

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية

الإعاقات المتعددة

تأليف

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

الطبعة الأولى

1435هـ - 2014م

مَكْتَبَةُ الشَّامِ
ناشرون

ج مكتبة الرشد ١٤٣٥هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

القطاوي، سحر منصور

الإعاقات المتعددة/ سحر منصور القطاوي، نجوى حسن علي حسن- الرياض،

١٤٣٥هـ

ص.٠٠، نس.٠٠

ردمك: ٦- ٧١ - ٨١٥١ - ٦٠٣ - ٩٧٨

١- الإعاقة ٢- الاطفال المعوقون- رعاية أ.حسن:نجوى حسن علي (مؤلف

مشارك) ب.العنوان

١٤٣٥/٤٣٥٩

ديوي ٦١٦.٨٥٨٨

رقم الإيداع ١٤٣٥/٤٣٥٩

ردمك: ٦- ٧١ - ٨١٥١ - ٦٠٣ - ٩٧٨

جميع الحقوق محفوظة

تاريخ: ١٤٣٥هـ ٢٠١٤م

الطبعة الأولى

مكتبة الرشد - ناشرون

المملكة العربية السعودية - الرياض

الإدارة: مركز البستان - طريق الملك فهد هاتف ٤٦٠٢٥٩٠

ص ٠ ب ١٧٥٢٢ الرياض ١١٤٩٤ هاتف ٤٦٠٤٨١٨ - فاكس ٤٦٠٢٤٩٧

Email: info@rushd.com.sa

Website : www.rushd.com.sa

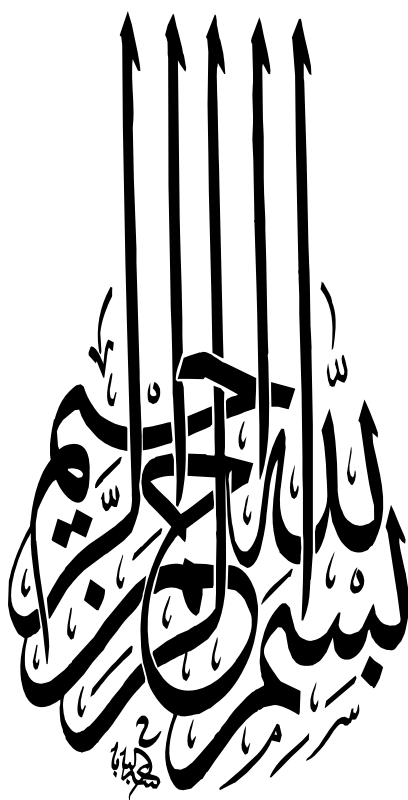
للتواصل: www.info@rushd.com.sa

فروع المكتبة داخل المملكة

الرياض: المركز الرئيسي: الدائري الغربي - بين مخرجي 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 ٦٣٣١١٨٣ فاكس ٦٣٣٠٣١٥
فرع القصيم: بريدة - طريق المدينة: هاتف ٣٢٤٢٢١٤ فاكس ٣٦٩٥٤٥١
فرع خميس مشيط: هاتف ٢٣٧٨١٢٩ فاكس ٢٢١٧٩١٣
فرع الدمام: شارع الخزان: هاتف ٨١٥٠٥٥٦ فاكس ٨٤١٨٤٧٣
فرع حائل: هاتف ٥٣٢٢٢٤٦ فاكس ٥٦٦٢٢٤٦
فرع الأحساء: هاتف ٥٨١٣٠٢٨ فاكس ٥٨١٣١١٥
فرع تبوك: هاتف ٤٢٤١٦٤٠ فاكس ٤٢٣٨٩٢٧
القاهرة: مدينة نصر: شارع إبراهيم أبو النجا: هاتف ٢٢٧٢٨٩١١ - فاكس ٢٢٧١٣٦٢٥

مكاتبنا بالخارج

القاهرة: مدينة نصر: هاتف ٢٧٤٤٦٠٥ - موبايل: ٠٠٢٠١٠٠١٦٢٢٦٥٣ - فاكس ٢٢٧١٣٦٢٥
بيروت: تلفاكس: ٠١٨٠٧٤٧٧ - موبايل: ٠٣٢٠٧٤٨٨
الإمارات العربية المتحدة: دبي: منطقة الرقة: هاتف: ٠٠٩٧١٥٢٩٤٨٨٦٧٨ - فاكس: ٠٠٩٧١٤٥٢٦٧٩٠٦



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	- تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية.
57	- قياس وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية.
57	- البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسمىا وصحيا.
58	- برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمىا وصحيا.
61	- الخدمات الإرشادية لذوى الإعاقات الجسمية والصحية
66	- الخصائص والحاجات الإرشادية لذوى الإعاقات الجسمية والصحية
67	- اعتبارات أساسية في تعليم المعاقين جسمىا وصحيا في المدارس العامة
71	الفصل الثالث التوحد ومتلازمة داون
73	- مقدمة

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

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

المقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة 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 أكثر 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 متعددي 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 متعددي الإعاقات ومن هم وما هي خصائصهم ومظاهر نموهما 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 الخصائص والحاجات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية والخدمات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية و اعتبارات أساسية في تعليم المعاقين جسيميا وصحيا 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 المبنيّة على التكامل الحسي لبناء اللغة عند الصم المكفوفين ثم إرشادات مقترحة للتعامل مع الصم المكفوفين واستخدام منهج بافاريا لذوي الإعاقات المتعددة ثم تناول مهارات الحياة لهذه الفئة.

ثم الفصل الخامس الذي يستعرض الأطفال متعددي الإعاقات المصابين 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 فله الحمد والمنة 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 .

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 أهليته 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 ويعد تطوير ميدان التربية الخاصة وتعليمهم هدفاً من أهداف وزارة العمل وتدور تساؤلات حول إمكانات ذوي الاحتياجات الخاصة وقدراتهم على تأدية المهمات 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 تدريبه وتأهيله لذلك بشكل مناسب.(القمش، 2010) .

ويتضح من خلال السطور السابقة أن النظرة إلى فئة الإعاقات كانت نظرة متدنية 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 (القريطي ، 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 كالتخلف العقلي وكف البصر أو التخلف العقلي وتشوهات واضطرابات في النمو . (ysseldyke , 1977) وعرف النصاروي (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 الموسي (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 والتدريبية 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 والتشوهات 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 متعددي 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 ودراية بكل إعاقاة وكيفية التعامل معها بصورة مناسبة .

نسبة انتشار الإعاقات المتعددة :

تبلغ نسبة مستوي 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 (القريوتي وآخرون ، 2001) .

أما بالنسبة للإعاقاة 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 أنثى مقابل ذكران وإجمالي متعددي الإعاقاة 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 ومازالت نسبة كبرى من التشوهات الخلقية غير معروفة السبب أما البعض الآخر فقد تم توصيفها وتحديد أسبابها الوراثية .

ومما سبق يتضح أن فئة متعددي 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 متعددي الإعاقات :

لمتعددي 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 مرسى (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 ويشبع حاجاته فيعود إلى توازنه الداخلي والحاجات التي يحتاج إليها متعددي الإعاقات هي الحاجات للنمو الجسمي والحاجات للنمو العقلي والحاجات للنمو الاجتماعي والحاجات للنمو الانفعالي .

وهي على النحو التالي :

1- حاجات النمو الجسمي وهي :

- الحاجة إلى الطعام والشراب : تعد 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 وتستفد 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 وتحصنهم 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 المعرفة .
- الحاجة للتفكير العلمي فيتعلم الفرد التفكير بطريقة منظمة 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 والانتماء : من الحاجات الأساسية أن يتعلم الطفل كيف يتعاون مع الآخرين ويكون أصدقاء ويكون لديه انتماء لأصدقائه ولاء لهم وتعاون مع أسرته .
- الحاجة إلى تعلم العادات والقيم : وهنا هو دور الأسرة في اكتساب أبنائها للقيم والعادات الاجتماعية السوية المرغوبة .

4- حاجات النمو الانفعالي :

- الحاجة للعطف 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 ويوقر الكبار .

- 6- الحاجة إلى الأمن النفسي : وهو أن يشعر الطفل أنه مستقر وأمن داخل ويشعر بالطمأنينة وأنه يعيش في جو آمن 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 بكفايات مهنية تميزه عن معلم الطلاب العاديين .
 - 4- يحتاج إلى تعلم مهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين بأساليب ووسائل جديدة .
 - 5- زيادة الأنشطة اللاصفية .
 - 6- يحتاج على برامج فردية لدعم مهاراتهم الأكاديمية .
- خصائص متعددي الإعاقات :
- أولاً : الخصائص الجسمية :
- يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى من يساعده 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 بزلدايك (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 وخشاب ، 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 والتمييز ومشكلات الانتباه

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

(National information . center for children and youth with Disability Nelcy , 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 يعاني من ضعف في مهارات الاتصال الاجتماعي مع الآخرين كما أن بعض الحالات يظهرون بعض أنماط السلوك المؤذي لأنفسهم كتحريض أنفسهم للخطر دون وعي (Start , 1996) .

رابعاً : الخصائص الأكاديمية :

لدى الأطفال متعددي 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 شيوع 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 المتخلفين 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 ويؤهله التأهل المناسب للقيام بدور حيوي في الحياة .

الفصل الثاني

الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

- مقدمة
- ما هي الإعاقات الجسمية والصحية
- تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية .
- قياس وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية .
- البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسياً وصحياً.
- برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسياً وصحياً.
- الخدمات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية
- الخصائص والحاجات الإرشادية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية
- الخصائص السلوكية والشخصية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية
- اعتبارات أساسية في تعليم المعاقين جسياً وصحياً في المدارس العامة

مقدمة :

تعتبر الإعاقة الجسمية والصحية مشكلة في المقام الأول إضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها علي الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها، خاصة إذا حدثت الإعاقة في مراحل عمرية متأخرة. فقبل حدوث الإصابة يكون الفرد قد رسم لنفسه نهجا وخططا معينة وبحوثها يشعر الفرد بخسارة عضو من أعضائه أو شلل في أحد أطرافه أو جميعها فتتأثر حركته وتنقله وتوازنه مما يجعله يشعر بالنقص و الاختلاف عن أقرانه العاديين وتزداد هذه المشاعر لدية عند شعوره بالألم من جراء الإصابة أو حاجته لدخول المستشفى لفترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار أو شعوره الدائم بالاعتماد علي 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 إلي 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 إلي الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة . ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء 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 المعاقين جسمياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسمياً وصحياً وتصنف الأدبيات التربوية الخاصة بالإعاقة الجسمية الصحية إلى ثلاث 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 معاً يحدث قبل الولادة أو في أثنائها أو بعدها.

إصابات الجهاز العصبي المركزي:

- الشلل الدماغي.
- العمود الفقري - المفتوح.
- الصرع.
- الاستسقاء 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.

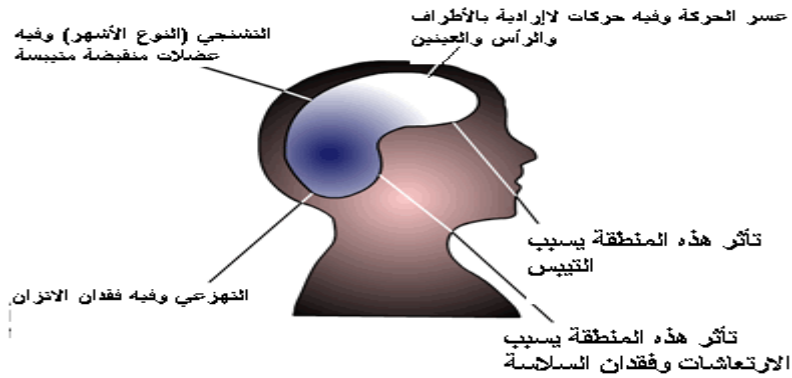
- هو عجز عصبي - حركي - ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ.
- وهو مرض يتسم بالعجز الحركي الناتج عن تغيرات في المخ منذ الولادة أو بعدها بفترة قصيرة، ويظل أثره طيلة حياة الإنسان ومن أهم أعراضه التشنج في أعضاء جسم المصاب. وبإمكاننا تلخيص ما جاء في هذه التعريفات للتأكيد على أن الشلل الدماغي يتصف 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 المسؤولة عن الحركة.
 - أنه مرض ليس معد ولا قابل للشفاء.
 - يشتمل على خلل في العديد من الحركات الجسمية (العزة، 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





1. 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، وينتج عن هذه الإصابة مشكلات في الحركات الإرادية حيث تبدو هذه الحركات بطيئة ومحدودة وضعيفة التنسيق، وكثيراً ما ترافق هذه الحالة الإصابة بالصراع والمشكلات الحسية والنطقية، 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 التوائي أو التخبطي:

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 التحكم بحركات شفثيه ولسانه فيسيل لعبه

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 وبتخلف 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 طرفين في جهة واحدة من الجسم (اليمنى مع الساق اليمنى مع الساق اليمنى، أو اليد اليسرى مع الساق اليسرى).
3. الشلل الرباعي: حيث تتساوى الأطراف الأربعة في حدة الإعاقة
4. الشلل النصفي السفلي: وتشمل شلل الرجلين فقط من الجسم
5. الشلل الكلي: وتشمل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً
6. الشلل الثلاثي: إصابة ثلاثة أطراف

الإعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغى:

1. المشكلات الصحية: وتتمثل 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 المنطوقة.

- الاضطرابات الإدراكية التي تتعلق بالسمع والبصر واللمس.

5. مشكلات صعوبات التعلم: حيث يعاني ما بين 15-25% من المشلولين 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 كراسيهم النقالة وكذلك في الملبس أو المأكل أو غير ذلك من الفعاليات من مثل ما يلي:

- التأكد 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 الأكثر.
- عدم سحب الطفل من ذراعيه ولكن من أبطيه.
- التأكد من إجلاس الطفل على المقعد في الصف من ملامسة القدمين للأرض، وانحناء الركبتين والظهر مسنداً.
- ألبس الطفل بدءاً من الجهة المصابة.

2. العمود الفقري المفتوح:



هو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج 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 الحبل الشوكي والسائل الشوكي، والعمليّة الجراحية ضرورية لالتهاء من مشكلة الكيس ولكن التلف العصبي لا يمكن تجنبه، ويترك آثاراً متفاوتة متفاوتة مكان الشق، فكلما كان الشق في مكان أعلى يكون التلف أكبر، فالشق في الفقرات السفلى ينتج عنه عدم القدرة على ضبط عضلات الإخراج ولكنه غير مصحوب بشلل، أما إذا كان الشق في الفقرات المرتفعة ينتج عنه شلل وفقد الإحساس بالأطراف السفلى 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 المجاري البولية.

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 السفلى 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 تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبدأ وينتهي تلقائياً ويتصف بقابليته للحدوث مرات أخرى في المستقبل.

أنواع الصرع:

يشتمل الصرع على ثلاثة أنواع رئيسية هي:

1. نوبة الصرع الكبرى:

في العادة يسبق السلوك الحركي المصاحب لنوبة الصرع الكبرى بعض الظواهر الحسية التي يشير فيها المصاب مثل سماع 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 صراخ وفقدان الوعي.
- قد يعرض المصاب لسانه أو شفتيه.
- وقد وضعت المؤسسة الأمريكية للصرع لائحة بالتعليمات التي يجب على طلاب الفصل إتباعها في حالة حدوث النوبة لبعض زملائهم المصابين بالصرع وهي:
- تمالك نفسك وإلزم 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 لتخفيف 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 تساعد 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 حدث، 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، وغالباً 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 يتمطق المصاب شفثيه، أو يدور حول نفسه، أو يقفز أو يجري أو يصيح 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 عادية أو قريبة من العادية.
2. التعرف على حقيقة الصرع وأثاره وتعريف الطلاب الآخرين بذلك.
3. مراعاة مبادئ السلامة العامة.
4. توجيه نشاطاته المدرسية توجيهاً سليماً.
4. الاستسقاء الدماغي:



هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي 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 المخي 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 وتتمثل وظيفته في نقل المعلومات الحسية إلى الدماغ ونقل 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 تتحكم بالعضلات مما يقود إلى عدم القدرة على الحركة (الشلل)، فبعض العضلات تشل كاملاً وبعضها الآخر قد يضعف فقط.

الوقاية:



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

العلاج التأهيلي:

يبدأ العلاج التأهيلي والذي قد يستغرق عدة سنوات، والهدف التأهيل والذي يشارك فيه اختصاصيون 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 العصبي 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 والوقوف 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 كالتقوس المفصلي أو الشلل الدماغي أو الحبك العضلي 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 كل أربعين 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 السفلى والعليا 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 والفسفور، ومن الناحية التربوية فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون الالتحاق بالمدارس العادية وإن كانت قدراتهم العقلية في المدى الطبيعي، فهم بحاجة لمدارس خاصة تعنى بالأطفال المعوقين جسدياً، وفي تلك المدارس يتم توفير الأدوات المساندة اللازمة ويتم الإشراف طبياً على جميع النشاطات التي يقومون بتأديتها، وكذلك يتم تزويدهم بنشاطات تروحية واجتماعية لا تتضمن الإجهاد أو التعب.

العلاج:

لا يعرف لهذا المرض دواء شاف حالياً، فكل 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.

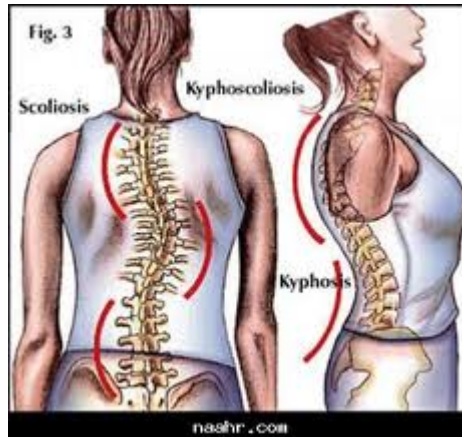


- القدم الحنفاء وهو عبارة عن تشوه خلقي للقدم يظهر منذ الولادة حيث يظهر تقوس في القدم وعظام الأصابع مع ازدياد في القصر الطبيعي الموجود في قاع القدم.

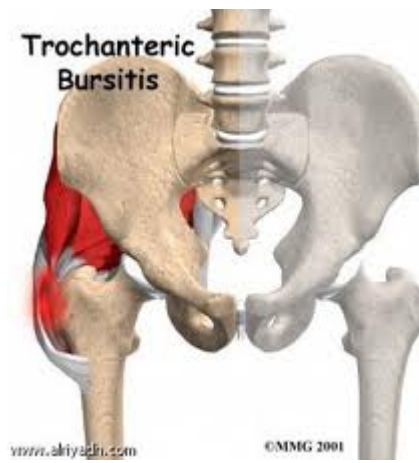


4. الحدب:

وهو عبارة عن انحناء دائري في منطقة الظهر وقد يكون ولادياً مرتبطاً مع القزامة و يكون مكتسباً 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:

يمكن 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 الاليتين 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 والساقين 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 والتخفيف من الواجبات التي تحتاج إلى كتابة كثيرة حتى لا تتضاعف آلام الأصابع أو تزداد حدته، كذلك على المدرس مراقبة الآثار الجانبية للدواء الذي يتناوله الطالب المريض.

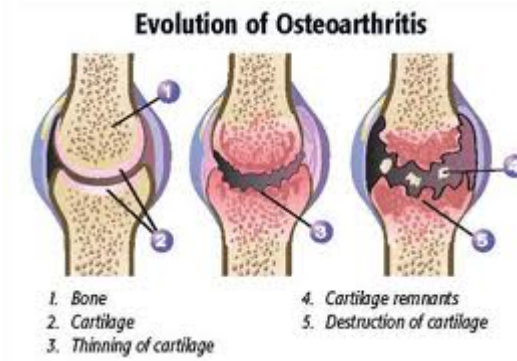
8. الوهن العضلي:



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 للضغوط النفسية 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 تدريبه من أجل القيام بمهن 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 وتحد 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 بالمهارات 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، وتتمثل 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 إعاقه 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 والمتطور 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 الكبرى قدرتها أولاً ثم العضلات الصغرى.

3. تفقد عضلات الذراعين مقدرتهما 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 فأنها 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 خلافاً 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 فانه 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 المترتبة عليها.

14. حالات البتر:

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

- تناول الأم 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 جانبين:

1. التأهيل النفسي: تأتي أهمية التأهيل النفسي لفاقدي 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، والتكيف معها.

دور المعلم:

على مدرس الفصل مراعاة الجوانب النفسية والقدرات الحركية للطالب المعاق، وإن يقدم له المساعدة المناسبة للتغلب على صدمة الإعاقة والمساعدة 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 تغيراً 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.

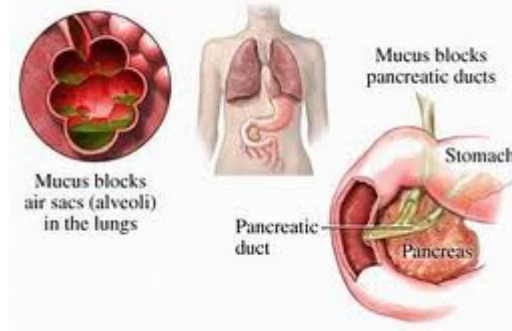
دور المعلم:

- 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 يجنب المصاب المشاركة في الأنشطة المدرسية التي قد تستثير نوبات الربو وتزيد من حدوثها.

- يتعين 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 يعمل 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 وإلى سعرات حرارية كافية لتعويض الفاقد.

3. أمراض القلب:

تعرف أمراض القلب بأنها عدم قدرة القلب على أداء وظيفته بشكل طبيعي وسنقصر على نوعين أساسيين منها لشيوع 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 ثقب في جدار الأذين، أو في البطين، وتجري لهم بعض العمليات الجراحية.

الأسباب:

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

- عوامل وراثية متعلقة بالجينات أو المورثات.

ب. روماتزم القلب:

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

دور المعلم:

- أن يجنب 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 الانسولين بكميات كافية. أعراض السكري:

- العطش والجوع وفقدان الوزن والتعب.

- صداع مستمر وتسارع في دقات القلب.

- التبول الزائد مصحوبة أحياناً بتشنج 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":



- وتعود إلى اضطراب في الكروموسوم (21) بحيث يكون هناك كروموسوم 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، ونمو 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 جسميا وصحيا: المهارات الأكاديمية الأساسية - التحصيل الأكاديمي - المهارات الإدراكية - التطور المعرفي - التطور اللغوي ومهارات الاتصال - المهارات الشخصية والاجتماعية - السلوك التكيفي الجسدي - الاهتمامات والقدرات - المهارات الوظيفية.

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

البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسميا وصحيا

بالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين جسميا وصحيا وذلك تبعا لنوع الإعاقة ودرجتها إلا انه 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 الملحققة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس علي 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 علي تنمية ومساعدة الفرد المعوق علي النمو إلي أقصى حد ممكن 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 للذي يعاني من آلام جراء الإصابة استخدام المساج والتدليك والعلاج بالماء لبعض حالات الإعاقة.

ثانيا : تكييف المدرسة

- عند وجود الأطفال المعوقين جسديا في المدرسة علينا أن نتذكر احتياجاتهم الخاصة ونحاول القيام بتبليتها ، فالأطفال عاجزون عن النهوض أو الركض ، يجب أن لايقضوا يومهم وهم جالسون على الكراسي، لأن ذلك قد يؤدي إلى حدوث تفقعات ، وأقدام متورمة وعظام وسيقان ضعيفة وغيرها من التشوهات
- الأطفال الذين يجدون صعوبة في إمساك القلم أو الفرشاة أو تقليب صفحات الكتاب يمكنهم استخدام قطعة من أنبوب أو من غصن شجرة أو كرة مطاطية للإمساك بالقلم وهناك شروط للمبنى المدرسي الخاص بالأفراد المعوقين جسميا وصحيا منها
- لابد أن يكون المبنى المدرسي في منطقة تتوفر فيها الخدمات المناسبة وبعيد عن كثافة السير وأصوات المصانع.
- لابد من توافر مساحة من الأرض لمراعاة إمكانية التوسع .
- لابد أن يكون المبنى واحدا لا مجموعة أبنية وأن يكون من طابق واحد لتجنب وجود أدراج .
- لابد من أن تكون الغرف واسعة وأن يتوفر عدد كاف من الحمامات والوحدات الصحية والتهوية والإنارة ومكان للألعاب والحدائق.
- يفضل الأثاث الخشبي الخالي من وجود حواف وأطراف حادة.
- وكذلك فإنه لابد من إزالة الحواجز البيئية لتسهيل اندماج المعوقين جسميا وصحيا في مجالات الحياة ومنها
- أ- الحواجز العمرانية ، مثل ضيق الأبواب والمصاعد .
- ب- تكييف المواصلات ، مثل تصميم سيارات تقاد باليد للمعوقين حركيا .

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

الحواجز في أماكن العمل ، وهى العوائق التي تمنع المعوقين جسمياً وصحياً 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 مقيدات ومحددات 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 الفئة من الأفراد :

- الإرشاد الجمعي والفردى

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

- تقبل 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 الجمعي دعم الرفاق مما يساعد في تحقيق التكيف.
 - تقبل العلاج.
 - يساعد الإرشاد الجمعي الشخص المعاق جسمياً أو صحياً على التعبير عن قدرته الوظيفية الحاضرة والمشاركة بشكل جماعي في الأنشطة الإرشادية.
 - المجموعة الإرشادية تخفف الشعور بالعزلة الاجتماعية وتقوي الهوية الشخصية وتطور صداقات جديدة تستخدم لاحقاً كشبكات دعم.
 - يساعد دعم أعضاء المجموعة الإرشادية الشخص المصاب بالإعاقة على خفض الأفكار السلبية في سياق بيئة داعمة.
 - توفر خبرات المجموعة مشاعر داعمة وانتماء 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 اللازمة 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 ، ويتطلب 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 تخطيط 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 الفئة 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 اللازمة.
- تعليم الأسرة عن نتائج الإعاقة الدائمة لطفلهم وأثرها على العمل والأسرة والأدوار الاجتماعية.
- توجيه أفراد الأسرة إلى تبني اهتمامات مشتركة مع الطفل المعاق جسيماً 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 توكيد 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 المعالم 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 تكييف 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 التأخر 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 الجسمي الكلي والخدمات التي يقدمها المعالج الطبيعي تساعد على :

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

6- تقييم البيئة المادية التي يعيش فيها الطفل.

7- تقييم دور المهارات الحركية الكبير.

الخصائص والحاجات الإرشادية للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية أو الصحية
التحصيل الأكاديمي:

- يتراوح بين المتدني والمرتفع 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 جسمىا :
- 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 وصحياً 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، ونظراً لطبيعة الخصائص المميزة لهؤلاء الطلاب المعاقين، فانه 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 مبنى 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 ويسر إجراء بعض تعديلات في التصميمات الهندسية لمبنى 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 المعاق جسمياً، سواء الذي يستخدم الكرسي المتحرك أو العكازات، أو الأرجل الصناعية.
 - مراعاة زيادة اتساع فتحات الأبواب لتسمح بمرور الكرسي المتحرك من خلالها بسهولة ويسر، وكما يفضل استخدام الأبواب التي تفتح على الاتجاهين.
 - توفير المصاعد الكهربائية والممرات المنحدرة البديلة للسلام لتسمح بالتنقل بين الأدوار.
 - يراعى استخدام الأبواب التي تفتح بطريقة آلية ولا تحتاج لمجهود عضلي لفتحها .
 - مراعاة صناعة الأبواب من مواد خفيفة الوزن.
 - تجهيز جدران المدرسة المحيطة بممراتها بالمقابض المعدنية الممتدة للاستناد عليها للمساعدة على المشي أو للاستراحة.
 - أن توضع أرضيات الممرات والفصول من مواد غير ملساء، كي لا تؤدي إلى انزلاق المعاق.
 - 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 لتسمح بمرور الكرسي المتحرك بينها دون عائق.
- طاولات وأدراج دراسية قابلة للتغيير في الارتفاع والانخفاض والتوسعة لتتلاءم مع حاجة المعاق جسمياً إلى مساحات كافية للحركة.
- أن يتوفر في الفصل ركن خاص للاستراحة والاسترخاء للطلاب الذين يعانون من بعض المشكلات الصحية كالأزمات القلبية ونوبات الصرع.
- يراعي أن يكون موقع جلوس الطالب المعاق في الفصل بين مجموعة من زملائه العاديين.
- يراعي أن يكون مكان جلوس الطالب المعاق قريباً من المخارج الرئيسية للفصل حتى يتمكن من الخروج بسرعة في حالات الطوارئ كالحريق.
- يراعي أن تتوفر في الفصل مجموعة من الأجهزة والأدوات التعليمية المصممة بمواصفات خاصة.

3. اعتبارات خاصة بمدرس الفصل:

- تعد اتجاهات المدرس نحو المعاق جسمياً من أهم العوامل التي تساعد على نجاح عملية دمج المعاق في المدارس العادية، ولذلك فإن على مدرس الفصل مراعاة الاعتبارات الآتية:
- تجزئة الواجبات والأنشطة إلى وحدات صغيرة مترابطة يراعي بها المجهود الفصلي والحركي والذهني الذي تحتاجه كل وحدة.
 - منح المعاق وقتاً كافياً للإجابة عن الأسئلة أو إنجاز الأنشطة داخل الفصل بما يتناسب مع طبيعة إعاقته.
 - يراعي توفير وقت كافٍ لكل معاق 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 ذوي ومعاي وهذا ما تنبته 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 اللازمة لمساعدة وتقدم كل طفل على حده قد تختلف قوة 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 يترتب عليه ضرورة توفير الخدمات التربوية الخاصة، والخدمات المساندة في كثير من الأحيان.

وتتباين 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 التوحدي يعتبر اضطراباً نمائياً عاماً فإنه يعد في ذات الوقت شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية التي تلحق بالأطفال منذ الصغر وتظل ملازمة لهم فيما بعد، وقد أسفرت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن التوحد ومتلازمة داون Dawn Syndrom يعدان 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 dignos لمثل 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 1943م على إعاقة التوحد وتصنيفها كإعاقة مختلفة عن التخلف العقلي أو غيرها وحتى وقت قريب لم يحصل المصابين علي 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 قلبية يبدأ ظهورها خلال الشهور الأولى من العمر ويعد هذا الاضطراب النمائي من أكثر الاضطرابات تأثيراً على شخصية الطفل بأسرها حيث أنه يتناول جميع جوانب شخصيه الطفل من النمو العقلي والنمو الجسمي والنمو الانفعالي والاجتماعي وما يترتب على ذلك من آثار سلبية (الخولي ، 2008)



تعريف التوحد مع داون:

هي واحدة من أكثر الاضطرابات الكروموسومية التي تسبب عاقبة شديدة تؤدي الى اضطراب عقلي واجتماعي ويظهر في السنوات الاولى من عمر الطفل ويسبب له تأخر في النمو العقلي والادراكي والنمو الاجتماعي والتواصل مع المحيطين به.

معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون

على مدى السنوات ال 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 الى ازدياد نسب الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون مع اضطرابات طيف التوحد الى 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 التوحيدين 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 وتحدده بأنه يتراوح ب 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 أثنائها 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 أخ 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 التوحدين .

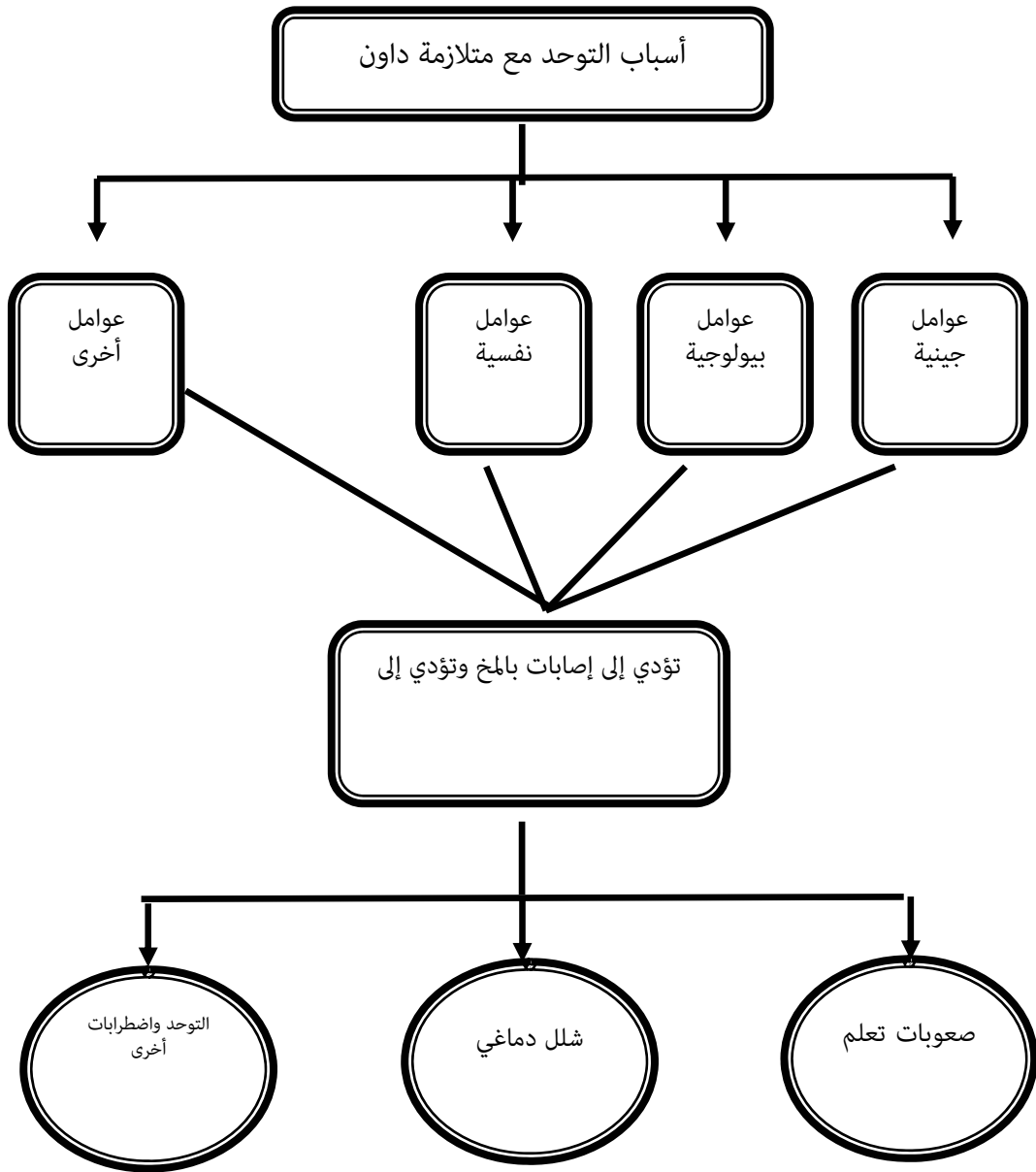
4-الأسباب المناعية :

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 الهوموفانيلك (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 والتخيل .
- 5- سوء التوافق الاجتماعي بين الأفراد .
- 6- ضعف الإدراك 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 نمطية مكررة مثل الدوران والاهتزاز .

4-إيذاء الذات ونبات الثورة والغضب:

فقد يؤذي 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 تتناسب مع سنه وإنما ترجع إلى مراحل نمو 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 و الا تصاف 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 المعوية وأمراض الجهاز التنفسي العلوي.
- أقل اعتناء بنفسه .
- لا يعبرون عن آلامهم .
- صغر حجم الرأس .

- ضعف العظام والأنسجة .
 - يجدون صعوبة في الاتزان الحركي .
 - يتأخرون في إتقان مهارات المشي .
 - حركتهم تفتقد للتناسق .
 - التأذر 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 : الأكل بشراهة دون شعور بالشبع .
- 3- مشكلة عدم الأمن حيث لا يعرف الخوف من الأشياء الخطرة
(كعبور 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 لأنه يجمع بين اعاقتين رئيسيتين هما: الاعاقة العقلية (داون)والاعاقة النمائية (التوحد)ويشار اليها 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-أجراء 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 يتعذر 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-حث الطفل على الالتزام والاعتماد على النفس .

2-استثارة نمو الطفل لمراحل أعلى .

3-بناء ودعم الكفاية الاجتماعية للطفل .

4-إمداد الطفل بمهارات الحياة .

5-منع ظهور مشكلات مستقبلية أمام الطفل .

6-زيادة وعي 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 والمهارات الاجتماعية والسلوكية التكيفية بالإضافة إلى تحسين مستوى اللغة لديهم

(Miller , 1992)

الخدمات التربوية التعليمية المقدمة لأطفال التوحد مع داوون :

يتمثل الهدف الأساسي للخدمات التربوية المقدمة لأطفال التوحد مع داوون في تنمية قدراتهم وتزويدهم بالمهارات التي تزيد من درجة استقلالهم ومشاركتهم في أنشطة المجتمع المختلفة وتتمثل 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 و بالذات 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 داوون بصعوبات نمائية كبيرة لذا يجب من تدريبهم التدريب المناسب مهنياً في مراكز خاصة بالمعاقين ذهنياً بحيث يتم تدريبهم بطرق سهلة وبسيطة تعتمد على الأداء اليدوي داخل ورش أو مشاغل محمية .

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

الأعداد البسيطة ودلالاتها والتعرف على النقود وهناك 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

- التكرار 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

- التأني وعدم الاستعجال عند ظهور الاستجابة

(8) التنوع 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

التأزر البصري الحركي حيث أنهم يتأخرون 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 معاقاً ذهنياً إعاقة متوسطة أو شديدة فقط بل مصابة لها إعاقة أخرى هي التوحد وهي إعاقة نمائية شديدة وقد تناولناها بشيء من التفصيل ولكن في النهاية يحمل الإعاقتين شخص واحد يحتاج إلى اهتمام ورعاية لذلك يتم دمج برامج تأهيلي وتدريب التوحدين 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 الفئة من الأطفال متعددي الإعاقة ونظرة المجتمع لهم وبالإضافة إلى المقاييس السابقة هناك مقاييس أخرى هي على النحو التالي:

1- الدليل التشخيصي للأمراض النفسية من الجمعية الأمريكية للطب النفسي 4 - DSM 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 (وكسلر أوساتنفورد بينية) .

2/ اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي .

3/ مقياس مولين للتعليم المبكر .

4/ مقياس ليتز الدولي للأداء .

الاختبارات التعليمية المساعدة لوضع خطة فردية .

-إختبار بيب .

-اختبار بييب المراهقين .

-التشخيص الطبي .

ونقصد به فحص حالة الطفل من جميع جوانبه .

1-تتبع التاريخ التطوري والمرضى للأسرة والطفل ومعرفة التاريخ المرضى 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 والرنين 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 شمولية ومنتظمة.
- 3- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي .
- 4- مراعاة أن يتم التدريس على مدار العام .
- 5- مراعاة تنويع 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 فتتدخل أكثر من نمط وأسلوب علاجي يؤدي إلى تحسين بعض حالات أطفال التوحد حيث أن الدراسات العلمية لم تؤكد على جدوى 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 بالعطف والحب والحنان من جانب الأم لطفلها التوحدي الداوني كما يسعى العلاج النفسي القائم على التحليل النفسي لإبلاء الأطفال التوحدين مع داون على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم بصورة غير مباشرة .

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي :

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 وتكمن أهمية العلاج السلوكي في الآتية :

1-مبنى على أسس علمية وله مبادئ .

2-يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح .

3-يهتم 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 التوحدين 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 أساليب 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 العدواني وإيذاء النفس ويركز في مرحلة الطفولة

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

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 التوحيدي مع داون وقد أشارت Mari Callahn إلى وجود علاقة بين الحساسية المخية والتوحد مع داون وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن بشكل ملحوظ عند ما توقف الاطفال عن إعطائهم الحليب البقري .

والمقصود 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 ، البطاطم 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 وتخفيف حدة الأعراض التي تختلف مع كل طفل وهذا يتطلب وضع برنامج علاجي فردي لكل طفل .

أما البرامج المقدمة للتوحيدين مع داون (Teacch) البرنامج التعليمي خاص مبني على افتراض أن لكل طفل توحدي مع داون احتياجات تعليمية خاصة به وله مستويات نمو 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 وتتكون البرامج من الآتي :

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

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-المهارات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين .

هـ-مهارات التربية البدنية والحركية للطفل التوحدي .

و-المهارات 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 المبينة على التكامل الحسي لبناء اللغة عند الصم المكفوفين
- الأساليب المبينة على التكامل الحسي لاكتساب اللغة عند الصم المكفوفين
- إرشادات مقترحة للتعامل مع الصم المكفوفين
- استخدام منهج بافاريا لذوى الإعاقات المتعددة
- مهارات الحياة
- مقترحات عامة

الصم المكفوفين

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

تعريف الأصم - المكفوف:

بسبب جمع الأطفال الصم - المكفوفين لأكثر من إعاقة، سمعية وبصرية فإن معظمهم تمت خدمتهم ضمن فئة متعددي 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 ينتج 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 Act Individuals with (IEA)

الصم المكفوفين على النحو التالي :

"اضطراب شديد في التواصل والحاجات 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 تثير لديهم تساؤلات ومشاعر واتجاهات ومفاهيم متباينة ، تختلف باختلاف طبيعة ثقافتهم ومدى وعيهم بقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة ، كما قد تثير لديهم التعجب والشفقة

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

نسب انتشار الصم المكفوفين

أهمية الإحصائيات

حصر نسب الصم المكفوفين في كل إقليم يسهل دراسة أسباب انتشار الحالة في إقليم عن غيره و محاولة التصدي لها وعمل الوقاية الأولية اللازمة 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 علي مدي السنوات القادمة طبقا للنسب الحالية و الاستعداد لهذا بتوفير الخدمات اللازمة

نسب انتشار الصم المكفوفين في بعض الدول بالنسبة للتعداد الكلي لها في أوروبا 0.018%
0.018% في الدانمارك .
0.01% في النرويج.

20% نسبة الصم المكفوفين ولاديا من إجمالي الصم المكفوفين.

نسبة الصم المكفوفين المكتسب من إجمالي الصم المكفوفين 80 % مقسمة كالآتي :
30% معاق سمعيا ولاديا ثم اكتسب الإعاقة البصرية لاحقا .

1% معاق بصريا ولاديا ثم اكتسب الإعاقة السمعية لاحقا.

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

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

خصائص الصم - المكفوفين:

يعتبر الشعور بالعزلة مشكلة رئيسة 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 هؤلاء الأطفال الصم المكفوفين :

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

الخاص إلا في حالة وجود مساعدات إضافية تتناسب مع طبيعة إعاقاتهم 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 كمظهر من مظاهر 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 لمسية ، فيعبر عن سعادته ورد فعله بابتسامة طبيعية تحاكي الابتسامة المرسومة على وجوه المحيطين به ، وهو الأمر الذي لا يتوافر للطفل الأصم الكفيف ، ولكن هذا لا يمنع من قيام الوالدين والمحيطين 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 يقوم أحد بالاقتراب منه ولمسه 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 تنبيه 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 افتقارهم للغة وطرق التواصل في السنوات الأولى من العمر يقف حائلاً دون تحقيق تلك الرغبة ، حيث لا يتمكنون من خلال الإشارات الوصفية الأولية التعبير بالضبط عما 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 بإمالة 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 ساكناً لا يتحرك لمدة طويلة دون أن يبدي أي اهتمام بما يدور حوله ، وهذه السلوكيات نتيجة التجاهل شبه التام الذي يعاني منه الطفل ممن حوله ، وتأخر تدريبه 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 الزائدة ؛ ستؤدي إلى سلبية الطفل الشديدة ، وتأخر تدريبه 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 لتسلسل معين ، مثل قيام الكبار باستخدام أصابعهم في عملية ومداعبته في أسفل باطن قدمه ... وغيرها من الألعاب اللمسية.

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

على التواصل مع الآخرين ، وبالتالي يتعرض للتجاهل من قبل الآخرين ، مما يجعلهم يشعرون بالنبذ 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 الأنماط السلوكية التي تعود عليها.

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

الأسباب:

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

- أولاً : متلازمات كروموسومية و جينية :

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

يوجد حالياً ما يزيد على خمسين متلازمة كروموسومية / جينية مرتبط 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

هنالك دليل واضح بأنها نتاج عن نمو غير طبيعي، إن سبب هذا الغموض والحيرة 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 تنكسي ولادي) من خلال التشكيل الغير طبيعي للعين أو النمو الغير طبيعي لشبكية العين والعصب البصري (عدم اكتمال نمو الأجزاء المركزية 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 لتلايف 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 ابتلاع الطعام بسبب النمو غير الطبيعي لأنسجة العين وتلايف الأعصاب .

إن الأغلبية الواسعة من الأطفال المصابين بمتلازمة CHARGE يولدون بعيوب واضطرابات قلبية ، بعض هذه المشكلات القلبية قاصرة نسبياً وبعضها 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 مرافقة 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 يسنى برتق الأذن (عدم اكتمال نمو قناة السمع الخارجية التي يحدث فيها انسداد غير طبيعي) أثناء مرحلة الولادة أما بالنسبة ال Choanae فهي عبارة عن تلك الممرات الجوفية ما بين الأنف والحنجرة . فعندما تنغلق ال 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 الهيكلي 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 الفقدان السمعي والتهاب الشبكية

الصبغي 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 بالعشى الليلي Night Blindness بالإضافة إلى تضيق في مجال الرؤية تسمى بضيق البصر أو البصر النفقي Tunnel Vision إلى أن يكف بصر المصاب بها ، حيث لم يتم التوصل لعلاج لهذه المتلازمة هنالك ثلاثة أنواع من متلازمة Usher مختلفة ومتفاوتة النواحي حسب نوع وزمن حدوث الإصابة من الأعراض الرئيسية لفقدان السمع والصمم الحاد وصعوبة السمع أو التدهور الغير طبيعي لحاسة السمع مع الوقت.

إن العشى 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 لمتلازمة 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 ممن أعمارهم 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 كروموسومي

- 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 بتشكيلة كبيرة من الإعاقات بما فيها الصمم - كف البصر . والأطفال المولودون ولديهم فيروسات كفيروس الهربس معرضون لخطر الإصابة بتشكيلة كبيرة من الإعاقات بما فيها الصمم - كف البصر .

- ثالثاً : 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 الخداج (Prematurely) وأغلب الحالات تعود لأسباب غير معروفة.

أساليب تعليم الصم المكفوفين:

إن الهدف العام الذي يتوخى 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:

النظرية النمائية لبياجيه:

ويتم ذلك عن طريق تشجيع الأطفال الصم المكفوفين على تأدية الأنشطة الحركية التي تهدف إلى حثهم على التفاعل مع بيئتهم النظرية السلوكية:

ويتم ذلك عن طريق استخدام أساليب تعديل السلوك لخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية وتشكيل الاستجابات التكيفية لدى الأطفال الصم المكفوفين ، ومن تلك الأساليب التعزيز بأشكاله المختلفة وبخاصة التعزيز اللمسي والمادي .

نظرية 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 ويبدأ 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 يترتب عليه تعدد طرق التواصل ، وطرق واستراتيجيات التدريس ، وتنوع الوسائل والمواد التعليمية ، والمعينات السمعية والبصرية ، كما ستتعدد البرامج التأهيلية الخاصة بهؤلاء الأطفال ، مما يعني أن التعليم في تلك البرامج سيعتمد على التعليم الفردي وفقا 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 ومرافق الطفل (الوالدين - المربي) 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 وتدعيمها ، وجوانب القصور والعمل على التغلب عليها، مع ضرورة التركيز على مشاركة أولياء الأمور كأعضاء فاعلين في البرنامج.

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

ندرة أدوات القياس والتقويم التي تتناسب مع طبيعة الأطفال الصم المكفوفين

الإجراءات المبنيّة 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 التواصلية 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 المستقبلية 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 يكفي 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. ويتكون التواصل الكلى من التعبيرات الطبيعية مثل (الإيماءات، والضحك، والبكاء، والرجوع إلى المكان، والحركات الجسمية، الإشارات الجسدية، إصدار أصوات، الخ..)، والأنظمة المساندة (الأشياء المرجعية، والصور، والرسومات، والبكتوجرام)، واللغات (اللغة المنطوقة، لغة الإشارة، اللغة المكتوبة، الهجاء الأصبعي، طريقة برايل، 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، وحاسة

التذوق وحاسة الشم. وهى أكثر القنوات الحسية كفاءة لدى الصم المكفوفين. ومعظم الصم المكفوفين لديهم بقايا سمعية (مع / أو) بقايا بصرية، وبالطبع فإن الهدف هو توظيف استخدام كل قناة حسية ممكنة مهما 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 معاً 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 يعنى تسمية الأشياء التي يقوم الطفل بلمسها، وتسمية الحركات والسلوك الذي يقوم الطفل بالمشاركة فيه. وتسمية المشاعر التي يخبئها. 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 بيئة تعلم تعويضية وتحسين بيئة التعلم التي يتم تأهيل الطفل فيها، وأن تكون هذه البيئة منظمة بطريقة معينة ومتسقة ومشوقة وتستثير الحواس، وأن تشبه بيئة 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

ووجوده 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 لمسية وتنظيم أماكن الأثاث بطريقة مدروسة يؤدي إلى اكتساب مهارات التوجه 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 والتكيفية 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 بمصاحبة اللمس والحركات الجسدية والموسيقى والصور.

الأساليب المبنية على التكامل الحسي لاكتساب اللغة لدى الصم المكفوفين :

بالنسبة للعديد من الأطفال الصم المكفوفين يعتبر المدخل اللمسي هو الأسلوب الأساسي الذي يستقبلون من خلاله المعلومات. وفي كل وقت تتفاعل فيه مع الطفل نحتاج أن نفكر 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. ولا بد 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 بالتدرج في المواقف واستخدام الأدوات المعروفة للطفل إلى المواقف والأدوات التي لم يستخدمها من قبل (من المعلوم إلى المجهول). ونقوم بالتدرج 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 مدعمة 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" تشامبان Winthrop "Tad" Chapman، و "أوما سيمبثون" "Oma Simpson".

وتادوما طريقة للتواصل يستخدمها الأشخاص الصم المكفوفين، ويضع فيها الأصم الكفيف إصبع الإبهام على شفاه المتحدث وإصبع السبابة والوسطى على خد وفك المتحدث وإصبع البنصر تحت ذقنه والإصبع الصغير (الخنصر) على

عنقه فوق الحنجرة يشعر 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 المرتجعة اللمسية feedback Tactile. وفي بعض الحالات، خصوصاً إذا كان المتحدث يعرف لغة الإشارة - يستخدم الشخص الأصم الكفيف طريقة تادوما بإحدى يديه ليحس بوجه 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 المكفوفين على المحافظة على مهارات الكلام التي كانت قد نمت قبل أن يكونوا صم وذلك في الصمم وكف البصر المكتسب.

إرشادات مقترحة للتعامل مع الصم - المكفوفين:

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

- أعط الانتباه عندما تساعد شخصًا على المشي بطريقة آمنة وتذكر بأنك تقدّر مسافة لشخصين، وليس فقط لنفسك.
- خذ الوقت اللازم لأنه من السهل العودة إلى التوازن والتكيف مع المصادفات في الممر عندما تكون السرعة متدنية وثابتة.
- كن ثابتًا عندما تواجه شخصًا 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 لإختبار دقيق ومكثف على مدى خمس سنوات في نخبة من المدارس المختصة بتعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية وقد أضاف المعلمون والآباء والأمهات والخبراء النفسيون الأفكار والتوصيات والمقترحات 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 والابتكار 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 المقترحات 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 المنهاج وكل فصل من فصوله على نفس المبدأ التعليمي ، حيث يبدأ ذلك بنشاطات بسيطة جدا تعطى للأطفال الصغار وللأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ثم يتجه نحو نشاطات بسيطة جدا أكثر تقدما سيجد المعلمون اعتبار المقترحات الواردة في المنهاج نقطة انطلاق تحرك إبداعهم وأحاسيسهم نحو أشياء أكثر ملائمة للأطفال الذين يتعاملون معهم.
- لقد تم تصميم هذا المنهاج 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 للتعليم الحقيقي مثال:-

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

والرياضيات - لا يقصد بها مجرد المفاهيم الصعبة للعلو الرياضية المتقدمة بل يقصد الجوانب الأساسية من الكميات والأعداد في هذا المنهاج ينبغي تقسيم عملية التعليم إلى " موضوعات خاصة " إن المقصود بمضامين هذا المنهاج أن تكون مرتبطة بوقائع الحياة اليومية وهي في مجملها مضامين مترابطة الجوانب وقابلة للربط بوقائع الحياة اليومية والحياة المدرسية والتعليم الجيد هو التعليم الذي ينظر إلى أهمية الشيء باعتباره وحدة واحدة وعلى أهمية العلاقات المترابطة بين أجزائه والتعليم الجيد هو التعليم المنبثق من مصدره الحقيقي وذلك باستخدام حالات حقيقية من وقائع الحياة التي يستطيع الأطفال أن يشاركوا 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 توسعا وتعقيدا أثناء تزويد الطلاب بالمهارات والمعارف و الخبرات
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 الحقيقية أو الأحداث التي تقع في البيئة المحيطة بالطلاب أو الاحتياجات المفاجئة التي تهمهم كأفراد ينبغي اتخاذها على الفور وبطريقة ملائمة كفرص تعليمية لهم.

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

إجراءات مقترحة لتحضير خطط المنهاج والدروس:-

- 1- تختار المدرسة أهم الموضوعات التي تخدم العملية التربوية التعليمية من المنهاج أو بناء عليه وتوجه اهتماما للاحتياجات والظروف المحلية.
 - 2- يضع المعلم منهاج الصف في خطة سنوية واحدة تكون شاملة وموجزة أو يجعله في ثلاث خطط فصلية تعطى نسخ من منهاج الصف لمعلمي الموضوعات الخاصة لكي يستعينوا بها في تكييف 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 ألا تبنى 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 أحيانا تقصير أو تمديد هذه الفترة وفقا 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 سجلا زمنيا للعملية التعليمية ومن الممكن تسجيل التغييرات والإضافات التي تطرأ على الخطة.
- محتويات منهج بافاريا
- أولاً - التعليم التطويري
- الناحية الحسية - الحركية
- التحكم بحاسة اللمس في بشرته إدراك التلميذ لجسمه تطوير وظائف اليد المهارات 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 الحافز (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 وتقويمها

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 بالململكات الشخصية

- ممارسة اللعب المنظم

اللعب المنظم من أجل الاستكشاف

اللعب التخيلي واللعب الرمزي

لعب الأدوار

فهم وقبول قواعد وأحكام اللعب المنظم

- اللعب باستخدام الدمى
- توفير مكان للعب المنظم واستخدامه
- العلاقات الاجتماعية
- تجربة العناية المبينة 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
- التجول في منطقة الجوار (الحارة)
- معرفة واستعمال الخدمات والمرافق 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 بيئة الحديقة

الحياة في بيئة 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 تساعد على معرفة أوقات اليوم

إدراكهم للفترات الزمنية الطويلة

تنظيم الوقت

وعيهم لتاريخهم الذاتي

خبرتهم بالماضي

- التجوال والذهاب إلى الأمكنة (الانتقال والمواصلات)

تعوّد التلميذ على مواءمة حركته مع حركة المتجولين الآخرين

الوعي بسلامة الطريق

تقدير المسافة والسلوك الملائم

دور التلميذ كماشٍ جيد

التجول في مجموعات

دور التلميذ كمسافر جيد

استخدام وسائل ذات عجالات

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 بالمقادير

مهارات العد والتسلسل

الأعداد الطبيعية والأعداد الترتيبية والمواءمة

فهم العلاقات العددية

قراءة وكتابة الأعداد

التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من 1 - 10

التعامل بالمقادير 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 الأمكنة 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 / النشيد

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

اللعب التخيلي

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 (المنبهات) المرئية

- الحرف اليدوية

البدء بمعرفة الأشياء والمواد

تطوير المهارات الأساسية

صنع الأشياء البسيطة

العمل في الورشة

البدء بمعرفة المواد الخاصة

- استخدام الأدوات

تعلم الأساليب

إكمال المشاريع

الوعي بمتطلبات السلامة

- المنسوجات

البدء بمعرفة 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 بالملابس والغسيل

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 الملاعب العامة

استخدام المسابح العامة

الرقص كمهارة جسدية واجتماعية

مهارات الحياة للصم المكفوفين

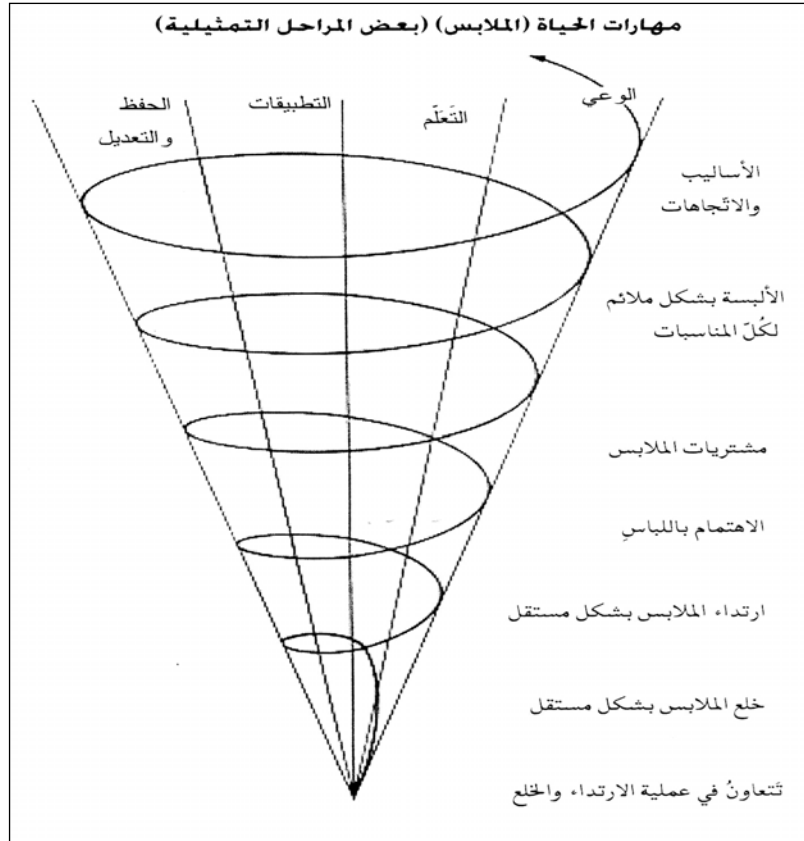
لا يمكن ترك مهارات الحياة للتعلم العرضي ، فيتعلم الطفل غير المعاق معظم مهارات حياته من خلال التجربة و الخطأ ، و التقليد والتعلم العرضي المقدم بصورة عفوية . ويكون الرضيع غير المعاق أو الطفل الصغير قد تدبر أمره و أكتفي توقعاً ، وأخيراً يقوم بأعمال مثل الأكل ، و ارتداء الملابس ، و العناية بملابسه و مقتنياته ، والاعتناء بهندامه حسب الأساليب الثقافية الراسخة و توقعات الوالدين . و يبحث عن المشورة الخاصة أو المساعدة فقط عندما تظهر

صعوبات، وعلى النقيض من ذلك نجد الطفل المعاق لديه صعوبة في تعلم مهارات الحياة .

ويمكن لوالدي الطفل المتخلف ، أو الأصم ، أو الأعمى الرجوع إلي مشورة المتخصصين عن كيفية تعلم طفلهم مهارات حياته معينة مثل ارتداء الملابس ، و الأكل .

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

ومفهوم مهارات الحياة أوسع بكثير من مفهوم " العناية الذاتية " كما تطبق في الغالب على تعليم المتخلف ، 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 بملابسه 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 وقتهم لمناورتهم تضافرًا عبر الفعاليات مثل الإطعام و التغسيل و ارتداء الملابس على أسس مخططة و منتظمة . ونعترف أن هذه الطريقة تتطلب الكثير من الجهد و تستغرق وقتاً طويلاً . وقد لا يكون ممكناً أو عملياً تنفيذها كلما جري 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 , استعماله ترتيباً تواصلياً في كل الأوقات . اجدي انتباه الطفل إلى الطريقة و الي كل من أجزاء جسمه المعنية . و عند العمل مع رضع و أطفال صغار فإن وضع الحضان هو المفضل عادة .

وبينما يتم تطبيق المهارات و تعديلها في أحد المستويات , يجب استعمال الفعالية نفسها لترسيخ أو زيادة و عي الطفل بالمرحلة التالية , مثلاً , في مرحلة تعلم مهارات ارتداء الملابس و تطبيقها , ابدئي بجعل طفلك يدرك بأن " جواربه 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 الدمى و نزع ملابسها , أو ربط سير الحذاء و فكّه على نموذج لحذاء , وهذا أقل تأثيراً من عمل الفعاليات

نفسها كجزء من العمل الطبيعي لأحداث خلال نهار الطفل , وغالباً ما يضع المعني و التحفيز عبر استعمال الدمي , وفي العديد من الفعاليات يصبح الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد الذي سبق وإن أكتسب نماذج بصرية خاطئة ومشكلات بالتنسيق الحركي - البصري أكثر ارتباكاً باستعمال الدمي , 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 تضافرياً إلي جعله يطبق المهارة تعاونياً و من ثم سحب إسنادك بصورة تدريجية حتي يطبق المهارة بشكل ملائم . و المفاتيح هي (1) التغيير التدريجي في عملك , (2) ضمان نجاح الطفل في محاولاته لتطبيق المهارة . لا تعلمية المهارة ومن ثم تواصلين " عملها " و كان الأمر انتهى لأنه يوفر الوقت . تجنبني 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 وضاحان :

1- الاحتفاظ بالمهارة في مستوي الكفاءة الوظيفي .

2- تعديل المهارة الأساسية من خلال التطبيق بزيادة المواقف تنوعاً و تعقيداً .

لقد حان الوقت الآن لتقديم مشكلات , إذ لم يعد هناك ضرورة دائمة لأن يكون الطفل ناجحاً في محاولاته لحل المشكلات , بل كوني متأكدة من أنه يفهم السبب عندما يخفق , فالبلوزة التي يلبسها بالمقلوب ستكون عديمة المعني له ما لم يتعلم أن يميز الموقف و كيف يعالجه , إذا هذا النوع من المشكلات لا ينشأ بصورة

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

مقترحات عامة :

1. عند تنشئة طفل غير معاق , 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 . كلاهما (أنت و الطفل) ستحصلان في النهاية على مردودات كبيرة .

2. الطعام :

- ابدئي تضافرياً بمنورة الرضيع المصاب بالحرمان الحسي المتعدد عند إطعامه بالمعلقة قبل أن تحاولي تعليمه استعمال هذه المهارة بصورة مستقلة . ابدئي بملاعق قليلة فقط واعملي على زيادة العدد كلما زاد تحمل الطفل . وهدفك هو تعويده على العملية .
- اعملي في وضعية هادئة . تجنبي التوتر والمقاطعات. خذي الوقت للاستمتاع بالإطعام وحاولي تجنب الاستعجال . وغالباً ما يكون من الأفضل تقديم و جبة 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 إلي 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 يوسخ ملابسه لكنه سيدرك ماذا يحدث عندما يتسبب بتناثر الطعام .
- دائماً قولي و أشيري " كل " قبل أن تبدي . خذي يده و أنت تقولين " كل " حاولي معه ليعمل الإشارة . استمري بقول و تأشير " كل " خلال الإطعام . ابدئي بكلمات مفردة " كل " , " انتهى " . وعندما يعرف هذه الكلمات انتقلي إلي عبارات مثل "حان وقت الأكل" .
- يتعلم الطفل من خلال التكرار . اتبعي في البداية الروتينيات نفسها كل مرة. كرري ترتيب الأفعال والكلمات نفسها حتي يتمكن الطفل من توقع الروتين , ثم غيره مرة واحدة .
- ابدئي بوضع الحوض . وعندما يكون طفلك مستعداً للجلوس بصورة مستقلة ضعيه في كرسي ملائم و اضميني أن يكون ظهر الكرسي عاليا بما فيه الكفاية ليعطي الطفل بعض الإسناد إذا احتاج للسيطرة على رأس .
- إذا لم يكن لطفلك أي بصر وظيفي , ساعديه على استعمال يده لإيجاد صحنه ولبس طعامه للتعرف عليه . (لا تدعيه يلعب بطعامه لأن هكذا فعالية يمكن أن تصبح عادة غير مقبولة , و سيكون من الصعب التخلص منها) . بينما تتسحق مهاراته , علميه على استعمال قطعة خبز كدافع لمساعدته في إيصال الطعام إلي 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 المحمص , أو نصف (لفة)

ساندويتش حتي يتعلم أن يقضم بأسنانه الأمامية . و إذا أزاح برأسه للخلف عندما تحاولين إطعامه لا تجربيه على إعاداته للأمام , اخفضي ذراعية أمام , اجلبي كتفيه للأمام و ساعديه على الاسترخاء .

- إذا وجد طفلك صعوبة في قبول طعام من خارج الزجاجه , حاولي زيادة تركيز الحليب بإضافة قليل من الطعام الحبوبى , 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 إلي 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 . استعملي أطعمة ذات تراكيب ومذاقات وروائح محدد . جربي حتي تجدي تلك التي يحبها طفلك . اعلمي على زيادة التنوع بتجربة قطعة أو قطعتين من الطعام الجديد . (هذا يعطي فرصة ممتازة لعمل خيارات و ممارسة الوعي اللمسي و البصري و ممارسة المحاوره) . في البداية اجعلي القطع صغيرة كي يتم تناولها بقضمة واحدة .
- تأكدي (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 قادراً 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 إلي 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 .
- هـ- شراء أطعمة .
- و- تخطيط و استضافة حفلات .

ولا نقصد أنه يجب تعليمها بالترتيب , تذكرني أن الشخص الأصم - المكفوف لن يكتسب هذه المهارات بطريقة التجربة والخطأ والمشاهدة التي نستعملها نفسها . ولن يكون عارفاً بها أو واعياً لها أو بحاجة لتعلمها ما لم تجلب لانتباهه و ما لم توفر الفرصة لتعلمها . فإذا بدأت بمرحلة مبكرة من أجل شموله بفعالياتك , فإنه سيتطور وعياً وفهماً للطرق التي ستعلمينه إياها لا حقاً بطريقة رسمية أكثر .

3. صقل المهارات :

أ) ابدئي في وقت مبكر جداً بتوفير تلميحات صنفية مثل , حفاظات , أقمشة وجه , علب مساحيق , و غيرها . ناوري مع الطفل لتوفير الأسس ليفهم الفعالية و يتوقعها .

ب) استعملي المناورة خلال صقل مهارات مختلفة لتعزيز تطوير المفاهيم الجسدية 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) . اجذي انتباهه لما يحدث و اجعلي منه متعة .

د) بينما ينضج الطفل , علمية أن يملأ المغطس و إن يجمع المواد المطلوبة للاستحمام . أشركية في كل من الاستعداد والتنظيف بعد ترسيخ الروتين .

هـ) يجب تقديم الدش بعناية , اجعلي 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 فمهم . قد يتوجب عليك التجربة لإيجاد معجون مقبول قليل الرغوة وطيب المذاق .

لا تتوقعي أن يبدأ الطفل بتنظيف أسنانه إذا كان لا يدرك أن لديه يدين ليمسك بالفرشاة , أو فما ليضع الفرشاة فيه , أو أسناناً تحتاج إلي 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)

لفرشاة 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 الأصمكفيف الصغير . حاولي بنفسك عملها بضع مرات والإنارة مطفأة وستكتشفين بسرعة أنها تتطلب درجة عالية من التنظيم والتنسيق المتشابه . ناوريه عبر الترتيب وتدرجياً اسحبي 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 ، ووجودكما ضروري في موقف مهدد .

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

ملاحظة : بالإضافة إلي 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 تدريباً بصرياً جيداً ويشجع تطوير المهارات الحركية الدقيقة ومفهوم الجمال والأنوثة .

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

هـ) يجب تقديم مفهوم الدورة الشهرية وأهميتها بعناية وبالتفاصيل, وتوضيح العناية الشخصية للفتيات الصغار. أولاً يجب أن تتم التوضيحات تحت ضغط تمليه الضرورة.

و يمكن أن توضح الأم " أنك ستكونين امرأة مثلي "

و) بالنسبة للشباب , تعتبر ماكينة الحلاقة الكهربائية أسهل استعمالاً و أكثر أماناً من شفرة الحلاقة . ناوريه عبر الفعالية حتي يكتسب المهارة الضرورية ليستعمل 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, والمرافق الصحية على الحافلات و الطائرات و القطارات .

ويعتبر الوقت و الرعاية التي تستثمرينها في تعليم الطفل لتطوير مهاراته جيداً, والافتخار بمظهره مهمين جداً .

4. العناية بالمقتنيات :

يبدأ تعلم المرء العناية بالمقتنيات , من خلال الوعي بأن الأشياء لا تظهر و تختفي حسب مشيئته . قبل أن تتوقعي من طفلك المصاب بالحرمان الحسي المتعدد . و بأن الأشياء تحفظ في أماكن معينة و تعاد إلي أماكنها بعد الاستعمال . مثلاً , الحفظ هنا في الصندوق و ترمي في ذلك الصندوق بعد الاستعمال . والجوارب تحفظ في هذا الجارور والبلوزات في ذلك الجارور ,

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

5. استعمال المرافق العامة و موارد المجتمع :

المتنزهات والملاعب

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

وتوفر زيارات المتنزهات و الملاعب فرصاً بديهية للتطوير الحركي , والتشجيع على استعمال البصر و السمع المتبقي . ويجب ربط اللغة بجميع الفعاليات . وستوفر الرحلة إلي ومن المتنزه فرصاً عديدة للاستكشاف و التطوير .

ساعدي الطفل على تمييز المعالم المهمة (حائط حجري , سياج و تدي , سياج نباتي, عمود كهرباء , الخ) . المسيها , 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 المتوافرة لدي والدي الطفل غير المعاق . فالمشاركة مهمة لنمو وتطور الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد .

النقود :

خذي الطفل في مشاوير تسوق و اجذي انتباهه للطريقة بأكملها . أشركيه في إعطاء النقود إلى الشخص البائع قبل أن يعرف قيمة النقود بفترة طويلة . في البداية دعيه يشترى بمساعدتك حلوي 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 متي البدء بهذه الفعاليات أهم من العمر . ومن الجدير بالذكر إدراك أن الطفل لن يطور مفهوم النقود , والتوفير , والاستدانة وكون الإنسان مديناً , ما لم تكن لديه فرصة الممارسة المباشرة .

وسائط النقل المحلية :

يبدأ استعمال سيارات الأجرة , والحافلات , والقطارات , والطائرات . ابدئي برحلات قصيرة . أعطيه الفرصة لاستكشاف السيارة ويألف رائحتها , وشكلها وتراكيبها . وأحيانا ليس من الحكمة أن يسافر البالغ والطفل الأصم الكفيف بالسيارة بغض النظر عن كونه مستقراً . لأنه دائماً سيكون هناك خطر .

ولن يكون لدي طفلك في الرحلات طويلة الحافز للنظر من النافذة بدافع المتعة , أو متعة الاستماع إلى الراديو. اجلي له معك الدمى وألعابه المفضلة وشخصاً آخرى ليتدخل مع الطفل. وإذا ترك دون تحفيز لفترات طويلة من الوقت, قد يصبح مفرط الفعالية أو ناقص الفعالية .

وعند استعمال أنواع أخرى من وسائط النقل العامة , لتكون لفترات قصيرة . مثلاً , يمكن استعمال الحافلة لموقف واحد في المرة الأولى من أجل قياس رد فعل طفلك للروائح والأشخاص والضوضاء , ويجب أخبار المضيفين على

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

نظام المدرسة المحلية :

يناقش معيار اختيار النظام التعليمي الملائم للطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد .
تجنبني قدر الأماكن البرامج الموضوعة لخدمة الأطفال " المعاقين " . فمن غير المحتمل أن يكون قد تم تطويرها لخدمة الأطفال المصابين بالحرمان الحسي المتعدد , و معظم كوادرها مصممة لتلبية احتياجات مجموعة معينة من المعاقين . و القلة القليلة من الكادر / الطالب الموجودة في هذه البرامج يعطون في الغالب انطبعا بأن طفلك سيتلقى عناية فردية أكثر مما يتلقاه في برنامج لغير المعاقين . و تمثل هذه النسب عدد الأطفال المصابين بعوق معين الذي يمكن خدمتهم بشكل ملائم . ولا تعني 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 لمؤسسة ما بموجب الاحتياجات المعينة لطفلك و ستكون بعض الفعاليات من النوع الذي سيستمتع بها طفلك مع قليل من الإسناد أو من دون إسناد . وبعضها ستكون مفيدة له طالما أن لديه تدخلا يمكنه التعويض عن مشكلاته البصرية / أو السمعية . وستكون بعض الفعاليات غير ملائمة . وقد يوفر المتدخل فعاليات بديلة مناسبة بينما يستمر بقية الصف في البرنامج المقرر . بالإضافة إلى ذلك , و عندما يتم تقديم الفعاليات فأن معظم التعليم لطفلك سيكون على أساس فردي (واحد لواحد) . وبهذا النوع من الإسناد فإن العديد من الأطفال المصابين بالحرمان الحسي المتعدد يمكنهم المشاركة في برامج المرتبط بالحرمان الحسي المتعدد يكون من الحكمة أحيانا

جعل الطفل يبدأ متأخراً ويستمر لمدة سنة أو سنتين أكثر في هكذا برنامج لعمر ما قبل المدرسة , وذلك قبل البدء بالمزيد من البرامج التعليمية الرسمية .

عندما يصل الطفل المصاب بالحرمان الحسي المتعدد الي العمر ومستوي الأداء المناسبين . اصطحبيه عندما تذهب العائلة لمشاهدة أخيه و هو يلعب كرة القدم أو أخته و هي تلعب كرة السلة . وقد لا يتمكن 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 يبدو للوهلة الأولى أنها لن تقدم له سوي القليل. آخرون من العائلة أو ذهبوا كمتفرجين , تعطي اعتباراً جدياً لاصطحابه أيضاً . فأنت لن تعرفي المنافع ما لم تجري .

الفصل الخامس

متلازمة اضطراب ضعف الانتباه

وفرط النشاط الحركي وصعوبات التعلم

مقدمة

- تعريف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .
- أسباب متلازمة اضطراب وضعف الانتباه وصعوبات التعلم .
- 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 وإدراكها 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 السيكلوجي 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 انتباههم أو تنظيم نشاطهم الذهني نحو شيء لفترة طويلة .

كما أنهم لا يستطيعون أيضاً أن يتحرروا من العوامل الخارجية التي تعمل على تشتت انتباههم 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 ويتسبب أيضاً أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على الاحتفاظ بالانتباه لفترة طويلة وغير قادرين إنهاء ما يطلب منهم تأديته كما يتحركون حركات مفرطة ليس لها هدف محدد ولا يتبعون نواحي الآباء والمعلمين أو المحيطين بهم وتعرف تلك الفئة بمتلازمة اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد وصعوبات التعلم . (Barkely , 1992) .



وقد أشار جيسون (Gibson , 1978) أن الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بفرط النشاط وصعوبات التعلم يتصفون بضعف في الذاكرة وخلل وظيفي في عملية الإدراك والانتباه والتشتت والانداغاية 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 التعليم 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 نتيجة 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 الأعمال 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 سنهم .

وعرف الدليل الأخصائي والتشخيص الرابع للاضطرابات العقلية (DSMIV) هذا الاضطراب على أنه اضطراب نهائي يظهر خلال مرحلة الطفولة وفي كثير من الحالات قبل عمر 7 سنوات وحتى يتم تشخيص الطفل على أنه لديه هذا الاضطراب فلا بد أن تكون أعراض الاضطراب 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 الاضطراب إلى سن المراهقة أو سن الرشد (Wikipedia , 2006) وقد وضع جولدستين (Goldstein , 1990) تعريف الاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركة 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-الإندفاعية .

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 ، التهجئة ، الكتابة ، 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 المهتمة 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 الاصغاء 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 السمدوني أن ظهور سلوكي 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 والاستشارات 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 الإباء تجاه أبنائهم بالإضافة إلى التسمم بالرصاص أو حامض الاستيل سالسيلك 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 كلاً 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 تساعد 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) فتري 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 سلباً 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 والمواد الملونة والحافظة الأم 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 والتجاهل 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 والتمييز .

2-الحاجة لوقت كبير لتنظيم الأفكار والتركيز .

3-ضعف الانتباه والتشتت بسهولة .

4-صعوبة استيعاب المفاهيم كالجمع والطرح والقسمة .

5-الارتباك في تمييز الاتجاهات .

6-صعوبة التمييز بين الحروف والأرقام المتشابهة .

الخصائص اللغوية :

1-عدم القدرة على التوازن العام .

2-ضعف في الرسم والكتابة .

3-يتعثر 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 الفئة في الأطفال وتميزه عن غيرهم وهي :
- (1) عدم الانتباه والتفكير والتركيز .
 - (2) الحركة والنشاط الزائد المبالغ فيه (الحركة المفرطة) .
 - (3) قلب وتبديل بعض الحروف عند القراءة .
 - (4) السرعة الكبيرة أو البطئ المبالغ فيه في القراءة .
 - (5) عدم الالتزام بالكتابة بشكل مستقيم .
 - (6) عكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة .
 - (7) لا يجلس في مقعده 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 .

(القريوتي ، السرطاوي ، الصمادي ، 1995)

أدوات التشخيص والتقييم لأطفال صعوبات التعليم الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بنشاط حركة 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 فعاليتها .

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 الأكاديمية 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 وتأخر 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 سماع 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 ونقاط الضعف والقوة لديه ومدى مناسبة البرامج المقدمة له .

(القريوتي ، السرطاوي، الصماوي ، 1995)

اعتبارات يجب مراعاتها عند تقييم ذوي صعوبات التعلم وهي :

1- أن عملية التقييم مهمة فريق عمل متكامل من المعلمين (معلم الفصل ومعلم التربية الخاصة) والأخصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين والمعالجين والأطباء ومن الضروري تواجد الوالدين مع الطفل في بعض المهام .

2-تنوع الأساليب والفنيات 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 والنواحي الأكاديمية لدى الطفل .

5- ضرورة التحقق من أن الخبرات التعليمية التي يتم تقديمها للطفل مناسبة لمرحلته 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 دورياً وذلك لتحديد مدى تقديم الطفل ومدى استفادته من البرامج التربوي ومدى استمرارية حاجته إلى خدمات تربوية خاصة من عدمها (القريطي ، 2011)
خطوات التقييم الشخصي :

ذهب (Mclovghlin plewis , 1994) إلى أن عملية التقييم الشخصي تمر بخمس مراحل وهي على النحو التالي :

- (1) مرحلة ما قبل الإحالة وهي تجميع المعلومات والبيانات اللازمة 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) تخطيط 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 رئيسين في التدخل العلاجي هما على النحو التالي :

أولاً : الاتجاه الطبي :

ومن المتحمسين لهذا الاتجاه في العلاج هم الأطباء وخاصة أطباء الأعصاب حيث يؤكدون أن السبب الرئيسي في ظهور إعاقة صعوبات التعلم المصحوبة بضعف الانتباه والتفريط 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 لدي الطفل وتزيد من فترة الانتباه وتقلل من الاندفاعية والسلوك العدواني دون أن تسبب أي آثار جانبية غير مرغوب فيها ويجب على معلمين الفئة من الأطفال أن يكونوا ملمين بنوع الدواء وعدد

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

2- العلاج بضبط البرنامج الغذائي :

ويعتبر هذا النوع من العلاج أسلوباً جديداً من الأساليب الطبية ظهر في منتصف السبعينات ويرى فنجولد (Fongold) أن المواد الملونة والحافظة والمنكهات الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال والحلوى أو حفظ المواد الغذائية المعلبة خاصة الفواكه والعصير 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 وسلامته استخدامها من جهة أخرى .

ثانياً : الاتجاه النفس تربوي :

ويقوم هذا الاتجاه على توظيف المعرفة النفسية والتربوية وتطبيقها في مجال تعلم الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم المصحوب بضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي ويسهئ 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 الفئة 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 (القريوني ، 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 الاطفال فمعلم هذه الفئة من الأطفال لديه تأهيل وتدريب يساعده 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 السلوكي :

وهي التي تعتمد على التدخل السلوكي لتعديل السلوكيات 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 يعاني 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 السلوكيات 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 سلوك سليم ويحذف منه نقاط عندما يخطئ ويقوم بسلوك سيئ غير مرغوب فيه .

ج-مسابقة الكسب الصفية :

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

ثانياً : إستراتيجية الوظائف التغذوية :

وتقوم هذه الإستراتيجية بتحفيز الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم (ADHD) ويكون لها دور كبير في تحسين فرص نجاحهم الأكاديمي وبرامج الكمبيوتر التي تكون معدة لهذا تتلائم بصورة كبير 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 لآخري وقد تشمل على مهارات الانتباه السمعي والبصري واستخدمت وسائل تعليمية مجسميه وأشرطة كاسيت وتشير نتائج تطبيق هذه الإستراتيجية لدى طلاب (ADHD) إلى أهمية تفعيل التدريب على المهارات الأساسية وتؤكد 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) تقليص 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 إمكانية اكتسابهم لمهارات القراءة المبكرة لذا فإن الإشراف والتعليم الموجه والمعالجة تساعد الطفل في تحسين حالته أي أن كل طفل يحتاج إلى متابعة فردية للتأكد من مدى تحسن مستواه 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 على مكافأة 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 لمتعدي الإعاقات

محتويات الفصل هي:

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

الفصل السادس

الخدمات المقدمة لمتعدي 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 تنال هذه الفئات حقها في الرعاية والتربية والتعليم بما يتكافأ 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 تتحول إلى إنتاجية وابتكارية 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 بالكلية والمعاهد العلمية والهدف من هذه الرسائل هو الوصول إلى درجة من التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي لفئة متعددي الإعاقات بكل وسيلة مستطاعه . (باظة، 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 وان هذه الفئة تعاني من مشكلات عديدة منها مشكلات صحية و نفسية و اجتماعية وانفعالية فيجب أن تحظى باهتمام أكبر من التخصيص والعاملين عليهم في المراكز والمؤسسات التربوية المختلفة أسوة بالإعاقات الأخرى.

الخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليمية لمُعَدَدِي الإعاقات :

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

أولا : تصميم الأبنية التعليمية المناسبة :

وقد أشار مرسى (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 والسوب إلى مواصفات (1980) grey allson الأبنية التعليمية الخاصة بمُعَدَدِي 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- صنادير المياه يراعى أن تكون اتوماتيكية أي نعمل لمجرد وضع اليد تحتها وان يكون ارتفاعها من 26 - 30 انشا تثبت في المكان يمكن الوصول إليها بسهولة كما يجب أن يتوفر داخل الأبنية التعليمية مصاعد مزودة بأزرار مكتوب بلغة برايل ولغة الإشارة ويتوفر في المبنى ممشى جانبي مزودة بقضبان مثبتة على الجدار كما يجب من توفير المكتبات بكل المصادر السمعية والمرئية والمقروءة 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 مكيّفة وتتوفر المعايير المائلة للكراسي المتحركة لسهولة الحركة داخل المباني التعليمية .

ثانيا : تكييف البرنامج التعليمي :

والمقصود ببرنامج التكيف التعليمي أي يكون برنامج مرن يراعي إمكانيات 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 والتركيز 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 : تكييف السكن متعدد الإعاقات :

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

حالة فئة متعدد الإعاقات :

كما يجب وجود طبيب ومعالج نفسي واجتماعي لحل مثل هذه المشكلات النفسية والانفعالية :
4-توفير الرعاية الصحية وهي الاهتمام بحالات متعدد الإعاقات وعمل الكشف والفحوصات الطبية الدورية لهم كما يجب من وجود طبيب وممارس عام للاطمئنان على حالاتهم الصحية والجسمية 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 والفنيين التي تقدم خدمات التدريب والتأهيل

لمتعددي 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

أولا : مهام آباء متعددي الإعاقات :

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

1- إجراء الفحوصات والاستشارات اللازمة 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 الاخصائيين وإمدادهم بالبيانات الدقيقة عن الطفل لتشخيص حالته .

- 7- إتباع أساليب التعبئة الاجتماعية السليمة تجاه الطفل .
 - 8- التعرف على استعدادات الطفل وقدراته .
 - 9- التنسيق مع الاخصائيين في المؤسسة لمتابعة حالة الطفل والمشاركة في تنفيذ برامج الرعاية .
- ثانياً : مهام وواجبات معلم متعددي 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 والتشخيصي الشامل للحالة .
 - المشاركة في قرار توجيه الحالات وقبولها في المؤسسة .
 - تصنيف الحالة وتمسكها في مستوى مناسب أو في مجموعة مناسبة .
 - المشاركة في رسم البرنامج الفردي والجماعي وتحديد أهداف البرنامج .
 - التوجيه الإرشادي والفردي أو الجماعي لمتعددي 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 أسر الأطفال متعددي الإعاقات .
- المشاركة في التوجيه والمتابعة المستمرة لكل طفل .
- ملاحظة سلوك كل طفل وعلاقاته داخل المؤسسة للتعرف على أهم مشكلاته .
- التخطيط للأنشطة الترويحية كالرحلات والزيارات والمعسكرات والمسابقات
- التعاون مع بقية الاخصائيين في فريق العمل داخل المؤسسة بما يحقق صالح الطفل .
- خامساً : مهام الطبيب :
- تحديد الخدمات الطبية والتمريضية اللازمة لكل طفل
- تبصير الأسرة بحالة الطفل الصحية .
- متابعة حالة الطفل .
- مهام أخصائي التخاطب .
- وضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع الاضطراب .
- تبصير الولدين 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 تغير النظرة السلبية لفئة متعددي الإعاقات .

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

(3) تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية والتربوية 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 اللازمة للطفل المعوق وأسرتة (فاروق صادق ، 1991) .

مفهوم التدخل المبكر :

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة على أنه انساق الجهود المنظمة المدعمة لإعانة 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 وتتبعها 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 وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة.

ماهية التدخل المبكر:

يشمل التدخل المبكر الأطفال 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

تنبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون البنية 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 يعانيها الطفل وكذلك إكسابه المهارات مبكراً مما حسن الأداء لديه .

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

توترها ويأسها 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 اللازمة 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 ففيها يتشكل نموه وسلوكه وبالتالي يسهل تطويعه وتدريبه وهي تمثل قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة .

2- الفرد نتاج تفاعل بين البيئة والوراثة، فالمؤثرات التعليمية والخبرات التي نقدمها للطفل تساعد في نمو قدراته المختلفة والمعروف 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 بديلا عن الأسرة.

ومن مبررات التدخل المبكر:

- يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية.
- يتبع الأطفال المتأخرين 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 يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية.

- التأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسة 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 أجراها آخرون عديدون 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 بأسس متينة للتعلم في المدرسة الابتدائية وللإعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة (Evans & Myers , 1994) .

- إن برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضماناً 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 :

تتكون 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 وبيئته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو. وتتضمن هذه الأنشطة تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات الاختصاصيين .

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

تطورت برامج التدخل المبكر عبر ثلاث مراحل رئيسة وهي:

-المرحلة الأولى :

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

-المرحلة الثانية :

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

-المرحلة 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 تدريبهم على مختلف المجالات- .

برامج الدمج:

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

- برنامج التدخل من خلال وسائل الإعلام:

ويتم من خلال وسائل استخدام وسائل الإعلام المقروءة 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- تدنى مستوى الدخل-عدم استقرار الوضع الأسرى-وجود إعاقة لدى الوالدين -استخدام العقاقير الخطرة.

عوامل خطورة بيولوجية مثل:الخداج(الولادة المبكرة) -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 ومعلمو التربية -الخاصة -أولياء الأمور وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهـم .

الكفايات اللازمة لفرق التدخل المبكر

تشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية :

معرفة مراحل النمو الطبيعي في الطفولة المبكرة سواء من النواحي العقلية أو اللغوية (الاستقبلية- 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 وأسرههم 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 ثلاثم 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 تخطط التدخل في سياق إعداد البرنامج الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة، ويوضع في الاعتبار ثقافة

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

ج) تقديم الخدمة للطفل والأسرة: يتنوع أعضاء فريق التدخل ومقدمي الرعاية تبعاً لتغير 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 أنسب أنواع التدخل .

يتضح دور الأم في تدريب ونقل الخبرة لأمهات آخريين 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 الاضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود 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 كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين .

ويمكن وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد حالات الولادة قبل وأثناء وبعد الولادة ويمكن لوحدة الرعاية الصحية وغيرها من مراكز العمل الصحي أن تلعب دورا هاما في ذلك الخصوص ولا تقتصر 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 المتاحة 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 التسكين التربوي المناسب، ويمثل

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

ثالثاً: مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات: تأتي هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية وذلك وفق خطة علاجية قد يشارك في تنفيذها فريق عمل متنوع 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 بورتيج

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتثقيف أمهات الأطفال المعوقين

المحتويات

- (1) تعريف بالمشروع العربي وبورتيج
- (2) تعليمات عامة ببورتيج
- (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 وبورتيج

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتثقيف 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 متعددي 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 لتثقيف أمهات الأطفال المعوقين من سن الولادة إلى 9 سنوات بجمعية رعاية المعوقين في قطاع غزة والتي بدأت بتنفيذه منذ عام 1984، ونظرا لنجاحه فلقد قام البرنامج بتمويل نفس المشروع لجمعية التنمية الفكرية المصرية، وخدم هذا المشروع 168 طفلا أسرهم يعيشون في مناطق ذات وضع اقتصادي متدن.

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 اصغر 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 مبنيًا 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 مبنيًا على المعرفة الحالية للطفل وقدراته بالتعاون مع الأم.
- 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 سكنهم مهما بعدت وإضافة إلى أن المدرسة المنزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى 15 عائلة أسبوعياً. لذلك كلما زاد عدد المدرسات في البرنامج زادت عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفر لها أي نموذج من الخدمة وذلك أما بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل أو عدم ملائمة البرامج المقدمة في المؤسسة لإعاقة 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 تتطلبها المراكز والمؤسسات الخاصة.

- أن هذا البرنامج يستثمر أيضاً في تكوين العامل البشري المتدرب والمؤهل فالحاصلات في البرنامج لا يستلزم أن تكن حاصلات على شهادات جامعية عليا ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورة التدريبية والنجاح فيها. هذا وقد أثبتت التجربة أن اختيار مدرسات من نفس البيئة التي يتم العمل بها يزيد من تفاهم ما بين العائلات التي تتلقى الخدمة وطاقم البرنامج مما يؤدي بالتالي إلى نجاح وزيادة الثقة المتبادلة بين الطرفين.

2- تعليمات عامة ببورتيج

درجات النجاح في كل منطقة تعليمية:

- المجال الاتصالي language 100 % أي 4/4 أو 5/5

- المجال الإدراكي cognitive 100% أي 4/4 أو 5/5

- المساعدة الذاتية self help 80% أي 5/4

- المجال الحركي motor 80% أي 5/4
- المخالطة الاجتماعية socialization 75% أي ¼
- ويمكن أن تكون نسبة النجاح لجميع المناطق التعليمية السابقة 100% على ألا تقل عن النسبة المتعارف عليها سابقا في حال من الأحوال.
- الرجوع إلى المختصين : Referral
- وينقسم إلى 3 أقسام:
- 1- التعريف identification: ويشتمل التعريف 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.
- أولا المساعدة الجسمية: وهي أقوى أنواع المساعدة:
- في أهداف الكتابة: -مسك اليد
- تخفيف قبضة اليد
- مسك الرسغ

-مسك الساعد

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

-مسك تحت الإبطين

-مسك أعلى الكوع

-مسك الكوعين

-مسك الساعدين

-مسك الرسغين

-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 وشرطة

-التوصيل بين النقاط

-التوصيل بين ثلاث نقط

-التوصيل بين نقطتين

ثانيا المساعدة بالنظر: في البداية تكون المساعدة بالبطاقة المفردة وملئها 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 تعليمه مرة واحدة

أمام الطفل ويقوم الطفل بتقليدها في جميع المحاولات.

ثالثا المساعدة اللفظية: 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 (يفرشي الأسنان- يركب لعبة- يرتدي

الملابس).

عند الطلب: وهي لا تعتبر مساعدة وهي نهاية تنفيذ الهدف حيث يطلب 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 الإبط 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 الساعدين 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 بتدريتها 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 بدفتر 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 بملاعبة 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 نتأكد 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 والتأكد من فهمها لورقة النشاط وذلك أما أن تقرأه الأم أو تقرأه 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

بتدريسها 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 منهجي 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

sheet وهو قائمة يسجل فيها كل ما يحصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح والتقرير النفسي

وهذا الاختبار مكتوب ومدون ومقنن لا يمكن تغيير بنوده وهو من تأليف Alpren 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 تدريسه له من

خلال هذه السنة ويقاس هذا الاختبار العمر العقلي في القدرات التالية:

-العمر الجسمي physical age

ويتحدد من خلال قياس النمو والتطور الجسماني وقوة العضلات والقدرة على القيام بمجموعة من المهارات الحركية مثل القفز على قدم واحدة أو بكتلتا 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 وصادقة 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 بالهمهمات 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 مقنن 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 بكتابة 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 نرجع بلوك واحد فقط.
- تبدأ 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 وتجريبها مع الطفل كلما أمكن ذلك للحصول على أدق النتائج.
- تستمر المدرسة في وضع العلامة (الدائرة) على السؤال الصحيح مستمرين في النزول إلى أسفل حتى تقابل أول فشل ثم نعد مرة ثانية حتى تحصل على

بلوكين نجاح بعد ذلك تنزل إلى أول فشل قابلها 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 baseline credit: تحصل المدرسة على الرصيد القاعدي من البلوك أو الصندوق الذي اجتيزت 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 بلوكات 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 بمفتاح، حلوى أو لبان، حبل للقفز، بطاقات للحروف، 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، عملات معدنية بقيم مختلفة، عجلات معدنية بأحجام مختلفة، أدوات من المنزل (جوارب وحذاء، كوب للشرب، ملعقة وشوكة وطبق، سكين سفر وطعام طري ممكن فرده لعمل سندويش، درج، صورة للطفل، معطف أو قميص)

ثانيا: التقييم غير الرسمي Informal assessment

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

ثالثا: التقييم المنهاجي Curriculum assessment

من أدوات هذا التقييم:

1- checklist:

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- card file وطريقة استعماله:

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

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 اختير 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.

3- manual:

وهو كتيب يوجد به معلومات معينة عن البرنامج وطرق تنفيذه.

رابعا: التقييم المستمر On going assessment

وسيتمر من بداية السنة التدريسية حتى نهايتها ومن أدواته:

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

متبع 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 مقترحات 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 behavior log: 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 يتدحرج 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 التدحرج.

النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع 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 سأل لعبه بسبب التسنين أو أثناء الأكل.

من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 2: من 13 - 18 شهر)

- 7- هل يصعد الطفل السلم (واقفا وليس زاحفا) مستندا على الحائط، الدرابزين أو ممسكا بيد شخص لمساعدته؟ واضعا كلتا القدمين على كل درجة وبهذه يكون قد نجح.
 - 8- هل يمشي الطفل جيدا بدون مساعدة داخل المنزل وبدون أن يراقبه اخذ بحيث لا يقع أو يتعثّر 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 متر واحد على الأقل بالاتجاه الذي يريده؟ في حالة ما إذا قذف الأشياء إلى أي اتجاه عفوا 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 البدالة 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 العين واليد لرسم خط بدلاً من الشخبطة.

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 لآخر قفزاً أو وثباً بكلتا قدميه معاً؟ وعلى الطفل أن يكون قادراً لكي يذهب بهذه الطريقة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة بعد الرضاعة 3: من 13 - 36 شهر)
16- هل يستعمل الطفل المقص بيد 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 السلم ويهبط منه ووضعا قدم واحدة على كل درجة؟ وقد يستخدم الحائط أو الدرابزين ولكن هذا لا يهتم 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 يمكك الطفل اكرة الباب الداخلي ويفتحه؟ على سبيل المثال لا بد أن يكون الطفل قادرا على أن يلف الأكرة ويدفع باب الحمام غير المقفّل 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 بيد 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 متر 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 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)

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

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

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

27- هل يستطيع الطفل أن يلعب الحجلة؟ هذا يتضمن القدرة على الحبل على قدم واحدة

على نقطة معينة ليحبل ويدور بدون السقوط ثم يستمر بالحبل.

6 سنوات المرحلة الابتدائية: 1: 67 - 78 شهر

28- هل يستطيع الطفل أن يتزحلق؟ التزحلق 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.

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

30- هل يستطيع الطفل أن ينط الحبل؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على مسك طرفي الحبل

والنط أو الحبل أو القفز لثلاث مرات متتالية عندما يكون الحبل فوق رأسه أو اسفل

قدميه.

7 سنوات (المرحلة 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 لعبة المسافة؟

33- هل يستطيع الطفل أن يمك كرة تمسك بيد واحدة عندما تحذف إليه برقة من مسافة 2,5

متر (الطفل يجب أن يمكها على الأقل 50% من الوقت)

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

34- 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 فاستعملي فقط

نمرة 35 أو 36 لهذه المرحلة أعطي 6 شهور بدلا 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 (المرحلة الابتدائية النهائية 103 - 114 شهر)

37- هل يستطيع الطفل أن يصفر لحن معروف؟

38- هل يتبارى الطفل بالرياضة 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 بأداة لمدة 5 ثواني على الأقل؟ قد يفعل هذا بـمسك اليد كلها

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 لللبس الكم أو دفع قدمه لللبس 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 ملبسه؟
من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة: 1: 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 يبلعه.

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 ويبقى بعيدا عن الأخطار العامة؟ الاحتراس بالألا 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 حذاءه؟ 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، المسح والارتداء. والطفل لا يحتاج ليعيد تزيير الأضرار 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 ويدها بطريقة مقبولة وينشفها بدون مساعدة؟
- العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهر)
- 22- هل يلبس الطفل نفسه تماما ما عدا ربط حذاءه وأشياء أخرى تحتاج إلى تزيير؟ الطفل يجب أن يكون قادرا 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 سكينه طعام لفرد المربي 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 التليفون. (ملاحظة إذا لم يتوافر تليفون فيجب ترك هذا البند، يكون البند 25 و 27 من المساعدة الذاتية تأخذ مدة 6 شهور بدلا من 4 شهور.
- 27- هل يستطيع الطفل أن يحضر ساندويتش؟ هذا يتضمن القدرة على إحضار الطعام الصحيح من الثلاجة أو الخزانة أو صندوق الخبز ووضع الأشياء معا بالسند ويش؟
العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)
- 28- هل يستطيع الطفل أن يستعمل السكين بطريقة صحيحة لقطع اللحم والخبز أو أي أطعمة مشابهة؟ المساعدة ربما تحتاج أن نقدم للطفل عند قطع أطعمة مثل الدجاج أو اللحم السميكة.
- 29- هل يفرشي 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 المهمات بعد أن يطلب منه مقبول.
العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)
- 31- هل بنى الطفل أو أصلح شيئا 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 والاعتسال وتنشيف نفسه.

- 33- هل يستعمل الطفل الأداة المناسبة للطعام المقدم مثل شوكة اللحمية وملعقة للشورية وسكينة لقطع وفرد الطعام بما يناسب عادات العائلة؟
- العمر 8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر)
- 34- هل يختار الطفل ما سيرتيبه عادة بما في ذلك اختيار الملابس المناسبة للمدرسة والمناسبات الرسمية واختيار الملابس الخارجية المناسبة للطقس؟
- 35- هل لدى الطفل مهتمان على الأقل مثل ترتيب غرفة نومه وملابسه؟ يعتبر غسل الملابس وكويها وتلميع الأحذية وتنظيف الأثاث ومسحه وترتيب السرير أمثلة جيدة. يسمح بالتذكير للقيام بالمهمتين.
- 36- هل يقتص الطفل ويوفر المال (من المال الموفر أو المال المكتسب أو المخصصات) بصفة جيدة بحيث يسمح له بشراء بعض الأشياء بنفسه بدون أن يخبر شخصا كبيرا.
- العمر 9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)
- 37- هل يشتري بضعة أشياء في وقت واحد؟ يعني هذا انه يعني يستطيع الذهاب إلى أكثر من محل واحد إذا لم تكن كل الأشياء المطلوبة موجودة في المحل وكذلك يستطيع حسب المال المصروف والفكة المستعملة.
- 38- هل اعد الطف اثنين من المأكّل على الأقل مثل البيض بأي طريقة، حبوب الفشار أو الشورية من العلبّة 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 مد يده إلى أشخاص أو مناغاة أشخاص أو وقف البكاء عندما يلعب معه أحد (ولكن لا يحمله).
- 2- هل يثرثر 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 0 الغضب، الرفض، الخوف أو الارتداد) بالنسبة إلى أشياء غير مؤلمة من الناحية الجسمية مثل الطعام المكروه أو الغرباء؟

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 وقائعا 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 "تعال به هنا"، "احضر به إلى ماما".

9- هل يهتم الطفل بالأشياء وبالألعاب التي يحبها الأطفال الآخرون؟ 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 ينتبه أحد إلى أشخاص آخرين خصوصا أشخاص من العائلة؟ قد تظهر الغيرة كالغضب أو التصرفات الطفولية أو الضوضائية أو طلبه أن يكون محمولا أو تعبيرات 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 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 ملابسه 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 نفخ 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 وأن 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 ألعاب 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 ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)
- 19- هل يلعب الطفل ألعابا جماعية مع الأطفال الآخرين مثل الصياد، الاستغماية، الحجلة، نط الحبل، البلية (الجلول) بدون الإشراف المستمر.
- 20- هل يستمر الطفل في العمل لمدة 30 دقيقة على الأقل مع طفل من نفس السن في مهمة واحدة مثل البناء بال مكعبات، 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: "شكرا"، "من فضلك"، "عفوا" في الأوقات المناسبة؟

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

25- هل سأل الطفل أسئلة عن جسمه مثلا نبض القلب أو أين يذهب الطعام وفروق جنسية؟

26- هل يظهر الطفل إدراك شعور الآخرين بقوله مثلا "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 انه 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 ألا يكون اكبر من الطفل بأكثر من سنة.

29- هل يلعب الطفل ألعاب الطاولة مثل لعبة الداما مع طفل من نفس السن؟ يجب أن يكون الطفل قادر على أن يتتبع القواعد ويلعب بالدور وان يكون هناك فائز.

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

30- هل عند الطفل مهمة حقيقية واحدة ينجزها مرة في الأسبوع على الأقل مثل غسل الأطباق وتقصيب وجز الحشائش، أو ترتيب سرير أو إخراج سلة القمامة 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 تحقق معظم الأشياء مبني على رأي الأغلبية.

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

32- هل يستطيع الطفل أن يعمل في مهمات منزلية وهو يتبع قائمة مهمات لوحده وينفذها بشكل مقبول بدون التذكير على الإطلاق؟

33- هل يعرف الطفل أن الشمس لن تعطيه سنا بدلا من السن المخلوع 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 للآخرين أو المشتريات للعائلة؟
يجب عليه أن يعرف كم من النقود يحتاج إليها وأن يختار الأشياء المناسبة وأن يحصل على مبلغ الفكة المضبوط.

قائمة تطور العمر الإدراكي:

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

- 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 لمدة 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 أنه 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 تخبيئ 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 رأسيا مقلدا 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 البيبي؟)
- من سنتين ونصف إلى ثلاثة سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)
- 13- هل يفهم الطفل مفهوم العدد "ثلاثة"، بحيث سيعطيك مثلا ثلاث قطع من الحلوى 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؟ مثلا إذا وضعت 6 أشياء أمام الطفل وسأله احك كم شيء موجود يستطيع الطفل أن يعدها عامة بشكل مضبوط.

- 17- هل يعرف الطفل أن أنشطة معينة تحدث في أوقات مختلفة في اليوم؟ مثلا 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 يشابه 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 مربعا؟ يجب أن يكون للمربع زوايا قائمة وإن تكون جوانبه الأربعة متساوية تقريبا.
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 رسمة شخص يشابه شخص؟ يجب أن يكون للرسم الأقسام الآتية "رأس، بدن وذراعان ورجلان" من الممكن أن يكون البدن والرجلان والذراعان خطوطا فقط.
- 24- هل يرسم الطفل أو ينسخ مثلثا؟ يجب أن تكون جوانب المثلث متساوية تقريبا.
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 مقيما في المدينة يجب عليه أن يذكر الشارع ورقم البيت أو قد يذكر اسم مكان معروف بجوار شقته. قد تكون العناوين في الريف اقل تحديدا بل يجب عليها أن تشمل المعلومات للبريد (مثلا رقم الشارع أو الطريق أو الصندوق) ليس من الضروري أن يعرف اسم المدينة أو الضاحية.
- 27- إذا حكى الطفل قصة تحتوي على عشر جمل تقريبا هل يستطيع أن يرد على أسئلة بسيطة عن الحقائق الرئيسية في القصة مثل أسماء الشخصيات الرئيسية وتتابع الأحداث العامة؟
7 سنوات (المرحلة 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 قادرا 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؟ مثلا يجب عليه أن يستطيع قول أي يوم يجيء قبل يوم الخميس وبعده.
8 سنوات (المرحلة 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 الأجوبة على 3×4 ، 8×5 ، 9×6 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؟

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 للتكلم مثلاً 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 والايجاب عندما يسأله الشخص الكبير سؤالاً؟

العمر من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع 2: 13 - 18 شهر)

7- هل يستعمل الطفل بعض الأصوات (كلمات حقيقية أو أصوات تشبه كلمات) ليعبر عما

يريده؟ 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"؟ 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)
- 10- هل يستعمل الطفل 15 كلمة على الأقل استعمالاً مضبوطاً؟
- 11- هل يستطيع الطفل أن يفهم بالكلام وبالإشارات أنه يريد "كمان" أو "كمان واحد"؟ يجب أن تكون الإشارات أو الكلمات واضحة وليست مجرد البكاء والتلويح بيده.
- 12- 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)
- 13- هل يكرر الطفل أجزاء من أغاني الأطفال أو يشترك فيها عندما يغنيها 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 أحيانا عند الطلب؟ قد لا يفعل هذا دائما أو حتى معظم الوقت ولكن يجب عليه أن يفعل هذا بعض الوقت.
- 17- هل يستطيع الطفل أن يغني أو يقول أغنيتين للأطفال أو أغنيتين عاديتين على الأقل؟ "عيد سعيد" أو "بابا جاب لي سيارة". يجب أن يعرف بيتا واحدا من كل أغنية.
- 18- هل يجاوب الطفل جوابا صحيحا 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 انه 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 متاحا فاحذف هذا الرقم واحسب لكل من اتصال 19 واتصال 20 ثلاثة اشهر بدلا 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 كثيرا 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 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)
- 25- هل يسأل الطفل من وقت لآخر عن معنى كلمة 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" وأيضا مثل "أستطيع أن أتفرج على التلفزيون واسهر هذه الليلة لأنه لا يوجد مدرسة غدا". يحسب هذا لأنه يبين السبب والنتيجة.
- العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهر)
- 28- هل يستطيع الطفل أن يتعرف على خمس كلمات مكتوبة على الأقل ويرى انه يفهمها بطريقة ما؟ يجب عليه أن يقرأ الكلمات. لا أن 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 رقما بشكل صحيح عندما يريد أن يكلم أحدا بالهاتف؟
- 30- هل يقول الطفل "بلادي" أو شيئاً مثله؟ يجب عليه أن يكون متعلما لدعاء ما أو الأذان أو قصيدة مؤلفة من 25 كلمة على الأقل معظمها غير مكرر، لا تحسب الأغاني من ضمنها.

العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)

31- هل يقرأ الطفل شفويا (يقرأ حقيقيا) قصة بسيطة بحيث يستطيع أي شخص يستمع إليه متابعة هذه القصة؟

32- هل يستطيع أن يروي (في 5 دقائق تقريبا) حبكة قصة أو مسرحية أو تمثيلية تلفزيونية؟ يجب عليه أن يروي القصة كاملة (وليس الأحداث المثيرة فقط)، بحيث يستغرق ذلك خمس دقائق تقريبا.

33- هل يفهم الطفل ثلاث من الإشارات غير اللفظية الأربعة 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)

34- هل يستطيع الطفل أن يذكر كلمتين على الأقل على نفس وزن الكلمات الآتية "راس بطة مين؟

35- هل يغني الطفل أغاني أو يقول البيوت المشهورة من أغنية شعبية؟ لا تحسب اغني الأطفال وأغاني الأعياد.

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

36- هل استمع الطفل وفهم برنامج راديو غير موسيقي مثل الرياضة أو الأخبار أو دراما لمدة 10 دقائق على الأقل؟

37- هل كتب الطفل رسالة وبعثها بدون مساعدة؟ يجب أن تكون الرسالة مفهومة، قد تتوفر 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 اشهر)

39- عندما يكون ملقيا على بطنه، هل يرفع الطفل رأسه إلى أعلى بدون دعم لمدة دقيقة على الأقل؟

40- هل يستطيع الطفل أن يتدحرج 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 التدحرج.

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

42- هل يستعمل الطفل إصبع الإبهام مع إصبع آخر أو إصبعين ليلتقط شيئا (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 لعبه بسبب التسنين أو أثناء الأكل.

من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع: 2: من 13 - 18 شهر)

45- هل يصعد الطفل السلم (واقفا وليس زاحفا) مستندا على الحائط، الدرابزين أو ممسكا بيد شخص لمساعدته؟ 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 يتعثّر 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 رقم: 1: من 19 - 24 شهر)

48- هل يقذف الطفل الشيء على بعد متر واحد على الأقل بالاتجاه الذي يريده؟ في حالة ما إذا قذف الأشياء إلى أي اتجاه عفوا فلا نعتبره 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 رقم: 2: 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 الشخبطة.

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 لآخر قفزاً أو وثباً بكلتا قدميه معاً؟ وعلى الطفل أن يكون قادراً لكي يذهب بهذه الطريقة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل.
- من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة بعد الرضاعة 3: من 13 - 36 شهر)
- 54- هل يستعمل الطفل المقص بيد 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 لمسافة واحد ونصف متر على الأقل؟
- 56- هل يصعد الطفل عادة السلم ويهبط منه واضعاً قدم واحدة على كل درجة؟ وقد يستخدم الحائط أو الدرابزين 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) لآخر بالغ واقف على بعد 1,5 متر على الأقل.
- 58- هل يمسك الطفل الكرة الباب الداخلي ويفتحه؟ على سبيل المثال لا بد أن يكون الطفل قادراً على أن يلف الكرة ويدفع باب 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 بيد واحدة بينما يقص باليد الأخرى؟

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

60- هل يلتقط الطفل الكرة (من أي حجم) المقذوفة له من شخص بالغ يقف على بعد متر ونصف من أمامه؟ على الطفل أن يلتقط 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)

40- هل يستطيع الطفل عمل كرة من الطين صلبة بما فيه الكفاية لتبقى متماسكة

عندما تقذف على الأقل لمسافة 2,25 متر، أدوات أخرى مثل طينة أو عجينه يمكن أن تستعمل ويلزم 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 يتزحلق؟ التزحلق 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.

- 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 طرفي الحبل والنط أو الحبل أو القفز لثلاث مرات متتالية عندما يكون الحبل فوق رأسه أو اسفل قدميه.

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

- 68- هل يستطيع الطفل أن يلتقط 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 المسافة؟
- 70- هل يستطيع الطفل أن يمسك كرة تمسك بيد واحدة عندما تحذف إليه برقة من مسافة 2,5 متر (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 فاستعملي 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 (المرحلة الابتدائية النهائية 103 - 114 شهر)

74- هل يستطيع الطفل أن يصفر لحن معروف؟

75- هل يتبارى الطفل بالرياضة 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 بأداة لمدة 5 ثواني على الأقل؟ قد يفعل هذا يمسك اليد كلها

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 لللبس الكم أو دفع قدمه لللبس 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 انه يضع شيئا غير الطعام في فمه إلا انه 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 تتوفر الشوكة؟ (الملقعة 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 ويبقى بعيدا 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 التزيرير.

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

18- هل يستطيع الطفل أن يرتدي حذاءه؟ 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 تزيير 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 ويده بطريقة مقبولة وينشفها بدون مساعدة؟

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

22- هل يلبس الطفل نفسه تماما ما عدا ربط حذائه وأشياء أخرى تحتاج إلى تزيير؟ الطفل

يجب أن يكون قادرا 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 سكينه طعام لفرد المربي 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 بدلا من 4 شهور.

27- هل يستطيع الطفل أن يحضر ساندويتش؟ هذا يتضمن القدرة على إحضار الطعام الصحيح

من الثلاجة أو الخزانة أو صندوق الخبز ووضع الأشياء معا بالسند ويش؟

العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية: 67 - 78 شهر)

28- هل يستطيع الطفل أن يستعمل السكين بطريقة صحيحة لقطع اللحم والخبز أو أي أطعمة مشابهة؟ المساعدة ربما تحتاج أن نقدم للطفل عند قطع أطعمة مثل الدجاج أو اللحم السميكة.

29- هل يفرشي 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 المهمات بعد أن يطلب منه مقبول.

العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية: 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 والاعتسال وتنشيف نفسه.

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

العمر 8 سنوات (المرحلة الابتدائية: 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 مهمتان على الأقل مثل ترتيب غرفة نومه وملابسه؟ يعتبر غسل الملابس وكويها وتلميع الأحذية وتنظيف الأثاث ومسحه وترتيب السرير أمثلة جيدة. يسمح بالتذكير للقيام بالمهمتين.

36- هل يقتص الطفل ويوفر المال (من المال الموفر أو المال المكتسب أو المخصصات) بصفة جيدة بحيث يسمح له بشراء بعض الأشياء بنفسه بدون أن يخبر شخصا كبيرا. العمر 9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهر)

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

38- هل اعد الطف اثنين من المأكّل على الأقل مثل البيض بأي طريقة، حبوب الفشار أو الشوربة من العلبّة 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 مد يده إلى أشخاص أو مناغاة أشخاص أو وقف البكاء عندما يلعب معه أحد (ولكن لا يحمله).

2- هل يثرثر 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 الغرباء؟
- 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 وقائعا لمدة 15 دقيقة وهو يفعل شيئا مما ياي: ينظر إلى التلفزيون، يرسم بقلم ييني، 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 "تعالى به هنا"، "احضر به إلى ماما".
- 9- هل يهتم الطفل بالأشياء والألعاب التي يحبها الأطفال الآخريين؟ 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 ينتبه أحد إلى أشخاص آخرين خصوصا أشخاص من العائلة؟ قد تظهر الغيرة كالغضب أو التصرفات الطفولية أو الضوضائية أو طلبه أن يكون محمولا أو تعبيرات الأشياء الأخرى.

11- هل يستطيع الطفل أن يلعب بلعبة سهلة الكسر مثل بالون أو طائرة من الكرتون بدون أن يكسرها فوراً؟ 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 ملابسه 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 وأن 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 ألعاب 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 ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهر)

19- هل يلعب الطفل ألعابا جماعية مع الأطفال الآخرين مثل الصياد، الاستغماية، الحجلة، نط الحبل، البلية (الجلول) بدون الإشراف المستمر.

20- هل يستمر الطفل في العمل لمدة 30 دقيقة على الأقل مع طفل من نفس السن في مهمة واحدة مثل البناء بال مكعبات، 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: "شكرا"، "من فضلك"، "عفوا" في الأوقات المناسبة؟

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

25- هل سأل الطفل أسئلة عن جسمه مثلا نبض القلب أو أين يذهب الطعام وفروق جنسية؟

26- هل يظهر الطفل إدراك شعور الآخرين بقوله مثلا "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 انه 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 اكبر من الطفل بأكثر من سنة.

29- هل يلعب الطفل ألعاب طاولة مثل لعبة الداما مع طفل من نفس السن؟ يجب أن يكون الطفل قادر على أن يتتبع القواعد ويلعب بالدور وان يكون هناك فائز.

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

30- هل عند الطفل مهمة حقيقية واحدة ينجزها مرة في الأسبوع على الأقل مثل غسل الأطباق وتقصيب وجز الحشائش، أو ترتيب سرير أو إخراج سلة القمامة أو بعض التنظيف أو نفذ 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 تحقق معظم الأشياء مبني على رأي الأغلبية.

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

32- هل يستطيع الطفل أن يعمل في مهمات منزلية وهو يتبع قائمة مهمات لوحده وينفذها بشكل مقبول بدون التذكير على الإطلاق؟

33- هل يعرف الطفل أن الشمس لن تعطيه سنا بدلا من السن المخلوع 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 للآخرين 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 الإدراكي:

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

- 1- هل يصبح الطفل أكثر نشاطا أو اقل عندما يدخل أحد في الغرفة أو عندما يلتقطه أحد؟
- 2- هل يظهر الطفل الانتباه إلى أداة أو شخص لمدة 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 تخبئ 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 خطاً 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 البيبي؟)
من سنتين ونصف إلى ثلاثة سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهر)
- 13- هل يفهم الطفل مفهوم العدد "ثلاثة"، بحيث سيعطيك مثلا ثلاث قطع من الحلوى 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؟ مثلا إذا وضعت 6 أشياء أمام الطفل وسأله احك كم شيء موجود يستطيع الطفل أن يعدها عامة بشكل مضبوط.
- 17- هل يعرف الطفل أن أنشطة معينة تحدث في أوقات مختلفة في اليوم؟ مثلا 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 يشابه 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 مربعا؟ يجب أن يكون للمربع زوايا قائمة وان تكون جوانبه الأربعة متساوية تقريبا.

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 رسمة شخص يشابه شخص؟ يجب أن يكون للرسم الأقسام الآتية "رأس، بدن وذراعان ورجلان" من الممكن أن يكون البدن والرجلان والذراعان خطوطا فقط.
- 24- هل يرسم الطفل أو ينسخ مثلثا؟ يجب أن تكون جوانب المثلث متساوية تقريبا.

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 مقيما في المدينة يجب عليه أن يذكر الشارع ورقم البيت أو قد يذكر اسم مكان معروف بجوار شقته. قد تكون العناوين في الريف اقل تحديدا بل يجب عليها أن تشمل المعلومات للبريد (مثلا رقم الشارع أو الطريق أو الصندوق) ليس من الضروري أن يعرف اسم المدينة أو الضاحية.

- 27- إذا حكى الطفل قصة تحتوي على عشر جمل تقريبا هل يستطيع أن يرد على أسئلة بسيطة عن الحقائق الرئيسية في القصة مثل أسماء الشخصيات الرئيسية وتتابع الأحداث العامة؟
- 7 سنوات (المرحلة 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 قادرا 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؟ مثلا يجب عليه أن يستطيع قول أي يوم يجيء قبل يوم الخميس وبعده.
- 8 سنوات (المرحلة 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، مثلا سيعرف الطفل الأجوبة على 3×4 ، 8×5 ، 9×6 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 اشهر)

- 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 للتكلم مثلاً تحريك رأسه بالنفي أو مد يديه 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 والايجاب عندما يسأله الشخص الكبير سؤالاً؟
العمر من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع 2: 13 - 18 شهر)
- 8- هل يستعمل الطفل بعض الأصوات (كلمات حقيقية أو أصوات تشبه كلمات) ليعبر عما يريده؟ لا يحسن البكاء والأنين 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"؟ 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 1: 19 - 24 شهر)
- 11- هل يستعمل الطفل 15 كلمة على الأقل استعمالا مضبوطا؟
- 12- هل يستطيع الطفل أن يفهم بالكلام وبالإشارات انه يريد "كمان" أو "كمان واحد"؟ يجب أن تكون الإشارات أو الكلمات واضحة وليست مجرد البكاء والتلويح بيده.
- 13- 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 2: 25 - 30 شهر)
- 14- هل يكرر الطفل أجزاء من أغاني الأطفال أو يشترك فيها عندما يغنيها 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 أحيانا عند الطلب؟ قد لا يفعل هذا دائما أو حتى معظم الوقت ولكن يجب عليه أن يفعل هذا بعض الوقت.

- 18- هل يستطيع الطفل أن يغني أو يقول أغنيتين للأطفال أو أغنيتين عاديتين على الأقل؟ "عيد سعيد" أو "بابا جاب لي سيارة". يجب أن يعرف بيتا واحدا من كل أغنية.
- 19- هل يجاوب الطفل جوابا صحيحا 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 انه 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 و ينتظر حتى يتوقف الشخص الآخر عن الكلام قبل أن يرد أو يتكلم. (إذا لم يكن الهاتف متاحا فاحذف هذا الرقم واحسب لكل من اتصال 19 واتصال 20 ثلاثة اشهر بدلا 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 كثيرا من الكلمات مكررة في الأغنية ولكن يجب على الطفل أن يغنيها لوحده.
- 24- هل يستطيع الطفل أن يشتري شيئا من محل بدون مساعدة؟ يجب عليه أن يقول للبائع ما يريده بالضبط ويدفع ثمنه و ينتظر الفكة.
- 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" وأيضا مثل "أستطيع أن أتفرج على التلفزيون واسهر هذه 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 انه 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 رقما بشكل صحيح عندما يريد أن يكلم أحدا بالهاتف؟
- 31- هل يقول الطفل "بلادي" أو شيئا مثله؟ يجب عليه أن يكون متعلما لدعاء ما أو الأذان أو قصيدة مؤلفة من 25 كلمة على الأقل معظمها غير مكرر، لا تحسب الأغاني من ضمنها.
- العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهر)
- 32- هل يقرأ الطفل شفويا (يقرأ حقيقيا) 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 ثلاث من الإشارات غير اللفظية الأربعة 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 يغني 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 مفهومة، قد تتوفر 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 المنهجي وتطبق في الزيارة الثانية وتتكون كلمة 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، ويتكرر اسم المدرسة بسبب تغييرها أو سفرها أو نقلها إلى طفل آخر.

مكونات ورقة checklist:

- العمر الزمني age level.
- البطاقة card.
- السلوك behavior.
- تقييد 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 الإدراكي 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 وبتفسير 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 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 متتالي وبذلك يتحدد الحد النهائي ceiling.

- وخلال 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 3-4 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 10-15 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- المؤثرات البصرية العامة "أقل من ستة أسابيع" | 5- التأثيرات السمعية العامة تحت ستة أسابيع |
| 2- التأثير البصري العام " ستة أسابيع واكبر" | 6- إثارة الاحساسات السمعية العامة تحت ستة أسابيع واكبر |
| 3- إثارة الاحساسات اللمسية العامة | 7- يرضع |
| 4- إثارة الاحساسات اللمسية العامة | 8- يحرك الرأس إلى الجانب بينما يكون مستلقيا على ظهره |
| تحت ستة أسابيع واكبر | 9- يفتتح الفم لتلقي زجاجة الرضاعة أو الصدر عند ملامسة الحلمة للفم |

- 10- يظهر حساسية للتلامس الجسدي
بان يهدأ أو يبكي أو يحرك جسمه
- 11- يدير الرأس باتجاه الحلمة عند لمس
خده
- 12- ينظر باتجاه الصوت أو يغير حركات
الجسم كاستجابة للصوت
- 13- ينظر لشخص يحاول أن يشد
انتباهه بالتحدث إليه أو الحركة
- 14- يهدأ أو يغير حركة الجسم كاستجابة
لصوت شخص كبير
- 15- يظهر إما بحركات الجسم أو
التوقف عن البكاء استجابته لصوت
شخص كبير
- 16- يرفع رأسه من على الكتف ويحافظ
على وضعه للحظات حينما يكون
الطفل محمولا ورأسه على كتف من
يحملة
- 17- يبكي بطريقة مختلفة طبقا لنوع
الازعاجات
- 18- ينام في أوقات مناسبة
- 19- يحرك الذراعين حوله بدون اتجاه
معين
- 20- يتابع بالنظر أداة تحركت عبر خط
منتصف الجسم
- 21- يبتسم
- 22- يتبع الضوء بالعينين وإدارة الرأس
- 23- يتتبع الصوت بإدارة الرأس
- 24- يدرك يده
- 25- يرفض بعنف عندما يكون مستلقيا
على ظهره
- 26- يفتح الفم ويبدأ بالمص قبل ملامسة
الحلمة الفم
- 27- يحافظ على التواصل البصري لمدة 3
ثواني
- 28- يحرك رأسه إلى أعلى، أسفل الجانبين
بينما هو مستلق على بطنه
- 29- يضرب بعنف على أداة
- 30- يرفع الرأس ويحفظه لمدة 5 ثوان
بينما يكون الطفل على بطنه

- 31- يتتبع أداة بواسطة العين لمساحة
تقدر ب 180 درجة
- 32- يبحث عن الصوت بإدارة الرأس
باتجاه الصوت
- 33- يتحكم بالرأس والكتفين عند
الجلوس مسنودا بوسادة
- 34- يناغي ويناجي عندما يكون مكتفيا
باحتياجاته
- 35- يمد يده نحو الأشياء ويحاول
الإمساك بها
- 36- يجعل الرأس قائما وثابتا عندما
يكون الطفل محمولا عموديا
- 37- يمسك أدوات باستعمال الكف لمدة
30 ثانية ويسقطها بدون قصد
- 38- يعيد صوته الشخصي
- 39- يحافظ على رأسه وصدره منتصبين
أثناء استلقائه على بطنه مستندا
على ساعديه
- 40- يفتح الفم عندما يشاهد ملعقة
عليها طعام
- 41- يضحك
- 42- يتعرف على أفراد العائلة بالابتسامة
أو التوقف عن البكاء
- 43- يحاول الدحرجة باستعمال الكتفين
- 44- يحرك الإبهام مقابل الأربع أصابع
الأخرى
- 45- يثرثر الكلام غير المفهوم (سلسلة من
عدة مقاطع)

المجال الحركي:

العمر من صفر - 1 سنة:

- 1- يمد يده إلى أداة تقع على بعد 15-
25 سم أمامه
- 2- يمسك أداة محمولة أمامه على بعد
8 سم

- 3- يمد يده ويمسك أداة أمامه
4- يمد يده إلى أداة مفضلة
5- يضع أداة في فمه
6- يسند رأسه وصدره على ذراعيه وهو مستلق على بطنه
7- يبقى رأسه وصدره مستقيمين وهو يسندهما على ذراع واحدة
8- يحس ويستكشف أداة بفمه
9- يقلب وهو مستلق على بطنه إلى جانبه وبقي هكذا 50% من الوقت
10- يتدحرج وهو مستلق على بطنه إلى ظهره
11- يتحرك إلى الأمام بقدر طول جسمه وهو مستلق على بطنه
12- يتدحرج وهو مستلق على ظهره إلى جانبه
13- يقلب وهو مستلق على ظهره إلى بطنه
14- يسحب نفسه إلى وضع الجلوس وهو يمسك بأصابع شخص كبير
- 15- يدير رأسه بحرية وجسمه مسنودا
16- يحافظ على وضع الجلوس لمدة دقيقتين
17- يترك الأداة التي في يده عن قصد لكي يمد يده إلى أداة أخرى
18- يلتقط ويسقط أداة عن قصد
19- يقف مسنودا إلى أقصى حد
20- يهز نفسه إلى أعلى واسفل في وضع الوقوف مسنودا
21- يزحف بقدر طول جسمه لكي يحصل على أداة
22- يجلس نفسه وهو مسنودا
23- يتحول من وضع الجلوس إلى وضع يكون فيه منحنيا على يديه وركبتيه
24- ينتقل وهو مستلقيا على بطنه إلى وضع الجلوس
25- يجلس بدون أن يستند على يديه
26- يرمي الأدوات بصورة اعتباطية

- 27- يتأرجح إلى الأمام والخلف على يديه
وركبتيه
- 28- ينقل أداة من يد إلى أخرى وهو في وضع الجلوس
- 29- يحتفظ بمكعبين حجم كل منهما 2,5 سم مكعب بيد واحدة
- 30- يسحب نفسه إلى وضع على ركبتيه
- 31- يسحب نفسه إلى وضع الوقوف
- 32- يمسك بأداة بالسبابة والإبهام على طريقة الكماشة
- 33- يزحف
- 34- يمد بيد واحدة وهو في وضع الزحف
- 35- يقف وهو مسنوداً بأدنى حد
- 36- يلحس الطعام من حول فمه
- 37- يقف لوحده لمدة دقيقة
- 38- يفرغ أداة من وعاء
- 39- يقلب صفحات من كتاب في وقت واحد
- 40- يغرف بالملعقة أو المجرفة
- 41- يضع أدوات صغيرة في وعاء
- 42- يخفض نفسه ليتخذ وضع الجلوس
- بعد أن كان واقفاً
- 43- يصفق بكلتا يديه
- 44- يمشي بمساندة قليلة
- 45- يخطو بضع خطوات بدون مساندة

العمر من 1_2 سنة:

- 46- يزحف إلى أعلى السلم
- 47- ينتقل من وضع الجلوس إلى وضع الوقوف
- 48- يدحرج كرة بالتقليد
- 49- يتسلق على كرسي الكبار ويدير نفسه ويجلس
- 50- يضع 4 حلقات على وتد

- 51- يزيل أوتاد قطرها 2,5 سم من لوح الأوتاد
- 52- يضع أوتاد قطرها 2,5 سم في لوح الأوتاد
- 53- يبني برجاً من 3 مكعبات
- 54- يرسم علامات بقلم ملون أو قلم رصاص
- 55- يمشي لوحده
- 56- يزحف إلى أسفل السفلى قدماء أولاً
- 57- يجلس نفسه على كرسي صغير
- 58- يقرص ثم ينهض
- 59- يدفع ويسحب اللعب وهو يمشي
- 60- يستعمل حصان هزاز أو كرسي هزاز
- 61- يصعد السلم بمساعدة
- 62- ينحني من الوسط ليلتقط الأدوات بدون أن يقع
- 63- يقلد الحركة الدائرية
- العمر 2 _ 3 سنة:
- 64- يضع 4 خرزات كبيرة في خيط خلال دقيقتين
- 65- يدير الكرة الباب
- 66- يقفز في مكانه بكلتا يديه
- 67- يمشي للخلف
- 68- ينزل السلم بمساعدة
- 69- يرمي كرة إلى شخص كبير على بعد 1,5 متر بدون أن يحرك هذا الشخص قدميه
- 70- يبني برج من 5-6 مكعبات
- 71- يقلب صفحات من كتاب صفحة صفحة
- 72- يفك أداة صغيرة ملفوفة
- 73- يطوي ورقة من النصف بالتقليد
- 74- يفك ويركب لعبة تلتصق معا
- 75- يخرج لعباً ذات أسنان
- 76- يقذف كرة كبيرة وثابتة بقدمه
- 77- يشكل كرات من الطين

- 78- يمسك القلم بالسبابة والإبهام
مستندا على الإصبع الوسطى
- 79- يتشقلب إلى الأمام بمساعدة
- 80- يندق بالشاكوش ويصيب جميع الأوتاد الخمسة
- العمر من 3 - 4 سنوات:
- 81- يركب صورة مجزأة من ثلاثة قطع أو أشكال
- 82- يقص بالمقص
- 83- يقفز من ارتفاع 20 سم
- 84- يقذف بقدمه كرة كبيرة مدرجة إليه
- 85- يمشي على أطراف أصابعه
- 86- تجري 10 خطوات وذراعيه تتحركان بحركة متناسقة ومتبادلة
- 87- يتقدم 1,5 متر على دراجة ذات 3 عجلات
- 88- يتأرجح على أرجوحة بعد أن يدفعه أحد في البداية
- 89- يتسلق وينزل على منزلق ارتفاعه من 1-2 متر
- 90- يتشقلب إلى الأمام
- 91- يصعد السلم بتبادل القدمين
- 92- يمشي كالجندي
- 93- يمسك كرة مقذوفة إليه بكلتا يديه
- 94- يتتبع هيكل الشكل
- 95- يقص خط مستقيم طوله 12 سم بدون أن ينحرف عنه أكثر من 1 سم

العمر من 4-5 سنوات:

- 96- يقف على قدم واحدة لمدة 4-8 ثواني بدون مساعدة
- 97- يجري مغيرا اتجاهه
- 98- يمشي على خشبة التوازن
- 99- يقفز إلى الأمام 10 مرات دون أن يقع

- 100- يقفز عن خيط يرتفع 5 سم عن الأرض
- 101- يقفز للخلف 6 مرات
- 102- يضرب كرة كبيرة على الأرض ويلتقطها
- 103- يشكل قطعتين أو ثلاث من الطين يركبها معا
- 104- يقص على خط منحنى
- 105- يركب أداة ذات أسنان
- 106- ينزل السلم بتبادل القدمين
- العمر 5- 6 سنوات:
- 107- يركب دراجة بـ3 عجلات ويغير اتجاهه
- 108- يحجل على قدم واحدة 5 مرات متتالية
- 109- يقص دائرة قطرها 5 سم
- 110- يرسم صورا بسيطة من الممكن التعرف عليها مثل (بيت- شجرة- رجل)
- 111- يقص ويلصق أشكالاً بسيطة
- 117- يستطيع نسخ الحروف
- 118- يتسلق سلم انزلاق ارتفاعه 2 متر لينزل
- 119- يطرق على مسمار بالشاكوش
- 120- يطبطب الكرة باتجاه معين
- 121- يلون مع بقائه داخل الخطوط 95% من الوقت
- 122- يستطيع قص صورة من مجلة أو كتالوج بدون أن
- 112- يكتب حروفا فردية في أي مكان على الورقة
- 113- يمشي على خشبة التوازن إلى الأمام والخلف وجانباً
- 114- يث بخفة
- 115- يتأرجح على أرجوحة مبتدئاً الحركة ومحافظة عليها
- 116- يفرد أصابعه ويلمس بإبهامه كل إصبع

- ينحرف عن طرف الصورة اكثر من 1 سم -123 يستعمل براية الأقلام
- سم -124 ينسخ رسومات معقدة
- يمزق أشكال بسيطة من ورقة -125
- يثني مربع من ورق مرتين على القطر بالتقليد -126
- يمسك بكرة لينة أو كيس فاصوليا بيد واحدة -127
- يستطيع أن ينط الحبل بنفسه -128
- يضرب الكرة بالمضرب أو العصا -129
- يلتقط أداة من الأرض وهو يجري -130
- يتزحلق مرتديا حذاء التزحلق لمسافة 2 متر -131
- يركب دراجة -132
- ينزلق على زلاقة -133
- يمشي أو يلعب في مسبح يصل ماؤه إلى وسطه -134
- يقود عربة وهو يدفع بقدم واحدة -135
- ينط ثم يدور على قدم واحدة -136
- يكتب اسمه على ورقة مخططة -137
- يقفز من ارتفاع 30 سم ويهبط على قدميه -138
- يقف على قدم واحدة بدون مساندة وعينيه مغلقتين لمدة 10 ثوان -139
- يتعلق من قضيب أفقي لمدة 10 ثوان ويضع ثقل جسمه على ذراعيه. -140

المساعدة الذاتية:

العمر من صفر - 1 سنة:

- 1 يمص ويبلع السوائل

- 2 يأكل طعام ممزوج بسوائل مثل السير يلاك أو البسكويت الممزوج بالشاي
- 3 يمد يده إلى زجاجة الرضاعة
- 4 يأكل الأطعمة المصفاة التي يطعمه إياها أحد الوالدين
- 5 يحمل زجاجة الرضاعة عندما يشرب منها بدون أي مساعدة
- 6 يوجه الزجاجة باتجاه الفم أو يدفعها بعيدا
- 7 يأكل طعام مهروس مثل خضار مهروس
- 8 يشرب من كوب يحمله أحد الوالدين
- 9 يأكل طعام شبه جامد مثل موز- بسكويت- خبز
- 10 يطعم نفسه بأصابعه
- 11 يحمل ويشرب من فنجان باستعمال كلتا يديه
- 12 يأخذ ملعقة مليئة بالطعام ويضعها في الفم بمساعدة

العمر من 1 - 2 سنة:

- 13 يفرد ذراعيه ورجليه عند إلباسه ملابس
- 14 يأكل طعام من على المائدة بالملعقة لوحده
- 15 يحمل ويشرب من كوب بيد واحدة
- 16 يضع يده في الماء ثم يربت باليدين المبلولتين على الوجه مقلدا
- 17 يجلس على القسرية أو على مقعد المرحاض الخاص بالأطفال لمدة 5 دقائق
- 18 يضع القبعة على رأسه ويرفعها
- 19 يخلع الشرايات
- 20 يدفع الذراعين خلال كم القميص الرجلين خلال البنطلون

- 21- يقلع الحذاء عندما يكون الرباط غير مربوط أو راخي
- 22- يخلع الباطو الخاص به عندما يكون مفكوكا
- 23- يخلع البنطلون عندما يكون مفكوكا
- 24- يقفل أو يفتح سوسته كبيرة ولكنه لا يركب طرفيه في بعضهما
- 25- يستعمل كلمات أو إشارات مشيرا إلى احتياجه للذهاب إلى المرحاض

العمر من 2 - 3 سنوات:

- 26- يطعم نفسه مستعملا ملعقة وكوب مع قليل من السكب
- 27- يأخذ فوطة من أحد الوالدين ويمسح اليدين والوجه
- 28- يمس سائل من كوب أو كأس باستعمال المصاصة
- 29- يغرف بالشوكة
- 30- يمزج ويبلع مواد صالحة للأكل فقط
- 31- ينشف اليدين بدون مساعدة عندما يعطى فوطة
- 32- يسأل للذهاب للمرحاض حتى لو كان متأخرا لتجنب الحوادث
- 33- يتحكم باللعب السائل
- 34- يتبول ويتبرز في القسرية ثلاث مرات في الأسبوع عندما يوضع عليها
- 35- يلبس الحذاء
- 36- يفرش الأسنان مقلدا
- 37- يخلع ملابس بسيطة مفكوكة
- 38- يستعمل المرحاض لحركة الأمعاء، حادث واحد خلال النهار، أو إخلال الأسبوع
- 39- يحصل على ماء من الحنفية بدون مساعدة عند توفر كرسي أو درجات خشبية له

- 40- يغسل يده ووجهه مستعملا
الصابون عندما يوازن له شخص كبير
- 41- درجة حرارة الماء
- 42- يسأل للذهاب إلى المرحاض خلال
النهار لتجنب الحوادث
- 43- يضع البطون على علاقة بطول
الطفل
- 44- يبقى جافا خلال النوم القصير
- 45- يتجنب الصدمات مثل جوانب
الأثاث الحادة أو الدرج المفتوح
- 46- يستعمل فوطه السفره عندما يذكر
يغرز الطعام بالشوكة ويقربها للفم
- 47- يصب من إبريق صغير في كوب
بدون مساعدة
- 48- يفك كباسة الملابس
- 49- يغسل يديه ورجليه بنفسه عندما
يحمم
- 50- يلبس شراياته
- 51- يلبس قميصه، بلوفره، البطون
الخاص به
- 52- يجد وجه الملابس

العمر من 3 - 4 سنوات:

- 53- يطعم نفسه الوجبة كلها
- 54- يلبس نفسه مع مساعدة عند لبس
البلوفر أو أي شيء يحتاج إلى تزيير
- 55- يمسح الأنف عندما يذكر
- 56- يستيقظ جافا لصباحين من سبعة
- 57- الذكور يتبولون في المرحاض وهم
واقفون
- 58- يبدأ وينهي اللبس والخلع ما عدا
الأزرار والكباسات والرباطات 75%
- من الوقت
- 59- يشبك أو يقفل كباسات الملابس

- 60- ينظف انفه عندما يذكر
- 61- يتجنب الأخطار العادية (زجاج مكسور)
- 62- يعلق المعطف على علاقة ويضع العلاقة على قضيب منخفض مع إعطائه التعليمات
- 63- يفرشي أسنانه عندما يعطى تعليمات لغوية
- 64- يلبس القفازات (قفازة بإصبع واحدة الإبهام)
- 65- يفك أزرار كبيرة من لوح أزرار أو جاكيت موضوع على طاولة
- 66- يزرر أزرار كبيرة على لوح أزرار أو جاكيت موضوع على طاولة
- 67- يلبس الجزمة ذات الرقبة

العمر 4-5 سنوات:

- 68- ينظف ما سكب بجلب ممسحة أو اسفنجة
- 69- يتجنب السموم والمواد الضارة
- 70- يفك ملابسه
- 71- يزرر ملابسه
- 72- يخلي المائدة من أدواته المستخدمة بعد تناوله الطعام
- 73- يركب طرفي السوستة معا
- 74- يغسل اليدين والوجه
- 75- يستعمل الأداة الصحيحة للأكل
- 76- يستيقظ من النوم خلال الليل ليستعمل المرحاض أو يبقى جافا طوال الليل
- 77- يمسح وينظف انفه 75% من الوقت عندما يحتاج بدون تذكير
- 78- يحمم نفسه ما عدا الظهر، الرقبة، الأذنين
- 79- يستعمل السكين لدهن طعام لين على قطعة من الخبز

- المحمص (حمص، زبدة، مربى) -85 يذهب للمرحاض في الميعاد يخلع
يربط ويفك الحزام من على فستان -80
أو بنطلون أو حذاء
يلبس نفسه كلياً بالإضافة إلى تزيير -81
كل الأزرار الأمامية ما عدا الربط
يسكب لنفسه الطعام بينما يحمل -82
أحد الوالدين الطبق المحتوي على
الطعام
يساعد بإعداد المائدة بوضع الأطباق -83
الفوط الملائق والشوك في المكان
الصحيح عند إعطائه تعليمات
لغوية
يفرشي أسنانه -84
- يذهب للمرحاض في الميعاد يخلع -85
ملابسه يمسح نفسه ويضرب
السيفون ويلبس بدون مساعدة
يمشط الشعر الطويل باستعمال
الفرشاة أو المشط -86
يعلق الملابس على العلاقة -87
يتجول بالحي بدون مراقبة مستمرة -88
يربط حذاءه بإدخال الرباط في
فتحات الحذاء -89
يربط حذاءه -90

العمر 5- 6 سنوات:

- مسؤول عن مهمة أسبوعية واحدة -91
في المنزل ويعملها عند الطلب
يختار ملابس مناسبة لدرجة الحرارة -92
والمناسبة
يقف عند المنحنى ينظر للجانبين ثم -93
يعبر الشارع بدون تذكيرات لغوية
يضع الطعام بطبقته من طبق -94
السكب ثم يمرر طبق السكب
للآخرين

- 95- تحضير وجبته الخاصة من البليلة أو فت الخبز بالحليب
- 96- مسؤول عن مهمة منزلية يومية (تحضير المائدة، إلقاء القمامة)
- 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
- 100- يقطع طعام لين بسكين (موز، بطاطا مسلوقة، بيض)
- 101- يجد المرحاض الصحيح في مكان عام
- 102- يفتح علبة لبن مصنوعة من الكرتون
- 103- يلتقط يحمل يضع الصينية
- 104- يربط حبل الطاوية أو القبعة الصوف
- 105- يربط حزام الأمان في السيارة

المخالطة الاجتماعية:

العمر صفر - 1 سنة:

- 1- يراقب شخصا يتحرك تماما في خط رؤيته
- 2- يبتسم كاستجابة على انتباه الكبار
- 3- يصدر أصواتا كاستجابة الانتباه
- 4- ينظر إلى يديه، يبتسم أحيانا أو يصدر أصواتا
- 5- يستجيب لوجوده في محيط العائلة بالابتسامة، إصدار أصوات، أو الكف عن البكاء
- 6- يبتسم كاستجابة لتعبيرات وجوه الآخرين

- 7- يتسم ويصدر أصواتاً لصورته في المرآة
- 8- يربت ويشد على ملامح وجه شخص كبير (الشعر، الأنف، النظارات....)
- 9- يمد يده للوصول إلى الأشياء المقدمة له
- 10- يمد يده للوصول إلى أشخاص مألوفين
- 11- يمد يده ويصل إلى المرأة ويربت على صورته فيها أو على طفل آخر
- 12- يحمل ويفحص الأشياء المقدمة لمدة دقيقة على الأقل
- 13- يهز أو يضغط على موضوع بيده مصدرا صوت غير مقصود
- 14- يلعب بدون مراقبة لمدة 10 دقائق
- 15- يريد الحصول على التواصل البصري لمدة 2-3 دقائق عندما يكون برعاية شخص
- 16- يستكفي باللعب وحده بجوار شخص كبير لمدة من 15 - 20 دقيقة
- 17- يصدر أصواتاً لجذب الانتباه
- 18- يقلد لعبة الاستغماية باليد
- 19- يصفق باليدين تقليدا للكبار
- 20- يشير لقول باي مقلدا الكبار
- 21- يرفع ذراعيه "كبير جدا" مقلدا الكبار
- 22- يقدم لعبة، أداة، قطعة من الطعام للكبير لكن لا يعطيها دائما
- 23- يحضن، يربت، يقبل أشخاص مألوفين
- 24- ييدي تجاوبا عند سماع اسمه الشخصي بالنظر أو مد الذراعين كي يحمل
- 25- يضغط أو يهز لعبة لإصدار صوت بالتقليد
- 26- يستعمل اليدين للتحكم باللعب أو الأدوات
- 27- يمد اللعب أو أشياء إلى الكبير ويطلق سراحها

28- يقلد حركات طفل آخر أثناء اللعب

العمر 1 - 2 سنة:

- | | |
|--|---|
| 29- يقلد الكبار في مهمة بسيطة مثل (نفض الملابس، سحب الملاءات عند ترتيب الأسرة وحمل الملاعق والشوك) | 35- يحضن ويحمل لعبة لينة أو عروسه |
| 30- يلعب مع طفل آخر ولكن كل منهما يؤدي نشاطا مختلف | 36- يعيد الحركات التي تصدر ضحكا وانتباها. |
| 31- يأخذ دوره في لعبة، دفع سيارة أو دراجة كرة مع طفل آخر لمدة من 2-5 دقائق | 37- يعطي كتاب لشخص كبير للقراءة له أو المشاركة معه بالنظر |
| 32- يقبل غياب أحد الوالدين بإكماله النشاطات، ربما يتنمر قليلا | 38- يسحب شخص آخر لمشاهدة بعض الأشياء أو الأعمال |
| 33- يستكشف البيئة المحيطة به بنشاط | 39- يسحب يده بقول لألا عند التقريب بجوار أشياء ممنوعة عندما يذكر |
| 34- يأخذ دور في لعبة يدوية (سحب الخيط أو إدارة المقبض) مع شخص آخر | 40- ينتظر لأن تقضي له احتياجاته عندما يكون موضوعا في كرسي عالي أو على طاولة التغيير |
| | 41- يلعب مع اثنين أو ثلاثة من عمره |
| | 42- يشارك بأشياء أو طعام مع طفل آخر عندما يطلب منه |

المألوفين عندما يذكر

43- يحي أطفال بعمره ومكانته والكبار

العمر 2- 3 سنة:

- 44- يتعاون مع طلب الوالدين بنسبة 50 % من الوقت
- 45- يستطيع أن يحضر أو يأخذ شيء أو يحضر شخص من غرفة أخرى إعطائه تعليمات
- 46- يجلس ليستمع إلى الموسيقى أو القصص لمدة 5 - 10 دقائق
- 47- يقول من فضلك وشكرا عندما يذكر
- 48- يحاول مساعدة الأم بمهامها وذلك بعمل جزء من الشغل مثل حمل الجاروف
- 49- يلعب لعبة ارتداء ملابس الكبار وتقليدهم
- 50- يختار عندما يسأل "أتريد شرب الحليب أم العصير؟"
- 51- يبدي فهمه للمشاعر بتعبيره عن الحب، الغضب، الحزن، الضحك، الخ.....

العمر 3 - 4 سنوات:

- 52- يرقص ويغني على الموسيقى
- 53- يتبع القوانين بتقليد حركات الأطفال الآخرين
- 54- يحيي الكبار المألوفين لديه بدون تذكير
- 55- يتبع القواعد في ألعاب المجموعة بقيادة شخص كبير

- 56- يأخذ الإذن لاستعمال لعبة يلعب بها طفل آخر من نفس العمر
- 61- يتعاون مع طلب الكبار 75 % من الوقت
- 57- يقول من "فضلك وشكرا" بدون تذكر 50% من الوقت
- 62- يبقى في ساحته المخصصة
- 63- يلعب قرب أو يتحدث مع الأطفال الآخرين عندما يعمل بمشروعه الخاص مدة 30 دقيقة
- 58- يجيب على التلفون، ينادي على الكبير أو يتحدث إلى شخص مألوف
- 59- سوف يأخذ دور
- 60- يتبع القوانين في ألعاب جماعية
- مقادة من قبل طفل آخر

العمر 4 - 5 سنوات:

- 64- يطلب المساعدة عند ملاقة صعوبة في الحمام أو إحضار شراب
- 70- يلعب مع طفلين أو ثلاثة لمدة 20 دقيقة في نشاط متعاون
- 65- يساهم في حديث الكبار
- 71- يشترك في تصرف اجتماعي مقبول في المحيط العام
- 66- يعيد النغمات والأغاني أو يرقص للآخرين
- 72- يأخذ الإذن لاستعمال أدوات تخص آخرين 75 % من الوقت
- 67- يشتغل وحده في مهمة لمدة 20-30 دقيقة
- 68- يعتذر بدون تفكير بنسبة 75 % من الوقت
- 69- يأخذ دور مع 8 أو 9 أطفال آخرين

العمر 5 - 6 سنوات:

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 73- | يخبر عن مشاعره الخاصة غاضب، مبسوط، محب | 79- | يخفف حال أصدقاء اللعب إذا كانوا مضطربين |
| 74- | يلعب مع أربعة أو خمسة أطفال | 80- | يختار أصدقاءه |
| 75- | ينشاط متعاون بدون مراقبة دائمة | 81- | يخطط ويبنى باستعمال أدوات بسيطة (مستوى مائل، نقط ارتكاز، رافعة، بكرة) |
| 76- | يقلد دور الكبار | 82- | يضع أهداف لنفسه وينفذ النشاط |
| 77- | يشارك بالحديث على مائدة الطعام | 83- | يمثل جزء من قصة، يلعب أدوار أو يستعمل اللعب التي تلبس في اليد |
| 78- | يتبع قوانين ألعاب لغوية تفكيرية | | |

المجال الادراكي:

العمر من صفر - 1 سنة:

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 1- | يزيل قطعة من القماش من على الوجه التي تعرقل الرؤية | 3- | يرفع أداة من وعاء مفتوح وذلك بمد يده إلى داخل الوعاء |
| 2- | يبحث عن أداة رفعت من خط رؤيته المباشر | 4- | يضع أداة بالوعاء مقلدا |

- 5- يضع الأداة في الوعاء عند الطلب اللغوي
- 6- يهز لعبة تصدر صوت مربوطة بخيط
- 7- يضع ثلاث أدوات في وعاء، يفرغ الوعاء
- 8- ينقل أداة من يد إلى أخرى ليلتقط أداة أخرى
- 9- يسقط ويلتقط لعبة
- 10- يجد أداة مخبأة تحت وعاء
- 11- يدفع ثلاث مكعبات على طريقة قطار
- 12- يرفع دائرة من لوحة الأشكال الهندسية.
- 13- يضع وتد مدور في لوح الأوتاد عند الطلب
- 14- يعمل حركات بسيطة عند الطلب

العمر 1 - 2 سنة:

- 15- يخرج 6 أدوات من وعاء كل على حدة
- 16- يشير إلى جزء واحد من الجسم
- 17- يكبس 3 مكعبات فوق بعض عند الطلب
- 18- يطابق أدوات متشابهة
- 19- يخرّبش
- 20- يشير إلى نفسه عندما يسأل "أين اسمه"
- 21- يضع 5 أوتاد مدورة في لوح الأوتاد عند الطلب
- 22- يطابق أدوات مع صور لتلك الأدوات
- 23- يشير إلى صورة مسماة
- 24- يقلب من 2-3 صفحات من كتاب في المرة الواحدة ليجد الصورة المسماة

العمر 2- 3 سنوات:

- 25- يجد كتاب معين عند الطلب
26- يكمل 3 قطع في لوح أشكال
27- يسمى 4 صور مألوقة
28- يرسم خطا عموديا مقلدا
29- يرسم خطا أفقيا مقلدا
30- ينسخ دائرة
31- يطابق بين ملامس الأسطح
32- يشير إلى كبير وصغير عند الطلب
33- يرسم علامة (+) مقلدا
34- يطابق ثلاثة ألوان
- 35- يضع الأدوات بداخل، على وتحت
عند الطلب
36- يسمى أدوات تصدر أصواتا
37- يضع معا 4 أجزاء من لعبة مركبة
38- يسمى حركات تمثلها صور معينة
39- يطابق أشكال هندسية مع صور
لتلك الأشكال
40- يكبس خمس أو أكثر من الحلقات
على وتد بالترتيب

العمر 3 - 4 سنوات:

- 41- يسمى الأدوات الصغيرة والكبيرة
42- يشير إلى 10 أجزاء من الجسم عند
تلقي التعليمات اللغوية
43- يشير إلى ولد وبنت عند الأمر
اللغوي
44- يخبر إما الأداة ثقيلة أو خفيفة
- 45- يضع معا جزئين من شكل ليعمل
الشكل كله
46- يصف حدثين أو شخصيتين من قصة
مألوفة أو برنامج على التلفزيون
47- يلعب باليد والأصابع وهو يغني
ويعمل حركات

- 48- يقارن 1 إلى 1 (3) أو أكثر من الأدوات (الأدوات)
- 58- ينسخ سلسلة متصلة من شكل V
VVVVVV
- 49- يشير إلى الأدوات القصيرة والطويلة
- 59- يضيف رجل و/ أو يد لهيكل شخص غير كامل
- 50- يخبر أي الأدوات تناسب معا
- 60- يكمل صورة مجزأة من 6 قطع دون محاولة أو خطأ
- 51- يعد إلى الثلاثة مقلدا
- 61- يسمي الأدوات إما متشابهة أو مختلفة
- 52- يرتب الأدوات في فئات
- 62- يرسم مربعا بالتقليد
- 53- يرسم شكل V مقلدا
- 63- يسمي 3 ألوان عند الطلب
- 54- يرسم خط قطري من زاوية مربع إلى الزاوية الأخرى
- 64- يسمي 3 أشكال هندسية: مربع، مثلث، دائرة
- 55- يعد إلى 10 أدوات مقلدا
- 56- يبني جسر بـ 3 مكعبات بالتقليد
- 57- يطابق سلسلة أو نموذج من المكعبات أو الخرز

العمر 4 - 5 سنوات:

- 65- يلتقط عدد محدد من الأدوات (1-5) عند الطلب
- 69- يسمي الوقت من النهار المرتبط بالنشاط
- 66- يسمي خمسة ملامس
- 70- يعيد أغنية أطفال مألوفة
- 67- ينسخ المثلث عند الطلب
- 71- يخبر إذا كان الشيء أثقل أو أخف (أقل من نصف كيلو)
- 68- يذكر 4 أشياء رأهم في الصورة

- 72 يخبر بما هو ناقص عندما تزال أداة
من مجموعة مكونة من 3 أدوات
- 73 يسمى 8 ألوان
- 74 يسمى اغورة، نصف شيكل، 1
شيكل
- 75 يطابق الرموز (الأحرف والأعداد
المكتوبة)
- 76 يقول لون الأداة المسماة
- 77 يسرد 5 إحداث رئيسية من قصة
سمعتها 3 مرات
- 78 يرسم رجل (الرأس، الوسط، الأطراف
الأربعة)
- 79 يغني 5 اسطر من أغنية
- 80 يبنى هرما مكونا من 10 مكعبات
بالتقليد
- 81 يسمى طويل وقصير
- 82 يضع أدوات بالخلف، بالجانب،
بالقرب من
- 83 يطابق مجموعات متساوية من 1
إلى 10 أشياء
- 84 يسمى أو يشير إلى الجزء الناقص
من صورة
- 85 يعد من الذاكرة من 1-20
- 86 يسمى الموضع إما الأول، الوسط،
الأخير

العمر 5 - 6 سنوات:

- 87 يعد إلى 20 شيء ويقول العدد
- 88 يسمى 10 أعداد مكتوبة
- 89 يسمى اليمين واليسار على نفسه
- 90 يقول أحرف الأبجدية بالترتيب
- 91 يكتب اسمه الأول
- 92 يسمى 5 أحرف أبجدية
- 93 يرتب الأدوات تبعا للعرض والطول
- 94 يسمى أحرف الأبجدية بالترتيب
- 95 يضع الأعداد المكتوبة من 1 إلى 10
في التسلسل الصحيح

- 96- يسمى موضع الأدوات إما الأول،
الثاني ، الثالث
- 97- يسمى الأحرف منفردة أو متصلة
- 98- يطابق الأحرف في بداية الكلمة
والأحرف وهي متصلة
- 99- يشير إلى الأعداد المكتوبة من 1 -
25
- 100- ينسخ الشكل المعين
- 101- يكمل متاهات بسيطة
- 102- يسمى أيام الأسبوع بالترتيب
- 103- يستطيع أن يجمع وي طرح مركبات
إلى ثلاثة
- 104- يقول يوم وشهر ميلاده
- 105- يقرأ 10 كلمات مطبوعة بدون أن
يتهجى الكلمة
- 106- يخبر عن توقعاته لما سيحدث
- 107- يشير إلى نصف وكل الأشياء
- 108- يعد من الذاكرة من 1 -100

المجال الاتصالي:

العمر صفر - 1 سنة:

- 1- يعيد الصوت الصادر من الآخرين
- 2- يعيد نفس المقطع مرتين أو ثلاث
مثل ما، ما، ما
- 3- يستجيب إلى الإشارات بإشارات
- 4- ينفذ بعض التعليمات البسيطة التي
تكون مصحوبة بإشارات
- 5- يوقف النشاط لمدة دقائق عندما
يقال له "لا" 75% من الوقت
- 6- يجيب أسئلة بسيطة بإجابة غير
لغوية
- 7- يربط مقطعين مختلفين خلال
اللعب اللغوي
- 8- يقلد نغمات الآخرين

- 9- يستعمل كلمة مفردة بمعنى
لتسمية شيء أو شخص
- 10- يتحدث كإجابة للكلام الشخص الآخر

العمر 1 - 2 سنة:

- 11- يقول 5 كلمات مختلفة (ممكن
استعمال نفس الكلمة للرمز لأشياء
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 مألوف لديه
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
ليجعل رغباته معروفة
- 22- يسمي 5 أشخاص آخرين من العائلة
بالإضافة إلى الحيوانات الأليفة
- 23- يسمي 4 ألعاب
الموجودة في المنزل
- 24- يصدر أصوات حيوانات أو يستعمل
أصوات الحيوانات كأسماء
للحيوانات مثل الكلب هاو هاو
- 25- يسأل عن بعض الطعام المألوف
عندما يراه مثل لبن بسكويت حلوى

- 26- يسأل أسئلة وبذلك يقول الجملة أو الكلمة على صيغة سؤال
- 27- يسمى 3 أجزاء من الجسم على عروسه أو شخص آخر
- 28- يجيب أسئلة نعم أو لا بإجابة مثبتة أو منفية

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 أمك
- 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 (خذ الكرسي وضعه في الزاوية)
- 44- يستعمل الفعل المضارع بطريقة صحيحة
- 45- يستعمل صيغة الجمع
- 46- يستعمل بعض الأفعال الماضية مثل ذهب عمل كان
- 47- يسأل سؤال ما هذا؟
- 48- يتحكم بارتفاع الصوت 90 % من الوقت
- 49- يستعمل هذه وتلك في الحديث
- 50- يستعمل كلمة هذه في جملة مثال "هذه كرة"
- 51- يقول أنا لي بدل اسمه
- 52- يشير إلى أشياء ليست الشيء (ليست كرة)
- 53- يجيب أسئلة من باسم
- 54- يستعمل صيغة الملكية من الاسم "لبابا"
- 55- يستعمل أل التعريف أو النكرة في الحديث " الكرة، كرة"
- 56- يستعمل بعض أسماء من المجموعات "اللعب- الحيوانات- الطعام"
- 57- يقول أستطيع أو سوف قبل الفعل أحيانا "أقدر اعمل"
- 58- يصف الأشياء إما مفتوحة أو مغلقة

العمر 3 - 4 سنوات:

- 59- يقول "هل" في أول السؤال عندما يكون مناسباً
- 60- سوف يجلس ليستمتع لمدة 5 دقائق عندما تقرأ له قصة
- 61- ينفذ سلسلة من أمرين غير متقاربين
- 62- يقول الاسم كاملاً عندما يطلب منه

- 63- يجب أسئلة بسيطة تبدأ بكيف
(كيف تصل إلى البقال)
- 64- يستعمل صيغة الفعل الماضي
- 65- يخبر عن التجربة الفورية
- 66- يخبر عن كيفية استعمال أدوات معروفة
- 67- يعبر عن الأشياء المقبلة 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

العمر 4 - 5 سنوات:

- 71- ينفذ سلسلة من 3 إرشادات
- 72- يظهر فهم للجمل المبنية للمجهول (الولد أكل التفاحة_ أكلت التفاحة)
- 73- يستطيع أن يجد زوج من الأدوات/ الصور عند الطلب
- 74- يستعمل "أستطيع" و "أرغب" 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 افعل
- 78- يستطيع أن يشير إلى الأخطاء السخيفة في الصورة

- 79- يستعمل كلمات أخ، أخت، جد،
جدة
- 80- يقول الكلمة النهائية في التناظر
العكسي
- 81- يخبر قصة مألوفة بدون استخدام
صور للتلميحات
- 82- يسمي الصورة التي لا تنتمي إلى
فئة معينة
- 83- يخبر أن كانت الكلمتين على نفس
الوزن والنغمة أم لا
- 84- يستعمل جمل مركبة (هي تريد أن
تحضر لأن)
- 85- يستطيع أن يخبر إذا كان الصوت
عاليا أو خافتا

العمر 5 - 6 سنوات:

- 86- يستطيع الإشارة إلى بعض، كثير،
عديد من
- 87- يخبر العنوان
- 88- يقول رقم التلفون
- 89- يستطيع الإشارة إلى أكثر، اقل، قليل
- 90- يقول نكت بسيطة
- 91- يخبر عن التجارب اليومية
- 92- يصف الموقع أو الحركة من ناحية
البعد والقرب والاتجاه وفوق
- 93- يجيب أسئلة لماذا بتفسير
- 94- يضع من 3 - 5 أجزاء متسلسلة معا
من قصة ويقولها
- 95- يوضع الكلمات
- 96- يستطيع أن يقول عكس
- 97- يجيب أسئلة ماذا يحدث إذا
(سقطت البيضة؟)
- 98- يستعمل كلمة أمس وغدا بمعنى
- 99- يسأل عن معنى كلمات جديدة أو
غير مألوفة

- 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 الإدراكي (المعرفي) academic age
- العمر في المجال الاتصالي communication age

2- مقنن

3- عند تطبيقه تنزل بلوكين أو صندوقين للطفل المعوق وبلوك واحد للطفل الطبيعي

4- يطبق في الزيارة الأولى في بداية السنة لمعرفة حالة الطفل وتحديد مناطق القوة والضعف عنده ويطبق أيضا في نهاية السنة ليحدد مدى التحسن الذي طرأ للطفل خلال السنة التدريسية.

5- لا يمكن تطبيقه خلال زيارتين منفصلتين.

قائمة اختبارات السلوك checklist:

1- تحتوي على 5 مناطق تعليمية five core areas:

- المخالطة الاجتماعية socialization
- المجال الإدراكي 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 (sheet) أي نتيجة اختبار الصورة الجانبية.

4- يطبق في الزيارة الثانية وفيه يحدد مستوى الطفل والمهارات التي يعرفها والتي لا يعرفها أي مناطق القوة والضعف عنده ويجب على المدرسة أن تراجع checklist

10-ورقة النشاط

تحتوي ورقة النشاط على الهدف المراد تعليمه وتطبق في الزيارة الثالثة للمدرسة وتحتوي على ما يلي:

- 1- اسم الطفل child's name
- 2- اسم المعلمة المنزلية 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 تعليمه what will do
- *نوع المساعدة with what kind of help
- *عدد المحاولات how well

* ماذا نسجل what to record (إذا تعاون بمسك اليد أو لم يتعاون بمسك اليد)

*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 بتنفيذه 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 تنوع 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 مديرة البرنامج حوالي 3 مرات في السنة أو حسب حاجة المدرسة للتقييم ومن قبل المشرفة مرة كل شهر تقريبا، وقد تتم زيارات تقييمية أخرى الغرض منها متابعة طريقة عمل المدرسة في توصيل المعلومات للأم والطفل وتطور حول طريقة:
- 1- إعداد المدرسة لورقة النشاط.
 - 2- إعداد الأدوات اللازمة للتنفيذ.
 - 3- طريقة التنفيذ ومدى التزام المدرسة بنود 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 اقترحت شيء، وهل اقترح الأسرة في حدود المعقول أم لا بحيث يتمشى 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 تقبلها للزيارة من حيث احترام موعد الزيارة، ومدى تجاوب الطفل مع المدرسة أو عدم تجاوبه، وعم إذا كان البيت مهياً للتدريس 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 والتدليك والتمارين الرياضية غير المناسبة وان تقلل المحاولات حتى لا ترهق صحة الطفل. ويشمل أيضاً ملاحظة المدرسة حول سلوك الطفل فقد يكون مثلاً عنيد أو قليل التركيز أو كثير 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 دوريا في يوم محدد حيث يجتمع الجميع لبحث الآتي:

- 1- بحث طرق تدريس وتنفيذ الأهداف التي تساعد على تلافي مشكلات معينة.
- 2- يتم التخطيط للأسبوع المقبل من حيث تنفيذ الأنشطة ومناقشة ورقة تسجيل السلوك.
- 3- العمل على تكملة الأوراق المكتبية مع المشرفات.
- 4- طلب زيارات متابعة وحل مشاكل من قبل الإدارة من مديرة 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 كبارا وصغارا للتدليك سواء كانوا معاقين أو غير معاقين ويختلف التدليك من طفل لآخر وفقا لحالته الصحية.

- لذلك يجب مراعاة ما يلي عند التدليك:

- مراعاة الوقت الذي تقوم فيه الأم بالتدليك للطفل "قبل أوقات النوم إما صباحا أو مساء"
- لأن التدليك يهدئ أعصاب الطفل وينشط الدورة الدموية.
- أن تكون الغرفة جيدة التهوية لتدليك الطفل كذلك عدم وضعه في تيار هوائي.
- وضع فرشاة مريحة على الأرض لتضعي 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 الأربعة الباقية وبحركة دائرية.
- يجب تشجيع الطفل ولكن بدون تصفيق لأن التصفيق يساعد على تنشيط الطفل أكثر لذلك يشجع الطفل بالربت على الظهر والمسح على الرأس والتقبيل والمداعبة أو الابتسامة.
- عدم تدليك الطفل الذي أجريت له عملية إلا بعد استشارة الطبيب وسماعه 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 تمرين 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 وتمرين للرجل.
- لا تحاول المدرسة أن تقوم بتدليك الطفل في هيجانه أو صراخه أو بكاءه لأنه يدل على عدم راحة الطفل من الحركات أو التدليك وعليها التوقف فوراً.

- 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 لمتعددي 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 .
- أولا 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 فتدربه على إدراك الأشكال والألوان والإحجام وتحسن قدرته على الإدراك والانتباه كما تهتم بالتطوير

للجانب الحسي حركي 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

ثانيا المهارات الاساسية :

ومن المهارات التي يقوم عليها برنامج بافاريا هي المهارات الاساسية مثل:

1- الاعتماد على النفس من المأكل والملبس

2- الاعتناء بالممتلكات الخاصة

3- الاهتمام باللعب سواء التخييل أو المتطم 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

ثالثا 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 والمساح العامة (www.gulfnet.ws) وهناك برامج أخرى تصلح أيضا مع

متعددي الإعاقات وهو برنامج بورتج للتربية المبكرة :

ويقوم البرنامج على مجموعة من الخبرات المحددة بهدف إكساب الأطفال المعاقين معلومات أو مهارات أو اتجاهات في جلب من جوانب سلوكهم (كرم الدين، 1994) اما سعدية بهادر (1994) فتري أن برنامج بورتج يقوم على مجموعة من الممارسات والأنشطة والألعاب والمواقف والأساليب التي يمارسها الطفل مع معلمته خلال يوم كامل من أيام الأسبوع .

الأسس التي قام عليها البرنامج

1- الأسرة هي التي توجه عملية التدخل

2- جوهر التدخل هو التفاعل بين الولدين والطفل

3- النظام اليومي وعادات الأسرة واللعب هي الوسيط الذي يتم من خلاله التدخل

4- تسجيل المحادثات والحوارات الدائرة من الولدين 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 الزاركرة المنزلية

مكونات البرنامج :

1-عملية التشخيص :

يشمل البرنامج على جهود مكثفة لتعرف مؤسسة المجتمع المحلي ببرنامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكات نجاحها على أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمه وعدد الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها

2- التقييم البيئي :

وهو تقويم الأنشطة في بدايتها وتطويرها وهذا التقييم يتضمن نظرة واسعة للمصادر والاحتياجات والاهتمامات والتدريب والمساعدة للمعلمين.

3- التخطيط البيئي :

وهو تخطيط عمل كل أسرة بمفردها وماهي ادوات واهداف وموضوعات الخطة وتسلسل الخطة لانجاز الهدف المرجو منها

4-تنفيذ الخطة :

لكل برنامج له نشاطات محددة وموظفة لتنفيذ الخطة وهذه الأنشطة للتنوع ويمكن ان تتضمن زيارات منزلية ونقل خبرات المجموعة للاسرة ومتابع الأنشطة

5-تدعيم الاجراءات المتطورة

في كل برامج الخدمات يكون الاتصال مباشر بالمشاركين ثم تصميم البرامج سواء كان برنامج تدريب او خدمة مباشرة بحيث يتطلب الانتباه الى بناء البرنامج

6-حصيلة التقييم :

وهو عن طريق قياس حصيلة البرنامج من تحقيق وانجاز أهدافه وموضوعاته المرسومة ومدى استفادة الطفل متعدد الإعاقات منه (القمش 2011)

المصادر والمراجع

المراجع لعربية

- 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 القريطي (2006) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .
- سعيد محمد النصراوي (1982) الأطفال التوحيديون ، عمان ، وزارة التربية والتعليم التربية الخاصة الوضع الراهن مطبوعات المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (1995) .
- ناصر على الموسى (1999) دمج الأطفال المعوقين بصريا في المدارس العادية، مركز البحوث التربوية لكلية التربية جامعة الملك سعود .
- يوسف القريوتي (2001) الإعاقة بين الوقاية والتأهيل مركز البحوث 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 خصشبان (2000) الاعاقة العقلية ، دبي ، مكتبة الفلاح .
- هشام عبد الرحمن الخولي (2008) التوحد ، بنها الجديدة ، دار المصطفى للطباعة .
- طارق عامر (2008) الطفل التوحدي ، عمان ، البازدري .
- محمد احمد خطاب (2009) سيكولوجية الطفل التوحدي ، الاردن ، المكتبة الوطنية .
- عثمان لبيب فراج (2001) توحد بون ولكن موهوبين للنشر والتوزيع هيئة رعاية الفئات الخاصة .
- نجدة إبراهيم سليمان (2001) تقديم الخدمات العلاجية والتربوية المدمجة للأطفال المعوقين
قي 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 ، مطابع الدستور التجارية .
- عبد المطلب امين القريطي (2011) في الصحة النفسية ، ط 3، القاهرة ، دار الفكر
العربي .
- عبد الرحيم عبد المجيد (1999) تنمية الاطفال المعاقين ، دار غريب للطباعة .

- وزارة التربية والتعليم : الادارة العامة للتربية الخاصة ، الاحصاء الاستقراري .
- يوسف القريوتي عبد العزيز السرطاوي جميل الهماوي (1995): المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات ، دار العلم .
- هشام محمد الخولي (1996) : علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) ، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية .
- يوسف القريوتي وجمال جرار (1986) الدليل والمعايير التجريبية للصورة المغربية من مقياس 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 شقسر (2000) كيف نربي أبنائنا ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- صندوق الملكة علياء (1993) دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي .
- أمال عبد السميع باظة (2005) التربية الخاصة ، القاهرة الانجلو المصرية .
- ربيع شعبان يونس (2007) علم نفس النمو ، الدمام ، مكتبة العتيبي .

- ليلي احمد كرم الدين (1984) برنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقليا 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 ذوي الإعاقة السمع بصرية المكتسبة (دراسة حالة) ، المؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة بنها ، الصحة النفسية نحو حياة أفضل للجميع (العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة) من 17- 18 يوليو
- عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (1998) . الإعاقات الجسمية والصحية ، دي : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .
- زينب محمود شقير (2000) . خدمات ذوي 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 ذوي 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 ذوي متلازمة أعراض داون من موقع أطفال الخليج ذوي 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.
- تيسير كوافحة و عمر عبد العزيز (2003). مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسيرة: عمان - الأردن.
- كمال سيسالم (1998). المعاقون جسدياً وصحياً 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 الملكة علياء .
- يوسف القريوتي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي (2001) : المدخل إلى التربية الخاصة ، ط2 ، دبي ، دار القلم .
- يوسف القريوتي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي (1995) : المدخل إلى التربية الخاصة ، العين ، مكتبة الفلاح

- مصطفى القمش، ناجي السعايدة (2007) قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة الخاصة ، ط 1 ، عمان : دار المسيرة .
- مصطفى القمش ، خليل المعاينة (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 avtisc child understand ding and traninig 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.angelman.org)
- [http://www.geneclinics .org](http://www.geneclinics.org)
- Kirk,A.S (1996): Education exception children (2nd,ed) hou hoton mifflin campany : Boston .
- Leokanner (1943): childhood avtism reading sim avtism, p . p . 34 - 37 .
- lerner , g,(2000) : Larning Disabiltis : theories diagnosis teaching strategies Hou ghot mifflin .
- 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 indiriect 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 Diagnastic criteric for psychiatric disorder for use with adult Journal of disability research . 47 (1) .
- Start,B(1996) :Evalvating avtistic children .Journal of pediatretic pasychology .
- svllivan , R (1988): Developmental Dyscalculia coretex 24 (4) 555 - 560 .

- Wikipedia , (2006): learning disabilities and attention deficit – hyperactivity disorder an interaction perspective . Journal of learning disabilities . 24(7) 368- 375 .
- Winder , B (1980) : the handbook of autism 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 : Houghton Mifflin 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 Maurice P. 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., Korn, S., and Fernandez, P. (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 (Rockvillc, Md.: Montgomery County Public Schools).
- Robbins, N. (1971):Educational assessment of Deaf-Blind and audilorially 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 : An introduction AD/HD the history and the characteristic of AD/HD [http / users 2 evl-net](http://users2.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 syndrome and fragile X syndrome A comparative 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 down syndrome. New York: Jamesville.
- World Health Organization (WHO) (1991) : Mental retardation meeting the challenge.
- Ysseldyke, J. & Algozzine, (1990): Special Education: A practical approach for teachers. Houghton Mifflin company: Boston.