

التدخل المبكر

مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

تأليف

الأستاذ الدكتور جمال الخطيب

الدكتورة منى الحديدي

قسم الارشاد والتربية الخاصة

كلية العلوم التربوية - الجامعة الاردنية

دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

عمان - الأردن

الفصل الأول

التدخل المبكر: المفاهيم والمبادئ

مقدمة

يتبين المتأمل في تطور ميدان التربية الخاصة في العقود الماضية أن انجازات كبيرة قد تحققت سواء من حيث المناهج أو الأساليب أو آليات تقديم الخدمات . فقد إنبثقت فلسفات ومفاهيم جديدة نتيجة محاولات الباحثين والممارسين ترجمة الظواهر الطبية والنفسية والاجتماعية إلى لغة تربوية . فالمؤسسات الداخلية والمدارس النهارية الخاصة والتي كانت تمثل الأوضاع المألوفة لتعليم وتدريب ذوي الحاجات الخاصة لم تعد تحظى بالقبول فالتوجه حالياً قوي نحو الدمج والمدارس الجامعة . وأعيد التفكير بإعداد المعلمين وبالعلاقة بين التربية الخاصة والتربية العادية . كذلك أعيد النظر بأدوار كل من المدرسة والمنزل وبالعلاقة بينهما وتغيرت الممارسات المتصلة بالتقويم والتصنيف . على أن ما يهمنا هنا هو الاهتمام الذي توليه دول العالم حالياً بالتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة أو بما يعرف على نطاق واسع بالتدخل المبكر . وقد جاء هذا الاهتمام كنتيجة حتمية للأدلة القوية التي قدمتها البحوث العلمية في العلوم النفسية والتربوية حول الدور الحاسم للعوامل البيئية في السنوات الأولى من العمر في تغيير مسارات النمو . فقد بينت الدراسات بما لا يدع مجالاً للشك عدم صحة مقولة أن النمو يتقرر في ضوء الوراثة فقط وأنه ثابت نسبياً وأن الإثارة البيئية لا تترك أثراً يذكر على النمو الانساني . ففي عقد الستينات صدر كتابان كان لهما اصداء واسعة وتأثيرات عميقة على النظرة إلى القابليات التعليمية والأداء العقلي وبالتالي على برامج التربية في مرحلة الطفولة المبكرة . الكتاب الأول كان بعنوان «الذكاء والخبرة» وقد بين فيه جوزيف هنت (Hunt, 1961) أن الذكاء الانساني متغير وليس ثابتاً . أما



الكتاب الثاني وهو بعنوان «الثبات والتغير في الخصائص الإنسانية» فقد أكد فيه بنجامين بلوم (Bloom, 1964) إمكانية التنبؤ بالذكاء المستقبلي مع بلوغ الطفل السادسة من عمره تقريباً وأن هذه الإمكانية تكون أقل كلما كان العمر الزمني للطفل أقل مما يعني أن الذكاء يكون أكثر قابلية للتأثر بالعوامل الخارجية في السنوات الأولى من العمر . إضافة إلى ذلك فإن دراسات علمية مستفيضة بينت أن الخبرات في الطفولة المبكرة تحدث تغييراً كبيراً في النمو من حيث معدله أو تسلسله أو نوعيته (Safford, 1975).

وبالرغم من أن أهمية السنوات الأولى من العمر بالنسبة للنمو المستقبلي أمر أدركه التربويون وعلماء النفس وغيرهم منذ فترة طويلة ، فإن إيلاء هذه السنوات الاهتمام الذي تستحقه على المستوى العملي جاء متأخراً نسبياً . وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال العاديين فهي أكثر أهمية للأطفال المعوقين . فسنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة من الأطفال المعوقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء وفترات تدهور نمائى وضيق فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة . وبدلاً من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور ولعب واستكشاف واستمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالباً ما تكون مرحلة معاناة وحرمان للأطفال المعوقين .

وانطلاقاً من هذه الحقيقة أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية . فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً . ولقد أصبح ممكناً في الآونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات أثناء الحمل أو لدى الأطفال حديثي الولادة . وجدير بالذكر أن التعرف المبكر على مثل هذه الاضطرابات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي أو غيره من أجهزة الجسم يمنع حدوث الإعاقة . كذلك فإن الانجازات التي حققها علم الجينات مؤخراً قد جعلت الإرشاد الجيني أداة فاعلة

للكشف المبكر عن حالات الإعاقة . هذا الإرشاد يوجه أساساً نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضة لإنجاب أطفال معوقين . وفي مجال الكشف الصحي المبكر ، فثمة تجارب ريادية في حملات الكشف السريع عن الضعف السمعي والضعف البصري والضعف التعليمي (Fallen & Umansky, 1985) .

ومن الإجراءات المعروفة لتحديد الأطفال الذين قد يكونوا بحاجة إلى خدمات خاصة الإجراء المعروف بالكشف الشامل أو واسع النطاق . وتتمثل الخطوة الأولى في الكشف العام بتحديد نوع الكشف الذي سيتم إجراؤه . وفي هذا الصدد فإن إجراءات الكشف أصبحت معروفة ومقننة . وتتمثل الخطوة الثانية في الكشف العام بإحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تعليمي . وتتم الإحالة إلى الأخصائيين بالتعاون مع أولياء الأمور وبموافقتهم . إن التدخل المبكر يلعب دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على (أ) اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها ، (ب) اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية ، (ج) تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز ، (د) فهم مشاعره ومشاعر الآخرين ، (هـ) تطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة والتعلم .

وليس من شك في أن الوقاية من الإعاقة تتطلب تعرف عوامل الخطر المختلفة التي تهدد نمو الأطفال ليتم تصميم وتنفيذ البرامج القادرة على درء مخاطرها . وبالرغم من أن غموضاً كبيراً ما زال يكتنف أسباب إعاقات كثيرة إلا أن البحوث العلمية في العقود القليلة الماضية قد ألفت الضوء على عدد كبير من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة أو المرتبطة بها في مرحلة الطفولة المبكرة . ولكن الإجراءات الوقائية لن تقضي قضاءً تاماً على الإعاقة وعليه فالحاجة إلى التدخل المبكر حاجة مستمرة وواضحة كل الوضوح . وإدراكاً منها لأهمية التدخل المبكر ، فقد سنت بعض الدول مؤخراً تشريعات تضع الكشف المبكر (باعتباره الخطوة التمهيديّة التي لا غنى عنها للتدخل المبكر) في رأس قائمة أولويات السياسات الوطنية المتعلقة بنمو الأطفال وصحتهم .

وقد حرصت التشريعات على ربط الكشف المبكر بشكل وثيق بالوقاية من الإعاقة من جهة وبالتدخل المبكر من جهة ثانية . وفي الواقع فإن التدخل المبكر أصبح يحظى في السنوات الأخيرة باهتمام لم يسبق له مثيل ، فبرامج التدخل المبكر المنفذة في المراكز المتخصصة وتلك الموجهة نحو الأسر ، والاعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان بوجه عام وحقوق الإنسان المعوق بوجه خاص ، والبحوث والدراسات العلمية المتصلة بالطفولة والتربية الخاصة ، كلها أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر .

وهكذا فإن التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة ، ولكنه يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر ، والخدمات المساندة (العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي) ، والإرشاد والدعم والتدريب الأسري ، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية ، والتوعية الأسرية والجماهيرية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية . وقد أصبحت المجتمعات الإنسانية تدرك أكثر من أي وقت مضى أهمية التدخل المبكر (Peterson, 1986) .

استراتيجية مقترحة لتحسين أوضاع الأطفال الصغار في السن

1- يجب الوصول إلى الأطفال والأسر الأقل حظاً والأكثر عرضة للخطر . فمراكز رعاية الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة لا تزال عاجزة عن تقديم الخدمات لمعظم الأطفال الذين لديهم حاجة إليها وهذا الوضع صحيح تماماً في الدول النامية . وعليه فلا بد من مواجهة التحديات من خلال تطوير نظم الكشف والتشخيص للتعرف على الأطفال المعرضين للخطر ، وتصميم برامج التدخل القادرة على تطوير نمو هؤلاء الأطفال .



2- يجب أن تشارك الأسر بخاصة والمجتمع بعامة لضمان توفر البرامج النوعية وإفادة الأطفال والأسر والمجتمعات المحلية أيضاً .

3- يجب زيادة مستوى اهتمام المجتمع بنمو الأطفال وتعلمهم في السنتين الأوليين من العمر وبخاصة عندما يكون نموهم غير طبيعي وعندما يكونون عرضة لسوء التغذية والأمراض المزمنة الخطرة .

4- يجب توسيع قاعدة الخدمات التي تقدمها مراكز رعاية الطفولة بحيث تشمل التغذية والرعاية الصحية والتربية والتكيف النفسي العام .

5- يجب دعم عملية انتقال الطفل من المنزل إلى المركز والعمل على خلق نوع من التوافق والمواءمة ما بين المنزل والمركز .

6- يجب التركيز على نوعية الخدمات المقدمة حتى عندما تكون المصادر المتاحة شحيحة وحتى ولو كانت الجهود تطوعية .

7- يجب توسيع نطاق الخدمات التي تقدمها البرامج النموذجية والريادية والحيلولة دون أن تبقى هذه البرامج موجهة نحو فئة معينة في منطقة جغرافية محدودة .

8- يجب أن تبقى برامج الطفولة المبكرة ذات تكلفة متوسطة ومن الممكن تحقيق ذلك من خلال دمج هذه البرامج ببرامج الرعاية الصحية والتنمية المحلية والتربية العامة القائمة في المجتمع بدلاً من إقامة بنية تحتية جديدة باهظة التكلفة .

واستناداً إلى تقديرات اليونسيف ، يفترض أن يولد ما يزيد على بليون ونصف طفل في عقد التسعينات . وستحدث غالبية حالات الولادة في الدول النامية والمنتشرة في أرجاء أفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا . وهذا يعني أن أعداداً متزايدة من الأطفال سيعيشون في الفاقة وفي ظروف تهدد فرص نموهم وتطورهم . وقد بذلت على مدى السنوات العشر الماضية جهود كبيرة لتحسين ظروف مثل هؤلاء الأطفال وذلك بتزويدهم بأنواع مختلفة من برامج الطفولة المبكرة التي من شأنها أن تدعم نموهم .



الاهتمام بالأطفال

إن الظروف البيئية التي يعيش فيها ملايين الأطفال في العالم غير ملائمة ، فثمة اكتظاظ سكاني ، ونقص في المياه الصالحة للشرب ، وقصور في رعاية الأطفال ، ونقص في الغذاء . وعليه فإن الالتهابات المتكررة (المصحوبة بالإسهالات عادة) وسوء التغذية مسؤولة عما يزيد عن 50٪ من وفيات الأطفال الرضع في الدول النامية . ويتوقع للاحصاءات أن تصبح أكثر سوءاً عندما تتزايد أعداد الأشخاص الذين يقطنون الأماكن الحضرية وذلك ما سيحدث فعلاً .

لقد بذلت في السنوات القليلة الماضية محاولات عديدة ، عبر الندوات والمؤتمرات الدولية والاقليمية والمحلية ، للفت انتباه العالم إلى حاجات الأطفال . وإنه لأمر يستدعي الانتباه إن ميثاق حقوق الطفل الذي اقرته الجمعية العمومية للأمم المتحدة أقر معايير دولية للأطفال من حيث البقاء والنمو والحماية .

إن هناك اهتماماً دولياً متزايداً ليس فقط بحماية حقوق الأطفال وإنما بتلبية حاجاتهم التربوية أيضاً . ففي عام 1990 ، وكنتيجة لمبادرة مشتركة من اليونيسيف واليونسكو تم عقد ندوة التربية للجميع في بانكوك - تايلندة . ففي حين أن التربية الأساسية تعني للكثيرين التربية في الصفوف الابتدائية ، فقد وسعت الندوة هذا التعريف ليشمل تلبية الحاجات التعليمية الأساسية للطفل حتى في السنوات المبكرة من العمر . وقد كانت إعادة صياغة هذا التعريف تعبيراً عن إدراك عميق لحقيقة أن النمو المبكر يزود الأطفال بقاعدة متينة للتعلم في المرحلة الابتدائية وللاسهامات الاجتماعية البناءة في المراحل العمرية اللاحقة . ونتيجة لهذا الوعي حددت الندوة المذكورة الهدف الأول لعقد التسعينات كما يلي : «توسيع نطاق الأنشطة النمائية الموجهة نحو النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بما في ذلك التدخلات العلاجية على صعيد الأسرة والمجتمع وبخاصة للأطفال الفقراء ، والمحرومين ، والمعوقين» .

وقد طورت ندوة بانكوك لدى حكومات كثيرة وبعض المؤسسات الدولية اهتماماً جدياً بخلق وتدعيم البرامج لمرحلة الطفولة المبكرة . فعلى سبيل المثال ، إن البنك الدولي ، والذي لم يكن يقدم أية قروض في هذا المجال قبل خمس سنوات ، استجاب لطلبات تقدمت بها أكثر من (12) دولة للحصول على قروض لغايات دعم البرامج الصحية الغذائية والتربوية للأطفال الصغار في السن . وعليه ، فإن هناك زيادة في مستوى الوعي لحاجات الأطفال الصغار في السن وبضرورة تلبية تلك الحاجات في السنوات المبكرة . ولكن كيف حدث هذا؟

نظرة على الدلائل

إن العمل الذي أقدم عليه المؤتمر العالمي حول التربية للجميع كان استجابة لأدلة قوية جداً على أن الدعم المناسب لنمو الأطفال وتطورهم في السنوات الأولى من الحياة هو استثمار اجتماعي جدير بالاهتمام . فمن المعروف جيداً في الوقت الحالي أن النضج السريع والاكتمال المبكر للمهارات الحركية والمعرفية اللذين تتصف بهما مرحلة الرضاعة ومرحلة الطفولة المبكرة يجعلان الأطفال عرضة للتأثر بالظروف الصحية والغذائية والنفسية - الاجتماعية وغيرها من الظروف البيئية . فالأطفال الأقل حظاً الذين يعيشون في الفقر عرضة على وجه الخصوص لضعف النمو الجسدي والنفسي - الاجتماعي . وبناء على ذلك فالاعتقاد هو أن الوقت الحاسم للحفاظ على البقاء وتدعيم مظاهر النمو هو الوقت الممتد عبر السنوات الأولى من العمر .

وقد بينت نتائج البحوث العلمية في مجالات مختلفة أن دعم ^{الدأمل} ~~المبكر~~ يعود بفوائد جمة على كل من الأطفال وآبائهم ليس على المدى القصير فحسب وإنما على المدى الطويل أيضاً من حيث قدرة الطفل على العطاء والمساهمة في بناء المجتمع . إن الاجراءات والبرامج الموجهة نحو الطفولة المبكرة تمثل فرصة ذهبية وغير اعتيادية للوقاية من المشكلات التعليمية أو التخفيف منها وتعود بفوائد دائمة على كل من



الأفراد والمجتمع . فالنسبة للأفراد ، ثمة مجالات عديدة يستطيع التدخل المبكر أن يترك تأثيرات هامة عليها :

أ- النمو الدماغي

في أول سنتين من العمر تتطور البنى الدماغية الحيوية التي تؤثر على قدرة الأطفال على التعلم . فإذا كان تطور الدماغ جيداً ، فإن القابلية للتعلم تتطور بدورها وتنخفض احتمالات الإخفاق في المدرسة وفي الحياة . ولا يتطور الدماغ من حيث البنية والتنظيم إلا عندما توفر برامج التغذية المناسبة والإثارة لحواس الطفل .

ب- التغذية ، والرعاية ، والصحة ، والقدرة التعليمية

إن مجرد إعطاء الأطفال المزيد من الطعام لا يكفي لاستثارة نمو الدماغ وتطوره . ولكن عملية الإطعام بحد ذاتها مهمة بالنسبة لتحديد مستوى الوضع الغذائي للطفل . فعندما يتوفر الطعام للأطفال فإن الذين يحصلون منهم على رعاية وانتباه بشكل منظم يتغذون بشكل أفضل ويصبحون بصحة أفضل ويتعلمون أحسن من الأطفال الذين لا يحظون بمثل هذا الاهتمام . إن الأطفال المهملين أكثر عرضة للمرض وسوء التغذية وهم أقل قدرة ودافعية للتعلم . ولذلك فإن البرامج التي تقدم الدعم للأسر وتعلمها كيف تقدم رعاية صحية ثابتة وتستثير النمو المعرفي للأطفال هي برامج تساعد الأطفال على تطوير الاستعداد للمشاركة البناءة في المدرسة والمجتمع . وبالنسبة للمجتمع ، فالتدخل المبكر يعود بفوائد عديدة من أهمها :

(أ) زيادة مستوى الإنتاجية الاقتصادية :

في عدد كبير من الدول النامية ، لا تزيد نسبة الأطفال في سن المدرسة الذين يدخلون الصف الأول الابتدائي عن 80% (بالنسبة للبنات في بعض الدول لا تصل هذه النسبة إلى 50%) . كذلك فإن ما يقرب من 50% من الأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة إما أن يتسربوا منها في نهاية العام أو أنهم يعيدون الصف . وتستطيع برامج



الطفولة المبكرة ذات النوعية الجيدة والتي تدعم القدرات الجسدية والعقلية للأطفال الصغار في السن أن تغير هذه الاحصاءات .

فمنذ البداية تزيد احتمالات دخول الأطفال الذين يلتحقون بهذه البرامج إلى المدرسة ، وتزيد احتمالات بقائهم في المدرسة لمدة أطول ، ويكون أداؤهم في المدرسة أفضل من أداء الأطفال الذين لا يستفيدون من برامج الطفولة المبكرة . وعلى المدى الطويل ، فإن الأداء المدرسي يرتبط بزيادة مستوى الانتاجية الاقتصادية .

(2) خفض التكلفة :

ان التدخل التربوي في مرحلة الطفولة المبكرة من شأنه أن يخفض التكاليف وأن يزيد فاعلية التدريس الابتدائي . فالأطفال الأكثر استعداداً جسمياً وعقلياً واجتماعياً لا يواجهون صعوبة في الانتقال من البيت إلى المدرسة ويكون أداؤهم أفضل من أقرانهم الذين لم تتوفر لهم الخبرة اللازمة لتطوير هذا الاستعداد . ونتيجة لذلك ، تنخفض معدلات التسرب والاعادة وتنخفض ايضاً الحاجة إلى البرامج العلاجية التصحيحية الأمر الذي يخفض النفقات . إضافة إلى ذلك ، فإن برامج الطفولة المبكرة الفعالة تخفض النفقات المخصصة للرعاية الصحية عندما تكون البرامج الوقائية جزءاً حيوياً الأمر الذي يخفض نسبة حدوث الأمراض والحوادث والتكاليف الاجتماعية للجنوح والمشكلات الأخرى ذات العلاقة لأن الأطفال يقضون وقتاً أطول في المدرسة . وأخيراً فإن نسبة الغياب عن العمل تنخفض هي الأخرى عندما يطمئن الآباء إلى أن أطفالهم يتلقون رعاية مناسبة فيخصصون وقتهم لعملهم .

(3) الحد من عدم تساوي الفرص الاجتماعية والاقتصادية :

إن الاهتمام بتطوير نمو الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة يخفف من عدم تساوي الفرص الذي تمتد جذوره في الفقر والتمييز الاجتماعي وذلك من خلال تهيئة الظروف للأطفال الأقل حظاً لأن يبدأوا بداية عادلة في المدرسة وفي الحياة .

فالدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال يستفيدون من برامج التدخل المبكر أكثر من أقرانهم الأوفر حظاً .

(4) إفادة البنات :

من خلال برامج الطفولة المبكرة ، تتوفر الفرص للبنات لأن يطورن قدراتهن وأن يظهرن تلك القدرات . وتبين الدراسات التي أجريت في ثقافات مختلفة أن البنات اللواتي يشاركن في برامج الطفولة المبكرة يصبحن أكثر رغبة وقدرة على الالتحاق بالمدرسة والاستمرار بالدراسة . وهنّ أولاً وقبل أي شيء أكثر استعداداً للمدرسة ، ويميل أبائهن ، بعد أن تكون توقعاتهم منهن قد ازدادت ، إلى السماح لهن بمواصلة دراستهن لفترة أطول . علاوة على ذلك ، فعندما تتوفر البرامج للأخوة الصغار في السن ، فإن مسؤولية البنات في سن المدرسة عن رعاية أخوتهن تخفّ بما يفتح الطريق أمامهن للالتحاق بالمدرسة .

(5) ترسيخ القيم :

ان انتقال القيم الاجتماعية والأخلاقية التي توجه كل واحد منا في المستقبل يبدأ في الشهور الأولى من الحياة . وبالنسبة للمجتمعات التي يسودها إحساس بأن القيم الحاسمة يتم الابتعاد عنها ، فثمة حافز قوي لايجاد السبل لترسيخ تلك القيم . وتستطيع برامج الطفولة المبكرة أن تساعد في هذه الجهود من خلال تدعيم أفعال الوالدين ومن خلال توفير البيئات التي يولي فيه الأطفال اهتماماً كافياً بالقيم المرغوب فيها اجتماعياً .

(6) الحراك الاجتماعي :

في أكثر من مكان ، تحول الضغوطات السياسية ، والاجتماعية دون حث الناس وترغيبهم في القيام بالأنشطة التي ستعود عليهم بالنفع . وفي مثل هذه الظروف ، فإن إحدى الطرق للبدء بالعمل مع المجتمع المحلي هي توفير بؤرة للصالح العام . وغالباً ما



تمثل حاجات الأطفال الصغار في السن ذلك . فالتربية المبكرة يمكن أن تعمل بمثابة استراتيجية فاعلة لتطوير العمل الجماعي .

(7) إفادة المجتمع والأسرة :

إن العناصر المختلفة المتضمنة في برامج الطفولة المبكرة (تحسين الوضع الصحي ، والنظافة العامة ، والتغذية) تعود بفوائد على الآباء والأمهات ، والأسر ، والمجتمع بشكل عام . علاوة على ذلك ، فثمة فوائد غير مباشرة . فاذا أسهم الآباء والمجتمع المحلي في تأسيس برامج الطفولة المبكرة وإذا كانوا يتحملون مسؤولية فيما يتعلق بتنفيذ نشاطاته ، فإن شعوراً بالثقة بالذات يتطور لدى الآباء ، ويبرز قياديون في المجتمع المحلي ، ويزداد مستوى التنظيم والعمل الاجتماعي ، كذلك فإن برامج الطفولة المبكرة تفيد الأسر من خلال تخفيف الأعباء عن الأمهات فيما يتصل برعاية الأطفال وذلك يسمح لهن بالبحث عن المزيد من المعرفة .

يتضح بجلاء من هذه الأمثلة أن دعم الأطفال الصغار في السن لا يقتصر على انشاء البرامج قبل المدرسية . ولكن الدعم يشمل كافة الأنشطة والإجراءات التربوية التي تلبي حاجات هؤلاء الأطفال وتدعم البيئة التي يعيشون فيها بما في ذلك الأسرة والمجتمع المحلي والبيئات الجسدية والاجتماعية والاقتصادية . وهذه طريقة غير تقليدية للتفكير بالتربية والاستراتيجيات التربوية المتعلقة بمرحلة ما قبل المدرسة وحاجات التلاميذ في المدرسة .

إلا أن من النتائج الهامة التي تمخضت عنها البرامج الدولية للطفولة المبكرة هي الحاجة إلى تبني تعريف واسع جداً إذا كان يرجى من التربية في مرحلة الطفولة المبكرة أن تكون فعالة على المدى الطويل .



نمو الأطفال وتعلمهم

بعض الحقائق

(1) تبين الدراسات العلمية أن الطفل ينمو ويتعلم من خلال تفاعله مع الناس والأشياء في بيئته . وعليه فإن باستطاعة الراشدين تحسين مستوى نمو الطفل وتعلمه بتوفير بيئة داعمة تزود الطفل بالمكان والأدوات والفرص اللازمة للتعلم من خلال اللعب سواء في المنزل أو خارجه .

(2) يتعلم الطفل بشكل أفضل ويتحسن مستوى نموه عندما يشارك بفعالية في عملية التعلم . فمن الأهمية بمكان أن تتاح للطفل فرص بناء معرفته الذاتية من خلال الاستكشاف والتفاعل مع الأشياء والتقليد .

(3) إن مظاهر النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والعاطفي مترابطة ومتداخلة ، بمعنى أن التطور في أحد مظاهر النمو يؤثر على مظاهر النمو الأخرى . ولذلك يجب أن تكون البرامج شمولية .



التدخل المبكر: ما هو؟

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر غائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة . وبالرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها . فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم . ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف

بالخطة الفردية لخدمة الأسرة . ومن ناحية ثانية ، فبما أن الأطفال المعوقين أو المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل كامل ومتكامل . ولذلك فثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرهم . وبالطبع فإن الحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي-الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل متخصص (Fox, Hanline, Vail, & Galant, 1994).

وبما أن برامج التدخل المبكر تعنى بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتنوع حيث ثمة فروق كبيرة جداً بين طفل عمره شهران وطفل عمره سنتان وطفل ثالث عمره أربع سنوات .

كذلك فإن برامج التدخل المبكر قد يستفيد منها أطفال يعانون من كافة أنواع الإعاقة وثمة فروق كبيرة أيضاً بين طفل لديه شلل دماغي وآخر لديه ضعف سمعي وثالث لديه تخلف عقلي وهكذا . فبالرغم من أن هناك بعض برامج التدخل المبكر التي تسمى بالبرامج الفئوية تعنى بتقديم الخدمات لفئات إعاقات محددة كالإعاقة البصرية مثلاً ، إلا أن معظم برامج التدخل المبكر غير فئوية بمعنى أنها تعنى بأي طفل لديه إعاقة . وعليه ، فإن برامج التدخل المبكر تتضمن جملة من العمليات التي يتوخى منها تطوير قابليات الأطفال المعوقين الصغار في السن وقدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة (أنظر جدول 1-1) .



الجدول رقم (1-1)
العمليات والنشاطات الأساسية في برامج التدخل المبكر



- (1) التعليم الخاص
 - (أ) التقييم التربوي النمائي
 - (ب) تطوير المنهاج
 - (ج) إعداد الخطة التربوية الفردية
 - (د) اختيار الوسائل التعليمية وتكييفها
 - (هـ) تصميم الاستراتيجيات التعليمية
- (2) الخدمات الصحية العامة
 - (أ) العلاج والجراحة
 - (ب) الفحوصات الطبية الروتينية
 - (ج) التنظيم الغذائي
 - (د) الخدمات التمريضية
 - (هـ) الخدمات التشخيصية الدقيقة
- (3) العلاج الطبيعي
- (4) العلاج الوظيفي
- (5) الخدمات النفسية
 - (أ) التقييم النفسي
 - (ب) العلاج باللعب
 - (ج) الإرشاد النفسي
 - (د) تعديل السلوك
- (6) الخدمات الأسرية :
 - (أ) الزيارات المنزلية
 - (ب) الإرشاد الأسري
 - (ج) التدريب والتوعية
- (7) القياس السمعي
- (8) العلاج اللغوي
- (9) الخدمات الاجتماعية
 - (أ) الدفاع عن حقوق الطفل المعوق
 - (ب) دراسة الحالة
 - (ج) الدعم

فئات الأطفال المستهدفة في برامج التدخل المبكر

تستهدف خدمات التدخل المبكر الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي والأطفال الذين يحتمل أن تنتهي الحالة المرضية لديهم بتدهور نمائي ، والأطفال الذين هم في حالة خطر من حيث إمكانية معاناتهم من التأخر النمائي إذا لم تقدم لهم خدمات التدخل المبكر . ولكن هل من السهل على صانعي القرار تحديد الفئات المستهدفة على ضوء هذا الإيضاح؟ إن هذه المهمة مهمة صعبة للأسباب الرئيسية التالية : (أ) الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال ، (ب) عدم توفر أدوات التقييم المناسبة ، (ج) عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار ، (د) عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى (Skonkoff & Meisels, 1991) .

على كل حال فإن المعايير المعتمدة لتحديد التأخر أو الانحراف النمائي غالباً ما تهتم إما بنسبة التأخر أو بالانحرافات المعيارية عن المتوسط (انظر جدول 1-2) .



الجدول رقم (1-2)
الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر

الأطفال المتأخرون نمائياً (Developmentally Delayed Children)

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

- (أ) المجال المعرفي
- (ب) المجال الحركي
- (ج) المجال اللغوي
- (د) المجال الاجتماعي - الانفعالي
- (هـ) مجال العناية بالذات .

ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط في اثنين أو أكثر من المجالات المذكورة ، أو بنسبة مقدارها 25% مقاسة بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع ، أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة .

الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية

(Children with Established Disabilities)

هم الأطفال الذين يعانون من :

- (أ) اضطرابات جينية
- (ب) اضطرابات في عملية الأيض
- (ج) اضطرابات عصبية
- (د) أمراض معدية
- (هـ) تشوهات خلقية
- (و) اضطرابات حسية
- (ز) الارتباط الزائد بالأم
- (ح) حالات التسمم



الأطفال الذين هم في حالة خطر (At - Risk Children)

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

مبررات التدخل المبكر

إن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى وأنه كلما كان التدخل مبكراً أكثر كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم أكبر . وقد أسدلت هذه النتائج الستارة إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائداً في السابق ومفاده أن النمو ظاهرة ثابتة لا يمكن تغييرها . فالحقيقة ببساطة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره (Fewell, 1982, Hayden, 1974) وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر :

- 1- أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً .
- 2- أن التعلم الانساني في السنوات المبكرة أسهل واسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى .
- 3- أن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة .
- 4- أن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة .
- 5- أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً .
- 6- أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة .
- 7- أن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة .
- 8- إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر .



- ٩- أن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام .
- ١٠- أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى .
- ١١- أن التدخل المبكر يساهم في تجنب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً .

لماذا التدخل المبكر؟

«بعد 17 عاماً من البحث عن كيفية اكتساب الإنسان لقدراته ، أصبحت مقتنعاً تماماً بأن علينا إيلاء السنوات الثلاث 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, p. 160)

● «إن النمو المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعلم في المدرسة الابتدائية وللإعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة» (Evans & Myers, 1994, p.6)

● «إن برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضماناً للنمو المستقبلي للمجتمع بأسره» (Hohmann, 1991, p.4).

• «إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر» (Hayden, 1997, p. 161).

• «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» (Guralnick, 1990, p.3).

نبذة موجزة عن تطور التدخل المبكر

لقد قدمت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه . فالمراحل العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة . ففي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجموعها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي (Hayden & Pious, 1979).

وإدراكاً منهم لهذه الحقيقة ، أبدى الباحثون والممارسون في ميدان التربية الخاصة في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة . ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج أعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة ، وتطوير أدوات القياس



والتقويم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة ، واعتماد نتائج البحوث العلمية اساساً وموجهاً لبرامج التدخل . وقد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث مراحل رئيسية :

أ- في المرحلة الأولى كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم .

ب- في المرحلة الثانية أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين .

ج- في 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 .

في الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية . فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم ايضاً . فالتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة والدينامية متعددة الأوجه وتبعاً لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميداناً متعدد التخصصات . كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث انه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دوراً رئيسياً في تنفيذ الاجراءات العلاجية . فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها (Bailey & Wolery, 1984) .



حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقة في مرحلة ما قبل المدرسة . ففي حين تقدر بعض المصادر هذه النسبة بحوالي 3٪ تقدرها مصادر أخرى بحوالي 15٪. ومثل هذا التفاوت الواسع في التقديرات يعود إلى عدة أسباب من أهمها عدم وضوح التعريفات . فليس هناك تعريف موحد أو اتفاق على المدى العمري للأطفال المستهدفين من برامج التدخل المبكر . وحتى في حالة الاتفاق على تعريفات موحدة فثمة مشكلات وصعوبات تتعلق بتشخيص الإعاقات وبخاصة البسيطة منها في السنوات الأولى . فمن المعروف أن الصعوبات التعلمية والمشكلات الكلامية والتخلف العقلي البسيط وبعض الاضطرابات السلوكية يصعب التعرف عليها قبل دخول الطفل الصف الأول . علاوة على ذلك ، فإن إثبات أو نفي وجود إعاقة أمر بالغ الصعوبة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الصغار في السن ذلك أن هؤلاء الأطفال يتغيرون بسرعة وبشكل ملحوظ . وعلى الرغم من هذه التحديات فإن اتفاقاً عاماً على أن حوالي (10٪) من الأطفال في سن ما قبل المدرسة في أي مجتمع لديهم إعاقة أو أنهم في وضع غير مطمئن بمعنى أن إعاقة ما قد تتطور لديهم (Fewell, 1982, French & Jansma, 1982).

وبالنسبة للدول العربية ، لا تتوفر إحصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بأعداد الأطفال المعوقين بوجه عام أو الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بوجه خاص . فبعض الدول حاولت تحديد أعداد الأطفال المعوقين والبيانات المتوفرة تدفع بالواحد إلى الاعتقاد بأن الأرقام المقدمة لا تعكس الحقائق . وذلك أمر لا يدعو للدهشة لأن تقدير أعداد الأطفال المعوقين في الدول العربية يعتبر مهمة بالغة الصعوبة في الوقت الراهن لعدة عوامل منها : غياب التعريفات الاجرائية للإعاقة ، وعدم توفر أدوات القياس التي تتمتع بالخصائص السيكومترية المناسبة ، والنزعة نحو إخفاء الأطفال المعوقين عن الأنظار لأسباب إجتماعية - ثقافية .



الفصل الثاني

تقديم خدمات التدخل المبكر

إعداد كوادر التدخل المبكر

إن من الخصائص المميزة لميدان التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة مشاركة عدة اختصاصيين في عملية تخطيط الخدمات للأطفال وأسرههم وتقديمها . وبالرغم أن أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يقوم على تنفيذ خدمات التدخل المبكر يختلفون من مجتمع إلى آخر ومن إعاقه إلى أخرى إلا أن الأسر غالباً ما تتفاعل بشكل أو بآخر مع اختصاصيين في طب الأطفال والأعصاب والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعمل الاجتماعي وعلم النفس والتربية الخاصة واضطرابات الكلام واللغة وغيرهم من الاختصاصيين . وعليه فإن إعداد كوادر التدخل لا يقتصر على المعلمين فحسب وإن كان معلمو التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يشكلون العنصر الأكثر أهمية الذي تتحدد في ضوءه فاعلية البرامج والخدمات المقدمة .

إن إعداد الكوادر المؤهلة لتقديم الخدمات الشاملة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يمثل تحدياً خاصاً بالنسبة لبرامج التدريب قبل الخدمة . فكلما كان الطفل أصغر سناً كانت مظاهر النمو لديه أكثر تداخلاً وترابطاً وكانت أكبر تأثيراً وأكثر اعتماداً على النظام الأسري . وهذا ما يجعل برامج التدخل المبكر مختلفة عن البرامج التي تعنى بالأطفال الأكبر سناً حيث في برامج التدخل المبكر قد تكون الأهداف الأسرية أكثر أهمية من الأهداف المتعلقة بالطفل . وقد تتحمل الأسرة المسؤولية الرئيسية في تدريب الطفل وتحقيق الأهداف المتوخاة من تدريبه . وفي الحقيقة فثمة اجماع في الرأي في أوساط الاختصاصيين في ميدان

التدخل المبكر على أن البرامج والخدمات تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل أو لأسرته عندما تقدم على نحو يدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي احتياجاتها وأولوياتها (McCollum, Rowan, & Thorp. 1994)

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال المعوقين الصغار السن وأسره حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيها التربية الخاصة انجازات كبيرة في العقود الماضية (Stayton & Johnson, 1990). ولا يتوقع أن يتم التغلب على هذا النقص إلا بمبادرة حقيقية وفاعلة لتطوير برامج التدريب قبل الخدمة وبرامج التدريب أثناء الخدمة في مجال التدخل المبكر. ومثل هذه البرامج يجب أن يتم تطويرها في ضوء تحليل معمق وشامل للأدوار المتوقع من الكوادر القيام بها. وبالرغم من أن البحوث العلمية لا تقدم معلومات دقيقة في هذا الشأن إلا أن الأدوار الرئيسية عموماً تتمثل في :

1- فهم مظاهر النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة سواء من النواحي العقلية أو اللغوية (الاستقبالية والتعبيرية) أو الحركية (المهارات الكبيرة والمهارات الدقيقة) أو الانفعالية - الاجتماعية والشخصية .

2- القدرة على تطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها .

3- القدرة على العمل ضمن فريق متعدد التخصصات .

4- القدرة على تفهم وتلبية الفروق الفردية بين الأطفال .

5- القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها .

6- القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال

الصغار في السن .



7- القدرة على تقويم حاجات الأطفال وأسرههم باستخدام الأساليب غير الرسمية مثل الملاحظة والمقابلة وقوائم التقدير .

8- القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر .

9- القدرة على صوغ أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي المختلفة .

10- القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاستكشاف .

وبالنسبة لبرامج التدريب قبل الخدمة فقد لا تكون متخصصة كاملاً في التدخل المبكر بل قد يكتفى بمساق أو أكثر في هذا المجال . وغالباً ما يتم الاهتمام بمساق مدخلي يوضح حقوق الطفل وأسرته ويعرف بالخدمات والبرامج اللازمة . كذلك فإن العديد من الجامعات وخاصة في الدول المتقدمة تحرص على طرح مساق للتدريب الميداني في التدخل المبكر يتعرف الطلاب المتدربون من خلاله على البرامج والخدمات المقدمة في المجتمع المحلي للأطفال وأسرههم . أما البرامج التدريبية المتخصصة فغالباً ما يقوم على تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة ، والعلاج الطبيعي ، والعلاج الوظيفي ، والتمريض ، (Bailey, Simeonsson & Yoder, & Huntington, 1990).

وأما برامج التدريب في أثناء الخدمة فهي تولي أهمية خاصة ويعول عليها كثيراً في الدول العربية نظراً لغياب برامج الإعداد قبل الخدمة . ومثل هذه البرامج يجب تنفيذها بشكل مستمر ومنظم ويجب تقويم فاعليتها بموضوعية من أجل تعديلها وتفعيلها .



الكفايات اللازمة للعاملين في ميدان التدخل المبكر^(*)

- 1- معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة .
- 2- القدرة على معرفة أعراض الاعاقات المختلفة .
- 3- القدرة على ملاحظة وتسجيله سلوك الأطفال .
- 4- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلات النمو .
- 5- القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى ملائمة لمستوى نمو الطفل ومتوافقة مع نمط التعلم ومواطن الضعف ومواطن القوة لديه .
- 6- القدرة على تفسير التلميحات الصادرة عن الأطفال واستخدام هذه المعلومات لتنظيم بيئة تلبيحاجاتهم الفردية وتشجعهم على التفاعل والاستكشاف إلى أقصى حد ممكن .
- 7- القدرة على بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأطفال من خلال التواصل الفعال .
- 8- القدرة على استخدام الأساليب التي تشجع التفاعلات الايجابية بين الأطفال ذوي القدرات المتباينة والخلفيات الثقافية المتنوعة .
- 9- القدرة على تفهم الفروق الثقافية واحترامها .
- 10- فهم الفلسفة الكامنة وراء المنهاج المستخدم .
- 11- القدرة على الاستماع النشط والايجابي وتطوير برنامج عملي لمشاركة الأسرة .
- 12- القدرة على تجنيد وتدريب الفنيين والعمل معهم .
- 13- القدرة على العمل بفعالية كعضو في الفريق متعدد التخصصات .
- 14- القدرة على إدراك مواطن الضعف الشخصية وطلب المساعدة عندما تقتضي الحاجة ذلك .

(*) اقتبست المعلومات الواردة في الجدول من (Cook, Tessier, & Kelin, 1992).



العمل الفريق في برامج التدخل المبكر

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها اختصاصيون عديدون . نقدم فيما يلي وصفاً موجزاً لأكثرهم أهمية: (Bailey & Wolery, 1992; Heward & Orlansky, 1989)

1- اختصاصي النسائية والتوليد (Gynecologist)

لعل أحداً من الاختصاصيين لا يستطيع أن يلعب دوراً وقائياً كذلك الذي يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد القيام به . فمن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة ومتابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والارشاد الجيني وغير ذلك يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقاية منها .

2- اختصاصي طب الأطفال (Pediatrician)

إن الدور الذي يمكن لطبيب الأطفال القيام به في التعرف إلى الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الاعاقة دور بالغ الأهمية . فهو الذي غالباً ما يتابع الأطفال بشكل دوري منذ نعومة أظفارهم .

3- الممرضات (Nurses)

لا يقتصر دور الممرضة على العمل في المستشفيات بل هي تستطيع القيام بالعديد من الأدوار في المدرسة ومراكز التدخل المبكر وغيرها . وبوجه عام ، تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعوقين وأسرهم ومربيهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتينية والطارئة .

4- طبيب العيون (Ophthalmologist)

يقوم اختصاصي طب العيون بتشخيص ومعالجة أمراض العيون ويقوم هو أو اختصاصي تقييم البصر بتشخيص الضعف البصري ووصف العدسات التصحيحية اللازمة .



5- اختصاصي القياس السمعي (Audiologist)

يستطيع اختصاصيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك .

6- اختصاصي علم النفس (Psychologist)

وتتمثل إسهاماته الرئيسية في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية - الانفعالية من جهة وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل المعوق من جهة أخرى .

7- الإختصاصي الاجتماعي (Social Worker)

يقوم هذا الاختصاصي بمساعدة الطفل المعوق وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة . كذلك فهو يساعد في تقييم وتحليل الظروف الاسرية والاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة .

8- اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة

(Speech & Language Pathologist)

يمثل اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة عضواً هاماً من أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يمكن أن يطور البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الاعاقة والكشف المبكر عنها ومعالجتها ذلك أن اللغة تلعب دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال . وعلى وجه التحديد ، فهو يستخدم أدوات خاصة لتقييم المهارات الكلامية واللغوية للأطفال ويصف الإجراءات العلاجية المناسبة .

9- اختصاصي العلاج الطبيعي (Physical Therapist)

يسهم هذا الإختصاصي في معالجة وتأهيل الأطفال ذوي الاعاقات الجسمية



بوجه خاص والأطفال المعوقين بوجه عام . ويهتم هذا الاختصاصي أساساً بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة .

10- اختصاصي العلاج الوظيفي (Occupational Therapist)

أما اختصاصي العلاج الوظيفي فهو يركز أساساً على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال ويدربهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية .

11- الملمات والمعلمون (Teachers)

كثيراً ما تكون ملمات رياض الأطفال والآخرين الذين يقومون على رعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية ما لدى الطفل . وليس من شك في أن قيام المعلمة بتحويل الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور الأداء وفي تقديم المساعدة اللازمة .

12- ملمات ومعلمو التربية الخاصة (Special Educators)

إن إختصاصي التربية الخاصة هم الذين يقومون فعلياً بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المراكز أو البيوت وغالباً ما يقومون بدور منسقي أعمال الفريق . وعليهم تقع مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد للأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف .

13- أولياء الأمور (Parents)

تنص التشريعات في الدول المتقدمة على أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محددة في تربية أطفالهم المعوقين وتأهيلهم وتلزمهم وتلزم الكوادر العاملة في الميدان بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات .



نماذج التدخل المبكر

لقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة . ولكل من هذه النماذج حسنات وسيئات ، وبعض هذه النماذج أكثر ملاءمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى . وبوجه عام ، يمكن الحديث عن النماذج الرئيسية التالية في التدخل المبكر :

1- التدخل المبكر في المراكز .

2- التدخل المبكر في المنزل .

3- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل .

4- التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات .

5- التدخل المبكر في المستشفيات .

6- التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام .

التدخل المبكر في المراكز :

وفقاً لهذا النموذج ، تقدم خدمات التدخل المبكر في مركز أو مدرسة وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين أو ثلاث إلى ست سنوات . وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين إذ قد تنفذ هذه البرامج في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقاً لمبدأ الدمج .

وقد يلتحق الأطفال بالمراكز لمدة 3-5 ساعات يومياً بواقع 4-5 أيام أسبوعياً وإن كان بعض الأطفال يحضرون للمركز بواقع يومين أو ثلاثة أيام فقط . وتشتمل الخدمات التي يتم تقديمها في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو



حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج لهم ومتابعة أدائهم . وغالباً ما تعمل المعلمات مع الأمهات بوجه خاص والأسرة بوجه عام . فقد يطلب من الأمهات القدوم في فترات معينة لملاحظة أطفالهن أو للمشاركة في تنفيذ بعض الأنشطة التدريبية المحددة . وقد تشجع الأمهات على متابعة تدريب الأطفال في المنازل من أجل تعميم المهارات المكتسبة في المراكز . ويتم التواصل بين المركز والمنزل إما من خلال الهاتف أو اللقاءات الشخصية أو دفاتر الملاحظات وغير ذلك . ويتم تدريب الأمهات إما من خلال اللقاءات الجماعية أو جلسات التدريب الفردية أو من خلال المشاركة في التدريب الصفي .

ومن حسنات هذا النموذج من نماذج التدخل المبكر قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات ، وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين ، وتوفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر والحصول على الدعم اللازم سواء كان مادياً أو فنياً أو معنوياً للمحافظة على استمرارية الخدمات وتفعيلها . أما السيئات الرئيسية لنموذج التدخل المبكر من خلال المراكز فهي تشمل مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها ، والكلفة المادية العالية ، وعدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية كما في نموذج التدخل المبكر من خلال المنازل (Neisworth & Bagnato, 1987) .



برنامج الفرصة الأولى

في عام 1968 ، أدرك الكونجرس الأمريكي مدى الحاجة إلى برامج نموذجية تعمل بمثابة قوى محركة لخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن . وعليه فقد أقر الكونجرس مشروعاً باسم برنامج التربية المبكرة للأطفال المعوقين (Handicapped Children's Early Education Program) المعروف اختصاراً بـ (HCEEP) والذي عرف فيما بعد باسم برنامج الفرصة الأولى

(First Chance Program) وكان المتوقع من هذا البرنامج أن يشجع أولياء الأمور على المشاركة في نشاطاته ، وينفذ برامج التدريب في أثناء الخدمة ، و يقيم انجازات كل من الأطفال والبرامج ، و يقيم علاقات عمل تشاركية مع المدارس الحكومية ، و يوزع المعلومات حول المشروع لكل من الاخصائيين والجمهور . وفي عام 1980 بلغ عدد البرامج التي انبثقت عن هذا المشروع (177) برنامجاً . وحاولت هذه البرامج تحقيق هدفين رئيسيين هما :

(أ) تقديم نماذج يحتذى بها على صعيد الخدمة الجيدة للأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة .

(ب) نشر المعلومات التي من شأنها تشجيع الآخرين على محاكاة البرامج النموذجية تلك .

وبالنسبة لآلية تقديم التدخل المبكر من قبل تلك البرامج فقد كانت وفقاً للبدائل التالية :



1- المنزل

2- المنزل يليه المركز .

3- المنزل والمركز معاً .

4- المركز .

5- المساعدة التقنية والخدمات الاستشارية .

بالنسبة للبرامج التي تنفذ خدمات التدخل المبكر الموجهة نحو المنزل فقط فهي تتعامل مع الآباء والأمهات بوصفهم المعلمين الرئيسيين لأطفالهم . ومثل هذه البرامج استخدمت على وجه التحديد في المناطق الريفية أو في الحالات التي كان فيها أولياء الأمور يمتنعون عن إلحاق أطفالهم بالمراكز . ومن أشهر هذه البرامج برنامج بورتيج (Portage Project) الذي نفذ في الحالات التي كان متعذراً فيها نقل الأطفال من المنزل إلى المركز . ولعل أهم فوائد هذا النوع من البرامج هو أنه يهيئ الفرص لحدوث

التدريب في الوضع الطبيعي وهو المنزل . إلا أن هذه البرامج تضيف عبئاً جديداً على أولياء الأمور حيث عليهم أن يتحملوا المزيد من المسؤولية التعليمية .

وبالنسبة لعدد كبير من الأطفال الذين قدمت لهم خدمات التدخل المبكر في بادئ الأمر في البيت فقط ، كان بإمكانهم الالتحاق بمراكز متخصصة بعد أن يبلغوا من العمر حوالي سنتين . وبعضهم كان يتلقى الخدمات في كل من المنزل والمركز . فالاخصائيون في هذه الحالة يدرّبون الآباء والأمهات .

أما في التدخل المبكر الموجه نحو المركز فالاهتمام ينصب على تدريب الطفل بشكل مباشر . وأخيراً ، فالمراكز التي تهتم بتقديم المساعدة الفنية والخدمات الاستشارية تعمل أساساً على تشخيص حالات الاعاقة وتخطيط وتنفيذ الدورات التدريبية للكوادر وأولياء الأمور .

هذا وقد أجريت عدة دراسات علمية لتقييم فاعلية نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر المختلفة ، وبينت النتائج أن كلاً من التدخل المبكر في المنزل والتدخل المبكر في المركز له فوائده وأن أحدهما ليس أكثر فاعلية من الآخر . وعليه فإن الاخصائيين يعتقدون أن افضل بديل ممكن للتدخل المبكر هو الذي يجمع النموذجين معاً .

التدخل المبكر في المنزل :

وفقاً لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم . وفي العادة ، تقوم مدربة أو معلمة اسرية مدربة جيداً بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً . وخلافاً للتدخل المبكر في المراكز والذي يستخدم عادة في المدن ، فإن التدخل المبكر في المنزل يستخدم عادة في الأماكن الريفية والنائية حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين وحيث تشكل عملية نقل الأطفال بين المنزل والمركز مشكلة كبيرة . وغالباً ما تهتم برامج التدخل المبكر هذه بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين (Hayden, Karens, & Wood, 1998) .



وفي هذه الحالات ، يقوم الاختصاصيون بتقييم الأطفال وتحديد حاجاتهم ويساعدون الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات ويتابعون دورياً مستوى تطور مهارات كل من الأطفال وأمهاتهم . ويتمثل أهم جانب من جوانب عمل الاختصاصيين العاملين في مجال التدخل المبكر في المنزل بتدريب أولياء الأمور . وأحياناً يقوم مساعدا الاختصاصيين بهذا الدور التدريبي ولكن بإشراف مباشر من الاختصاصيين . ومن أفضل الأساليب لتدريب أولياء الأمور على العمل مع أطفالهم المعوقين في المنزل القيام بوصف الأنشطة والتدريبات التي عليهم تنفيذها ، وتوضيح كيفية تنفيذها لهم ، والطلب منهم القيام بتنفيذها وتزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائهم . ولأن أولياء الأمور هم الذين يتحملون المسؤولية الأساسية عن تدريب الطفل في برامج التدخل المبكر في المنزل ، فإن هناك حاجة لأن يتم مراعاة طبيعة الأنشطة التي يتم تنفيذها بحيث لا تكون هذه الأنشطة بمثابة عبء لا يستطيع أولياء الأمور تحمله أو القيام به . وأفضل الأنشطة هي الأنشطة التي تكون جزءاً من عملية الرعاية اليومية الروتينية للطفل . وينصح باستثمار قدرات الأخوة وغيرهم كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئاً يثقل كاهل الوالدين .

ومن الإيجابيات الرئيسية للتدخل المبكر في المنزل أنه غير مكلف اقتصادياً مقارنة بالتدخل المبكر في المراكز ، وأنه يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية مما يقلل من مشكلة تعميم المهارات المكتسبة ، وأنه يشتمل على مشاركة الأسرة الفاعلة في برنامج طفلها مع الحصول على الدعم والمعلومات اللازمة . أما السلبيات الأساسية لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر فهي تتمثل في عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال ، وتوقع قيام أولياء الأمور بعمل كثير وعدم أخذ قسط كاف من الراحة بسبب بقاء الطفل في البيت ، ووضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الاجتماعي . كذلك فإن انتقال المعلومات الاسريات من منزل إلى آخر يستغرق أوقاتاً طويلة وقد ينطوي على بعض الصعوبات الخاصة .



التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل :

تبعاً لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً في المنزل وللأطفال الأكبر سناً في المركز . وأحياناً يلتحق الأطفال في المراكز لأيام محددة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوع حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة . ولا تختلف إيجابيات أو سلبيات هذا النموذج عن إيجابيات وسلبيات النموذجين السابقين . إلا أن هذا النموذج يسمح بتلبية حاجات الأطفال وأسرهم بمرونة أكبر ، وهو كذلك يتطلب إشرافاً وبرمجة على نطاق واسع .

التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات :

في هذا النوع من أنواع التدخل المبكر يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية إلى المركز (مرة أو مرتين في الأسبوع) حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا المهمة معهم . ويمكن الالتقاء بأولياء الأمور فردياً أو في مجموعات وغالباً ما يقدم فريق متعدد التخصصات خدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة وفقاً لهذا النموذج . ومن أهم خصائص هذا النموذج أنه يوكل مهمة التدريب لأولياء الأمور .

التدخل المبكر في المستشفيات :

يستخدم هذا النموذج لتقديم الخدمات للأطفال الصغار في السن الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة جداً تتطلب إدخالهم بشكل متكرر أو لفترات طويلة إلى المستشفى . ووفقاً لهذا النموذج ، يتم تدريب ومعالجة الأطفال على أيدي فريق متعدد التخصصات غالباً ما يشمل أطباء الأطفال والمعالجين الطبيعيين والاختصاصيين النفسيين والاختصاصيين التربوية الخاصة . ومن الأمثلة الواضحة على حالات الإعاقة التي قد يكون هذا النموذج ملائماً للتعامل معها الشلل الدماغي والصلب المفتوح والاصابات الدماغية (Bagnato, Munson, & MacTurk, 1987).

التدخل المبكر من خلال وسائل الاعلام :

يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة أو الألعاب لتدريب أولياء أمور الأطفال المعوقين الصغار في السن ولا يصلح المعلومات المفيدة لهم . وغالباً ما ينفذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لأولياء الأمور وبلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير التكيفية التي يظهرونها (Jossem, 1979). وفي العادة فإن مراكز مصادر ومعلومات وطنية تقوم بتخطيط وتنفيذ هذا النوع من التدريب وغالباً ما يستخدم المنحى السلوكي في تنفيذ هذا النوع من أنواع التدخل المبكر حيث يتم تدريب أولياء الأمور على :



أ- تحديد السلوك المستهدف وتعريفه

ب- قياس السلوك

ج- تصميم الأنشطة والتخطيط لها

د- تنفيذ الأنشطة

هـ- تقييم فاعلية الأنشطة

ومن أجل اتخاذ القرارات بشأن النموذج الذي سيتم اعتماده لتقديم خدمات التدخل المبكر ، هناك حاجة إلى مراعاة ما يلي :

1- طبيعة الفئات المستهدفة

2- التوزيع الجغرافي والكثافة السكانية

3- الفلسفة التربوية التي سيتم الاستناد إليها

4- نظام تقديم الخدمات الذي سيتم توظيفه

5- مدى توفر الكوادر المدربة

6- مدى توفر الامكانيات المالية

هذا ومن الجدير بالذكر أن برامج التدخل المبكر بصرف النظر عن النموذج المستخدم لتنفيذها ، تتوخى تحقيق أهداف مشتركة تتمثل أساساً في مساعدة الأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية لتطور إعاقة ما لديهم على النمو والتعلم إلى أقصى مدى تسمح به قابليتهم (Karnes, 1977) .

من مكتبة التدخل المبكر

تعليم الأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة^(١)

يعالج هذا الكتاب الأدوار الرئيسية المتوقعة من العاملين في برامج التدخل المبكر القيام بها . وعلى وجه التحديد ، ينصب الاهتمام في الكتاب على :

أ-تقييم الأطفال المعوقين الصغار في السن

ب-تنظيم البيئة التعليمية

ج-تصميم التدريس وتنفيذه

ومن أهم الخصائص المميزة للكتاب دمجها للمنحى النمائي (طبيعة المهارات التي يجب تعليمها للأطفال) والمنحى السلوكي (طريقة تعليم تلك المهارات) .

يقع الكتاب في (380) صفحة من القطع الوسط ويضم ستة عشر فصلاً هي :

1- أسس التدخل المبكر

2- تحديد الأهداف التعليمية

3- تنفيذ التعليم المباشر

4- تعليم التقليد

5- تصميم البيئة التعليمية في مرحلة ما قبل المدرسة : الاعتبارات العامة

6- تصميم البيئة التعليمية : المكان والأدوات



7-تشجيع التفاعل في البيئة

8-العمل مع الأسر

9-اكتساب واستخدام المهارات الحسية الحركية

10-المهارات المعرفية في مرحلة ما قبل المدرسة

11-اللعب والتفاعل الاجتماعي مع الاقران

12-الحد من حدوث السلوك غير المناسب

13-اكتساب واستخدام مهارات التواصل

14-تطوير انماط التواصل

15-اكتساب واستخدام المهارات الحركية

16-اكتساب واستخدام مهارات العناية بالذات



ان هذا الكتاب بما يشتمل عليه من مناقشة مستفيضة للقضايا ذات الصلة بتدريب وتعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن مرجع شامل يواكب التطورات الحديثة في ميدان التدخل المبكر بوجه خاص والتربية المبكرة بوجه عام . وما يجعله كتاباً قيماً أنه يتضمن تحليلاً معمقاً للبحوث والدراسات العلمية التي أجريت في العقود الماضية .

فاعلية التدخل المبكر

لم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته ذلك أن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل

* Bailey, D.B & Wolery, M. (1984). Teaching Infants and Preschoolers with handicaps. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

المبكر (Meisels, 1985). فقد قام كاستو وماستروبييري (Casto & Masteropieri, 1986) بتحليل النتائج التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتجوا أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. واستنتج هذان الباحثان أيضاً أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل :



أ- مبكراً أكثر

ب- مكثفاً أكثر

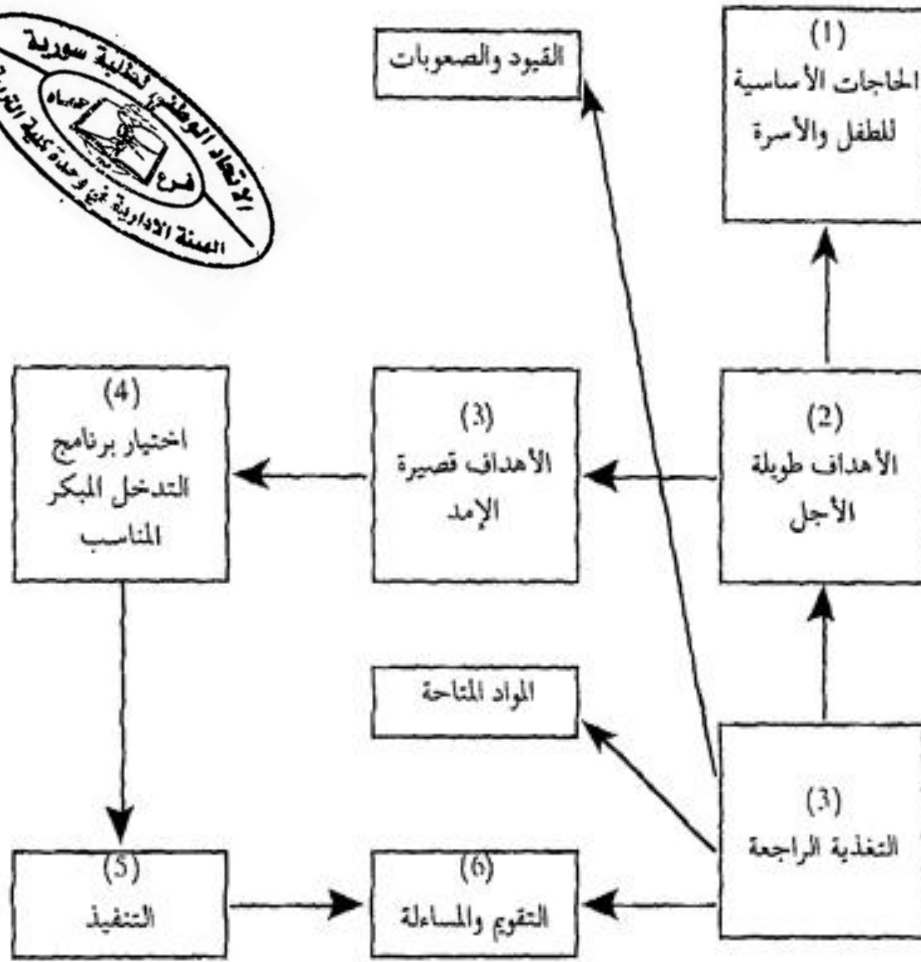
ج- أكثر اهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية .

أما بالنسبة لديمومة الأثر الناجم عن التدخل المبكر فلم تبحث سوى دراسات محدودة في هذا الأمر إلا أن الدراسات التي أجريت حول الأطفال الأقل حظاً أشارت إلى أن التأثيرات الايجابية لبرامج الإثارة المبكرة للأطفال الرضع تضعف مع مرور الوقت (Bennett & Guralnick, 1991).

إدارة برامج التدخل المبكر

(أ) التخطيط للبرامج :

يبين الشكل رقم (2-1) العناصر الحيوية في تخطيط برامج التدخل المبكر . وكما يتضح من هذا الشكل فإن التخطيط يتمحور حول ثلاثة أبعاد أساسية هي جمع وتحليل المعلومات عن وضع الطفل وأسرته ، وتحديد الحاجات الخاصة ، وتصميم اجراءات التدخل العلاجي اللازمة لتلبية تلك الحاجات . وتشكل الأبعاد الثلاثة هذه مجتمعة الاطار العام للبرنامج التعليمي الفردي .



الشكل رقم (2-1) : العناصر الأساسية في تخطيط برامج التدخل المبكر

(ب) التقييم البرامجي :

أما التقييم البرامجي في ميدان التدخل المبكر فيسعى إلى الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة ، وهو يأخذ شكلين رئيسيين هما تقييم النتائج (الفاعلية) أو تقييم العمليات والنشاطات . بالنسبة لتقييم النتائج فهو يهدف إلى تحديد التأثيرات التي تنجم عن تلقي خدمات التدخل المبكر . وفي هذا النوع من التقييم البرامجي يتم

جمع البيانات للتعرف على التغييرات التي طرأت على أداء الأطفال وأسبرهم بعد المشاركة في البرنامج . وللإجابة عن هذا السؤال ينبغي على القائمين على برامج التدخل المبكر أن يجرؤا دراسات مقارنة بين أداء الأطفال الذين شاركوا في البرنامج والأطفال الذين لم يشاركوا فيه .

وتشمل هذه الدراسات في العادة البحوث الميدانية . في هذه البحوث يتم تعيين الأطفال المعوقين الذين يتمتعون بخصائص محددة عشوائياً إلى مجموعتين أحدهما تتلقى خدمات البرنامج المراد تقييم فاعليته والأخرى لا تتلقى خدمات التدخل المبكر . وباستخدام هذه الطريقة يمكن أيضاً مقارنة فاعلية برنامج تدخل مبكر معين بفاعلية برامج أخرى .

أما تقييم العمليات والنشاطات فهو يتضمن تحليل أهداف البرنامج وغاياته وتحديد مدى ملائمة نشاطات البرنامج لتحقيق تلك الأهداف . بعبارة أخرى ، ان الهدف الرئيسي المتوخى تحقيقه من هذا التقييم هو تطوير مستوى الخدمات التي يقدمها البرنامج . وغالباً ما يتصف هذا النوع من التقييم بالخصائص التالية :

1-تحديد أهداف البرنامج على الصعيد العام وربما على صعيد كل طفل .

2-تطوير نظام شامل لحفظ السجلات .

3-وصف واضح للبرنامج وتكاليفه .

4-وصف واضح لآلية تحقيق الأهداف المنشودة .

5-وصف واضح للمنتفعين من الخدمات .

6-متابعة مدى تنفيذ البرنامج على النحو المخطط له .

7-تحديد خصائص الأطفال المستفيدين والأطفال غير المستفيدين من

الخدمات .



الجدول رقم (1-2)

مقارنة سريعة بين التربية المبكرة العامة والتربية المبكرة الخاصة

مجال المقارنة	التربية المبكرة العادية	التربية المبكرة الخاصة
المنهاج	المنهاج يعرف بأنه الإطار التنظيمي الذي يحدد المحتوى الذي سيتعلمه الأطفال وآليات وعمليات مساعدة الأطفال على تحقيق أهداف المنهاج وما ينبغي على العاملين عمله لمساعدة الأطفال على تحقيق تلك الأهداف ، والمواقف التي يحدث فيها التعليم والتعلم . المنهاج يركز على كل جوانب النمو فالمنحى شمولي تكاملي ولا يتم تعليم مهارات معزولة . ويستند المنهاج إلى العمر الزمني (معرفة مظاهر النمو للمرحلة العمرية المبكرة) والفروق الفردية .	منهاج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يتم اشتقاقه من الأهداف الفردية التي يتم تحديدها في البرامج التربوية الفردية . المنهاج يركز على المهارات المفيدة والوظيفية حالياً ومستقبلاً . المنهاج هنا يركز على المهارات في حين منهاج التربية المبكرة يركز على عمليات التعلم .
تفاعل الراشدين مع الأطفال	تفاعل الراشدين مع الأطفال له أهمية خاصة في برامج التربية المبكرة . فالراشدون يستجيبون بشكل مباشر وبدفء للأطفال ويهيئون الظروف لهم للتواصل مع الآخرين ، ويتفهمون ويدعمون مشاعرهم وإدراكاتهم واهتماماتهم وأنشطتهم . الهدف العام هو تطوير ثقة الطفل بذاته ومستوى ضبطه لنفسه .	التربية الخاصة المبكرة تحاول تحقيق نفس الأهداف على هذا الصعيد . إلا أن الطرق لتحقيقها تختلف في التربية الخاصة المبكرة . فالخبرات التعليمية منظمة وموجهة ومباشرة وهناك القليل نسبياً من الأنشطة الموجهة من قبل الأطفال . وهناك تركيز هائل على الممارسة والتكرار والحفظ والتعميم .

مجال المقارنة	التربية المبكرة العادية	التربية المبكرة الخاصة
التقييم النمائي للأطفال	من المعروف أن العاملين والعاملات في برامج التربية المبكرة يهتمون بتقييم مستوى تكيف الأطفال ومتابعة أدائهم وتطورهم .	التقييم هو حجر الزاوية في التربية الخاصة المبكرة . فبالتقييم يتم اكتشاف الإعاقة أو التأخر و به واستناداً إليه يتم تطوير البرامج المناسبة لتلبية الحاجات الخاصة . البرنامج التربوي الفردي أساساً يقوم على تقييم مستوى الأداء الحالي للطفل وللأسرة . وهناك طرق وأدوات متنوعة لتقييم الأطفال المعاقين ، والتقييم عملية مستمرة . إن التربية الخاصة تعطي اهتماماً أكبر بتبيان أثر البرامج وفعاليتها .
العلاقة بين البرنامج والمنزل	إن العلاقة بين البرنامج الموجه لرعاية الأطفال وأسرّة الطفل عنصر بالغ الأهمية . فالعلاقة هذه تعود بفوائد على الطفل والبرنامج والأسرة . فالأسرة يجب إشراكها في القرارات المتعلقة بتربية الطفل ورعايته . وكذلك يجب تبادل المعلومات مع الأسرة حول نمو الطفل وتطوره . كذلك فالقائمون على البرامج يساعدون الآباء والأطفال في عملية الانتقال إلى برامج أخرى . النقاط الرئيسية هي : 1- علاقة تواصل / شراكة . 2- تدريب الآباء / تعليمهم . 3- الاتساق بين البرامج والمنزل	الاهتمام مؤخراً أصبح كبيراً جداً بمشاركة الأسرة في تصميم وتنفيذ البرامج التربوية الفردية . التركيز الآن على البرامج الموجهة نحو الأسرة . الفرق الرئيسي هو أن التربية الخاصة المبكرة تركز أساساً على الأسرة في حين أن التربية المبكرة العامة تركز أساساً على الطفل .



أضواء على التدخل المبكر في الدول العربية

تنطوي الكتابة عن الأطفال المعوقين في الدول العربية على تحدٍ حقيقي ، فالدول العربية تفتقر إلى المعلومات الدقيقة والحديثة عن الأطفال المعوقين والخدمات التربوية المقدمة لهم والتقارير المتوفرة كثيراً ما تتضمن معلومات متناقضة ومربكة . وبالرغم من أن الدول العربية تبنت مؤخراً مبادئ تساوي الفرص التعليمية للمواطنين ، إلا أن تربية الأطفال المعوقين ما تزال إلى يومنا هذا محدودة إلى حد كبير . وذلك يعزى جزئياً إلى الافتراض الخاطيء بأن هؤلاء الأطفال يشكلون نسبة ضئيلة جداً من الأطفال في سن المدرسة ، وهذا الافتراض هو نتائج غياب الاحصاءات الدقيقة حول نسب انتشار الاعاقات وتبني نتائج الدراسات المتوفرة والتي تفتقر إلى الشمولية .

ومع ذلك فقد شهد العقدان الماضيان تحسناً ملحوظاً في واقع الخدمات التربوية للأطفال المعوقين في معظم الدول العربية . فقد ازداد عدد المدارس التي تم تأسيسها بهدف تقديم الخدمات التربوية لهؤلاء الأطفال . وفي العادة تكون هذه المدارس في المدن الكبيرة وينصب التركيز فيها على خدمة الأطفال في سن المدرسة خاصة منهم ذوي الاعاقات البسيطة أو المتوسطة . وما تزال الاعتقادات الخاطئة حول الإعاقة شائعة في كل الدول العربية . فثمة اعتقاد راسخ بأن الأطفال المعوقين ليس لديهم القابلية للتعلم والاستقلالية ، وبناء على ذلك فإن البدائل التربوية المتاحة لهؤلاء الأطفال المعوقين ومحدودية الخبرات المباشرة مع هؤلاء الأطفال (إنهم غالباً ما يغيبون عن الأبصار بسبب الوصمة الاجتماعية) قد عملت على ديمومة المعتقدات المشوهة . فمعظم الأسر تبحث جاهدة عن علاج شاف للإعاقة . ونقص الأدبيات العربية حول الإعاقة يشكل حاجزاً يحول دون توفر المعلومات الصحيحة . وأنه لأمر يؤسف له عدم توفر المعلومات اذ لا يتوفر ولو مجلة علمية محكمة واحدة حول الإعاقة أو التربية الخاصة باللغة العربية .



ومنذ البداية تطورت البرامج التربوية للأطفال المعوقين بمنأى عن التربية العادية . فالبرغم من أن وزارات التربية في الدول العربية هي صانعة القرارات ومنفذة السياسات التربوية إلا أن مسؤولية تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في معظم الدول العربية توكل إلى وزارات التنمية الاجتماعية وذلك يعكس الاعتقاد بأن تربية هؤلاء الأطفال إنما هي نوع من أنواع العمل الخيري وليس حقاً يجب حمايته . وهذا الأمر ما زال صحيحاً إلى يومنا هذا ، بالرغم من أن القوانين في معظم الدول العربية تنص صراحة على ضرورة تقديم الخدمات التربوية المناسبة للأطفال المعوقين بما يتلاءم وحاجاتهم الفردية الخاصة . ونظام تقديم الخدمات الذي انبثق هو نظام قائم على المؤسسات وليس الخدمات المجتمعية العامة . فبرامج التربية الخاصة إما أن تقدم في مؤسسات إقامة داخلية أو مدارس نهائية خاصة . ولم تبذل سوى محاولات محدودة لتحديد عناصر المنهاج الأساسية . على أي حال ، لا تزال مهنة التربية الخاصة تفتقر إلى المناهج المناسبة التي من شأنها توجيه البرامج التعليمية للأطفال المعوقين (القيوتي ، السرطاوي ، الصمادي ، 1995) . من جهة أخرى ، فإن الطاقة الاستيعابية المحدودة للمدارس وعدم توفر بدائل تربوية أخرى تجعل الخدمات المقدمة غير كافية يستفيد منها نسبة ضئيلة فقط من الفئات المستهدفة .

وكما هو معروف ، فإن الأغلبية العظمى من معلمي الأطفال المعوقين في الدول العربية لم تحصل على تدريب رسمي في التربية الخاصة قبل الخدمة الفعلية . فاعداد المعلمين غالباً ما يتم على شكل تدريب أثناء العمل . وقد تغير هذا الوضع مؤخراً حيث بدأت برامج اعداد معلمي التربية الخاصة تنشأ تدريجياً في السنوات القليلة الماضية .

إن التربية الخاصة في الدول العربية حديثة العهد حيث لم تكن برامج تربية وتأهيل الافراد المعوقين تحظى باهتمام رسمي كبير قبل عام 1981 الذي اعلنته الامم المتحدة عاماً دولياً للمعوقين . أما بعد ذلك العام فقد إنشقت لجان وطنية للاعاقه وشرعت الجهات الحكومية وغير الحكومية ببذل جهود مكثفة لتحديد حجم مشكلة



الإعاقة ، وانشاء مؤسسات ومراكز التربية الخاصة والتأهيل ، وتصميم وتنظيم برامج التدريب قبل الخدمة وبرامج التدريب أثناء الخدمة لاعداد الكوادر وتدريبها ، وتنفيذ حملات التوعية الجماهيرية بهدف تعديل الاتجاهات نحو الأفراد المعوقين ودمجهم في المجتمع وما إلى ذلك . إن الدول العربية وإن كانت قد شهدت تحولات جوهرية في العقدين الماضيين على صعيد التربية الخاصة والتأهيل إلا أنها ما زالت تواجه كغيرها من الدول النامية تحديات وصعوبات جمّة في توفير الخدمات المتكاملة لفئات الإعاقة المختلفة . فالاحصاءات المتوفرة حول أعداد المعوقين تفتقر إلى الدقة . وهي تركز على بعض فئات الإعاقة الظاهرة والشديدة (الإعاقات الحركية والبصرية والسمعية والعقلية) وتغفل فئات أخرى . كذلك يبقى النهج المؤسسي المعزول وليس النهج المجتمعي هو النمط السائد . فقد شهدت السنوات الماضية تأسيس عدد غير قليل من معاهد النور للمكفوفين ومعاهد الأمل للصم ومعاهد التربية الفكرية للمتخلفين عقلياً وغير ذلك من مراكز التأهيل والرعاية . ومع ذلك فإن الخدمات المتوفرة تتصف بكونها جزئية ومحدودة من حيث :

أ-النقص الواضح في الكوادر المدربة وخاصة في الخدمات المساندة للتربية الخاصة (العلاج الطبيعي ، العلاج النطقي ، العلاج الوظيفي) .

ب-محدودية الطاقة الاستيعابية للمراكز القائمة حيث لا تخدم هذه المراكز أكثر من حوالي 3٪ من الفئات المستهدفة .

ج-قلة الأدوات الكشفية والتشخيصية والتقويمية الملائمة للبيئات المحلية .

د-عدم توفر المناهج والأدلة والمواد التدريبية .

هـ-المشاركة المحدودة للأسر في تربية وتأهيل افرادها المعوقين .

و-عدم كفاية التدابير المتخذة لتنسيق الجهود ومتابعتها وتقويم فاعليتها .



أدب الأطفال العربي:

أما أن له أن يفتح عينيه على الأطفال المعوقين.

لقد أبدى كتاب أدب الأطفال في عدد غير قليل من دول العالم اهتماماً متزايداً بالأطفال المعوقين في السنوات الماضية . ولعل الهدف الرئيسي الذي يتوخى هذا النوع من أنواع أدب الأطفال تحقيقه هو تطوير مستوى وعي الأطفال بالإعاقات المختلفة وتطوير مستوى قبولهم للاختلاف في النمو بين الناس . فقد كتبت في الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً مئات الكتب من هذا النوع في العقود الثلاثة الماضية . ومن الكتب المعروفة في هذا المجال كتاب «ليزا لا تستطيع أن ترى» وكتاب «لا تشعر بالأسف على بول» وكتاب «مغامرات توم سوليفان في الظلام» .

أما المشتغلون بأدب الأطفال في الوطن العربي فلم يلتفتوا بعد لهذه القضية باستثناء توصية بالاهتمام بأدب الأطفال المعوقين تقدمت بها الحلقة الدراسية التي نظمها المجلس العربي للطفولة والتنمية في عام 1998 تحت شعار «نحو مستقبل ثقافي أفضل للطفل العربي» . وقد آن لأدب الأطفال العربي أن يولي اهتماماً كافياً بهؤلاء الأطفال إذ أنهم يشكلون نسبة لا يمكن الاستمرار بتجاهلها .

إن الحديث عن أدب الأطفال الذي لا ينسى الأطفال المعوقين قد يبدو أمراً غير مألوف وإنه حقاً كذلك في دولنا العربية . فقد كان أدب الأطفال العربي وما يزال خالياً من الإشارة إلى الأطفال المعوقين إلا من لمحات تلقي الضوء على عجزهم وتستدر العطف عليهم في أحسن الأحوال . فلن نجد أكثر من مجرد إشارة لشخص مكفوف مقرونة بحاجته إلى المساعدة والشفقة وذلك ربما يعرض في سياق المناشدة بعمل الخير أو في أحد الأبيات في قصيدة شعرية وما إلى ذلك .

إن الدعوة إلى مساعدة الضعيف لفتة طيبة يحركها إحساس نبيل بالضرورة ، ولكنها لا تكفي بل وهي غير مقبولة أحياناً عندما يتعلق الأمر بالأطفال المعوقين .

صحيح أن الأطفال المعوقين لديهم حاجات خاصة تختلف عن حاجات الأطفال غير المعوقين أو تضاف إليها ، إلا أن من غير العدل وصفهم جميعاً بالضعفاء وإن كان لديهم ضعف في جانب أو أكثر من جوانب الأداء . فالضعف بالطريقة التي يتم تقديمه فيها يعني فقدان الأمل وعدم القابلية للتطور والتعلم وذلك أمر غير صحيح ينطوي على تعميمات خاطئة . وهو أيضاً يقدم بطريقة تجعله يغطي على كيان الفرد بحيث لا يتذكر القارئ شيئاً سواه وذلك أمر ينطوي على تجاهل أي مواطن قوة يتمتع بها الفرد المعوق .

إن أدب الأطفال الذي يتضمن مثل هذه التعميمات يسيء إلى نسبة غير ضئيلة من الأطفال . أليس لهؤلاء الأطفال حق في أن يمد أدب الأطفال ذراعيه لهم بالدفع والتفهم والدعم؟ وإلى متى يستمر أدبنا العربي باتخاذ واحد من موقفين : التجاهل أو الإساءة؟ وإذا لم نغير اتجاهات الناس في مجتمعاتنا نحو الإعاقة والمعوقين منذ مراحل الطفولة فمتى نغيرها؟

إن التدخل المبكر في الدول العربية لا يرقى إلى مستوى التطلعات سواء من حيث الوقاية من الإعاقة أو الكشف المبكر عنها أو الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة للأطفال الصغار في السن وأسرهم . فثمة خدمات غير متكاملة تقدمها بعض الجهات ولكن تلك الخدمات لا تصل إلا لنسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين يحتاجون إليها . وتأخذ تلك الخدمات أشكالاً متنوعة منها بعض الإجراءات المتعلقة بتفعيل برامج صحة الأسرة والفحص قبل الزواج ، والاستشارات الطبية والجينية ، وحملات التوعية والتثقيف الصحي . وتلعب وزارات الصحة والمكاتب الإقليمية أدواراً مؤثرة وفاعلة في هذه الجوانب . إضافة إلى ذلك فإن أعداداً قليلة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الصغار في السن أصبحوا يلتحقون بمراكز التربية الخاصة ورياض الأطفال العادية .



ومهما يكن الأمر فالصورة أخذت تتغير مؤخراً حيث أصبح هناك ادراك ووعي حقيقيان لأهمية التدخل المبكر وشرعت مؤسسات عديدة في ترجمة ذلك إلى برامج وخدمات . فعلى سبيل المثال ، ثمة تطورات مبشرة على صعيد برامج التأهيل في المجتمع المحلي بعناصره الوقائية والتوعوية والتدريبية في بعض الدول العربية وذلك بالتعاون مع منظمات الأمم المتحدة المختلفة وبخاصة اليونيسف . كذلك فإن مشروع البورتيج والذي حظي بشهرة عالمية كنموذج للتدخل المبكر في المنزل وتدريب الأمهات أصبح يوظف في عدة دول (كالأردن والامارات العربية المتحدة ولبنان وفلسطين والبحرين) وذلك بالتعاون مع المجلس العربي للطفولة والتنمية وبرنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الانمائية . على أن التطور الأكثر أهمية تمثل في قيام مدينة الشارقة للخدمات الانسانية بانشاء مركز التدخل المبكر في عام 1992م .

مركز التدخل المبكر الشارقة

يعد مركز التدخل المبكر في مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية والذي أنشئ في عام 1992 أحد الإنجازات الهامة ليس على مستوى دول مجلس التعاون الخليجي فقط وإنما على مستوى الدول العربية عموماً . وقد كان هذا المركز نتيجة لاتفاقية وقعتها حكومة الشارقة مع كل من برنامج الأمم المتحدة الانمائي واليونيسف . وتشتمل الأهداف الرئيسية لهذا المركز على ما يلي :

- 1- تنفيذ البرامج الوقائية للحد من الإعاقة في المجتمع المحلي ، وذلك من خلال حملات التوعية عبر وسائل الاعلام المختلفة والنشرات التثقيفية
- 2- الكشف المبكر عن حالات الإعاقة وذلك من خلال إقامة شبكة إحالة ودعم وطنية وإنشاء وحدة قياس متطورة تتوفر فيها الاختبارات النمائية والمقاييس التطورية المناسبة للبيئة المحلية ووحدة للقياس السمعي المبكر .



- 3- التدخل العلاجي والتربوي النفسي المباشر للأطفال المعوقين والمتأخرين ثنائياً وذلك بإنشاء مركز يعمل تبعاً لاستراتيجية شمولية متعددة التخصصات .
 - 4- تنفيذ الدورات التدريبية للكوادر المحلية والخليجية على صعيد العمل مع الأطفال الصغار في السن وذلك من خلال ورشات عمل ودورات منظمة .
 - 5- تدريب أمهات الأطفال المعاقين وتوجيههن إلى السبل الصحيحة للتعامل مع أطفالهن وتقديم الخدمات الإرشادية لهن لمساعدتهن في التغلب على الضغوط الناجمة عن الإعاقة .
 - 6- إنشاء مركز معلومات ومكتبة علمية متخصصة في مجال الرعاية من الإعاقة والتدخل المبكر .
 - 7- خدمة المجتمع المحلي بوجه عام والأسر بوجه خاص بالتعاون مع رياض الأطفال والمدارس ومراكز رعاية الطفولة .
- ويقدم مركز التدخل المبكر خدمات متنوعة للأطفال المعوقين في السنوات الست الأولى من العمر، تشمل: التعليم، والعلاج الطبيعي، والعلاج النطقي، والإرشاد، والتدريب، والخدمات الاستشارية. ويتم تقديم هذه الخدمات إما في المركز أو المنزل. وقد قدم المركز خدماته في السنوات الثلاث الماضية لما يزيد على (500) طفل.

وعلى أي حال، فما ينبغي الإشارة إليه هنا هو أن بعض العوامل في الدول العربية، كانت وما تزال تقف عائقاً أمام التدخل المبكر ومن تلك العوامل:

● نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.

● عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.



● تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل .

● لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب من الإعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل .

● عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات .

● عدم توفر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن .

● غياب السياسات الوطنية الواضحة ازاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة أخرى .

ولا يتوقع أن يتغير الوضع الحالي في الدول العربية جوهرياً دون اتخاذ اجراءات فاعلة وفقاً لخطط وطنية طويلة المدى . ويقترح أن تولي هذه الخطط القضايا الرئيسية التالية اهتماماً كافياً :

1-تشجيع العناية بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة في إطار الأسرة والمجتمع المحلي : إذ ينبغي تعليم وتدريب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في إطار تكاملي تتقاسم فيه الأسر المسؤوليات مع الاختصاصيين ومساعدتهم وذلك وفقاً لنهج تشاركي في التعرف المبكر والتقييم والتدريب والمتابعة .

2-التأكيد على أن تعليم ذوي الحاجات الخاصة مسؤولية النظام التربوي العام :
إن تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ليس مسؤولية المعلمين المتخصصين في



مجال التربية الخاصة فقط ولكن المعلمين العاديين شركاء في المسؤولية . بعبارة أخرى ينبغي التأكيد على أن النظام التربوي العام يتحمل المسؤولية الرئيسية عن تعليم وتربية جميع الأطفال بغض النظر عن الصعوبات التعليمية التي يواجهها البعض باعتبار الفروق الفردية والتباين والتنوع أموراً طبيعية .

3-توفير أدوات مناسبة للكشف المبكر عن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة : وفي هذا الشأن ، ينبغي تشجيع الباحثين على تقنين أدوات الكشف المعروفة عالمياً وتطوير الأدوات والمقاييس المحلية اللازمة .

4-إقامة شبكة إحالة وطنية : بهدف تحويل الأطفال الذين يشتبه أن لديهم إعاقة أو المعرضين لمخاطرها إلى الجهة المناسبة للتشخيص .

5-إعادة التفكير ببرامج اعداد المعلمين : سواء ما يتعلق منها بالتربية العامة أو التربية الخاصة وتنفيذ الدورات التدريبية المنظمة للمعلمين والمعلمات وخاصة معلمي ومعلمات رياض الأطفال بهدف تعريفهم بالمؤشرات الأولية للحاجات التعليمية والنمائية الخاصة وكيفية التعامل مع الحالات المشتبه بها .

6-توعية أولياء الأمور بوجه خاص وأفراد المجتمع بوجه عام بالمؤشرات النمائية غير الم مطمئنة في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال الوسائل المتاحة كالمذياع والتلفاز والصحافة والمجلات الثقافية العامة والمطويات والندوات والمحاضرات التثقيفية .

7- توفير الحوافز الكافية لتنفيذ برامج التدخل المبكر في بيئات تعليمية طبيعية غير معزولة . فمن المعروف أن الدمج أكثر قابلية للنجاح في المراحل العمرية المبكرة ذلك لأن الفروق في العمر بين الأطفال المعوقين والأطفال غير المعوقين ليست كبيرة وأن المناهج أكثر قابلية للتعديل والتكييف .

8-تفعيل دور مراكز الأمومة والطفولة والمرافق الصحية الأخرى التي تقوم على رعاية الأطفال بحيث يتم تقييم ومتابعة النمو الكلي للطفل . فثمة حاجة لتزويد هذه



المراكز بمتخصصين في النمو النفسي - التربوي ، ولا تباع نموذج عملي للتوثيق والاحالة والمتابعة للأطفال المعرضين للخطر .

٩- تشجيع رياض الأطفال العادية على قبول الأطفال الصغار في السن ذوي الحاجات الخاصة وكذلك تشجيع مراكز ومعاهد التربية الخاصة على تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال دون السادسة من العمر .

10- انشاء مراكز مصادر وطنية للتدخل المبكر من أجل :

أ- تقديم الدعم الفني لبرامج التدخل المبكر ورياض الأطفال التي تعمل على دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .



ب- تصميم وانتاج الوسائل التعليمية المكيفة .

ج- توفير المعلومات حول الحاجات الخاصة وطرق التعامل مع

د- تطوير الخطط اللازمة للإشراف المنظم والدوري على البرامج .

هـ- تعريف المجتمع المدرسي المحلي بمعنى التدخل المبكر ومبرراته واساليبه وتطوير الاتجاهات الايجابية نحوه من خلال النشرات والمحاضرات التثقيفية .

و- اعداد أشرطة فيديو تدريبية موجهة للمعلمين وأولياء الأمور .

11- تطوير آليات العمل مع أولياء الأمور :

إن مشاركة الأسرة في برامج التدخل المبكر شرط أساسي لنجاحها . وفي هذا الصدد ينبغي التأكيد على القضايا التالية :

أ- لا يجوز الاكتفاء بمناشدة المعلمين وأولياء الأمور للعمل معاً ولكن لا بد من اتخاذ خطوات اجرائية لضمان ذلك .

ب-حث أولياء الأمور على تشكيل مجموعات أو جمعيات للدفاع عن حقوق الأطفال المعوقين ولدعم أسر هؤلاء الأطفال .

ج-دعوة الهيئات الوطنية الرسمية والأهلية لتقديم كافة أشكال الدعم لهذه المجموعات ومؤازرتها .

د-اتخاذ الخطوات اللازمة لتشجيع أولياء الأمور على المشاركة النشطة في تخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج والخدمات المقدمة لأطفالهم ذوي الحاجات الخاصة .
وينبغي إيلاء اهتمام خاص بما يلي :

1- تزويد جميع المعلمين بالمعلومات الأساسية حول حاجات أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وطرائق إرشادها .

2- توفير المعلومات للأسر حول طبيعة الحاجات الخاصة وسبل تلبيتها .

3- تصميم وتنفيذ برامج التدريب الأسري .

4- توعية الأسر وتعريفها بالأدوار التي تستطيع القيام بها لمساعدة أطفالها ذوي الحاجات الخاصة .





الفصل السادس

الكشف المبكر عن الإعاقة

مقدمة:

لقد أصبحت مبررات التدخل المبكر وفاعليته أكثر وضوحاً من أي وقت مضى . والإهتمام ببرامج التدخل المبكر يعكس الإدراك المتزايد لأهمية مرحلة الطفولة المبكرة ودورها في تحديد مسار النمو المستقبلي . كذلك فإن الخبرات والبحوث العلمية في العقود القليلة الماضية بينت بوضوح ان للتدخل المبكر وظائف وقائية هامة ، وإنه ذو جدوى إقتصادية ، وأن له فوائد طويلة المدى بالنسبة لكل من الطفل وأسرته .

وليس من شك في أن الإهتمام المتزايد بتصميم برامج التدخل المبكر وتنفيذها نجم عنه إهتمام مماثل بالكشف المبكر عن حالات الإعاقة والتأخر في النمو فثمة علاقة منطقية بين الكشف المبكر والتدخل المبكر ، إذ كيف يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر دون الكشف عن الأطفال المعوقين؟ وبالمثل ، فما الفائدة المرجوة من الكشف المبكر إذا لم تكن هناك برامج للتدخل المبكر؟

الكشف المبكر : المفاهيم الأساسية

يرتبط الكشف المبكر ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من الإعاقة . فالكشف المبكر يتطلب تنفيذ حملات توعية واسعة النطاق بغية تشجيع المجتمع على التعرف إلى الأطفال المرشحين لبرامج التدخل المبكر . علاوة على ذلك ، فإن الكشف يسعى الى فرز الأطفال المعوقين ويستهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة على اعتبار أن التدخل المبكر الموجه نحوهم قد يحول دون تفاقم مشكلاتهم وبالتالي الوقاية من حدوث الإعاقة لديهم . وبما أن الكشف المبكر يركز على إستخدام الإختبارات

والمقاييس الصحية والنمائية للتعرف على الاعتلال بعد حدوثه فهو غالباً ما يعامل بوصفه وقاية ثانوية وليس وقاية أولية . ولكن التوجه الحديث نحو تنفيذ برامج التوعية المجتمعية وإجراء البحوث من أجل تحديد عوامل الخطر المرتبطة بالإعاقة أصبح يعمل بمثابة حافز لتضمين الوظائف الوقائية الأولية في فعاليات الكشف المبكر (Graham & Scott, 1988).

لقد كان من الطبيعي ان يقود الإهتمام ببرامج التدخل المبكر إلى تطوير أدوات الكشف المبكر عن التأخر النمائي وحالات الإعاقة حيث بالكشف المبكر يتم تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل . ولكن التساؤلات حول مصداقية أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وحول الأخطاء التي قد ترتكب في تنفيذ برامج الكشف قد ألفت بظلال من الشك على عمليات التعرف المبكر . فنسبة حدوث الأخطاء سواء ما يتعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الأطفال المعوقين (التطمين الخاطيء) أو بتصنيف بعض الأطفال غير المعوقين على أنهم معوقون (التحذير الخاطيء) تشكل مصدر عدم إرتياح . وفي الواقع فإن عدة دراسات بينت أن أدوات الكشف المبكر المتوفرة غالباً ما تفتقر إلى الخصائص السيكمترية التي ينبغي توافرها في المقاييس النفسية والتربوية . علاوة على ذلك ، فإن مجال التدخل المبكر مجال بالغ التعقيد وقد ينطوي بحد ذاته على أخطاء متنوعة في الكشف والتشخيص ، فالفروق الفردية في معدلات النمو وفي طبيعة التغيرات النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة تفرض قيوداً قد تحول دون التنبؤ الصادق بالنمو المستقبلي وبالتالي تحديد مدى الحاجة الفعلية إلى التدخل المبكر .

ويشير ميزلز (Meiseles , 1991) إلى كثرة الإدعاءات وقلة الحقائق المثبتة فيما يتعلق بفاعلية الإختبارات الكشفية . فبعض الأدوات الكشفية كانت تستخدم على نطاق واسع رغم أن البحوث بينت أنها ترتكب الأخطاء وبعض الأساليب الأخرى تم تسويقها بشكل منقطع النظير رغم أنها ليست ذات أساس بحثي رصين ورغم أنها

ذات فائدة محدودة في برامج الكشف المبكر واسعة النطاق . يضاف الى ذلك كله الأعداد الكبيرة من الأدوات الموجهة نحو الأسر والتي أعدت للكشف عن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة دون أن تقدم أية أدلة علمية لدعمها .

ومن القضايا الهامة التي تشغل المهتمين ببرامج التدخل المبكر القضية المتعلقة بتحديد الأهلية (Eligibility) ومن الواضح أن هذه القضية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعايير المعتمدة لإصدار الأحكام المهنية على نوعية الأداء الذي يجب أن يظهره الفرد ليتم إعتباره معوقاً أو متأخراً نمائياً . وقد تمثلت الممارسات في هذا المجال لعقود طويلة في تصنيف حالة الفرد ضمن فئة محددة بناء على إختلاف نموه عما يعتبر نمواً «عادياً» أو «متوسطاً» . وبوجه عام ، فإن الإختلاف عن النمو الطبيعي يتم وصفه إما على هيئة إنحرافات معيارية (Standard Deviations) أو نسبة تأخر (Percentage Delay) على الإختبارات المقننة . ومن الواضح أن لهذه الممارسة أثراً بالغاً وطويل المدى ، فالتشخيص لا يتعلق بالوضع القائم فقط ولكنه يتضمن التنبؤ بالأداء المستقبلي ومثل هذا المنحى في التشخيص والتقييم محفوف بمخاطر بعضها يتصل بإحتمالية سوء توظيف البيانات الإحصائية وبعضها الآخر يتصل بضعف الإختبارات والمقاييس .

ويرى ميزلز (Meisels, 1991) إن المشكلة الرئيسية التي ينطوي عليها اعتماد الإنحرافات المعيارية (والتي تعني توزيع أو إنتشار الدرجات حول المتوسط) تتمثل في مقارنة الإختبارات المختلفة التي قد يكون لها متوسطات مختلفة وإنحرافات معيارية مختلفة أيضاً ، فذلك قد يقود إلى ترشيح أفراد ذوي قدرات متباينة بشكل واسع لبرامج التدخل المبكر . والسبب وراء ذلك هو أن توزيع القدرات قد يتباين حتى عندما تكون المتوسطات متساوية . وفيما يتعلق بإعتماد نسبة التأخر (والتي تشير الى العلاقة بين مستوى أداء الفرد مقاساً بإحدى الإختبارات وعمره الزمني) لتحديد الأهلية فلعل المشكلة أكبر . فهل نسبة تأخر بواقع 25% في نمو طفل في السنة الأولى من



عمره تكافئ نسبة تأخر بواقع 25٪ في نمو طفل في الرابعة من عمره؟ وهل الإختبارات المتوفرة تسمح حقاً بهذا التمييز الدقيق جداً؟ يضاف الى ذلك أن كلاً من الإنحرافات المعيارية ونسب التأخر يتم حسابها اعتماداً على مقياس أو اختبار واحد وفي ذلك مخالفة واضحة للأسس التي ينبغي أن يقوم عليها التقييم الجيد .

واستناداً إلى ذلك يقترح ميزلز (Meisels, 1991) تطوير مناهج جديدة لإتخاذ القرارات المتعلقة بالأهلية للخدمات ومثل هذه المناحي يجب ألا تعتمد كلياً على المعايير السيكمومترية بل ينبغي أن تولي إهتماماً كافياً بمواطن الضعف ومواطن القوة لدى كل من الفرد وأسرته وكذلك المشكلات التي تتم مواجهتها والموارد المتوفرة .

ونظراً لإفتقار معظم أدوات الكشف المعروفة إلى الخصائص السيكمومترية اللازمة كالصدق والثبات (Meisels, 1991) فإن عمليات الكشف المبكر نادراً ما تقتصر على استخدام الإختبارات الكشفية ولكنها تشتمل على الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة . وعليه فالكشف المبكر ليس نشاطاً ينفذه الاختصاصيون فقط بل ثمة دور لا يستهان به لأولياء الأمور والمتطوعين والمعلمين وغيرهم .

ما هو اختبار أبجار؟

إختبار أبجار (Apgar Evaluation Score) هو إختبار كشفي الهدف منه تقييم الوضع الجسمي للمواليد الجدد . ويعرف الإختبار بهذا الاسم نسبة إلى الدكتور فرجينيا أبجار التي قامت بتطويره عام 1952 . ويطبق الإختبار على المواليد الجدد مرتين ، مرة بعد دقيقة واحدة من الولادة ومرة بعد خمس دقائق من الولادة . ويستخدم سلم تقدير ثلاثي (صفر ، واحد ، إثنان) لتقييم وضع الطفل في خمسة مجالات وهي : نبضات القلب ، والتنفس ، واللون ، والتوتر العضلي ، والإستجابة للإثارة .

إذا كانت درجة الطفل على الإختبار (9) أو (10) فذلك يعني أنه بخير . أما إذا

كانت درجته (4) أو أقل فالطفل ليس بخير ويحتاج الى تدخل فوري وربما يتطلب الأمر إتخاذ إجراءات طبية لإنقاذ حياته . ويجب التنويه هنا إلى أن إنخفاض الدرجة بعد خمس دقائق من الولادة أكثر خطورة من إنخفاضها بعد دقيقة واحدة من الولادة . فإخفاضها بعد خمس أو عشر دقائق قد يعني أن الطفل معرض للخطر مستقبلاً بمعنى إنه ربما يكون قد حصل لديه نقص في الأكسجين ومن المعروف أن مثل هذا النقص قد يقود إلى اضطراب عصبي مزمن .

نظم الكشف المبكر

غالباً ما ينصب الاهتمام في البرامج الكشفية على واحد أو أكثر من المجالات التالية :

- أ- البصر
- ب- السمع
- ج- التواصل
- د- الوضع الصحي
- هـ- النمو العام

وبوجه عام ، فإن أي إجراء يقود إلى التعرف على الأطفال الذين يتوقع أن يكون لديه حاجات تربوية خاصة هو تعريفاً إجراء كشفي . وعلى أي حال فالبرامج الكشفية غالباً ما تستند إلى الإجراءات التالية :



- 1- الإحالة بمبادرة الوالدين .
- 2- الملاحظة المنتظمة للمعلمين .
- 3- الملاحظات المنزلية .
- 4- رصد عوامل الخطر الطبية .
- 5- رصد عوامل الخطر الديمغرافية .

وبين الجدول رقم (6-1) حسنات وسيئات كل إجراء من هذه الإجراءات .

الجدول رقم (6-1) حسنات وسيئات الإجراءات الكشفية المختلفة

سيئاته	حسناته	الإجراء الكشفية
لا يمكن تطبيقه على الأطفال الملتحقين ببرامج الطفولة المبكرة .	غير مكلف ، يحدث في الحصانات ورياض الأطفال ، لا يتطلب معدات وأدوات خاصة ، ذو علاقة بالخطط التربوية والعلاجية .	ملاحظة المعلمين للأطفال بشكل منتظم
يتعذر تنفيذه دون وعي الوالدين	يستخدم منحى بيثياً ، غير مكلف ، ذو علاقة بالبرمجة التربوية والعلاجية	قيام الآباء والأمهات بإحالة الأطفال
يستثني الأطفال الذين لا تنطبق عليهم علامات الخطر ، وقد يقود إلى التعرف على عدد كبير من الأطفال بطريقة الخطأ .	غير مكلف	الاختيار تبعاً لعلامات الخطر الديمغرافية
مكلف ، قد يكون غير موثوق ، لا يساعد في البرمجة التربوية .	يسمح بتحديد بعض الحاجات التربوية الخاصة (كالاضطرابات الطبية مثلاً)	استخدام الاختبارات الكشفية المقننة
مكلف ، يستغرق وقتاً وجهداً	يستخدم منحى بيثياً ، يساعد في التعرف على الأطفال الذين يتعذر الوصول إليهم بأساليب أخرى	الملاحظة المنزلية
قد يخفق في التعرف على الأطفال الذين لا ترتبط مشكلاتهم بالعوامل الطبية ، وقد لا يفيد في البرمجة التربوية .	يساعد في التعرف مبكراً على الأطفال	الاختيار تبعاً لعلامات الخطر الطبية

ولكن كيف يتم تحديد الفئات المستهدفة من البرامج الكشفية؟ إن الإجابة عن هذا السؤال ليست سهلة فهي تتحدد في ضوء الأهداف المرجوة من الكشف ، والمصادر والإمكانيات المتاحة في المجتمع المحلي . وبوجه عام ، غالباً ما توجه الجهود الكشفية نحو الفئات الرئيسية التالية :

- 1- الكشف عن جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم واحد وخمس سنوات .وينفذ هذا الإجراء عادة في موقع مركزي او في مواقع عديدة في المجتمع .
- 2- الكشف عن الأطفال من فئات عمرية معينة (مثلاً : الأطفال من يوم واحد إلى ١٨ شهراً ، أو أطفال الروضة ، وهكذا) . إن هذا الإجراء يقود إلى التركيز على فئات بعينها ولكنه في الوقت ذاته لا يغفل الفئات الأخرى .
- 3- الكشف عن الأطفال في منطقة جغرافية محددة .
- 4- الكشف عن الأطفال الذين يتم إحالتهم من قبل :

أ- المؤسسات

ب- المعلمين

ج- أولياء الأمور



أشكال التقييم

تأخذ النشاطات التقييمية ثلاثة أشكال رئيسية وهي الكشف والتقييم التشخيصي والتقييم من أجل التخطيط للبرامج . بالنسبة للجهود المتصلة باكتشاف الأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة فهي بداية تتمثل بالوصول إليهم (Child Find) وذلك يشمل توعية الناس عموماً بمبررات برامج التدخل المبكر و توضيح عوامل الخطر التي تهدد نمو الأطفال ، وهذه النشاطات عموماً تحاول زيادة وعي الناس وتشجيع استخدام خدمات التدخل المبكر ، والعمل بمثابة مصدر للمعلومات يهيء الفرص للإحالة لبرامج الكشف والتعرف المبكر . ويشير الكشف النمائي والصحي (Developmental & Health Screening) إلى النشاطات الموجهة نحو تحديد الأطفال الذين لديهم احتمالات كبيرة لأن يظهروا خصائص نمائية غير عادية أو تأخراً في النمو وذلك في أسرع وقت ممكن . والاختبارات الكشفية التي تستخدم لكشف

اعداد كبيرة من الأطفال يجب أن تكون قصيرة وفاعله وغير مكلفة ودرجاتها تحدد بطريقة موضوعية وتنصف بالثبات والصدق وغير متحيزة ثقافياً وتغطي جوانب النمو المختلفة . وقد تختلف الأساليب المستخدمة لكشف عوامل الخطر البيئية والأسرية عن ذلك من حيث بعض الخصائص .

أما مصطلح التقييم فهو غالباً ما يشمل نوعين محددين من النشاطات وهما التقييم التشخيصي والتقييم البرامجي . بالنسبة للتقييم التشخيصي فهو يستخدم للتحقق من وجود حاجات خاصة لدى الطفل ، وتحديد طبيعة وخصائص مشكلات الطفل ، وتحديد الأسباب المحتملة للمشكلات ، واقتراح الاستراتيجيات العلاجية الممكنة . ويجب استخدام اختبارات التقييم الرسمية من قبل أعضاء الفريق متعدد التخصصات وبمشاركة الوالدين بوصفهما مصدراً للمعلومات التقييمية وهدفاً محتملاً للتدخل العلاجي .

وأما التقييم من أجل تخطيط البرنامج الفردي فهو يتم بعد اتخاذ القرار الأولي ببدء خدمات التدخل المبكر . وفي العادة يستند هذا التقييم الى الاختبارات محكية المرجع (Criterion Referenced Tests) والتي تركز على مدى إتقان الطفل لمهارات معينة وليس على مقارنة أداء الطفل بأداء مجموعات معيارية .



الجدول رقم (3-6)

تعريفات الكشف والتشخيص والتقييم

نوع النشاط	التعريف
الكشف Screening	إجراء تقويمي موجز يطبق على مجموعات كبيرة من الأطفال بهدف التعرف الى الذين يحتاجون منهم الى تقييم إضافي معمق .
التشخيص Diagnosis	إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بنموهم أثناء عملية الكشف . والهدف من ذلك هو تحديد ما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أم لا ، وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها ومداه وأسبابها إذا كان ذلك متيسراً واقتراح إجراءات التدخل المناسبة .
التقييم Evaluation	وهو عملية جمع المعلومات لتحديد مستوى التطور الحالي للطفل وبالتالي اختيار الأهداف التي يتوخى تحقيقها . كذلك فالتقييم يشمل المتابعة المستمرة لتغير أداء الطفل والاطلاع على مدى التقدم الذي يحرزه بفعل التدخل العلاجي والتربوي وذلك يساعد في تعديل الأهداف والاستراتيجيات التعليمية والتدريبية إذا اقتضت الحاجة ذلك .

العلامات التحذيرية المبكرة

لعل استعراض أهم العلامات المبكرة للاحتياجات الخاصة يسهم في تفعيل دور المعلمين فيها يتعلق بالتعرف المبكر . وعليه فإن هذا الجزء يستعرض هذه العلامات .

العلامات المبكرة للضعف في المنتصف

* إدارة الأذن أو الرأس نحو المتكلم



* عدم الانتباه

* عدم الامتثال للتعليمات اللفظية وخاصة في الأوضاع الجماعية

* عدم ملائمة الاستجابات الصادرة عن الطفل

* التركيز المبالغ فيه على وجه أو فم المتكلم

* المشكلات الكلامية

* طلب إعادة ما يقال

* السلوك الانسحابي

* إفرازات الأذن

* التنفس من الفم

* الألم أو الرنين في الأذن

* التهاب الأذن بشكل متكرر

* التهاب الحلق واللوزتين بشكل متكرر

* استخدام القطن في الأذن بشكل متكرر



العلامات المبكرة للضعف البصري :

* الانزعاج من الإضاءة بشكل ملفت للنظر

* مواجهة صعوبات كبيرة في التنقل في الأماكن غير المألوفة

* إظهار تعبيرات وجهية ولغة جسمية تنم عن عدم الارتياح والتشتت عند ممارسة أنشطة باستخدام السبورة .

* الطلب بشكل متكرر من الزملاء في الصف أو من المعلم ان يفسروا ما يحدث .



* فرك العينين بشكل ملفت للنظر

* الدَّماع المفرط

* احمرار الجفون وانتفاخها

* إغلاق العينين وفتحهما بشكل متكرر

* تغطية إحدى العينين أو إغلاقها بشكل متكرر

* ازدواجية الرؤية

* عدم القدرة على القراءة أو تأدية الأعمال البصرية القريبة

العلامات المبكرة للضعف الحركي / الجسمي :

* التغيرات المفاجئة أو التدريجية في الصحة العامة للطفل

* الشعور بالتعب والإرهاق المفرط بعد تأدية الأنشطة الجسمية

* تجنب القيام بالأنشطة الجسمية

* ضيق التنفس عند بذل مجهود جسمي بسيط نسبياً

* الشكوى من الغثيان أو الصداع أو الدوار أو التعرق أو الجوع أو العطش بشكل مبالغ فيه

* السعال أو العطاس وردود الفعل التحسسية الأخرى المعروفة

* إظهار أوضاع حركية وجسمية غير عادية

* حدوث نوبات الإغماء وفقدان الوعي

* الشكوى من الألم في العضلات أو المفاصل والأجزاء الأخرى في الجهات الحركية

العلامات المبكرة للصعوبات التعليمية :

- * السلوك الاندفاعي التهورى
- * النشاط الزائد أو الخمول المفرط
- * الافتقار الى مهارات التنظيم
- * عدم المثابرة
- * الصعوبات الإدراكية البصرية
- * الارتباك
- * التشتت



- * العجز عن الانتباه
- * عدم القدرة على حل المشكلات
- * عدم القدرة على التذكر
- * عدم القدرة على القراءة
- * قلب الحروف والأرقام والخلط بينها
- * صعوبات كبيرة في الحساب
- * الافتقار الى المهارات الحركية الدقيقة
- * عدم القدرة على استيعاب التعليمات

العلامات المبكرة للاضطرابات السلوكية :

- * عدم الثقة بالنفس
- * عدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الأقران والوالدين والمعلمين



- * تدني مستوى التحصيل الاكاديمي
- * تباين السلوك من وقت إلى آخر
- * الانسحاب الاجتماعي
- * العدوانية المفرطة
- * نوبات الغضب
- * النشاط الجسمي المفرط
- * عدم القدرة على التركيز والانتباه
- * عدم إدراك نتائج الافعال
- * إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر

العلامات المبكرة للصعوبات الكلامية واللغوية :

- * التكلم بطريقة غير مفهومة
- * التكلم بطريقة ملفتة للنظر بشكل سلبي
- * ظهور إيماءات جسمية غريبة عند التكلم
- * معاناة الطفل عندما يتكلم
- * عدم قدرة الطفل على التعبير كلامياً أو استيعاب ما يقال له
- * حذف بعض الأصوات عند التكلم
- * استبدال الأصوات عند الكلام
- * التكلم بطريقة سريعة جداً أو بطيئة جداً
- * الكلام الأنفي أو المرتفع جداً أو المنخفض جداً
- * شعور الطفل بالإحراج عندما يتكلم

العلامات المبكرة للصعوبات العقلية البسيطة :



- * ببطء معدل التعلم بشكل ملحوظ
- * التأخر في معظم مجالات النمو
- * تدني مستوى التحصيل
- * عدم التمتع بالكفاية الاجتماعية
- * التأخر اللغوي الملحوظ
- * عدم القدرة على تعميم المهارات ونقل أثر التعلم
- * الحاجة الى التكرار المبالغ فيه
- * عدم القدرة على التركيز
- * عدم الانتباه

الوضع الراهن للكشف المبكر

لقد أصبح ممكناً في الآونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات لدى الأطفال حديثي الولادة وذلك من خلال سحب عينات من الدم وتحليلها . ومن تلك الاضطرابات مثلاً قصور الغدة الدرقية الولادي واضطراب الفينيل كيتون يوريا المعروف اختصاراً بـ (PKU) . وجدير بالذكر ان التعرف المبكر على مثل هذه الحالات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف من الدماغ يمنع حدوث التخلف العقلي .

كذلك فإن الإنجازات التي حققها علم الوراثة مؤخراً قد جعلت الإرشاد الوراثي أداة فاعلة للكشف المبكر عن حالات الإعاقة . هذا الإرشاد يوجه أساساً نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضه لإنجاب أطفال معوقين . ليس ذلك فحسب ، بل ان العلوم الطبية أصبحت قادرة على الكشف عن بعض الاضطرابات لدى الجنين وذلك من

خلال فحص السائل الامنيوسي (Amniocentesis) . والتصوير بالأشعة (Radiography) والتصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasonography) وفي مجال الكشف الصحي المبكر ، فثمة تأكيد على الحاجة الى تنفيذ حملات الكشف السريع عن الضعف السمعي والضعف البصري والضعف التعليمي . ولكي تكون تلك الحملات واسعة النطاق فلا بد من تعاون كل الجهات ذات العلاقة وخاصة وزارات الصحة وإدارات الصحة المدرسية والمراكز والمنظمات الحكومية وغير الحكومية .

ومن الإجراءات المعروفة لتحديد الأطفال الذين قد يكونون بحاجة إلى خدمات التدخل المبكر الإجراء المعروف بالكشف العام الشامل (Sweep Screening) . ويشتمل هذا النوع من الكشف على الفحوص الصحية (السمعية والبصرية) والنمائية (التحصيلية والذكائية) . وتتمثل الخطوة الأولى في الكشف العام بتحديد نوع الكشف الذي سيتم إجراؤه . وفي هذا الصدد فإن إجراءات الكشف السمعي والبصري معروفة ومقننة . فغالباً ما يقوم طبيب المدرسة او الممرضة بفحص حدة البصر باستخدام لوحة سنلن وفحص السمع للكشف عن النقص في سمع النغمات ذات الذبذبات العالية والمنخفضة من مستويات شدة عادية . وهذه الفحوص تجري على جميع الأطفال في سن المدرسة ويعاد تطبيقها سنوياً . وبالنسبة للكشف النمائي العام فإنه قد يشمل تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل متنوعة تتقرر في ضوء الواقع التربوي- النفسي المحلي .

وتتمثل الخطوة الثانية في الكشف العام بإحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تعليمي . وتتم الإحالة الى الاختصاصيين بالتعاون مع أولياء الأمور وبموافقتهم . وعلى أي حال ، فالبرامج الكشفية ليست دون أخطاء . فقد بينت عشرات الدراسات ان هذه البرامج قد تخفق في التعرف على الأطفال المعوقين أو التخمين بان الاطفال العاديين أطفال معوقون .



ويرتكب النوع الأول من الخطأ (اعتبار الطفل المعوق طفلاً عادياً) عندما تكون الإعاقة بسيطة او عندما تكون أدوات الكشف مفرطة في تسامحها . أما النوع الثاني من الخطأ (اعتبار الطفل العادي طفلاً معوقاً) فيرتكب عندما تكون الأدوات الكشفية مفرطة في تشددتها . وقد يحدث كلا النوعين من الخطأ عندما يفتقر الفريق الكشفى الى الخبرة والتدريب (Wachs & Sheehan, 1988) ومن المشكلات الحقيقية المرتبطة بالكشف أنه كثيراً ما يأتي متأخراً من جهة أو أنه لا يتبع بخدمات مناسبة وفعاله . وهذان النوعان من المشكلات شائعان في الدول العربية .

وفي ضوء ذلك ، فإن عمليات الكشف يجب أن تقوم على جملة من المبادئ الأساسية . وقد لخص ميزلز وبروفنس (Meisles & Provence 1989) . هذه المبادئ على النحو التالي :

- 1- يجب التعامل مع الكشف والتقييم بوصفهما خدمات بحد ذاتهما وكجزء من الجهود التعليمية والتأهيلية وليس كمجرد وسائل للتعرف والقياس .
- 2- يجب أن تستخدم إجراءات الكشف والتقييم للأهداف والغايات المحددة التي طورت من أجلها فقط .
- 3- يجب أن تشمل عمليات الكشف والتقييم على مصادر متعددة للمعلومات .
- 4- يجب أن ينفذ الكشف النمائي والصحي دورياً ، فلا يكفي أن يكشف عن الأطفال في سنوات العمر المبكر مرة واحدة فقط . وبالمثل ، ينبغي اتخاذ التدابير لإعادة التقييم بعد الشروع في تقديم الخدمات للأطفال الذين تم التعرف إليهم .
- 5- يجب النظر الى الكشف النمائي والصحي باعتباره وسيلة واحدة من عدة وسائل يمكن الوصول من خلالها الى تقييم معمق وشامل .
- 6- يجب أن تتمتع إجراءات الكشف والتقييم بدلالات صدق وثبات كافية .
- 7- يجب أن يشترك أفراد الأسرة في عمليات الكشف والتقييم بشكل فعال .

8- يجب أن تكون جميع الاختبارات والإجراءات والعمليات التقييمية والكشفية عادلة ثقافياً وتخلو من التحيز لأي سبب من الأسباب .

9- يجب أن تكون المهارات التي يتم تقييمها والأوضاع التي تنفذ فيها عمليات التقييم مألوفة ووظيفية بالنسبة لكل من الأطفال وأسرهم .

10- يجب أن يحصل الأشخاص الذين توكل إليهم مهمات الكشف عن الأطفال الصغار في السن وتقييمهم على تدريب مكثف وشامل .

التوجهات الحديثة

خلافًا لما كان سائداً في الماضي ، فالتربية الخاصة المبكرة في الوقت الراهن تركز على استخدام مقاييس متنوعة والاعتماد على مصادر متعددة للمعلومات . ومثل هذا التوجه لم ينشأ من فراغ ولكنه جاء كمحصلة لإدراك الباحثين والممارسين للمخاطر والأخطاء المحتملة التي قد ينطوي عليها الاعتماد الكلي على مقياس واحد (Neisworth & Bagnato, 1992) .

وتولي الأدبيات التربوية الخاصة المعاصرة إهتماماً كبيراً بمشاركة الأسرة في كافة مراحل العمليات التربوية والتأهيلية المنفذة لتعليم وتدريب الأفراد المعاقين بما في ذلك التقييم بأشكاله المختلفة . فالتقييم عملية تشاركية يتعاون فيها فريق متعدد التخصصات والأسرة والفرد المعوق نفسه طالما لم يكن هناك سبب حقيقي يمنع مشاركته .

كذلك تركز الأدبيات الحديثة على لفت أنظار الممارسين في ميدان التربية الخاصة إلى الإعتبارات التي تجعل تقييم الأفراد المعوقين عملية محفوفة بالمخاطر . وعلى وجه التحديد ، تشجع هذه الأدبيات الاختصاصيين على الإلتزام باستخدام الاختبارات بطريقة مناسبة وغير متحيزة وتحذر من المخاطر المحتملة لتطبيق الاختبارات المقننة فقط وتطبيقها على أيدي كوادر غير مؤهلة أو الخروج بتعميمات واستنتاجات



لا تستند إلى أسس قوية . وإدراكاً منه لهذا الواقع ، يقترح ميزلز (Misels, 1991) إيلاء القضايا التالية إهتماماً كافياً في السنوات القادمة :

(1) الوقاية :

يجب توسيع مفهوم الكشف ليشمل الجهود الوقائية . فمن خلال التركيز على مصادر الخطر المتعددة وعلى العوامل الاجتماعية والأسرية المرتبطة بالإعاقة ، يمكننا توقع زيادة مستوى وعي مقدمي الخدمات بتلك العوامل التي قد تجعل الأطفال عرضة للمخاطر . عندئذ تصبح مهمة نظام الكشف المبكر تقديم المساعدة لهذه الأسر قبل أن تتحول عوامل الخطر إلى إعاقة نمائية لدى الطفل .

(2) الأهلية :

يجب تطوير مناح جديدة لتحديد معايير الأهلية بوضوح وبدقة ، فلا يجوز الإعتماد على معايير سيكومترية غير موثوقة . فبدلاً من الانحرافات المعيارية ، من الأفضل إعتماد نظام وظيفي يصف مواطن الضعف ومواطن القوة بشكل شامل .

(3) الصدق والثبات :

بالرغم من عدم قدرة أي اختبار بمفرده على التصدي لكافة تحديات الكشف المبكر ، إلا أنه من المفيد توفر بيانات سيكومترية مباشرة للتحليل فهناك حاجة إلى المزيد من الاختبارات الكشفية للنمو في الطفولة المبكرة التي تتمتع بالصدق والثبات لكي يصبح بمقدور الاختصاصيين استخدام الكشف والتقييم المقنن بدقة أكثر .

(4) البيانات العيادية :

يجب ألا يعتمد الكشف المبكر على البيانات الكمية فقط ، فمن الأهمية بمكان الإهتمام بالبيانات العيادية وبخاصة تلك التي تؤخذ من الأسرة في عملية الكشف . ومثل هذه البيانات يجب أن تؤخذ بالحسبان عند تطوير البرنامج التربوي الفردي .



(5) أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل :

لقد بينت البحوث أن نوعية التفاعلات بين الوالدين والطفل تترك أثراً بالغاً على نمو الطفل وتطوره ، ومع ذلك فإن معظم الأساليب المستخدمة لتقييم التفاعلات هذه تستغرق الوقت وتتطلب الجهد . وهذا المجال بحاجة الى المزيد من البحوث العلمية .

(6) وظائف الأسرة :

إن من النتائج المهمة للبحوث التي أجريت في العقدین السابقین أن كيفية تأدية الأسرة لدورها يترك تأثيرات بالغة على نمو الأطفال الصغار في السن . إلا أن إختبارات قليلة جداً طورت لتقييم الأسر ، وهذا المجال بحاجة إلى المزيد من الدراسات .

(7) تقييم البيئة :

إن بيئة الطفل قد حظيت باهتمام الباحثين ، ومع ذلك فإنه لا يتوفر إلا إختبارات محدودة لتقييم البيئة . وهناك حاجة لتطوير مثل هذه الإختبارات لكي يتسنى للمهتمين تقييم الأسر من خلفيات إقتصادية وإجتماعية متباينة .

(8) إعادة التقنين :

إن معظم الإختبارات المصممة لأغراض الكشف قد قننت بالأصل على مجموعات عادية ، ومن الضروري إعادة تقنين بعض الإختبارات على مجموعات لديها إعاقة لكي يصبح صدق هذه الإختبارات بالنسبة لها معروفاً .

(9) التدريب :

كثيراً ما يتم الإهتمام بتطوير الإختبارات أو إختيارها وليس بالتدريب والإشراف على تطبيق الإختبارات . وهذا صحيح خاصة فيما يتعلق بالكشف واسع النطاق والذي غالباً ما يقوم بتطبيقه غير الاختصاصيين . وهناك بالتأكيد دور لغير



الإختصاصيين في عملية الكشف المبكر ولكن يجب إعطاء الأولوية للتدريب والإشراف فذلك يشكل عنصراً حيوياً يكفل تحقيق الأهداف المرجوة .

(10) البيانات الطولية :

يجب جمع البيانات طويلة المدى فهي تساعد في تصميم واختيار محركات أكثر دقة ليتم إستخدامها للتنبؤ والوقاية والتدخل المبكر .



الفصل الثامن

تقييم استعداد الأطفال للتعليم

مقدمة

يتم تطوير المناهج في برامج التدخل المبكر استناداً إلى جداول النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يتم تحديد حاجات كل طفل ومدى تقدمه بالمقارنة مع النمو الطبيعي للأطفال . بكلمات أخرى ، إما أن تهتم هذه البرامج بتعليم الأطفال المعوقين جميع المهارات التي يكتسبها الأطفال العاديون دون تدريب مقصود (وفقاً لما يعرف بالتعلم العارض) وإما أن تحدد المهارات التي لم يكتسبها الطفل المعوق بعد مقارنة بالأطفال العاديين وتقوم بتدريبه عليها (Leong, 1996). وقد تمنع بعض الإعاقات الطفل من تعلم بعض المهارات وبناء عليه فإن الأهداف تصبح مختلفة كما هو الحال عند تعليم قراءة الشفاه للطفل الأصم أو مهارات التعرف والتنقل للطفل الكفيف أو مهارات استخدام الكرسي المتحرك للطفل المعوق حركياً وهكذا . وعلى أي حال ، فالأهداف الرئيسية التي تصبو منهاج التدخل المبكر إلى تحقيقها تتمثل في مساعدة الأطفال على إكتساب كل ما هو ممكن من السلوكيات التي يتمتع بها الأطفال العاديون من نفس الفئة العمرية . وعلى وجه التحديد ، تتضمن منهاج التدخل المبكر العناصر الرئيسية التالية (Goodman, 1993) :

1- المهارات ما قبل الأكاديمية في مجالات القراءة والكتابة والحساب والعلوم الطبيعية وغير ذلك .

2- المهارات أو العمليات الأساسية مثل الإنتباه والإدراك واللغة والتذكر والمهارات الحسية الحركية .



3-المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات والمهارات الحياتية اليومية والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية .

4-المفاهيم النفسية الأساسية مثل الدافعية والإبداع وتقدير الذات وغير ذلك .
وتقوم التربية الخاصة للأطفال المعوقين على التعرف إلى الحاجات الفردية لكل طفل وتوفير ظروف التعلم التي ستعمل على تلبية تلك الحاجات . فليس ممكنا تصميم البرامج التربوية المناسبة لهؤلاء الأطفال دون تقويم موضوعي ودقيق لمواطن الضعف ومواطن القوة لديهم (Spodek & Saracho, 1994) .

ولعل أحد أكبر التحديات التي تواجه معلمي هذه الفئة من الأطفال هي تلك المتعلقة بتقويم قدراتهم . فالاختبارات النفسية والتربوية التقليدية إضافة إلى كونها قد قننت على مجتمع الأطفال العاديين ، تتطلب مهارات في أغلب الأحيان ، لا يستطيع الطفل المعوق القيام بها .

ولا يعني ذلك في أية حال من الأحوال ان الاختبارات غير مفيدة ، أو أنه لا مكان لها في الكشف عن استعداد الطفل المعوق للتعلم . ولكن ما نعينه بذلك هو ضرورة مراعاة بعض القضايا الأساسية عند قياس وتقويم قدرات الطفل المعاق ، ومن أهمها الحاجة إلى تكييف هذه الاختبارات لتتناسب وطبيعة حالة الطفل .

تعريف الاستعداد

لعل أول ما يتبادر إلى الذهن عند الحديث عن الاستعداد للتعلم هو عامل النضج . وبالفعل ، كان الاستعداد للتعلم يعرف في الماضي على أنه مصطلح يشير إلى مستوى النضج ؛ فالنمو الجسمي يسهل عملية التعلم والمهارات الحسية - الحركية المختلفة ضرورية ليستطيع التلميذ القيام بالمهام التعليمية الأساسية كالكتابة ، والكلام ، وغير ذلك .

وعلى أية حال ، فالجزء الأكبر من التعلم المدرسي يرتبط بالخبرات السابقة أكثر من ارتباطه بالنمو الحسي - الحركي . فالمعرفة تتطور لدى الطفل على نحو متسلسل

وتراكمي ، بمعنى أن اكتساب التلميذ للمفاهيم البسيطة يهيؤه لتعلم المفاهيم الأكثر تعقيداً (Anastasi, 1968) .

وتعرف أناستازي الاستعداد على أنه مصطلح عام يشير إلى «اكتساب المعرفة والمهارات العقلية الأساسية التي ستجعل المتعلم قادراً على الاستفادة من التعليم الى أقصى حد ممكن» . أما هوروكس وشونوفر (Horrocks & Schoonover, 1968) فيعرفان الاستعداد على أنه «القدرة على التعلم ، وتوافر الرغبة والمهارات والخلفية المناسبة لذلك» . ويضيف لوينفيلد (Lowenfeld, 1971) أن مفهوم الاستعداد يشير إلى أن ثمة فترة زمنية معينة يستطيع التلميذ في أثنائها تحصيل أفضل النتائج بأقل جهد ممكن .

باختصار إذن ، تهدف اختبارات الاستعداد إلى تقويم قابلية المتعلم للقيام بالأعمال والنشاطات المدرسية بنجاح . وبما أن دخول المدرسة قد عنى لقرون كثيرة تعلم القراءة ، فلقد جرت العادة أن ينظر الى الاستعداد المدرسي على أنه يعني الاستعداد للقراءة . ولقد أكدت أناستازي هذه الحقيقة عندما كتبت تقول إن اختبارات الاستعداد للتعلم المدرسي تركز عادة على القدرات والشروط التي يعتقد أنها مهمة لتعلم القراءة .



أهمية الكشف عن الاستعداد للتعلم

إن توافر الاستعداد للتعلم لدى التلميذ شرط أساسي لنجاح العملية التعليمية - التعليمية . ولقد أكد هوروكس وشونوفر ذلك في قولهم «عندما يفتقر الطالب إلى الاستعداد الكافي للتعلم ، فهو إما أن يفشل فشلاً كاملاً وإما أن يكون تعلمه بطيئاً وغير فعال . بل والأكثر من ذلك ، فالطالب الذي يرغب على التعلم قبل أن يكون لديه الاستعداد لذلك ، سيواجه على الأغلب الاخفاق وفي ذلك تشبيط للدافعية ، وسيكتسب عادات دراسية غير مناسبة ستحتاج إلى التعديل مستقبلاً ، وقد يؤدي ذلك إلى التأثير سلباً في النمو الجسمي والاجتماعي» .

وبشكل عام ، يهدف الكشف عن استعداد التلاميذ للتعلم إلى تقديم المعلومات الضرورية للمعلم والآخرين ذوي العلاقة عن قابلية التلميذ للاستفادة من الخبرات التعليمية . وتتمثل الوظيفة الأساسية التي تخدمها تلك المعلومات في التعرف إلى مواطن الضعف ومواطن القوة لدى التلميذ بهدف اتخاذ القرارات التربوية المناسبة ذات العلاقة بتصميم وتنفيذ استراتيجيات التدخل التربوي والعلاجي الفعالة . فمستوى الأداء الحالي للطالب يشكل القاعدة الأساسية التي تنبثق منها البرامج التربوية الفردية .

وإذا كنا نريد تخطيط وتنفيذ البرامج التربوية المناسبة ، فما نحتاج إليه هو الكشف ليس عن مواطن العجز لدى الطالب والصعوبات التي يواجهها فحسب ، وإنما تحديد قدراته أيضاً وذلك بهدف تقويتها . وذلك يقتضي مراعاة الأمور التالية (McLoughlin & Lewis, 1981) :

- 1- يجب أن يشترك فريق من ذوي الاختصاصات المختلفة في عملية الكشف .
- 2- يجب تحديد أداء الطالب في النواحي المختلفة . يجب أن لا يقتصر التقويم على عجز الطالب .
- 3- يجب عدم تحديد مستوى أداء الطالب من خلال اختبار واحد كائناً ما كان ذلك الاختبار .
- 4- يجب أن يعطي الاختبار الذي نستخدمه صورة صادقة عن قدرات الطالب وعجزه . فعلى سبيل المثال ، لا فائدة ترجى من اختبار ذكاء المكفوف من خلال تحديد استجاباته لفقرات تم تصميمها وفقاً للخبرات البصرية لغير المكفوفين .

العوامل التي تؤثر في الإستعداد للتعلم المدرسي

تتأثر القدرة على التعلم والاستفادة من الخبرات التعليمية الجديدة بعوامل كثيرة وهذه العوامل يجب أخذها بعين الاعتبار عند تحديد مدى استعداد الطفل المعوق ، أو



أي طفل آخر ، للتعليم المدرسي . ولقد اقترح لوينفيلد (Lowenfeld, 1971) ضرورة الانتباه إلى العوامل التالية لكونها تعمل بمثابة مؤشرات على استعداد الطفل للتعليم :

- 1- القدرة على الانتباه والمثابرة .
- 2- القدرة على اللعب مع الأطفال الآخرين والاستمتاع بذلك .
- 3- القدرة على التعاون مع الأطفال الآخرين في تأدية النشاطات المدرسية .
- 4- القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والرغبة في ذلك .
- 5- المرور بخبرات مناسبة فيما يتعلق بالأشياء الملموسة (غير التجريدية) .
- 6- القدرة على التعبير لغوياً عن الأفكار .
- 7- التعبير عن الاهتمام بالقصص والقدرة على فهم ما تعنيه .
- 8- القدرة على استيعاب المفاهيم البسيطة والتعرف إلى العلاقات بين هذه المفاهيم .
- 9- القدرة على العناية الجسدية الذاتية .
- 10- الاتزان الانفعالي في العلاقة مع الأطفال الآخرين ومع الراشدين أيضاً (كالقدرة على تحمل النقد البناء) .
- 11- القدرة على استخدام القدرات الحسية بفاعلية (اللمس ، السمع ، الشم ، الخ) .



- 12- احترام حقوق الآخرين وممتلكاتهم .
- 13- الثقة بالنفس وعدم الاعتماد على الآخرين .
- 14- إبداء الرغبة في التعلم والاكتشاف .
- 15- الاستمتاع بالنجاح في تأدية الأعمال المدرسية .

أدوات تقويم الاستعداد للتعليم

كثيرة هي أدوات تقويم الاستعداد للتعليم ، وفيما يلي عرض سريع لأدوات التقويم

الشائعة :



1- ملف الطالب :

يشتمل ملف الطالب عادة على معلومات شخصية واجتماعية وطبية مفيدة تساعد المعلم في تخطيط البرنامج التربوي المناسب . فمن خلال الاطلاع على المعلومات الموجودة في الملف ، يصبح بالامكان رسم صورة عامة وتقريبية عن مدى استعداد الطفل للتعليم . ولهذا فعلى المعلمين مراجعة محتويات الملف جيداً ، ولكن دون القفز إلى استنتاجات وتعميمات عن الأداء الفعلي للطفل .

2-الاختبارات :

الاختبارات من أهم الأدوات التي يستطيع المعلم استخدامها لقياس وتقويم قدرات الطالب . والاختبارات إما أن تقيس قدرات عامة وإما أن تقيس قدرات خاصة (محددة) . ويصنف هوروكس وشونوفر (Horrocks & Schoonover, 1968) اختبارات الاستعداد للتعليم المدرسي إلى صنفين أساسيين وهما :

أ-الاختبارات المتعلقة بمستوى النمو الوظيفي (الجسمي - الحركي) .

ب-الاختبارات المتعلقة بالمواد الدراسية المختلفة (كالقراءة ، والحساب ، ... الخ) .

بالنسبة لاختبارات النمو الوظيفي فهي تعطى عادة للأطفال قبل بلوغهم السن المدرسي كمحاولة للتعرف إلى أية مشكلات أو انحرافات عن النمو الطبيعي بهدف وضع البرامج العلاجية المناسبة . أما الاختبارات المتعلقة بالمواد الدراسية فهي تُعطى عادة للأطفال عند دخولهم المدرسة ، إلا أنها قد تعطى لهم أيضاً في أي وقت يطلب منهم فيه القيام بمهام تعليمية جديدة . والاختبارات إما أن تستخدم بهدف

التشخيص (وصف العجز الموجود لدى الطفل وتحديد القدرات المتبقية لديه) أو بهدف التنبؤ بالأداء المستقبلي . فاختبارات الذكاء مثلاً هي اختبارات تنبؤية بالضرورة .

3-مقابلة الأهل

كذلك فإن أحد المصادر المهمة لجمع المعلومات المفيدة عن أداء الطفل هي مقابلة الاشخاص المهمين في حياته وخصوصاً أفراد أسرته . فمن خلال المقابلة يستطيع المعلم أن يتعرف إلى تاريخ وظروف العائلة ، واتجاهاتها نحو الطفل ، وتوقعاتها منه ، وخصائص الطفل ، واهتماماته ، وغير ذلك .



4-الملاحظة المباشرة :

تشتمل الملاحظة المباشرة على جمع وتسجيل المعلومات عن أداء الطفل في ظروف محددة . والملاحظة المباشرة ليست عملية عشوائية ، بل هي عملية منظمة تهدف إلى قياس سلوكيات تم تحديدها بكل دقة ووضوح . وبالطبع ، يحتاج المعلم إلى تحديد طريقة القياس المناسبة وذلك يعتمد على أهداف الملاحظة .

تقويم الاستعداد للقراءة

لقد اشرنا إلى أن أكثر اختبارات الاستعداد تداولاً هي اختبارات الاستعداد للقراءة . فالقراءة من أهم المهارات الضرورية للنجاح المدرسي . ولعله من المفيد تعداد العوامل التي تؤثر على استعداد التلاميذ للقراءة بشكل عام . وهذه العوامل هي :

أ-النمو اللغوي : ويشمل القدرة على استيعاب المحادثة (اللغة الاستقبالية) والقدرة على استخدام اللغة اللفظية (اللغة التعبيرية) .

ب-النمو المعرفي .

ج-الخلفية والتجارب المناسبة وتشمل معرفة الأرقام ، وأسماء الأشياء المتداولة ، ومفهوم الزمن والفراغ .

د-النضج الإدراكي - الحسي .

هـ-المهارات اليدوية والمهارات الحركية الأخرى .

و-التكيف الاجتماعي والانفعالي ويشمل ضبط الذات ، والاعتماد على الذات ، والرغبة في اتباع التعليمات ، والقدرة على الانتباه والتركيز لفترة كافية ، والقدرة على العمل مع الآخرين .

تقويم القدرات العامة

تشير القدرات العامة إلى مهارة التعامل مع متطلبات البيئة المدرسية ، وغالباً ما يتم قياس ذلك باستخدام اختبارات الذكاء ومقاييس الكفاية الاجتماعية .

1-القدرات العقلية :

إن من أكثر الاختبارات الفردية استخداماً اختبار ستانفورد - بينيه ، واختبارات ويكسلر . وما يهمنا هنا هو الإشارة ثانية إلى أن هذه الاختبارات قد قننت على مجتمع عادي ، ولهذا يجب توخي الحذر عند تفسير النتائج .

2-الكفاية الاجتماعية :

من العوامل الأخرى المهمة التي تؤثر في استعداد الطفل المعوق للتعلم المدرسي عامل الكفاية الاجتماعية . ومقاييس النضج الاجتماعي هي الأخرى متعددة ومختلفة . وسنكتفي هنا بالإشارة إلى ضرورة التركيز على الأبعاد التالية في قياس السلوك الاجتماعي .

أ-أنواع السلوك ذات العلاقة بالبيئة المحيطة :

1- المهارة في التنقل والحركة .

2- القدرة على التصرف في الحالات الطارئة .



3- التعرف إلى المواد والأدوات المتوافرة في غرفة الصف .

4- إظهار أنواع السلوك المناسبة المتصلة بتناول الطعام .

ب-أنواع السلوك ذات العلاقة بالأشخاص الآخرين :

1- المواقف من الآخرين والاتجاهات نحوهم .

2- اللعب المنظم .

3- المحادثة .

4- تحية الآخرين .

ج-أنواع السلوك ذات العلاقة بالذات :

1- التعبير عن المشاعر .

2- الاتجاهات نحو الذات .

3- العناية بالذات .

د-أنواع السلوك ذات العلاقة بالمهمة التعليمية :

1- الانتباه .

2- اتباع التعليمات .

3- النشاطات الجماعية .

4- العمل المستقل .

5- المناقشة .



تقويم القدرات الخاصة

تقاس القدرات الخاصة عادة باستخدام اختبارات صممت خصيصاً من أجل تحديد نواحي معينة من أداء الطفل كالتمييز السمعي ، والتمييز اللمسي ، والتذكر ، والانتباه ، الخ . وهذه القدرات ، دون شك من المتطلبات الأساسية لحدوث التعلم .

أ-المهارات الادراكية - الحسية :

بما أن الطفل المعوق يعتمد على حاسة السمع واللمس والسمع لاكتشاف البيئة ، فلا بد من تقويم استخدامه لهذه الحواس .

أ-المهارات السمعية :

إن استخدام المهارات السمعية أمر ضروري للتعلم عموماً ، فالإصغاء ذو أهمية بالغة لأنه يشكل الأساس بالنسبة للمهارات اللغوية .



ويشتمل تقويم المهارات السمعية على :

- قياس حدة السمع .

- التذكر السمعي : وهو القدرة على استعادة المعلومات المقدمة لفظياً .

- التمييز السمعي : ويعني القدرة على السمع واكتشاف الفروق بين الأصوات .

-الدمج السمعي : ويعني القدرة على تجميع الأصوات المنفردة في كل

متكامل .

-تمييز الشكل - الخلفية : ويعني القدرة على الانتباه الى المثيرات السمعية ذات

الأهمية .

ب-المهارات الحركية :

كذلك يجب أن يشتمل تقويم الاستعداد للتعلم على تقويم المهارات الحركية

المناسبة . فالمهارات الحركية الدقيقة والمهارات الحركية الكبيرة ضرورية لتأدية المهام

التعليمية والنشاطات المدرسية المختلفة .

ج-المهارات البصرية :

إن بعض الأطفال المعوقين قد يكون لديهم درجة معينة من الضعف البصري ، ولهذا فعلينا تقويم ذلك بهدف اتخاذ الاجراءات التصحيحية المناسبة .

د-مهارات اللمس :

ومن بين المهارات الأساسية التي يجب تقويمها ايضاً مهارات اللمس . وفي الغائب ، يتم التركيز على الادراك الحسي اللمسي وهو قدرة الطفل على استخدام المعلومات التي يستقبلها من خلال حاسة اللمس .

هـ-وأخيراً يجب تقويم قدرة الطفل على التذكر (بأنواعها المختلفة) ، والانتباه (التركيز الهادف على المثيرات ذات الأهمية في الموقف التعليمي) .

أنشطة مقترحة لتطوير استعدادات الأطفال للنجاح في

مدرسة *



قبل الولادة

الحصول على رعاية مبكرة ومنتظمة قبل الحمل .

تجنب التدخين والكحول والأدوية إلا اذا كانت الأدوية بوصفة طبية .

الحصول على قسط كاف من الراحة وخفض التوتر .

مرحلة الرضاعة (الولادة - 15 شهراً)

عندما يبكي الطفل يجب حمله بسرعة وتهديته . فذلك لن يفسد الطفل وإنما يعلمه أن أفعاله تجعل الأشياء تحدث وأن باستطاعته الوثوق بالكبار .

* National Association for the Education of Young Children (1992). Ready or Not? Washington, D.C.

التكلم مع الطفل بألعاب بسيطة .

التأكد من أن الطفل يحصل على عناية طبية دورية بما في ذلك المطاعيم .

مرحلة المشي (15-30 شهراً)

الاستجابة للغة الطفل بقول كلمات لوصف الأشياء والأفعال وبتريد كلماته والتوسع فيها .

تزويد الطفل بيئة آمنة وغنية تشجعه على حب الاستطلاع والاستكشاف داخل المنزل وخارجه .

تعليم الطفل الألوان وأسماء الأشياء وبعض الأحرف .

استخدام عدة كتب مصورة للقراءة للطفل وبعض الأغاني والألعاب البسيطة .

تشجيع الطفل على اللعب مع الأطفال الآخرين .

مرحلة ما قبل المدرسة المبكرة (30-42)

تشجيع الطفل على الاستقلالية بأن يلبس ملابسه مثلاً أو يسكب الحليب من وعاء صغير في كوبه .

تشجيع الطفل على المساعدة في الأعمال المنزلية البسيطة .

توفير خيارات محدودة للطفل ليختار منها .

مساعدة الطفل على ملاحظة أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بين الأشياء .

الاستمرار في قراءة الكتب المصورة والمشاركة في الغناء ومشاهد الفيديو وتأدية

المتاهات البسيطة .



تشجيع الطفل على تنويع أنماط اللعب .

مرحلة ما قبل المدرسة المتأخرة (42-60 شهراً) .

ممارسة كل الأنشطة المقترحة لمرحلة ما قبل المدرسة المبكرة .

تشجيع الطفل على التجميع والتصنيف .
 تشجيع الطفل على تطوير أشكال جديدة من اللعب .
 تشجيع الطفل على كتابة الأحرف .
 استخدام الأناشيد والألعاب البسيطة لمساعدة الطفل على ملاحظة الأصوات
 المتشابهة .

2-النمو المفاهيمي :

إن من الأهمية بمكان أن يكون لدى الطفل المعوق الوعي الكافي لجسمه
 ولل فراغ . فهذا ضروري لتعلم المفاهيم الأخرى ومنها :



- أكبر ————— أصغر
- داخل ————— خارج
- فوق ————— تحت
- يمين ————— يسار
- أعلى ————— أسفل
- أمام ————— وراء
- ناعم ————— خشن

تقويم استراتيجيات التعلم

تتعلق استراتيجيات التعلم بكيفية استخدام الطفل لقدراته في عملية التعلم .
 انها الطرق التي يستخدمها للتعامل مع المعلومات من حيث اكتسابها ، وتكاملها ،
 وتخزينها ، واسترجاعها . فمن الممكن أن يكون لدى الطفل قدرات عالية ولكن
 استراتيجيات التعلم التي يستخدمها غير فعالة . ولهذا ، لا يكفي أن يقتصر التقويم

على قياس قدراته العامة وقدراته الخاصة ، ولكن لا بد من تقويم استراتيجيات التعلم أيضاً .

وفي هذا الشأن ، يقترح ميكولوفلين ولويس (Mclaughlin of Lewis, 1981) تقويم استراتيجيات التعلم التي يستخدمها الطفل من خلال مقابله بهدف تحديد طرق تنظيمه للمعلومات والطرق التي يستخدمها لحفظها وفهمها .

تقويم السلوك الصفّي

عندما نتحدث عن السلوك الصفّي فنحن نعني قدرة الطالب على التعامل بشكل مناسب مع متطلبات العمل المدرسي بشكل عام . ومن العوامل التي تؤثر على استعداد الطالب للتعامل مع هذه المتطلبات ما يلي :

1- الاتجاهات نحو المدرسة :

يؤثر شعور الطفل واتجاهاته نحو المدرسة إلى حد كبير في أدائه . وقد يواجه الطالب مشكلات وصعوبات في الأعمال المدرسية . ونتيجة لذلك قد تتطور لديه اتجاهات سلبية نحوها . ولهذا يجب أن يقوم المعلم بأراء واتجاهات الطلاب نحو البرنامج التربوي ، ونحو المعلمين ، والزملاء .



2- مفهوم الذات :

هناك عدة طرق لتقويم مفهوم الذات . فبإمكان المعلم أن يقابل الطالب ويسأله عن شعوره نحو نفسه ، أو أن يستخدم مقاييس معينة كمقياس تينيسي لمفهوم الذات .

3- الأداء المستقل :

كذلك يجب تقويم قدرة الطالب على تأدية الأعمال المدرسية بشكل مستقل ويتم ذلك من خلال ملاحظة الطالب في المواقف التعليمية المختلفة .

4-سلوك الدراسة :

حتى ينجح الطالب في العمل المدرسي يجب أن تكون لديه مهارات التحضير والدراسة المناسبة . ومن هذه المهارات :



أ- تقبل المهمات التي يطلبها منه المعلمون .

ب- إنهاء الواجبات المدرسية في فترة زمنية مناسبة .

ج- العمل المنظم والصحيح .

د- المشاركة في النشاطات الجماعية .

وهكذا ، فالاستعداد للتعلم المدرسي مفهوم متعدد الأوجه ، وهو محصلة لعوامل كثيرة ومتداخلة . فمقدرة الطالب على الاستفادة من الخبرات التعليمية المختلفة محصلة لقدراته العامة ، وقدراته الخاصة ، واستراتيجيات التعلم التي يستخدمها ، ودافعيته للتعلم ، ومستواه النمائي الوظيفي . وعندما لا يتوافر لدى الطفل الاستعداد للتعلم فهو إما أن يخفق اخفاقاً كاملاً وإما أن يتعلم ببطء وبشكل غير فعال . ولهذا لا بد من تقويم مدى استعداد الطالب للتعلم . ورغم تعدد الوسائل التي يمكن استخدامها للكشف عن الاستعداد للتعلم ، تبقى الاختبارات من أهم هذه الوسائل . والاختبارات إما أن تقيس قدرات عامة وإما أن تقيس قدرات ومهارات محددة . ولهذا ، يجب توخي الحذر في تفسير النتائج وذلك يعتمد على الأهداف المرجوة من عملية التقويم .



الفصل التاسع

المهارات الإدراكية والحركية

المهارات الإدراكية

تختلف المهارات المعرفية عن غيرها من المهارات التي يقوم بها الأطفال من حيث كونها غير قابلة للملاحظة المباشرة وإنما يتم التنبؤ بها أو التخمين عنها بناء على السلوك الملاحظ الذي يظهره الأطفال . فقدرة الطفل على التمييز بين الكبير والصغير مثلاً تقاس لا من خلال الملاحظة المباشرة للمفهوم وإنما من خلال قيام الطفل بالاستجابة التي تدل على تطور هذا المفهوم لديه . فما هي الاستجابات أو العمليات المعرفية التي تدل عليها؟

1- الانتباه : وهو يتضمن الاستجابة للمعلومات الحسية بشكل نشط . وبما أن الطفل يتعرض لمثيرات حسية (سمعية ، بصرية ، شمية ، لمسية) مختلفة لا يستطيع الاستجابة لها جميعاً في الوقت نفسه ، فهو يستخدم ما يسمى بالانتباه الانتقائي والذي يعني التركيز والاهتمام بالمثيرات المهمة وتجاهل أو عدم الانشغال بالمثيرات غير المهمة .

ومن خصائص الأطفال الصغار في السن الانتباه لفترات وجيزة . وغالباً ما يوجه انتباههم نحو الإثارة الشديدة (الألوان الفاقعة ، الصوت العالي ، إلخ) . ومع تقدم العمر فهم يصبحون أكثر قدرة على التركيز على المثيرات ذات العلاقة بالمهام التي يقومون بتأديتها . ويجمع الباحثون على أن الانتباه ضروري لتطور المهارات المعرفية الأخرى .

2- التذكر : وهو القدرة على استدعاء المعلومات التي تم تخزينها في الدماغ في

الماضي والقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة وربطها بالمعلومات المتوفرة أصلاً .
والذاكرة الإنسانية نوعان رئيسيان هما الذاكرة قصيرة المدى (وهي ذات طاقة محدودة
ولفترة زمنية قصيرة جداً) . والذاكرة طويلة المدى (وهي ذات طاقة كبيرة جداً)
ويستخدم الأطفال ثلاث استراتيجيات للتذكر وهي الممارسة باستخدام العوامل
اللفظية الوسيطة والتخيل وتنظيم المعلومات .

3-الادراك : وهو تفسير المعلومات الحسية فالإدراك هو عملية بناء وإعطاء معنى
لما تم استقباله من معلومات عبر الأعضاء الحسية . إنه وظيفة أساسية يقوم بها دماغ
الإنسان .

4-التمييز : وهو التفريق بين مشيرين أو أكثر . إنه يتضمن جميع الأشياء
المتشابهة أو المطابقة بينها وفصل الأشياء غير المتشابهة .

5-التصنيف : وهو يشير إلى تكوين مجموعات من الأشياء بناءً على العلاقة
التي تربط بينها (كالوظيفة مثلاً) أو الخصائص المشتركة فيما بينها وغير ذلك .

6-التعليل : وهو توظيف التعلم السابق لحل المشكلات الحالية أو للتوصل إلى
تعميمات مفيدة وإتخاذ قرارات ذات معنى .

وفيما يلي عرض سريع لأهم التطورات المعرفية التي تحدث في السنوات الست
الأولى من العمر (Bailey & Wolery, 1992) :

في الشهر الأول من العمر ، يكون سلوك الطفل إنعكاسياً (مجرد رد فعل
لمثيرات بيئية خارجية أو عضوية داخلية) كما هو الحال بالنسبة لإنعكاس أو استجابة
المص والقبض . وفي هذا العمر يعي الطفل التغيرات في الأشكال والأصوات . أما
في المرحلة العمرية من (1-4) شهور فالقدرات الإدراكية للطفل تتطور وكذلك تتطور
الذاكرة البصرية المتعلقة بالتعرف على الأشياء . ويبدأ الطفل بالابتسام الاجتماعي
ويظهر قدرات أولية على تأدية الوظائف الحسية المتكاملة (كالنظر إلى اللعبة ومد يده
نحوها ليمسكها) .



وفي المرحلة الثالثة التي تمتد من (4-5) شهور يبدأ الأطفال بفصل أنفسهم عن بيئتهم ويبدأون أيضاً بتأدية أفعال مقصودة موجهة نحو الأشياء من حولهم . وفي هذه المرحلة أيضاً يتطور فهم الأطفال للعلاقات بين الوسيلة والغاية ، وثبات الموضوعات ، والفراغ ، والوقت . وفي الشهور الأربعة الأخيرة من السنة الأولى (8-12) شهراً تتطور عدة قدرات لدى الطفل من أهمها وأبلغها أثراً على نموه مفهوم ثبات الموضوعات والذي يعني أن الطفل يصبح قادراً على إدراك أن اختفاء الشيء لا يعني زواله .

وفي النصف الأول من السنة الثانية تتطور قدرات معرفية متنوعة مثل تطور فهم العلاقات السببية (الأسباب والنتائج) ، والوسائل والغايات ، والتقليد (التعلم بالملاحظة) واختيار الوسائل البديلة . وتتطور الذاكرة الاستدعائية والقدرة على التقليد وتمثل أفعال الراشدين في النصف الثاني من السنة الثانية .

وأما في المرحلة العمرية (2-6) سنوات فتتطور لدى الأطفال بنى معرفية داخلية لتمثل الأشياء والأشخاص في البيئة حتى وهم غائبون عن النظر . وفي هذه المرحلة أيضاً تتطور القدرة على التعليل وربط حادثتين أو شيئين معاً لأنهما متشابهان في بعد ما . ولكن الأطفال في هذه المرحلة العمرية يخطئون في المفاهيم التي يطوروها حول الأشياء والناس لأن تعليلهم حدسي أكثر منه منطقي . وهم لا يستطيعون الانتباه لأكثر من بعد واحد عند تصنيف الأشياء إلى مجموعات .

هذا وتجدر الإشارة هنا إلى أن دور الطفل في الشهور الستة الأولى من العمر مهم في تحديد طبيعة التفاعلات الاجتماعية معه . وهذا الدور يتمثل أساساً بالابتسام والبكاء . كذلك فإن دور الطفل الرضيع عموماً دور نشط في التفاعل مع الأم . وهو يفعل ذلك بالنظر إليها وتقليد أفعالها . أما في النصف الثاني من السنة الأولى من العمر فتتطور لدى الطفل مهارات معرفية تلعب دوراً مهماً في تشكل القدرات الاجتماعية . ومن تلك المهارات فهم ثبات الموضوعات الذي يعتقد أنه بالغ الأهمية بالنسبة لتطور سلوك التعلق . والتعلق يظهر عادة عندما يبلغ الطفل الشهر السابع من



العمر تقريباً حيث يرتبط عاطفياً بقوة مع أمه أو مع الأشخاص الذين يقومون على تلبية حاجاته .

وفيما يتعلق بالتأثيرات المحتملة للإعاقات المختلفة على النمو المعرفي فهي متفاوتة بشكل ملحوظ . فالأطفال ذوو الصعوبات التعليمية وذوو الإضطرابات السلوكية لا يعتقد عموماً أن لديهم ضعفاً معرفياً ، وأما التخلف العقلي مثلاً فهو تعريفاً إنخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة . وبالنسبة للإعاقات الحسية (السمعية والبصرية) والجسمية فهي تترك بعض التأثيرات المحددة على تطور المفاهيم وأساليب حل المشكلات لأنها تفرض قيوداً على قدرة الإنسان على التفاعل مع بيئته .



أساليب تدريب المهارات الإدراكية

1- لا تتوقع أن تتطور المهارات المعرفية لدى الأطفال وبخاصة المعوقين منهم دون توفر بيئة غنية ومثيرة . فهذه المهارات لا تحدث تلقائياً ولكن لا بد من تهيئة الفرص المناسبة لحدوثها . وذلك يعني استخدام المواد والنشاطات التي تجذب انتباه الطفل . فإذا لم يكن النشاط مشوقاً للطفل فهو لن ينتبه والانتباه كما أشرنا سابقاً شرط رئيسي لحدوث التعلم . وبالنسبة للأطفال المعوقين فذلك غالباً ما يعني زيادة مستوى شدة المثير .

2- طور لغة الطفل إلى أقصى ما تسمح به قابلياته فثمة علاقة وطيدة بين النمو اللغوي والنمو المعرفي .

3- دع الطفل يختار النشاطات ووفر له الفرص الكافية للاستشكاف ، فمثل هذه الممارسة مهمة للغاية لتطور المهارات المعرفية .

4- اطرح أسئلة على الطفل فهذه الطريقة تزيد مستوى شعوره بالأهمية وعزز انجازاته ووفر له الفرص ليمارس حل المشكلات في مواقف تنطوي على التحدي .

5-استخدم النمط التعليمي المفضل بالنسبة للطفل . فإذا كان يتعلم جيداً من خلال حاسة السمع زوده بالمثيرات السمعية . وإذا كان تعلمه أفضل عبر حاسة البصر فوفر له اثارة بصرية مكثفة ، وهكذا .

6-وأخيراً فإن النشاطات التعليمية التي يشتمل عليها المنهاج إنما هي جميعاً نشاطات تشجع النمو المعرفي . واستناداً إلى ذلك ، يجب تنظيم البرنامج التربوي بحيث تسهل عملية تحقيق الأهداف المعرفية (Bailey & Wolery, 1992) .



تعليم التقليد للأطفال الصغار في السن

يتعلم الناس جميعاً العديد من المهارات من خلال ملاحظاتهم . وهذا التعلم بالمحاكاة أو ما يعرف بإسم النمذجة يحدث عفويّاً . أما لدى الأطفال المعوقين فهو لا يحدث بدون تدريب مخطط له في كثير من الأحيان . ولذلك فإن القائمين على تربية هؤلاء الأطفال بحاجة إلى تعرف عملية النمذجة وكيفية استخدامها في تعليمهم . فما هي النمذجة؟ وكيف تتطور؟ وما أفضل السبل لتعليمها للأطفال المعوقين الصغار في السن؟

النمذجة تعريفاً هي القيام باستجابة تشبه استجابة تمت مشاهدتها أو ملاحظتها سابقاً ، والسبب في حدوثها هو الملاحظة السابقة تلك . وإذا كان من السهل تحديد ما إذا كانت الاستجابة تشبه الاستجابة السابقة فمن الصعب تحديد ما إذا كانت الاستجابة ناتجة عن الاستجابة السابقة . ومهما يكن الأمر ، فالمهم على الصعيد العملي هو تهيئة الفرص اللازمة للأطفال لتقليد الاستجابات التي يشاهدونها . وذلك يتطلب البرمجة الهادفة والمخطط لها للتأثير على سلوك الطفل إما من خلال تعليمه سلوك جديد لا يستطيع القيام به حالياً ، أو اضعاف سلوك غير مناسب يقوم به ، أو تدعيم سلوك يقوم به ولكن بمعدل منخفض .

وتتطور عملية النمذجة على مراحل إذ أنها تتمثل في الاستجابات البسيطة في

البداية وفي الاستجابة المعقدة في النهاية . فسلوك الأطفال حديثي الولادة يتشكل في معظمه من ردود فعل إنعكاسية على الرغم من أنه قد يبدو سلوكاً ناتجاً عن التقليد أحياناً . فالمواليد الجدد يبكون عندما يبكي الأطفال الآخرون من حولهم ويظهر عليهم تعبيرات وجهية تحاكي الابتسام عندما يبتسم الآخرون لهم .

وبالرغم من أن الدراسات فشلت في إيضاح ما إذا كان الأطفال حديثو الولادة قادرين على التقليد الحقيقي إلا أن ثمة اجماعاً في الرأي على أن مرحلة النمو العمرية هذه تشكل القاعدة التي يتطور التقليد منها . وفي الشهور الأربعة الأولى من العمر يبدأ الأطفال بإظهار استجابات تدل على التقليد الفعلي وبخاصة على المستوى اللفظي . فصوت الأم مثلاً يعمل بمثابة مشير يهيبء الفرص لحدوث صوت الطفل ، وتقليدها الفوري لصوت طفلها يحثه على تكرار الصوت وإعادة أصوات كان قد سمعها في الماضي (Bailey & Wolery, 1992) .

وعندما يكون عمر الطفل بين الشهر الرابع والشهر الثامن تتطور قدرته على التقليد بشكل ملموس ، وإن كان التقليد مقتصرأ على الأصوات والأفعال التي تمت ملاحظتها سابقاً . وما بين الشهر الثامن والشهر الثاني عشر من العمر يبدأ الطفل بتقليد الحركات والأهم من ذلك أنه يبدأ بتأدية استجابات لم يظهرها في السابق . وهذه المرحلة بالغة الأهمية بالنسبة للتعلم بالحاكاة لأنها تشتمل على تطور قدرة الطفل على التعلم الفعال من خلال ملاحظة الآخرين . وما بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر يبدأ الطفل بتقليد أنماط جديدة من السلوك بما فيها الأنماط التي يصعب عليه مشاهدتها عندما يقوم بها .

وأخيراً تتطور قدرة الطفل على التقليد الرمزي عندما يكون عمره بين (18) و (24) شهراً . فهو يصبح قادراً على إظهار مهارات التقليد المؤجل ومثل هذه المهارات تعكس تطوراً معرفياً مهماً إذ أنها تتطلب التذكر وتعمل بمثابة قاعدة أساسية لتطور اللغة والتفكير لدى الأطفال . لقد تمت الإشارة إلى أن الأطفال العاديين يقلدون الآخرين

بطريقة عفوية تلقائية ، وأما الأطفال المعوقون فهم غالباً ما يخفقون في تقليد الناس من حولهم . وما يعنيه ذلك هو عدم توقع قيامهم بالتقليد بدون تدريب وتعليم . وعليه فقد طورت عدة مناهج لتعليم مهارات التقليد للأطفال المعوقين . وبوجه عام ، يجب استخدام الخطوات التالية لتحقيق هذا الهدف :



1- القيام بتقليد الطفل :

تبين البحوث العلمية أن الخطوة التمهيديّة لتعليم الأطفال مهارات التقليد تتمثل في تقليد أصواتهم وحركاتهم وتعبيراتهم . فمثل هذا الأسلوب يعزز الطفل ويزوده بخبرة مهمة .

2- تزويد الطفل بنماذج تتناسب ومستوى نموه

وهذا يتطلب معرفة القدرات التي يتمتع بها الطفل من جهة والتطور المتسلسل للتقليد الذي تم توضيحه قبل قليل .

3- مساعدة الطفل عند الحاجة لحثه على التقليد

وذلك قد يشمل استخدام التوجيه اليدوي والجسدي أو اللفظي إذا كانت قدرات الطفل تسمح بذلك . كذلك يمكن توظيف عدة أدوات كالمرآة مثلاً إذا كان الهدف تعليم الطفل تعبيرات وحركات مختلفة لا يستطيع مشاهدة نفسه أثناء تأديته لها .

4- جعل التقليد خبرة سارة ومعززة

فالتقليد يجب أن يكون ممتعاً للطفل ويجب أن يحدث في أوقات مناسبة . فعلى سبيل المثال ، ليس من الحكمة تعليم الطفل كيف يقلد عندما يكون جائعاً أو وهو يبكي ولكن تعليمه هذه المهارات وهو يقظ ومتحفز أمر مناسب تماماً ، كذلك يجب تعزيز الطفل بالابتسام والتربيت والطعام والشراب وما إلى ذلك عندما يقوم بتقليد الاستجابات المطلوبة .

ومن المعروف أن النمو المعرفي ليس منفصلاً عن مظاهر النمو الأخرى كالنمو اللغوي والاجتماعي والانفعالي . فمظاهر النمو المختلفة متداخلة يؤثر كل واحد منها بالمظاهر الأخرى ويتأثر بها . والمهارات المعرفية بما تتضمنه من استجابات معقدة موجهة نحو حل المشكلات تمكن الأطفال من فهم العلاقات بين الأشياء وتجعلهم قادرين على تذكر الخبرات ومقارنتها وتوظيفها في حياتهم اليومية .

ولعل المفهوم الرئيسي الذي قامت عليه النظرية التطورية لجان بياجيه (Piaget) هو أن بنية العقل عند الطفل تتطور من خلال التفاعلات الحسية والحركية النشطة مع البيئة . ومن خلال هذه التفاعلات يصبح الأطفال قادرين على التنبؤ بسلوك الأشخاص والأشياء من حولهم .

وبفعل التفاعلات المتكررة والمتنوعة تتغير إدراكات الطفل وأنماط تفكيره . واستناداً إلى بحوث علمية مستفيضة ، خلص بياجيه إلى أن النمو المعرفي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة يتطور عبر مرحلتين (أنظر الجدول رقم 9-1) .



الجدول رقم (9-1)
مراحل النمو المعرفي في الطفولة

المرحلة	العمر التقريبي بالسنوات	الخصائص
الحسية الحركية	منذ الولادة إلى السنة الثانية من العمر .	يميز الطفل نفسه عن الأشياء المحيطة ، ويبحث عن الاثارة ويدرك أن اختفاء الشيء من أمامه لا يعني أنه اختفى من الوجود فهو يبحث عنه . ويتطور لديه معرفة أولية بالأسباب والزمن والفراغ ، ويكتشف طرائق جديدة لتحقيق أهدافه ، وتنشئ لديه أنماط اللعب التخيلي والتفكير الرمزي .
ما قبل العمليات	2-6	تتطور قدرة الطفل على التعبير واستخدام اللغة الرمزية ، وتنشئ لديه استراتيجيات حل المشكلات حدسياً ، ويتميز تفكيره بالتمركز حول الذات ، وتظهر لديه القدرة على التفكير بالأشياء كمجموعات تربطها علاقات معينة .

وطوال العصور الوسطى ، كان الاعتقاد السائد هو أن قدرات الإنسان الابداعية وخصائصه النمائية محددة منذ لحظة الولادة بفعل العوامل الوراثية وأنه لا دور يذكر للبيئة في ذلك . ولم تبدأ هذه النظرة بالتغير إلا بعد منتصف القرن السادس عشر عندما انبثقت حركة فلسفية أكدت إمكانية تطوير القابليات الإنسانية ورعايتها . وكان من بين الرواد الأوائل في هذا المضمار جون لوك (John Locke) وجان جاك روسو (Jean Jacques Rousseau) وجوهان بستالوزي (Johann Pestalozzi) وفريدريك فروبل (Friedrich Froebel) . على أن تغييراً جوهرياً لم يحدث قبل منتصف القرن العشرين . فمنذ نهاية عقد الأربعينات وبداية عقد الخمسينات لم يعد أحد من المهتمين بنمو الإنسان وتعلمه يشك في حقيقة أن التطور إنما هو نتاج تفاعلات تبادلية تشكل من خلالها الخبرات والظروف البيئية القابليات البيولوجية الوراثية للأسوأ أو للأحسن . وقد لا يكون ثمة مبرر حقيقي للخوض في جدلية الوراثة - البيئة ذلك أن كل إنسان لا يملك في الوقت الراهن على الأقل الوسائل لتغيير البنية الوراثية وبالتالي فلا خيار سوى تغيير البيئة . وفي ذلك مبرر قوي للاهتمام بثقافة الطفل وتربيته ببعديهما المعنوي والمادي حيث أنهما يشكلان عنصراً حاسماً وحيوياً من عناصر البيئة التي ترسم ملامح سلوكه وشخصيته .

وليس من شك في أن قدرة الإنسان على التعلم في مرحلة الطفولة تفوق توقعات الكثيرين ولكن ذلك لا يبرر خروج البعض باستنتاجات لا أساس لها في البحث العلمي . ومن الأمثلة على إساءة فهم ما تنطوي عليه نتائج الدراسات العلمية ادعاء بعض الكتاب بأن الأطفال يستطيعون اكتساب مهارات معرفية ولغوية معقدة جداً وأن ما يحول دون اكتسابهم لتلك المهارات هو عدم قيام الآباء والمعلمين بتزويد الأطفال بالخبرات المناسبة والبرامج التعليمية والتثقيفية الكافية . وكان من بين النتائج المترتبة على ذلك الاعتقاد الدعوة الى برامج إثارة الاطفال الرضع (Infant Stimulation Programs) باعتبارها قادرة على أن تجعل كل شيء ممكناً . وهذا إدعاء لا تدعمه الأدلة العلمية ، فالقدرات المعرفية للأطفال ، وإن كانت أكبر مما كان

يعتقد عنها في السابق ، تبقى محدودة اذ ليس هناك ما يدعم مقولة أن الاثراء التربوي والثقافي المكثف جداً في مرحلة الطفولة المبكرة يترك تأثيرات ايجابية طويلة المدى .



الجدول رقم (9-2)
النمو المعرفي / الإدراكي
الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يزيل قطعة قماش توضع على وجهه ليتمكن من الرؤيا
2-	يهز الألعاب الصغيرة التي تصدر الأصوات
3-	يقلد الائماءات الجسمية (يلوح للوداع)
4-	يضع أشياء صغيرة في وعاء ويخرجها منه
5-	يبحث عن شيء يتم إخفاؤه وهو ينظر

الفئة العمرية (12 - 24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	لديه قدرة محدودة على الإنتباه
2-	يتعلم من خلال الاستكشاف الذاتي
3-	يعرف الفرق بين «أنا وأنت»
4-	يفهم معنى «على» ، «تحت» ، «في»
5-	يخرج عدداً قليلاً من المكعبات من وعاء
6-	يشير إلى نفسه عندما يسأل عن اسمه

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يستجيب للتعليمات البسيطة
2-	يستمتع بالنظر للكتب المصورة
3-	يتحدث قليلاً عما يفعله
4-	يقلد أفعال الراشدين
5-	تتطور قدرته على فهم وظائف الأشياء (مثل : الملعقة للأكل)
6-	يعرف الأجزاء والكل
7-	يتعلم من خلال توجيه الراشدين له
8-	يتعرف على نفسه في المرآة

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يطابق بين لونين أساسيين أو أكثر
2-	يرتب الخرز أو المكعبات حسب الحجم
3-	يتعلم من خلال تقليد وملاحظتهم الآخرين
4-	تتطور قدرته على فهم وظائف الأشياء ويصنفها إلى مجموعات
5-	يعرف عمره
6-	يعرف إسم عائلته
7-	يصبح على وعي بالفروق بين الحاضر والماضي
8-	يرسم صورة ذات ملامح واضحة نسبياً
9-	يطرح أسئلة للحصول على معلومات

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يسمى (4-6) ألوان
-2	يتلاعب بالكلمات (يقول كلمات لها نفس الإيقاع أو الصوت)
-3	يطابق بين صور الأشياء المألوفة (مثل الجوارب والحذاء ، البرتقال والتفاح)
-4	يرسم صورة واضحة ويسمي أجزائها
-5	يعد إلى رقم (10)
-6	يعرف اسم البلدة التي يقطن فيها
-7	تتطور قدرته على معرفة وظائف الأشياء وعلى معرفة مفاهيم الزمن بوضوح
-8	قدرته على الانتباه والتركيز تتحسن كثيراً
-9	يطابق بين أربعة ألوان أساسية



الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يعرف بعض الأحرف والأرقام
-2	يعد إلى رقم (20) أو أكثر
-3	يصنف الأشياء تبعاً لصفة واحدة (مثلاً : حسب اللون ، الشكل ، الحجم)
-4	يستخدم أدوات غرفة الصف جيداً
-5	يميز بوضوح بين الماضي والحاضر
-6	يعيد سرد القصص من الكتب المصورة
-7	يعرف معاني أطول ، أقصر ، أكبر ، أصغر ، الخ
-8	يعرف القطع النقدية
-9	يعرف المربع والدائرة
-10	يطابق بين (10) من أصل (12) لون

الجدول رقم (9-3)
التسلسل النمائي لمهارات القراءة

الرقم	الفقرة
1-	يغني أغنية الحروف الأبجدية
2-	يقول الحروف الأبجدية
3-	يميز بين الخطوط المستقيمة والمنحنية
4-	يميز الخطوط المائلة (القطرية)
5-	يدرك أن الحروف تختلف عن بعضها البعض
6-	يعرف اسمه عندما يكون مكتوباً على ورقة
7-	يستطيع قراءة الأحرف
8-	يستطيع إعطاء أصوات الأحرف التي يراها
9-	يستطيع إعطاء أصوات الأحرف التي يسمعها
10-	يعطي اسم الحرف الذي يسمع صوته
11-	يستطيع سماع صوت الحرف والاشارة الى شكله
12-	يتعرف على الأصوات الساكنة في بداية الكلمات المنطوقة
13-	يتعرف على الأصوات الساكنة في نهاية الكلمات المنطوقة
14-	يدرك الفروق بين الأصوات الطويلة والقصيرة (مثل الضمة والواو، والكسرة والياء، الخ).
15-	يستطيع مزج الأصوات في كلمات كاملة
16-	يستطيع حذف أصوات محددة من الكلمات التي يسمعها ويقول الكلمة الناتجة
17-	يدرك الأصوات المدموجة في الكلمات التي يسمعها
18-	يدرك الأصوات المدموجة في الكلمات التي يراها
19-	يفهم الفكرة الرئيسية في القطعة المقروءة
20-	يتذكر الحقائق بشكل متسلسل
21-	يميز بين الحقائق والآراء



الجدول رقم (4-9)
التسلسل النمائي لمهارات التهجئة

الرقم	الفقرة
-1	يعرف معنى أن يتبع شيء شيئاً آخر
-2	يستطيع إعادة مقاطع صوتية وكلامية بسيطة
-3	يلفظ الكلمات بشكل مناسب
-4	يستطيع أن يتعرف بصرياً على الفروق بين الأحرف المتشابهة بالنظر
-5	يستطيع أن يتعرف بصرياً على الفروق بين الكلمات المتشابهة بالنظر
-6	يميز اليمين واليسار بالنسبة لنفسه
-7	يميز اليمين واليسار بالنسبة للأشياء من حوله
-8	يستطيع تسمية الأحرف بنجاح
-9	يستطيع كتابة اسمه
-10	يتذكر عنوانه ورقم هاتفه
-11	يتذكر الكلمات التي تعلم قراءتها
-12	يستطيع كتابة الكلمات عندما يتم تهجئتها شفهاً له
-13	يستطيع الاستماع لمجموعة أحرف ومن ثم كتابة كلمة من الذاكرة
-14	لديه قدرة على تهجئة بعض الكلمات
-15	يكتب جملاً لوحده
-16	يكتب قصصاً قصيرة
-17	يتذكر كلمات التهجئة التي تم اختباره فيها



المهارات الحركية

تدريب المهارات الحركية للأطفال المعوقين هو مساعدتهم على إكتساب المهارات التي ستسهل عليهم عملية التعلم والتي ستقود إلى حياة مستقلة بناء على ما تسمح به قدراتهم . وهناك إتفاق على أن جميع الأطفال المعوقين بغض النظر عن شدة إعاقاتهم يستفيدون من البرامج الحركية . إضافة إلى ذلك ، فيما أن تعلم المهارات الحركية يتم وفقاً لمبادئ التعلم العامة ، فلا بد من استخدام هذه المبادئ لتعليم المهارات الحركية (Bailey & Wolery, 1992) .

إن الأطفال يتعلمون تعليماً كبيراً في المراحل العمرية المبكرة . لذا يجب تشجيعهم على الحركة والاستكشاف ولكن دون أن يتعرضوا للمخاطر . فهم بحاجة إلى أن يتعلموا في بيئة متفهمة ومحبة . وهم بحاجة إلى التوجيه والتلقين ليلعبوا . كذلك فقد لا يكون لديهم الدافعية للتعلم الحركي كغيرهم من الأطفال . لذلك يجب أن يشجعهم الآباء والمعلمون ويشنوا على محاولاتهم . والمهارات لدى الأطفال تتطور بفعل الخبرة والتجريب . فالممارسة المتكررة ضرورية لأنها تعدل الأنماط السلوكية والحركية ذلك أن الأطفال يستفيدون من خبراتهم السابقة .. والمهارات الحركية اللازمة تعتمد على المرحلة العمرية للطفل . وفي مرحلة الطفولة المبكرة تتضمن المهارات الحركية المهمة : التوازن ، القوة ، المرونة الحركية ، التحمل ، القدرة على التنقل والحركة ، والوعي الجسمي . وينبغي مراعاة الأمور التالية في البرامج التدريبية المصممة لتنمية المظاهر النمائية الحركية لدى الأطفال المعوقين :

1- يجب ملاحظة فترات الاستعداد النمائي لدى الطفل والانتقال تدريجياً من مهارة إلى أخرى .

2- يجب أن تكون البيئة التعليمية سارة وتبعث على الراحة والرضا . فالأطفال يواظبون على المهارات إذا كانت تستثير اهتمامهم وإذا كانوا ينجحون بتأديتها .

3- الممارسة ضرورية ولكنها لا تكفي ، فهي ليست ضماناً للنجاح ، ولذلك

يجب تزويد الأطفال المعوقين بتغذية راجعة تصحيحية . والمعلومات يجب تقديمها فوراً وبدقة .

4- إن تعلم المهارات الحركية يحدث تدريجياً ويتم على شكل إنجازات صغيرة في الأداء يرافقها حذف للحركات غير الهادفة . وبعد تعلم المهارة ، يجب إتاحة الفرص للاستمرار بتأديتها .

5- يجب أن يكون التعلم موجهاً نحو أهداف محددة . ويجب أن تكون الأهداف السلوكية محددة مسبقاً .

6- يجب أن يشارك الأطفال بفعالية في تعلم المهارات الحركية . فالإيضاح والممارسة اللفظية أو العقلية غير فعالة إذا لم يصحبها أداء فعلي .

7- قد يساعد التلقين اللفظي والبصري والجسدي في تعلم المهارات الحركية .

8- إن التعزيز الإيجابي بالغ الأهمية في تعلم المهارات الحركية ولذلك يجب توظيفه بفعالية وثبات (Bricker & Cripe, 1992) .

هذا ومن غير المتوقع أن تكون كل المهارات الحركية ملائمة أو ضرورية لكل طفل . ولذلك يجب على الأخصائيين والآباء تحديد المهارات المناسبة لكل طفل على حدة . وذلك يتم تحقيقه من خلال تحليل مستوى الأداء الحالي للطفل من حيث مواطن القوة ومواطن الضعف . وإذا لم يتعرف الأخصائيون والآباء على ما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع عمله فهم قد يحددون مهارات كان الطفل قد تعلمها سابقاً أو مهارات هو غير مستعد لتعلمها حالياً .

ويُقترح أن يقرأ الأخصائي أو الوالدان جميع المهارات التي يتضمنها هذا الجزء . وعند الوصول إلى مهارة لا يستطيع الطفل القيام بها يقترح وضع دائرة حول رقم تلك المهارة لتشكيل نقطة البداية في تدريب الطفل . ويقترح أيضاً أن يكون التدريب مبرمجاً وهادفاً وأن يتم وفقاً لجدول نشاطات يومي . فبالنسبة للمهارات الحركية

الكبيرة ، يمكن أن يتم التدريب في أوقات تخصص للعب أو النشاط الحر . أما بالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة ، فمن الممكن أن يتم التدريب بشكل موزع في جدول النشاطات اليومي في أوقات مخصصة لتنمية وتطوير تلك المهارات وفي أوقات أخرى مخصصة لمهارات العناية بالذات وغير ذلك .



الجدول رقم (9-6)

1- المهارات الحركية الكبيرة

الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يرفع رأسه وهو ملقي على بطنه
2-	يرفع جسمه متكئاً على ذراعيه وهو ملقي على بطنه
3-	يدير رأسه وعينه بكل الاتجاهات
4-	يجلس بدون مساعدة
5-	يقلب جسمه بجميع الأوضاع
6-	يدير رأسه وعينه إلى اليمين واليسار
7-	يزحف على بطنه وعلى أطرافه الأربعة
8-	يقف بمساعدة
9-	يمشي وهو مستند إلى الأثاث
10-	يقلد الكبار برمي الكرة

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يقف بدون مساعدة
-2	يرمي الكرة إلى الأمام
-3	يركل الكرة إلى الأمام
-4	يمشي ويقف دون أن يفقد توازنه
-5	يحمل أشياء كبيرة نسبياً ويمشي
-6	يسحب ويدفع الألعاب
-7	يقفز
-8	يصعد الدرج بدون مساعدة
-9	ينزل الدرج وأحد الكبار يمسك بيده
-10	يركض دون أن يستطيع التغلب على الحواجز
-11	يمشي إلى الخلف وإلى الجانبين



الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يصعد وينزل الدرج دون مساعدة
-2	يقف على قدم واحدة
-3	يلتقط لعبة عن الأرض دون أن يسقط
-4	يركض جيداً إلى الأمام
-5	يقفز قفزة واسعة نسبياً
-6	يقود دراجة هوائية ذات ثلاث عجلات لمسافات قصيرة
-7	يمشي على رؤوس أصابع القدمين

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يصعد الدرج مستخدماً قدميه بالتناوب
2-	يمشي على خط مستقيم
3-	يركض متخطياً الحواجز
4-	يقفز عن حاجز ارتفاعه 15 سم
5-	يمسك بالكرة إذا رميت له
6-	يرمي الكرة مستخدماً كتفيه ومرفقيه
7-	يقفز على قدم واحدة مرتين أو أكثر
8-	يقف على قدم واحدة لعدة ثواني



الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقف على قدم واحدة لمدة خمس ثواني أو أكثر
2-	يمشي على لوحة توازن دون أن يفقد توازنه
3-	يقفز إلى الأمام عشر مرات دون أن يسقط
4-	يمشي إلى الخلف باتقان
5-	يركض على رؤوس أصابع القدمين
6-	يتسلق الأشجار والسلالم

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يتشقلب من على شيء ارتفاعه 15 سم
2-	يقود دراجة هوائية ذات عجلتين
3-	يحمل أشياء بكلتا يديه أثناء نزول الدرج
4-	يقف على الكعب وعلى أصابع القدمين
5-	يقف على قدم واحدة لمدة عشرة ثوان
6-	يقفز عن حبل ارتفاعه 15 سم
7-	يركل الكرة بقدمه



2- المهارات الحركية الدقيقة
الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	ينقر نقرة إيقاعية
2-	ينقل الأشياء من يد إلى اليد الأخرى
3-	يغلق قبضة يده
4-	يغلت الأشياء لا إرادياً
5-	يفتح اليدين معظم الوقت
6-	يمسك الأشياء براحة اليد
7-	يفلت الأشياء من يديه إرادياً

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يمسك لعبتين صغيرتين في يد واحدة
2-	يفلق الصناديق الصغيرة
3-	يضع عدة مكعبات في وعاء
4-	يبني برجاً من ثلاثة مكعبات
5-	يضع ثلاث أو أربع حلقات على عمود خشبي
6-	يقلب صفحات الكتاب كل صفحتين أو ثلاث معاً
7-	يدير مقبض الباب أو الراديو



الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يلتقط الخيط أو الدبوس بمهارة
2-	يبني جسراً أو برجاً أو قطاراً من المكعبات تقليداً للآخرين
3-	يقلب صفحات الكتاب صفحة صفحة
4-	يمسك قلم التلوين بالإبهام والسبابة
5-	يلعب بالمعجونة بشكل مقبول
6-	يرسم خطوطاً أفقية وعمودية ودائرية
7-	يستخدم يداً واحدة في معظم النشاطات

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقلد شكل الدائرة وشكل (x)
2-	يبني برجاً من تسعة مكعبات
3-	يضع عدة قطع خشبية ذات أشكال مختلفة في الفتحات المناسبة لها
4-	يجمع لعبة تركيبية من قطعتين

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يبني برجاً من عشرة مكعبات أو أكثر
2-	يجمع لعبة تركيبية من 5-7 قطع
3-	يكتب بعض الأحرف
4-	يرسم شكل المربع



الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يرسم شكل المثلث
2-	يكتب الأرقام من (1-5)
3-	يمسك القلم كالشخص الراشد
4-	يستخدم الصمغ والألوان جيداً
5-	يلون الأشكال دون أن يخرج عن الإطار
6-	يقص أشكالاً بسيطة
7-	يجمع لعبة تركيبية من (10) قطع

اقتراحات لتحسين الكتابة اليدوية للأطفال

على الرغم من أن محتوى الكتابة أكثر أهمية من شكل الكتابة إلا أن درجة معينة من المهارة على مستوى الأبعاد الميكانيكية للكتابة مطلوبة . وينبغي على المعلمين أن ينفذوا برامج التعليم العلاجي ليس فقط إذا كان خط الطفل غير مقروء ولكن أيضاً إذا كان الطفل يكتب ببطء شديد أو إذا كان يبذل جهداً كبيراً يحول دون تركيزه على الواجب المطلوب منه . وهذا الجزء يقدم حلولاً عملية للمشكلات الشائعة التي قد تعيق عملية الكتابة .



وضع الجلوس الخاطئ

غالباً ما يرتبط الوضع غير الصحيح بمشكلة ما على صعيد انخفاض مستوى التوتر العضلي وذلك قد يجعل من الصعب كثيراً على الطفل أن ينسق حركات يديه عند تأدية العمل الموجه بصرياً . يجب أن يجلس الطفل في كرسي له مقعد منبسط وظهر . ويجب أن يكون ارتفاع الكرسي في مستوى يسمح للطفل أن يضع قدميه بشكل منبسط على الأرض وأن يبقى حوضه وركبتيه وكاحليه في زوايا قائمة . فذلك يساعد الطفل على تحقيق تعديلات وضعية في أثناء حركة ذراعه من طرف الورقة إلى طرفها الآخر . فإذا كان الكرسي مرتفعاً كثيراً فسيضطر الطفل إلى رفع كتفه مما يقيد مدى حركته ، وإذا كان الكرسي منخفضاً كثيراً فقد يميل الطفل إلى دعم جسمه بالاستناد إلى الذراع الأخرى التي لا يكتب فيها . وعند النسخ عن السبورة ، يجب أن يجلس الأطفال الذين يواجهون صعوبة في الكتابة مباشرة أمام المادة المكتوبة التي سيقومون بنسخها لأن المهارات الحركية الدقيقة تكون في أفضل صورها عندما يكون الطفل في وضع جسمي متماثل .

مسك القلم بطريقة غير ناضجة

إن الأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريقة غير ناضجة قد يكون لديهم انخفاض في مستوى التوتر العضلي وقد يكونوا أخفقوا في تطوير القدرة على عزل

الحركات البعيدة فضبطهم لحركات اليد يأتي من الكتف والكوع وليس من اليد والأصابع . ومع أن التباين البسيط أمر مقبول ، فمن المهم تعزيز العناصر التالية من مسك القلم :



الجدول رقم (4-9)

التسلسل النمائي لمهارات الكتابة اليدوية

الرقم	الفقرة
1-	يتطور لدى الطفل تفضيل لاستخدام إحدى اليدين (اليمنى أو اليسرى)
2-	يمسك قلم الرصاص بشكل مناسب
3-	يجلس بشكل مناسب
4-	يفرق بين أعلى الصفحة وأسفلها
5-	يفهم المفاهيم مثل (كبير ، صغير) و (طويل ، قصير) و (بدين ، نحيف) إلخ
6-	يستطيع التركيز بصرياً على شيء معين
7-	يستطيع الاعتماد على عينيه لعمل الأشياء باليدين
8-	يستطيع أن يخرش بقلم الرصاص من الأعلى إلى الأسفل ومن اليمين إلى اليسار
9-	يستخدم يده التي لا يكتب فيها لتثبيت الورقة التي يكتب عليها
10-	يستطيع نسخ الأشكال الهندسية الأساسية
11-	يستطيع نسخ الأحرف على نفس الصفحة
12-	يستطيع نسخ الأحرف من السبورة على الورقة أمامه
13-	يفهم اليمين واليسار
14-	يميز بين الأحرف المكتوبة جيداً والأحرف غير الجيدة
15-	يكتب الأحرف المتشابهة بالشكل بطريقة صحيحة
16-	يترك فراغات بين الأحرف
17-	يترك فراغات بين الكلمات
18-	يكتب الأحرف الموصولة ببعضها البعض بشكل مناسب

1- يجب أن يتكئ الجزء الأمامي من الذراع على سطح الكتابة في وضع معتدل وأن تكون اليد متكئة على الإصبع الصغير . فهذا الوضع يسمح للرسغ بحرية الحركة .

2- يجب أن يكون الرسغ منبسطة قليلاً (في وضع إنحناء للخلف) لأن ذلك يجعل الإبهام في وضع مقابل للأصابع بشكل مريح .

3- يجب أن يكون هناك فراغ دائري مفتوح بين الإبهام والأصابع . فهذا الوضع يسمح بحرية الحركة في كل مفاصل الأصابع وهو كذلك يسمح للأصابع بلامسة القلم بشكل مناسب . ومن أفضل الأساليب لتشجيع الوضع الصحيح لليد بممارسة الكتابة والتتبع والأنشطة الحركية الدقيقة الأخرى على أسطح عمودية للكتابة مثل السبورة وذلك أثناء الجلوس أو الوقوف . فعندما يتم إنجاز العمل بمستوى العينين فإن الطفل لا يستطيع تجنب مسك أداة الكتابة باستخدام وضع الرسغ المرغوب به .

ويستفيد الأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريقة غير ناضجة من أنواع مختلفة من الأنشطة والتمارين الحسية - الحركية . فعلى سبيل المثال ، ان الألعاب التي تتضمن ضغطاً عميقاً على مفاصل الكتف مثل الزحف على اليدين والركبتين تساعد الأطفال في زيادة مستوى التحكم والثبات في منطقة الكتف . ويستمتع بعض الأطفال بتعلم لغة الإشارة كطريقة مسلية لممارسة مهارات تحريك الأصابع وقد يستفيد الأطفال الذين يمسكون القلم بطريقة ضعيفة من اقتفاء الأحرف والكلمات باستخدام الشفافيات والرسم أو الكتابة بالمعجون أو على أوراق حساسة للضغط . فالمقاومة التي تحدث عند الكتابة على هذه الأوراق تجعل الطفل يمسك القلم بشكل أفضل ويحصل على تغذية راجعة حسية تقود بالتالي إلى تقوية عضلات اليدين .



عدم ثبات أو عدم ملأءمته وضع الورقة

قد تظهر خصائص مرافقة عديدة لدى الأطفال الذين يواجهون صعوبة في وضع الورقة أو تثبيتها . ومن هذه الخصائص :

1-النزعة نحو تبديل اليدين بشكل متكرر أثناء اللعب . وذلك قد يعني أن الطفل غير متأكد من اليد التي يعطيها الدور المسيطر واليد التي يعطيها الدور المساند .



2-الحركات التي لا داعي لها في اليد غير المسيطرة .

3-التردد أو عدم الراحة في قطع الخط الأوسط للجسم سواء بصرياً أو يدوياً . وغالباً ما تكون هذه المشكلة غير واضحة وتظهر فقط على شكل تيبس في حركات الجذع عند الكتابة .

ولمساعدة الأطفال الذين لديهم صعوبات في التكامل الحركي الثنائي ، يجب أن يشجع المعلمون الأطفال على تأدية الأنشطة التي تتطلب استخدام كلتا اليدين بشكل متبادل ، والأنشطة الثنائية المبسطة تتطلب استخدام كلتا اليدين بشكل متماثل كما في التصفيق مثلاً ، أما الأنشطة الأكثر صعوبة فهي تسمح لليد المساندة بلعب دور ثابت ولليد المسيطرة بلعب الدور الديناميكي . ومن الأمثلة على ذلك أن يثبت الطفل وعاء بيده المساندة ويحرك ما في داخله بيده المسيطرة وأما الأنشطة الأكثر تعقيداً فهي تتطلب تحريك كلتا اليدين بشكل تبادلي وباتجاهات متنوعة . والأنشطة التي تتضمن استخدام المقص هي مثال على هذا النوع من الخبرات لأن يداً تحرك المقص واليد الأخرى تثبت الورقة وتهيئها في زاوية معينة .

عدم التأكد من اليد المسيطرة

إذا لم يكن الطفل قد أظهر تفضيلاً واضحاً لإحدى اليدين عند دخوله الصف الأول فلا بد من اتخاذ قرار وذلك اعتماداً على الملاحظة لمعرفة اليد التي تتمتع

بتنسيق أكثر . وإذا لم يستطع المعلمون والآباء تحديد اليد الأكثر مهارة فلعله من المناسب استشارة أخصائي علاج وظيفي أو أخصائي آخر قبل تشجيع الطفل على استخدام إحدى اليدين . وبعد تحديد اليد المفضلة يجب تعزيز استخدامها . وكذلك يجب تنظيم مكان عمل الطفل بحيث تكون الأدوات على مقربة من اليد المفضلة .



الفصل العاشر

المهارات اللغوية والاجتماعية / الانفعالية

المهارات اللغوية

تعرف اللغة بأنها أحد أشكال التواصل المعتمد على استخدام الكلمات وغيرها من الرموز لتمثيل الأشخاص والأحداث والأشياء من حولنا . إنها الوسيلة التي نستخدمها لتنظيم أفكارنا وللتعبير عن حاجتنا . وتعد السنوات الست الأولى من العمر بمثابة المرحلة العمرية الأساسية التي تكتسب فيها المهارات اللغوية . فهذه المرحلة هي مرحلة الفترات الحساسة أو الحرجة بالنسبة للنمو اللغوي كما يعتقد علماء اللغة . ومضمون هذا واضح وجلي فثمة حاجة ماسة إلى التدخل المبكر مع الأطفال الصغار في السن الذين لديهم عجز أو تأخر لغوي ، ومن الخطورة تأجيل هذا التدخل أو عدم توفيره لأن تبعات ذلك على نمو الطفل ستكون سلبية جداً .

ومن الواضح أن اختصاصيي التدخل المبكر الذين يقدمون خدمات تربوية وعلاجية خاصة للأطفال المعوقين أو المعرضين للإعاقة يحتاجون إلى معرفة مراحل تطور اللغة لدى الأطفال عموماً إذا كانوا ليتدخلوا بشكل فعال لمعالجة المشكلات اللغوية . إنهم بحاجة إلى أن يعرفوا النمو الطبيعي قبل أن يعرفوا النمو غير الطبيعي وسبل التعامل معه . وفي هذا السياق ، يمكن القول بأن اللغة تتطور من حيث الشكل والمحتوى والاستخدام . فمن حيث الشكل تتطور المهارات اللغوية عبر مراحل متعاقبة هي : مرحلة المناغاة (إصدار أصوات مختلفة أولاً ومن ثم دمجها) ومرحلة شبه الكلام (حيث يصدر الطفل مقاطع صوتية تشبه الكلمات وهذا يحدث بعد الشهر التاسع من العمر) ومرحلة الكلمات المنفردة (يقول الطفل كلمة واضحة وذلك بعد أن يكون بلغ من العمر سنة واحدة) ومرحلة اللغة التلغرافية (حيث تكون لغة الطفل

مختصرة فتخلو من الضمائر وحروف الجر وما إلى ذلك) ومرحلة التعميم الزائد (حيث يستخدم الأطفال صيغ الجمع للأسماء بشكل متشابه وكذلك الأمر بالنسبة للفعل الماضي، إلخ) ومرحلة البنى اللغوية الأساسية التي تجعل لغة الطفل قريبة من لغة الراشد.

أما بالنسبة للمحتوى (أي الأشياء التي يتكلم الأطفال عنها) فهو أيضاً يتطور تدريجياً مع تقدم عمر الطفل. فهو يبدأ بتسمية الأشياء والأحداث وذلك يعدّ بمثابة المرحلة الأولى في تطور الذخيرة اللفظية. وهذه الذخيرة تتسع وتصبح أكثر تطوراً بالخبرة فهي تنتقل من مرحلة التوسع بمعاني الكلمات (توظيف مفهوم الشكل أو اللون أو الحجم للتعبير عن الأشياء التي لا يعرف الطفل إسمها) إلى مرحلة النمو اللغوي المتعلق بالعلاقات المكانية والزمن والمفاهيم المجردة. وأما بالنسبة للتطور على صعيد استخدام اللغة وتوظيفها في عملية التواصل الإنساني فاللغة تتطور من مرحلة اللغة الجسمية (النظر، اللمس، البكاء، الضحك، إلخ) واللغة غير اللفظية (الإشارة، إعطاء الأشياء) إلى اللغة اللفظية أو لغة الكلام.

وعلى أي حال، فتطور اللغة له متطلبات أساسية وعدم تحققها يترك تأثيرات متنوعة على قدرة الطفل على إكتساب المهارات اللغوية. ومن المعروف أن الإعاقة السمعية هي أحد أخطر العوامل التي تعيق تطور اللغة. فالطفل المعوق سمعياً قد يصبح أبكماً دون تدريب لغوي مبكر ومكثف. وتلعب حاسة البصر أيضاً دوراً مهماً في تطور المفاهيم اللغوية المعقدة ولذلك قد تؤدي الإعاقة البصرية أو الاضطرابات البصرية المتعلقة بالإدراك والذاكرة والتمييز إلى مشكلات كبيرة في المهارات اللغوية التعبيرية. ويعتبر العجز أو التأخر اللغوي من المظاهر الرئيسية المرتبطة بالتخلف العقلي، ذلك لأن هناك علاقة قوية بين النمو المعرفي والنمو اللغوي كما اشرنا سابقاً.

ومن متطلبات النمو اللغوي أيضاً الذاكرة فهي تلعب دوراً بالغ الأهمية في إكتساب اللغة والانتباه إذ أن العجز عنه يترك تأثيرات مهمة على النمو اللغوي. ولما

كانت فئات الإعاقة المختلفة كثيراً ما تنطوي على ضعف في واحدة أو أكثر من الوظائف المذكورة ، فلا غرابة في أن نجد أن نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين يحتاجون إلى شكل أو آخر من أشكال التدخل العلاجي اللغوي المبكر . وما ينبغي التأكيد عليه هنا هو أن مراحل النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين تشبه مراحل النمو اللغوي لدى الأطفال غير المعوقين . فالفرق في سرعة النمو اللغوي أكثر بما هو في تسلسله .



أساليب تطوير المهارات اللغوية

1- إن أفضل وسيلة لتطوير المهارات اللغوية للطفل هي توفير الفرص الكافية له للتفاعل مع الأشخاص الآخرين . فالكومبيوتر والبطاقات وما إلى ذلك أدوات مساعدة ومفيدة ولكنها ليست بمستوى فاعلية التواصل الإنساني .

2- يجب أن يكون التدريب اللغوي طبيعياً وواقعياً ويجب أن يتضمن استخدام اللغة بطريقة وظيفية وهادفة . ولذلك يجب ألا يقتصر التدريب اللغوي على جلسات علاجية خاصة في عيادة تخصصية أو في غرفة للعلاج النطقي بل يجب أن يمتد ليشتمل كافة الأوضاع والنشاطات في المدرسة والبيت .

3- يجب تحديد طبيعة حاجة الطفل إلى العلاج اللغوي في ضوء تقييم موضوعي لمستوى أدائه الحالي وبناء على معرفة علمية كافية بمراحل تطور اللغة من حيث الشكل والمحتوى والاستخدام .

4- يجب العمل على تنويع استخدام الكلمات بحيث يتم تعريف الطفل بمختلف المعاني للكلمة والهدف من ذلك هو تشجيع الأطفال على التوسع في توظيف الكلمات التي نجحوا في تعلمها .

5- يجب تعليم المهارات اللغوية في أجواء سارة وممتعة وذلك يتطلب معرفة خصائص كل طفل على حدة لتحديد الأحداث والمواقف المحببة إلى نفسه . (Odom & Karnes, 1988)



الجدول رقم (10-1)

النمو اللغوي

1- اللغة الاستقبالية

الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
-1	يتوقف عن الحركة استجابة للأصوات
-2	يجفل من الأصوات (ترمش عيناه ، يبكي ، يمد أطرافه)
-3	يدير رأسه نحو مصدر الصوت
-4	يستجيب للكلمات مثل (باي - مرحبا)
-5	استجابته تختلف باختلاف خصائص صوت المتكلم
-6	يستجيب لصوت الجرس

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يعطي الراشدين أشياء مختلفة عندما يطلبونها منه
-2	يفهم معاني الجمل البسيطة
-3	يستجيب للتعليمات البسيطة
-4	يشير إلى الناس المألوفين وإلى الألعاب .
-5	يشير إلى ثلاثة أو أكثر من أجزاء جسمه

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يشير إلى صور الأشياء المألوفة عند ذكر أسمائها له
2-	يستمتع بالاستماع إلى القصص القصيرة ويطلب إعادتها
3-	يفهم معنى الأسئلة من نوع ، أين؟ ... ماذا؟
4-	يطيع تعليمات الآخرين التي تتضمن طلب أشياء معينة منه
5-	عندما يطلب منه ، فهو يشير إلى الفنجان ، الملعقة ، القطة ، الباب ، النافذة ، والكلمات المشابهة
6-	يشير إلى ستة أو أكثر من أجزاء الجسم

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يبدأ باستيعاب الجمل المتضمنة للوقت
2-	يشير إلى اللسان ، الرقبة ، الذراع
3-	يفهم الجمل السببية



الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يشير إلى ثلاث من ست صور يتم وصفها له
2-	يفهم التسلسل الزمني للأحداث التي توصف له
3-	يستمتع إلى القصص الطويلة ولكنه قد لا يستوعب الحقائق
4-	يفهم المفردات المستخدمة للمقارنة (مثل جميل ، أجمل)

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يتبع التعليمات المركبة بالتسلسل
2-	يستطيع الإشارة الى (القليل ، الكثير)
3-	يعرف معاني العديد من المفردات
4-	يستطيع تأدية المهارات اللغوية قبل الاكاديمية



2- اللغة التعبيرية : الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يبكي ويصدر أصواتاً أخرى
2-	يكرر بعض الأصوات عندما يكون وحيداً وعندما يكون مع الآخرين
3-	يحاول تقليد الأصوات التي يسمعها
4-	يتفاعل مع الآخرين من خلال إصدار الأصوات للحصول على انتباههم
5-	يبتسم للآخرين
6-	يقول (ماما ، بابا) وكلمة أخرى على الأقل
7-	يضحك بصوت مسموع

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يصدر اصواتاً وإيماءات تعبر عن حاجته
2-	يقول أول كلمة لها معنى
3-	يستخدم كلمات منفردة وإيماءات للحصول على الأشياء
4-	ذخيرته اللفظية قد تصل إلى خمسين كلمة
5-	يشير إلى نفسه بالاسم
6-	يستخدم كلمات متتابعة لوصف الأحداث

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يقول جملاً من كلمتين
-2	يقول اسمه واسم عائلته
-3	يعبر عن الإحباط عندما لا يفهمه الآخرون
-4	يقول عبارات سلبية (مثل : لا أستطيع عمل ذلك)



الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يقول جملاً من ثلاث كلمات أو أكثر
-2	يتحدث عن خبراته الماضية
-3	يستخدم كلمة (أنا) و (لي)
-4	يستطيع أن يردد أنشودة واحدة على الأقل
-5	لغته مفهومة للأشخاص الغرباء

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يستطيع التعبير عن مضمون القصة
-2	يتحدث بلغة العلاقات السببية
-3	يسأل أسئلة عن الوقت والسبب والكيفية
-4	يسمي أكثر من عشر صور للأشياء المألوفة
-5	يتحدث مستخدماً كلمات تشير إلى المستقبل
-6	يتحدث مستخدماً جملاً كاملة تقريباً

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	الفروق بين لغته ولغة الكبار قليلة
-2	يتحدث مع الآخرين بطريقة مناسبة (يأخذ دوره)
-3	يقدم المعلومات للآخرين بشكل جيد
-4	يتواصل جيداً مع افراد الأسرة والأصدقاء والغرباء
-5	يسأل عن معاني المفردات
-6	يقول ما هي أوجه الشبه وأوجه الخلاف بين مجموعة من الصور



المهارات الاجتماعية / الإنفعالية

كثيراً ما تفرض الإعاقات قيوداً خاصة على الأطفال قد يكون لها أثر كبير على تطور مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية . وهي كذلك تقود إلى ردود فعل واستجابات لدى الآخرين قد يصعب التمييز بين تأثيراتها وتأثيرات الإعاقة على النمو . فالتخلف العقلي مثلاً قد يمنع الطفل من التمتع بالقدرات الاجتماعية والانفعالية التي يستطيع الأطفال العاديون من نفس العمر الزمني إظهارها . وذلك قد يؤدي إلى عزل الطفل المتخلف عقلياً عن أترابه فهو قد يتعرض للازعاج والسخرية والاصابات التي يكون من نتائجها في كثير من الأحيان شعور الطفل بالعجز وتدني مستوى مفهوم الذات من جهة والميل إلى الانسحاب الاجتماعي أو العدوانية من جهة أخرى . إضافة إلى ذلك ، فالتخلف العقلي قد يحول دون قدرة الطفل عن التعبير عن حاجاته ورغباته ومشاعره وذلك قد يكون له تأثير سلبي على علاقة الراشدين به بمن فيهم الوالدين .

أما بالنسبة للإعاقة السمعية فهي كما هو معروف تضع قيوداً كبيرة جداً على قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين . وتبين الدراسات العلمية أن ذلك غالباً ما يقود إلى انخفاض مستوى النضج الاجتماعي والاعتمادية والتمركز حول الذات

واساءة فهم تصرفات الآخرين . وتشير الدراسات أيضاً إلى ان نسبة كبيرة من الأفراد المعوقين سمعياً يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار الانفعالي .

وأما بالنسبة للنمو الاجتماعي - الانفعالي للأطفال المعوقين بصرياً ، فهو أيضاً يتأثر بكل من فقدان البصر ذاته واتجاهات الآخرين وردود افعالهم . فالطفل المعوق بصرياً لا يستجيب كالأطفال الآخرين وهو قد لا يحاول استكشاف البيئة وبناء العلاقات مع الأشخاص من حوله الأمر الذي قد يؤدي إلى تجنب التفاعل معه أو حتى رفضه . وقد توصلت عدة دراسات علمية إلى أن مثل هذه الخبرات في الطفولة المبكرة قد تؤدي لاحقاً إلى الاضطراب الانفعالي والسلبي (Bailey & Wolery, 1992)

وقد لا يكون الطفل المعوق جسمياً أفضل حالاً من الناحية الاجتماعية - الانفعالية من الأطفال ذوي الاعاقات الأخرى . فالأطفال المعوقون جسمياً كثيراً ما يظهرون استجابات حركية غير إرادية أو غير عادية لأسباب مختلفة . وهم أيضاً غير قادرين على التنقل والتحرك في البيئة كغيرهم من الأطفال مما يعني عدم توفر الفرص الكافية لهم لتعلم المهارات الاجتماعية المناسبة . وما من شك في أن العوامل البيئية المتمثلة بعدم القبول الاجتماعي وتدني التوقعات والاتجاهات السلبية تؤدي إلى الاضطراب في النمو الاجتماعي - الانفعالي .

وبالنسبة للأطفال المضطربين سلوكياً وذوي الصعوبات التعلمية فمن الواضح أن اضطراب النمو الاجتماعي - الانفعالي يشكل أحد أهم الخصائص لهذه الفئة من الأطفال . فهم يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية ، ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية ، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين . وهم يميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية ، والعدوانية ، والتخريبية ، وعدم الطاعة وما إلى ذلك .

هذا وتصنف الاستجابات الاجتماعية - الانفعالية الى استجابات مناسبة أو تكيفية (وهي تلك الاستجابات التي تسهل التفاعل الاجتماعي والتكيف

الشخصي) واستجابات غير مناسبة أو غير تكيفية (وهي الاستجابات التي تعيق التفاعل الاجتماعي والتكيف الشخصي) .

وينبغي على برامج التدخل المبكر أن تولي اهتماماً كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين لأربعة أسباب رئيسية وهي :

1-إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي - الانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة .

2-إن العجز في المهارات الاجتماعية - الإنفعالية يتوقع له أن يزداد شدة دون تدخل علاجي فعال .

3-إن عدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية - الإنفعالية يؤثر سلباً على النمو المعرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية .

4-إن اضطراب النمو الاجتماعي - الإنفعالي في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر غير مطمئن للنمو المستقبلي فهو غالباً ما يعني احتمالات حدوث مشكلات تكيفية في المراحل العمرية اللاحقة .

أساليب تعليم المهارات الاجتماعية - الانفعالية

من المناسب الإشارة أولاً إلى أن طبيعة المهارات الاجتماعية غالباً ما تتطلب تدريب الطفل في مواقف اجتماعية . فالتصرف السليم في المواقف الاجتماعية المختلفة (مثل اللعب بشكل مناسب مع الأطفال الآخرين) يصعب تعليمه في جلسات تدريب فردية ولذلك يجب أن تكون جزءاً من جدول النشاطات اليومية للأطفال وبخاصة النشاطات الجماعية .

وتبين الدراسات أن بالإمكان زيادة مستويات التفاعل الاجتماعي بين الأطفال المعوقين الصغار في السن من خلال تنظيم الأبعاد البيئية المختلفة . فمن المعروف مثلاً أن خصائص الألعاب لها تأثيرات مباشرة على السلوك الاجتماعي . فالألعاب التي



يلعبها طفل واحد في الوقت الواحد ذات تأثير مختلف عن الألعاب التي تتطلب التفاعل بين طفلين أو أكثر . فاللعب بالمعجون أو أقلام التلوين أو المكعبات (وهي جميعاً ألعاب فردية) لا يشجع الأطفال على التفاعل الاجتماعي كاللعب بالدمى أو الألعاب الرياضية والترفيهية . وعلى أي حال ، فإن ما يحدد كون اللعبة اجتماعية أم لا هو عمر الأطفال .

وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أهمية مراعاة العمر النمائي للطفل عند اختيار الألعاب . فقد يكون مفيداً للغاية أن يتم ملاحظة الطفل للتعرف على مستوى الأداء الاجتماعي الذي يظهره ومن ثم اختيار النشاطات والألعاب التي تناسب قدراته وتطورها . كذلك يفضل جدولة النشاطات اليومية للأطفال بحيث يسمح بتوفير فترات زمنية حرة يقوم الأطفال فيها ذاتياً باختيار النشاطات . ولا بد من الإشارة أيضاً إلى أن بحوثاً علمية مستفيضة قد بينت فاعلية استخدام أسلوب النمذجة (التعلم بالمحاكاة) لتدريب الأطفال المعوقين الصغار في السن على تأدية المهارات الاجتماعية المناسبة .

وفي النمذجة ، كما هو معروف ، يشجع الطفل على ملاحظة أطفال آخرين يسلكون على نحو اجتماعي مرغوب فيه أمامه أو في فيلم ، إلخ . ولكن الملاحظة لوحدها لا تكفي لتعلم سلوك النموذج ، إذ لا بد من دعم الملاحظة والتفاعل مع النموذج بالتعزيز الإيجابي . ولعل هذا المبدأ من مبادئ التعلم الاجتماعي هو أحد العوامل الرئيسية التي تبرر دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين .

وإذا لم يكن هذا الأسلوب كافياً لحث الطفل المعوق على التفاعل مع الأقران ، فقد تحتاج المعلمة إلى استخدام التشكيل (التعزيز التفاضلي الذي يتضمن تجاهل السلوك غير الاجتماعي وتعزيز السلوك الاجتماعي) والتلقين الجسدي واللفظي والایمائي . ومثل هذه الأساليب تشمل تهيئة الفرص المناسبة للتفاعل الاجتماعي أولاً ومن ثم توظيف مبادئ التعزيز الإيجابي بشكل فعال (تقديم التعزيز بعد حدوث السلوك مباشرة ، تنويع التعزيز ، استخدام جداول التعزيز بشكل مناسب ، إلخ) .

وعندما يكون الهدف هو خفض معدلات حدوث السلوك الاجتماعي غير المناسب (عدم اتباع التعليمات ، العدوان الجسمي ، الانسحاب الاجتماعي ، إيذاء الذات ، الاثارة الذاتية) فلا بد من استخدام أساليب أخرى . ومن أهم هذه الأساليب وأكثرها فاعلية إزالة المثيرات والظروف البيئية التي تهيئ السلوك الاجتماعي المناسب لهم وتعزيزهم عند الامتثال للتعليمات ، واستخدام العقود السلوكية ، والمحو (التجاهل) ، وتوظيف المثيرات التنفيرية عند الحاجة (التوبيخ اللفظي ، الاقصاء عن التعزيز الايجابي ، والتصحيح الزائد) . وأخيراً ، فإن على المعلمة استخدام الاستراتيجيات الأساسية لتطوير المهارات الاجتماعية - الانفعالية للأطفال المعوقين الصغار في السن :

- 1- اقدمي النموذج المناسب للطفل . لا تستخدم العقاب الجسدي أو اللفظي .
- 2- استخدمي الاجراءات الوقائية ، فلا تنتظري إلى أن تحدث المشكلات .
- 3- تفهمي حاجات الأطفال إلى الحركة والاستكشاف . لا تتوقعي منهم أن يجلسوا أو يسكتوا فترة زمنية طويلة .
- 4- عرفي الأطفال بما هو متوقع منهم في المواقف الجديدة .
- 5- انتبهي إلى الطفل الذي يحسن التصرف ، وزوديّه بالتعزيز المناسب .
- 6- استخدمي النشاطات الملائمة لأعمار الأطفال وقدراتهم ، فإذا كانت النشاطات صعبة جداً أو سهلة جداً فهي ستؤدي إلى الإحباط .
- 7- وفري للأطفال نشاطات مختلفة ، فعدم انشغالهم بنشاط محدد يقود إلى الفوضى والسلوك غير المناسب (Hayden, Karnes & Wood, 1977) .



الجدول رقم (10-2) النمو الاجتماعي / الإنفعالي الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يهتم بالوجه
2-	يبتسم بتلقائية (إبتسامة اجتماعية)
3-	ينتبه عندما يذكر اسمه
4-	يستجيب لكلمة (لا)
5-	يقلد الأفعال البسيطة للآخرين
6-	يضع الأشياء في فمه
7-	يحاول الوصول إلى الأشخاص المألوفين
8-	يميز الغرباء
9-	يلعب بنشاط بالألعاب الصغيرة
10-	يتعاون في اللعب مع الكبار
11-	يحاول الوصول إلى الألعاب التي ليست بمتناول يده



الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يبادر إلى اللعب
2-	يقلد سلوك الآخرين في اللعب
3-	يساعد في إعادة الأشياء إلى مكانها
4-	يقترّب من الأشخاص الذين يعرفهم
5-	يحاول الحصول على انتباه الآخرين
6-	يلعب لوحده ولكنه يفضل اللعب قريباً من الراشدين
7-	يمشي في الغرفة دون مساعدة
8-	يستكشف البيئة بتواصل
9-	يشير إلى نفسه بالإسم
10-	نادراً ما يضع الألعاب في فمه

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يلعب بجانب الأطفال الآخرين وليس معهم
-2	يراقب الأطفال الآخرين ويشاركهم اللعب أحياناً
-3	يدافع عن ممتلكاته الشخصية
-4	يبدأ بممارسة لعبة (البيت)
-5	يستخدم الأشياء ونفسه بطريقة تمثيلية (رمزية) في اللعب
-6	يشارك في النشاطات الجماعية البسيطة (كالتصفيق والغناء)
-7	يستمتع بالذهاب إلى حديقة الألعاب
-8	يختلف بالرأي مع الآخرين أكثر من أي مرحلة عمرية سابقة
-9	له ألعابه المفضلة
-10	يحب الحصول على ممتلكات الآخرين
-11	يطلب انتباه أمه إليه بتواصل
-12	يشعر بالغيرة عندما يحصل الآخرون على الانتباه

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يلعب مع الأطفال الآخرين ويتفاعل معهم
-2	يعطي الآخرين ألعابه وينتظر دوره تحت الإشراف
-3	يبدأ اللعب الدرامي ويمثل المواقف (مثل السفر ، وتقليد الحيوانات)
-4	يفترق عن أمه دون أن يبكي
-5	يعرف هل هو ولد أم بنت

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يلعب ويتفاعل مع الأطفال الآخرين
-2	يبدى اهتماماً بمعرفة الفرق بين الجنسين
-3	اللعب الدرامي يصبح أقرب إلى الواقع
-4	يلعب ألعاب (ارتداء الملابس)
-5	يحتاج إلى الأطفال الآخرين ليلعب معهم
-6	يبدى رعاية لمن هم أصغر منه سناً
-7	يستمتع بارتداء ملابس الكبار
-8	يصرخ ويتذمر عندما يشعر بالإحباط
-9	يذهب في رحلة قصيرة خارج البيت



الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يختار أصدقاءه
-2	يلعب ألعاباً تنافسية
-3	يلعب ألعاب (طاولة) بسيطة
-4	يلعب مع المجموعة بانسجام مراعيًا الدور والعدالة
-5	يتعاون مع الآخرين في مجموعة صغيرة
-6	يتصرف بلطف نحو الصغار ونحو الحيوانات الأليفة
-7	يلعب ألعاباً (أرضية) معقدة
-8	يطلب مساعدة الكبار عند الحاجة فقط
-9	يتصرف وفق أفكار الكبار
-10	يستكشف بيوت الجيران
-11	يذهب إلى المدرسة دون إشراف مباشر

الفصل الحادي عشر

مهارات العناية بالذات والنمو الحسي

إن الهدف الأساسي الذي تحاول برامج التربية الخاصة بكافة مستوياتها ومراحلها تحقيقه هو مساعدة الفرد المعوق على الاعتماد على النفس والاستقلالية الذاتية . وهذا الأمر صحيح فيما يتعلق بمجالات النمو المختلفة ولكنه أكثر ما يكون أهمية على صعيد العناية بالذات كتناول الطعام والشراب ، وارتداء الملابس ، والعناية بالنظافة ، والسلامة الشخصية ، واستخدام الحمام .

وبالرغم من أن عدم قدرة الطفل على تأدية مهارات العناية بالذات قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية (كتلف الجهاز العصبي المركزي) ، إلا أن هذه المهارات تتأثر وبشكل واضح بالعوامل البيئية . والعوامل البيئية وليس العوامل العضوية الفسيولوجية هي التي يستطيع القائمون على تربية الطفل التحكم بها وتنظيمها أو إعادة تنظيمها . بعبارة أخرى ، إن هذه المهارات متعلمة ومن المفيد النظر إليها على أنها كذلك .



أساليب تدريب مهارات تناول الطعام والشراب

إن نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين الصغار قد تعاني من مشكلات حقيقية فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب بشكل مستقل . فهم قد يواجهون صعوبات باستخدام المصاصة أو بحمل الملعقة أو الشوكة وغير ذلك . وفيما يلي وصف موجز لأهم الأساليب التي يجب استخدامها عند محاولة تطوير مهارة تناول الطعام لدى الطفل المعوق :

1- ان افتقار الأطفال المعوقين إلى مهارات العناية بالذات ، بما فيها تناول

الطعام ، يعود جزئيا على الأقل ، الى عدم اهتمام اخصائيي التربية الخاصة بهذا الجانب من جوانب النمو . لذلك لا بد من تغيير الاتجاهات نحو هذه المهارات وأهمية تطورها وجدولة النشاطات اليومية للأطفال في المدرسة بحيث تشمل جلسات تدريبية خاصة لتنمية مهارات تناول الطعام والشراب .

2- ليس من الحكمة توقع اكتساب الطفل المعوق لمهارات ليس لديه الاستعداد النمائي أو العمري لتعلمها . فالمهارات المعقدة تسبقها مهارات بسيطة ، ولذلك يجب تدريب الأطفال على المضغ والشرب من الفنجان واستخدام الأدوات العادية إذا أمكن والمكيفة اذا دعت الحاجة قبل تعليمهم المهارات المعقدة والأكثر تطورا .

3- في المراحل التدريبية الأولى يجب استخدام التوجيه الجسدي والتعليمات اللفظية والنمذجة حسبما تقضي الظروف وبعد ذلك يجب التوقف عن مساعدة الطفل تدريجيا لكي يصبح قادرا على القيام بذلك بمفرده .

4- إن الإعاقة في بعض الاحيان تمنع الطفل من تأدية هذه المهارات لأنها تؤثر تأثيرا كبيرا على قدرته على الجلوس بشكل مناسب أو لأنها تؤدي الى ردود فعل انعكاسية غير تكيفية ولذلك فإن من الأهمية بمكان الاهتمام بهذه الحاجات الخاصة للطفل والعمل على تلبيتها باستخدام مقاعد معدلة أو أدوات مصصمة خصيصا لمراعاة طبيعة الإعاقة .



أساليب تدريب مهارات استخدام التواليت

قد يشكل ضبط المثانة والأمعاء مشكلة حقيقية بالنسبة للطفل المعوق والأشخاص القائمين على رعايته . بل ان هذه المشكلة ما تمثل عقبة رئيسية في قبولهم وتأهيلهم . وكما هو الحال بالنسبة لجميع الأطفال ، فإن مهارات استخدام التواليت بشكل مناسب لا تظهر فجأة لدى الطفل المعوق ولكنها تتطور تبعا لتسلسل

نمائي محدد ، ولكنها تستغرق وقتاً أطول في حالة الأطفال المعوقين . وقد يكون سبب ذلك عضوياً أو نفسياً . وبشكل عام ، تتطور القدرة على ضبط المثانة في النهار قبل أن تتطور في الليل . ومن المؤشرات الرئيسية على استعداد الطفل لتعلم هذه المهارات ما يلي :



- 1- أن يكون له مواعيد معروفة لدخول التواليت .
 - 2- أن تكون ملابسه غير مبللة في أوقات محددة .
 - 3- أن تكون لديه القدرة على الحركة بشكل مستقل .
 - 4- أن يكون لديه القدرة على التعبير عن رغبته في الدخول الى التواليت بشكل أو بآخر .
 - 5- أن يمتلك الطفل المهارات اليدوية اللازمة لإرتداء الملابس وخلعها .
 - 6- أن يكون الطفل قادراً على الجلوس على المراض لمدة كافية .
 - 7- أن يكون الطفل قادراً على استيعاب التعليمات والتوجيهات البسيطة .
- هذا ويمكن تقديم التوصيات التالية فيما يتعلق بتدريب الأطفال المعوقين مهارات استخدام التواليت .
- اهتم بتدريب الطفل في النهار أولاً .
 - اهتم بتدريب الطفل على ضبط المثانة قبل أن تركز على تدريبه على ضبط الأمعاء .
 - علم الطفل الجلوس بشكل مناسب .
 - درب الطفل على الذهاب إلى التواليت عند الحاجة وإذا كان ذلك صعباً علمه أسلوباً معيناً للتعبير عن حاجته لذلك .

أساليب تدريب مهارات ارتداء الملابس وخلعها

- 1- استخدم ملابس واسعة نسبياً لكي يستطيع الطفل خلعها بسهولة نسبياً .
- 2- نفذ النشاطات التدريبية في الأوقات الطبيعية وذلك يتطلب التعاون بين المدرسة والبيت .
- 3- ساعد الوالدين في اختيار وتكييف الملابس بحيث تصبح مناسبة أكثر وتحت الطفل على الاستقلالية في الأداء .
- 4- انتقل تدريجياً من السهل الى الصعب . فالأطفال مثلاً يتعلمون خلع الملابس قبل أن يتعلموا ارتداؤها . كذلك فإن ارتداء الملابس وخلعها أسهل من فك الأزرار مثلاً .
- 5- استخدم أسلوب تحليل المهارات فهو مفيد جداً لتعليم هذه المهارات (Bailey & Wolery, 1992).



الجدول رقم (1-11)
مهارات العناية بالذات
الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يحمل زجاجة الحليب بيده
2-	يشرب السوائل ويأكل الطعام المهروس
3-	يأكل البسكويت لوحده
4-	يمسك الفنجان بكلتا يديه
5-	يرفع ذراعيه عندما تلبسه أمه الملابس
6-	يغلق فمه دون أن يسيل لعابه
7-	يمص جيداً مستخدماً شفتيه وفمه

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يستخدم الملعقة بطريقة أولية
-2	يشرب من الفنجان وهو يمسك به بيد واحدة
-3	يسحب السحاب الواسع
-4	يعبر عن حاجته لدخول الحمام
-5	تتطور قدرته على ضبط الأمعاء (الخروج)
-6	ينشف ووجهه ويديه بمساعدة
-7	يتعاون مع أمه جيداً عندما تلبسه الملابس
-8	يمضغ الطعام والشراب
-9	يعبر عن حاجته إلى الطعام والشراب
-10	يميز الأشياء القابلة للأكل من الأشياء غير القابلة للأكل

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يستخدم الملعقة بشكل جيد
-2	يشرب من الحنفية دون مساعدة
-3	يخلع المعطف
-4	يغسل ملابسه وحذاءه وجواربه
-5	يحمل الفنجان ويشرب منه ويعيده
-6	يرتدي ملابسه بمساعدة
-7	يخلع ملابسه وحذاءه وجواربه
-8	يستطيع تزيير زر واحد أو اثنين
-9	ينشف يديه دون مساعدة
-10	لا يبذل ثيابه في النهار إلا نادراً
-11	يتبع أمه ويقفها في الأعمال المنزلية

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يصب الماء من إناء صغير
-2	يفك ويزرر الأزرار الكبيرة
-3	يغسل يديه بدون مساعدة
-4	يستخدم الحمام بشكل مستقل
-5	ينظف أنفه عندما يتم تذكيره
-6	يدهن الخبز بالمربى أو بالزبدة مستخدماً السكين
-7	يأكل باستخدام الشوكة والملعقة باتقان
-8	لا يبلى الفراش في الليل
-9	يستطيع حمل الأشياء القابلة للكسر دون أن يكسرها
-10	يستطيع أن يحمل إناء فيه ماء دون أن يسكب الماء على الأرض



الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يقطع الخضار السهلة مستخدماً السكين
-2	يزرر أربعة أزرار أو أكثر
-3	يمشط شعره
-4	يعرف عنوان منزله
-5	يتجنب تناول المواد غير القابلة للإستهلاك
-6	يتناول الطعام بنفسه بعد تحضيره له
-7	يستيقظ من النوم ليلاً ليذهب إلى المرحاض

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يرتدي الملابس كاملاً لوحده
-2	يربط رباط الحذاء
-3	ينظف أسنانه دون مساعدة
-4	يعبر الشارع بأمان
-5	يعيد الألعاب إلى أماكنها
-6	يختار الملابس الملائمة للظروف الجوية
-7	يخدم نفسه كاملاً عند تناول الطعام



النمو الحسي

من أجل فهم القدرات والمحددات الحسية الإدراكية لدى الأطفال المعوقين ، لا بد من مناقشة العملية التي يتفاعل من خلالها جميع الأطفال مع عالمهم . فمنذ لحظة الولادة ، يتمتع الأطفال بالقدرة على استقبال المعلومات ويتفاعلون ويرتبطون بعلاقة متبادلة مرضية مع بيئتهم المباشرة ولاحقاً يتسع التفاعل مع العالم باضطراد مستمر (الحديدي ، 1998) .

وتكوين الجهاز العصبي المركزي لدى الإنسان يجعله دائم القابلية للإثارة من خلال الأعضاء الحسية بهدف إيصال الجسم بالعالم الخارجي . فالطاقة الجسمية داخل جسد الإنسان أو الإثارة الخارجية تعمل على استثارة المستقبلات الحسية وتؤثر في حالة التوازن الجسدي . ومع نقل الأعصاب الحسية للمعلومات إلى الجهاز المركزي ، فهذه المعلومات تعطى معنى من خلال ما يسمى بعملية الإدراك . وفي نهاية الأمر ، تصنف إدراكات العالم ذاتها إلى أنماط يمكن تذكرها ، والتعلم لدى كل

طفل يأخذ أسلوباً مميزاً . وتتكون معظم الأنظمة الحسية من العضو الحسي والخلايا المستقبلية فيه والأعصاب الحسية المرتبطة بالقشرة الدماغية .

ودمج المعلومات الحسية على شكل إدراكات ومن ثم إلى مفاهيم ثابتة يتولد عنه معرفة وظيفية للتفكير وإيصال المفاهيم المجردة . وهذا التصنيف والتنظيم للإدراكات والمفاهيم من أجل دمجها في تعلم الفرد وسلوكه إنما هو مهمة عقلية معقدة حتى عندما تكون جميع الأعضاء الحسية سليمة وتعمل هي والدماغ بأقصى درجة من الكفاية . وبغض النظر ، فإن العملية تتم وفق أسلوب خاص لدى كل طفل يأخذ لاحقاً شكل «أسلوب التعلم» أو «نمط التعلم» . ويعتقد البعض أن أسلوب التعلم لدى الأطفال يتشكل في سن الثالثة وأن إمكانية تعديله بعد ذلك أمر صعب رغم أن التغيرات يمكن إحداثها إلى سنين الرشد باستخدام طرق منظمة كتعليم الانماط المختلفة . ولكن الآثار طويلة المدى لمثل هذه المحاولات لتعديل أنماط التعلم لم يتم تحديدها بعد .



حاسة البصر:

تتطور عملية الرؤية على شكل محاولات للتركيز على الشيء بمساعدة انعكاس التركيز . وهذا يعني أن العين تركز على الشيء بدلا من الرؤية السريعة وإنها تتكيف للمسافات المختلفة من خلال وضع العضلة حول عدسة العين . والجهاز البصري لدى المواليد الجدد متطور ، فهم يمتلكون قدرات بصرية كبيرة . فالطفل حديث الولادة يتفاعل مع الضوء ويدير رأسه نحوه . وفي الأيام الأولى من العمر ، يركز الرضيع على وجه الأم ويحاول التركيز على فمها . وفي الشهر الثالث ، يحاول الرضيع متابعة الشخص وينظر إلى أصابعه والأشياء القريبة منه . وفي الشهر السادس والسابع يتابع بنظره الأشياء المختلفة ويصبح لديه رؤية حادة . وبين الشهر الثامن والعاشر يحرك الرضيع رأسه وعينه إلى الأعلى وإلى الأسفل دون فقدان التوازن عند الجلوس . وفي سن (1-3 سنوات) تتطور العين باستمرار ، وفي سن (4-5 سنوات) يكتمل تطور

العين . فالتركيز يعكس في هذه المرحلة العمرية كفاية الوظائف البصرية . هذا وتتطور القدرات البصرية عموماً وفقاً للتسلسل الآتي :

(الشهر الأول) - يغلق الطفل عينيه عندما يتعرض للإضاءة .

- يبدأ بالتحديق بالأشياء .

(3-4 شهور) - يظهر على الطفل الفرح عندما يرى ثدي الأم أو زجاجة

الحليب ويفهم أنهما يعنيان الطعام .

- يتابع شيئاً يتحرك إلى الأعلى وإلى الأسفل .

(5-6 شهور) - يرى شيئاً عن بعد ويشد نفسه نحوه .

- يعبر عن إدراكه للفرق بين الشخص المألوف وغير المألوف .

- يستطيع رؤية أشياء صغيرة .

(8-9 شهور) - يرى شيئاً مغطى جزئياً بغطاء .

- يبحث عن أشياء تندرج بعيداً عنه .

(12 شهراً) - يدرك أشياء كثيرة .

- يأخذ الشيء أو يتحرك نحوه .

- يحب النظر إلى الصور .

(18 شهراً) - يجد شيئاً يختفي من أمامه .

- يشير إلى الأشياء التي يريدّها .

- يشير للأشياء في كتب مصورة .

- يجد شيئاً محدداً من بين مجموعة أشياء .



- (24 شهراً) - يضع الأشياء في كتب مصورة .
- يشير للأشياء البعيدة عن نظره .
- يقلب الصور في الاتجاه المناسب .
- يبني برجاً من 3-4 مكعبات .
- (30 شهراً) - يميز بين الألوان : الأحمر ، الأصفر ، الأخضر ، الأزرق ، الأسود ، الأبيض (لا يعرف أسماء الألوان) .
- (36 شهراً) - يعرف اسم لون واحد .
- يعمل تركيبات بسيطة مثل وضع الشكل في الفراغ المناسب .
- (48 شهراً) - يبني نموذجاً بعد رؤيته باستخدام (3) أجزاء .



- يعرف اسم لونين .
- يرسم دائرة .
- يتابع الكرة بنظره .
- يركز بنظره بدرجة عالية .
- (60 شهراً) - يبني نموذجاً بعد رؤيته باستخدام (4) مكعبات .
- يعرف أسماء الألوان الأساسية .
- يرسم شكلاً مربعاً .
- (72 شهراً) - يتحدث مستعيناً بالذاكرة البصرية .
- (مثلاً برنامج تلفزيوني شاهده بالأمس)
- يعرف أسماء الألوان .
- ينظر الى الصورة ودون رؤيتها ثانية يستطيع وصف ما فيها .

حاسة السمع:

تتطور حاسة السمع عبر أربع مراحل هي :

الوعي السمعي : يفهم الطفل الأصوات البسيطة .

التركيز السمعي : يستطيع الطفل معرفة من أين يأتي الصوت .

التمييز السمعي وتمييز الأصوات : وهذا يعني أن الطفل يستطيع إدراك الأصوات والألفاظ والكلمات بطريقة صحيحة (يخلط الأطفال عادة الأصوات المتشابهة) .

الذاكرة السمعية : تعتبر من أهم العوامل للتعلم ، فالأطفال يحتاجون إلى التدريب على إعادة ما يقال لهم . وإذا لم تتطور الذاكرة السمعية قد يواجه الطالب مشكلات مختلفة عند دخول المدرسة . هذا وتتطور وظيفة السمع على النحو التالي :
(الشهر الأول) - يصدر عن الطفل ردة فعل للصوت العالي والتصفيق المفاجئ .
(3-4 شهور) - ينتبه الطفل إلى الأصوات الصادرة عن عقرب الثواني لساعة المنبه التي تبتعد عنه حوالي 20 سم .

- لا يحب الصوت المزعج (يبكي بسببه) .

- ينتبه إلى كيفية المحادثة الجارية بين الكبار ويتنسم عندما يتحدث عنه الآخرون بطريقة لطيفة .



(5-6 شهور) - يستمع للمحادثة .

- يناغي لأمه .

(8-9 شهور) - يفهم كلمات مختلفة .

- يحب إصدار الأصوات

- يميل رأسه نحو الشخص الذي ينادي .



(12 شهراً) - يطيع بعض الأوامر البسيطة .

- يستمع ويتفاعل عند سماع اسمه .

- يستطيع تحديد مصدر الصوت بسرعة .

- يفهم بأن الأشياء والناس لهم أسماء

(24 شهراً) - يستطيع تحديد مصدر الصوت بسرعة .

- يعيد كلمات في جملة وخاصة آخر كلمة في الجملة التي

صدرت عن الشخص الراشد .

- يعرف اسماء (8-10) أشياء .

- يفهم القصص البسيطة ويستمتع بها .

- يقوم بتلبية بعض الأوامر التي تصدر إليه .

(36 شهراً) - يفهم عندما يقرأ الراشد له وعندما يرى الصور .

- يستمتع بالأغاني والأناشيد

(48- شهراً) - يستطيع القيام بثلاث مهام متتابعة .

- يستطيع تذكر وإعادة جمل قصيرة (4-6 كلمات) .

(60 شهراً) - يستطيع التحدث عن أحداث ماضية .

- يأخذ رسالة بسيطة على الهاتف .

- يعيد جملة من (11) كلمة

- يعرف تاريخ ولادته .

- يميز بين (3) مستويات صوتية .

حاسة اللمس

تتطور حاسة اللمس في الاعمار المختلفة على النحو التالي :

(الشهر الأول) - إذا دغدغت أخمص قدمه بلطف فهو يسحب رجله بأكملها .

- يسحب رجله حسب الحرارة (الماء البارد والساخن)

- يمص اصابعه ويده .

(3-4 شهور) - يبدأ بتحريك الأشياء المعلقة فوق السرير .

- يهدأ عندما يتم لمسه

- يبكي عندما يبلل نفسه .

(5-6 شهور) - يضغط ويشد بقوة .

- يتفحص بالأصابع

(8-9 شهور) - يرغب بلمس الطعام .

(12 شهراً) - يلعب بالطعام

- يصفق بيديه .

- يحب التقبيل والمعانقة .

- يشير بالسبابة للأشياء .

(18- شهراً) - يستخدم الاصابع للإحساس بالأشياء .

- يكثر من وضع الأشياء في فمه .

- يحب الأشياء الناعمة .

- يضع يده على الأماكن المؤلمة .





(24- شهراً) - يتطور لديه الاحساس بالألم .

- يفهم أنه قد يؤذي نفسه .

- يتعلم الخوف من الأشياء .

- يستطيع قلب صفحات الكتاب .

(30- شهراً) - يميز الأشياء بالأصابع دون النظر إليها .

(36- شهراً) - يميز بين الدافئ والبارد .

(48 شهراً) - يعرف الجزء الذي يلمس من جسمه حتى لو كانت عيناه

مغلقتين .

- يحس بنفسه إذا كان يشعر بالدفء أو إذا كان يرجف من

البرد .

- يميز الأشياء في كيس دون النظر إليها .

(60 شهراً) - يستطيع القول من أين يتألم دون النظر .

- يميز بين الأشكال المختلفة التالية (الدائرة المربع) بلمسها .

(72 شهراً) - يستطيع الحكم على درجة حرارة الماء .

- يميز عدداً أكبر من الأشكال (مثل الدائرة ، المربع ، المستطيل ،

الشكل البيضاوي) .

- يميز السطوح المختلفة (الملابس القطنية ، الجلدية ... إلخ)

وفيما يلي أهم الأساليب التي يمكن استخدامها لتطوير النمو الحسي للأطفال :

1- مساعدة الأطفال على اكتساب المهارات والقدرات الحسية بشكل تدريجي

بحيث يتم البدء بالمهارات البسيطة أولاً ثم يتم الانتقال إلى المهارات الأكثر

تعقيداً ، وهذا ما يطلق عليه التربويون عادة اسم «التعليم الرأسي أو العامودي» .

2- مساعدة الأطفال على تأدية المهارة نفسها في مواقف مختلفة (باستخدام أدوات متنوعة ، وبطرق مختلفة وبوجود مدربين مختلفين ، إلخ) ، وتسمى طريقة التعليم هذه باسم «التعليم الأفقي» ، وتهدف هذه الطريقة إلى تجنب تعليم الطفل مهارات معزولة أو غير وظيفية .

3- تكييف أو تعديل النشاطات التدريبية لتصبح ملائمة للحاجات الخاصة للطفل . أما إذا كان ذلك أمراً مستحيلاً بسبب طبيعة إعاقة الطفل فهو يعني اختيار النشاطات الممكنة فقط فليس من الحكمة في شيء أن نتوقع من الطفل أن يقوم بتأدية مهارات مستحيلة . وفي بعض الحالات قد يكون هناك حاجة إلى تعديل طريقة العرض للمواد والأشياء .

4- استخدام التعليم المباشر عندما تدعو الحاجة إلى ذلك . وما يعنيه هذا هو أن تقوم المعلمة بتحديد أهداف تعليمية ، واختيار الأدوات والأساليب ، وتنفيذ النشاطات التدريبية ، وتقييم فاعلية الطرق المستخدمة . ومثل هذا الأسلوب يتطلب تقييم قدرات الطفل الحسية لتحديد مواطن الضعف أو العجز ومواطن القوة ومن ثم ترتيب المهارات حسب أهميتها وتسلسلها الزمني .

5- توفير الفرص الكافية للأطفال لممارسة المهارات المكتسبة . وبشكل عام ، يجب عدم الاكتفاء بفرصة واحدة لتأدية المهارة ولكن يجب إتاحة عدة فرص في اليوم الواحد إذا سمحت الظروف بذلك .

6- استخدام التعزيز المتواصل عندما يبدأ الطفل بتعلم المهارة المطلوبة ، وبعد بلوغه مستوى مقبولاً من الاتقان يجب التحول إلى تعزيز متقطع .

7- كما هو الحال بالنسبة لجميع المهارات النمائية ، يجب تقييم استجابات الأطفال والتحسين الذي يطرأ على أدائهم (Bailey and Wolery, 1992) .



الفصل الثاني عشر

الاعتبارات الخاصة في تعليم

الأطفال المعوقين الصغار في السن

البيئة التعليمية في مراكز التدخل المبكر

إن لطبيعة البيئة التعليمية في مراكز التدخل المبكر أثراً بالغ الأهمية في نمو الأطفال المعوقين وتعلمهم . وهذه البيئة يجب أن تشبه إلى أكبر حد ممكن صف الروضة العادي ولكن بدون إغفال الحاجات الخاصة لهؤلاء الأطفال . فذلك من شأنه أن يحد من التأثيرات على الوالدين بسبب التحاق طفلهما ببرنامج تربوي - علاجي خاص . ولما كانت البيئة الصفية العادية توفر الفرص للأطفال للاختيار واكتشاف البيئة وحل المشكلات والتعبير عن الذات ، فإن الرسالة التي تنطوي عليها هذه الممارسة التربوية هي أن الأطفال المعوقين هم أطفال صغار في السن لديهم قابلية للنمو والتعلم .

ومع أن الأطفال المعوقين غالباً ما يحتاجون إلى وقت خاص أثناء اليوم الدراسي للتعلم الفردي ، فإن تطوير واتباع جدول نشاطات يومي يشبه ذلك المعتمد في رياض الأطفال العادية يساعد في تهيئة الظروف والفرص القيمة للتعلم . ومن أجل المساعدة في خلق هذه الظروف يستطيع المعلمون اختيار الألعاب المناسبة لأعمار الأطفال والأدوات التعليمية الملائمة لغرفة الصف . ومن الطرق الأخرى لتنظيم الصفوف الخاصة لكي تصبح قريبة من الصف العادي ما يلي :

1- تخزين الألعاب في مكان يستطيع الأطفال الوصول إليه بشكل مستقل .

2- تقسيم غرفة الصف إلى محطات تعليمية متنوعة .



3-تحديد مكان لكل طفل ليضع فيه أشياءه الخاصة ووضع إسم الطفل عليه .

4-إضافة لمسات جمالية على جدران غرفة الصف باستخدام الألوان الفاتحة



ولكن بدون مبالغة .

5-عرض أعمال الأطفال في لوحات خاصة .

6-تصميم لوحات إيضاحية لتعليم الأطفال المفاهيم المختلفة .

7-احترام خصوصيات الطفل ووالديه عند عرض الأهداف المتضمنة في

البرنامج التربوي الفردي وأساليب ضبط السلوك .

8-خزن الأدوات المساندة والمكيفة بحيث لا تكون بارزة بشكل واضح في غرفة

الصف .

9-تخصيص مكان معين ومنفصل عن غرفة الصف لأغراض التدريب على

استخدام التواليت وتغيير ملابس الأطفال .

كذلك فإن زيادة فرص التفاعل بين الأطفال المعوقين والأطفال العاديين من

شأنه المساهمة في توفير بيئة تعليمية اعتيادية . إن على الإخصائيين العاملين مع

الأطفال المعوقين توفير مثل هذه الفرص . وذلك قد يشمل فتح قنوات التواصل

الفاعل مع رياض الأطفال والمدارس الموجودة في البيئة المحلية . ومن البدائل الممكنة

ما يعرف باسم الدمج العكسي والذي يعني تشجيع الأطفال العاديين على القيام

بزيارات إلى مدارس التربية الخاصة ومراكز التدخل المبكر .

الكمبيوتر في خدمة الأطفال المعوقين الصغار في السن

لقد أصبح الكمبيوتر جزءاً مهماً في الحياة اليومية في البيوت والمكاتب

والمدارس . والكمبيوتر يستطيع أيضاً أن يلعب دوراً حيوياً في حياة الأطفال الصغار في

السن الذين يعانون من إعاقة معينة . أحد تطبيقات الكمبيوتر تتمثل في توفير

الفرص للأطفال اليافين للتحكم بأحداث البيئة فالأطفال الصغار في السن يتعلمون بمشاهدة النتائج المحسوسة لأفعالهم . فاللعبة التي تصدر صوتاً عندما يتم ضغطها تجعل الطفل يدرك العلاقة بين الفعل ونتائجه . ولكن الأطفال المعوقين لديهم قدرة محدودة على استكشاف البيئة المحيطة . فعلى سبيل المثال ، إنهم قد لا يستطيعون الوصول إلى الألعاب والتفاعل معها . وقد استخدم الكمبيوتر للربط بين الأفعال المختلفة كأن يرفع الطفل رأسه عالياً أو أن يحرك يده الموصولة بشريط يرتبط بأحداث مثيرة كالموسيقى أو ظهور صورة الطفل على الشاشة أو تشغيل لعبة تعمل بالبطاريات . فباستخدام الكمبيوتر كأداة مساعدة ، يتطور لدى الأطفال إحساس بالسيطرة على البيئة مما يقود إلى توقعات صحيحة من قدرتهم على التأثير على العالم المحيط بهم . وقد نفذ برنامج التربية المبكرة للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية عدة مشاريع استهدفت تقديم نماذج لتطبيقات الكمبيوتر في تعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن . وفيما يلي وصف موجز لمشروعين تم تنفيذهما :

المشروع الأول هو المشروع المعروف باسم تنشيط الأطفال من خلال التكنولوجيا (Activating Children Through Technology) وتم تطبيقه في ولاية إلينوي واستهدف خدمة المجتمعات الريفية . وقد قام منفذو هذا المشروع بتطوير مناهج لرفع مستوى توقعات الأطفال من السيطرة على البيئة وتطوير مهاراتهم التواصلية ومستوى استقلاليتهم ومستوى قدرتهم على حل المشكلات وغير ذلك من المهارات اللازمة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . واشتمل المشروع على إجراء تعديلات على مفاتيح التحكم وأجهزة تركيب الأصوات والموسيقى وما إلى ذلك من الخصائص غير المركزية للكمبيوتر ليتم استخدامها في تعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن .

المشروع الثاني هو مشروع شبكة ولاية إنديانا لتطوير البرامج التربوية للطفولة المبكرة حيث تم استخدام الكمبيوتر لزيادة مستوى الاستكشاف الموجه ذاتياً من خلال برامج تفاعلية تسمح للأطفال باتخاذ القرارات وتنفيذ خططهم ومراجعة نتائج أفعالهم فوراً .



دراسة علمية »

- فاعلية برنامج لنقل أثر التعلم في إطار بيئة تعليمية في مرحلة ما قبل المدرسة .
- لقد كان الهدف من رسالة الدكتوراه هذه معرفة أثر استراتيجية تم تطويرها لمساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الملتحقين في روضة تتبنى مبدأ لدمج على نقل أثر التعلم (التعميم) .
- وقد شملت الاستراتيجية نظاما من التلميحات والمكافآت للأطفال الذين شاركوا في هذه الدراسة . وأشارت النتائج إلى ما يلي :
- 1- لقد نجحت الإستراتيجية مع كل من الأطفال العاديين والأطفال المعاقين .
 - 2- لقد كانت الإستراتيجية قابلة للتطبيق في أكثر من وضع تعليمي على مستوى ما قبل المدرسة .
 - 3- إن البرمجة المخطط لها لنقل أثر التعلم هامة وضرورية بالنسبة لكل من الأطفال والمعلمين .
 - 4- يجب استخدام مبادئ تعديل السلوك عند تدريب المعلمين على تنفيذ استراتيجيات نقل أثر التعلم .

المراجع الأصلي : Forsterg, S.J. (1977). A Program of transfer of learning within a mainstreamed preschool Setting. Unpublished Doctoral Dissertation. The Pennsylvania State University.

تعديل سلوك الأطفال المعوقين

لا يختلف الطفل المعوق عن الأطفال العاديين من حيث أنه يسلك (يقوم بأفعال ونشاطات مختلفة) وأن سلوكه ليس عشوائيا ولكنه يحدث وفقاً لقوانين محددة . وإذا عرفنا تلك القوانين ، أصبحت عملية تعديل سلوك الطفل المعوق عملية



ممكنة وفعالة . ومن أهم القوانين السلوكية والتي تنطبق على سلوك كل من الطفل المعوق والطفل العادي ما يلي :

1- إن السلوك لا يحدث بالصدفة أو بدون أسباب ولكن للسلوك أسباباً معينة وإذا أخذنا الوقت الكافي لتحليل الوضع سنكتشف تلك الأسباب وبالتالي سنستطيع ضبطها وضبط السلوك .

2- إن السلوك في اللحظة التي يحدث فيها يكون متأثراً بثلاثة أنواع من العوامل الرئيسية وهي :



أ- الخبرات الماضية .

ب- القابليات الوراثية .

ج- الظروف البيئية الحالية .

وعلى أي حال ، ليس باستطاعة الوالدين أو المعلمين أو غيرهم تغيير السلوك بتغيير الوراثة أو بتغيير الخبرات الماضية ولذلك فإن القانون الرئيسي في تعديل السلوك هو ضبط الظروف البيئية الحالية .

3- إن الظروف البيئية الحالية والتي لها الدور الأكبر في ضبط السلوك قد تكون سابقة للسلوك (أي أنها تحدث قبله) أو قد تكون تابعة له (أي أنها تحدث بعده) . والأحداث الأكبر أثراً على السلوك هي الأحداث التي تتبع السلوك . ولذلك فالقانون الآخر المهم من قوانين تعديل السلوك هو تغيير نتائج السلوك لتغيير السلوك نفسه . فالمبدأ الأساسي في علم السلوك الانساني هو أن السلوك محكوم بنتائجه . فإذا كانت نتائج السلوك ايجابية زادت احتمالات تكرار الطفل له ، وإذا كانت نتائجها غير ايجابية أو سلبية انخفضت احتمالات تكرار الطفل له . وتكون نتائج السلوك ايجابية أو مرضية إذا حصل الطفل على ما يريد بعد قيامه بالسلوك أو إذا خلصه السلوك مما لا يريد . وتكون نتائج السلوك سلبية إذا تعرض الطفل عند قيامه بالسلوك لحادث

أوشيء لا يحبه . أو ينفر منه أو إذا أدى قيامه بالسلوك الى حرمانه من شيء يحبه
بعبارة أخرى ، إن من أهم قوانين تعديل السلوك على الإطلاق هو تعزيز الطفل
(إعطاؤه أشياء يحبها أو تخليصه من أشياء لا يحبها) عندما يكون سلوكه مناسباً
وعدم تعزيزه أو تجاهله عندما يكون سلوكه غير مناسب .



من مكتبة التدخل المبكر

التدخل المبكر في البيئة الطبيعية^(*)

يقدم هذا الكتاب اقتراحات عملية وبرامج قابلة للتنفيذ لتعليم الأطفال مهارات
مختلفة . ولا يهتم الكتاب بالقضايا النظرية ولكنه يستند في استراتيجياته إلى نموذج
طبيعي في المنهاج . وعلى وجه التحديد ، يتبنى مؤلفا هذا الكتاب المنحى السلوكي
في تخطيط وتنفيذ العملية التعليمية - التعلمية .

وفي ضوء ذلك ، فإن الكتاب يقترح استراتيجيات لتحديد كل من محتوى
منهاج التدخل المبكر والعمليات التي يتضمنها ليس اعتماداً على مفاهيم غامضة عن
نمو الأطفال وإنما من خلال مسح فعلي للبيئة والأنشطة الطبيعية في حياة الطفل . علاوة
على ذلك ، فالكتاب يؤكد أهمية تحديد المنهاج في ضوء فهم أولويات الأسرة وتقييم
مستويات الأداء الحالي للطفل في مجالات النمو المختلفة . كذلك يؤكد المؤلفان أهمية
التقييم المستمر لفاعلية التدخل وإجراء التعديلات اللازمة عليه عند الحاجة . ولا
يشير المؤلفان إلى أي إطار نظري محدد حول النمو في الطفولة بهدف مساعدة
اختصاصي التدخل المبكر في تصميم المنهاج بمرونة .

(*) Noonan, M & McCormick, L. (1993), Early intervention in natural environments
: Methods and procedures. Pacific Grove, California : Brooks/ Cole Publishing
Company.

4-إن السلوك الإنساني ظاهرة بالغة التعقيد فالسلوك قد يكون ظاهراً وقد يكون خفياً . ولأنه ليس باستطاعتنا تغيير السلوك غير الظاهر بشكل مباشر فإن علينا التركيز على السلوك الظاهر وتعريفه بدقة ووضوح بحيث يمكن تسجيل عدد مرات حدوثه أو مدة حدوثه لكي نحكم على فاعلية الأساليب المستخدمة لتعديله .

5- إن السلوك سواء كان عادياً أو شاذاً هو سلوك متعلم في الغالبية العظمى من الحالات . فالسلوك غير المقبول مثله مثل السلوك المقبول يقوى ويتدعم إذا وفر التعزيز للفرد ويضعف وقد يتوقف إذا أدى إلى الحرمان من التعزيز . إننا نعرف أن السلوك أحياناً قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية ولكن ذلك لا يبطل مفعول التعلم . فالطفل الذي لديه نشاط زائد بسبب تلف بسيط في الدماغ أو الطفل الذي لديه سلوك غير عادي لأنه يعاني من اضطراب في الكروموسومات لا يمكن تعديل سلوكيهما بتغيير الدماغ أو بتغيير الكروموسومات ولكن سلوكيهما قابل للتعديل وفقاً لقوانين التعلم العامة المذكورة أعلاه .

ولعل من أهم الخصائص المميزة لبرامج ضبط السلوك الصفي الفعالة أنها تتصف بالتنظيم والثبات . وفيما يلي تلخيص لأهم الخطوات التي ينبغي تنفيذها عند استخدام هذه البرامج :



أ- تحديد السلوك المراد ضبطه

- 1- مقابلة الطفل والأشخاص المهمين في حياته إذا دعت الحاجة .
- 2- مقارنة أداء الطفل بالأطفال الآخرين .
- 3- الحصول على موافقة الأشخاص المهمين على خطة الضبط المقترحة .
- 4- ملاحظة الطفل أو تطبيق بعض الاختبارات عليه لتحديد حجم وطبيعة المشكلة التي يعاني منها .
- 5- ترتيب الأنماط السلوكية التي تحتاج إلى ضبط حسب الأولوية .

ب- تعريف السلوك المستهدف بدقة ووضوح

1- وصف السلوك المستهدف بلغة تسمح بجمع معلومات صادقة عنه .



2- صياغة الأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى .

جـ . جمع المعلومات عن السلوك المراد ضبطه

1- التعرف على العوامل والمتغيرات التي تسبق حدوث السلوك أو ترافقه أو

تحدث بعده .

2- استخدام أسلوب القياس الملائم لطبيعة السلوك المراد ضبطه . فهل المطلوب

هو معرفة تكرار حدوث السلوك أو مدة حدوثه أو شدته أو شكله؟

3- البدء بجمع البيانات قبل تنفيذ الخطة المصممة لضبط السلوك وأثناء

تطبيقها وبعد التوقف عن استخدامها .

د- تصميم البرنامج الخطة لضبط السلوك المستهدف

1- تحديد المكان والزمان الذي سينفذ فيه البرنامج أو الخطة .

2- تحديد الأشخاص الذين سيشاركون في تنفيذ الخطة .

3- اختيار الأساليب التي سيتم استخدامها وذلك بالطبع يعتمد على الهدف

المراد تحقيقه (انظر الجدول رقم 1-12) .

4- تحديد معايير الحكم على فاعلية الأسلوب المستخدم .

5- تحديد الخطط البديلة التي سيتم تنفيذها في حالة تحقيق الهدف .

هـ- البدء بتنفيذ البرنامج أو الخطة

1- تطبيق الأساليب المخطط لها بطريقة صحيحة .

2- التحقق من صحة تطبيق الأساليب وذلك بجمع المعلومات اللازمة .

و- تقييم فاعلية البرنامج

- 1- جمع المعلومات المناسبة عن التغيرات التي تطرأ على السلوك المستهدف .
- 2- عرض المعلومات في رسوم بيانية أو في جداول ، وينبغي توضيح ما كان عليه السلوك قبل البدء بتنفيذ البرنامج وكيف أصبح بعد التنفيذ .
- 3- مناقشة ذوي العلاقة بالنتائج التي تم التوصل إليها .
- 4- اتخاذ القرارات اللازمة . فعلى سبيل المثال ، هل سيتم تطبيق الأساليب لضبط أنماط سلوكية أخرى؟ وهل بالامكان تفعيل الأساليب لضبط أنماط سلوكية أخرى؟ وهل بالامكان تفعيل الأساليب في المستقبل؟



الجدول رقم (1-12)

بعض أساليب تعديل السلوك

الأسلوب	التعريف
التعزيز الايجابي	تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمرارية حدوثه من خلال توفير أحداث أو أشياء ايجابية تلبي حاجات الطفل بعد قيامه بتأدية السلوك .
التعزيز السلبي	تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمراريته من خلال ازالة مثيرات منفرة لا يحبها الطفل بعد قيامه بالسلوك .
التغذية الراجعة	تزويد الطفل بمعلومات توضيحية وتصحيحية بطريقة ايجابية وذلك بهدف توجيه سلوكه المستقبلي .
التسلسل	تحليل السلوك المراد ضبطه الى الاستجابات التي يتكون منها ومن ثم تدريب الطفل على تأدية الاستجابات على نحو يتدرج من السهل الى الصعب .
التشكيل	تعزيز الاستجابات التي تقود الى السلوك المراد تحقيقه وتجاهل الاستجابات التي لا تقود الى تحقيق السلوك المطلوب .

استخدام أسلوب التقليد والتعلم بالملاحظة بحيث يتم تقديم	النمذجة
ايضاحات كافية للطفل ليتعلم منها .	
الإلغاء التدريجي للتعليمات والتوجيهات التي تم استخدامها	الإخفاء
لتلقين الطفل الاستجابات الصحيحة .	
الاتفاق مع الطفل حول السلوك المطلوب منه والمكافأة التي	التعاقد السلوكي
سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك .	
ايقاف التعزيز الذي يحدث بعد السلوك وذلك من أجل ايقاف	الإطفاء
السلوك نفسه ، ويعرف هذا الأسلوب ايضا بالتجاهل المخطط له .	
أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يشمل حرمان الطفل من	تكلفة الاستجابة
المعززات المتوفرة لديه .	
أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يتضمن ازالة البيئة المعززة أو	العزل
حرمان الطفل من فرصة التمتع فيها .	
أسلوب عقابي يتضمن إرغام الطفل على ازالة الأذى الذي نتج	التصحيح الزائد
عن سلوكه الخاطئ .	
التعبير اللفظي أو غير اللفظي عن عدم الرضا عن السلوك وذلك	التوبيخ
بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل .	
أسلوب لكبح السلوك غير المقبول من خلال تعزيز سلوك مناقض	تعزيز السلوك البديل
له .	
أسلوب لكبح السلوك غير المقبول من خلال تعزيز الطفل عندما	تعزيز غياب السلوك
يمتنع عن القيام بذلك السلوك .	
أسلوب لكبح السلوك يتضمن تعزيز الطفل عندما يصبح سلوكه	تعزيز
أقل من مستوى معين يتم تحديده مسبقاً .	انخفاض السلوك
التحكم بالسلوك من خلال التحكم بالأحداث التي تسبقه أو	ضبط المثير
تنظيم الظروف التي يحدث فيها لكي يظهر السلوك في المواقف	
المناسبة ويختفي في المواقف غير المناسبة .	
تدريب الطفل على نقل المهارات التي تعلمها في موقف محدد	التعميم
الى مواقف مشابهة للموقف الأصلي (وهذا يسمى تعميم المثير) أو	
تدريبه على إظهار استجابات مشابهة للاستجابة الأساسية	
(تعميم الاستجابة) .	



تدريب الطفل على التفريق بين الاستجابة المناسبة والاستجابة غير المناسبة وذلك من خلال توظيف التعزيز التفاضلي والذي يشتمل على تعزيز الاستجابة في مواقف معينة وعدم تعزيزها (تجاهلها) عند حدوثها في المواقف الأخرى . أسلوب ضبط جماعي يشتمل على تقسيم الأطفال الى فريقين وتوضيح قواعد السلوك لهما وشروط الفوز باللعبة وهي شروط يترتب عليها تناقص الفريقين على تأدية السلوك المقبول والامتناع عن القيام بالسلوك غير المقبول .	التمييز لعبة السلوك الجيد
--	---



الدمج في مرحلة الطفولة المبكرة

مرحلة الطفولة المبكرة هي أفضل وقت للبدء بدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين . ومن الأسباب الرئيسية التي تكمن وراء ذلك هو أن برامج الطفولة المبكرة عموماً تتوقع ان يتطور الأطفال بمعدلات متفاوتة . فالفروق في قدرات الأطفال ومهاراتهم شيء متوقع وهذه الفروق الفردية أكثر قبولاً في مرحلة ما قبل المدرسة عنها في المراحل المدرسية اللاحقة . كما أن المعلمين في مرحلة ما قبل المدرسة لا يهتمون بنتائج التعلم والاختبارات بقدر ما يهتمون بعملية التعلم والنمو (Odom & McEvoy, 1990) .

من ناحية أخرى فإن الأطفال الصغار في السن يتقبلون الفروق الفردية ولا يعيرون الانحرافات عن النمو اهتماماً كبيراً . فالأطفال يستجيبون لبعضهم بعضاً بسهولة نسبياً ودون إصدار الأحكام وإجراء المقارنات . صحيح أنهم قد يطرحون الأسئلة إلا أن تلك الأسئلة تنم عن حب الاستطلاع ، فالأطفال لا يواجهون صعوبة في قبول الذين يختلفون عنهم .

مبررات الدمج

إن الأدبيات التربوية الحديثة تزخر بالأراء المقنعة المؤيدة لدمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع الأطفال العاديين في نفس البيئة التعليمية . وتجمع هذه الأدبيات على أن من أهم مبررات الدمج ما يلي :



(1) المبررات الاجتماعية - الاخلاقية

فالدمج يشجع الناس على تبني نظرة ايجابية نحو الأشخاص المعاقين . وهذا الرأي يقوم على افتراض مفادة أن عزل الأشخاص المعاقين يشجع من حيث المبدأ تطور وجهات النظر والاتجاهات السلبية . أما الدمج فهو يهيئ الفرص لتطور الإدراكات الاجتماعية الواقعية .

(2) المبررات القانونية- التشريعية

فالتشريعات التربوية في معظم دول العالم في الوقت الراهن تنص على حق التلميذ المعاق في التعلم في البيئة التربوية الأقرب الى البيئة الطبيعية .

(3) المبررات النفسية - التربوية

إن الأطفال بحاجة الى التفاعل مع الآخرين والتعامل مع ظروف الحياة اليومية التي تزداد تعقيداً مع الأيام . والبيئة التعليمية التي تسمح بالإدماج أكثر قدرة مع البيئة المعزولة على تحقيق هذا المطلب . فالتعلم بالمحاكاة والتقليد يحدث عندما تتوفر النماذج المناسبة .

شروط النجاح

ان من أهم شروط نجاح الدمج التخطيط الواعي الذي يهيئ الفرص المناسبة للتفاعل بين الأتراب . فالدمج لا يعني مجرد وضع الأطفال المعوقين والأطفال غير المعوقين في المكان نفسه . والدمج دون تخطيط مسبق قد يقود الى مشكلات

وصعوبات وليس إلى تحقيق الأهداف المرجوة . وعند التخطيط لبرامج الدمج ينبغي مراعاة العوامل الأساسية التالية (Raasche, Gorrill & Strom, 1990) :

● نسبة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الأطفال العاديين في الصف .
إن وجهة النظر الأكثر قبولاً في الأوساط التربوية تتمثل في التعامل مع هذه القضية بمرونة اعتماداً على ظروف متعددة منها خصائص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وخصائص الأطفال العاديين ، ومستوى معرفة المعلمين . وبوجه عام ، يجب ألا يقتصر عدد الاطفال المدموجين على طفل واحد أو طفلين فذلك قد يقود الى عزلهم ونبذهم .

● مستوى النمو وليس العمر الزمني . إن العمر النمائي أكثر أهمية من العمر الزمني . وعليه ، ينبغي دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أطفال عاديين أصغر منهم سناً فذلك يخفف التباين ويقلل الفروق بينهم .

● الخبرات التعليمية الفردية والمخطط لها بعناية . ان البرامج التعليمية الجيدة هي البرامج التي تراعي مواطن الضعف ومواطن القوة الفريدة الموجودة لدى الطفل . فمراعاة هذه الخصائص النمائية تعمل بمثابة مفتاح للخبرات التعليمية والنمائية الملائمة والفعالة .

● كذلك فإن احتمالات نجاح الدمج تعتمد على اتجاهات ذوي العلاقة جميعاً بمن فيهم الأطفال وأولياء أمورهم ، والمعلمين ، والاداريين . وذلك يعني ضرورة تطوير السبل الفعالة لتعديل الاتجاهات لتصبح أكثر واقعية وإيجابية وتشجيع وجهات النظر التربوية التقدمية .

● ومن الشروط الأساسية الأخرى التي يجب توافرها لنجاح برامج الدمج التزام المربين بمبدأ مشاركة أولياء الأمور بفعالية ونشاط .



الكفايات العامة الضرورية لمعلمي الصفوف العادية

لدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

- 1- القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوك الأطفال في المواقف الصفية المختلفة .
- 2- القدرة على العمل كعضو فاعل في الفريق متعدد التخصصات الذي يصمم وينفذ ويقيم برامج الدمج .
- 3- التمتع بمستوى مقبول من المعرفة حول فئات الاحتياجات الخاصة وأسبابها وأبعادها التربوية - النفسية .
- 4- معرفة خصائص النمو الطبيعي في مراحل الطفولة .
- 5- معرفة مبادئ وأساليب تطوير البرامج التربوية الفردية .
- 6- القدرة على تفسير أهم المعلومات الواردة في التقارير الطبية والنفسية - التربوية حول الأطفال .
- 7- بناء علاقات عمل مناسبة مع الجمعيات والمؤسسات التي تعنى بتدريب وتربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .
- 8- معرفة المبادئ الأساسية لصيانة المعدات والأدوات الخاصة والمكيفة التي يستخدمها الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة .
- 9- القدرة على تكييف الاختبارات وأدوات التقييم المختلفة بما يتلاءم وطبيعة الاحتياجات الخاصة .
- 10- التمتع بالمعرفة الكافية حول النشاطات المرغوب فيها والنشاطات الممنوعة لكل فئة من فئات الاحتياجات الخاصة .
- 11- القدرة على بناء علاقات عمل بناءة ومفيدة مع أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .



12- معرفة الطرق الفعالة لتعديل اتجاهات الأطفال نحو زملائهم ذوي الاحتياجات الخاصة .

13- القدرة على تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالافادة والمشاركة في الأنشطة التعليمية الى أقصى حد ممكن .

14- القدرة على تكييف الوسائل التعليمية وطبيعة الاحتياجات الخاصة للطفل .



15- القدرة على تكييف عناصر المنهاج عند الحاجة .

تأثيرات الدمج على الأطفال العاديين

ثمة من يخشى أن يكون لدمج الأطفال المعوقين والأطفال العاديين تأثيرات سلبية على الأطفال العاديين . وفي الحقيقة فإن الدراسات اهتمت بالتأثيرات الايجابية للدمج على الأطفال المعوقين ولم تركز إلا بشكل محدود على تأثيرات ذلك على الأطفال العاديين . وهناك حاجة إلى المزيد من البحوث العلمية لتحديد التأثيرات المحتملة للدمج على نمو الأطفال العاديين وتعلمهم . فهل يقود تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين إلى تزويد الأطفال العاديين بنماذج نمائية غير مناسبة قد يتعلموا منها سلوكيات وأنماط شخصية غير مقبولة؟ وهل يعمل الدمج على حرمان الأطفال العاديين من البيئة الغنية بالإثارة المعرفية واللغوية والاجتماعية؟

إن الدراسات العلمية المتوفرة حالياً تشير الى أن الأطفال العاديين الذين يتعلم معهم أطفال معوقون في نفس الصف يحققون مستويات عادية من النمو والتحصيل مما يعني ان الدمج لا يترك تأثيرات سلبية تذكر على نموهم . فهم لا يقلدون السلوكيات التي قد تصدر عن الأطفال المعوقين إلا اذا تم تعزيزهم على القيام بذلك . ولكن ذلك لا يعني أن الأطفال العاديين لا يمكن ان يقلدوا الأطفال المعوقين أبداً . وإذا حدث ذلك فإن السلوك غير التكميفي الذي قاموا بتقليده لن يستمر إذا لم يحصل على تعزيز من المعلمين والآباء والرفاق (Guralnick, 1990) .