكبير "باي باي" أو تحريك رأسه بالنفي والإيجاب عندما يسأله الشخص الكبير سؤالاً؟
العمر من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع 2: 13 - 18 شهر)
- 8 هل يستعمل الطفل بعض الأصوات (كلمات حقيقة أو أصوات تشبه كلمات) ليعبر عما يريد؟ لا يحسن البكاء والأذين للحصول على شيء.
- 9 هل يذكر الطفل اسم خمسة أشياء على الأقل (ليس بالتقليد ولا تحسب أسماء الأشخاص)؟ يجب أن ينطق الأسماء بطريقة واضحة بحيث يستطيع شخص غريب أن يفهمها.

10- هل ينفذ الطفل الأوامر مثل "أريني، تعال، روح، جيب؟"؟ مثلاً هل يستطيع الطفل أن يشير إلى أصابع قدميه أو يذهب إلى ماما أو يأتي بملعقة عند الطلب.

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة 1: 19 - 24 شهر)

11- هل يستعمل الطفل 15 كلمة على الأقل استعملاً مضبوطاً؟

12- هل يستطيع الطفل أن يفهم بالكلام وبالإشارات انه يريد "كمان" أو "كمان واحد"؟ يجب أن تكون الإشارات أو الكلمات واضحة وليس مجرد البكاء والتلويح بيده.

13- هل يجمع الطفل كلمتين أو أكثر ليشكل الجمل؟ مثلاً "روح أنت"، "أنت أعطي" "محمد بدو" مقبول ولكن إذا استعمل الطفل نفس الكلمتين معاً بحيث يكونا كلمة واحدة هذا ليس مقبولاً.

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة 2: 25 - 30 شهر)

14- هل يكرر الطفل أجزاء من أغاني الأطفال أو يشتراك فيها عندما يغنونها الآخرون؟

15- هل يذكر الطفل (ولا يكرر فقط) أسماء 20 شيء على الأقل إذا رآها في الصور؟

16- هل يستعمل الطفل 50 كلمة مختلفة على الأقل وهو يتكلم؟ يجب عليه أن يستعمل هذه الكلمات ولا يفهمها فقط عندما يستعملها الآخرون.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)

17- هل يذكر الطفل اسمه ولقبه أحياناً عند الطلب؟ قد لا يفعل هذا دائماً أو حتى معظم الوقت ولكن يجب عليه أن يفعل هذا بعض الوقت.

- 18- هل يستطيع الطفل أن يغني أو يقول أغنتين للأطفال أو أغنتين عاديتين على الأقل؟ "عيد سعيد" أو "بابا جاب لي سيارة". يجب أن يعرف بيته واحداً من كل أغنية.
- 19- هل يجاوب الطفل جواباً صحيحاً عندما يسأل ما إذا كان ولد أو بنت؟ من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)
- 20- هل يقول الطفل عادة اسمه ولقبه عندما يطلب الكبار منه اسمه بالكامل؟
- 21- هل يستطيع الطفل أن يروي قصة بالنظر إلى الصور في كتاب؟ يجب أن يقول القصة حسب ما يتمثل في الصور مع أنه قد يحذف أجزاء القصة التي لا تتمثل في الصور.
- 22- هل يتحدث الطفل مع أحد عن طريق الهاتف؟ يجب عليه أن يستمع إلى الكلام من الطرف الآخر وينتظر حتى يتوقف الشخص الآخر عن الكلام قبل أن يرد أو يتكلم. (إذا لم يكن الهاتف متاحاً فاحذف هذا الرقم واحسب لكل من اتصال 19 واتصال 20 ثلاثة أشهر بدلاً من شهرين).
- العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)
- 23- هل غنى الطفل أغنية مؤلفة من ثلاثين كلمة على الأقل؟ قد تكون كثيراً من الكلمات مكررة في الأغنية ولكن يجب على الطفل أن يغنِّيها لوحده.
- 24- هل يستطيع الطفل أن يشتري شيئاً من محل بدون مساعدة؟ يجب عليه أن يقول للبائع ما يريد بالضبط ويدفع ثمنه وينتظر الفكرة.
- 25- هل يستطيع الطفل أن يقول للآخرين (إما بالكلام أو بأصابعه) عن عمره وما كان عمره العام الماضي وما سيكون عمره في العام القادم؟

العمر خمس سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 3: 55 - 66 شهر)

26- هل يسأل الطفل من وقت لآخر عن معنى كلمة ثم يستعمل هذه الكلمة عندما يتكلم؟

27- هل يروي الطفل (بدون صور مساعدة) قصة مثل "ذات الرداء الأحمر"، "الدببة الثلاثة"؟

يجب عليه أن يروي كل الأجزاء المهمة في القصة.

28- عندما يجادل هل يستعمل الطفل من وقت لآخر المنطق عن السبب والنتيجة؟ قد

يستعمل كلمات مثل "لأن" أو "بما أن" وأيضاً مثل "أستطيع أن أتفرج على التلفزيون واسهر

هذا الليلة لأنه لا يوجد مدرسة غدا". يحسب هذا لأنه يبين السبب والنتيجة.

العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)

29- هل يستطيع الطفل أن يتعرف على خمس كلمات مكتوبة على الأقل ويرى أنه يفهمها

بطريقة ما؟ يجب عليه أن يقرأ الكلمات. لا أن يذكر الأشياء لأنه رأى ما يدل عليها ومكتوبة

فيها مثل علب الأكل.

30- هل يستطيع الطفل أن يجمع رقم هاتف أو يطلب من عامل الهاتف رقماً بشكل صحيح

عندما يريد أن يكلم أحداً بالهاتف؟

31- هل يقول الطفل "بلادي" أو شيئاً مثله؟ يجب عليه أن يكون متعملاً لدعاء ما أو الآذان أو

قصيدة مؤلفة من 25 كلمة على الأقل معظمها غير مكرر، لا تحسّب الأغاني من ضمنها.

العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

32- هل يقرأ الطفل شفويًا (يقرأ حقيقة) قصة بسيطة بحيث يستطيع أي شخص يستمع إليه

متابعة هذه القصة؟

-33 هل يستطيع أن يروي (في 5 دقائق تقريبا) حبكة قصة أو مسرحية أو تمثيلية تليفزيونية؟ يجب عليه أن يروي القصة كاملة (وليس الأحداث المثيرة فقط)، بحيث يستغرق ذلك خمس دقائق تقريبا.

-34 هل يفهم الطفل ثلات من الإشارات غير اللفظية الأربع الآتية:

- هز الكتفين بمعنى "لا اعرف" أو لست متأكدا.
- مد اليد ورفع الإبهام إشارة إلى سائق لنقله مجانا.
- دائرة مشكلة من الإبهام والسبابة إشارة إلى 100%.
- الغمز بالعين كتحية ودية أو لكي يشير انه يمزح.

العمر 8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)

-35 هل يستطيع الطفل أن يذكر كلمتين على الأقل على نفس وزن الكلمات الآتية "راس بطة مين؟"

-36 هل يعني الطفل أغاني أو يقول البيوت المشهورة من أغنية شعبية؟ لا تحسب اغني الأطفال وأغاني الأعياد.

العمر 9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

-37 هل استمع الطفل وفهم برنامج راديو غير موسيقي مثل الرياضة أو الأخبار أو دراما لمدة 10 دقائق على الأقل؟

-38 هل كتب الطفل رسالة وبعثها بدون مساعدة؟ يجب أن تكون الرسالة مفهومية، قد تتتوفر المساعدة للعنوان والتهجئة ولكن ليس الرسالة نفسها.

-39 هل كتب الطفل قصيدة أو أغنية مبتكرة تشتمل على ثلاث سجعات أو قافية على الأقل؟ إذا كانت القصيدة أو الأغنية من "الشعر الحر" فيجب أن تكون مؤلفة من 20 كلمة على الأقل أو أربعة سطور.

7- قائمة اختبارات السلوك checklist

هي أداة من أدوات التقييم المنهاجي وتطبق في الزيارة الثانية وت تكون الكلمة checklist من مقطعين المقطع الأول check ومعناها يفحص، والمقطع الثاني list ومعناها قائمة.

شرح الغلاف الخارجي لقائمة اختبارات السلوك checklist

ويشتمل على اسم الطفل، تاريخ ميلاده، السنة الدراسية، اسم المدرسة، وي تكرر اسم المدرسة بسبب تغييرها أو سفرها أو نقلها إلى طفل آخر.

مكونات ورقة checklist:

- العمر الزمني .age level
- البطاقة .card
- السلوك .behavior
- تقيد السلوك (صح أم خطأ أم علامة استفهام) entry behavior
- تاريخ الإنجاز date achieved
- التعليقات .comments

يشتمل checklist على خمس مناطق تعليمية:

- المخالطة الاجتماعية .socialization
- المجال الادراكي .cognitive
- المجال الاتصالي .language
- المساعدة الذاتية .self help
- المجال الحركي .motor

-بالإضافة إلى منطقة التأثير على الطفل الرضيع infant stimulation

طريقة تطبيق checklist

- نأخذ نتيجة العمر العقلي الذي حصل عليه الطفل في كل منطقة تعليمية في اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل (sheet)، نبدأ من هذا العمر في كل منطقة تعليمية في تطبيق .checklist
- نبدأ بالتطبيق وبنفس الأسئلة للأم بوضوح كي تستوعبها وعلى المدرسة أخذ الأدوات التي تتلاءم مع طبيعة الأنشطة الموجودة في قائمة اختبارات السلوك .checklist
- عند البدء بتطبيق checklist يجب تحديد الخط القاعدي base line على أن يكون من "10" إلى "51" صح لا يتخللها أي خطأ.
- بعدها يبدأ الطفل في الحصول على صح وخطأ لأن الأسئلة بدأت بالصعوبة فأحياناً يفشل أحياناً ينجح وهذا ما يسمى teaching range ومنه يتم اختيار الأهداف المراد تعليمها للطفل بالتسلسل من الأسهل إلى الأصعب.
- ثم تستمر الأسئلة في الصعوبة إلى أن يحصل الطفل على 15 خطأ متالي وبذلك يتحدد الحد النهائي ceiling.
- خلال التطبيق يصادف أن الأم لم تتمكن من الإجابة على بعض الأسئلة سواء بعلامة صح أو خطأ توضع علامة استفهام وعلى المدرسة تغيير هذه العلامة خلال ستة أسابيع أما بالصح أو الخطأ حين تجربتها مع الطفل أو توافر الأداة أو من خلال خبرة الأم أو تجربتها مع الطفل في المنزل.
- ويجب أن يكون التسجيل في checklist بقلم الرصاص حتى يسهل تغيير علامة الاستفهام.
* ملاحظة: تطبق منطقة التأثير على الطفل الرضيع infant stimulation وهي المنطقة المساعدة للمناطق الخمسة التعليمية في حالة الأطفال صغار السن أو الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة. وفي حالة عدم الحصول على 10 - 15 صح نعود

إلى منطقة التأثير على الطفل الرضيع ثم نكمل تطبيق بقية الأجزاء حسب القاعدة.

مثال: إذا كان العمر العقلي في المجال الاجتماعي هو 3 سنوات و8 شهور حسب نتيجة (sheet) نبدأ بتطبيق قائمة اختبارات السلوك من الجزء 4-3 سنوات. نبدأ بإلقاء الأسئلة على الأم وللحصول على 10-15 صح متتالي. عند أول علامة خطأ نعود إلى أول سؤال طرح ونبدأ بالصعود للحصول على 15-10 صح متتالي. وبعد ذلك نعود إلى النقطة التي توقفنا منها لنكمل بقية الأسئلة ونتبع القاعدة للحصول على 15 خطأ متتالي.

8- الاهداف السلوكية

التأثير على الطفل الرضيع:

السلوك

- | | | |
|----|---|---|
| -1 | التأثيرات السمعية العامة تحت ستة أسابيع | التأثيرات البصرية العامة "أقل من ستة أسابيع" |
| -2 | إثارة الاحساسات السمعية العامة تحت ستة أسابيع واكبر | التأثير البصري العام " ستة أسابيع واكبر" |
| -3 | يرضع | إثارة الاحساسات اللمسية العامة تحت ستة أسابيع |
| -4 | يحرك الرأس إلى الجانب بينما يكون مستلقيا على ظهره | إثارة الاحساسات اللمسية العامة تحت ستة أسابيع واكبر |
| -5 | يفتح الفم لتلقي زجاجة الرضاعة أو الصدر عند ملامسة الحلمة للفم | التأثيرات البصرية العامة "أقل من ستة أسابيع" |
| -6 | | التأثير البصري العام " ستة أسابيع واكبر" |
| -7 | | إثارة الاحساسات اللمسية العامة تحت ستة أسابيع |
| -8 | | إثارة الاحساسات اللمسية العامة تحت ستة أسابيع واكبر |
| -9 | | التأثيرات البصرية العامة "أقل من ستة أسابيع" |

-10	يظهر حساسية للتلامس الجسدي	ينام في أوقات مناسبة	-18
-11	يدير الرأس باتجاه الحلمة عند لمس خده	يحرك الذراعين حوله بدون اتجاه معين	-19
-12	ينظر باتجاه الصوت أو يغير حركات الجسم كاستجابة للصوت	يتبع بالنظر أداة تحركت عبر خط منتصف الجسم	-20
-13	ينظر لشخص يحاول أن يشد انتباذه بالتحدث إليه أو الحركة	يتبع الضوء بالعينين وإدارة الرأس	-22
-14	يهداً أو يغير حركة الجسم كاستجابة لصوت شخص كبير	يتبع الصوت بإدارة الرأس يدرك يده	-23
-15	يظهر إما بحركات الجسم أو التوقف عن البكاء استجابته لصوت شخص كبير	يرفس بعنف عندما يكون مستلقيا على ظهره	-25
-16	يرفع رأسه من على الكتف ويحافظ على وضعه للحظات حينما يكون الطفل محمولا ورأسه على كتف من يحمله	يفتح الفم ويببدأ بالملص قبل ملامسة الحلمة الفم	-26
-17	يبكي بطريقة مختلفة طبقا لنوع الازعاجات	يرفع رأسه من على الكتف ويثوابي بينما هو مستلق على بطنه	-27
-18	يرفع رأسه من على الكتف ويحافظ على وضعه للحظات حينما يكون الطفل محمولا ورأسه على كتف من يحمله	يضرب بعنف على أدلة ثوان	-28
-19	يُبكي بطريقة مختلفة طبقا لنوع الازعاجات	يرفع الرأس ويحفظه لمدة 5 ثوان بينما يكون الطفل على بطنه	-29
-20	يرفع رأسه من على الكتف ويحافظ على وضعه للحظات حينما يكون الطفل محمولا ورأسه على كتف من يحمله	يرفع رأسه من على الكتف ويثوابي بينما هو مستلق على بطنه	-30

-31	يتبع أداة بواسطة العين لمساحة تقدر ب 180 درجة	يعيد صوته الشخصي يحافظ على رأسه وصدره منتصبين	-38
-32	يبحث عن الصوت بإدارة الرأس باتجاه الصوت	أثناء استلقائه على بطنه مستندا على ساعديه	
-33	يتحكم بالرأس والكتفين عند الجلوس مسنودا بوسادة	يفتح الفم عندما يشاهد ملقة عليها طعام	-40
-34	يناغي ويناجي عندما يكون مكتفيا باحتياجاته	يوضح يتصفح	-41
-35	يمد يده نحو الأشياء ويحاول الإمساك بها	يتعرف على أفراد العائلة بالابتسامة أو التوقف عن البكاء	-42
-36	يجعل الرأس قائما وثابتًا عندما يكون الطفل محمولا عموديا	يحاول الدحدرة باستعمال الكتفين يحرك الإبهام مقابل الأربع أصابع الأخرى	-43
-37	يمسك أدوات باستعمال الكف لمدة 30 ثانية ويسقطها بدون قصد	يثرث الكلام غير المفهوم (سلسلة من عدة مقاطع)	-44

المجال الحركي:

العمر من صفر - 1 سنة:

-1	يمد يده إلى أداة تقع على بعد 15 سم أمامه	يمسك أدلة محمولة أمامه على بعد 8 سم	-2
----	--	-------------------------------------	----

يدير رأسه بحرية وجسمه مسنودا	-15	يمد يده ويسك أداة أمامه	-3
يحافظ على وضع الجلوس لمدة دقيقتين	-16	يمد يده إلى أداة مفضلة	-4
يترك الأداة التي في يده عن قصد لكي يمد يده إلى أداة أخرى	-17	يضع أداة في فمه	-5
يلنقط ويسقط أداة عن قصد يقف مسنودا إلى أقصى حد	-18	يسند رأسه وصدره على ذراعيه وهو مستلق على بطنه	-6
يهز نفسه إلى أعلى واسفل في وضع الوقوف مسنودا	-19	يبقى رأسه وصدره مستقيمين وهو يسندهما على ذراع واحدة	-7
يزحف بقدر طول جسمه لكي يحصل على أداة	-20	يحس ويستكشف أداة بفمه	-8
يجلس نفسه وهو مسنودا	-21	يقلب وهو مستلق على بطنه إلى جانبه وبقى هكذا 50% من الوقت	-9
يتتحول من وضع الجلوس إلى وضع يكون فيه منحنيا على يديه وركبيه	-22	يتدرج وهو مستلق على بطنه إلى ظهره	-10
ينتقل وهو مستلقيا على بطنه إلى وضع الجلوس	-23	يتتحرك إلى الأمام بقدر طول جسمه وهو مستلق على بطنه	-11
يجلس بدون أن يستند على يديه	-24	يتدرج وهو مستلق على ظهره إلى جانبه	-12
يرمي الأدوات بصورة اعتباطية	-25	يقلب وهو مستلق على ظهره إلى بطنه	-13
يسحب نفسه إلى وضع الجلوس وهو يمسك بأصابع شخص كبير	-26	يسحب نفسه إلى وضع الجلوس	-14

-27	يتارجح إلى الأمام والخلف على يديه وركبتيه	يقف لوحده ملءة دقيقة	-37
-28	ينقل أداة من يد إلى أخرى وهو في وضع الجلوس	يفرغ أداة من وعاء	-38
-29	يحتفظ بمحبفين حجم كل منهما 2,5 سم مكعب بيد واحدة	يقلب صفحات من كتاب في وقت واحد	-39
-30	يسحب نفسه إلى وضع على ركبتيه	يعرف بالملعقة أو المجرفة	-40
-31	يسحب نفسه إلى وضع الوقوف	يضع أدوات صغيرة في وعاء	-41
-32	يمسك بأداة بالسبابة والإبهام على طريقة الكماشة	يغضض نفسه ليتخذ وضع الجلوس	-42
-33	يزحف	يخطو بعض خطوات بدون مساندة	-45
-34	يمد بيد واحدة وهو في وضع الزحف	يصفق بكلتا يديه	-43
-35	يقف وهو مسنودا بأدنى حد	يمشي بمساندة قليلة	-44
-36	يلحس الطعام من حول فمه		

العمر من 1_2 سنة:

-46	يزحف إلى أعلى السلم	يتسلق على كرسي الكبار ويدير نفسه ويجلس	-49
-47	ينتقل من وضع الجلوس إلى وضع الوقوف	يضع 4 حلقات على وتد	-50
-48	يدحرج كرة بالتقليد		

العمر 2_3 سنة:	-51	يزيل أوتاد قطرها 2,5 سم من لوح
يضع 4 خرزات كبيرة في خيط خلال	-64	الأوتاد
دقيقتين	-52	يضع أوتاد قطرها 2,5 سم في لوح
يدير اكرة الباب	-65	الأوتاد
يقفز في مكانه بكلتا يديه	-66	يبني برجا من 3 مكعبات
يُشي للخلف	-67	يرسم علامات بقلم ملون أو قلم
ينزل السلم بمساعدة	-68	رصاص
يرمي كرة إلى شخص كبير على بعد	-69	يُشي لوحده
1,5 متر بدون أن يحرك هذا	-55	يزحف إلى أسفل السفل قدماه أولا
الشخص قدميه	-56	يجلس نفسه على كرسي صغير
يبني برج من 5-6 مكعبات	-70	يقرفص ثم ينهض
يقلب صفحات من كتاب صفحة	-71	يدفع ويسحب اللعب وهو يُشي
صفحة	-59	يستعمل حصان هزاز أو كرسي هزاز
يفك أداة صغيرة ملفوفة	-72	يصعد السلم بمساعدة
يطوي ورقة من النصف بالتقليد	-73	ينحني من الوسط ليلتقط الأدوات
يفك ويركب لعبة تلتصق معا	-74	بدون أن يقع
يخرج لعبا ذات اسنان	-75	يقلد الحركة الدائرية
يقذف كرة كبيرة وثابتة بقدمه	-76	-63
يشكل كرات من الطين	-77	

-87	يمسك القلم بالسبابة والإبهام	يقدم 1,5 متر على درجة ذات 3
	مستندًا على الإصبع الوسطى	عجلات
-88	يتسلق على أرجوحة بعد أن يدفعه	يتسلق على أرجوحة على أحد في البداية
-89	يتشقلب إلى الأمام بمساعدة يد	يسلق وينزلق على منزلق ارتفاعه من 1-2 متر
-90	يركب صورة مجازة من ثلاثة قطع	يتسلق إلى الأمام
-91	أو أشكال	يصعد السلالم بتبادل القدمين
-92	يقص بالمقص	يمشي كالجندى
-93	يقفز من ارتفاع 20 سم	يمسك كرة مقدوفة إليه بكلتا يديه
-94	يُقذف بقدمه كرة كبيرة مدحروجة	يتبع هيكل الشكل
-95	إليه	يقص خط مستقيم طوله 12 سم بدون أن ينحرف عنه أكثر من 1 سم
-86	تجري 10 خطوات وذراعيه تتحركان بحركة متناسقة ومتبادلة	يمشي على أطراف أصابعه

العمر من 4-5 سنوات:

-96	يقف على قدم واحدة لمدة 8-4	يمشي على خشبة التوازن
-97	يجري مغيرة اتجاهه	يقع
-98	ثوابي بدون مساعدة	يقفز إلى الأمام 10 مرات دون أن

- 100- يقفز عن خيط يرتفع 5 سم عن الأرض
- اتجاهه
- 101- يقفز للخلف 6 مرات
- متتالية
- 102- يضرب كرة كبيرة على الأرض
- ويلتقطها
- 103- يشكل قطعتين أو ثلاث من الطين يركبها معا
- يقص دائرة قطرها 5 سم
- 104- يقص على خط منحني (رجل)
- 105- يركب أداة ذات أسنان
- 106- ينزل السلم بتبادل القدمين
- 107- يركب دراجة بـ3 عجلات ويغير اتجاهه
- 108- يحجل على قدم واحدة 5 مرات
- 109- يرسم صورا بسيطة من الممكن التعرف عليها مثل (بيت- شجرة-
- 110- يرسم قطعتين أو ثلاث من الطين يركبها معا
- 111- يقص ويلصق أشكالا بسيطة
- 112- يكتب حروف فردية في أي مكان على الورقة
- 113- يمشي على خشبة التوازن إلى الأمام والخلف وجانبا
- 114- يثبخفة
- 115- يتارجح على أرجوحة مبتدئا الحركة ومحافظا عليها
- 116- يفرد أصابعه ويلمس بإبهامه كل إصبع
- 117- يستطيع نسخ الحروف
- 118- يتسلق سلم انزلاق ارتفاعه 2 متر لينزلق
- العمر 5 - 6 سنوات:
- 119- يطرق على مسمار بالشاكلوش
- 120- يطبّب الكرة باتجاه معين
- 121- يلون مع بقائه داخل الخطوط %95 من الوقت
- 122- يستطيع قص صورة من مجلة أو كتابوج بدون أن

- 134 ينحرف عن طرف الصورة أكثر من 1 سم إلى وسطه - يمشي أو يلعب في مسبح يصل مأوه
- 123 يستعمل براية الأقلام - يقود عربة وهو يدفع بقدم واحدة
- 124 ينسخ رسومات معقدة - ينط ثم يدور على قدم واحدة
- 125 يمزق أشكال بسيطة من ورقة - يكتب اسمه على ورقة مخططة
- 126 يثنى مربع من ورق مرتين على القطر بالتقليد - يقفز من ارتفاع 30 سم ويهبط على قدميه
- 127 يمسك بكرة لينة أو كيس فاصلوليا بيد واحدة - يقف على قدم واحدة بدون مساندة وعينيه مغلقتين لمدة 10 ثوان
- 128 يستطيع أن ينط الجبل بنفسه - يتعلق من قضيب أفقي لمدة 10 ثوان ويضع ثقل جسمه على ذراعيه.
- 129 يضرب الكرة بالمضرب أو العصا - يلتقط أداة من الأرض وهو يجري
- 130 يتزلق مرتديا حذاء التزلق على مسافة 2 متر - يركب دراجة
- 131 ينزلق على زلاقة: -133 ينص ويبلغ السوائل

المساعدة الذاتية:

العمر من صفر - 1 سنة:

-1 ينص ويبلغ السوائل

-8	يشرب من كوب يحمله أحد الوالدين	يأكل طعام ممزوج بسوائل مثل السير يلاك أو البسكويت الممزوج بالشاي	-2
-9	يأكل طعام شبه جامد مثل موز- بسكويت- خبز	يمد يده إلى زجاجة الرضاعة	-3
-10	يطعم نفسه بأصابعه	يأكل الأطعمة المصفاة التي يطعمه إياها أحد الوالدين	-4
-11	يحمل ويشرب من فنجان باستعمال كلتا يديه	يحمل زجاجة الرضاعة عندما يشرب منها بدون أي مساعدة	-5
-12	يأخذ ملعقة مليئة بالطعام ويضعها في الفم بمساعدة	يوجه الزجاجة باتجاه الفم أو يدفعها بعيدا	-6
		يأكل طعام مهروس مثل خضار مهروس	-7

العمر من 1- 2 سنة:

-17	يجلس على القسرية أو على مقعد المرحاض الخاص بالأطفال لمدة 5 دقائق	يفرد ذراعيه ورجليه عند إلباسه ملابسه	-13
-18	يضع القبعة على رأسه ويرفعها	يأكل طعام من على المائدة بملعقة لوحده	-14
-19	يخلع الشربات	يحمل ويشرب من كوب بيد واحدة	-15
-20	يدفع الذراعين خلال كم القميص	يضع يده في الماء ثم يربت باليدين	-16
	الرجلين خلال البنطلون	المبلولتين على الوجه مقلدا	

- 21 يقلع الحذاء عندما يكون الرباط غير مربوط أو راهي
-24 ينغلق أو يفتح سوسته كبيرة ولكنه لا يركب طفليه في بعضهما
- 22 يخلع البالطو الخاص به عندما يكون مفكوكا
-25 يستعمل الكلمات أو إشارات مشيرة إلى احتياجه للذهاب إلى المرحاض
- 23 يخلع البنطلون عندما يكون مفكوكا

العمر من 2 - 3 سنوات:

- 26 يطعم نفسه مستعملا ملعقة وكوب مع قليل من السكب
-33 يتحكم باللعبة السائل
- 27 يأخذ فوطة من أحد الوالدين ويمسح اليadan والوجه
-34 يتبول ويتبرز في القسرية ثلاثة مرات في الأسبوع عندما يوضع عليها يلبس الحذاء
- 28 يقص سائل من كوب أو كأس باستعمال المقصاصة
-35 يفرش الأسنان مقلدا
-36 يخلع ملابس بسيطة مفكوكه
-37 يستعمل المرحاض لحركة الأمعاء،
-38 حادث واحد خلال النهار، أو إخلال
الأسبوع
-39 يحصل على ماء من الحنفيه بدون مساعدة عند توفر كرسي أو درجات خشبيه له
- 29 يعرف بالشوكة
-30 يمضغ ويبليع مواد صالحة للأكل فقط
-31 ينشف اليadan بدون مساعدة عندما يعطى فوطة
-32 يسأل للذهاب للمرحاض حتى لو كان متاخرا لتجنب الحوادث

-40	يغسل يداه ووجهه مستعملا الصابون عندما يوازن له شخص كبير	يصب من إبريق صغير في كوب بدون مساعدة
-41	يسأل للذهاب إلى المرحاض خلال النهار لتجنب الحوادث	يفك كبasaة الملابس
-42	يضع البالطو على علاقة بطول الطفل	يغسل يديه ورجليه بنفسه عندما يحمم
-43	يبيّق جافا خلال النوم القصير	يلبس شراباته
-44	يتجنّب الصدمات مثل جوانب الأثاث الحادة أو الدرج المفتوح	يلبس قميصه، بلوفره، البالطو الخاص به
-45	يستعمل فوطة السفرة عندما يذكر	يجد وجه الملابس
-46	يعزز الطعام بالشوكة ويقربها للفم	

العمر من 3-4 سنوات:

-53	يطعم نفسه الوجبة كلها	الذكور يتبولون في المرحاض وهم واقفون
-54	يلبس نفسه مع مساعدة عند لبس البلوفر أو أي شيء يحتاج إلى تزوير	يبدأ وينهي اللبس والخلع ما عدا الأزرار والكمامات والرباطات 75% من الوقت
-55	يمسح الأنف عندما يذكر	يشبك أو يقفل ك BASAT الملابس
-56	يستيقظ جافا لصباين من سبعة	

يلبس القفازات (قفازة بإصبع واحدة الإبهام)	-64	ينظف أنفه عندما يذكر مكسور)	-60
يفك أزرار كبيرة من لوح أزرار أو جاكيت موضوع على طاولة	-65	يتجنب الأخطار العادية (زجاج مكسور)	-61
يزرر أزرار كبيرة على لوح أزرار أو جاكيت موضوع على طاولة	-66	يعلق المعطف على علاقة ويضع العلاقة على قضيب منخفض مع إعطائه التعليمات	-62
يلبس الجزمة ذات الرقبة	-67	يفرش أسنانه عندما يعطي تعليمات لغوية	-63

العمر 4-5 سنوات:

يستيقظ من النوم خلال الليل ليستعمل المرحاض أو يبقى جافا طوال الليل	-76	ينظف ما سكب بجلب ممسحة أو اسفنجية	-68
يسحب وينظف أنفه 75% من الوقت عندما يحتاج بدون تذكرة	-77	يتجنب السموم والمواد الضارة	-69
يحمم نفسه ما عدا الظهر، الرقبة، الأذنين	-78	يفك ملابسه	-70
يستعمل السكين لدهن طعام لين على قطعة من الخبز	-79	يزرر ملابسه	-71
		يخلي المائدة من أدواته المستخدمة بعد تناوله الطعام	-72
		يركب طرف السوستة معا	-73
		يغسل اليدين والوجه	-74
		يستعمل الأداة الصحيحة للأكل	-75

يذهب للمرحاض في الميعاد يخلع ملابسه يمسح نفسه ويضرب السيفون ويلبس بدون مساعدة	-85	المحمص (حمص، زبدة، مربي)
يربط ويفك الحزام من على فستان أو بنطلون أو حذاء	-80	
يمشط الشعر الطويل باستعمال الفرشاة أو المشط	-86	يلبس نفسه كلياً بالإضافة إلى تزوير كل الأزرار الأمامية ما عدا الربط
يعلق الملابس على العلاقة	-87	يسكب لنفسه الطعام بينما يحمل أحد الوالدين الطبق المحتوي على
يتجلو بالحي بدون مراقبة مستمرة	-88	الطعام
يربط حذاءه بإدخال الرباط في فتحات الحذاء	-89	يساعد بإعداد المائدة بوضع الأطباق الفوط الملاعق والشوكل في المكان الصحيح عند إعطائه تعليمات
يربط حذاءه	-90	لغوية
		-84 يفرشی أسنانه

العمر 5 - 6 سنوات:

يقف عند المنحنى ينظر للجانبين ثم يعبر الشارع بدون تذكريات لغوية	-93	مسؤول عن مهمة أسبوعية واحدة في المنزل ويعملها عند الطلب
يضع الطعام بطبقة من طبق السكب ثم يمرر طبق السكب للآخرين	-94	يخترار ملابس مناسبة لدرجة الحرارة والمناسبة

- 95- تحضير وجبته الخاصة من البليلة أو فت الخبز بالحليب
- 100- يقطع طعام لين بسكين (موز، بطاطا مسلوقة، بيض)
- 101- يجد المراهن الصحيح في مكان عام
- 102- يفتح علبة لبن مصنوعة من الكرتون
- 103- يلتقط يحمل يضع الصينية
- 104- يربط حبل الطاقية أو القبعة الصوف
- 105- يربط حزام الأمان في السيارة
- 96- مسؤول عن مهمة منزلية يومية (تحضير المائدة، إلقاء القمامات)
- 97- يوازن درجة حرارة الماء عندما يأخذ دش أو حمام
- 98- يحضر ساندويتش لنفسه
- 99- يمشي إلى المدرسة، الملعب، البقال على بعد بلوكين من المنزل لوحده

المخالطة الاجتماعية:**العمر صفر - 1 سنة:**

- 1 يراقب شخصاً يتحرك تماماً في خط رؤيته
- 2 يبتسم كاستجابة على انتباх الكبار
- 3 يصدر أصواتاً كاستجابة الانتباه
- 4 ينظر إلى يديه، يبتسم أحياناً أو يصدر أصواتاً
- 5 يستجيب لوجوده في محيط العائلة بالابتسامة، إصدار أصوات، أو الكف عن البكاء
- 6 يبتسم كاستجابة لتعبيرات وجه الآخرين

-7	يبيتسن ويصدر أصواتاً لصورته في المراة	يصدر أصواتاً لجذب الانتباه	-17
-8	يربت ويشد على ملامح وجه شخص كبير (الشعر، الأنف، النظارات....)	يقلد لعبة الاستغامية باليد	-18
-9	يمد يده للوصول إلى الأشياء المقدمة له	يصفق باليدين تقليداً للكبار	-19
-10	يمد يده للوصول إلى أشخاص مألفون	يشير لقول باي مقلداً الكبار	-20
-11	يمد يده ويصل إلى المرأة ويربت على صورته فيها أو على طفل آخر	يرفع ذراعيه "كبير جداً" مقلداً الكبار	-21
-12	يحمل ويفحص الأشياء المقدمة لمدة دقيقة على الأقل	يقدم لعبة، أداة، قطعة من الطعام للكبار لكن لا يعطيها دائماً	-22
-13	يهز أو يضغط على موضوع بيده مصدرًا صوت غير مقصود	يحضر، يربت، يقبل أشخاص مألفين	-23
-14	يلعب بدون مراقبة لمدة 10 دقائق	ييدي تجاوباً عند سماع اسمه الشخصي بالنظر أو مد الذراعين كي يحمل	-24
-15	يريد الحصول على التواصل البصري لمدة 3-2 دقيقة عندما يكون برعايته	يضغط أو يهز لعبة لإصدار صوت بالتقليد	-25
-16	يستكفي باللعب وحده بجوار شخص كبير لمدة من 15 - 20 دقيقة	يستعمل اليدين للتحكم باللعبة أو الأدوات	-26
-17	شخص	يمد اللعب أو أشياء إلى الكبير ويطلق سراحها	-27

-28 يقلد حركات طفل آخر أثناء اللعب

العمر 1 - 2 سنة:

- | | |
|--|---|
| <p>يحضن ويحمل لعبة لينة أو عروسه
-35</p> <p>يعيد الحركات التي تصدر ضحكا
-36</p> <p>يعطي كتاب لشخص كبير للقراءة له
-37</p> <p>يسحب شخص آخر مشاهدة بعض
الأشياء أو الأعمال
-38</p> <p>يسحب يده بقول لأنّا عند التقرير
بجوار أشياء ممنوعة عندما يذكر
ينتظر لأن تقضي له احتياجاته
عندما يكون موضوعا في كرسي عالي
أو على طاولة التغيير
-40</p> <p>يلعب مع اثنين أو ثلاثة من عمره
-41</p> <p>يشارك بأشياء أو طعام مع طفل
آخر عندما يطلب منه
-42</p> | <p>يقلد الكبار في مهمة بسيطة مثل
(نفخ الملابس، سحب الملاءات عند
ترتيب الأسرة وحمل الملاعق
والشوك)
-29</p> <p>يلعب مع طفل آخر ولكن كل
منهما يؤدي نشاطا مختلفا
يأخذ دوره في لعبة، دفع سيارة أو
دحرجة كرة مع طفل آخر مدة من
5 دقائق
-30</p> <p>يقبل غياب أحد الوالدين بإكماله
النشاطات، ربما يتتمر قليلا
يستكشف البيئة المحيطة به بنشاط
يأخذ دور في لعبة يدوية (سحب
الخيط أو إدارة المقبض) مع شخص
آخر
-31</p> <p>يأخذ دوره في لعبه يدوية (سحب
الخيط أو إدارة المقبض) مع طفل آخر
-32</p> <p>يستكشف البيئة المحيطة به بنشاط
يأخذ دور في لعبه يدوية (سحب
الخيط أو إدارة المقبض) مع طفل آخر
-33</p> <p>يأخذ دور في لعبه يدوية (سحب
الخيط أو إدارة المقبض) مع طفل آخر
-34</p> |
|--|---|

-43 يحيي أطفال بعمره ومكانته والكبار

- العمر 2 - 3 سنة:
- | | |
|--|---|
| -49 يلعب لعبة ارتداء ملابس الكبار
وتقليدهم | -44 يتعاون مع طلب الوالدين بنسبة 50 % من الوقت |
| -50 يختار عندما يسأل "أتريد شرب الحليب أم العصير؟" | -45 يستطيع أن يحضر أو يأخذ شيء أو يحضر شخص من غرفة أخرى |
| -51 يبدي فهمه للمشاعر بتعبيره عن الحب، الغضب، الحزن، الضحك، الخ..... | -46 يجلس ليستمع إلى الموسيقى أو القصص لمدة 5 - 10 دقائق |
| | -47 يقول من فضلك وشكرا عندما يذكر
-48 يحاول مساعدة الأم بمهماها وذلك بعمل جزء من الشغل مثل حمل الجاروف |

العمر 3 - 4 سنوات:

- | | |
|---|--|
| -54 يحيي الكبار المألفين لديه بدون تذكير | -52 يرقص ويغني على الموسيقى |
| -55 يتبع القواعد في العاب المجموعة
بقيادة شخص كبير | -53 يتبع القوانيں بتقلید حركات الأطفال الآخرين |

-56	يأخذ الإذن لاستعمال لعبة يلعب بها طفل آخر من نفس العمر	يتعاون مع طلب الكبار 75 % من الوقت
-57	يقول من "فضلك وشكرا" بدون تذكر 50 % من الوقت	يبقى في ساحتة المخصصة
-58	يجيب على التلفون، ينادي على الكبير أو يتحدث إلى شخص مألف	يلعب قرب أو يتحدث مع الأطفال الآخرين عندما يعمل بمشروعه الخاص مدة 30 دقيقة
-59	سوف يأخذ دور	
-60	يتابع القوانين في العاب جماعية مقادة من قبل طفل آخر	

العمر 4 - 5 سنوات:

-64	يطلب المساعدة عند ملاقة صعوبة في الحمام أو إحضار شراب	يلعب مع طفلين أو ثلاثة ملدة 20 دقيقة في نشاط متعاون
-65	يساهم في حديث الكبار	يشترك في تصرف اجتماعي مقبول في المحيط العام
-66	يعيد النغمات والأغاني أو يرقص للآخرين	
-67	يشتغل وحده في مهمة ملدة 30-20 دقيقة	يأخذ الإذن لاستعمال أدوات تخص آخرين 75 % من الوقت
-68	يعتذر بدون تفكير بنسبة 75 % من الوقت	
-69	يأخذ دور مع 8 أو 9 أطفال آخرين	

العمر 5 - 6 سنوات:

يُخفف حال أصدقاء اللعب إذا كانوا ماضطربين	-79	يُخبر عن مشاعره الخاصة غاضب، مبسوط، محب	-73
يختار أصدقاء	-80	يلعب مع أربعة أو خمسة أطفال	-74
يخطط ويبني باستعمال أدوات بسيطة (مستوى مائل، نقط ارتكاز، رافعة، بكرة)	-81	بنشاط متعاون بدون مراقبة دائمة	-75
يضع أهداف لنفسه وينفذ النشاط	-82	يشرح قوانين الألعاب أو النشاطات للآخرين	-76
يمثل جزء من قصة، يلعب أدوار أو يستعمل اللعب التي تلبس في اليد	-83	يشترك بالحديث على مائدة الطعام	-77
		يتبع قوانين العاب لغوية تفكيرية	-78

المجال الادراكي:

العمر من صفر- 1 سنة:

يرفع أداة من وعاء مفتوح وذلك بمد يده إلى داخل الوعاء	-3	يزيل قطعة من القماش من على الوجه التي تعرقل الرؤيا	-1
يضع أداة بالوعاء مقلدا	-4	يبحث عن أداة رفعت من خط رؤيته المباشر	-2

- 5 يضع الأداة في الوعاء عند الطلب اللغوي
يدفع ثلاث مكعبات على طريقة قطار
- 6 يهز لعبة تصدر صوت مربوطة بخيط
يرفع دائرة من لوحة الأشكال الهندسية.
- 7 يضع ثلات أدوات في وعاء، يفرغ الوعاء
يضع وتد مدورة في لوح الأوتاد عند الطلب
- 8 ينقل أداة من يد إلى أخرى ليلتقط أداة أخرى
يعمل حركات بسيطة عند الطلب
- 9 يسقط ويلتقط لعبة
يسقط وأداة مخبأة تحت وعاء
- العمر 1 - 2 سنة:**
- 10 يجد أداة مخبأة تحت وعاء
- 15 يخرج 6 أدوات من وعاء كل على حدة
يضع 5 أدوات مدورة في لوح الأوتاد عند الطلب
- 16 يشير إلى جزء واحد من الجسم
يتطابق أدوات مع صور لتلك الأدوات
- 17 يكتس 3 مكعبات فوق بعض عند الطلب
يشير إلى صورة مسممة
- 18 يتطابق أدوات متشابهة
يقلب من 3-2 صفحات من كتاب في المرة الواحدة ليجد الصورة المسممة
- 19 يخرش
يشير إلى نفسه عندما يسأل "أين
- 20 اسمه"

العمر 2 - 3 سنوات:

يضع الأدوات بداخله، على وتحت عند الطلب	-35	يجد كتاب معين عند الطلب يكمل 3 قطع في لوح أشكال	-25 -26
يسمى أدوات تصدر أصواتا	-36	يسمى 4 صور مألوفة	-27
يضع معا 4 أجزاء من لعبة مركبة	-37	يرسم خطأ عموديا مقلدا	-28
يسمى حركات تمثلها صور معينة	-38	يرسم خطأ أفقيا مقلدا	-29
يطابق أشكال هندسية مع صور لتلك الأشكال	-39	ينسخ دائرة	-30
يكدس خمس أو أكثر من الحلقات على وتد بالترتيب	-40	يطابق بين ملامس الأسطح يشير إلى كبير وصغير عند الطلب	-31 -32
		يرسم علامة (+) مقلدا	-33
		يطابق ثلاثة ألوان	-34

العمر 3 - 4 سنوات:

يضع معا جزئين من شكل ليعمل الشكل كله	-45	يسمى الأدوات الصغيرة والكبيرة	-41
يصف حدثين أو شخصيتين من قصة مألوفة أو برنامج على التلفزيون	-46	يشير إلى 10 أجزاء من الجسم عند تلقي التعليمات اللغوية	-42
يلعب باليد والأصابع وهو يغني ويعمل حركات	-47	يشير إلى ولد وبنت عند الأمر اللغوي	-43
		يخبر إما الأداة ثقيلة أو خفيفة	-44

-48	يقارن 1 إلى 1 (3 أو أكثر من الأدوات)	ينسخ سلسلة متصلة من شكل ٧ VVVVVV
-49	يشير إلى الأدوات القصيرة والطويلة	يضيف رجل و/or يد لهيكل شخص غير كامل
-50	يخبر أي أدوات تتناسب معا	يكمel صورة مجزأة من 6 قطع دون محاولة أو خطأ
-51	يعد إلى الثلاثة مقلدا	يسمي الأدوات إما متشابهة أو مختلفة
-52	يرتب الأدوات في فضائل	يرسم خط قطري من زاوية مربع إلى الزاوية الأخرى
-53	يرسم شكل ٧ مقلدا	يرسم مربعاً بالتقليل
-54	يرسم خط قطري من زاوية مربع إلى الزاوية الأخرى	يسمي 3 ألوان عند الطلب
-55	يعد إلى 10 أدوات مقلدا	يسمي 3 أشكال هندسية: مربع، مثلث، دائرة
-56	يبني جسر بـ 3 مكعبات بالتقليل	يتطابق سلسلة أو نموذج من المكعبات أو الخرز
-57	يتطابق سلسلة أو نموذج من المكعبات أو الخرز	

العمر 4 - 5 سنوات:

-65	يلقط عدد محدد من الأدوات (1-5) عند الطلب	يسمي الوقت من النهار المربوط بالنشاط
-66	يسمي خمسة ملامس	يعيد أغنية أطفال مألوفة
-67	ينسخ المثلث عند الطلب	يخبر إذا كان الشيء ثقيل أو أخف (أقل من نصف كيلو)
-68	يذكر 4 أشياء رآهم في الصورة	

يُخْرِجُ مَا هُوَ ناقصٌ عَنْدَمَا تَزَالُ أَدَاءَةُ مَكَعبَاتِ 10 مَكَعبَاتٍ بِالتَّقْلِيدِ	-80	يُخْرِجُ مَا هُوَ ناقصٌ عَنْدَمَا تَزَالُ أَدَاءَةُ مَكَونةٍ مُكوَنةً مِنْ 3 أَدَوَاتٍ	-72
يُسَمِّي طَوِيلًا وَقَصِيرًا	-81	يُسَمِّي 8 أَلْوَانٍ	-73
يُضَعُّ أَدَوَاتٍ بِالْخَلْفِ، بِالْجَانِبِ، بِالْقَرْبِ مِنْ	-82	يُسَمِّي اغْورَةً، نَصْفَ شِيكَلَ، 1 شِيكَل	-74
يُطَابِقُ مَجَمُوعَاتٍ مُتَسَاوِيَّةٍ مِنْ 1 إِلَى 10 أَشْيَاءٍ	-83	يُطَابِقُ الرَّمْوزَ (الْأَحْرَفُ وَالْأَعْدَادُ الْمُكْتَوَبَةُ)	-75
يُسَمِّي أَوْ يُشَيرُ إِلَى جَزْءِ النَّاقصِ مِنْ صُورَةٍ يَعْدُ مِنَ الْذَّاكرةِ مِنْ 20-1	-84	يُقُولُ لَونَ الأَدَاءَةِ الْمُسَمَّاةِ	-76
يُسَمِّي المَوْضِعَ إِمَّا الْأُولُّ، الْوَسْطُ، الْآخِرُ	-85	يُسَرِّدُ 5 إِحْدَاثَ رَئِيسِيَّةَ مِنْ قَصَّةٍ سَمِعَهَا 3 مَرَاتٍ	-77
	-86	يَرْسِمُ رَجُلَ (الرَّأْسُ، الْوَسْطُ، الْأَطْرَافُ الْأَرْبَعَةُ)	-78
	-79	يَعْنِي 5 اسْطُرُّ منْ أَغْنِيَّةٍ	

العمر 5 - 6 سنوات:

يُسَمِّي 5 أَحْرَفَ أَبْجَدِيَّة	-92	يَعْدُ إِلَى 20 شَيْءًا وَيُقُولُ الْعَدْدُ	-87
يَرْتَبُ الأَدَوَاتَ تَبَعًا لِلْعَرْضِ وَالْطُّولِ	-93	يُسَمِّي 10 أَعْدَادَ مُكْتَوَبَةً	-88
يُسَمِّي أَحْرَفَ الأَبْجَدِيَّةِ بِالتَّرْتِيبِ	-94	يُسَمِّي اليمينَ وَاليسارَ عَلَى نَفْسِهِ	-89
يُضَعُّ الْأَعْدَادُ الْمُكْتَوَبَةُ مِنْ 1 إِلَى 10 فِي التَّسْلِسلِ الصَّحِيحِ	-95	يُقُولُ أَحْرَفَ الأَبْجَدِيَّةِ بِالتَّرْتِيبِ	-90
	-91	يَكْتُبُ اسْمَهُ الْأُولَى	

- 96- يسمى موضع الأدوات إما الأول،
الثاني ، الثالث
- 97- يسمى الأحرف منفردة أو متصلة
إلى ثلاثة
- 98- يطابق الأحرف في بداية الكلمة
والأحرف وهي متصلة
- 99- يشير إلى الأعداد المكتوبة من 1 - 25
يتهمي الكلمة
- 100- ينسخ الشكل المعين
يخبر عن توقعاته لما سيحدث
- 101- يكمل متاهات بسيطة
يشير إلى نصف وكل الأشياء
- 102- يسمي أيام الأسبوع بالترتيب
يستطيع أن يجمع ويطرح مركبات
- 103- يقول يوم وشهر ميلاده
يقرأ 10 كلمات مطبوعة بدون أن
- 104- يتهجى الكلمة
- 105- يعود من الذكرة من 1-100

المجال الاتصالي:

العمر صفر - 1 سنة:

- 1 يعيد الصوت الصادر من الآخرين
يوقف النشاط لمدة دقائق عندما
- 2 يعيد نفس المقطع مرتين أو ثلاث
يقال له "لا" 75% من الوقت
- 3 يستجيب إلى الإشارات بإشارات
يجيب أسئلة بسيطة بإجابة غير
- 4 ينفذ بعض التعليمات البسيطة التي
يربط مقطعين مختلفين خلال
- 5 مثل ما، ما، ما
لغوية
- 6 تكون مصحوبة بإشارات
اللعبة اللغوي
- 7 يقلد نغمات الآخرين
يقلد نغمات الآخرين

- 9 يستعمل كلمة مفردة بمعنى لتسمية شيء أو شخص
- 10 يتحدث كإجابة لكلام الشخص الآخر

العمر 1 - 2 سنة:

- 11 يقول 5 كلمات مختلفة (ممكّن استعمال نفس الكلمة للرمز لأنشياء مختلفة)
- 12 يسأل عن المزيد (كمان)
- 13 يقول انتهى (اختفى)
- 14 يتبع 3 تعليمات مختلفة لخطوة واحدة بدون استعمال الإشارات
- 15 يعطي أو يوري عند الطلب منه
- 16 يشير إلى 12 شيء مألف فيديه عندما يذكر
- 17 يشير إلى 3-5 صورة في كتاب عندما تذكر أسماؤهم
- 18 يشير إلى 3 أجزاء من جسمه
- 19 يقول اسمه أو اسم الدلع عندما يطلب منه
- 20 يجيب سؤال ما هذا الشيء بإعطاء اسم ذلك الشيء
- 21 يربط استعمال الكلمات والإشارات يجعل رغباته معروفة
- 22 يسمي 5 أشخاص آخرين من العائلة بالإضافة إلى الحيوانات الأليفة الموجودة في المنزل
- 23 يسمي 4 العاب
- 24 يصدر أصوات حيوانات أو يستعمل أصوات الحيوانات كأسماء للحيوانات مثل الكلب هاو هاو
- 25 يسأل عن بعض الطعام المألف عندما يراه مثل لبن بسكويت حلوى

- 26 يسأل أسئلة وبذلك يقول الجملة أو الكلمة على صيغة سؤال مثبتة أو منفية -28 يجيب أسئلة نعم أو لا بإجابة
- 27 يسمى 3 أجزاء من الجسم على عروسه أو شخص آخر

العمر 2 - 3 سنوات:

- 29 يربط الاسم أو الصفة والاسم في مقطع مكون من كلمتين (كرة - كرسي) (كرتي)
- 30 يربط الاسم والفعل في مقطع من كلمتين (بابا راح)
- 31 يستعمل الكلمة التي تعني احتياج الذهاب إلى الحمام
- 32 يربط الاسم أو الفعل مع هنا وهناك في جملة قصيرة من كلمتين مثل "هذا الكرسي"
- 33 يربط كلمتين ليعبر عن الملكية مثل "سيارة بابا"
- 34 يستعمل لأ في الكلام
- 35 يجيب سؤال ماذا يفعل؟ خلال نشاطاته العادية له وللأسرة
- 36 يجيب أسئلة أين مثال ذلك أين أملك
- 37 يسمى أصوات مألوفة من البيئة مثل صوت القطة
- 38 يعطي أكثر من شيء واحد عند سؤاله باستعمال صيغة الجمع مثل مكعبات
- 39 يدل على نفسه باستعمال اسمه في الحديث
- 40 يشير إلى صور لأشياء مألوفة موصوفة باستعمالها (10 صور)
- 41 يرفع أصابعه ليقول عمره
- 42 يخبر عن الجنس عندما يسأل ولد أو بنت

-43	ينفذ سلسلة من أمرين متقاربين (ليست كرفة)	يشير إلى أشياء ليست الشيء (ليست كرفة)
-44	يستعمل الفعل المضارع بطريقة صحيحة	يجيب أسئلة من باسم
-45	يستعمل صيغة الجمع	يستعمل صيغة الملكية من الاسم "البابا"
-46	يستعمل بعض الأفعال الماضية مثل ذهب عمل كان	يستعمل ألل التعريف أو النكرة في الحديث "الكرة، كرة"
-47	يسأل سؤال ما هذا؟	يستعمل بعض أسماء من المجموعات "اللعب- الحيوانات-
-48	يتحكم بارتفاع الصوت 90 % من الوقت	الطعم
-49	يستعمل هذه وتلك في الحديث	يقول أستطيع أو سوف قبل الفعل
-50	يستعمل كلمة هذه في جملة مثال "هذه كرة"	أحياناً "أقدر اعمل"
-51	يقول أنا لي بدل اسمه	يصف الأشياء إما مفتوحة أو مغلقة

العمر 3 - 4 سنوات:

-59	يقول "هل" في أول السؤال عندما يكون مناسباً	ينفذ سلسلة من أمرين غير متقاربين
-60	سوف يجلس ليستمتع لمدة 5 دقائق عندما تقرأ له قصة	يقول الاسم كاملاً عندما يطلب منه

63 - يجيب أسئلة بسيطة تبدأ بـ "كيف" (كيف تصل إلى البقال)	64 - يستعمل صيغة الفعل الماضي
65 - يخبر عن التجربة الفورية	66 - يخبر عن كيفية استعمال أدوات
67 - يعبر عن الأشياء المقلبة باستعمال سوف (سوف اذهب - سأعمل - أريد أن)	68 - يعيد ترتيب الكلمات بطريقة مناسبة لسؤال (هل لي؟ - هل هو؟)
69 - يستعمل بعض صيغ الجمع الشائعة (رجال - أقدام)	70 - يخبر عن حدثين في نفس ترتيب حدوثهما
71 - ينفذ سلسلة من 3 إرشادات	72 - يظهر فهم للجمل المبنية للمجهول (الولد أكل التفاحه_ أكلت التفاحه)
73 - يستطيع أن يجد زوج من الأدوات / الصور عند الطلب	74 - يستعمل "أستطيع" و "ارغب" في الكلام
75 - يستعمل جمل مربوطة "أنا ضربت الكرة وطارت إلى الشارع"	76 - يستطيع أن يجد أعلى و أسفل أشياء عند الطلب
77 - يستعمل النفي لا أريد، لا أستطيع، لن أفعل	78 - يستطيع أن يشير إلى الأخطاء السخيفة في الصورة

العمر 4 - 5 سنوات:

71 - ينفذ سلسلة من 3 إرشادات	72 - يظهر فهم للجمل المبنية للمجهول (الولد أكل التفاحه_ أكلت التفاحه)
73 - يستطيع أن يجد زوج من الأدوات / الصور عند الطلب	74 - يستعمل "أستطيع" و "ارغب" في الكلام
75 - يستعمل جمل مربوطة "أنا ضربت الكرة وطارت إلى الشارع"	76 - يستطيع أن يجد أعلى و أسفل أشياء عند الطلب
77 - يستعمل النفي لا أريد، لا أستطيع، لن أفعل	78 - يستطيع أن يشير إلى الأخطاء السخيفة في الصورة

-83	يُخبر أن كانت الكلمتين على نفس الوزن والنغمة أم لا	-79	يُستعمل كلمات أخ، أخت، جد، جدة
-84	يُستعمل جمل مركبة (هي تريده أن تحضر لأن)	-80	يقول الكلمة النهائية في التناظر العكسي
-85	يُستطيع أن يُخبر إذا كان الصوت عالياً أو خافتاً	-81	يُخبر قصة مألوفة بدون استخدام صور للتلميحات
-82		-82	يسمى الصورة التي لا تنتمي إلى فئة معينة

العمر 5 - 6 سنوات:

-94	يُضع من 3 - 5 أجزاء متسلسلة معاً من قصة ويقولها	-86	يُستطيع الإشارة إلى بعض، كثير، عديد من
-95	يُوضع الكلمات	-87	يُخبر العنوان
-96	يُستطيع أن يقول عكس	-88	يُقول رقم التليفون
-97	يجيب أسئلة ماذا يحدث إذا (سقطت البيضة؟)	-89	يُستطيع الإشارة إلى أكثر، أقل، قليل
-98	يُستعمل كلمة أمس وغداً بمعنى	-90	يُقول نكت ببساطة
-99	يسأل عن معنى كلمات جديدة أو غير مألوفة	-91	يُخبر عن التجارب اليومية
		-92	يصف الموضع أو الحركة من ناحية
		-93	البعد والقرب والاتجاه وفوق

- الفرق بين اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل وقائمة اختبارات السلوك

اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل:

1- يقيس قدرات الطفل في 5 مناطق:

- العمر الجسمي physical age

- العمر في المساعدة الذاتية self help age

- العمر في المخالطة الاجتماعية social age

- العمر في المجال الادراكي (المعرفي) academic age

- العمر في المجال الاتصالي communication age

2- مفزن

3- عند تطبيقه تنزل بلوكين أو صندوقين للطفل المعوق وبلوك واحد للطفل الطبيعي

4- يطبق فيزيارة الأولى في بداية السنة لمعرفة حالة الطفل وتحديد مناطق القوة والضعف

عنه ويطبق أيضا في نهاية السنة ليحدد مدى التحسن الذي طرأ للطفل خلال السنة

التدريسية.

5- لا يمكن تطبيقه خلال زيارتین منفصلتين.

قائمة اختبارات السلوك :checklist

1- تحتوي على 5 مناطق تعليمية :five core areas

- المخالطة الاجتماعية socialization

- المجال الادراكي cognitive

- المجال الاتصالي language

- المساعدة الذاتية self help

- المجال الحركي motor

- بالإضافة إلى التأثير على الطفل الرضيع infant stimulation

2- غير مقنن

3- عند تطبيقه نأخذ العمر العقلي الذي حصل عليه الطفل في كل منطقة في قائمة التسجيل أي نتيجة اختبار الصورة الجانبية sheet.

4- يطبق فيزيارة الثانية وفيه يحدد مستوى الطفل والمهارات التي يعرفها والتي لا يعرفها أي مناطق القوة والضعف عنده ويجب على المدرسة أن تراجع checklist

ورقة النشاط

تحتوي ورقة النشاط على الهدف المراد تعليميه وتطبق فيزيارة الثالثة للمدرسة وتحتوي على ما

يلى:

-1 اسم الطفل child's name

-2 اسم المعلمة المنزليه home teacher's name

-3 التاريخ date

-4 عمر الطفل child's age

-5 الهدف ورقمه goal and its number

-6 ماذا نعلم what to teach وتشتمل على: تقسيم أجزاء السلوك behavioral objective ويحتوي

على:

اسم الطفل who

الهدف المراد تعليميه what will do

نوع المساعدة with what kind of help

عدد المحاولات how well

* ماذا نسجل (إذا تعاون يمسك اليد أو لم يتعاون يمسك اليد) what to record

* التعليمات وتحتوي على:

-مكان العمل place to work-

-الأدوات materials-

-كيف تستخدم الأدوات how to present materials-

-كيفية التسجيل how to record-

-كيف تشجع الطفل how to reinforce-

-نوع المساعدة type of aid-

-عدد المحاولات how many trials-

-تدعيم الهدف generalization-

* الخط القاعدي base line

*نتيجة الخط القاعدي post base line

وهما عبارة عن اختبارين تقوم بهما المدرسة فقط وبدون تشجيع لكل هدف تعليمي تقوم

بتتنفيذه وهما ليس موقف تعليمي.

* تسجيل الأم recording of mother: وفيه تسجل الأم نتيجة تعليمها للطفل خلال الأسبوع وتقوم

فيه بتشجيع الطفل وراء كل محاولة نجاح.

11- ورقة تسجيل السلوك behavior log

وهي الصحيفة التي تشرح خطوات تدريس الأهداف للطفل ومن خلالها تتعرف المشرفة على ما يلي:

- 1 الأهداف التي قامت المدرسة بإعطائها للأم لتعليم طفلها حسب الخطة التعليمية.
- 2 تعرف المشرفة من خلالها كل التطورات التي حصلت للطفل.
- 3 تثبت للمشرفة أن المدرسة تقوم بتبسيط الهدف بما يتناسب مع قدرات الطفل.
- 4 تساعد على التعرف على المشاكل وتحديد خطط المستقبل.
- 5 تساعد المشرفة على معرفة ما إذا كانت المدرسة تتبع في الأهداف المعطاة للطفل من المناطق التعليمية المختلفة.
- 6 تساعد المشرفة في معرفة مدى مشاركة الأم في تنفيذ الأهداف ووضع الخطة التعليمية من خلال الكتابة في خانة الملاحظات أن هذا من اقتراح الأم.

تقييم نشاط المدرسة المنزلية:

* يتم تقييم المدرسة المنزلية من قبل مديرية البرنامج حوالي 3 مرات في السنة أو حسب حاجة المدرسة للتقييم ومن قبل المشرفة مرة كل شهر تقريباً، وقد تتم زيارات تقييمية أخرى الغرض منها متابعة طريقة عمل المدرسة في توصيل المعلومات للأم والطفل وتدور حول طريقة:

- 1 إعداد المدرسة لورقة النشاط.
- 2 إعداد الأدوات اللازمة للتنفيذ.
- 3 طريقة التنفيذ ومدى التزام المدرسة ببنود الزيارة المدرسية.
- 4 التفاعل بين المدرسة والطفل والأم.
- 5 ملاحظات عامة

12- التقرير الأسبوعي weekly report

يشتمل على:

- 1 اسم الطفل، اسم المدرسة، اسم المشرفة، التاريخ.
- 2 ملاحظات الأسرة: يقصد بها ملاحظة الأسرة على الطفل أثناء تطبيق النشاط خلال تدريسه في الأسبوع الماضي وما هي مقترحاتها إذا اقترح شيئاً، وهل اقتراح الأسرة في حدود المعقول أم لا بحيث يتماشى مع مقدرة الطفل أو ربما تضع المدرسة هذا الاقتراح في الخطة التعليمية القادمة فقد تقترح الأم تعليم طفلها عدم ضرب أولاد الجيران مثلاً.
- 3 ملاحظات المدرسة المنزلية: وتذكر المدرسة فيه مدى تعاون الأم وكيفية تقبيلها للزيارة من حيث احترام موعد الزيارة، ومدى تجاوب الطفل مع المدرسة أو عدم تجاوبه، وعم إذا كان البيت مهياً للتدرис أم لا.
- 4 الحالة الصحية للطفل والسلوك: وهي مفيدة جداً للمدرسة فقد يكون طفل ما مريض ويزور الأسبوع كل شهر بسبب الربو في صدره فهذا يفيد المدرسة في وضع الخطة التعليمية فلا تختار أنشطة القفز والجري والتسلق والتمارين الرياضية غير المناسبة وان تقلل المحاولات حتى لا ترهق صحة الطفل. ويشمل أيضاً ملاحظة المدرسة حول سلوك الطفل فقد يكون مثلاً عنيداً أو قليلاً التركيز أو كثيراً الحركة.
- 5 جدول الأنشطة التي تركت عند الأم وتشمل: نوع الهدف ثم الهدف المراد تعليمه والخط القاعدي له ووسيلة التشجيع وهل هو نشاط جديد أم مستمر.

يوم الاجتماع الأسبوعي: in-service day

* هو يوم الاجتماع الأسبوعي يتم دوريًا في يوم محدد حيث يجتمع الجميع لبحث الآتي:

- 1 بحث طرق تدريس وتنفيذ الأهداف التي تساعده على تلافي مشكلات معينة.
- 2 يتم التخطيط للأسبوع المقبل من حيث تنفيذ الأنشطة ومناقشة ورقة تسجيل السلوك.
- 3 العمل على تكميل الأوراق المكتبية مع المشرفات.
- 4 طلب زيارات متابعة وحل مشاكل من قبل الإدارة من مديرية أو مشرفات.
- 5 المشاكل التي تواجه المدرسات من حيث انتظام الأهل.
- 6 المشاكل التي تواجه المدرسات من حيث التنقل وسهولة المواصلات.
- 7 في كل شهر ساعة سعيدة لذكر قصص النجاح لتشجيع الجهود الفردية.
- 13- محاضرة التدليك والتمارين الرياضية

- يحتاج جميع الأطفال كباراً وصغاراً للتدليك سواء كانوا معاقين أو غير معاقين ويختلف التدليك من طفل لآخر وفقاً لحالته الصحية.

- لذلك يجب مراعاة ما يلي عند التدليك:

- مراعاة الوقت الذي تقوم فيه الأم بالتدليك للطفل "قبل أوقات النوم إما صباحاً أو مساءً" لأن التدليك يهدئ أعصاب الطفل وينشط الدورة الدموية.
- أن تكون الغرفة جيدة التهوية لتدليك الطفل كذلك عدم وضعه في تيار هوائي.
- وضع فرشة مريحة على الأرض لتضع الطفل عليها لتنفيذ التدليك بأمان وراحة.

- إحضار مسجل أو راديو لسماع موسيقى هادئة كي تساعد على تهدئة أعصاب الطفل.
- إحضار زيت للتدليك أو كريم أو بودرة مع مراعاة عدم تدفئة الزيت قبل التدليك.
- عدم تدليك الطفل من فوق الملابس.
- مراعاة الدقة والبطء والرفق عند تدليك الطفل ويكون التركيز في تدليك الطفل على إصبع الإبهام أكثر من الأصابع الأربع الباقية وبحركة دائيرية.
- يجب تشجيع الطفل ولكن بدون تصفيق لأن التصفيق يساعد على تنشيط الطفل أكثر لذلك يشجع الطفل بالرثت على الظهر والممسح على الرأس والتقبيل والمداعبة أو الابتسامة.
- عدم تدليك الطفل الذي أجريت له عملية إلا بعد استشارة الطبيب وسماحه بذلك.
- في أوقات الشتاء يجب تدفئة الغرفة عند تدليك الطفل حتى لا يتسبب هذا في مرض الطفل أو مراعاة إغلاق الشبابيك والأبواب.
- يجب مراعاة إعطاء الطفل تدليك ثم تمرين رياضي وذلك لعدم إرهاق الطفل والعضو المصاب مع مراعاة عدم إعطاء عدة أهداف لنفس العضو مثل : هدفين تدليك لليد أو هدف تدليك وتمرین للرجل.
- لا تحاول المدرسة أن تقوم بتدليك الطفل في هيحانه أو صراخه أو بكاءه لأنه يدل على عدم راحة الطفل من الحركات أو التدليك وعليها التوقف فورا.

- عدم الضغط على الجزء المصاب بأي حال من الأحوال لأنه قد يزيد إصابته فمثلا طفل يده ملتوية لليمين فلا تحاولي جذبها إلى اليسار بشدة.
- في حالة التدليك على المدرسة أن تكون في منتهى الرقة والحنان ويظهر ذلك على وجه الطفل واحمرار الجسم إذا زاد الضغط على جسم الطفل.
- على المدرسة أن تتأكد من أن الأم تقوم بنفس طريقة التدليك أو التمرين الذي تنفذه المدرسة وتلفت نظرها إلى ذلك.

البرامج التربوية المقدمة متعددي الإعاقات :

ومن أشهر البرامج التي تقدم لفئة متعددي الإعاقات هو برنامج بافاريا بألمانيا وهو يصلح مع فئة متعددي الإعاقات وينقسم إلى ثلاثة أقسام هي :

- 1- التعليم التطويري .
- 2- المهارات الأساسية .
- 3- المهارات الثانوية .

أولاً المنهج التطويري :

ويعتمد على ثلاثة مكونات هي على النحو التالي :

- 1- الناحية الحسية والحركية :

حيث يهتم هذا الجزء بنمو الجانب الحسي والحركي لدى الطفل أي انه يهتم بتدريب الحواس وانه يعرف الطفل أجزاء جسمية ويدركها كما يهتم بتوظيف حركة اليد والسيطرة على الجسم

- 2- الناحية الإدراكية :

وهي تعتمد على الإدراك والانتباه لدى الطفل فتدرسه على إدراك الأشكال والألوان والإحجام وتحسن قدرته على الإدراك والانتباه كما تهتم بالتطوير

للجانب الحسي حري وتطوير الذاكرة والخيال لدى الطفل وتطور الإبداع وتساعد في حل المشكلات .

3- الناحية اللغوية :

هتم برنامج بافاريا على الجانب اللغوي ويشمل قدرة الطفل على الكلام وكيف يصغي للكلام وكيف يتواصل بالألفاظ وكيف يحسن مستوى التواصل اللغوي لديه ثانياً المهارات الأساسية :

ومن المهارات التي يقوم عليها برنامج بافاريا هي المهارات الأساسية مثل:

1- الاعتماد على النفس من المأكل والملبس

2- الاعتناء بالممتلكات الخاصة

3- الاهتمام باللعب سواء التخييلي أو المطعم أو الإيهامي أو الاستكشافات

4- تنمية العلاقات الاجتماعية والتعايش مع الآخرين

5- مراعاة قواعد السلوك الاجتماعي

6- استخدام المواصلات وتحسن وعيه بحركة المرور وحياة الشارع

7- تعليمه مبادئ القراءة والكتابة والحساب بصورة متدرجة وبسيطة

ثالثاً المهارات الثانوية :

1- استخدام الحواس في إدراك البيئة

2- استخدام الأساليب الإبداعية

3- التدريب على الحروف اليدوية

4- تطوير فه الطفل للعالم الخارجي

5- استخدام الملاعب والمسابح العامة (www.gulfnet.ws) وهناك برامج أخرى تصلح أيضاً مع متعدد الإعاقات وهو برنامج بورتج للتربية المبكرة :

ويقوم البرنامج على مجموعة من الخبرات المحددة بهدف إكساب الأطفال المعاقين معلومات أو مهارات او اتجاهات في جلب من جوانب سلوكهم (كرم الدين، 1994) اما سعدية بهادر (1994) فترى أن برنامج بورتج يقوم على مجموعة من الممارسات والأنشطة والألعاب والمواقف والأساليب التي يمارسها الطفل مع معلمنته خلال يوم كامل من أيام الأسبوع .
الأسس التي قام عليها البرنامج

1-الأسرة هي التي توجه عملية التدخل

2-جوهر التدخل هو التفاعل بين الوالدين والطفل

3-النظام اليومي وعادات الأسرة واللعب هي الوسيط الذي يتم من خلاله التدخل

4-تسجيل المحادثات والحوارات الدائرة من الوالدين وفريق العمل هو أساس اتخاذ القرار

أهداف برنامج بورتج :

1-تدعيم جو لعب للأطفال الصغار

2-تشجيع الطفل على المشاركة في الحياة اليومية

3-مساعدة الآباء في اكتساب الثقة

4- توفير تنمية المواد التعليمية

يستند البرنامج على أربعة أنشطة هي :

1-زيارات منزلية أسبوعية تقوم بها زائرة مدربة

2-أنشطة تعليمية مكتوبة أسبوعيا بصورة فردية

3-التعليم للتسجيل يقوم به الوالدين

4-إشراف أسبوعي من الزاركة المنزلية

مكونات البرنامج :**1-عملية التشخيص :**

يشمل البرنامج على جهود مكثفة لتعرف مؤسسة المجتمع المحلي ببرنامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكّات نجاحها على أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمه وعدد الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها

2- التقييم البيئي :

وهو تقويم الانشطة في بدايتها وتطويرها وهذا التقييم يتضمن نظرة واسعة للمصادر والاحتياجات والاهتمامات والتدريب ولمساعدة للمعلمين.

3- التخطيط البيئي :

وهو تخطيط عمل كل أسرة بمفردها وما هي أدوات واهداف وموضوعات الخطة وتوسيع الخطوة لإنجاز الهدف المرجو منها

4-تنفيذ الخطة :

لكل برنامج له نشاطات محددة وموظفة لتنفيذ الخطة وهذه الانشطة للتنوع ويكون ويمكن ان تتضمن زيارات منزلية ونقل خبرات المجموعة للاسرة ومتابع الانشطة

5-تدعيم الاجراءات المنظورة

في كل برامج الخدمات يكون الاتصال مباشر بالمشتركيين ثم تصميم البرامج سواء كان برنامج تدريب او خدمة مباشرة بحيث يتطلب الانتياب الى بناء البرامج

6-حصيلة التقييم :

وهو عن طريق قياس حصيلة البرنامج من تحقيق وانجاز أهدافه وموضوعاته المرسومة ومدى استفادة الطفل متعدد الإعاقات منه (القمش 2011)

الإعاقات المتعددة

290

المصادر والمراجع

المراجع لغربية

- زكريا احمد الشربيني (2009) طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- مصطفى نوري القمش (2011) الاعاقات المتعددة عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- وزارة التربية والتعليم: نحو تربية خاصة أفضل مطبوعات المؤتمر القومي الأول (1995) .
- عبد المطلب امين القرطي (2006) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .
- سعيد محمد النصراوي (1982) الأطفال التوحديون ، عمان ، وزارة التربية والتعليم التربية الخاصة الوضع الراهن مطبوعات المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (1995) .
- ناصر على الموسى (1999) دمج الأطفال المعوقين بصربيا في المدارس العادية، مركز البحث التربوية لكلية التربية جامعة الملك سعود .
- يوسف القربي (2001) الإعاقة بين الوقاية والتأهيل مركز البحث والتطوير والخدمات التربوية والنفسية جامعة الإمارات ، العين .
- حامد عبد السلام زهران (1995) في للصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة الانجلو المصرية .
- كمال ابراهيم مرسي (1996) مرجع في علم التخلف ، القاهرة ، دار النشر للجامعات .

- عبد العزيز السرطاوي وحين خصشيان (2000) الاعاقة العقلية ، دي ، مكتبة الفلاح .
- هشام عبد الرحمن الخولي (2008) التوحد ، بنها الجديدة ، دار المصطفى للطباعة .
- طارق عامر (2008) الطفل التوحيدي ، عمان ، البازدري .
- محمد احمد خطاب (2009) سيكولوجية الطفل التوحيدي ، الاردن ، المكتبة الوطنية .
- عثمان لبيب فراج (2001) توحد بون ولكن موهوبين للنشر والتوزيع هيئة رعاية الفئات الخاصة .
- نجدة إبراهيم سليمان (2001) تقديم الخدمات العلاجية والتربية المدمجة للأطفال المعوقين في التدخل المبكر ، مجلة العلوم التربوية ، معهد الدراسات التربوية .
- رابية حكيم (2003) دليلك للتعامل مع التوحد ، الرياض ، دار الزهراء .
- فاروق محمد صادق (1982) مرحلة الصدمة والادوار المتوقعة للوالدين ، المؤتمر القومي الاول للتربية الخاصة
- سليمان الريحان (1985) التخلف العقلي ، عمان ، مطبع الدستور التجارية .
- عبد المطلب امين القرطي (2011) في الصحة النفسية ، ط 3, القاهرة ، دار الفكر العربي .
- عبد الرحيم عبد المجيد (1999) تنمية الأطفال المعاقين ، دار غريب للطباعة .

- وزارة التربية والتعليم : الادارة العامة للتربية الخاصة ، الاحصاء الاستقراري .
- يوسف القربيوي عبد العزيز السرطاوي جميل الهمادي (1995): المدخل إلى التربية الخاصة ،
الإمارات ، دار العلم .
- هشام محمد الخولي (1996) : علم نفس النمو (الطفولة والمراحلة) ، القاهرة مكتبة الانجلو
المصرية .
- يوسف القربيوي وجلال جرار (1986) الدليل والمعايير التجريبية للصورة المغربية من مقاييس
السلوك التكيفي للمعاقين عقليا ، جامعة الأردن .
- المجموعة الاستشارية لنظم المعلومات (2001) التعليم والحوار ، شركة ISM القاهرة .
- محمد الشرقاوي (1984) صعوبات التعليم الاسس النظرية والعلاجية ، القاهرة دار النشر .
- السيد إبراهيم السماروني (1998) فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج ضبط الانتباه ،
مجلة علم النفس العدد (46).
- زينب محمد شقر (2000) كيف نربي أبنائنا ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- صندوق الملكة علياء (1993) دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي .
- أمال عبد السميح باطلة (2005) التربية الخاصة ، القاهرة الانجلو المصرية .
- ربيع شعبان يونس (2007) علم نفس النمو ، الدمام ، مكتبة العتيبي .

- ليلى احمد كرم الدين (1984) برنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القائلين للتعلم ، القاهرة
- سعدية بهادر (1994) المرجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة ، القاهرة .
- فاروق الروسان (2010) سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة) عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع
- أمل عزت (2011) : أثر مشاركة أمهات الأطفال في البرامج التأهيلية على جودة التفاعل مع أطفالهن الصم المكفوفين ، المؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة بنها ، الصحة النفسية نحو حياة أفضل للجميع العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة من 17-18 يوليو .
- ماري حلمى تناغو (2011) : فعالية استخدام طريقة برايل في تحسين جودة حياة الأشخاص ذوى الإعاقة السمع بصرية المكتسبة (دراسة حالة) ، المؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة بنها ، الصحة النفسية نحو حياة أفضل للجميع (العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة) من 17-18 يوليو
- عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (1998) . الإعاقات الجسمية والصحية ، دبي : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .
- زينب محمود شقير (2000) . خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة ، ط 1 ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- زينب محمود شقير (1999) . سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- سعيد حسني العزة (2002). المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوى الحاجات الخاصة (المفهوم والتشخيص وأساليب التدريس)، دار الثقافة: عمان - الأردن.

- عبد الرحمن سيد سليمان(2001). الإعاقات البدنية (المفهوم والتصنيفات والأساليب العلاجية)، مكتبة زهراء الشرق: القاهرة - مصر.
- عادل عبد الله (2005): تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة أعراض داون من موقع أطفال الخليج ذوى الاحتياجات الخاصة .
- ماجدة السيد عبيد (2000). الوسائل التعليمية في التربية الخاصة، ط1، دار الصفاء: عمان - الأردن.
- جمال الخطيب (2003). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية، دليل المعلمين والآباء، ط1، دار الفكر: عمان - الأردن.
- جمال الخطيب ومنى الحديدي (1998). التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)، دار الفكر: عمان - الأردن.
- تيسيركواحة و عمر عبد العزيز (2003). مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسيرة: عمان - الأردن.
- كمال سيسالم (1998). المعاانون جسمياً وصحيًا في المدارس العامة، دار الكتاب الجامعي: العين، الإمارات.
- سعيد حسني العزة (2001). الإعاقة السمعية والبصرية والحركية، دار الثقافة: عمان - الأردن.
- راضي الوقفي (2004). أساسيات التربية الخاصة، عمان، كلية امملكة علياء .
- يوسف القریوقي ، عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (2001) : المدخل إلى التربية الخاصة ، ط2 ، دبي ، دار القلم .
- يوسف القریوقي ، عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (1995) : المدخل إلى التربية الخاصة ، العين ، مكتبة الفلاح

- مصطفى القمش، ناجي السعaidة (2007) قضايا وتجهات حديثة في التربية الخاصة الخاصة ، ط 1 ، عمان : دار المسيرة .
- مصطفى القمش ، خليل المعايطة (2010) سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة) ط 3 ، عمان : دار المسيرة .
- جمعية نداء نشرت في 2 يناير 2010 إعداد و ترجمة الأخصائية "التحدي" بشبكة و منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة .
- نادر الكسواني (1993) ، الشلل الدماغي (التطور الحركي والإدراكي) ، عمان زهران للنشر والتوزيع .
- محمد جميل ومحمد منصور (1981) قراءات في مشكلات الطفولة ، جدة، تهامة . -بيل جير هارت ترجمة أحمد سلامة
- (2004) : تعليم المعوقين، الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- كامبيون كوين (2011) 100 سؤال وجواب حول التوحد مؤسسة آل مكتوم ، بيروت .

المراجع الأجنبية

- Banumeister Bachach,R (1996): chromosomal disorder in color at las of congenital mal for mation syndroms p . p 1 – 2 london .
- Barkely , R (1997) : sense of Time in children with adhd . Jovrnal of the international Nevro psychology society 350 – 360 .
- Byrna , A (1996): the world of the avtisic child understand ding and tranining autistic spec trum Disorder . or ford university press .
- Chal fant . J (1998): Learning disabilities policy issves and promising approaches American psychologist , vol . 44 p . p 392 – 398 .
- Detter man . Dr thom pson , L (1997): what is special about special Education , American psychologist , 52 . p.p . 1082 – 1090 .
- Gibsson , W . (1978): art and science of teaching orientation and mobility to persons with visual impairments . New York .
- Greer , Allsop (1980): clinical child psychology social learning Development and Behaviour 2nd ed.uk : chichester .
- [http : // www.angel man . org](http://www.angel man . org)
- <http://www.geneclinics .org>
- Kirk,A.S (1996): Education exception children (2nd,ed) houg hoton miffline campany : Boston .
- Leokanner (1943): childhood autism reading sim autism, p . p . 34 – 37 .
- lerner , g(2000) : Lerning Disabiltis : theories diagnosis teaching strategies Hou ghot miffline .
- Lernet , J . (1985): psychological and behavioral aspects of physical disability : plenvm press .
- Miller . A (1992) :Development of speech and language inchildren with down syndrome in . lott mc coy pp 39 – 45 new York . wiley Liss .
- Paul,R . (1985): compre he nsion of indirirect Reguests in adults withautistic Disorders and mental retardation : Eric Journals in Education , vol 18 No 5 .
- pope,L (1982): Guldlines for teaching children with Learning problems . New York .
- Singhe , r (2003): Attention Defieit hyperactivity disorder : review of AD / HD in learning disability : The Diagnostic criteric for psychiatric disorder for use with adult Journal of disability research . 47 (1) .
- Start,B(1996) :Evalvating avtistic children .Journal of pediatric pasychology .
- svllivan , R (1988): Developmental Dyscalculia coretex 24 (4) 555 – 560 .

- Wikipedia , (2006): learning disbilits and attention deficit – hy peractivity disorder aminteraction perspective . Journal of learning disabilities . 24(7) 368- 375 .
- winder , B (1980) :the hand book of ovtsmagvide for parents and professionals , New York .
- www : islam on line . Net
- - www : thearc . org . Down syndrome Journal of Learning Disabilities, 37 (1). 4-15.
- Yssel dyke,J (1977): special Education : a practical approach for teachers : Hov ghtom micfflin company : Boston .
- Audiological assessment of the Deaf-Blind.' In Proceedings(1977) : Basic Assessment and Intervention Techniques for Deaf-Blind and Multihandicapped Children (Sacramento, Calif: California State Department of Education).
- Alarcon, M.L; Defries, J. C. & Light, J. G. (1997): A twin study of mathematics disability. Journal of Learning Disabilities, 30 (6), 617-623.
- Autistic disorders in down syndrome; Background factors and clinical correlates. Development and Medical child Neurology,v43, n11, pp750 – 754.
- Bigge. Morris L, and MauriceP.Hunt(1968): Psychological Foundations of Education. Second edition (New York: Harper & Row).
- Bronfenbrenner, U. (1974) :Is Early Intervention Effective? United States Department of Health. Education and Welfare. Office of Human Development. Publication No. 76-30025 (Washington. D.C.: USGPO).
- Chambers, D.C. (1973): The Role of the Pediatrician in Diagnosis and Evaluation of the Deaf-Blind Child (Denver, Colo.: Colorado Department of Education).
- Chess,S.,S.Korn, and P.Fernandez(1971) :Psychiatric Disorders of Children with Congenital Rubella (New York: Brunner/Mazel).
- Curtin, G.I. (1962): Mobility - social and psychological implications.' The New Outlook for the Blind 56, 14-18
- Efron. M. and B.R. DuBoff (1976): A Vision Guide for Teachers of Deaf-Blind Children (Raleigh. N.C.: Department of public Instruction).
- Franklin, Barbara (1976): Paper presented at the 6th International Deaf-Blind Seminar, Sydney, Australia (Sydney: International Association for the Education of the Deaf-Blind, c/o The Royal N.S.W. Institute for deaf and Blind Children, G.P.O. Box 4120, Sydney, Australia 2001).
- Freeman, P. (1975): Understanding the Deaf-Blind Child (London: Heinemann Health Books).

- Harris, Fran (1977) :Audiological assessment of the Deaf-Blind.' In Proceedings: Basic Assessment and Intervention Techniques for Deaf-Blind and Multi-handicapped Children (Sacramento, Calif: California State Department of Education).
- Hurlock, E.B. (1964) :Child Development. Fourth edition (New York: McGraw Hill).
- Jan, James E. et Al., eds (1977): Visual Impairment in Children and Adolescents (New York: Grune and Stratton).
- Jersild, A.T. (1968) Child Psychology. Sixth edition (Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall).
- Lange, E. (1975): Adapted Physical Education for the Deaf-Blind Child. Hank Baud, ed. (Raleigh, N.C.: Department of Public Instruction).
- Lerner, J. (2000): Learning Disabilities: Theories, Diagnosis, & Teaching Strategies, Houghton Mifflin: Boston.
- Lerner, J. (2000): Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching strategies (8th ed). Boston: hoghuton. Mifflin company.
- Lowenfeld, Berthold (1964): Our Blind Children. Second edition (Springfield. Ill.:Charles C.Thomas).
- McInnes, J.M. and J.A. Treffry (1977) :The Deaf-Blind Child.' In James E. Jan et al.) eds. Visual Impairment in Children and Adolescents (New York: Grune and Stratton).
- Myklebust, H.R. (1964): The Psychology of Deafness. Second edition (New York: Grune and Stratton).
- Nesbitt, Howard (1974): Program Development & Recreational Service for the Deaf-Blind (Washington, D.C.: U.S. Office of Education).
- O'Brien, Rosemary (1976): Alive ... Aware ... A Person (Rockville, Md.: Montgomery County Public Schools).
- Robbins, N. (1971):Educational assessment of Deaf-Blind and audiorially visually impaired children: a survey,' In E. Lowell and C. Rovin, eds, State of the Art (Sacramento, Calif.: California State Department of Education).
- Rusolin, H. (1972) :Coping with the Unseen Environment (New York: Teachers College Press, Columbia University Press).
- Scott, Eileen P. et al. (1977) :Can't Your Child See? (Baltimore, Md.: University Park Press).
- Stein, Laszlo (1979):Auditory brainstem responses (ABR) with suspected Deaf-Blind Children., Paper presented at the American Speech and Hearing Association Meeting, Atlanta, Georgia.

- Rasmussen, P.; Burjesson, O.; Wentz.E. &Gillberg,C. (2001):- ADHD : Anitroduction AD/HD the tliistory and the characteristic of AD/DH hhttp / users 2 evl-net
- Stewart, L.G. (1977): Considerations in the psychological assessment of" Deaf-Blind Children., In Proceedings: Basic Assessment and Intervention Techniques for Deaf-Blind and Multihandicapped Children (Sacramento. Calif.: California State Department of Education).
- Tait, C. (1977) :Hearing and the Deaf-Blind Child.' In E. Lowell and C. Rovin, eds, State of the Art (Sacramento, Calif: California State Department of Education).
- Turk,H. (1992): Children with down's yndrome and fragile Xsyndrome A comparospn study. Society for Study of Behavioral Phenotypes: 2nd Symposium Abstracts, Oxford, SSSp.
- Van Dijk, J. (1975): Paper presented at a workshop, New York Institute for the Blind.
- Vatter, Glenn (1998): Diagnosis of autism in children with downsynd- rome. New York: Jamesville.
- -world health organization (who) (1991) :mental retraction meeting the challang .
- Ysseldyke, J. &Algozzine, (1990): Special Education: A practical approach for teachers. Houghton Mifflin company: Boston.