

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

محاضرات في: الإعاقة الذهنية للسنة أولى ماستر صعوبات التعلم

من إعداد الدكتورة:

- واکلي بديعة

السنة الجامعية: 2014/2013

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
02	تعريف الإعاقة الذهنية
02	تصنيف الإعاقة الذهنية
03	أسباب الإعاقة الذهنية
07	التصنيفات التي تعتمد علي أسباب الإعاقة: تصنيف ثريديجول
07	تصنيف ستروس
07	التصنيف القائم علي أساس الأنماط الإكلينيكية:
08	التصنيف علي أساس الذكاء أو التصنيف التربوي:
09	تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية
09	خصائص المعاقين عقليا
12	قياس و تشخيص الإعاقة العقلية
13	الأبعاد الأساسية في تشخيص المعاقين عقليا :
14	مشكلات قياس و تشخيص الإعاقة
15	البرامج التعليمية للمعاقين عقليا
17	توجيهات عامة للمدربين العاملين في مجال تعليم المعاقين عقليا
18	نظريات الاعاقة الذهنية
28	التكفل بالمعاقين ذهنيا

37	متلازمة داون
42	متلازمة ويليامز
18	قائمة المراجع

الإعاقة الذهنية

تعريف الإعاقة الذهنية: تعددت تعريفات الإعاقة الذهنية إلا أن أكثر تعريف قبولا هو تعريف قروسمان الجمعية الأمريكية في عام 1973 و هو أن الإعاقة هي مستوى من الأداء الوظيفي العقلي و الذي يقل عن متوسط الذكاء و يصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيف و يظهر في مراحل العمر النهائية منذ الميلاد حتي 18 سنة .

و لقد تبنت الجمعية الأمريكية التعريف التالي: " الإعاقة العقلية هي نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازما مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل و العناية الشخصية، والحياة اليومية المنزلية، و المهارات الاجتماعية، و الاستفادة من مصادر المجتمع، و التوجيه الذاتي، و الصحة و السلامة و الجوانب الأكاديمية الوظيفية، و قضاء وقت الفراغ، و مهارات العمل و الحياة الاستقلالية و يظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة. (السيد عبيد، 2007، ص 33)

تصنيف الإعاقة الذهنية:

يختلف المعاقون في إعاقاتهم الذهنية من مختلف النواحي الجسمية و العقلية و الانفعالية و الاجتماعية و التعليمية مما وجب تصنيفهم إلى مختلف الفئات، و عليه تعددت تصنيفات الإعاقة الذهنية.

أولاً- التصنيف حسب الأسباب:

1- أسباب ما قبل الميلاد: (الأمراض الوراثية).

2- أسباب أثناء الولادة: (الأسباب البيئية).

ثانيا- التصنيف حسب الشكل الخارجي:

_المنغوليا _ حالات اضطراب الغذائي _ صغر حجم الجمجمة _كبر حجم الجمجمة _حالات استسقاء
الدهني .

ثالثا- التصنيف حسب نسبة الذكاء:

_إعاقة عقلية متوسطة تتراوح ما بين (55_70 %) و هم فئة القابلون للتعلم .

إعاقة عقلية متوسطة تتراوح ما بين (44_55 %) و هم فئة القابلة للتدريب .

الإعاقة العقلية الشديدة تتراوح ما بين (40 و أقل).

أسباب الإعاقفة الذهنية: تنقسم إلي 3 مجموعات

1- أسباب ما قبل الميلاد: و هي الأسباب المعروفة بنسبة 25% و الباقي أسباب غير معروفة

(75%) و هي تلك العوامل التي يتعرض لها الجنين أثناء فترة الحمل .

2- أسباب أثناء الولادة : الصعوبات الولادية و هي التي تحدث أثناء الولادة مثل نقص الأكسجين

و الولادة العسيرة و ما يصاحبها من صدمات .

3- أسباب ما بعد الولادة : و هي الأسباب التي تؤدي إلي تخلف العقلي مثل: سوء التغذية

الحوادث و الصدمات الأمراض و الالتهابات ، العقاقير و الأدوية

أسباب ما قبل الولادة:

1- الحصبة الألمانية: تصيب الحامل و تؤثر علي الجنين خاصة في الأشهر الأولى من الحمل

(3 أشهر)

2- حالات التسمم البلازما: و يعتبر هذا العامل مسؤول عن بعض حالات التخلف الشديد أو

عن حالات صغر و كبر الجمجمة و حالات الصرع .

3- مرض الزهري: و تعتبر هذه الأمراض التي تصاب بها الأم الحامل سببا في إعاقة الجنين و تؤثر علي الجنين في مراحل نموه متأخرة (علي مستوى الأعضاء التناسلية).

4- الشدوذ الكروموزومي: و تمثلها الحالة المعروفة بمتلازمة داون و هي خلل في الكروموزومات تحدث خلال الانقسام الخلوي .

5- إصابات ما قبل الولادة: و تحدث نتيجة السقوط أثناء فترة الحمل أو وضع الجنين الغير عادي في الرحم مما يؤدي حدوث رضوض و صدمات كدماغ الجنين .

6- نقص الأكسجين: و ذلك أثناء فترة الحمل فإذا نقص O2 فانه يؤدي إلي تلف أغشية المخ و من ثمة حدوث التخلف الذهني .

7- التعرض للإشعاعات أثناء فترة الحمل: و تختلف تأثير الإشعاعات تبعا لنوع الإشعاع و درجة تعرض الحامل له و التي تحدث تلف في خلايا المخ و من بين الأشعة أشعة X و الإشعاع النووي .

8- عامل الريزوس: و الذي يكون ناتج عن ارتفاع نسبة géluribine في الدم و يؤدي إلي تلف و خلل في الخلايا الدماغية و الريزوس يكون (+) عند 85 من الأفراد 15 % نسبة (-) و يعتبر هذا العامل مصدر خطر في فترة الحمل خاصة إذا كان Rh فتتسرب هذه الأجسام عن طريق الحبل السري إلي دم الأم الذي يبدأ في تكوين الأجسام المضادة و قد تتسرب بعضها إلي أم الطفل و تقوم بمهاجمة و إتلاف نسبة كبيرة من خلايا الجنين و الحل وحده الطبي حقن الأم بالإبرة بعدة الولادة ب 72 سا و هذا التلقيح يوقف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم

9- اضطرابات الايض و التغذية: هي التغيرات الكيميائية التي تحدث في الخلايا الحية نتيجة لاضطراب التمثيل الغذائي في الجسم و توجد عدة أشكال منه :

_ اضطراب في تخزين الدهون _ اضطراب الكربوهدرات

_ اضطرابات في الأحماض الأمينية _ اضطرابات في إفراز هرمون الغدد الصماء و الذي ينتج عنه القماءة (القزم) قصر القامة .

10- سوء التغذية: الأم الحامل و خصوصا في الشهور الأولى من الحمل و يندرج عن سوء التغذية سوء التوازن الغذائي.

11- الإنجاب المبكر

12- الأمراض المعدية: كالسل، السيدا.

13- الإنجاب المبكر: يجب أن يكون الجهاز التناسلي للمرأة مكتمل و مستعد للإنجاب أكبر من 18 سنة و أقل 38 و من بين الأسباب الأخرى فترة الحمل، إن قصر فترة الحمل أو طولها قد يتسبب في الإعاقة العقلية للطفل فقصر فترة الحمل يكون نمو الجنين غير مكتمل و وزنه يقل 2,5 كغ و في بعض الحالات يكون ضعيف القامة و في بعض الحالات يؤدي إلي تخلف عقلي .

أما في فترة الحمل الطويلة التي تزيد عن 38 أسبوع فقد يتعرض الطفل أثناء تلك الفترة إلي نقص في التغذية الذي قد يسبب إعاقة عقلية .

أسباب أثناء عملية الولادة: تلك الأسباب التي تحدث أثناء عملية الولادة و التي تؤدي إلي إعاقة ذهنية أو إعاقات أخرى

1_ نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة: قد تؤدي أثناء الولادة بموت الجنين أو إصابته بإحدي الإعاقات و منها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة دماغ الجنين من أسباب التي تؤدي إلي نقص O2 هي حالات التسمم، انفصال المشيمة طول عملية الولادة أو عسرهما كما يمكن أن يكون نقص O2 راجع إلي زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل علي تنشيط عملية الولادة oxytocia

2- الصدمات الجسدية: قد يحدث أن يصاب الجنين أثناء عملية الولادة بالكدمات الجسدية أو إصابة بسبب طول عملية الولادة و استعمال الأدوات الخاصة بالولادة أو استعمال طريقة الولادة القيصرية بسبب وضع رأس الجنين أو حجمه مقارنة مع حجم عنق رحم الأم مما يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين و بالتالي الإعاقة العقلية

3- العدوى التي تصيب الجنين: إذ تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات مثل: التهاب السحايا من الأسباب في إصابة وتلف الجهاز العصبي و قد يؤدي ذلك إلي وفاة الجنين قبل الولادة و إذا عاشت الحالة فتصاب بإعاقة مختلفة .

أسباب ما بعد الولادة:

أثبت الكثير من الدراسات أن حالات الإعاقة تحدث في مرحلة الطفولة نتيجة لإهمال الأسرة لإعطاء التطعيمات الواقعية للأفراد من الأمراض و التي قد تؤدي إلي إعاقة كما أن إهمال الأسرة برعاية الطفل قد يعرضه لحوادث كثيرة بالإضافة إلي الأمراض الخطيرة من بينها: الدفتيريا، شلل الأطفال، السعال الديكي، الكساح.

الحوادث: تحدث نتيجة إهمال الأسرة خاصة حوادث منزلية خاصة الأم كرعاية الطفل و إرشاده و قد تؤدي إلي إصابة عقلية، سقوط الطفل علي رأسه، صعقات كهربائية، الحروق، الأدوية الخاطئة، استعمال القسوة عند عقاب الطفل

عوامل أخرى: تبين في السنوات الأخيرة بعض الإعاقات عواملها و أسبابها غير محددة و فسر البعض من الباحثين بعض الإعاقات العقلية بالعوامل الثقافية و الاجتماعية و البيئية لها دور فأكدت الدراسات أنه للمؤثرات البيئية لمحيط الطفل نتائج قد تكون ايجابية أو سلبية و أكد الكثير من الباحثين أن حالات الإعاقة تنحدر من بيئات اجتماعية و كذلك الأسر المفككة.

تصنيف الإعاقة:

تعتبر درجة القصور في الأداء العقلي و السلوك ألتكيفي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة العقلية فيؤشران إلي الاختلاف الواسع في المهارات و القدرة ضمن فئات العقلية المختلفة ففئات العقلية المختلفة غير متجانسة فإشارة معظم التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية إلي أربع مستويات إعاقة البسيطة الإعاقة العميقة .

التصنيف علي أسباب الإعاقة: يميل الأطباء إلي هذا التصنيف حتي يتمكنون من العلاج و حسب هذا التصنيف تقسم الإعاقة العقلية إلي 3 فئات:

* المعاقين بسبب الأسباب البيئية.

* فئة المعاقين بسبب الأسباب البيئية .

* فئة المعاقين بسبب العوامل المختلطة.

الكثير من أسباب الإعاقة غير معروفة و الكثير من الأسباب متداخلة و هذا التصنيف لا يفيد كثيرا في مجال تعليم المعوقين عقليا و تدريبهم و تعليمهم لهذا لا يؤخذ بهذا التصنيف في مجال التربية الخاصة.

من بين التصنيفات التي تعتمد علي أسباب الإعاقة نجد:

تصنيف ثريديجولد: صنف هذا العالم الإعاقة العقلية إلي فئات التالية

أ-إعاقة أولية أولي: تشتمل هذه الفئة المعاقين الذين تعود أسبا إعاقتهم إلي أسباب وراثية .

ب-إعاقة عقلية ثانوية: و تشتمل الذين تعود أسباب إعاقتهم بيئية أثناء و بعد الولادة

ج- إعاقة عقلية غير محددة الأسباب: تشتمل هذه الفئة الغالبية العظمى من الأفراد المعاقين عقليا تكون مجهولة الأسباب خاصة الإعاقة البسيطة و هي حالات يصعب فيها تحديد الأسباب

تصنيف ستروس: يقسم ذوي الإعاقة العقلية إلي فئتين :

أ- الفئة الأولى النمط الداخلي: type endogène و تشمل الإعاقة العصبية الوراثية و يلاحظ فيها نقص الذكاء أحد الوالدين أو الإخوة و لا يتضح أي سبب عضوي .

ب-النمط الخارجي type exogène: تشتمل حالات الإعاقة العصبية الناجمة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة فقد تكون الإعاقة ناتجة عن إصابة أحدثت تلف في الدماغ قبل أو أثناء الولادة و تتصف هذه الحالات باضطراب التفكير و عدم اتزان الانفعالي كما قد يصاحبها ظهور العيوب في الجهازين الحركي و العصبي للمصاب .

2-التصنيف القائم علي أساس الأنماط الإكلينيكية: يمكن اعتبار هذا التصنيف من التصنيفات المعتمد علي مصدر العلة إلا أن ما يميز هذه الفئات أو الأنماط هو ما تتصف به من تجانس في مظهرها الجسمي الخارجي من خصائص يطلق عليها اسم الأنماط الإكلينيكية و يعتمد هذا التصنيف علي وجود بعض الخصائص الجسمية و التشريحية و الفزيولوجي المميزة لكل فئة بالإضافة إلي وجود

الضعف العقلي و يصعب حصر هذه الأنماط كلها و أهمها فئة المنغوليين و فئة كبار الجمجمة. هذا التصنيف لا يفيد كثيرا في مجال التربية الخاصة و التأهيل و لا يؤخذ به كثيرا في البرامج التربوية الحديثة.

2-1-متلازمة داون: و في هذه المتلازمة يوجد تشابه في خصائص جسمية واضحة كملاح الجنس المنغولي، كما تكون نسبة الذكاء عندهم بين 25-50 درجة، أما قليلا منهم تتراوح نسبة ذكائهم بين 50-70 درجة.

2-2-القماءة: و يكون ذلك بسبب قلة إفراز الغدة الدرقية مما يسبب تلفا في الدماغ و قصر القامة الذي لا يزيد عن 90 سنتمترا، و نسبة ذكاء لا تزيد عن 50 درجة في حدودها العليا. كما يتصف هؤلاء بتأخر في النمو و خشونة الشعر و غلاظة الشفتين و تضخم اللسان و قصر الرقبة و سماكتها، و قصر الأطراف و الأصابع و سماكتها، وكذلك خشونة الصوت و بطء الحركة، و عدم اكتمال نمو الأسنان و سقوطها في سن مبكرة. هذا إضافة إلى عدم الوصول غالبا إلى النضج الجنسي، و يكون عمره قصيرا.

2-3-استسقاء الدماغ: سببه زيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير عادي، و تتميز بحجم رأس كبير و ضخم و بروز الجبهة. كما نجد تلف في الدماغ و تضخم في الجمجمة بسبب ضغط السائل. فيتراوح محيط الجمجمة ما بين 55 و 75 سم.

و تكون هناك اضطرابات في الحاسة البصرية و السمعية و نمو التوافق الحركي، إضافة إلى نوبات الصرع.

2-4-صغر الدماغ: يتميز بصغر حجم الجمجمة و صغر حجم المخ و يكون شكل الرأس مخروطي، و جلد الرأس مجعد، كما يظهرون ضعف في النمو اللغوي و عدم وضوح الكلام. و تنتابهم حالات تشنج و نوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي.

2-5-كبر الدماغ: تتميز بكبر محيط الجمجمة و كبر حجم الدماغ، و مستوى ذكائهم لا يتعدى 25-50 درجة. هذا و يعانون كذلك من اضطراب البصر مع حدوث تشنجات.

3-التصنيف علي أساس الذكاء أو التصنيف التربوي: يتفق العلماء علي التوزيع السوي للذكاء بين الناس و حسب وكسلر فالإعاقة العقلية تبدأ عند الدرجة 70 و التي تقل عن متوسط بدرجتين معياريتين و هنا نقسم الإعاقة إلي فئات حسب نسب الذكاء و ذلك باستعمال الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة : تتراوح نسب الذكاء بين 55-70 للمتخلفين لكن يرمز لها EMR و تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية حركية عادية و بقدرتها علي التعلم و حتي مستوي الصف الثالث من التعلم و هذا إضافة إلي مستوي متوسط من المهارات العقلية و هذا إضافة أنهم يتمتعون بمتوسط في المهارات المهنية

الإعاقة العقلية المتوسطة : تتراوح ما بين 40-55 و يطلق عليها اسم القابلون للتدريب TMR و تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية قريبة من مظاهر النمو العادي و لكن يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي أو الوقوف كما تتميز بقدرتها علي القيام علي المهارات المهنية البسيطة

الإعاقة العقلية الشديدة: ما بين 25-40 درجة و يطلق عليهم مصطلح الإعاقة الشديدة SMR تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية و حركية مضطربة مقارنة بالعاديين من أقرانهم كما تتميز هذه الفئة باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

إعاقة عقلية عميقة: تقل نسبة ذكائهم عن 25 و يرمز لهم PMR يعاني أصحابها ضعف رئيسي في النمو الجسمي و الحسي الحركي و غالبا ما يحتاجون إلي رعاية دائمة في المنزل أو في المؤسسات

تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية:

يعتبر هذا التصنيف من أكثر التصنيفات قبول من قبل المختصين نظرا لان التصنيفات التي يتضمنها لا تحمل درجة عالية من السلبية كما في التصنيفات السابقة خاصة التصنيفات القديمة عبارة "أبله غبي" يتضمن علي فئات التالية :

التخلف العقلي: "البسيط ، المتوسط ،الشديد،و الشديد جدا "

و هذا الجدول يمثل الفئات و الدرجات الخاصة بالذكاء و يمثل اخر تعديل أجرته 1985

فئات التخلف العقلي و معاملات

الفئة	معامل الذكاء وفق التعديل	معامل الذكاء قبل التعديل
إعاقة عقلية بسيطة	من 50_55 الي 70	55إلي 70 درجة
إعاقة متوسطة	35_40 إلي 50_55	40 إلي 50
إعاقة شديدة	20_25 إلي 40_25	25 إلي 39
إعاقة شديدة جدا	دون 20 درجة	دون 25

خصائص المعاقين عقليا:

من أصعب تصميم دقيق لصفات يتصف بها المعاقين عقليا فنلاحظ أن درجة إعاقة تختلف في مستوي الواحد و نجد فروق واضحة بين الأفراد المعاقين فمن المتوقع أن درجة التباين من أفراد المعاقين عقليا الا أنها تختلف من معاق إلي اخر أبرزها : درجة الاعاقة ، المرحلة العمرية ، نوعية الرعاية التي يتلقاها في الأسرة أو مراجع التربية الخاصة .

الخصائص الجسمية و الحركية:

- 1- سرعة التعرض للمرض
- 2- سريعا الشعور بالاجهاد
- 3- قدرتهم علي الاعتناء بأنفسهم قليلة .
- 4- يمدل نمو جسمي و الحركي ضعيف بشكل عام .

5- تزداد بدرجة الانخفاض العقلي بازدياد درجة الاعاقة .

6- متوسط أعمارهم أدنى من العاديين و لكن بطيئاً في النمو الحركي فهم يتأخرون في مهارة المشي و صعوبة التحكم في الجهاز العضلي خاصة المهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة فحركات المعاقين ينقصها التآزر و التناسق ، فيصعب عليه المشي علي خط مستقيم و حتي التآزر البصري

أما المعاقين بدرجة شديدة: فان نسبة كبيرة منهم يعانون من مشكلات حسية و حركية مصاحبة للاعقة العقلية

الخصائص المعرفية: و نجد فيها الانتباه و التذكر و التمييز .

1- الانتباه: يعاني المعاقين عقليا من ضعف القدرة علي الانتباه و قابلية كبيرة علي التشتت هذا ما يفسر عدم مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي اذا استغرق الموقف فترة متوسطة من الزمن أو مناسبة للعاديين .

2- التذكر: يواجه المعاقين صعوبات في التذكر مقارنة بأقرانهم خاصة الذاكرة قصيرة المدى فالانتباه عملية ضرورية للتذكر فالذي يترتب علي ضعف الانتباه ضعف الذاكرة و لهذا يضيف Halahane Kofmane إلي ذلك الضعف في استراتيجيات التعلم عند المعاقين عقليا يضيف Hyber و زملائه قاموا بسلسلة من الأبحاث للكشف عن العوامل التي تؤثر في عملية التذكر لدي المعاقين عقليا و مقارنة مع العاديين و استخلص "هيبر" و زملائه قاموا بسلسلة من الأبحاث للكشف عن العوامل التي تؤثر في عملية التذكر لدي المعاقين عقليا و مقارنة مع العاديين و استخلص "هيبر" من هذه الأبحاث ما يلي:

_ إن التكرار بعد تمام التعلم و طولها علي نتائج التعلم بصورة واضحة .

_ يكون التعزيز أثره الايجابي في نتائج التعلم .

_ المعاقين يقعون أقل من العاديين في التذكر المباشر و أن الحال ليس في التذكر غير المباشر .

3- التمييز: بما أن عملية الانتباه و التذكر لدي المعاقين تواجه قصور فان عملية التمييز كذلك ستكون دون المستوي مقارنة بالعادين و تختلف درجة الصعوبة علي التمييز تبعاً لدرجة الإعاقة و عوامل أخرى متعددة و تكون صعوبات التمييز واضحة بين الأشكال و الألوان و الأحجام و الأوزان و الروائح و المذاقات الخ

4 - التخيل: يلاحظ أن المعاقين عقليا بشكل عام ذو خيال مصور فعلمية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة لاستحضار الصور و ترتيبها في سياق منطقي ذا معنى فالقصور في القدرة علي التخيل تزداد بازدياد درجة الإعاقة و أشارت الدراسات أن المعاقين لديهم قصور في عمليات الإدراك كما أثبتت أن المعاقين لا يستطيعون فهم المعاني المجردة و لا يستطيعون التعبير عن الأسس العامة و خصائص تفكيرهم تدور حول هنا و إلا أن هناك أيضا ما يشير إلي أنه يفشلون في إظهار التفكير الأبتكاري الذي يتناسب مع عمرهم .

5- الخصائص اللغوية: يعاني المعاقين من بقاء لغوي بشكل عام و يمكن ملاحظة ذلك في مرحلة الطفولة المبكرة و الطفل المعاق يتأخر في اكتساب اللغة و من صعوبات الأكثر شيوعا هي التأتأة الأخطاء في اللفظ و عدم ملائمة نغمة الصوت .

و من أهم المشكلات اللغوية ما يتعلق بفصاحة اللغة جودة المفردات فالمفردات التي يستخدمها بطئ جدا و لا يتناسب مع العمر الزمني و كثيرا ما يصف لغتهم في وصف المعاقين عقليا عبارة "اللغة الطفولية " و هذا ما إشارة إلي جمود النمو اللغوي عند المعاقين ذهنيا .

يشير ميلر إلي أن درجة شيوع و شدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعاقين ذهنيا ترتبط بدرجة عالية بدرجة الإعاقة العقلية فالمعاقين بدرجة البسيطة يتأخرون في النطق و لكنهم يطورون قدرتهم علي الكلام أما المعاقين بدرجة متوسطة يواجهون في الغالب صعوبات مختلفة في الكلام و تتصف لغتهم بالنمطية في الكلام أما الشديد في الإعاقة أن نسبة كبيرة منهم عاجزة علي النطق حيث أن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار الأصوات لا تكون مفهومة في الغالب .

6- الخصائص الشخصية و الاجتماعية:

إن انخفاض مستوي القدرات العقلية و القصور في السلوك التكيفي "مثلا طريقة الحديث " عند الطفل المعاق يضعف في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه من الأطفال و يطور لديه إحساس و ما

يضاعف هذا الإحساس هو انخفاض التوقعات الاجتماعية منه ، حيث يعامله الآخرون علي أنه إنسان مختلف و لا يتوقعون منه الكثير و عليه فالطفل المعاق عقليا أكثر عرضة لخبرات الفشل من الطفل العادي بحكم انخفاض مستوي قدراته و هذا ما يفرز مفهومه السلبي عن النفسي فبالتالي تكون مستوي الدافعية عند المعاقين عقليا منخفض و نلاحظ ذلك بسهولة عندما نطلب من الطفل تعلم مهمة غير مؤلفة له أو عنده من قبل ما يؤكد عليه سجر و بالا 1982 بان انخفاض مستوي الأداء المعرفي للمعاقين عقليا ليس نتيجة لانخفاض مستوي القدرة العقلية فقط بل تساهم عوامل أخرى في ذلك مثل مستوي الدافعية و توقع الفشل .

7- الخصائص النفسية: الأطفال المعاقين عقليا يميلون إلي اللعب و المشاركة في المجموعات و الفئات العمرية التي تصغرهم سنا و هذا السلوك متوقع نظرا لشعور الأطفال المعاقين بعدم قدرتهم علي التنافس مع أقرانهم غير المعاقين " 1995 "

قياس و تشخيص الإعاقة العقلية :

في أسلوب التشخيص نحتاج التشخيص من النواحي التالية :

النفسية ، الاجتماعية ، الطبية، التربوية

وضع ذلك ثروندايك و هاغان 3 خطوات أساسية لأي عملية التشخيص :

1- وصف أو تحديد السلوك أو الخصائص التي ينبغي قياسها

2- و ضع الخصائص المراد قياسها في قالب يمكن ملاحظته

3- تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته . و قد أضاف Davis نقطة رابعة و هي

التأكيد علي أن أسلوب القياس المراد إتباعه يتناسب و الواقع العلمي

أهداف التشخيص : حدد "زوبن " أهداف عمليات التشخيص في النقاط التالية :

- معرفة نقاط القوة و الضعف في شخصية الفرد موضوع القياس ،

- اختيار العلاج أو التكفل المناسب فعليه عملية التشخيص تفيدنا في تحديد ما هو السلوك المطلوب

و تعديله في سلوك الفرد و ما هي الطريقة الأكثر فعالية في تدريب المعاق .

الأبعاد الأساسية في تشخيص المعاقين عقليا:

إن عملية التشخيص الصحيحة تشمل الأبعاد الأربعة المتمثلة في الخصائص الطبية و العقلية و الاجتماعية و التربوية هذا ما يسمى في أوساط التربية الخاصة بالاتجاه التكامل في تشخيص الإعاقة العقلية

الاتجاه التكامل:

التشخيص السيكومتري: مقياس القدرة العقلية " وكسلر "

التشخيص الاجتماعي: اعتماد مقياس السلوك التكيفي كلما قل التكيف زادت الإعاقة

التشخيص التربوي: مقياس المهارات التربوية و التحصيلية القراءة و الكتابة اللغة

التشخيص الطبي: يقوم به أخصائي في طب الأطفال يعتمد علي الجوانب التالية أسباب الحالة، تاريخ الحالة الوراثي، مظاهر النمو الجسمي للحالة و اضطراباتها

التشخيص السيكومتري: يقوم به أخصائي في علم النفس و يتضمن تقرير عن القدرة العقلية و ذلك باستخدام احدي المقاييس القدرة العقلية أو مقياس الذكاء المصور .

التشخيص الاجتماعي: يقوم به عادة في التربية الخاصة و يعد تقرير عن درجة السلوك التكيفي

التشخيص التربوي: يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة و يعد تقريرا عن المهارات الأكاديمية للمفحوص و ذلك باستعمال احدي المقاييس المهارات الأكاديمية كمقياس المهارات اللغوية للمعاقين و مقاييس المهارات العددية

مشكلات قياس و تشخيص الإعاقة:

هناك العديد من المشكلات التي تواجه عملية قياس و تشخيص يمكن تلخيصها فيما يلي:

_ معظم المقاييس المستخدمة لتشخيص الإعاقة لم تستخدم لهم أصلا بل هي مستعارة

_ هناك بعض الشكوك بمدي صدق و ثبات المقاييس المستخدمة في عملية تشخيص الإعاقة العقلية

_ عدم الشمولية في التشخيص .

_ الاختبارات المستعملة تعطي نتيجة واحدة تفيد بأن المفحوص متخلف عقليا بدرجة ما و لكنها لا تحدد نقاط الضعف و القوة عند الطفل .

_ إن حركة قياس و تشخيص المعاقين تحتاج إلي المزيد من الاختبارات و البحوث و الدراسات في هذا المجال .

_ مشكلة اللغة فمعظم الاختبارات تعتمد علي اللغة بما أن البعض من المعاقين لا يمكنهم التعبير باللغة فان قياسه و تشخيصه عملية صعبة

_ تقديم المعلومات للأهل بصدق و موضوعية في بعض الأحيان يكون الأمر صعب إذا كان الخبر غير مباشر

_ التشتت و الاتجاه من المعروف أن المعاق سهل التشتت و قدرته علي التركيز ضعف لذا يجب مراعاتها

_ صعوبة الفهم لا يفهم المعاق المطلوب منه إذا لم يوضح له بصيغة بسيطة و مناسبة.

6- نظريات الاعاقة الذهنية :

6-1 نظرية جان بياجى في النمو العقلي و علاقتها بالاعاقة الذهنية :

يرى العلامة بياجىة أن الذكاء هو القدرة علي التكيف للبيئة وأن تطور ونمو هذه القدرة يمر خلال سلسلة من مراحل النضج وتعتبر نظريته في نمو الذكاء من نماذج النظريات الفريدة في نوعها لأنها مفهوما متكامللا للذكاء في توعيته وتطوره.

فنظرية بياجىة التطورية في النمو العقلي تعتبر الذكاء في مراحل نموه يختلف من مرحلة إلي مرحلة أخرى ولذلك فإن العمليات العقلية في كل مرحلة تكون مختلفة و متناسب مع قدرة الفرد علي التكيف في هذه المرحلة فالذكاء عند بياجىة هو القدرة علي التكيف وهو يمثل نقطة التوازن بين أثر أفعال

الكائن الحي علي البيئة واثر أفعال البيئة علي الكائن الحي فالبيئة تجبر الكائن الحي علي أن يتكيف لواقع الأمور وبالتالي فإن الكائن الحي يغير دائما من البيئة بأن يفرد عليها تكوينات جديدة نابعة منه.

ومن ثم جاءت تعبيرات بياجيه في الاستيعاب والتكيف أو الاستراحة ولا بد من وجود توازن في التفاعل بين الكائن الحي والبيئة وعندما تسود احدي العمليتين علي الأخر فإن الكائن الحي يكون غير متكيف.

وتفترض نظرية بياجيه ثلاثة مراحل أساسية من النمو العقلي:

أ- المرحلة الحسية الحركية من الميلاد إلي السن الثانية من العمر و تتكون من ستة مراحل فرعية
ب- المرحلة الثانية حسب نظرية بياجيه هي مرحلة الذكاء المتصل بالمفاهيم والمدرجات الكلية وتمتد من العام الثاني إلي سن 11 سنة والمرحلة الثانية تنقسم بدورها إلي مراحل تطويرية فرعية هي:
1-مرحلة ما قبل المفاهيم من 2 - 4 سنوات .

2-مرحلة الحدث من سن 4 - 7 سنوات .

3-مرحلة العمليات المحسوسة من سن 7 - 11 سنة .

ج - المرحلة الثالثة وهي مرحلة التفكير الناضج القائم علي استخدام المفاهيم أو المدرجات الكلية وهذه المرحلة تبدأ من سن 11 سنة تقريبا.

ويمكننا النظر غلي مشكلة التخلف العقلي من خلال مفاهيم نظرية بياجيه فالذكاء تطوري ويتصف بخصائص معينة في كل مرحلة من مراحل نموه وهذه النظرية يمكن أن تثري مفاهيمنا عن التخلف العقلي، ويمكننا النظر إلي قدرات ومعوقات المتخلفين عقليا حتى في أدني مستوياتهم نظرة واقعية في ضوء ما يستطيعون التفكير فيه في ذلك العمر كما أن توقعاتنا عما يستطيعون عمله تكون محدودة بأنواع التفكير المناسب، وانتقال المتخلف عقليا من مرحلة إلي مرحلة يصاحب بظهور عمليات عقلية مختلفة عن المرحلة السابقة التي تركها والتي يمكن لنا أن نتبعها إذا وجدنا الاختبارات التي تقيس الذكاء حسب مفهومات التطور العقلي في هذه النظرية .

ويرى بياجيه أن النمو العقلي يتميز باختفاء نظم استجابات معينة أولية للتفكير ليحل محلها نسق ونظم من مستويات اعلي تعقيدا وهو يري أن التخلف العقلي هو العجز عن التقدم من المستويات الأولية إلي مستويات عقلية اعلي أكثر تنظيما.

ومن أهم التطبيقات التي ظهرت نتيجة لنظرية بياجيه هي المحاولات التي ترمي إلي إنشاء اختبار

تطوري الذكاء يتناسب مع إطار النظرية وقد قامت مثل هذه المحاولات في كندا وسويسرا منذ الخمسينات حيث تكون الأهمية القصوي لنوع استجابة الطفل وليس لزمن استجابته مثلا. كما تمت محاولة إنشاء مقياس مدي صدق مفاهيم بياجية النظرية .

وللنظرية أهميتها في تعليم المتخلفين عقليا وفي اختيارهم وتقسيمهم وفي بناء مناهجهم وطرق التدريس لهم فاختبار الذكاء الذي يتخذ منه بياجية مفهوما نظريا له أهمية قصوي في اختبار المتخلفين وتقسيمهم في المستويات العقلية المختلفة ، وكذلك في تحويلهم إلي الخدمات الأكاديمية العلاجية المتخصصة بمثل هذه الاختبارات يمكن الكشف عن مدي استعداد الطفل لأداء عمل ما أو لتعلمه مادة أو خبرة معينة.

وبالنسبة للمناهج فإن التنظيم الداخلي للمنهج ومحتوياته في المستويات المختلفة يجب ان يتبع تنظيم العمليات العقلية في هذه المستويات وهذا الأمر الذي توصلت إليه نظرية بياجية علي جانب كبير من الأهمية.

وبالنسبة لطرق التدريس، فإن بياجية يؤكد أهمية التعليم الحسي ، والتعليم عن طريق العمل، تنظيم العمل بالانتقال من خطوة إلي الخطوة التي تليها أو من مرحلة إلي مرحلة أخرى أكثر تعقيدا، ولا شك أن هذه النظرية تقدم لنا مفهومات قابلة للتطبيق والاستسقاء في ميدان التخلف العقلي.

6-2- نظرية الجشطالت وعلاقتها بالاعاقة الذهنية:

من المعروف في علم نفس الجشطالت أن إدراك الكل يعتمد علي إدراك الأجزاء وترابطها، زمن إدراك الأجزاء والعلاقة بينما يأتي الإدراك الكلي بالشئ من حيث تحديد طبيعته وتكوينه.

تطبيق نظرية الجشطالت في مشاكل التخلف العقلي:

هناك اتجاهان في تطبيق نظرية الجشطالت في تفسير التخلف العقلي:

الاتجاه الأول: ويرتر وستراوس:

هل يحدث قصور في وظائف الكائن الحي الإدراكية إذا ما أصيب باضطراب ذي دلالة ؟ حاول ويرنر وستراوس وزملاهما أن يجيبوا علي هذا بسلسلة من الأبحاث علي المتخلفين عقليا من الفئات العليا.

و كان التخلف في بعض الأحيان من النوع الناشئ عن أسباب خارجية والبعض الآخر من النوع الناشئ عن أسباب داخلية واستخدام الباحثون مجاميع ضابطة من الأسوياء المساوين لهم في العمر

العقلي.

وقد أتضح من هذه الأبحاث أن المتخلفين عقليا " بسب خارجي " كانوا باستمرار أكثر عرضة لتأثير إدراكهم بالتغيرات التي أدخلت علي الأرضية وكذلك بدرجة التناقض بين الشكل والأرضية أكثر من زملائهم المتخلفين عقليا لأسباب داخلية وظهر هذا في إدراكهم للأشكال أو رسمها بعد رؤيتها وهذه الفئة الأخيرة كان أدائها مساويا للأطفال الأسوياء وعلي أي حال اختلفت الفروق بين المجاميع بتعديل الظروف التجريبية علما بأن هذه التجارب قد أجريت علي الإدراك البصري والسمعي، والحسي وكذلك التذكر وتعريف المفهومات.

ويمكن تلخيص نتائج هذه البحوث في أن تنظيم " الشكل والأرضية " هو أحد العوامل الهامة التي تتأثر بدرجة واضحة عند إدخال عدد من العوامل التجريبية وبالرغم من هذه الأبحاث كانت تعتبر علي درجة كبيرة من الوضوح في إجرائها إلا أنها قوبلت ببعض الاعتراضات علي كيفية اختيار العينات وتقسيمها فضلا عن أنه قلما يتفق الباحثون علي كيفية التعرف علي الأقل أبحاثا كلاسيكية تمثل غزوا في ميدان التخلف العقلي والتعرف علي خصائص هذه الفئات ومازالت تحتاج إلي كثير من التأكيد والاستقصاء، و لكن هذا لا يقلل من أهميتها العلمية والتجريبية.

الاتجاه الثاني لوين (1935) وكونين (1941):

ينبع هذا الاتجاه أساسا في التخلف العقلي من مجموعة من الأبحاث علي المتخلفين عقليا بإتباع طرق مختلفة تماما عن الاتجاه السابق ، بناء علي نظرية المجال التوبولوجية التي قدمها لوين (1935) وفي علاقة هذه النظرية بالتخلف العقلي جاءت الدلائل التجريبية علي هذه النظرية من مجموعة من ثلاث تجارب التجربة الأولى في التشبع الإدراكي أو تشبع السلوك أما في التجريبتين الثانية والثالثة فقد أجريتا علي صغار من المتخلفين عقليا وقدرتهم علي الاستمرار في تكملة عمل يكلفون به.

ففي التجربة الأولى:

وجد لوين أن المتخلفين عقليا من الفئة العمر 10 - 11 سنة كانوا يميلون إلي رسم دوائر وخطوط دائرية (شخبطة) لمدة أطول من الأطفال الأسوياء في نفس فئة العمر. ولكن لم يكن هناك فرق بين المجموعتين في فئة السن 9 - 10 سنوات.

وعندما لوحظت المجموعات من الفئة السن 8 - 9 سنوات وجد أن الأطفال الأسوياء يستمرون أكثر من نفس السن في رسموهم ، ولاحظ لوين أن مجموعة المتخلفين إما أن يندمجوا في مثل هذا العمل

أو يتركوه تماما ، بينما لوحظت المرونة أكثر في فئة الأسوياء فهم اقل تحديدا في الاندماج من عدم الاندماج وقد فسر لوين هذه النتائج بأن مجموعة المتخلفين (10 - 11) تشبه مجموعة الأسوياء بوجه عام من فئة السن (8-9).

وأما التجريبتان الثانية والثالثة :

فقد وجد كوك أن مجموعة المتخلفين عقليا من سن 8 - 9 يعودون مرارا للأعمال غير المتكاملة من أدائهم أكثر مما يفعل الأسوياء من فئة العمر 7 - 8 سنوات حتى بعد إدخال نشاط بديل مهما كان مشابها أو مختلفا عن العمل السابق.

ويوضح كوين (1941) مظهر " الجمود " عند المتخلفين عقليا في إطار نظرية لوين بأن افتراض أن جمود حدود المناطق النفسية يتوقف علي العمر الزمني كما يتوقف علي درجة التخلف العقلي و اقتراح نوعين من الجمود أحدهما أسماء الجمود الأولي وهذا النوع من الجمود ينشأ عن تلف يحدث للطبقة تحت القشرية في المخ وفي قاعة والنوع الأخر من الجمود هو الذي يطلق عليه الجمود الثانوي وهو الذي ينتج عن إصابة أو تلف في القشرة المخية أو التكوين الخاطئ فيه.

ويظهر الجمود الأولي في جمود النظم أو جمود الموقف أما الجمود الثانوي فيظهر كقصور في " الاتجاه إلي التجريد " وهو الذي يؤدي بالفرد إلي موقف تشبثت الانتباه أو سلوك المداومة والذي شبهه جو لد شتين برد فعل كالتستر الذي يوصف الفرد نتيجة له بأنه علي درجة كبيرة من الجمود. وعلي كل حال فإن خلاصة هذين الاتجاهين هي أننا يجب أن نأخذ الفروق الوراثية أو التكوينية في الاعتبار وعندما توجه فروق في الأداء مع تساوي الأعمار العقلية للعينات فإننا لنستطيع أن نعزوها إلي الدافعية باستمرار.

6-3- نظرية هيب الفسيولوجية و النيورولوجية و وعلاقتها بالإعاقة الذهنية:

تعتبر نظرية هيب احدي النظريات الجزئية التي تفسر الذكاء والسلوك وتقوم النظرية علي أساس مصطلحات ومفاهيم تعتمد علي تفسير طبيعة تكوين المخ والجهاز العصبي بوجه عام وهذه النظرية بعكس نظرية الجشطالت تري أن العمليات الإدراكية غير وراثية بل أن الفرد يتعلمها ويكتسبها خلال حياته، ومنها يكون للسلوك مستويان: مستوي السلوك الانعكاسي أو الحسي وهو يصدر عن الاتصال المباشر والتحكم للمساحة الحسية (ح) والسلوك الثاني هو السلوك العقلي كالانتباه والإدراك والتفكير وهو يصدر عن المساحة الترابطية (ت) وهو لا تحدث نتيجة استثارة خارجية مباشرة

خارجية مباشرة بقدر ما تحدث كعملية تلقائية داخلية وهذا النوع من السلوك الراقى أو العالى يتضمن عند حدوثه عمليات متوسطة بيئية كالأفكار والتصور.

ويرى هيب أن التعلم بهذه الصورة هو نوع من السلوك الراقى يتضمن دوائر اتصال منشطة تمر خلال القشرة السحائية ودوائر اتصال منشطة أخرى قائمة على أساس الانعكاسات المباشرة المختلفة .

والعمليات العصبية نوعان :

الواردة (الداخلية) وتحدث عن طريق جهاز الاستقبال والعمليات الصادرة (الخارجية) وهي إما أن تكون نوعية صادرة عن عضلة من العضلات أو عن غدة من الغدد إما أن تكون غير نوعية أو عامة كما في حالة الانفعال .

والتوصيل العصبي خلال هذه العمليات ينتقل بطريقتين :

الطريقة المتوازية وهي التي تمر فيها التوصيل من المثير إلى نيورون محدد، أو مجموعة من النيورونات والطريقة الثانية هي التوصيل بالانتشار وهو الذي يتجه فيه التوصيل أو الإثارة إلى عدة اتجاهات ويميز هيب بين الاستثارة وتسهيل التوصيل فهو يرى أن الاستثارة من الخارج إلى الجهاز العصبي المركزي، أما تسهيل التوصيل فإنه يتم باستثارة نيورون إلى نيورون آخر يليه في طريق التوصيل وهنا يضيف هيب فكرة " الكف " فهو يرى أن هناك نيورونات خاصة تقوم بمثل هذه الوظيفة في الجهاز العصبي.

وبالرغم من أن نظرية فسيولوجية في طبيعتها إلا أنها حاولت أن تفسر بعض المفاهيم المرتبطة بالذكاء والعمليات الحسية والانفعالات الأخرى فالذكاء عند هيب يعتمد على كل من الوراثة والبيئة ويتطلب وجوده إنشاء " مجموعة نظم " من الخلايا العصبية وكذلك لا بد من تسهيلات للاتصال بين هذه المجموعات من الخلايا وتأخذ نظرية هيب في الاعتبار دور كل من الانتباه ، والألفة والحدثة (الجدة) في الإدراك والتعليم. ونظرية هيب تؤكد أهمية الخبرات الإدراكية أثناء الطفولة المبكرة في تكوين وتقوية ما يراه هيب بأنه (تجمعات خلوية) ترتكز عليها أي عملية تعلم في المستقبل ولذلك فإن إثراء حياة الطفولة وبيئته وزيادة المنبهات بها يمكن أن تؤدي إلى تعلم أفضل خلال استخدامها لأشياء التي يراها ويسمعها ... الخ كذلك فإن التعليم المبكر يكون منطقيا ومن اقوي الأسس المنطقية لعلاج التخلف العقلي.

ويتطلب التدريس للمتخلفين عقليا في ضوء نظرية هيب تناول الموقف التعليمي والتركيز على

انتباه المعاق إلى المادة المقصود تعليمها خلال عدة طرق منها:

إبعاد المثيرات غير المنتمية للموقف التعليمي ، تجريب طرق حديثة ومواقف جديدة لزيادة الانتباه لدرجة معقولة لا يتشتت مع انتباه الطفل حيث أن تقديم مواد متعددة وكثيرة في نفس الوقت يتشتت معها تفكير الطفل. وعلى النقيض من ذلك فإن تقديم مواد مألوفة جدا للطفل يثير الملل فيهم. ويجب أن تقدم المادة في صورة حية ملموسة بحيث تنتقل من البسيط إلى المعقد ، كما يجب استخدام أكثر من قناة حسية واحدة فإن ذلك يكون أفضل فإذا اتيح للطفل أن يري الشئ ويسمعه ويلمسه ... الخ ، كان أفضل مما لو رأي صورته فقط، وكذلك فإن التدريب والممارسة لازمين ، لان هذا يقوي تنظيم التكوينات التي قال بها هيب في نظريته.

البرامج التعليمية للمعاقين عقليا:

تقدم المدارس و المؤسسات القائمة علي تربية و تعليم الأطفال ذوي إعاقة عقلية ببرامج تربوية و تعليم الأطفال ذوي إعاقة عقلية ببرامج تربوية مختلفة في مستواها و في طبيعتها من مرحلة دراسية إلي أخرى و ذلك حسب عمر الطفل ودرجة نموه الأكاديمي فتوجد 5 مستويات رئيسية في البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقليا و هي:

_ برامج ما قبل المدرسة من 3 _ 6 سنوات.

_ برامج المرحلة الابتدائية: من 6 _ 10 سنوات.

_ برامج المرحلة المتوسطة: من 10_13 سنة.

_ برامج المرحلة الثانوية: من 13 _20 سنة .

_ برامج ما بعد المدرسة: بعد 20 سنة .

1 برامج ما قبل المدرسة: تكون خاصة الأطفال القابلين للتعلم هي قليلة جدا مقارنة ببرامج الأطفال العاديين و ذلك بسبب الصعوبة في التعرف علي الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر و تركز علي تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضا علي هذه المهارات و الاختلاف أن الأطفال القابلين للتعلم يحتاجون إلي فترة سنتين إلى 03 سنوات لتعلم هذه المهارة التي يتعلمها الأطفال العاديين.

يذكر كوفمان أن التدريب في برامج ما قبل المدرسة يشتمل مجموعة من المهارات أهمها الجلوس بهدوء

- تمييز المثيرات السمعية و البصرية

- إتباع التعليمات

- التناسق في الحركات الدقيقة و الكبيرة

- تنمية اللغة

- تنمية مهارات العناية بالذات (استخدام الحمام ، ربط الحذاء ، ربط الأزرار)

- التفاعل مع الأقران .

2_ برامج مرحلة ما بعد الابتدائية : يلتحق في هذه المرحلة معظم الأطفال القابلين للتعلم في سن 6 إلا أنهم يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف و ذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية و عموما تعتبر هذه البرامج استمرار لبرامج ما قبل المدرسة و المتمثلة في التدريب علي تنمية المهارات الأساسية (مهارة التواصل ، الاعتماد علي النفس ، و المهارات الاجتماعية)

3_ برامج المرحلة المتوسطة : عمرهم العقلي يتراوح من 6_8 سنوات يمكن أن يصل هؤلاء الأطفال إلي مستوي الثالثة أو الرابعة و لكنهم يفشلون في مرحلة النجاح الأكاديمي و يدرجون في صفوف خاصة و تلخص الأهداف الأساسية لتعليم القابلين للتعلم في هذه المرحلة بما يلي تنمية المهارات الأكاديمية كالقراءة و الكتابة و الحساب

التكيف مع البيئة المادية و ذلك بالتعرف علي مراكز الخدمات المتوفرة في المنطقة .

التكيف مع البيئة الاجتماعية و ذلك تنمية قدرته علي المشاركة و التعاون و تحمل المسؤولية تنمية العادات الصحية السليمة و المحافظة علي النظافة (التكيف مع البيئة الشخصية) .

4_ برامج المرحلة الثانوية : في هذه المرحلة يتراوح عمرهم الزمني بين 13_20 سنة و تهدف إلي استكمال إعداد الفرد المعاق ليكون عضوا نافعا في مجتمعه و لتحقيق ذلك فان البرامج التعليمية تركز علي تدريب الفرد عل المهارة المهنية و تشمل التالي:

- 14- إتقان مهنية محددة تتوافق و ميول المعاق .
 - 15- مهارة البحث عن وظيفة، التقدم بطلبات التوظيف أثناء المقابلة.
 - 16- أما في ما يخص المهارات الاستقلالية فيتم تدريبهم علي ك العناية بالذات الصحة و النظاف
 - 17- اختبار الملابس المناسبة إعداد وجبات الطعام الخفيفة مهارات التسوق .
 - 18- ضبط الميزانية الشخصية و الادخار و استغلال وقت الفراغ و النشاط الترفيهية تكوين أسرة و إدارتها.
- مهارات الاجتماعية: فيتم التأكيد علي ما يلي: مهارات التفاعل اللفظي إقامة علاقات و صدقات اجتماعية أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة.
- برامج ما بعد المدرسة: ذكر سميث أن البرامج المهنية في مرحلة ما بعد المدرسة تتألف من ما يلي :
- 1- الكشف المهني: و هو تعريف الطالب بمجموعة متعددة من المهن .
 - 2- تقييم المهنة: و يتم فيها تعريفه المعاق لخبرات و مهارات عمل مختلفة بهدف التأكد من قدراته و ميوله المهنية .
 - 3- التدريب المهني: و تهدف إلي تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله المعاق
 - 4- التوظيف: و يتعلق هذا بإيجاد عمل بعد تخرجه .
 - 5- المتابعة : و تتعلق بتقديم إرشادات و توجيهات أثناء أدائه للعمل .
- توجيهات عامة للمدرسين العاملين في مجال تعليم المعاقين عقليا:
- 1- التدرج في المهارات التعليمية و التقليل من خبرات الفشل .
 - 2- تقديم المساعدة في الأداء و بالتالي تخفيفها بشكل تدريجي .

3- التكرار: للتغلب علي مشكلة بطء التعلم و صعوبة الذاكرة علي المعلم تكرار التعليم

4- تحسين القدرة علي الانتباه .

5- التعزيز علي الاستجابة الصحيحة .

6- تعليم مفهوم واحد في مرة واحدة فقط .

7- الدافعية للتعلم .

8- انتقال أثر التعليم الايجابية: عندما يتدرب الطفل علي مهارة ما فمن المفيد أن نوفر له المجال و تطبيق هذا التعلم .

9- الثبات في السلوك(الروتين): من المعروف أن المعاقين يفضلون المهمات التي اعتادوا عليها و اتقنوها فهم لا يفضلون التغيير في المواقف اليومية أو الحياتية، فهم ميالون إلى تكرار النمط السلوكي الذي يعتادون عليه.

التكفل بالمعاقين ذهنيا

تمهيد:

مع تقدم العصر و تعقد الحياة اليومية، تواجدت أسباب كثيرة أدت إلى ظهور الإعاقة الذهنية، و بوجود هذه الفئة في المجتمع و جب أن تتظافر الجهود من أجل التكفل الأحسن بهؤلاء المعاقين و جعل الحياة تبدو أكثر سهولة، و العمل على التقليل من العقبات التي قد تعترض طريقهم. هذا من أجل ان يقوم المعاق بدوره في بناء المجتمع، و من هنا ظهر العديد من الخطط و البرامج و الخدمات من أجل تحقيق الهدف، و منه ظهرت الخدمات النفسية، و الاجتماعية، و التعليمية و الأسرية.

و تستمر الجهود المبذولة من قبل المختصين في مختلف المجالات في تطوير الخدمات المقدمة للمعاقين في المجتمع، فظهرت مراكز لرعايتهم يديرها متخصصون في رعاية المعاقين مؤهلين و مدربين، و ذلك من أجل تقديم أفضل أشكال الرعاية بأسلوب علمي صحيح يؤدس إلى الهدف المنشود و هو دمج المعاق في المجتمع.

أنواع التكفل بالمعاقين ذهنيا:

هناك أنواع كثيرة من التكفل، منها التكفل النفسي، و التكفل الأسري، و التكفل التربوي (المدرسي)، و كذلك التكفل الاجتماعي.

1- التكفل النفسي:

تعريف التكفل النفسي: هو عملية التأهيل الشاملة التي ترمي إلى تقديم خدمات نفسية و التي تهتم بتكثيف المعاق مع نفسه من جهة و مع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ القرارات السليمة ، كما يهدف التأهيل النفسي إلى الوصول بالفرد لأقصى درجة ممكنة من درجات النمو و التكامل في شخصيته و در تحقيق ذاته و تقبل إعاقته.

أهداف التكفل النفسي: إن الهدف العام من التكفل هو مساعدة الفرد على فهم نفسه و عالمه ليكون قادرا على التكيف المناسب، و يمكن تلخيص أهداف التكفل فيما يلي:

* مساعدة الشخص المعاق على فهم و تقدير خصائصها النفسية، و معرفة امكاناته الجسمية، و العقلية، و الاجتماعية، و المهنية، و تطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات.

* تخفيف التوتر و القلق الذي يعاني منه المعاق، و ضبط عواطفه و انفعالاته.

* تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة

* المساعدة على رفع تقدير الذات، و السعي في تحقيق أقصى درجة ممكنة من درجات تحقيق الذات.

* تنمية و تطوير اتجاهات إيجابية نحو الحياة و المجتمع

* تدريب المعاق على تصريف أموره، و إدراكه لإمكانياته المحدودة، و تبصيره بها و كيفية استغلالها و الاستفادة منها.

و تتضمن عملية التأهيل النفسي مساعدة الشخص المعاق على مواجهة الظروف و المشاكل التي تفرضها عليه اعاقته، و ابتداء من مرحلة إدراك حقيقة اختلافه عن الآخرين و قبول التشخيص الذي يؤكد إعاقته و إدراك حدوده و قدراته. و بالتالي البحث عن الوسائل التي يمكن الاستفادة منها في عملية تأهيل المعاقين.

إن الأخصائي النفسي يمكنه مساعدة المعاق في مجموعة من الجوانب، منها:

*مساعدة المعاق على التقليل من مشاعر النقص لديه، و التقليل من المقارنة بينه و بين الآخرين
*مساعدة المعاق على تحسين صورته عن ذاته.

*تمكينه من بناء علاقات اجتماعية مناسبة و تحسين ردود فعل الآخرين نحوه.

كما يمكن للأخصائي النفسي أن يقدم الإرشاد النفسي المناسب و المبني على نتائج الاختبارات النفسية. (عبد المطلب أمين القريطي، ، 2001، ص 99)

خطوات التكفل النفسي بالمعاق:

يبدأ التكفل النفسي بأهداف بسيطة تزداد صعوبة تدريجيا، و ذلك حسب امكانيات العميل و و مستواه الذهني، و الشخصي، و يمر بعدة خطوات مترابطة، هي:

*يبدأ المعالج في المرحلة الأولى بإزالة مخاوف العميل نحو أسرته و المجتمع الذي يعيش فيه، و تصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع و الناس.

*يعمل على تخليصه من نزعاته العدوانية تجاه نفسه و الناس

*زيادة ثقة الطفل بنفسه و بالآخرين، و تبصيره بقدراته و امكانياته الشخصية و كيفية استغلالها، و تجنب الطفل خبرات الفشل و الإحباط

*تصحيح مفاهيمه عن الأسرة، و المجتمع و مساعدته على الشعور بالحب نحو والديه و اخوته و زملائه عموما.

*شعوره بأهميته في الحياة، و بقيمته الاجتماعية في بناء المجتمع، و بأن هذا الأخير بحاجة إليه ، كما هو الحال بالنسبة للأطفال الآخرين، فيدربه الأخصائي على تحمل مسؤولياته في الحياة و على الاعتماد على نفسه في أموره الخاصة.

*تدريبه على الضبط الوجداني، و كيفية التحكم في نزواته

*مساعدته على وضع تخطيط عام لسلوكه، و نشاطه، يتفق مع قدراته و استعداداته الذهنية و الشخصية و الاجتماعية.

التكفل الأسري بالمعاق ذهنيا:

إن أول من يواجه صور الإعاقة، و يتعرف على آثارها و تأثيرها و تؤثر على عواطفه و اتصالاته هي الأسرة، التي يوجد بها فرد معوق. و الرعاية الأسرية للطفل بوجه عام و المعوق بوجه خاص، يحتاج إلى مزيد من الإرشاد، و التوجيه، و خاصة فيما يتعلق بالموضوعات التالية:

*التعريف بأنواع الإعاقة

*طرق الاكتشاف المبكر للإعاقة

*أساليب مواجهة الإعاقة

*تعديل المفاهيم نحو المعاق

*التوجيه و التنمية الأسرية نحو المعاق

دور الأسرة و أثره في الحد من الإعاقة:

*اهتمام الأسرة بالتربية الغذائية السليمة للطفل

*الاهتمام بالتطعيم ضد الأمراض و الأوبئة

*الاهتمام بالأم و خاصة في فترة الحمل و الكشف الدوري

*ابتعاد الأم عن تناول العقاقير خلال فترة الحمل

*اهتمام الأم بالأطفال و العناية المركزة حتى تتمكن من اكتشاف أي عيب في وقت مبكر

* تقبل الطفل على ما هو عليه أي تسهيل الإدراك الواقعي لظروف الطفل المعوق كما هو

*الموازنة بين حاجات الطفل المعوق و حاجات باقي أفراد الأسرة

*معاونة الطفل على اكتساب الضمير الاجتماعي، و تشجيع الطفل على الاستقلالية.

*تنشئة الطفل المعوق في جو نفسي ملائم يحترم شخصية المعوق و قدراته

*الارشاد و التوجيه و آثاره في حاضر المعاقين و مستقبلهم(ربيع عبد الرؤوف علمر، 2006، ص
(160)

التكفل المدرسي في تربية و رعاية المعاقين:

تعتبر المدرسة أول مراحل اتصال الطفل بالعالم الخارجي، و تعمل على تزويد المعوقين بالقدر
الضروري من المعارف و الخبرات الأساسية التي تتناسب مع ما لديهم من قدرات، و اكتسابهم
الخبرات اللغوية و الحاسوبية، و تنمية الوعي الاجتماعي لديهم، و اكسابهم القدر المناسب من
المعلومات الاجتماعية و السلوك الاجتماعي السليم. و الاعتماد على النفس و التعاون مع الغير و
الذي يمكن تلخيصه فيما يلي:

*مجال النمو و التوافق الشخصي:

و نعني به كل ما يعزز شعور الطفل بقيمته الذاتية، و استقلاليته و وجوده الشخصي و يمكنه من
التوجيه الذاتي و الاعتماد على نفسه بقدر استطاعته و ذلك عن طريق:

*تعلم و ممارسة المهارات الاستقلالية الأساسية، و اللازمة للعناية الذاتية، و الاعتماد على النفس
في الملبس و المأكل و قضاء الحاجة و النظافة الشخصية.

اكتساب المهارات الحركية، و مساعدة الطفل على التحكم و التآزر الحسركي، و تحسين مقدراته
على الانتباه و التركيز و التمييز الحسي.

*تعلم العادات الصحية السليمة، مهارات التنقل و استخدام المواصلات، و التعامل بالنقود.

*مساعدته على الضبط الانفعالي، و تقبل ذاته و الثقة بنفسه، و إظهار الانفعالات المناسبة.

مجال النمو و التوافق الاجتماعي:

نعني به تأهيل المتخلف عقليا للحياة الاجتماعية و ممارسة الدور الاجتماعي و ذلك عن طريق:

*تنمية مهاراته الاجتماعية و مقومات السلوك الاجتماعي، احترام العادات و التقاليد، و آداب الحديث. و السلوك التعاوني، و مراعاة مشاعر الآخرين و الحفاظ على ملكية الغير و الملكية العامة، و تحمل المسؤولية اتجاه التصرفات و الأفعال التي يقوم بها.

*تشجيعه على تكوين علاقات اجتماعية طيبة و مثمرة

*تشجيعه على التكيف مع مختلف المواقف و الظروف التي يواجهها و حسن التصرف

*تشجيعه على التبادل و العطاء، و التعاون و المساندة. (ربيع عبد الرؤوف عامر و آخرون،

2006، ص 102)

مجال النمو و التوافق المهني:

يعد تأهيل المتخلفين عقليا للحياة العملية و مساعدتهم على تحقيق استقلاليتهم، و اكتفائهم الذاتي من الناحية الاقتصادية، بشكل جزئي أو كلي و طبقا لما تسمح به استعداداتهم، من أهم الغايات التي تسعى البرامج التربوية و التعليمية إلى تحقيقها و ذلك عن طريق:

*الكشف عن استعداداتهم المهنية و تعريفهم بأسماء المهن و الوظائف، و الأدوات المستخدمة في المهن

*التدريب على عمل ما، أو مهنة مناسبة تتوافق مع ميولاتهم و قدراتهم و تنمية مهارات الأداء اللازمة لها، اكسابهم العادات و الاتجاهات المهنية الملائمة، و السلوك المهني المقبول

أنواع البرامج التربوية للمتخلفين عقليا:

*المدرسة الداخلية: يعد هذا النوع أكثر ملاءمة للحالات الحادة من التخلف العقلي، أو تلك التي تستلزم الرعاية اليومية المستديمة، و لا تسمح الظروف الأسرية و الوالدية بتأمين هذه الرعاية لهم.

و كذلك بالنسبة للأطفال المتخلفين الذين يعانون من صعوبات تكيفية و مشكلات سلوكية شديدة، تستدعي عزلهم لفترة قد تطول أو تقصر، حتى يتسنى ضبط سلوكهم و تصرفاتهم و علاجهم، كما يلائم هذا النوع من البرامج الأطفال الذين يقدمون من مناطق نائية، لتلقي الخدمات التربوية و التعليمية، مما يصعب معه العودة يوميا لبيوتهم، أو يؤدي ذلك إلى عدم انتظامهم في تلقي تلك

الخدمات. و من ثم يفشلون في تحقيق الفائدة المرجوة منها، و يستلزم هذا البرنامج ضمان تسيير التفاعل بين الأطفال المتخلفين و كذى الأطفال العاديين، و المجتمع الخارجي من خلال الرحلات و الزيارات.

المدرسة الخاصة:

و يلحق عقليا طبقا لهذا البرنامج إما بمدارس التربية الخاصة التي تقدم خدماتها لأكثر من فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة، أو بمدارس مستقلة للتربية الفكرية، خاصة بالمتخلفين عقليا، على أن يعود الأطفال في نهاية كل يوم دراسي إلى أسرهم لمزاولة حياتهم الاعتيادية. و قد يحتاج هذا البرنامج إلى متابعة نمو الطفل و نشاطاته في نطاق أسرته من قبل أخصائيين كالمدرسين، و الأطباء، و إلى تدريب الوالدين للمشاركة في البرنامج التعليمي أثناء تواجد الأطفال في المنزل. الفصول الخاصة (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، ص 89)

الفصول الخاصة بمدارس العاديين:

و هي أوسع البرامج انتشارا بالنسبة للمتخلفين عقليا، بدرجة تبسيطه كما أنها أكثرها تميزا من قبل المتخصصين، نظرا لعدم ارتفاع تكلفتها الاقتصادية من جهة، و لما توفره من فرص للتفاعل بين الطفل المتخلف و دمج مع أقرانه العاديين، على الأقل من خلال الأنشطة المدرسية و التواجد في بيئة حياتية طبيعية. و نظرا لتحسن المستوى التحصيلي للطفل المتخلف في إطارها، و جب بذل الجهود اللازمة للعمل على تغيير الاتجاهات السلبية لدى التلاميذ العاديين نحو الأطفال المتخلفين.

التكفل الاجتماعي:

هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يرمي إلى مساعدة الشخص المعاق على التكيف مع متطلبات الأسرة و المجتمع، و تخفيف أية أعباء، اجتماعية أو اقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشاملة. و بالتالي تسهيل ادماجه أو إعادة ادماجه في المجتمع الذي يعيش فيه، و يعتبر التأهيل الاجتماعي جزءا حيويا في عملية التأهيل. كما يشير أيضا إلى خبرة و جهود المعاق الذاتية للتغلب على مختلف الحواجز و الحدود البيئية.

أهداف التكفل الاجتماعي:

يهدف التكفل الاجتماعي إلى مساعدة الشخص المعاق على التكيف الاجتماعي،
ليستطيع أن يندمج و يشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع، و ذلك من خلال الوسائل و
الخدمات المتنوعة. و يمكن تلخيص أهداف التأهيل الاجتماعي للمعاقين فيما يلي:
*زيادة وعي المجتمع و أفرادها، بوجود المعاقين و احتياجاتهم و امكاناتهم.

*يمكن المعاقين من العيش بطريقة طبيعية على قدر الامكان

*أن يشارك المعاقين و يندمجوا في حياة المجتمع

*أن تتاح للمعاقين وسائل العيش، غير معتمدين على غيرهم.

*أن يقدم العون للمعاقين، داخل مجموعاتهم الاجتماعية، عند تقديم الخدمات الصحية، بدلا من
رعايتهم في مؤسسات منفصلة كلما أمكن ذلك.

*إزالة التفرقة و التمييز الاجتماعي ضد الامعاقين، بالعمل على مواقف الناس إزاء الإعاقة.

*إزالة الحواجز التي تمنع أو تنفر المعاقين من الاندماج، و المشاركة في أنشطة المجتمع.

*العمل على منع الإعاقة بحاربية أسبابها، و الظروف المؤدية لها.

دور الأخصائي الاجتماعي:

إن الأخصائي الاجتماعي يقوم بمهام أساسية، حيث يساهم بعمله بمجموعات المعاقين لتنشأتهم
التنشئة الصالحة التي تجعلهم يسهمون اسهاما ايجابيا في رفع مستواهم و مستوى أسرهم و تنظيم
علاقاتهم الاجتماعية، و تعليمهم أسلوب القيادة الناجحة، و ممارسة الأسلوب الديمقراطي بوجه عام
و تعويد المعاق التعبير عن رأيه و التفاهم مع الغير، إضافة إلى تبصير المعاقين بحقوقهم التي
سنتها التشريعات القانونية، لصالحهم للاستفادة منها، و بالتالي فهو يساهم في تنمية قدرات المعاق.

و بالتالي التعرف على الجماعة و الاندماج فيها و التفتعل معها.

للأخصائي الاجتماعي دور مهم في مؤسسات الرعاية الاجتماعية، و هو المنظم لكثير من القرارات، التي تتعلق بالخدمة الاجتماعية للمعاقين في المؤسسة الاجتماعية. و يمكن تلخيص أدوار الأخصائي الاجتماعي فيما يلي:

*يقوم بمساعدة المعاقين في المؤسسة الاجتماعية، و تنظيم جهودهم و تعاونهم و استثمارها لتحقيق الرعاية الاجتماعية المناسبة لهم.

*يقوم بالتنظيم بهدف مساعدة المعاقين للتعرف على الموارد و الامكانيات

*يقوم بتخطي الحواجز الإدارية عند الضرورة

*يتصل بالجهات التي تستطيع أن تتخذ قرارات في صالح المعاقين، بمؤسسة التأهيل، و يتكلم باسم المعاقين و يمثل مصالحهم. (إبراهيم مروان عبد المجيد، 2004، ص 1602-163)

التكفل الأطفوني:

يحتاج معظم المتخلفين عقليا إلى التكفل الأطفوني، حيث يعاني الكثير منهم من عيوب كثيرة في النطق و الكلام كالإبدال و الحذف و التأتأة، و عيوب في إخراج الصوت و تأخر الكلام.

و يهدف علاج النطق و الكلام إلى تصحيح عيوب النطق و الإخراج السليم للكلمات، و هذا ما يساعد الطفل على الاندماج في الأنشطة الاجتماعية، و التعليمية المتاحة له، و الاستفادة من التدريب على هذه الأنشطة. كما يساهم في تفاعل الطفل مع الآخرين و إقامة علاقات إيجابية معهم.

فاضطرابات اللغة من أهم نواتج التخلف العقلي، لذا فالتكفل الأطفوني أمر مهم و ضروري، لذا يجب عليه تصحيح عملية النطق و الكلام، عن طريق تمارين التنفس و تصحيح النطق، و التعرف على الأشكال و الألوان و هذا يتم عن طريق التنسيق مع المربي. و يقوم المختص بتعليم الطفل الجانبية و التموضع الزماني و المكاني. و أنجح طريقة للنهوض بهذه الفئة هي تضافر جميع الجهود، من تكفل أطفوني، و نفسي و اجتماعي.

أمثلة عن الإعاقة العقلية:

1) متلازمة داون: هي عبارة عن شذوذ خلقي مركب و شائع، في الكروموزوم 21 نتيجة اختلال في انقسام الخلية، و يصاحبه تخلف عقلي. و قد تم التعرف عليه أول مرة عام 1866 و سمي في البداية بالبله المنغولي. (إبراهيم فيوليت و آخرون، 2001، ص 145)

و بفضل تدخل اللجنة الأمريكية لمراجعة المصطلحات العلمية، عوض نهائيا مصطلح منغولي بمصطلح متلازمة داون. (Nobert sillamy, 2003, p 85-89)

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة داون:

1- الخصائص الجسمية و الإكلنيكية:

النمط السائد لذوي متلازمة داون في التكوين الجسدي و المظهر العام و الذي يميزهم عن غيرهم من الفئات ، فنلاحظ انهم يتشابهون في تقاسيم وجوههم، و في بنية أجسامهم، و إن هذه الخصائص تظهر في خمسة و عشرون عرض حددته منظمة الصحة العالمية. (إبراهيم و آخرون، 2001، ص 73)

و تتلخص الخصائص فيما يلي:

*وجه دائريو عريض و مسطح، مع أنف قصير و مسطح في جزئه الأعلى، و تكون العينان مائلة و مشدودة الأطراف فيشبهون المعول.

بالنسبة للأذخ فهي صغيرة الحجم، و مصابة بتشوهات خلقية، و هذا ما قد يسبب الصمم و ضعف السمع بنسبة 60% إلى 80% أما بالنسبة للفم فالشفاه تكون طبيعية عند الولادة و بعد النمو يحدث تشقق رأسي للشفاه. أما عظام الفك فتكون صغيرة و يحدث بروز الفك عند الكبر، بينما اللسان فيكون حجمه عادة أطول من الشخص العادي. (أيمن أحمد شوقي محمود، 1992، ص 25)

تكون اليدين صغيرتين نسبيا، و أصابع قصيرة، فظاهرة تأخر النمو العام بارزة عند الطفل المصاب بهذه المتلازمة. و لا سيما تأخر الجلوس و المشي حيث يتأخر الوقوف عن 12 شهرا و المشي إلى غاية سنتين أو ثلاث سنوات.

و ينتج عن هذا كله قصر القامة مع الافتقار إلى بعض العظام، كما نلاحظ على المصاب اضطرابات في الغدد الصماء و خلل في الجهاز المناعي. (أيمن محمد شوقي محمود، 1992، ص 29)

*الخصائص المعرفية و العقلية:

إن غالبية الحالات تكون ضمن متوسطي الإعاقة العقلية، و يتراوح العمر العقلي لهم بين 5 و 7 سنوات، و يكون معدل ذكائهم من 25 إلى 50 درجة، فيمكن تصنيف ذوي متلازمة داون ضمن الإعاقة العقلية البسيطة، التي تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 55 و 70 درجة.

فتأخر معظم القدرات العقلية، عند الطفل المعاق عقليا و المصاب بهذه المتلازمة، مقارنة مع أقرانهم (مايسة النبال ، 1992، ص 86)

كما تعتبر متزمة داون واحدة من أكثر صور التخلف العقلي المتوسط و الشديد، حيث أنه من 10 حالات توجد اعلاقة عقلية واحدة مصابة بهذه المتلازمة. و فيما يلي أهم هذه الخصائص المعرفية و العقلية:

*البطء في النمو العقلي

*ضعف الانتباه

*قصور الإدراك

*قصور الذاكرة و التفكير.

الخصائص اللغوية:

بينت الدراسات أمثال دراسة فندال و كوبرت vandale et caubert زيادة نسبية اضطرابات النطق و الكلام لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون نظرا لارتباط القدرة على التحدث و استخدام اللغة بالنمو العقلي. و من أهم المشكلات و الصعوبات اللغوية لدى هذه الفئة عموما البطء الملحوظ في النمو اللغوي، و بساطة المفردات، و يعانون عموما من التأتأة و اضطرابات التلفظ كالحذف و الإبدال.

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة داون في مواقف التعليم المختلفة:

يرى فاروق صادق 1982 أنه في كثير من المواقف التعليمية يمكن للمعاق عقليا، المصاب بمتلازمة داون أن يتعلم مثل العادي ولكن باختلاف الدرجة و السرعة فهو يتعلم الاستجابة الشرطية و يميز و يتعلم المواقف و يحل المشكلات و يتعلم تكوين المفاهيم أو الاستجابة اللفظية، و لتكوين صور إرشادية واضحة تراعي عند تصميم البرامج التعليمية و عند تدريب الأطفال المصابين بمتلازمة داون على اكتساب اللغة و جب التعرف على بعض الطرق التعليمية المختلفة و خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة داون عند تطبيقه لاكتساب اللغة (أيمن أحمد شوقي محمود، 1992، ص 30)

خصائص تعليمية:

يتسم الأطفال المصابون بمتلازمة داون القابلون للتعلم بعدد من الخصائص الواجب مراعاتها عند تخطيط البرامج التعليمية لهؤلاء، و عند اختيار الأنشطة و المهارات التي تحتويها هذه البرامج و فيما يلي توضيح لهذه الخصائص:

- القصور في الانتباه إلى المنثيرات
 - ضعف القدرة على استخدام العلامات أو الاشارات في المواقف التعليمية
 - القصور في التمييز بين المتشابهات أو التعرف على أوجه الاختلاف بين الموضوعات و المواقف
 - نقص البصيرة و الفطنة
 - نقص القدرة على التعلم العرضي (غير المقصودة)
 - القصور في القدرة على استخدام الخبرة
 - صعوبة التذكر و الحاجة إلى التكرار (محمد أحمد شوقي 1992، ص 31)
- أسباب حدوث متلازمة داون:

بالرغم من تطور العديد من النظريات ، إلا أنه لم يعرف السبب الحقيقي لمتلازمة داون. و لكن يمكن تحديد بعض العوامل المسببة لهذه المتلازمة، و ذلك بتقسيمها لعدة عوامل وراثية، و بيئية، و عوامل أخرى.

*العوامل الوراثية: و تمثل 3% إلى 5% من الحالات، و تتمثل في:

انتقال خصائص وراثية شاذة، و يعتقد بعض الأخصائيين أن خلل الهرمون الجيني، و التعرض لأشعة سينية، و الإصابة بالحمى.

كما قد تتسبب في هذه المتلازمة عوامل بيولوجية مثل العامل الريزوسي، و اضطراب الغدد الصماء مثل تضخم الغدة الدرقية.

العوامل البيئية:

تتمثل في عوامل قبل الولادة، مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية البكتيرية، و الإشعاعات و الاستخدام السيئ للأدوية، و سوء تغذية الأم الحامل و التدخين أثناء الحمل و الإدمان على الكحول و المخدرات و التعرض لحالات انفعالية عنيفة. (الصبي عبد الله محمد، 2002، ص 32)

عوامل أخرى:

عامل سن الأم: وجدت الدراسات أن احتمال ميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون يزداد بزيادة سن الأم أثناء الحمل. (الشربيني زكرياء أحمد، 2004، ص 77)

متلازمة ويليامز

تمهيد:

تعددت أسباب الإصابة بالإعاقات العقلية أو الذهنية من أسباب وراثية، بيئية أو كلاهما معا من بين هذه الأسباب شذوذ الكرموزومات أو المتلازمات ومن بين هذه الأخيرة متلازمة ويليامز التي لم يعرف لها سبب علمي لحد الآن و التي تتعدد أعراضها و تتنوع، هذا ما سنتناوله في بحثنا هذا من عناصر هي: التعريف بالمتلازمة، الأعراض، الأسباب، و طرق التكفل بهاته الفئة من البشر.

التعريف بالمتلازمة:

لاحظ ويليامز (وهو اختصاصي بأمراض القلب من نيوزيلندا) عام 1961 أن فئة صغيرة من مرضاه الأطفال كانوا يتشابهون في عدة خصائص. فإضافة إلى إصابتهم بعيوب خلقية في القلب كانت لهم ملامح وأشباه مميزة (مثل ارتفاع طرف الأنف إلى أعلى و صغر في الذقن) ولديهم ضعف في المهارات العقلية. وكان تضيق المنطقة التي فوق الصمام الأورطي (الأبهر) مباشرة أكثر المشكلات القلبية شيوعا بينهم، ومنذ ذلك الوقت، لاحظ الأطباء أعراض أخرى في وقت مبكر من العمر. ففي السنة الأولى من العمر قد يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الرضاعة وقد يعانون من "مغص في المعدة" والإمساك. كما يتصف الكثير منهم بشدة الحساسية للضوضاء و الأصوات العالية و بعضهم لديه فتق في أسفل البطن (فتق الصفاق). ويرتفع عند العديد منهم مستوى الكالسيوم في الدم وعند البلوغ قد تخشن أصواتهم ويبدون متأخرين في نموهم الجسمي وقصر - بعض الشيء - في طول القامة. يصحب ذلك تأخر في الجلوس والمشي فهم يبدؤون المشي في المتوسط في سن 21 شهرا ، وغالبا ما تكون حركات أيديهم الدقيقة ضعيفة بعض الشيء. وعند مقارنتهم بنظائريهم، ويبدو أنهم يشيخون في وقت مبكر (فيشيب شعرهم وتتجدد بشرتهم على سبيل المثال في وقت مبكر نسبيا).

أعراض المتلازمة:

علامات الوجه المميزة:

-انخفاض في الأنف وارتفاع في فتحة الأنف لأعلى، طول في الفراغ الفاصل بين الأنف والشفة العليا، الفم العريض ، الشفاه الممتلئة ، الذقن الصغير و انتفاخ حول العينين. و يمكن في بعض الأحيان ملاحظة وجود حلقة كضوء النجمة في الجزء الأسود من العين (القزحية). وفي العادة لا تكون هذه الأشباه واضحة عند الولادة و تبدأ بالوضوح أكثر فأكثر مع تقدم العمر.

القلب:

أغلب أطفال متلازمة ويليامز (أكثر من 75) لديهم عيب خلقي في القلب أو في المنطقة التي تلي الصمام الأورطي) وضيق الشرايين الرئوية من أكثر هذه العيوب انتشارا بينهم. وتتراوح شدة هذا الضيق من خفيف لا يستدعي أي علاج إلا شديد فيتطلب التدخل لتوسيعه بالقسطرة أو الجراحة. إن هؤلاء الأطفال لديهم قابلية لحدوث تضيق في الأوعية الدموية الأوعية الدموية المحيطة به.

لذلك يجب قياس ضغط الدم بشكل دوري لاكتشاف في وقت مبكر لبدء أدوية الضغط.

ارتفاع الكالسيوم في الدم

يكثر في السنة الأولى من العمر ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم . إن أسباب هذا الارتفاع غير معروف لدى الأطباء، في الغالب ينخفض مستوى الكالسيوم في الدم في السنوات الأولى من العمر. وبشكل عام ينصح بقياس مستوى الكالسيوم في الدم والبول- إذا لزم الأمر - بين فترة و أخرى. كما ينصح عدم إعطاء هؤلاء الأطفال الفيتامينات المتعددة نظراً لوجود فيتامين د فيها والذي قد يرفع مستوى الكالسيوم في الدم. ارتفاع الكالسيوم قد يبكي الطفل بشدة بشكل يشبه المغص.

في بعض الأحيان قد يحتاج الأمر لتعديل نوع الغذاء الذي يتناوله الطفل لتقليل كمية الكالسيوم الموجودة فيه.

الوزن والطول والتغذية:

في العادة تكون أوزان أطفال متلازمة ويليامز عند الولادة اقل بقليل من متوسط الطبيعي. كما قد ينمون بشكل بطيء في السنوات الأولى من العمر. وعند البلوغ تكون أطوالهم اقل بقليل عن مستوى أقرانهم. وتشيع في السنوات الأولى من العمر مشاكل التغذية والرضاعة. وقد تكون الأسباب ناتجة عن وجود رخاوة في عضلاتهم فيكون مصهم وبلعهم للحليب ضعيفا إلى حد ما. وتحسن هذه المشاكل مع تقدم العمر.

مشاكل الأسنان

تكون أسنان هؤلاء الأطفال في العادة اصغر من الطبيعي وتكون الفراغات بين الأسنان كبيرة. وقد يكون هناك عدم تطابق للأسنان بشكل صحيح تستدعي إجراء تقويم لها.

الجهاز الحركي:

حركة المفاصل غير كاملة ،نقص في تصنع الأظافر، تشوهات العمود الفقري، منعكسات وتريية زائدة النشاط

أمور أخرى

يتصف الكثير منهم بشدة الحساسية للضوضاء والأصوات العالية. والبعض منهم لديه فتق في أسفل البطن(فتق الصفاق). كما قد يكون هناك عيوب خلقية بعضهم لديه انخفاض في هرمون الغدة الدرقية.

في الكليتين

التطور الفكري الاجتماعي الحركي:

- لديهم درجة من التخلف الفكري،
- مستوى الذكاء متوسط
- لديهم مشاكل في التحصيل الدراسي و فيما يخص صعوبات التعلم تتركز حول القراءة، الكتابة، الحساب
- ضعف التركيز
- تأخر الكلام و المشي
- لكن لديهم تميز في بعض المجالات (التحدث و التعرف على الوجوه
- وفرة المفردات اللغوية
- يصغون إلى الموسيقى بشكل جيد

أسباب المتلازمة:

في عام 1993 اكتشف الأطباء أن سبب متلازمة ويليامز هو فقدان قطعة صغيرة جدا من إحدى نسختي الكروموزوم (الصبغة) رقم سبعة. ويتوقع أن هذه القطعة المفقودة تحتوي على حوالي 15 مورث (جين) أو أكثر. ويتوقع الأطباء أن استكشاف هذه المورثات قد يعطي تفسير للكيفية التي تؤثر هذه المورثات على قدرات الإنسان وسلوكياته بشكل عام وعلى أطفال متلازمة ويليامز بشكل خاص.

و وجد أن التضيق في الشريان الأورطي نشاء من طفرة في مورث يدعى ايلاستين Elastin (وتعني بالعربية بالمورث المرن) وينتج هذا المورث بروتين يسمى بنفس الاسم ويدخل في تكوين الأنسجة الضامة التي تدعم جدران العديد من الأوعية الدموية والأربطة والجلد (وهذا يفسر ضيق الشريان الأورطي و مرونة المفاصل والفتق وتجعد البشرة في وقت مبكر في هؤلاء الأطفال).

ومن الواضح اليوم أن الطفرة في مورث ايلاستين تحدث في نحو 95 في المائة من مرضى متلازمة ويليامز، كشف النقاب عن العديد من تلك الجينات الموجودة في الذراع الطويلة من كروموزوم 7، ومن بينها مورث يدعى "ليم" LIM-kinase I والذي ينشط في الدماغ، وهذا يشير إلى إمكانية تأثيره في نمو الدماغ وقيامه بوظائفه. ولكن الوظائف الدقيقة التي تقوم بها بروتين هذا المورث فغير معروفة.

إن هذه الميزات تعني بشكل عام أن النقص في كروموزوم 7 في متلازمة ويليامز يستتني بشكل رئيسي النصف الأيسر للدماغ (وهو المنطقة الأهم بالنسبة للغة لدى الغالبية العظمى من الناس) ويعطل نصفها الأيمن (وهو نصف الكرة المخية الأهم للإدراك المكاني ولكن ليس الأمر بهذه البساطة، فالقدرة التعبيرية الانفعالية هي أحد المهارات التي يجيدها هؤلاء الأطفال تعتبر من وظائف نصف الدماغ الأيمن، هناك جين آخر في نفس المنطقة من كروموزوم 7 ويسمى "ار اف سي" (RFC2 اختصار للحروف الأولى من اسمه). وينتج هذا المورث نوع من البروتين له علاقة بنسخ، ولكن إسهامه في متلازمة ويليامز لم يثبت حتى الآن. إن الفهم الوراثي لمتلازمة ويليامز لم يكتمل بعد.

نسبة انتشار متلازمة ويليامز:

-حالة واحدة في كل 20000 حالة

-يصيب كلا الجنسين (ذكور و إيناث)

-المصاب لديه احتمال 50 بالمائة أن ينقل المورث لأبنائه

التشخيص:

يتم التشخيص عن طريق الفحص من قبل طبيب الأطفال أو طبيب الأمراض الوراثية. كما يمكن إجراء فحص عام للكروموزومات و إجراء فحص خاص لكروموزوم رقم 7 عن طريق التهجين الفلوري الموضوعي (FISH) Fluorescent in situ hybridization الإنجليزية. ويكون هذا الفحص إيجابي (غير طبيعي) في حوالي 95 % من الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز فحص مستوى الكالسيوم و مراقبة أعضائه كالقلب و الكلى

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- أبو النصر مدحت (2005): الإعاقة العقلية، المفهوم و الأنواع و برامج الرعاية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر.
- 2- أيمن محمد شوقي محمود (1991): الاضطرابات المعرفية و الاجتماعية في متلازمة داون، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة عين الشمس.
- 3- ابراهيم علا عبد الباقي (1993): التعرف على الإعاقة العقلية و علاجها، ط1، دار غريب ، القاهرة.
- 4- إبراهيم فيوليت و آخرون (2001): بحوث و دراسات في سيكولوجية الإعاقة، مكتبة الزهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- 5- إبراهيم مروان عبد المجيد (2004): رعاية و تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، مكتبة المجتمع العربي، الكويت.
- 6- الروسان، فاروق (2001): مقدمة في التربية الخاصة، ط5، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان.
- 7- الشربيني زكرياء أحمد (2004): طفل خاص بين الاعاقات و المتلازمات، دار الفكر العربي، مصر.
- 8- بيل جير هارت ترجمة أحمد سلامة (1996): تعليم المعوقين، سلسلة الألف كتاب الثاني رقم 225، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب.
- 9- ربيع عبد الرؤوف عامر، طارق عبد الرؤوف عامر (2006): رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، ط5، الدار العالمية للنشر و التوزيع.
- 10- سالم ياسر (1994): رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة، منشورات جامعة القدس، عمان، الأردن.

11- عبد المطلب أمين القريطي(2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم، ط3 ، دار الفكر العربي، القاهرة.

12-فتحي السيد عبد الرحمان (1983): قضايا و مشكلات في سيكولوجية الإعاقة و رعاية المعوقين، دار القلم، الكويت.

13- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2007): تأهيل المعاقين، ط2، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

14-ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2007): الإعاقة العقلية، ط2، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

15-مايسة أحمد النيال(2008): سيكولوجية التوافق، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

16-يحي أحمد، ماجدة السيد (2005): الإعاقة العقلية، ط 1، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان.

المراجع باللغة الأجنبية:

16- Nobert sillamy (2003) : Dictionnaire de psychologie, ed larrousse, france.

17- WWW-al fadjr,com

18-www,webteb,com

19-www,booking,com