

التربية الخاصة بالطفل



منشورات جامعة حماه كلية التربية

التربية الخاصة بالطفل

Special Education for CHILDREN

لطلاب السنة الثانية، معلم صف

الدكتورة

ماجدة موسى

كلية التربية جامعة حماه

الأستاذ الدكتور

درغام الرحال

كلية التربية - جامعة حماه

للعام الجامعي 2018 - 2019

مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية

المدققون العلميون

1. الأستاذ الدكتور غسان أبو فخر
 2. الأستاذ الدكتور ماريو رجال
 3. الأستاذ المساعد الدكتور أحمد حاج موسى
- التدقيق اللغوي: الدكتور عبد الفتاح محمد

حقوق الطبع والترجمة والنشر
محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
15	مقدمة الكتاب
42-19	الفصل الأول: مفهوم التربية الخاصة
20	مفهوم التربية الخاصة
21	فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة)
22	أهداف التربية الخاصة
23	مراحل تطور التربية الخاصة
25	مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها
27	أسباب الإعاقة
31	الاستراتيجيات التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة
32	البدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة
35	الخدمات المقدمة للمعوقين
37	موقف الأسرة من الطفل المعوق، ودورها
39	الوقاية من الإعاقة
41	استخدام التكنولوجيا الحديثة في التربية الخاصة
70-43	الفصل الثاني: الإعاقة العقلية
44	المقدمة
45	تعريف الإعاقة العقلية
48	تصنيفات الإعاقة العقلية
54	أسباب الإعاقة العقلية
59	تشخيص الإعاقة العقلية

63	الخصائص السلوكية للمعوقين عقلياً
65	الاساليب العلاجية للمعوقين عقلياً
67	الخدمات التربوية التي تقدم للأطفال المعوقين عقلياً
67	توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً
71-92	الفصل الثالث: الإعاقة السمعية
72	مقدمة
72	تعريف الإعاقة السمعية
73	أقسام جهاز السمع
75	تصنيف الإعاقة السمعية
78	أسباب الإعاقة السمعية
78	آلية السمع
79	خصائص المعوقين سمعياً
81	أثر الإعاقة السمعية في الفرد
84	قياس الإعاقة السمعية، وتشخيصها
85	التدخل المبكر والإعاقة السمعية
86	طرائق التواصل مع المعوقين سمعياً
89	تعليم المعوقين سمعياً
90	إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً
118 - 93	الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

94	مقدمة
94	تشريح العين
96	آلية البصر
97	تعريف الإعاقة البصرية
98	نسبة انتشار الإعاقة البصرية
99	تصنيف الإعاقة البصرية
99	مظاهر الإعاقة البصرية
102	أسباب الإعاقة البصرية
103	قياس الإعاقة البصرية وتشخيصها
104	خصائص المعوقين بصرياً
107	تأثير الإعاقة البصرية في جوانب النمو المختلفة للفرد المعوق بصرياً
113	الحاجات الشخصية والتربوية للمعوقين بصرياً
115	المواد، والمعدات، والوسائل التكنولوجية الخاصة بالأفراد المعوقين بصرياً
130 - 119	الفصل الخامس: الإعاقات الجسمية، والصحية
120	مقدمة
120	تعريف الإعاقة الحركية
121	تصنيف الإعاقة الحركية
124	أسباب الإعاقة الحركية
125	الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً

125	البرامج التربوية للمعوقين حركياً
127	التكنولوجيا، والإعاقات الحركية
148-131	الفصل السادس: صعوبات التعلم
132	مقدمة
132	مفهوم، وتعريف صعوبات التعلم
134	أسباب صعوبات التعلم
137	المحكات التي تستخدم في تحديد صعوبات التعلم
138	تصنيف صعوبات التعلم
139	مظاهر صعوبات التعلم
142	أساليب قياس، وتقويم صعوبات التعلم
143	علاج صعوبات التعلم
148	التكنولوجيا، وصعوبات التعلم
174 -149	الفصل السابع: الاضطرابات السلوكية، والانفعالية
150	مقدمة
150	تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
151	نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية
152	تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
153	أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية
157	قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية

161	بعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية ب. العدوان ج. الانسحاب
164	خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وطرائق الكشف عنهم
167	التدخل العلاجي للاضطرابات السلوكية والانفعالية
170	البرامج المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً
173	التكنولوجيا واضطرابات السلوك
188-175	الفصل الثامن: اضطرابات التواصل (اللغة، والكلام)
176	مقدمة
176	تطور النمو اللغوي
177	العوامل المؤثرة في النمو اللغوي
178	تعريف اضطرابات التواصل
178	نسبة انتشار اضطرابات التواصل
179	أسباب اضطرابات التواصل
181	تصنيف اضطرابات التواصل
183	قياس، وتشخيص اضطرابات التواصل
184	خصائص الأطفال ذوي اضطرابات التواصل
186	التدخل العلاجي للأطفال ذوي اضطرابات التواصل
188	الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للأطفال ذوي اضطرابات التواصل
188	التكنولوجيا واضطرابات التواصل

210-189	الفصل التاسع: اضطراب التوحد
190	مقدمة
191	مفهوم التوحد
193	الاضطرابات المرافقة للتوحد
195	أسباب اضطراب التوحد
197	خصائص اضطراب التوحد
201	نسبة انتشار اضطراب التوحد
203	تشخيص اضطراب التوحد
206	البرامج المستخدمة في علاج التوحد
232 - 211	الفصل العاشر: الموهبة والتفوق
212	مقدمة
213	تعريف الموهبة والتفوق
215	دور العوامل الوراثية والبيئية في الموهبة والتفوق
215	نسبة الانتشار للموهوبين والمتفوقين
216	تعريف الأطفال الموهوبين والمتفوقين وتعريفهم
217	القياس والتشخيص
219	الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين
221	نظريات التفوق
223	البرامج المقدمة للأطفال الموهوبين والمتفوقين

225	مشكلات المتفوقين عقلياً في البيئة الأسرية والمدرسية
227	الاتجاهات العامة في تربية المتفوقين والموهوبين
228	تطبيقات التكنولوجيا في تدريس الموهوبين والمتفوقين
230	واقع تربية المتفوقين في البلاد العربية
248-233	الفصل الحادي عشر: سياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم
234	مقدمة
235	لمحة تاريخية عن الدمج
235	مفهوم الدمج
236	المصطلحات المرتبطة بالدمج
238	أشكال الدمج
239	مبررات الدمج
240	إيجابيات الدمج
240	سلبات الدمج
241	متطلبات الدمج
244	الاتجاهات المختلفة نحو فكرة الدمج
245	تجارب الدمج
256-249	المراجع العربية والأجنبية
265-257	المصطلحات الواردة في الكتاب

قائمة الأشكال

النوع	العنوان	الرقم	رقم الصفحة
رسم توضيحي	الأجزاء الرئيسة التي يتكون منها جهاز السمع	1	75
رسم توضيحي	الأجزاء الرئيسة للعين	2	95

مقدمة الكتاب

تعد ظاهرة الإعاقة عموماً مشكلة خطيرة في أي مجتمع من المجتمعات لأنها تؤثر سلباً في مسيرته التنموية، ولذلك فإن مؤشرات حضارة الأمم، وارتقاءها تتمثلان في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم.

ومن هنا تعد رعاية المعوقين بمنزلة مبدأ إنساني، وحضاري سامي يؤكد حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، ويعمل على إتاحة الفرصة المناسبة لهم للاندماج في المجتمع، تحقيقاً لحقهم بحياة كريمة.

ولذلك يعد الاهتمام بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من القضايا المهمة التي لا بد من التركيز عليها، والتربية بهذا تعد الورقة الرئيسة التي تراهن عليها جميع الأحزاب، والجماعات، والمنظمات؛ لأنها تمثل العمود الفقري للبناء المستقبلي لأية دولة.

لقد حظي مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة اهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة، ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة؛ بأن ذوي الاحتياجات الخاصة لهم الحق في الحياة، والنمو إلى ما تمكنهم منه قدراتهم، وإمكاناتهم. إذ إن تقدم الأمم اليوم يقاس بما تقدمه لذوي الاحتياجات الخاصة من برامج وخدمات تساعدهم على تحقيق ذواتهم، وتتنافس الدول فيما بينها بما تهيئه من فرص مختلفة تقدمها لذوي الاحتياجات الخاصة للوصول بهم إلى استعداداتهم الحقيقية، وتنميتها وفق ما يستطيعون.

وعلى الرغم من أن مسؤولية رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تقع على عاتق المجتمع بكامله، إلا أن المسؤولية الأكبر تقع على عاتق الأسرة، ثم المعلم، كونه يمتلك القدرة على فهم الخصائص السيكولوجية لهؤلاء الأطفال، ويمتلك المهارات الضرورية للتعامل مع هذه الفئات بأشكالها كافة؛ لمساعدتهم في استثمار طاقاتهم، وتنميتها إلى أقصى حد ممكن؛ لذلك كان الهدف من هذا الكتاب مساعدة طلاب كلية التربية - شعبة معلم صف - على تعرّف خصائص هؤلاء الأطفال، وطرائق التعامل معهم، وأساليب تربيتهم، والإسهام في اكتشافهم، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم التي يمكن أن تعترض مسيرة حياتهم المدرسية والمجتمعية.

فالتربية الخاصة مهنة تعتمد على أدوات وفنيات خاصة بها، والتي من شأنها تحسين، الإجراءات، وتطويرها، والخدمات التربوية من أجل إشباع الحاجات الخاصة بهذه الفئة، ويأتي

هذا الكتاب رسالة لكل من يتعامل مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، من معلمين، وطلبة، وعاملين، وأولياء أمور، ولكل من يسعى ليعلم ويتعلم شيئاً عن ذوي الاحتياجات الخاصة. ولذلك جاءت فصول هذا الكتاب مرتبة بطريقة تحاول أن تحقق جميع الأهداف التي وضع من أجلها.

وقد تعرض الفصل الأول إلى مفهوم التربية الخاصة، وغطى بشكل أساسي فئات التربية الخاصة، وأهدافها، ومراحل تطورها، كما تطرق إلى مفهوم الإعاقة، ونسبة انتشارها، وأسبابها، والاستراتيجيات التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة، والبدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة، والخدمات المقدمة للمعوقين باختلاف أنواعها، وموقف الأسرة من الطفل المعوق، ودورها في التعامل معه، إضافة إلى الوقاية من الإعاقة.

وتطرق الفصل الثاني إلى الإعاقة العقلية من جميع جوانبها؛ إذ غطى الفصل التعريف، والتصنيف، والأسباب، والتشخيص، والخصائص، والأساليب العلاجية للمعوقين عقلياً، والخدمات التربوية المقدمة لهم، إضافة إلى توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليمهم.

أما الفصل الثالث فقد خصص للإعاقة السمعية، من حيث تعريفها، والتطرق لأقسام جهاز السمع، وتصنيفها، وأسبابها، وآلية السمع، وخصائص المعوقين سمعياً، وأثارها في النمو المعرفي، والتحصيلي، والنفسي، والاجتماعي، واللغوي، وكيفية قياسها وتشخيصها، والتدخل المبكر، وطرائق التواصل مع المعوقين سمعياً، إضافة إلى إرشادات عامة عن كيفية التعامل مع الأطفال المعوقين سمعياً، وأخيراً الخدمات المقدمة لهم.

وغطى الفصل الرابع الإعاقة البصرية؛ إذ ألقى بظلاله على تشريح العين، وآلية الإبصار، وتعريفها، ونسبة انتشارها، وأسبابها، وطرائق قياسها، وتشخيصها، وتأثيرها في جوانب النمو المختلفة للفرد المعوق بصرياً، وخصائصها، إضافة إلى الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً، والمواد والمعدات والوسائل التكنولوجية الخاصة بهم.

واهتم الفصل الخامس بالإعاقة الجسدية والصحية من حيث التعريف، والتصنيف، والأسباب، وبرامج استخدام معطيات التكنولوجيا في هذا المجال.

وركز الفصل السادس على صعوبات التعلم؛ التي تعدّ مجالاً حديثاً من مجالات التربية الخاصة؛ لذلك تم التعريف بماهية هذه الصعوبات، وتصنيفها، ومظاهرها، وأسبابها، وأساليب القياس، والتقييم، وأدواتها، وعلاجها، ومعطيات التكنولوجيا في هذا المجال.

وغطى الفصل السابع الاضطرابات السلوكية والانفعالية من حيث: تعريفها، ونسبتها، وتصنيفها، وأسبابها، والعوامل المرتبطة بها، والخصائص، وأساليب العلاج، وبعض أشكالها الأكثر انتشاراً، واستخدامات التكنولوجيا في هذا المجال.

أما الفصل الثامن؛ فقد تعرض إلى اضطرابات التواصل (اللغة، والكلام)، وغطى مفاهيمها، ونسبة انتشارها، ومراحل تطور اللغة، والعوامل المؤثرة فيها، وتصنيف اضطرابات اللغة والكلام، وأسبابها، والتدخل العلاجي، والخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي، إضافة إلى استخدامات التكنولوجيا في الكشف والعلاج.

أما الفصل التاسع فقد خصص للتوحد؛ فقد تعرض إلى مفهوم التوحد، والاضطرابات المرافقة له، وأسبابه، وخصائصه، ونسبة انتشاره، وطرائق تشخيصه، وأخيراً أهم البرامج المستخدمة في علاجه.

وفي الفصل العاشر تم الحديث عن الموهبة، والتفوق العقلي، وحاولنا الكشف عن أهم المتغيرات المتعلقة بالموهبة، والتفوق من حيث؛ التعريف، والتشخيص، والتصنيف، ومكونات التفوق، والمشكلات التي يتعرض لها المتفوقون في البيئة الأسرية، والمدرسية، والبرامج المقدمة لهم، إضافة إلى تطبيقات التكنولوجيا في هذا المجال.

وانفرد الفصل الحادي عشر بسياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم، إذ تم الحديث عن تاريخ الدمج، ومفهومه، والمصطلحات المرتبطة به، وأشكاله، ومبرراته، وإيجابياته، وسلبياته، ومتطلباته، والاتجاهات المختلفة نحوه، إضافة إلى تجارب الدمج في بعض الدول العربية والأجنبية.

وأخيراً نأمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً لكل من المهتمين، والعاملين في مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، راجين من الله تعالى أن نكون قد وفقنا في عرض هذا الإنتاج العلمي عرضاً واضحاً جلياً.

والله ولي التوفيق. الأستاذ الدكتور درغام الرحال

الدكتورة ماجدة موسى

الفصل الأول

مفهوم التربية الخاصة

1. مفهوم التربية الخاصة.
2. فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة).
3. أهداف التربية الخاصة.
4. مراحل تطور التربية الخاصة.
5. مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها.
6. أسباب الإعاقة.
7. الاستراتيجيات التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة.
8. البدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة.
9. الخدمات المقدمة للمعوقين.
10. موقف الأسرة من الطفل المعوق ودورها.
11. الوقاية من الإعاقة.
12. استخدام التكنولوجيا الحديثة في التربية الخاصة.

الفصل الأول

مفهوم التربية الخاصة

1 - مفهوم التربية الخاصة The concept of special education:

التربية الخاصة هي تربية، الأفراد الذين لا يستطيعون الدراسة في برامج التعليم العام (العادي) وتعليمهم من دون تعديلات في المناهج، أو الوسائل، أو طرائق التعليم، أو مراعاة ظروف العجز لدى الفرد، وأيضاً تعرف بأنها: مجموع الخدمات المنظمة الهادفة التي تقدم إلى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لتوفير ظروف مناسبة لهم لكي ينمووا نمواً سليماً يؤدي إلى تحقيق ذواتهم عن طريق تحقيق إمكانياتهم، وتنميتها إلى أقصى مستوى تستطيع أن تصل إليه، وأن يدركوا ما لديهم من قدرات، ويتقبلوها في جو يسوده التقبل، والحب، والإحساس بالأمان.

تعرف التربية الخاصة بأنها: مجموعة البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن لتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف.

كما تعرف التربية الخاصة، بأنها: مجموع الخدمات العامة الهادفة التي تقدم للطفل غير العادي، وهو الذي يبعد عن مستوى الأطفال العاديين؛ فيتفوق عليهم أو يقل عنهم، وذلك لتوفير ظروف مناسبة له؛ لكي ينمو نمواً سليماً يؤدي إلى تحقيق الذات.

وتعرف التربية الخاصة أيضاً بأنها: جملة من الأساليب الفردية والمنظمة، تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، ومواد ومعدات خاصة، وطرائق تربوية خاصة ومكيفة، وإجراءات علاجية محددة تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على تحقيق الحد الأدنى الممكن من الكفاية الذاتية، والشخصية، والنجاح الأكاديمي. وبناءً على هذا التعريف؛ فالتربية الخاصة هي: خطة تربوية متخصصة، تعنى بالأطفال غير العاديين من الناحية: الشخصية، والاجتماعية، والعقلية، والجسدية، والنفسية؛ لتأهيلهم نفسياً، وجسدياً، وحركياً، ووجدانياً، وتربوياً، ولغوياً، لكي يتمكنوا من التكيف مع نظم التعليم العام، أسوةً بأقرانهم العاديين، على المستويات كافة التعليمية، والتدريبية. وهنا لابد من الإشارة إلى أن التربية تتميز من التربية العادية بأنها تتضمن بعض المفاهيم مثل: الخلل، الضعف، العجز، العاهة، الإعاقة، الاعتلال، الاضطراب، الصعوبة، الحالة المرضية.

وبذلك تكون التربية الخاصة معنيةً برعاية المعوقين من النواحي العقلية، والجسمية، والحسية، وتأهيلهم بشكل يضمن تنمية ما لدى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة (المعوقين) من

قدرات إلى أقصى حد ممكن، ليكونوا قادرين على اكتساب مهارات العمل اللازمة للعيش بكرامة، وليكونوا أشخاص فعالين في مجتمعاتهم.

قد ينظر بعضهم "إلى أن التربية الخاصة هي تربية المعوقين سمعياً، أو بصرياً، أو عقلياً، أو حركياً، إلا أن هذه النظرة غير صحيحة؛ لأن التربية الخاصة أشمل، وأوسع؛ فهي تتضمن تربية الأطفال غير العاديين (المعوقين، والمتفوقين)، معنى ذلك أن التربية الخاصة لا تتعلق بالمعوقين فقط؛ بل تشمل المتميزين، والمتفوقين، والأذكاء، والعابرة، وتختلف التربية الخاصة عن التربية العادية في أنها تعد أطفالاً غير عاديين ليحيوا حياة عادية. في حين أن التربية العامة تعد الأشخاص العاديين للحياة، ومن هنا نرى أن مهمة التربية مهمة دقيقة، وتتطلب جهوداً تربوية منظمة وفق أسس علمية تتناسب وقدرات هؤلاء الأطفال. (حمداوي، 2015، 7)

وبناءً على ذلك يمكن أن نعرف التربية الخاصة بأنها: مهنة لها أدواتها وتقنياتها وجهودها البحثية الخاصة التي تسعى لتلبية الحاجات التعليمية للأطفال والراشدين من ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقييمها من خلال برامج يخطط لها فردياً، ويتم تنفيذها بشكل منظم، كما يتم تقييم التدريس فيها بدقة بغرض مساعدة المتعلمين للوصول إلى أقصى أداء ونجاح ممكن في بيئاتهم الحالية، والمستقبلية.

2- فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة):

من الناحية التربوية يشير مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ذلك الطفل، أو الشخص الذي ينحرف انحرافاً ملحوظاً عما نعتبره عادياً، سواء أكان ذلك من الناحية العقلية، أو الانفعالية، أو الاجتماعية، أو الجسمية؛ إذ يستدعي هذا الانحراف استخدام مواد ووسائل تعليمية خاصة، واستراتيجيات تعليمية خاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة؛ إضافة إلى كوادرها مؤهلة للتعامل مع كل فئة من هذه الفئات، وعليه فإن فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة) تشمل:

- 1- الإعاقة العقلية (Mental Impairment)
- 2- الإعاقة البصرية (Visual Impairment)
- 3- الإعاقة السمعية (Hearing Impairment)
- 4- الإعاقة الانفعالية (Emotional Impairment)

- 5- الإعاقة الحركية المستديمة (Motor Impairment)
- 6- صعوبات التعلم (Learning Disabilities)
- 7- اضطرابات التواصل (Communication Disorders)
- 8- الموهبة والتفوق (Giftedness and Talents)
- 9- التوحد (Autism)
- 3- أهداف التربية الخاصة:

للتربية الخاصة أهداف متعددة منها:

1- هدف وقائي:

حددت منظمة الصحة العالمية معنى الاتجاه الوقائي في عام 1976م على أنه: مجموعة من الإجراءات المنظمة والمقصودة، والتي تهدف إلى عدم حدوث العجز في الوظائف الفيزيولوجية والسلوكية عند الفرد، أو التقليل من حدوثه، أو القصور المؤدي إليه، والذي يمكن السيطرة عليه من خلال إحدى الوسائل الآتية:

*إزالة العوائق أو العوامل التي تسبب حدوث الإصابة بالخلل.

*المساعدة على التخفيف من الآثار الجانبية للإعاقة.

*استخدام وسائل التشخيص الجيدة من أجل الكشف المبكر عن الإعاقة، ويتم ذلك عن طريق قيام المستشفيات بدورها، وكذلك رياض الأطفال، ووسائل الإعلام من أجل تحقيق السلامة الجسمية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية، وايضاً الكشف المبكر للإعاقة أيضاً؛ لأن الكشف المبكر للإعاقة قد يساعد على عدم ظهورها، أو التقليل من خطرها وشدتها، وذلك يوجب على المجتمع أن يتدخل للتخفيف من وطأة الإعاقة، وذلك بتقبل المعوق، ودعمه نفسياً واجتماعياً، وتوفير البرامج التربوية المخصصة له لتطوير قدراته وإمكانياته.

2- هدف علاجي:

وذلك يكون بعد حدوث الإعاقة؛ للعمل على التخفيف، أو الحد من الآثار التي سببتها الإعاقة، من خلال التركيز على تأهيل الفرد المعوق، واستغلال إمكانياته وقدراته إلى أقصى قدر ممكن، وذلك من خلال تدريب المعوق، وتزويده بالمعينات المناسبة لإعاقة.

3- هدف وظيفي:

ويتمثل في مساعدة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة (الطفل غير العادي) على التكيف النفسي والاجتماعي، وهنا يجب على الارشاد النفسي والتربوي أن يقوم بدور فاعل في تأهيل أصحاب الاحتياجات الخاصة، ومساعدتهم على التعايش والتكيف مع الإعاقة، والتقليل من آثارها السلبية.

4- هدف اجتماعي:

ويتمثل في مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على تحسين قدراتهم وإنجازاتهم، وتحصيلهم في المجالات الجسمية والعقلية التي يعانون من قصور وظيفي فيها.

5- هدف تعليمي:

يتمثل ذلك بإعداد البرامج التعليمية الخاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة، واختيار طرائق التدريس المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة، واعتماد الخطة التربوية الفردية، وإعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية المناسبة، وتأهيل الكوادر التربوية للتعامل مع كل فئة من فئات التربية الخاصة. (اللالا، الزيري وآخرون، 2011)

4- مراحل تطور التربية الخاصة:

عندما نتحدث عن ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً، فإننا نتجه إلي التركيز على الإعاقة، بكل أسف، بدلاً من الاهتمام بالفرد ذاته، وما لديه من مميزات وقدرات خاصة؛ لذا جاءت النظرة سلبية إليه؛ فقديمًا كان يُنظر للإعاقة على أنها عاهة، ثم بعد ذلك صُنفت بحكم قرارات إدارية مما أسهم في عزلة ذويها، وتهميش دورهم، والصاق المسميات السلبية بهم، وفي ظل المبدأ التوجيهي الذي ينادي بجعل المعاق إنساناً طبيعياً، وهو اتجاه اجتماعي يهدف إلي إتاحة الفرصة أمام ذوي الاحتياجات الخاصة للحياة مثل الأفراد العاديين، وهذا يتطلب التعامل مع هؤلاء الأفراد علي نحو طبيعي، وإعطائهم الفرص، ومساواتهم في الحقوق، وجعل الظروف المحيطة بهم عادية، فقديمًا أرجع الناس الإعاقة إلى قوى غيبية، أو تصورات غير منطقية، ومنهم من عدها نذير شؤم بمقدمها إلى الحياة، أو هي دلالة علي غضب الإله، وكانت الكنيسة في أوربا تقول: إن المرض بجميع أنواعه قصاص على ما اقترفه الإنسان من ذنوب، وإن الإعاقة تَهَقُر فكري تصنف فيها الروح، وتسير عليها المادة، كما شهد العصر الإغريقي التخلص من الأطفال المعوقين عن طريق قتلهم؛ للمحافظة علي نقاء العنصر البشري، كما نادى أفلاطون في جمهوريته، وكذلك الحال في إسبارطة، أما في العصر الروماني فقد بقي مصير المعوقين بيد شيخ القبيلة الذي كان بيده وحده

تقرير مصائرهم اعتماداً على درجة تقدير الإعاقة، إلا أنه كان يتم التخلص من المعوقين عن طريق إلقائهم في الأنهار، أو تركهم على قمم الجبال ليموتوا بفعل الظروف المناخية، أما في العصور الوسطى في أوروبا - بما صاحبها من مظاهر الجمود الفكري - فقد عملت محاكم التفتيش على اضطهادهم وإيدائهم حتى الموت بوسائل متعددة من خلال اتهامهم بممارسة السحر، أو تقمص الشياطين لأجسامهم، وبذلك فقد أصبحوا صنائع الشيطان، وعندما جاء الإسلام نادى بعدم التفرقة بين البشر، وإقامة المساواة، كما أكد على وجوب النظر إلى الإنسان على أساس عمله، وقلبه، وليس على أساس شكله، أو مظهره، وطلب كف الأذى المعنوي المتمثل في النظرة، والكلمة، والإشارة، وغيرها من وسائل التحقير والاستهزاء.

ويشير كتاب تاريخ " البيمارستانات " في الإسلام إلى النظرة الإيجابية التي كان ينظر من خلالها أفراد المجتمع الإسلامي للمعوقين، ومساواتهم بغيرهم، إذ يروى أن " الوليد بن عبد الملك " قد أعطى الناس المجذوبين، وقال: لا تسألوا الناس، وأعطى كل مقعد خادماً، وكل ضرير قائداً، ولم يهمل المجتمع الإسلامي أمر علاج الإعاقات التي كان لها علاج معروف في ذلك الوقت، ثم ما لبثت أن ضعفت الدولة الإسلامية، وتعددت بلدانها، وأصابها ما يصيب الحضارات من الضعف، والوهن، فانتقلت القوة إلى الحضارة الغربية؛ إذ أسهمت في دعم مسيرة التربية الخاصة ضمن محطات فارقة في تاريخ الاهتمام بالتربية الخاصة.

بدأ الاهتمام بتربية المعوقين في فرنسا في القرن التاسع عشر، ثم امتد ذلك إلى عدد من الدول الأوروبية، ومن ثم إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت أولى الفئات التي حظيت بالرعاية والاهتمام هي فئات الإعاقة البصرية والسمعية، ومن ثم فئات الإعاقة الحركية والعقلية، وتمثلت الخدمات في ذلك الوقت بالحماية، والإيواء في الملجأ، بهدف حمايتهم، وحماية المجتمع منهم، ثم تطورت تلك الخدمات لتأخذ شكل تعليم الأطفال المعوقين مهارات الحياة اليومية في مدارس أو مراكز خاصة بهم، وبذلك تعود جذور التربية الخاصة إلى نهايات القرن التاسع عشر، إذ يعدّ إيتارد (jean Itard, 1775-1838) وهو طبيب فرنسي من أوائل المهتمين والمؤرخين في التربية الخاصة في فرنسا، ويعدّ مرجعاً في تشخيص الصم وتربيتهم، كما يعد سيجان (Edouard seguin, 1812-1880) من الرواد الأوائل في تاريخ التربية الخاصة، وهو أحد تلاميذ إيتارد، وقد كان اهتمام سيجان مركزاً على تربية المعوقين عقلياً، ثم جاءت منتسوري (Maria Montessori, 1870) والتي كانت أول سيدة إيطالية حصلت على درجة في الطب، وهي من الرواد الأوائل الذين اهتموا بتعليم الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً.

ثم جاء هوي samuel G-howe, 1876 وهو من رواد التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأميركية، تخرج في جامعة هارفارد في عام 1824، ويعدّ من أوائل الأطباء والمربين في

تاريخ التربية الخاصة؛ إذ أسس أول مدرسة للمكفوفين عرفت باسم (The Perkins school for the blind) في مدينة (Watcrtown) بولاية ماستشوستس، وتعدّ هيلين كيلر (Helen keller) ولورا بارجمان (leaura Bridgman) من الأوائل الذين تعلموا على يدي هوي، ثم ثوماس جاليت (Tomas Galleudet, 1787-1851)، وهو من المربين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الصم، فقد سافر إلى أوروبا لتعلم طرائق تربية الصم، ثم عاد إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام (1817) ليؤسس أول مدرسة أمريكية للصم في مدينة هاردفورد (Hardford) في ولاية كونيكات (connecticut)، والتي عرفت الآن باسم المدرسة الأمريكية للصم، وقد كرم جاليت بأن أسس أول كلية للصم في مدينة واشنطن عرفت باسمه هي: (The Gallaudet college).

وكان من نتائج الحركة النازية في ألمانيا هجرة العديد من الأطباء والمربين الألمان إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت لهم إسهاماتهم الواضحة المهمة في تطوير ميدان التربية الخاصة، ومنهم: ماريان فروستج 1938، والتي عملت كاختصاصية نفسية واجتماعية في النمسا إذ أسهمت في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً، وذوي صعوبات التعلم، ثم الفرد ستراس، وهو طبيب أعصاب مشهور، وكروك شانك، وهيلمير مايكل باست، ولهم يعود الفضل في تطور موضوع صعوبات التعلم (Learning Disabilities)، وتحديد خصائص الأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم، ثم جاء هنس فرنر الاختصاصي في علم نفس النمو؛ الذي ترك ألمانيا، وانضم إلى مدرسة (Wayne) في مدينة (northville) في ولاية متشجان الأمريكية، ليسهم في تطور الأبحاث في ميدان التربية الخاصة، ومن بعده نيكولاس هوبس، والذي اهتم بتربية الأطفال المضطربين انفعالياً وتربيتهم، ثم جولد برج، والذي أكد تقدم الدول الإسكندنافية في تربية الأطفال المعوقين عقلياً ورعايتهم، كما دعا إلى الاستفادة من خبرات هذه الدول، ونقل تلك الخبرات إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وأخيراً بور (Bower)، الذي اهتم بالاضطرابات السلوكية. من خلال ماتم استعراضه نلاحظ التطور الذي طرأ على الاهتمام بغئات التربية الخاصة في الدول العربية، ومن أهم المؤشرات على ذلك:

1. ازدياد عدد الورشات التدريبية للعاملين في مجال التربية الخاصة.
 2. انتشار الكليات، واهتمام الجامعات بدراسة هذا الاختصاص في الدول العربية.
 3. الاهتمام المتزايد بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في كل المجتمعات العربية، إذ أنشئت لهم الجمعيات الخاصة.
 4. إنشاء العديد من الوزارات في الدول العربية التي ترعى شؤون ذوي الاحتياجات الخاصة.
- (الرجال، 2010، ص22)

5- مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها:

الإعاقة حالة ضعف أو عجز، تحدّ أو تقلل بشكل كبير من أنشطة الفرد في واحدة أو أكثر من المهارات الحياتية.

كما تعرف الإعاقة على أنها نوع من التأخر في التعلم والاكتساب في بعض النواحي من شخصية الطفل؛ إذ يمكن استدراكها بعد الترويض، والتدريب، والتمرين، والعلاج الداخلي والخارجي. كما توجد لدى المصاب إمكانيات أخرى سليمة وصحيحة كامنة لديه، يمكن توظيفها إيجابياً بشكل من الأشكال، واستثمارها بالتدريج جزئياً أو كلياً؛ لإرجاع ما افتقده من حواس أو تعليمات أو اكتسابات، ويمكن كذلك توجيهها في مناح تعليمي ومهني هادف، وبناء ووظيفي.

فالفرد الذي يعاني من إصابة تمنعه من القيام بوحدة أو أكثر من الأنشطة والمهارات الحياتية، وفي الوقت نفسه هو بحاجة إلى أجهزة تساعده في التنقل والحركة، أو أنه يعتمد على الآخرين لتحقيق مهارات حياته اليومية، يصنف على أنه يعاني من إعاقة شديدة.

تحديد نسبة حدوث الإعاقة أمر في غاية الصعوبة، كونه يعتمد على تعريفات الإعاقة، ونظم تصنيفها، إضافة إلى اعتماده على المقاييس والأدوات المتداولة؛ فتعريفات الإعاقة تتصف بالعمومية؛ مما يسمح بتفسيرات مختلفة وتباين كبير في تحديد نسبة انتشار الإعاقة. كما أن نسبة المعوقين وتقديرات أعدادهم تختلف من مجتمع إلى آخر، وذلك تبعاً لظروف المجتمع، وأوضاعه الاقتصادية والصحية والاجتماعية، كما أن هناك اختلاف في نسب الإعاقة، وأنماطها بين المجتمعات النامية والمجتمعات الغربية؛ فالإعاقات الحسية أكثر انتشاراً؛ فهناك مناطق في إفريقيا يعاني ثلث السكان فيها من كف البصر، كما أن أعداداً أخرى من الأطفال تصبح من أصحاب الإعاقة بسبب التهابات السحايا والدماغ، وسوء التغذية، ونقص اليود، وإصابات الرأس والدماغ، ونتيجة للصراعات المسلحة والحروب.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن 68 مليون شخصاً يعانون من مشكلات تحد من قدراتهم الجسمية، وأن 14 مليوناً منهم يعانون من إعاقة في الجوانب السمعية والبصرية واللغوية دراسة (Hunt.1999)

وعلى أية حال فهناك إجماع عالمي على أن نسبة المعاقين في أي مجتمع من المجتمعات تبلغ (10%).

في عام 1992 اشار (helandur) إلى أن نسبة المعوقين في الدول النامية (4%)، وفي الدول الصناعية (7%)، ويعزى السبب في زيادة النسب لدى الدول الصناعية إلى ما توفره تلك الدول من إجراءات دقيقة في التشخيص، وتعداد الحالات وحصرها، وكذلك المعالجة الصحية التي تهيئ للشخص فرصاً أكبر للحياة.

وتعدّ هذه النسب تقديرية عموماً، كونها لم تأخذ بالحسبان المتغيرات الثقافية، والظروف البيئية الخاصة بكل مجتمع من المجتمعات؛ إضافة إلى أن هذه النسب ركزت على حالات الإعاقة الواضحة، ولم تأخذ بالحسبان حالات الإعاقة الأخرى، مثل: أصحاب الإعاقات البسيطة جداً، وصعوبات التعلم. (الخطيب، الحديدي، 2009، 15)

6- أسباب الإعاقة:

من أهم الأهداف التي تسعى لتحقيقها التربية الخاصة: معرفة مسببات حدوث الإعاقة، وذلك بهدف وضع البرامج الوقائية التي تحد من حدوث الإعاقة، وعلى الرغم من الجهود المبذولة من قبل الباحثين، والاختصاصيين في التربية الخاصة، ما زال هناك الكثير من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة وهي غير معروفة.

من المعروف أن نسبة المعوقين في أي مجتمع من المجتمعات تزداد عندما تكون هذه المجتمعات تعاني من الفقر والمجاعة والحرمان، وعلاج مثل هذه الظواهر في المجتمعات الفقيرة لا يتحقق إلا عن طريق دمج هؤلاء المعوقين في المجتمع. في ما يتعلق بالدول التي تعاني من الفقر الشديد، يكون الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة أمام أمرين: إما المحافظة على الحياة، أو الموت، لا سيما عندما لا يكون هنا كأيّة مساعدات أو خدمات، سواء أكان ذلك من الناحية الصحية، أم الاجتماعية أم النفسية.

لا توجد معلومات دقيقة وعلمية عموماً تؤكد ارتباط الإعاقة بالظروف والأوضاع المعاشية، على الرغم من أن هذا واضح وجلي للعيان؛ فالدلائل الميدانية تؤكد، وبشكل لا يدعو للشك، أن ذوي الاحتياجات الخاصة يتعرضون للعزل، ونتيجة لهذا العزل يصبحون ضمن الفئات الأشد فقراً، ولا سيما في المجتمعات التي لا تستطيع توفير الحد الأدنى من الخدمات لهؤلاء الأفراد؛ فالدلائل والتخمينات تشير إلى أن الإعاقات تظهر أكثر في الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتدنية في جميع دول العالم، بما فيها الدول المتقدمة. وفي هذا السياق فقد أشارت الدراسات الصادرة من البنك الدولي إلى أن ما يقدر بنصف مليار فرد يعانون من إعاقة ما هم ممن يعيشون في فقر شديد، وتعتمد هذه المعلومات في الأساس على آراء تتنافى مع مسلمات

تعود إلى أن الفقر لا يعني بالضرورة حدوث الإعاقة، على الرغم من أن نسبتهم في الدول النامية من 15% - 20% من مجموع السكان. (Hallahan, 2006, p.158)

فولادة الطفل المعوق في مجتمع يعاني من الفقر يعدّ مأساة، كونه لا يلقي الرعاية الصحية والاجتماعية، رغم الحاجة الماسة لها، وهذا الأمر يلقي مبرراته في هذه المجتمعات، كونه شخصاً لا يحقق طموحاتهم، فهو شخص عاجز، وميؤوس منه في نظرهم، ولذلك لا يستحق الرعاية المجتمعية أو الأسرية؛ فهذه النظرة السلبية للمعوق، ومعاملته على أساس عجزه منذ الطفولة، يسهم في تشكيل الاتجاهات السلبية نحوه من جهة، ويعمق الفجوة بينهم وبين الأطفال العاديين من جهة أخرى.

فالأطفال الذين يتمكنون من العيش في هذه الظروف القاسية؛ فإنهم غالباً يعانون من الحرمان بشكل كبير، ولا سيما لدى محاولتهم الالتحاق بالبرامج التربوية، مما يؤدي إلى حرمانهم من التدريب اللازم، إضافة إلى تدني مفهومهم لذاتهم، وفي المستقبل فإنهم يعانون من قلق الفرص في التوظيف، إضافة إلى معاناتهم من الرفض من قبل أقرانهم العاديين بسبب العزل في مرحلة مبكرة من العمر، ومن ثم عدم مساواتهم مع الأطفال العاديين في الحقوق.

وحسب ما تؤكد إحصائيات اليونسكو: بأن نسبة المعاقين في الدول النامية الذين لا يتلقون أية خدمات تربوية تقدّر ب(98%)؛ مما يشعرهم بالنقص وعدم المساواة مع الأشخاص العاديين، ويحرمهم فرص التفاعل معهم.

وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام 1992 أن (70%) من المصابين بالإعاقة البصرية في مرحلة الطفولة المبكرة، و(50%) من المعاقين سمعياً عالمياً هم من الدول الإفريقية التي تعاني من الفقر الشديد، وعلى الرغم من المخاطر الناجمة عن تناول الأطعمة الرديئة، وتأثيرها في الناحية العصبية والحركية؛ فإن ذلك لم يمنع الناس من تناولها، كاليهند مثلاً.

كما أن الفقر في كثير من الدول قد يؤدي إلى عدم الاهتمام بالنساء الحوامل خلال مرحلة الحمل وبعدها، إضافة لانشغالها بالاهتمام بالأسرة، أو أمور المنزل، أو العمل، وهذا أيضاً قد يكون سبباً لحدوث الإعاقات بأشكالها كافة إضافة إلى موضوع الزواج المبكر، وحدث الحمل قبل سن العشرين، وإصابه الأم بالحصبة الألمانية في أثناء مرحلة الحمل، وسوء التغذية، وتعرض الأم لأشعة (X)، وتناول الأدوية، والبيئة الملوثة بالمواد الكيميائية، كل هذه المسببات قد تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر لحدوث الإعاقة. (الروسان، 2010).

ويمكن تقسيم الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة عموماً إلى الأسباب الآتية:

أولاً: أسباب ما قبل الولادة:

وهي الأسباب التي تحدث قبل الولادة، منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة ما قبل الولادة وتنقسم إلى قسمين:

أ-العوامل الجينية: Genetic factors

ويقصد بها العوامل الوراثية، وتُعرف الوراثة على أنها: انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عند عملية الإخصاب، إذ تتكون الخلية المخصبة من 23 زوجاً من الكروموسومات، نصفها من الأب، ونصفها الآخر من الأم، إذ يحمل كل كروموسوم (chromosome) مئات من الجينات (genes) الوراثية، ويطلق على التركيب الوراثي للجينات: التركيب الجيني (genotype)، ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أن تلك الجينات تحمل صفاتٍ وراثيةً تأخذ ثلاثة أشكال هي:

***الجينات السائدة: (Dominant Genes)** وتعرف الصفات السائدة بأنها قوية، وتحمل صفات مرغوب فيها، ويكفي وجود جين واحد لظهورها أحياناً.

***الجينات الناقلة: (Carrier Genes)** وتعرف الصفات الوراثية على أنها صفات غير مرغوب بها، ولكنها لا تظهر على الفرد.

***الجينات المتنحية: (Recessive Genes)** وتعرف الصفات الوراثية المتنحية على أنها صفات وراثية مرضية، وغير مرغوب فيها، ولا بد من توفر جينين متنحيين لظهورها

من الإعاقات التي تنتج عن العوامل الجينية، بعض حالات القماءة، متلازمة داون، اضطرابات التمثيل الغذائي، وحالات اختلاف العامل الريزسي (Rh,Factor)، والعامل الريزسي: هو أحد مكونات الدم، إذ يحمل 85% من الأفراد هذا العامل بصفة موجبة، ويحمل 15% هذا العامل بصفة سلبية، وتحدث المشكلة في حال اختلاف دم الأم عن دم الأب؛ بحيث يكون أحدهما حامل لهذا العامل بشكل إيجابي، والطرف الآخر يحمله بشكل سلبي، وعند الولادة فإن دم الجنين ينتقل إلى دم الأم في أثناء الولادة، بما أن دم الأم يختلف عن دم الجنين فإن دم الأم ينتج أجساماً مضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة؛ مما يؤدي لتلف كريات الدم الحمراء عند الجنين، وإصابتها بتميع الدم، وينتج عن ذلك فقر دم، واصفرار، وحصول تلف في الجهاز المركزي لدى الجنين؛ مما يؤدي لحصول حالة إعاقة لديه مثل: الإعاقة العقلية، كما قد يؤدي هذا الوضع لوفاة الجنين. (اللالا، الزبير، 2011، 34)

ب-العوامل غير الجينية: Non-Genetic Factors

ويقصد بها العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة في مرحلة ما قبل الولادة، ومنها الأمراض التي تصيب الأم الحامل، وتسبب الإعاقة للجنين، كالحصبة الألمانية، وهي من أخطر الأمراض التي تصيب الأم الحامل، ولاسيما إذا أصيبت بها في الأشهر الأولى من الحمل، وهي عبارة عن مرض فيروسي معدٍ، وأعراضه بسيطة، تشمل الحمى البثور، ولأن أعراض الحمى بسيطة؛ فقد لا تشعر بها الأم الحامل، ولكنها تفاجئ فيما بعد بولادة بطفل معوق، إذ يعمل الفيروس على حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي، والقلب، وخلايا العين، والأذن، ويعمل على تدميرها؛ لذا فهي من الأسباب الرئيسة لحدوث الإعاقة العقلية والبصرية والسمعية أيضاً: مرضُ الزهري، وهو: مرض جنسي يصيب الجهاز العصبي المركزي للجنين، ويؤدي للإصابة بالإعاقة الحركية، أو السمعية، أو البصرية، أو العقلية، وقد يؤدي لولادة أطفال مشوهين.

إضافة إلى تعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وهذا يعدّ من الأسباب الرئيسة لإصابة الجنين بالإعاقة السمعية، أو البصرية، أو العقلية، أو الحركية، أو الشلل الدماغي. وتعاطي العقاقير والمشروبات الكحولية أيضاً.

كما يعد الماء الملوّث والهواء، والغازات، والمواد السامة، والمواد الكيميائية الناتجة عن مخلفات المصانع، من العوامل التي تؤثر في الجنين، إذ تؤدي هذه المواد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى حدوث الإعاقة العقلية، وغيرها من الإعاقات الأخرى.

ثانياً: الأسباب في أثناء الولادة:

هي تلك الأسباب التي تحدث في أثناء عملية الولادة، إذ تؤدي إلى حدوث حالات إعاقة مختلفة من هذه الأسباب:

1. نقص الأوكسجين في أثناء عملية الولادة: إن الدماغ، ولاسيما القشرة الدماغية، بحاجة إلى كميات كافية من الأوكسجين والغذاء باستمرار، وبكمية مناسبة، وأي نقص لهذه الكميات من الأوكسجين قد يؤدي إلى إحداث تلف في المراكز العصبية؛ مما يؤدي لحدوث الإعاقة العقلية وغيرها من الإعاقات، أو الوفاة.
2. الصدمات الجسدية: إذ إن تعرض الجنين في أثناء عملية الولادة لأية كدمات جسدية كاستخدام الأدوات في أثناء عملية الولادة لسحب الجنين في حال الولادة العسرة، ووجود صعوبة في الولادة نتيجة لكبر رأس الجنين مقارنة مع صغر عنق رحم الأم، فهذا من

الممكن أن يؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي؛ مما يؤثر في القشرة الدماغية، ومن ثم حدوث إعاقة ما لدى الجنين.

3. الالتهابات المختلفة: التي قد تصيب الطفل، بسبب استخدام مواد غير معقمة في أثناء الولادة، أو بسبب ولادة الطفل في جو غير صحي، مما يؤدي إلى الوفاة أو الإعاقة.

ثالثاً: أسباب مرحلة ما بعد الولادة:

ويقصد بها الأسباب التي تحدث بعد ولادة الجنين، ومن هذه الأسباب:

1. سوء التغذية: فالطفل يحتاج إلى غذاء متكامل يحتوي على العناصر الغذائية اللازمة لنموه بالشكل الطبيعي، وأي خلل في ذلك قد يؤدي إلى حدوث الإعاقة.
2. الحوادث والصدمات: وتشمل الحوادث التي يتعرض لها الطفل بعد الولادة (حوادث السيارات، الصدمات التي تصيب الرأس)، والتي يكون تأثيرها في الدماغ بشكل مباشر، فتؤدي إلى حدوث الإعاقة.
3. الأمراض والالتهابات: التي تصيب الطفل ومنها: التهاب السحايا، الجدري، التهابات الدماغ، الحصبة الألمانية، مرض النكاف.
4. إصابات شبكية العين: مما ينتج عنه إعاقة بصرية.
5. إصابات طبلة الأذن، زيادة المادة الصمغية، الالتهابات، تصلب الأذن، قد تسبب إعاقة سمعية.
6. حوادث الطرق: تشكل حوادث الطرق نسبة عالية من الوفيات والإعاقة، ولا سيما بين الشباب، وتشير الإحصائيات إلى وفاة 700000 نسمة سنوياً في العالم من جرائها. كما تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن هذه الحوادث سوف تحتل المرتبة الثالثة بحلول عام (2020)، كما أكدت أن هذه الحوادث تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة ما بين (20-50) مليون شخص على المستوى العالمي.
7. الإصابات الرياضية متمثلة بالكسور، والجروح، والتمزقات العضلية، والإصابات الدماغية، وغيرها.
8. الحروب: أكثر ضحاياها من الأطفال، إذ يتعرضون للقتل، أو التشرد، أو الإعاقة، أو نتيجة زجهم في الأعمال الحربية، وفي حالات النزوح أو اللجوء الناتجة عن هذه الحروب أو عن الكوارث البيئية؛ لذا الأطفال أكثر شرائح المجتمع عرضة للإصابة بسبب عوامل عديدة منها: سوء التغذية، الأمراض الوبائية، والالتهابات. (السرطاوي، 2005).

7- الاستراتيجيات التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة:

تستند التربية الخاصة إلى مجموعة من الاستراتيجيات، والتي يمكن أن تسهم في نجاح تقديم خدماتها، ومنها:

1. **الشمول:** أن تقدم الخدمات الصحية، النفسية، الاجتماعية، التأهيلية، التربوية وغيرها لجميع فئات التربية الخاصة، وفي جميع مراحل حياتهم.
 2. **اللامركزية:** أي أن تصبح إدارات التربية الخاصة موزعة على مختلف المناطق، وألا تقتصر على الإدارات المركزية.
 3. **التنسيق:** يقوم هذا المفهوم على إشراك الوالدين في مختلف الخدمات والبرامج المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك التنسيق بين الدوائر والمؤسسات والوزارات المعنية.
 4. **الواقعية:** أي ضرورة تطوير الخدمات والبرامج للمعوقين بما يتناسب ومستوى التطور الاجتماعي والتقني والسياسي والاقتصادي للدولة.
 5. **سهولة الوصول إلى مختلف الخدمات:** أي إزالة العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى المرافق العامة، والخدمات المجتمعية سواء أكانت هذه العوائق طبيعية، أم فكرية، أم اجتماعية، وذلك في سبيل التسهيل على المعوقين ممارسة نشاطاتهم، والتمتع بحقوقهم بالمشاركة في أنشطة المجتمع كافة.
 6. **الدمج:** أي دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة، دمجاً شاملاً، وتلبية جميع احتياجاتهم.
 7. **توفير المهنيين:** يتطلب تقديم خدمات التربية الخاصة توفير معلمين مؤهلين على درجة كافية من الخبرة، والدراية، والتدريب.
- ## 8- البدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة:

بدأت كتب التربية الخاصة منذ بدايات السبعينات من هذا القرن تتحدث عن الأماكن التي يمكن أن تقدم فيها الخدمات التربوية، والخدمات المساندة لها للطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة؛ إذ بدأت هذه الخدمات على شكل مراكز الإقامة الدائمة، ثم مراكز التربية الخاصة النهارية، وبرامج الصفوف الخاصة الملحق بالمدارس العادية، والتي تتمثل في دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين، بعد توفير البرامج، والمناهج، والأنشطة، والمواد التعليمية الخاصة بهم حسب كل حالة من حالات الإعاقة؛ بحيث تعدّ هذه الصفوف الملحق بالمدرسة العادية مرحلة أولى نحو برامج أكثر تطوراً وأحداثها من حيث التطور التاريخي لبرامج التربية الخاصة، وهو دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين ضمن الصف، وذلك للوصول إلى وضع الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة أقرب ما تكون للبيئة التربوية العادية المحيطة بهم، وهذا يقع في قمة

التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة، والذي يبدأ من البدائل الأكثر تقييداً للبيئة، وهي مراكز الإقامة الكاملة، وينتهي بالبيئة الأقل تقييداً، ويتمثل في الصف العادي، الذي يمثل الهدف الأساسي الذي تسعى التربية الخاصة لتحقيقه، وتعمل هذه المؤسسات على تحقيق أهدافها من خلال التنظيم الهرمي الآتي:

1. مراكز الإقامة الكاملة.
2. مراكز التربية الخاصة النهارية.
3. الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية.
4. غرفة المصادر.
5. الدمج الأكاديمي.
6. الدمج الاجتماعي.

1. مراكز الإقامة الدائمة: Residential schools

يعمل نظام هذه المراكز على وضع الأطفال المعوقين في مراكز خاصة، تكون الإقامة فيها دائمة، تقدم فيها جميع الخدمات التربوية، والتعليمية، والاجتماعية، والصحية، والنشاطات، إلى جانب الإقامة، والتغذية، ووسائل الترويح، ولا تسمح أنظمة هذه المراكز للأطفال بالخروج منها، ولكن تسمح لأولياء الأمور بزيارة ابنائهم في أثناء العطلات الأسبوعية. وقد لاحظ التربويون أن هذه المراكز، بالرغم مما تقدمه من خدمات لهؤلاء الأطفال، إلا أنها تحرمهم من المشاركة الاجتماعية؛ مما يؤدي إلى سوء التكيف النفسي والاجتماعي لديهم.

2. مراكز التربية الخاصة النهارية: Special day care school

أنشئت هذه المراكز نتيجة للانتقادات التي تعرضت لها مراكز الإقامة الدائمة، إذ تستقبل الأطفال المعوقين من الصباح حتى وقت متأخر من النهار، بعد تقديم البرامج المقررة لهم، لكنها تعرضت أيضاً للانتقادات بسبب ضعف الخدمات المتعلقة بنقل الأطفال من جهة، والعجز في إعداد المختصين من جهة أخرى، إضافة إلى أنها لم تحقق شروط المشاركة الاجتماعية، ونتيجة لهذه الانتقادات تم توفير ما يسمى (بالمعلم المستشار) أو (المعلم الزائر)، مهمته مساعدة معلم التربية الخاصة في هذه المراكز على حل المشكلات المتعلقة بالجوانب التربوية، والاجتماعية، والنفسية التي قد تحدث لهؤلاء الأطفال.

3. الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية: Class with regular school

ظهرت فكرة الصفوف الملحقة بالمدرسة العادية نتيجة الانتقادات التي تعرضت لها كل المراكز السابقة، وتقوم فكرتها على أساس تخصيص صف ضمن المدرسة العادية للأطفال المعوقين، مما يحقق الاندماج الجزئي لهم مع الأطفال العاديين، ويقوم نظام الدراسة فيها على تقديم برامج تربوية خاصة ضمن الصف لبعض الوقت، وبرامج تربوية مشتركة مع الأطفال العاديين، إلا أنها تعرضت للانتقادات أيضاً، وذلك من حيث وضع الأطفال المعوقين في صف خاص ضمن المدرسة العادية، يشكل حاجزاً نفسياً، واجتماعياً بينهم وبين الأطفال العاديين، إضافة إلى تعرضهم للاتجاهات السلبية من أقرانهم العاديين.

4. غرفة المصادر: (Resource room)

وهي غرفة صفية تخصص في المدرسة لتقديم الخدمات التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، يتلقى فيها هؤلاء الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة الملتحقين بغرف المصادر حصصاً معينة في الجوانب التي يظهرون فيها مشكلات وفق جدول محدد، ويتلقون الحصص الأخرى في الصف العادي، ويقوم بالتدريس في غرفة المصادر معلم مختص في التربية الخاصة وفق برنامج مع المعلم العادي، ويقومان معاً بتصميم البرنامج المناسب للطالب، وقد ظهرت غرفة المصادر نتيجة لعدم قبول الصف الخاص كبديل للتربية العادية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وللسماع لهم بتلقي تعليمهم مع أقرانهم العاديين إلى أقصى درجة ممكنة، وتلقي خدمات التربية الخاصة في الوقت نفسه، ويمكن تصنيف غرفة المصادر إلى أنواع رئيسية هي:

- غرفة المصادر الفئوية: وهي التي يحول لها الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة حسب التصنيف المحدد.
- غرفة المصادر متعددة الفئات: وهي الغرف التي يحول لها الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بناءً على احتياجاتهم الخاصة بدلاً من التصنيف.
- غرفة المصادر متعددة اللائحة: وهي الغرف التي يوضع فيها الأطفال ضمن أي من تصنيفات التربية الخاصة.

5. الدمج الأكاديمي: Mainstreaming

ظهر هذا الاتجاه نتيجة للانتقادات التي وجهت للصفوف الملحقة بالمدرسة العادية، وتقوم فكرة الدمج الأكاديمي على أساس وضع الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في الصفوف العادية، لجزء من الوقت، وبذلك يستفيد الطفل المعوق من الطفل العادي، من خلال تهيئة الظروف والمستلزمات لتحقيق ذلك، من اختصاصيين في التربية

الخاصة، ومعلمين مدربين ومؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال ضمن الصف العادي، مع ضمان الاتجاهات الإيجابية من قبل الأطفال العاديين للأطفال المعوقين، وهذه مرحلة متقدمة من مراحل الخدمات المقدمة للأطفال المعوقين، كونها تتقلم من أكثر البيئات تقييداً، إلى أقل البيئات تقييداً، وهو وضعهم مع أقرانهم العاديين ضمن الصف العادي. ولكي يتحقق ذلك لابد من:

- تحقيق التجانس بين الأطفال المعوقين والعاديين.
- تخطيط البرامج التربوية وطرائق تدريسها لكل من الأطفال المعوقين، والعاديين.
- تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية، ممثلة بالإدارة، والمعلمين، والمرشدين النفسيين، والاجتماعيين....إلخ.

6. الدمج الاجتماعي: Normalization

تقوم فكرة الدمج الاجتماعي على أساس أن كل الأطفال بحاجة إلى خدمات وحاجات خاصة سواء أكانوا أطفال عاديين، أم غير عاديين، ويعدّ هذا الاتجاه اتجاهاً إيجابياً نحو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ لأنه ينادي بدمج هؤلاء الأطفال في الحياة الاجتماعية العادية، وعدم عزلهم في مدارس خاصة بهم. ويأخذ هذا الدمج شكل الدمج في مجال العمل، وتأهيل المعوق، وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعوقين؛ للعمل كأفراد منتجين في المجتمع، وتقبل ذلك اجتماعياً، وهناك شكل آخر من أشكال الدمج هو: الدمج السكني، أي أن تتاح للمعوقين فرص السكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة، وليس في أماكن منعزلة وبعيدة عن سكن الناس العاديين. (كوافحة، عبد العزيز، 2010، 22)

9- الخدمات المقدمة للمعوقين:

وهي الخدمات التي يتم توفيرها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ إضافة إلى خدمات التربية الخاصة بهدف تلبية الحاجات المتنوعة لهؤلاء الأطفال، وتقديم خدمات متكاملة لهم، وتقدم هذه الخدمات على أساس الحاجات الفردية للأطفال، مراعيةً نوع الإعاقة، ودرجتها، وأسبابها، تشمل هذه الخدمات عموماً:

1. **الخدمات الاجتماعية:** تقدم هذه الخدمات عن طريق قسم البحث الاجتماعي، الذي يعمل على الإشراف، والتوجيه، والمتابعة للمعوقين داخل المؤسسات وخارجها، ويقدم التقارير التي توصف حالتهم بدقة، إذ تساعد في متابعة حالتهم، وتقديم الخدمات اللازمة لهم، ويتم ذلك عن طريق الاختصاصي الاجتماعي الذي يكون مسؤولاً عن عدد من المعوقين، يكون عددهم ثلاثين معوقاً كحد أقصى، يقدم للمعلمين معلومات تساعد في

كيفية التعامل مع المعوقين، وتقديم الخدمات لهم، وذلك من خلال ملاحظاته، كما يعمل على بناء علاقة تواصل بين المراكز وأولياء أمور المعوقين للوقوف على قدرات المعوقين، وإمكانياتهم، واستثمارها إلى أقصى حد ممكن.

2. الخدمات النفسية: تبدأ هذه الخدمات النفسية بالتشخيص، لكي يوجه المعوق توجيهاً صحيحاً، بناءً على ما يمتلكه من قدرات، إذ يعمل الاختصاص النفسي على استخدام الاختبارات التشخيصية، كاختبارات الذكاء، أو القدرات العقلية، واختبارات الشخصية، للتعرف على قدراته العقلية من جهة، وميوله، وماهيته، وهوياته من جهة أخرى، وهذا يمكن القائمين على رعاية هؤلاء المعوقين من توجيههم بالشكل الصحيح، وإعداد البرامج التعليمية التي تتناسب مع قدراتهم العقلية؛ مما يساعد المعوق على فهم ذاته، وتقبل إعاقته.

3. الخدمات التربوية: أن الخدمات التربوية التي تقدم للمعوقين، تختلف باختلاف أنواع الإعاقات، ولكنها جميعها تؤكد على مبدأ مراعاة الفروق الفردية، من حيث استخدام الوسائل، والأساليب التعليمية، والمثيرات، وتعيين الواجبات بشكل يتناسب مع قدرات المعوق وإمكاناته، والعمر العقلي والزمني له.

4. الخدمات الصحية: هي مجموعة من الخدمات الطبية والتمريضية، والطبية المساندة، كالتشخيص، والوقاية، والإسعافات الأولية، والعقاقير، والجراحة، والحماية الغذائية، وغيرها، والتي يتم توفيرها حسب الحاجات الفردية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

5. الخدمات الترفيهية: تحقق هذه الخدمات أهدافاً علاجية ووقائية على الصعيد الجسدي والعقلي، كما تؤمن الجو الصحي الإيجابي للعطاء، من مثل: اللعب، الرحلات إلى المناطق الأثرية، والسياحية، الحفلات الفنية، الجولات الترفيهية في الحدائق، وحدائق الحيوانات، والذهاب إلى المسرح والسينما لمشاهدة ما يناسبهم من الأفلام والمسرحيات.

6. الخدمات الثقافية: تقوم المراكز بتوعية المعوقين على القضايا القومية والوطنية من خلال الأنشطة والفعاليات المتعلقة بذلك، وعمل اللوحات الجدارية، وزيارة المواقع الاقتصادية والأثرية والفنية، وتوعيتهم لكيفية التعامل مع الآخرين، وعمليات البيع والشراء، وتشجيع المواهب لديهم، واستغلالها في المجالات كافة، كالفنون بأنواعها، والأدب.

7. الخدمات الرياضية: تعد الأنشطة الرياضية من الوسائل المهمة في تربية الطفل المعوق، إذ لها دور كبير في تنمية قدراته وإمكانياته، وتدريب حواسه، مما يسهم إيجابياً في تكيفه نفسياً واجتماعياً، إذ تعمل المراكز على تأمين المستلزمات الضرورية للألعاب المختلفة، وتدريبهم عليها، وإجراء المسابقات الدورية والسنوية مع المدارس الأخرى؛ فالبرامج

الرياضية بما تحقّقه من متعة للمعوق تتيح له الفرصة للتجديد والابتعاد عن الملل، والشعور بالراحة النفسية.

8. الخدمات التأهيلية: إن هدف التأهيل هو تنمية قدرات المعوق، واستغلال إمكانياته، وتتضمن الخدمات الآتية:

1. خدمات التأهيل الطبي والرعاية الطبية.
2. التأهيل الأكاديمي.
3. خدمات الرعاية الاجتماعية والنفسية.
4. خدمات التأهيل المهني.

أما مراحل عملية التأهيل؛ فتتضمن:

1. التقييم المهني.
2. التوجيه والإرشاد المهني.
3. التدريب المهني.
4. التشغيل.

(الظاهر، 2008، 43)

10- موقف الأسرة من الطفل المعوق ودورها:

للإعاقة آياً كان نوعها تأثيرها السلبي في الفرد وأسرته، ولكن هذا التأثير يختلف باختلاف حالة الإعاقة، ونوعها، ودرجتها، وشدتها، ودرجة وعي الأسرة، ووضعها الاقتصادي والاجتماعي؛ فالإعاقات البسيطة ليست كالإعاقات الشديدة؛ فالكفيف ليس كضعيف البصر، والمعوق عقلياً بدرجة بسيطة ليس كالمعوق عقلياً بدرجة شديدة، والمعوق جسمياً بدرجة بسيطة ليس كالمعوق جسمياً بدرجة شديدة.

وبذلك تختلف الأسر في موقفها وطريقة تعاملها مع الطفل المعوق تبعاً للمتغيرات السابقة؛ فالاتجاهات الأسرية نحو الطفل المعوق تختلف وتتباين مع مرور الوقت بين رفض للطفل، أو رفض لوضع الطفل؛ أي لإعاقته، أو تقبل الطفل ورفض أن يراه أحد، أو رفض للطفل ذاته، وقد تلجأ بعض الأسر غير الواعية إلى حجز الطفل، ومنعه من التواصل مع الآخرين، وأخذ دوره في الحياة الإنسانية.

من ثم فإن طريقة تعامل الأسرة مع الطفل المعوق والنظر إليه تتأثر بدرجة وعيها؛ فبعض الأسر قد تنظر للطفل على أنه لا حول له ولا قوة، وإنما هو نتيجة لخطأ الوالدين،

وبعضها الآخر تعزو ذلك للقضاء والقدر، وبدون شك ستتأثر مواقف الأسرة بأبنائها وهم في هذه الحالة، فالذين يعتقدون أنهم سبب في إعاقة الطفل سيعملون بكل طاقاتهم وقدراتهم على مساعدة أبنائهم المعوقين؛ لتقريبهم من أقرانهم العاديين، بينما الأسر غير الواعية تترك أبنائها دون عناية أو اهتمام، أو متابعة علمية لتطويرهم.

حجم الأسرة أيضاً يؤثر في حجم الرعاية والعناية والاهتمام المقدم للمعوق؛ فالأسرة التي لديها طفلان أحدهما معوق تستطيع الاهتمام به، ورعايته بشكل أفضل من الأسر التي لديها أبناء عدة أحد أفرادها معوق، وقد لا تساعد الإمكانيات الموجودة في هذه الأسرة على الاهتمام بالطفل المعوق كما في الأسرة صغيرة العدد.

كما تختلف النظرة للمعوق باختلاف الحالة الاقتصادية؛ فعندما تحتاج الأسرة مساعدة من أبنائها نتيجة وضع اقتصادي معين، يظهر المعوق على أنه عالة على الأسرة، لكونه لا يستطيع تقديم المساعدة لأسرته أسوةً بإخوته العاديين، هذا بدوره سيؤثر إلى حد كبير في طريقة معاملتهم له؛ فقد يلجأ الأهل إلى أسلوب التفرقة بين الأبناء، والذي يتمثل في تفضيل الطفل العادي على الطفل المعوق؛ مما سيؤدي إلى تفاقم الإعاقة، وسوء التكيف نفسياً واجتماعياً.

قد تلجأ بعض الأسر أيضاً لاستخدام أسلوب الرفض القائم على رفض المعوق، وعدم تقبله، وهذا بدوره سيؤدي إلى تفاقم المشكلة، كما يتبع بعضهم أسلوب نبذ المعوق، أو كرهه بشكل مباشر أو غير مباشر؛ مما يؤثر سلباً في نظرة المعوق لذاته، ويضعف ثقته بنفسه، وهناك أسلوب آخر لا يقل خطورة عن الأساليب الأخرى، وهو الحماية الزائدة، وتدليل الطفل، وتلبية جميع رغباته، فيبادرون إلى إزالة كل ما يزعج الطفل، كما أنهم يحاولون حمايته من كل ما يمكن أن يسبب الإزعاج، وهذا بدوره يؤثر، وبشكل كبير، في شخصية المعوق؛ إذ ينمي لديه الاعتمادية، وعدم الثقة بالنفس، والخوف، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، والشعور بالعجز.

إن استغلال قدرات الطفل، وإمكانياته، يعتمد بشكل أساسي على نظرة الأهل له، وطرائق معاملته، ولا سيما في السنوات الأولى من حياته، وهذا يتطلب من الآباء قبول الإعاقة من جهة، والنظر إلى الطفل بشكل كلي مع عدم التركيز على الإعاقة؛ فقد يمتلك قدرات وإمكانات لا تقل عن الطفل العادي، وتشجيعه على استغلالها إلى أقصى حد ممكن؛ مما ينعكس بشكل إيجابي على شخصية المعوق.

تتطلب رعاية المعوقين ومساعدتهم لتقبل إعاقاتهم من الآباء أن يتصرفوا بشكل علمي وموضوعي، وعليهم الاستفادة من المراكز الإرشادية ومراكز المعوقين قبل دخول الطفل إلى المدرسة، والاشتراك في ما بعد مع المؤسسات التعليمية، وبناء علاقة إيجابية معاً؛ لأن هدف كل

منهما هو تربية الطفل المعوق وتعليمه؛ فخلو العلاقة من الخلافات هي الميزة المشتركة في العلاقات الجيدة بين المؤسسات التربوية والوالدين، وهذا لا يمكن ان يتحقق إلا بوجود الثقة والاحترام المتبادل بين الطرفين، وهذا يعود بالفائدة على المعوق، ونظرته لذاته.

يجب على الآباء، والمربين ألا يضيفوا إلى ما لدى الطفل المعوق، من الشعور بمزيد من المآسي، بل يجب معاملته بصورة متساوية مع ذوي، وتعويد قدر الإمكان الاعتماد على نفسه، والاستقلال التدريجي عن الآخرين، لذلك على أولياء الأمور مشاركة المراكز المسؤولة عن المعوقين، والتدريب على الفنيات والخطط، وكيفية تنفيذها؛ لكي يستطيعوا خدمة أبنائهم في حال لم يتوفر معلم التربية الخاصة.

من هنا بات تدريب آباء المعوقين مطلب مهم وأساسي للعناية والرعاية التي يجب أن تقدم للأطفال المعوقين.

إن مبررات تدريب آباء المعوقين تتمثل في الآتي:

1. إن الوالدين بحاجة إلى نظام تعليمي مخطط له يساعدهما على تغيير أنماط التعامل مع طفلهما المعوق.
2. إن الوالدين بحاجة إلى التعرف على المحاولات الناجحة التي يقوم بها الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال معوقين.
3. على الوالدين التحدث للآخرين عن محاولاتهم الناجحة وغير الناجحة لضبط سلوك الطفل في البيت، وقد يؤدي ذلك إلى مناقشة الإجراءات غير الفعالة ونقدها، وتطوير الإجراءات المناسبة، والفعالة بدلاً منها.
4. إن الوالدين بحاجة إلى طرح الأسئلة، والحصول على الأجوبة المناسبة من المختصين والآباء الآخرين.

إن مسؤولية أسر المعوقين كبيرة، تجاه أبنائهم المعوقين، وهذا يتطلب منهم أن لا يدخروا جهداً في المتابعة المستمرة، والتدريب الواعي، وتعلم كل ما يتعلق بتربية ابنهم المعوق، وهذا ليس فقط من معلم التربية الخاصة، وإنما من المؤسسات ذات العلاقة، إذ يستفيد أولياء الأمور من المراكز العالمية المتطورة، والمتخصصة برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة؛ للحصول على أحدث الأساليب العلاجية والتربوية، والمقترحات العلمية في كيفية التعامل مع الأطفال المعوقين. (الظاهر، 2008، 38)

11- الوقاية من الإعاقة:

التدخل المبكر early intervention هو ذلك النوع من التدخل الذي يتضمن خدمات عديدة ومختلفة يتم تقديمها للطفل المعوق خلال السنوات الست الأولى من عمره، وأن هذه الخدمات ترتبط من هذا المنطلق بالتربية الخاصة، ويكون من شأنها أن تسهم بدور فعال في تحقيق الكثير من النتائج الإيجابية التي تنعكس أثارها على الطفل المعوق بشكل أو بآخر.

ومن الأمور المهمة في هذا المجال ما يعرف الإرشاد الجيني، أو الوراثي (genetic)؛ الذي يتعلق بإرشاد أعضاء الأسرة جميعاً، أو ما يعرف بشجرة العائلة، وذلك عند اكتشاف حالة متكررة من الإعاقة قد ترجع إلى أسباب وراثية، أو جينية، وتوجيههم إلى ضرورة فحص المقبلين على الزواج، وإمدادهم بالمعلومات عن الأمراض الوراثية المنتشرة، وكيفية تفاديها، والوقاية منها.

ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من برامج التدخل المبكر يمكن أن يندرج كل برنامج تحت أحدها، كما يمكن أن نجمع بين أكثر من نوع من هذه الأنواع الثلاثة في إطار برنامج واحد، وتتمثل تلك الأنواع في البرامج التي تتركز حول الطفل، والتي تتركز حول الأسرة، وبرامج التدخل المجتمعية. إلى جانب ذلك فإن مثل هذه البرامج تغطي عدداً من المجالات، منها:

- مجال تقييم حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مجال إشباع حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مجال رعاية نمو الأطفال المعوقين.
- مجال رعاية أسر الأطفال المعوقين.
- مجال نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة.
- مجال تقييم، وإشباع حاجات الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة.
- مجال رعاية أسر الأطفال المعرضين للاضطرابات النمائية.

فالإعاقة المبكرة التي تصيب الطفل في وقت مبكر من حياته يكون لها أثرها السلبي، والسيئ في قدرته على التعلم؛ إذ تفقده الكثير من الفرص التي يمكن أن يتعلم منها، وتفقده العديد من المهارات، وهناك شبه اتفاق على أن حوالي 20% من المهارات المتعلمة يتم اكتسابها خلال السنوات الخمس أو الست الأولى من العمر، وإذا كان الأمر كذلك، ويعد التدخل المبكر أحد الإجراءات المهمة التي تحد من قدر لآبأس به من الآثار السلبية، ومن ثم يعد أمراً في غاية الأهمية، إذ يساعد الطفل على اكتساب السلوك الاستقلالي الذي يعدّ الطفل المعوق بأمس الحاجة إليه.

وتقسم برامج الوقاية من الإعاقة إلى ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: يهدف إلى منع حدوث الإعاقة، ويكون التركيز في هذا المستوى على الفحوصات الطبية قبل الزواج، ودراسة التاريخ الأسري والوراثي للعائلات لمنع حدوث الإعاقة قدر الإمكان، ويتضمن هذا المستوى توفير الرعاية للأمهات، والأطفال، وتحسين المستوى الغذائي، وتقديم اللقاحات لمنع حدوث الإصابات المختلفة.

المستوى الثاني: يشمل الرعاية، والعناية لمنع حدوث العجز بعد الإصابة، وبذلك يكون الهدف من البرامج الوقائية الثانوية، والكشف عن الأطفال المرضى، والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر.

المستوى الثالث: الوقاية الثلاثية، وتهدف هذه البرامج من هذا النوع إلى وقف تدهور حالة الطفل، وضبط المضاعفات الناجمة عن العجز، وتوفير الوسائل المساعدة مثل: الأطراف الصناعية، وغيرها من الوسائل؛ لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف في المجتمع.

12- استخدام التكنولوجيا الحديثة في التربية الخاصة:

هناك العديد من الأجهزة التكنولوجية الحديثة التي تعد بمنزلة أجهزة تعويضية، أو مساعدة، والتي يمكن أن تسهم إلى درجة كبيرة في مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على تحقيق الأهداف من البرامج المستخدمة، والتي تتمثل غالبيتها في التواصل، والتعلم.

فالكومبيوتر يمكن ان يفيد كثيراً في مجال الإعاقة، وعند استخدام هذه الوسائل يجب ان ننطلق من الوضع الراهن للمعوق، وكيف نستطيع أن نستخدمها بشكل يحقق له الفائدة، ويمكن أن نستخدم الأساليب التكنولوجية الحديثة عموماً على اختلافها، وتنوعها، وتنوع الإعاقات كأسلوب علاجي يتم من خلاله تدريب الطفل على استخدامها، كي تساعد على اتخاذ موقف إيجابي، والقيام بدور أكثر إيجابية في سبيل تعديل سلوكه، أو يتم استخدامها كأسلوب تعويضي يتم من خلاله تقديم بديل للطفل المعوق عما يعانيه من قصور، إضافة إلى أن استخدامها يسهم في تحقيق أهداف متنوعة، منها:

1. تيسير عملية الكشف عن حالات الإعاقة.
2. تطوير المهارات التواصلية للأشخاص المعوقين.
3. المساعدة في التخطيط للتدريس، وتنفيذه.
4. تيسير إدارة، وتنظيم العملية التعليمية.
5. توفير وسائل مساندة، وتعويضية.

6. توفير الفرص للترويج.

7. تعديل خدمات القياس، والتشخيص. (Sands, 2000,p.38)

وعلى الرغم من أن الحاسوب من أكثر الوسائل التكنولوجية استخداماً، إلا أنه أداة من أدوات عدة انتجت الثورة التكنولوجية، والتي يتوقع لها أن تكون ذات تأثير كبير في الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ليس فقط من الناحية التعليمية، بل والحياتية أيضاً. كتكنولوجيا الأقراص البصرية (Optical Disc Technology)، والتي تسمح بتخزين واسترجاع معلومات سمعية وبصرية عن طريق الفيديو التفاعلي (Interactive Video)، وتقنية التعلم عن بعد (Distance Learning)، وهو: نظام تكنولوجي تفاعلي يعمل باتجاهين؛ مما يسمح للمعلم بالتفاعل مع الطلبة في موقع آخر، ويسمح للطلبة بالتفاعل المتبادل في موقعين مختلفين، وهذه التقنية كانت قديماً تنفذ عن طريق البريد، أو الهاتف، أو المذياع، أو أشرطة التسجيل، أما الآن؛ فينفذ التعلم عن بعد عبر وسائل تكنولوجية أكثر تطوراً، مثل: قنوات التلفزيون الفضائية، وشبكة المعلومات الدولية (الانترنت)، والفيديو التفاعلي، كذلك تتوفر حالياً النصوص الزائدة (Hyper Text) والوسائط المتعددة (Hyper Media) التي تسمح بتقديم معلومات إضافية تمكن الطلبة من إتقان المهارات الصعبة، أو التي تعمل على تقديم معلومات إثرائية للطلبة المتفوقين.

وعلى العموم فإن استخدام الحاسوب في مجال التربية الخاصة يقدم مجموعة من الفوائد:

1. يتوافر عدد كاف من برامج الحاسوب لتعليم المهارات الأساسية في القراءة، والحساب، وهذه مهارات تقتدر إليها نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين.
2. إن كثيراً من برامج، وأنشطة الحاسوب تنفذ على شكل ألعاب، وذلك نموذج فعال لتعليم المهارات الحركية البصرية، والمهارات الأكاديمية.
3. إن الحاسوب يجعل حفظ السجلات أكثر سهولة؛ فهو يسمح للمدارس بجمع المعلومات، وتنظيمها، وتحديثها.
4. إن تعليم استخدام الحاسوب يطور لدى الأطفال المعوقين إحساساً بالاستقلالية والسيطرة، وهذا يختلف عن الخبرات اليومية للأطفال المعوقين، والذي يغلب عليه الشعور بالعجز.
5. إن الحاسوب يوفر فرصاً للتشجيع في تقديم المعلومات، فهو يقدم للطفل الذي يتعلم ببطء مزيداً من الفقرات والممارسة الإضافية؛ إلى أن يتقن المهارات المطلوبة.

(الرحال، 2010، 38)

الفصل الثاني

الإعاقة العقلية

1. المقدمة.
2. تعريف الإعاقة العقلية.
3. تصنيفات الإعاقة العقلية.
4. أسباب الإعاقة العقلية.
5. تشخيص الإعاقة العقلية.
6. الخصائص السلوكية للمعوقين عقلياً.
7. الأساليب العلاجية للمعوقين عقلياً.
8. الخدمات التربوية التي تقدم للأطفال المعوقين عقلياً.
9. توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً.

الفصل الثاني

الإعاقة العقلية

1 - مقدمة:

إن الوعي بوجود الأطفال ذوي الإعاقة العقلية موجود منذ عقود طويلة، إلا أن الطبيعة المحددة لهذه الظاهرة، وتعريفها، والاتجاهات الاجتماعية نحوها لا زالت تتغير باستمرار؛ إضافة إلى إن الفكر عن الخدمات التربوية المناسبة لهذه الفئة تتغير باستمرار مع تزايد المعرفة عن هذا الوضع.

تعدّ الإعاقة العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي، وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد، إذ إن الجانب العقلي رغم ما يعانيه هذا الفرد من مشكلات متعددة يعدّ هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات جمة في العديد من جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعدّ ضرورية كي يتمكن الطفل من العيش، أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة

لقد كانت الإعاقة هاجساً ملازماً للمجتمعات الإنسانية منذ العصور القديمة وحتى الآن، وتباينت نظرة تلك المجتمعات ومعاملتها للمعوقين حسب الأعراف والتقاليد والقيم والأفكار الاجتماعية والدينية السائدة في كل منها، فمنهم من نظر لهم نظرة ازدراء، والآخر نظرة شفقة ورحمة، ومنهم من تقبل المعوقين عقلياً، وحاول استيعابهم اجتماعياً، وقسم منهم رفضهم، وحاول عزلهم بوصفهم غير فاعلين اجتماعياً.

فالإعاقة العقلية تعدّ إحدى التحديات التي تواجه المتخصصين في مجال التربية الخاصة، وذلك لأنها تشكل مشكلة مختلفة الأبعاد من النواحي النفسية، والتعليمية، والطبية، والاجتماعية؛ إذ إن الإعاقة العقلية تؤثر في مجالات النمو العقلي والجسمي واللغوي والاجتماعي، ويظهر ذلك سلباً في الجانب العقلي من حيث ضعف الانتباه، وضعف الذاكرة، وضعف القدرة على التعلم، وأما آثارها على الجانب الجسمي؛ فإن أصحاب هذه الإعاقة يظهرون ضعفاً واضحاً وتأخراً في سرعة النمو ومعدله؛ إضافة إلى تشوهات مختلفة في الرأس، والوجه، والإطراق، وكذلك يكونون عرضة للأمراض المختلفة، أما في الجانب اللغوي؛ فإنه تظهر عليهم بوادر التأخر اللغوي من خلال اضطرابات النطق، ولا سيما للذين يعانون من تخلف عقلي شديد؛ إذ يعانون من الإخفاق التواصل الاجتماعي، ونجد لديهم انسحاباً اجتماعياً؛ إضافة إلى العديد من الاستجابات

الانفعالية الاجتماعية غير التكيفية، وبناءً عليه فإن الكثير من المجتمعات الحديثة قد أخذت تهتم بمشكلة

الإعاقة العقلية، كونها من أكبر المشكلات التي تهم عدداً كبيراً من العلماء والمختصين في المجتمع، إذ حاول المختصون في ميادين الطب والتربية والاجتماع وغيرهم تعرّف هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرائق الوقاية منها، وأفضل السبل لرعاية الأشخاص المعوقين عقلياً.

يعدّ الاهتمام بمشكلة المعوقين مهمةً إنسانيةً، واجتماعيةً لا تقتضيها ضرورة التقدم الحضاري فقط، بل حجم المشكلة في العالم، وتجلّى هذا الاهتمام بالتطور النوعي في البرامج التربوية والتأهيلية لهذه الفئة، وتضمن تطوير البيئات التي تقدم فيها الخدمات والبرامج لأفرادها؛ فبدلاً من وضع جميع ذوي الاحتياجات الخاصة في مؤسسات أو مراكز للتربية الخاصة، ازداد أعداد المنادين بوضعهم في بيئات أقلّ تقييداً، ولم يعد ينظر إلى المعوقين عقلياً على أنهم كمّ بشريّ يجب إهماله، وإغفال تربيته، وتعليمه، بل أصبح ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها ظاهرة إنسانية طبيعية يجب التعامل معها بإيجابية، فهم مواطنون لهم الحق في العيش الكريم مثل أقرانهم الأسوياء، ليس تفضلاً وإحساناً، بل هو حق من حقوقهم، وتبذل جهود متعددة لرعاية المعوقين عقلياً وتربيتهم، وتعليمهم، وتأهيلهم، وتحويلهم إلى قوة منتجة بدلاً من كونهم طاقة معطلة مستهلكة.

2- تعريف الإعاقة العقلية:

تعددت المحاولات لوضع تعريف شامل مقبول للإعاقة العقلية؛ فمنذ بداية التاريخ كان على الإنسان أن يواجه مشكلة الإعاقة العقلية، وكانت هناك مشكلة في تعريفها، وتشخيصها، وتصنيفها، وأسبابها من بين المشكلات التي درست بشكل كبير. وكان ذلك بسبب تعدد اختصاصات العاملين مع هذه الفئة من المعوقين، وأسبابها الكثيرة جداً، إضافة إلى أن الإعاقة العقلية ليست شيئاً يمكن لمسه أو رؤيته، بل يمكن الاستلال عليها من أثارها التي تبدو لدى الشخص المعوق، والسلوكيات التي تصدر عنه. ولهذا فإنه لا يوجد تعريف واحد مقبول للإعاقة العقلية عموماً لدى جميع هذه الفئات. ورغم أن علماء النفس والأطباء النفسيين والتربويين والعاملين في الخدمة الاجتماعية يقدمون خدمات من نوع آخر للمعوقين عقلياً، إلا أنهم كثيراً ما يختلفون في تعريفهم للإعاقة العقلية؛ فهي ليست مرضاً كالسل أو السرطان، أو غير ذلك،

ولكنه حالة. لذلك فإن التعريف الشامل للإعاقة العقلية يجب أن يصف جميع مظاهر هذه الحالة التي تنطبق على كل حالات الإعاقة العقلية، ومن هنا تأتي صعوبة إيجاد تعريف مناسب لهذه الإعاقة.

وتشير المراجع إلى عدد من التعريفات للإعاقة العقلية من وجهات نظر مختلفة؛ إذ يعرف تريـد جولد Tredgold الإعاقة العقلية من وجهة نظر اجتماعية على أنها عبارة عن: "حالة من العجز في النمو العقلي منذ الولادة، أو في سنوات العمر المبكرة، بدرجة لا تسمح للفرد بأن يعتمد على نفسه في البيئة العادية"، كما يركز التعريف الاجتماعي على: "مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع أقرانه من نفس العمر، ومن هذه المتطلبات: النضج، والتعليم والتأهيل، والمتطلبات الاجتماعية، وفي حال فشله في القيام بهذه المتطلبات يعتبر معوقاً عقلياً" (Greenspan,1999,P7).

ومن أكثر التعاريف قبولاً لدى علماء النفس تعريف هبر (1961,Heber) الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (deficiency American Association on mental)، والذي مؤداه: أن الإعاقة العقلية تشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط، والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف الآتية: النضج، التعلم، التكيف الاجتماعي.

أما التعريف السيكميومي؛ فقد اعتمد على مقاييس الذكاء: مقياس ستانفورد- بينيه Binet، ومقياس سايمون Simon، إذ تزود اختبارات الذكاء بمقدار كمي يمكن من خلاله تعرف حالة الإعاقة العقلية، ولسنوات عدة اعتبرت نسبة الذكاء 70 فما دون مؤشراً ودليلاً على التمييز بين المعوقين عقلياً وغير المعوقين عقلياً أيضاً.

أما من الناحية الطبية؛ فقد عرفت الإعاقة العقلية بأنها: "حالة من الضعف في الوظيفة العقلية ناتجة عن سوء التغذية، أو مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي، وذلك قبل الولادة، أو في مرحلة الطفولة؛ مما يسبب نقصاً في القدرة العامة للنمو، ومن ثم عدم القدرة على التكيف مع البيئة "

أما فيما يتعلق بالناحية التربوية فقد عرف المعوق عقلياً بأنه: " الشخص الذي لا يقل عمره عن ثلاث سنوات، ولا يزيد عن عشرين سنة؛ إذ تمنعه إعاقة العقلية من متابعة تحصيله الدراسي في المدرسة العادية؛ بحيث يتم تعليمه وتدريبه وفق أساليب خاصة".

أو أنه " الطفل الذي لا يمكنه الاتصال بأقرانه عن طريق الكتابة، ولا يستطيع قراءة ما هو مكتوب أو فهمه، لكنه لا يوجد لديه أي اضطراب بصري، أو أي شلل حركي يفسر عدم قدرته على ذلك. (McMillan,1982,P40).

أما إدجار دول (Doil) فقد وضع تعريفاً للإعاقة العقلية عام 1941، وقد حظي هذا التعريف بقبول الأوساط ذات العلاقة بالإعاقة العقلية لسنوات طويلة، ويركز تعريف دول على أن المعوق عقلياً يتصف بالخصائص الآتية:

1. عدم النضج الاجتماعي: ويرجع ذلك إلى نقص في القدرة العقلية
 2. توقف النمو العقلي: ويتضح ذلك عند البلوغ
 3. له أصل بنوي (حيوي): وهو بالضرورة غير قابل للشفاء.
- إن ما يميز تعريف دول الربط بين النضج الاجتماعي والنقص العقلي، غير أن هذه الفريضة قد تغيرت؛ إذ أصبح من الممكن تدريب المعوقين عقلياً على المهارات الاجتماعية، كما أن دول عدّ الإعاقة العقلية غير قابلة للشفاء. وكان من بين الانتقادات التي وجهت إلى دول من قبل العاملين مع المعوقين عقلياً أن درجات الذكاء أو نسب الذكاء يمكن أن تتحسن عند بعض المعوقين عقلياً نتيجة التدريب والتعليم، ومن ثم، ومع مرور الزمن، يزداد مستوى القدرة العقلية لدى المعوقين عقلياً، ولا سيما الأفراد الذين ينتمون إلى فئة الحالات البسيطة والمتوسطة، ونتيجة لهذه الانتقادات المهمة لتعريف دول ظهرت تعريفات أكثر شمولية ومصادقية، ومنها تعريف جروسمان (Grossman)، إذ عرّف جروسمان الإعاقة العقلية بأنها: " الانحراف الشديد، أو الإعاقة للوظيفة العقلية مع وجود، أو مرافقة عدم تكيف، أو انحراف في السلوك التكيفي للفرد، ويظهر هذا خلال مراحل نمو الفرد وتطوره"

يشير هذا التعريف بوضوح إلى أربع نقاط مهمة، وهي :

1. وجود الإعاقة أو الانحراف في الوظيفة العقلية.
2. تكون الإعاقة العقلية شديدة وواضحة.
3. تتطوي الإعاقة العقلية على انحراف أو عدم تكيف في السلوك الاجتماعي.
4. تظهر هذه الانحرافات خلال مرحلة النمو، ومن ثم تستمر.

أما المدرسة السلوكية، والتي تؤكد على السلوك القابل للملاحظة والقياس، وتحاول دراسة علاقته بالعوامل التي تسبق حدوثه، أو التي تليه؛ فإنها تعتبر الذكاء مفهوماً نظرياً لا يمكن الدفاع عنه، علاوة على أن جدواه

العملية قليلة؛ لذلك نجد بيجو (Bijou)، أحد ممثلي هذه المدرسة يشير إلى أن الفرد المعوق عقلياً هو: " الذي يعاني من محدودية في الخبرة السلوكية التي تشكلت نتيجة للأحداث التي تؤلف تاريخه".

ويمكن الاستدلال من خلال التعريفات السابقة عموماً إلى وجود محكات أساسية يحب توافرها معاً قبل الحكم على فرد ما بأنه متخلف عقلياً، وهذه المحكات هي:

1. قصور في السلوك التكيفي، والذي يشير إلى درجة كفاية الفرد في الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه، وفئته الاجتماعية المتعلقة بالاستقلالية الشخصية، أو المسؤولية الاجتماعية، بينما يتوقع منه في مرحلة الرشد، إضافة إلى كل المهمات في المراحل العمرية السابقة، والتالية لمرحلة الطفولة المبكرة، أن يتحمل مسؤوليته الاجتماعية، والقيام بأدواره المتوقعة، ولا سيما فيما يتعلق بالحصول على مهنة تحقق له الاستقلال الاقتصادي.

2. ظهور انخفاض في الوظائف العقلية من جهة، وقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو من جهة أخرى، أي دون سن الثامنة عشرة، وعليه فإن حالات القصور في الوظائف العقلية، والتي قد تصاحب عجزاً في السلوك التكيفي، والتي تحدث في مراحل العمر اللاحقة نتيجة عوامل مختلفة، لا يمكن تصنيفها على أنها حالات تخلف عقلي؛ فمثل تلك الحالات يشار إليها بالاضطراب أو الأمراض العقلية.

3. انخفاض دال في الوظيفة العقلية مقدار انحرافين معياريين عن المتوسط؛ بحيث تكون درجة الذكاء تقل عن 70/ درجة في حال كان المقياس المستخدم في القياس هو مقياس وكسلر للذكاء، وتقل عن 68/ درجة على مقياس بينيه للذكاء.

فالإعاقة العقلية تعد مشكلة أساسية تمس كثيراً من أبناء المجتمع، وتأثيرها لا يتوقف على الفرد المعوق نفسه، بل يتعداه إلى الأسرة التي يعيش فيها؛ ليؤثر فيها نفسياً، ومادياً، ويمتد إلى المجتمع العام لفقده طاقةً بشريةً منتجةً. (بدر، 2010، 32)

3- تصنيفات الإعاقة العقلية:

يؤثر التخلف العقلي تأثيراً بالغاً في الأطفال من حيث قدراتهم واستعداداتهم، وذلك لاختلاف العوامل المسببة للتخلف العقلي سواء أكانت بيئية، أم وراثية، أم نفسية، أم الاجتماعية، وبذلك تعد عملية تصنيف التخلف العقلي من العمليات الحساسة الصعبة، والتي يجب توخي الحذر الشديد فيها، فالتصنيف مسألة ضرورية من مسائل التربية الخاصة، إذ نستطيع تحديد الصفات العقلية، والاجتماعية، والنفسية، وتحديد البرامج التربوية التي تلائم هذه الصفات، وهكذا يمكن إعداد البرامج التي تناسب كل

مجموعة على حدة بشكلٍ يناسب كل حالة؛ لكون التخلف العقلي مثله مثل أية إعاقة لا ينطوي على تجانس كامل، إذ توجد فروقٌ في الأسباب والعوامل التي تؤدي إليه، ومن ثم سيؤدي ذلك إلى وجود فروقٍ في مستويات ودرجات الإعاقة.

إذ تعدّ كل من درجة القصور في الأداء العقلي والسلوك التكيفي، هي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة العقلية عند الأفراد؛ فهما يشيران إلى الاختلاف الواسع في المهارات، والقدرة ضمن فئات الإعاقة العقلية المختلفة، بحيث يمكن القول: إن فئات الإعاقة العقلية المختلفة إنما هي فئات أو مجموعات غير متجانسة، وهذا التعميم يعتمد على آخر ما توصلت إليه البحوث الخاصة بالأفراد الذين يظهرون قصوراً في الوظائف العقلية والاجتماعية. (Dally, 2000, P37)، وتشير أغلب التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية عموماً إلى أربعة مستويات رئيسة للإعاقة العقلية، هي: البسيطة (Mild)، والمتوسطة (Moderate)، والشديدة (Severe)، والعميقة (Profound)، وعموماً تصنف الإعاقة العقلية تصنيفات متعددة، وذلك حسب أنظمة التصنيف المتعمدة، وذلك على النحو الآتي:

- 1- التصنيف على أساس شدة الإعاقة (Severity)
 - 2- التصنيف على أساس المظهر الخارجي (Form)
 - 3- التصنيف على أساس السبب (Cause)
 - 4- التصنيف التربوي (Educational Classification)
- أولاً: التصنيف على أساس شدة الإعاقة:

التصنيف تبعاً لنسبة الذكاء، والذي يشير إلى أن حالات التخلف العقلي هي الحالات التي ينخفض أداؤها العقلي عن المتوسط بانحرافين معياريين في الأقل؛ بحيث تقل نسبة الذكاء عن (70) درجة على مقياس وكسلر، وتقل عن (68) درجة على مقياس بينيه للذكاء، وهو التصنيف الذي اقترحه جروسمان، واعتمدته الجمعية الأمريكية في تصنيف التخلف العقلي، وبناءً على هذا التصنيف يمكن تصنيف المعوقين عقلياً إلى:

1- تخلف عقلي بسيط (Mild Mental Retardation):

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين (55-70)، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح (القابلون للتعليم)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية، وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث من التعليم الأساسي أو يزيد، إضافة إلى اكتساب متوسط من المهارات المهنية.

2- تخلف عقلي متوسط (Moderate Mental Retardation):

تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (35-50) أو (40-55) درجة على اختبارات الذكاء، ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3-7 سنوات) أو (6-9 سنوات)، وتشكل هذه الفئة ما نسبته (10%) من الأطفال المعوقين عقلياً.

3- تخلف عقلي شديد (Severe Mental Retardation):

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة بين (40-25) درجة على اختبارات الذكاء، ويطلق على هذه الفئة مصطلح (القابلون للتدريب)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية، وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي، ولكن يصاحبها أحياناً مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

4- تخلف عقلي شديد جداً (Profound Mental Retardation):

ونقل نسبة الذكاء في هذه الفئة عن (25) درجة على اختبارات الذكاء، ويعاني أفرادها من ضعف رئيس في النمو الجسمي، وفي قدراتهم الحسية والحركية، ويحتاجون إلى رعاية، وإشراف دائمين غالباً سواء أكان ذلك في المنزل، أم في المؤسسة الخاصة برعايتهم.

ثانياً: التصنيف على أساس المظهر الخارجي:

يركز هذا التصنيف على المظاهر والملامح الجسمية التي تصاحب الإعاقة العقلية؛ إضافة إلى عامل الذكاء المنخفض، ومن أهم الأنماط الإكلينيكية للمتخلفين عقلياً، وأكثرها شيوعاً:

حالة عرض داون (Down Syndrome):

وتسمى هذه الحالة بهذا الاسم نسبة إلى الطبيب الانجليزي جون داون (John Down)، وتسمى: بالمنغولية وذلك بسبب صفاتها الجسمية، التي تشبه صفات الجنس المنغولي، وتعود أسباب هذه الحالة إلى اضطرابات في الكروموزوم رقم (21)، إذ يظهر هذا الزوج من الكروموزومات ثلاثياً لدى الجنين، وهناك أيضاً أسباب لحدوث هذه الحالة تعود إلى خطأ في موقع الكروموزوم، كما يرتبط أيضاً بعمر الأم، ويمكن تصنيف هؤلاء الأفراد ضمن فئة الإعاقة البسيطة التي تتراوح نسبة ذكائهم (55-70) كما أنهم يتميزون بخصائص جسمية مميزة منها: الوجه المسطح، وصغر حجم الأنف، والعيون الضيقة، وكبر أو صغر حجم الأذنين، وظهور اللسان خارج الفم، وتشققه، وعدم انتظام شكل الأسنان، وأيديهم وأصابعهم القصيرة، وكذلك رقابهم، ويمكن الكشف عن مثل هذه الحالات في مرحلة مبكرة،

أي في أثناء مرحلة الحمل، وذلك عن طريق أخذ عينة من السائل الأمنيوسي الذي يحيط بالجنين في الرحم، وإجراء الاختبارات التي عن طريقها تظهر ملامح الكروموزوم في لحظة انقسام الخلايا؛ مما يساعد على معرفة وجود شذوذ أو اضطرابات في الكروموزوم.

1- حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly):

يتميز هؤلاء بكبر حجم الجمجمة، وبروز الجبهة، ويظهر ذلك لدى الطفل في الأسابيع الأولى من ولادته، ويعود السبب في حدوث هذه الحالة إلى زيادة في كمية السائل المخي الشوكي في الجمجمة، والذي يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ، وتعود درجة التخلف إلى المدى الذي تأثرت به خلايا الدماغ، ويمكن علاج هذه الحالة إذا اكتشفت في مرحلة مبكرة، وبعد الولادة مباشرة، وذلك عن طريق إجراء جراحة لتحويل مسار السائل المخي، وتخفيف ضغطه على المخ.

2- حالات القماءة أو القصاع (Cretinism):

تعدّ هذه الحالة من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها المعوق، وقد لا يتجاوز طول الفرد 60-70سم في مرحلة المراهقة (16-18)، وأطول طول يمكن أن يصل إليه 90سم، ومن المظاهر الجسدية المميزة لهذه الحالة، خشونة الشعر وجفافه، إضافة إلى جفاف الجلد وتجعبه، وانتفاخ في الجفنين والشفيتين، وتضخم اللسان، وقصر الأطراف، والأصابع الثخينة، وبروز البطن واستدارته، يتصف هؤلاء الأطفال بالخمول والكسل وبطء الحركة، ويعود السبب في ذلك إلى نقص في إفراز حامض الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية، وعلاج هذه الحالة ممكن إذا اكتشف مبكراً وذلك بإعطاء الطفل خلاصة إفراز الغدة الدرقية، ومثل هذا العلاج يستمر لمدة طويلة من الزمن.

3- حالات صغر حجم الدماغ (Microcephaly):

تتصف هذه الحالات بصغر حجم الجمجمة، وصغر حجم المخ، وذلك نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للعاديين، إذ يكون شكل الرأس على شكل مخروط، ويبدو جلد الرأس مجعداً، وتظهر الأنفان بحجم كبير، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وتتصف هذه الحالات بضعف في النمو اللغوي، وعدم وضوح الكلام، تصاحبها حالات تشنج، ونوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي، وتعود هذه الحالات إلى عوامل وراثية، أو إلى عوامل مكتسبة قبل الولادة، أو في أثنائها، أو

بعدها، أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الزهري، أو التعرض لأشعة X، أو حدوث نزيف، أو انسداد شرايين المخ، أو تعرض الطفل بعد الولادة إلى الالتهابات السحائية، أو إصابة المخ.

4- حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria PKU):

تم اكتشاف حالات اضطراب التمثيل الغذائي لذوي الإعاقة العقلية العالم النرويجي فولنج (Voting) عام (1934م)، وسبب وجود هذه الحالة هو: نقص كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم الذي يساعد في عملية التمثيل الغذائي، ويمكن اكتشاف هذه الحالة عند الطفل من خلال اختبارات عدة مثل: اختبار حامض الفيريك إذ توضع نقاط من حامض فيريك مع بول الطفل؛ فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر؛ فهذا يعني وجود حالة PKU لدى الطفل، واختبار شريط حامض الفيريك إذ يوضع شريط حامض الفيريك في بول الطفل، أو على فوطة الطفل، وبعد ذلك يقارن اللون مع اللوحة الطبية المختصة بذلك، كذلك واختبار فثري؛ إذ يتم أخذ عينة من دم المولود من جهة الكعب، وقياس مستوى الفينيلين في الدم؛ فإذا زاد مستوى الفينيلين عن ظهر مستوى الفينيلين 20 لكل 100 ملم من دم المولود يكون لديه حالة (PKU)، وميزة هذا النوع من الإعاقة العقلية أنه يمكن معالجته في حال تم اكتشافه مبكراً، ولا سيما في الأسابيع الأولى للولادة. (كوافحة عبد العزيز. 2011، 65)

5- حالة الجلاكتوسيميا (Galactosemia):

وهي الحالة الناتجة عن جين متنح يتصادف وجوده لدى كلا الوالدين، ويسبب الموت للأطفال حديثي الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في مرحلة الرضاعة، أو بسبب الإعاقة العقلية إذا لم يتم علاجهم، وتعود أسباب هذه الحالة إلى قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات الناجم عن فقدان إنزيم معين يساعد في تحويل مادة الجلاكتوز (السكر) الموجود في الحليب وأكسبتها، تمهيدا لدخول هذه المادة في عملية توفير الطاقة في الخلية. ويتم علاج هذه الحالة من خلال نظام غذائي للطفل يخلو من مادة الجلاكتوز، والاستعاضة عن الحليب المعتاد ببديل له مثل: حليب الصويا (Soya Bean Milk).

ثالثاً: التصنيف على أساس الأسباب:

وفق هذا التصنيف توضع الإعاقة العقلية في فئات حسب الأسباب الطبية للحالة، ويكون الغرض من التقسيم تعرّف الأسباب التي أدت إلى الإعاقة، وتحديد العلاج الطبي المناسب، ووضع إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية، وتقسم الإعاقة العقلية حسب هذا التصنيف إلى:

- 1- الإعاقة العقلية الأولية: التي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة، ويقصد بها الأسباب الوراثية.
- 2- الأسباب العقلية الثانوية: التي تعود إلى أسباب تحدث في أثناء مرحلة الحمل، وفي أثنائها الولادة، أو ما بعدها، وغالباً ما يطلق عليها العوامل، أو الأسباب البيئية.

رابعاً: التصنيف التربوي:

يستخدم هذا التصنيف ليسهل الجانب التدريبي، يعرّف كيفية التعامل مع الطالب المعوق عقلياً، إذ يتجه المهتمون في التربية الخاصة إلى تقسيم فئات المتخلفين عقلياً حسب قابليتهم للتعليم، ويصنف المعوقين عقلياً تربوياً إلى ثلاث فئات، هي:

1- فئة المعوقين عقلياً القابلين للتعليم (Educable Mentally Retarded):

تبلغ نسبة هذه الفئة 1.5 - 2.5 % ويمثلون 80 % من المعوقين عقلياً وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70)، وهم قادرون على التعلم البطيء والحسي، مع استيعابهم للمعلومات الخاصة عن أجسامهم، وعلاقاتهم الأسرية، ويستطيعون تلقي التدريبات العملية في الحرف البسيطة، وممارسة الرياضة، وأطفال هذه الفئة لا يستطيعون التعلم في مدارس العاديين البرامج نفسها التي أعدت لهم، ولكنهم يحتاجون إلى أساليب تربوية خاصة في تعليمهم، نظراً لما يتصفون به من خصائص نفسية، واجتماعية، وعقلية، ومعرفية تعوقهم عن التعلم بالأساليب نفسها التي يتعلم بها أقرانهم العاديون.

2- فئة المعوقين القابلين للتدريب (Trinable mentally Retarded):

تبلغ نسبة هذه الفئة في المجتمع (2-3) بالآلاف، وتبلغ نسبتهم 12 % من المعوقين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين (25-50)، وهم غير قابلين للتعلم النظري، ولا إدراك العلاقات الاجتماعية، ولكن يمكن تدريبهم على العناية بنظافتهم اليومية، وارتداء ملابسهم،

وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون تجاوز الصف الثاني في المرحلة الابتدائية حتى مع الرعاية والإشراف، ويمكن تدريبهم على المهارات المهنية البسيطة.

3- فئة المعوقين عقلياً (الاعتماديين) (The Totally Dependent Child):

وهذه الفئة من المعوقين غير قابلة للتعليم، أو التدريب، ومستوى ذكائهم أدنى من (20) درجة، وهم عاجزون كلياً عن التحصيل أو العناية بأنفسهم، أو حمايتهم من الأخطار، كما أنهم بحاجة دائمة إلى الإشراف، والرعاية المتكاملة وهذه الفئة أقل النسب انتشاراً بين المعوقين عقلياً إذ تبلغ نسبتهم (1%) .(مخلف المريخي، 2015، 26)

4- أسباب الإعاقة العقلية:

تعدّ الإعاقة العقلية ظاهرة عامة في مختلف المجتمعات، إذ لا تقتصر على مجموعة بشرية من دون سواها، ويمكن أن تحدث الإصابة بالتخلف العقلي نتيجة عوامل بيئية أو وراثية، أو تفاعل العوامل البيئية مع الوراثة، أو مجموعة عوامل متعددة، ولسوء الحظ لا يتم تحديد المسبب في حوالي (30-50%) من الحالات حتى بعد التشخيص الشامل، ويعاني بعض الأشخاص من تشوهات خلقية في الدماغ، في حين يعاني آخرون من تلف في الدماغ في مرحلة النمو قبل، الولادة أو بعدها، وهناك أسباب أخرى قد تسبب الإصابة بالتخلف العقلي مثل: التعرض لإصابات الدماغ، وأمراض في الجهاز العصبي المركزي.

أما من حيث نسبة انتشار هذه الظاهرة؛ فهي تختلف من مجتمع لآخر، وذلك لأسباب عدة؛ ففي الوقت الذي يختلف فيه العلماء حول أسباب الإعاقة العقلية، يتفق هؤلاء على أن هناك عوامل كثيرة تسبب الإعاقة العقلية، ومنها العوامل المعروفة، ويمكن تحديدها طبياً، وهناك عوامل أخرى ليس من السهل تحديدها، وعلى أية حال يمكن تقسيم الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية إلى ثلاثة أقسام رئيسة على أساس المراحل التي تحدث فيها، وهي:

- 1- عوامل ما قبل الولادة: وهي العوامل التي تؤثر في الجنين قبل ولادته، وخلال أشهر الحمل .
- 2- عوامل أثناء الولادة : وهي العوامل التي تؤثر في الطفل في أثناء عملية الولادة، وتؤدي إلى الإعاقة.
- 3- عوامل ما بعد الولادة: هي العوامل التي تؤثر في الطفل بعد ولادته، وفي سنوات عمره المبكرة، وتؤدي إلى إعاقته.

4- وهناك مجموعة أخرى يمكن أن نسميها عوامل غير محددة، تشير إليها الدراسات على أنها قد تكون مسؤولة عن تلك الحالات من الإعاقة العقلية البسيطة غير معروفة الأسباب، وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية، إذ تصل إلى حوالي 75 %.

أولاً : أسباب ما قبل الولادة:

ويمكن تقسيمها إلى عوامل جينية، وعوامل غير جينية:

أولاً: العوامل الجينية (Genetic Factors):

1- الوراثة.

2- الخلل في الكروموسومات.

1- العوامل الوراثية: وهي العوامل المسؤولة عن حوالي (80%) من حالات الإعاقة العقلية، وذلك لوجود تلف أو قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى إعاقة في الإدراك والوظائف العقلية المتعلقة بالتعلم، وقد تكون العوامل الوراثية، إما بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة، إذ تحدث الإعاقة نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والدته، والتي تحمل الصفات الوراثية للفرد، وقد سميت (الجينات المتحيرة) بهذا الاسم لأن الفرد قد يحملها، ولا تظهر عليه صفاتها؛ أي أن الأب أو الأم قد يحملان هذه الجينات من دون أن يتصفا بالتخلف العقلي، وتعد متلازمة داون من أكثر حالات التخلف العقلي ألفة للعاديين، وتمثل هذه الحالات (10%)، من حالات التخلف العقلي المتوسط، والشديد، كما أنها يمكن تعرفها خلال مرحلة الحمل، والولادة، ومعدل حدوث حالات دوان (600/1) من المواليد.

حالات الفينيل كيتورييا (البول الفينيل كيتوني)، أو اضطراب التمثيل الغذائي، أو الاضطرابات الأيضية. وهي الاضطرابات التي تحدث في أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات، تؤدي إلى اختفاء نشاط إنزيم معين، أو انعدام وجود هذا الإنزيم، يترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء.

كما يدخل في هذه الحالات: حالات الأنيميا المنجلية (Sickle Cell Anemi)، وحالات الجلاكتوسيميا (Galactosemia)، وحالات مرض السكري، (Diabetes)، إذ يؤدي انعدام، الإنزيم لتمثيل الدهون إلى ما يفيد الجسم أو نقصه إلى ترسيب المادة الدهنية في خلايا

المخ، هذه المادة لها تأثير مكثف في الخلايا العصبية للسحاء المخي، وتؤدي هذه الحالة إلى تدهور في المخ، والنسيج العصبي، وأخيراً الموت، ويمكن تعرّف على هذه الحالات عن طريق الفحص الخاص بالسائل الأمنيوسي، وذلك بسحب جزء من السائل المحيط بالجنين وفحصه.

2- الخلل في الكروموسومات: هو الخلل الذي يحدث عند انقسام الخلية، أو أحد الانقسامات المبكرة للبويضة الملقحة، والذي قد يؤدي إلى خلل في انقسام الكروموسومات.

العوامل غير الجينية: وهي متنوعة جداً وكثيرة، منها:

1- الحصبة الألمانية: من المعروف أن الحصبة الألمانية (Rubella) هي من أخطر الأمراض على الأم الحامل، ولا سيما في المراحل الأولى من الحمل أي في الشهور الثلاثة الأولى من بداية الحمل، إذ تشهد تلك المرحلة بداية تكون الحواس عند الجنين، وعند إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية فإن الميكروب يتمكن من الوصول إلى الجنين، وذلك بعد أن يخترق المشيمة المحيطة به، ويسبب الإصابات في الحواس السمعية، والبصرية، والقلب، والدماغ.

2- الأمراض التناسلية: مثل مرض الزهري؛ ويؤدي تأثير هذا المرض في الجنين عادة في المراحل المتأخرة إلى التخلف العقلي عند المولود.

3- الحمى الصفراء: وهي من الأمراض المعدية، والتي إذا تعرضت لها الأم فقد يؤثر ذلك في الجنين، ويؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود.

4- التسمم: قد تحدث حالات تسمم الجنين في أثناء وجوده في الرحم، أو قد تحدث بعد الولادة، ومن المعروف أن كمية المواد المخدرة مثل: الكحول، والمخدرات بأنواعها، والدخان، قد يؤثر ذلك كله في الجنين، ويسبب له التخلف العقلي، وأحياناً فإن بعض الأدوية التي تتناولها الأم الحامل، ولا سيما في الأشهر الأولى من الحمل قد تؤثر في الجنين، أما عندما تتناول الأم كميات كبيرة من الأدوية من دون استشارة طبيب، كذلك فإن المواد الكيماوية التي تدخل الجسم، أو تستخدم في حفظ الطعام، وحديثاً أثبتت الدراسات بأن المواد التي يدخل في تركيبها عنصر الرصاص تعدّ من المواد الخطرة، والسامة، وقد تؤدي إلى التخلف العقلي.

5- فترة الحمل: إن قصر فترة الحمل، أو طولها قد يسبب الإعاقة العقلية للطفل، وبسبب أن فترة الحمل قصيرة يكون نمو الجنين غير مكتمل، ووزنه قد يقل عن 5.2 كغ في بعض الحالات، وضعيف المقاومة، ولذلك، قد تؤدي إلى التخلف العقلي، أما في حالة فترة الحمل الطويلة التي تزيد عن 38 أسبوعاً فقد يتعرض الطفل أثناء تلك الفترة إلى نقص في التغذية قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية.

6- تعرض الأم للأشعة السينية، أو الصدمات: عن تعرض الأم الحامل وخصوصاً في مراحل الحمل الأولى للأشعة السينية (X-Ray)، أو تعرضها للصدمات المفاجئة قد يسبب للطفل الإعاقة العقلية.

7- سوء التغذية: من الأسباب المهمة في حدوث الإعاقة العقلية هو سوء تغذية الأم الحامل، وخصوصاً في أشهر الحمل المبكرة، ويندرج تحت سوء التغذية عدم التوازن الغذائي.

8- الإنجاب المبكر: كما ذكرنا سابقاً فإن احتمال ولادة طفل معاق عقلياً تزداد بعد عمر الـ (38) سنة، كذلك فإن الإنجاب المبكر في حال كون الأم في سن دون الثامنة عشر قد يزيد من نسبة احتمال ولادة أطفال معوقين عقلياً.

9- الولادة المتكررة، والإجهاض المتكرر، وزواج الأقارب: كلها حالات تؤدي إلى زيادة نسبة احتمال ولادة أطفال معاقين عقلياً.

10- السل.

11- انخفاض الأوكسجين.

12- الربو.

13- أمراض القلب.

ثانياً: أسباب في أثناء الولادة:

وهي العوامل التي تحدث في أثناء عملية الولادة، وتؤثر في المولود، وقد تكون آثار هذه المشكلات التي تتعرض لها الأم ساعة الوضع، ويتعرض لها الطفل المولود آثار سيئة قد تدوم مع الطفل إلى الأبد؛ فقد يصاب الطفل في أثناء الولادة نتيجة إحدى، أو بعض المشكلات التي يتعرض لها مثل: الولادة العسرة، والولادة الجافة، والاختناق، إذ تنخفض كمية الأوكسجين عن الوصول إلى دم

المولود لمدة قصيرة أو تنقطع وفي مثل هذه الحالة فإن انقطاع الأوكسجين، وعدم وصوله إلى دماغ الوليد وإن كان ذلك لمدة قصيرة جداً؛ مما يؤدي إلى تلف في بعض خلايا الدماغ، مسبباً التخلف العقلي، أو بعض الاضطرابات الحركية.

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة:

أشارت الدراسات المختلفة إلى أن الكثير من حالات الإعاقة تحدث في مراحل الطفولة المختلفة نتيجة لإهمال الأسرة، ومن أهمها:

أ- الأمراض:

- 1- الكساح.
- 2- الحمى القرمزية.
- 3- اليرقان.
- 4- الحصبة.
- 5- الدفتريا.
- 6- التهاب سحايا الدماغ الشوكي الوبائي.
- 7- شلل الأطفال.
- 8- النكاف.
- 9- السعال الديكي.
- 10- الشلل الدماغي.

ب- الحوادث:

إن للحوادث التي يتعرض لها الأطفال خلال مراحل الطفولة المختلفة دور مهم في إصابته بمختلف أنواع الإعاقة التي تترك آثارها البارزة فيه، وفي أسرته، وفي المجتمع عموماً، وإن أكثر هذه الإصابات إنما تحدث نتيجة لإهمال الأسرة، ولا سيما الأم في رعاية الطفل، وتوجيهه، وإرشاده إلى كيفية تجنب المواقف التي تؤدي إلى إصابته، وفي النهاية إلى إعاقته. ومن هذه الحوادث ما يلي:

1- سقوط الطفل على مناطق حساسة من الجسم.

2- إصابات الصعقة الكهربائية.

3- الحروق.

4- الأدوية الخاطئة.

5- حوادث الطرق.

6- استعمال القسوة في عقاب الطفل.

رابعاً: -عوامل غير محددة (Undifferentiated Factors)

للعوامل الثقافية والاجتماعية دورٌ مهمٌ في حدوث الإعاقة العقلية بأشكالها كافة، كما للمؤثرات البيئية في المحيط الذي ينشأ فيه الطفل نتائج قد تكون سلبية، وقد تكون إيجابية، وجميعها تنعكس عليه، وقد تشكل مستقبلاً الكثير من ميزاته الجسمية، أو العقلية، أو الخلقية؛ مما يؤثر في مستقبل حياته خصوصاً، وفي المجتمع عموماً. إذ أكد كثير من الباحثين من خلال النتائج التي توصلت إليها دراساتهم أن أكثر حالات الإعاقة تنحدر من بيانات متخلفة اجتماعياً وثقافياً، وتعاني من تدني المستوى الاقتصادي، وتنتمي إلى الطبقة الفقيرة، أو الأسر المفككة التي تعاني من الخلل في العلاقات الزوجية والعائلية، وغيرها من العوامل التي قد تتشابك وتتفاعل بعضها مع البعض. (القمش، المعاينة، 2007)

5- تشخيص الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية متعددة الأبعاد والجوانب؛ فهي مشكلة صحية، ونفسية، وتربوية، واجتماعية، وهذه المشكلات أو الأبعاد متشابكة، ومتداخلة، إذ يعاني الشخص العديد من المشكلات في آن واحد لذلك؛ فإن مفهوم تشخيص الإعاقة يقترب من مفهوم التقييم الشامل للحالة.

ويجب الإشارة إلى أن هناك حالات شديدة من التخلف العقلي، وبهذا يسهل تعرّفها واكتشافها مبكراً، إلا أن هناك حالات من التخلف العقلي البسيط، والتي يكون تعرّفها أمراً صعباً، ومن ثم يكون اكتشافها وعلاجها متأخراً بالضرورة.

ومن هنا، يحتاج المتخلف عقلياً إلى رعاية عقلية، أو نفسية، أو تعليمية، أو مهنية، أو طبية سواء أكانت رعاية نهائية، أم رعاية نهائية وليلية، أم رعاية منزلية، أم رعاية لاحقة بعد تخرجه في مراكز

التدريب، وتشغيلهم في المؤسسات الحكومية أو الأهلية، وأكثر من هذا، لا ينبغي الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في تحديد التخلف العقلي، بل الاهتمام بالتشخيص الشامل للجوانب الطبية، والصحية، والنفسية، والأسرية، والاجتماعية، والتربوية، والتعليمية.

يعدّ التشخيص عنصراً أساسياً في عملية تعليم الأطفال المعوقين، ومن الصعب إهماله برغم تعدد أساليب التشخيص، وأدواته، والتي لا يتفق عليها جميع العاملين في المجال؛ فلكل فلسفته في أسلوب التشخيص، وهذا لا ينفي أن الغالبية متفقة على أن عملية تشخيص المعوق تحتاج إلى تشخيص من النواحي النفسية، والاجتماعية، والطبية، والتربوية.

وعلى أية حال فإن أية عملية قياس أو تشخيص تحتاج إلى أربع خطوات رئيسية، وهي:

- وصف السلوك أو تحديده، أو الخصائص التي ينبغي قياسها.
- وضع الخصائص المراد قياسها بشكل يمكن ملاحظته.
- تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته
- التأكيد على أن أسلوب القياس المراد اتباعه يتناسب والواقع العلمي.

وبذلك تهدف عملية التشخيص إلى معرفة مواطن القوة والضعف في شخصية الفرد الذي هو موضوع القياس، ومن ثم اختيار البرامج التربوية المناسبة للعلاج، وبذلك تساعدنا عملية التشخيص على تحديد السلوك المطلوب تعديله عند الفرد، وتحديد الطريقة الأكثر فاعلية في تعليم المعوق وتدريبه.

1- الأبعاد الأساسية في تشخيص المعوقين عقلياً:

تعتمد عملية تشخيص الأفراد المعوقين عقلياً على مجموعة خصائص طبية، وعقلية، واجتماعية، وتربوية، ولكي تكون عملية التشخيص صحيحة ينبغي أن تحتوي على تعرّف هذه الأبعاد بدقة. وهذا ما يسمى في التربية الخاصة: الاتجاه أو الأسلوب التكاملي في تشخيص الإعاقة، وفيما يلي توضيح للاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية.

1- التشخيص الطبي (Medical Diagnosis)

يتضمن التشخيص الطبي، والذي يقدم من خلاله اختصاصي في طب الأطفال عادةً، تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسدي للحالة واضطراباتها، والفحوص المخبرية اللازمة.

2- التشخيص السيكومتري (Psychometric Diagnosis)

يقوم بهذا العمل اختصاصي في علم النفس، ويتضمن تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية (I.Q.Test)، من مثل مقياس ستانفورد بينيه، أو مقياس وكسلر، أو مقياس الذكاء المصور، وفي كثير من البلدان العربية مثل: مصر، والأردن، والكويت، وغيرها، جرى تطوير وتقنين عدد من هذه المقاييس. وقد يكون أكثر تلك المقاييس صلاحية في تشخيص القدرة العقلية للمفحوص مقاييس ستانفورد بينيه إذا لم يعاني المفحوص من اضطرابات لغوية، وإلا يعدّ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، ولا سيما الجانب الأدائي منه، أكثر مناسبة من غيره. ويهدف استخدام أي من هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص، يعبر عنها بنسبة الذكاء.

3- التشخيص الاجتماعي (Social Diagnosis)

يتضمن التشخيص الاجتماعي، والذي يقوم به اختصاصي التربية الخاصة عادة، تقريراً عن درجة السلوك التكيفي للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس السلوك التكيفي كمقياس الجمعية الأمريكي للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي، ويعدّ هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي للمعوق عقلياً، بسبب تقنيته على البيئة العربية.

4- التشخيص التربوي (Educational Diagnosis)

ويتضمن التشخيص التربوي، والذي يقدم من خلاله اختصاصي التربية الخاصة عادة تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية، كمقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً، ومقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً، ومقياس مهارات الكتابة، ومقياس مهارات القراءة.

- مشكلات قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

هنالك العديد من المشكلات التي تواجه عملية قياس، وتشخيص الإعاقة العقلية يمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

1. إن معظم المقاييس المستخدمة لقياس الإعاقة العقلية لم تبَن أصلاً لهم، وإنما هي مستعارة للاستخدام للمعوقين عقلياً.

2. هنالك بعض الشكوك بمدى صدق وثبات المقاييس المستخدمة في عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية.
3. عدم الشمولية في التشخيص؛ فمعظمها مقاييس للذكاء، ولا تشخص جوانب الشخصية الأخرى عند المعوق.
4. الاختبارات المستعملة تعطي نتيجة واحدة، أي تفيدنا بأن المفحوص متخلف عقلي بدرجة ما، ولكنها لا تحدد مواطن الضعف والقوة عند الطفل، ولا تعطينا فكرة عن ما يعرفه الطفل، أو يتقنه، وماذا لا يعرف الطفل، أو لا يتقن من مهارات.
5. حركة قياس وتشخيص المعاقين مازالت حركة حديثة، وتحتاج إلى المزيد من الاختبارات التي يجب أن تطور في هذا الجانب، وكذلك ما زلنا بحاجة إلى دراسات وبحوث في هذا المجال أيضاً.
6. اللغة: تعتمد الاختبارات المستعملة في كثير من الأحيان على اللغة، وبما أن بعض المعوقين عقلياً لا يمكنه التعبير عن طريق اللغة؛ فإن عملية القياس والتشخيص تصبح صعبة.
7. الهدف من التشخيص: إذ إننا لم نحدد بعد ما هو الهدف من التشخيص، أي هل نريد أن نعطي الصفة، ونقول: هذا متخلف عقلياً؟ أو نريد أن نعرف قدراته ومستوياته العقلية حتى نرسم له البرنامج المناسب؟.
8. فيما يتعلق بعملية تشخيص المعوقين عقلياً؛ فنحن نحتاج إلى بناء مقاييس واختبارات، أو أدوات تشخيص محلية أيضاً، ولا نكتفي فقط بترجمة اختبارات أجنبية وتقنيها فقط، مع أن تقنين الاختبارات الأجنبية يفيدنا في هذا الطرف؛ لأننا نريد أدوات مستعجلة، ولكن مع هذه الحركة أيضاً يجب أن نقوم ببناء وتطوير أدوات التشخيص المناسبة لبيئتنا.
9. تفسير النتائج: إن عملية التشخيص تكون ممكنة أحياناً، ولكن المهم أيضاً هو كيف نفهمها ونفسرها، فليس من السهل على أي فرد أن يقوم بذلك.
10. تقديم المعلومات للأهل بصدق وموضوعية إذ يجب أن تقدم النتائج إلى الأهل بصدق، وموضوعية دائماً، ولكن بالأسلوب المناسب، وأن نتذكر دائماً بأننا نتعامل مع أهل الطفل، وهم بشوق لسماع النتائج الإيجابية عن طفلهم، ولكن المهم ألا يكون الأسلوب على حساب الموضوعية والصدق.
11. تواجها حالات متعددة الإعاقة (عقلياً، وجسدياً أو، عقلياً وسمعياً)؛ لذا فإن الاختبارات يجب أن تعدل، وذلك قبل أن تطبق على الطفل، حتى نحصل على نتائج صادقة وثابتة.

12. الدافعية: في كثير من الأحيان قد تنخفض درجة ذكاء المعوق على اختبار نتيجة؛ لعدم وجود دافعية لديه للقيام بالمطلوب على الاختبار؛ لذلك يجب أن نراعي الدافعية.
13. التشتت والانتباه: من المعروف أن المعوق سهل التشتت، وقدرته على التركيز والانتباه ضعيفة؛ لذا يجب مراعاة ذلك.
14. صعوبة الفهم: لا يفهم المعوق المطلوب منه إذا لم يوضح بصيغة بسيطة ومناسبة لفهمه واستيعابه. (بدوي، 2011، 23).

6- الخصائص السلوكية للمعوقين عقلياً:

تتباين صفات الأطفال المعوقين عقلياً وخصائصهم، وحتى ضمن الخصيصة الواحدة، إذ إن هذه الخصائص تشترك بطبيعتها، ولكن تختلف في درجتها من معوق لآخر تبعا لعوامل عدة أبرزها: المرحلة العمرية، ودرجة الإعاقة، ونوعية الرعاية التي يتلقاها المعوق سواء أكانت من من الأسرة، أم من برامج التربية الخاصة؛ فالفرق بين المعوقين كبيرة جداً مقارنة مع الفرق الفردية بين العاديين، ومن هذه الخصائص:

1. الخصائص الجسمية والحركية:

إن معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقلياً يتصف بالانخفاض عموماً، وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة؛ فالمعوقون عقلياً أصغر من حيث الحجم والطول من أقرانهم العاديين، وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحاً على مظهرهم الخارجي، وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس، والوجه، وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا والسفلى. وتشير الدراسات إلى أن المعوقين عقلياً يواجهون صعوبات في تعلم المهارات البدوية، وهم أقل وزناً من العاديين ممن في الفئة العمرية نفسها، ولديهم تأخر في القدرة على المشي، وبما أن هؤلاء الأشخاص المعوقين عقلياً لديهم مشاكل أكثر من العاديين في السمع والبصر، والجهاز العصبي؛ لذلك فمن المتوقع أن هؤلاء الأطفال أقل من العاديين في المهارات الرياضية والحركية. كما أن الحالة الصحية العامة لديهم تتصف بالضعف العام؛ مما يجعلهم يشعرون بسرعة الإجهاد والتعب. وبما أن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم أقل، وتعرضهم للمرض أكثر احتمالاً من العاديين؛ فإن متوسط أعمارهم أدنى، كما أنهم لا يرقون إلى مستوى العاديين في المهارات الحركية؛

كالمشي، والقفز، والشد، ويواجهون صعوبات في الاتزان الحركي، والتحكم في الجهاز العضلي، ولا سيما في ما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة؛ كعضلات اليد، والأصابع، والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الرقيقة، كما يصعب عليهم السير في خط مستقيم، إذ إن التأزر البصري الحركي لديهم ضعيف.

2. الخصائص اللغوية:

تعدّ الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإعاقة العقلية، لذا فإنه ليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعوقين عقلياً هو أقل من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني؛ إذ يعاني المعوقون عقلياً من بطء في النمو اللغوي عموماً، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة كافة. فالطفل المعوق عقلياً يتأخر في النطق واكتساب اللغة. كما تشبع بينهم صعوبات الكلام، ومن أكثر الصعوبات شيوعاً التأناة، والأخطاء في اللفظ، وعدم ملائمة نغمة الصوت.

ومن أهم المشكلات اللغوية التي تواجه المعوقين عقلياً ما يتعلق بفصاحة اللغة، وجودة المفردات؛ إذ إن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة، ولا تتناسب مع العمر الزمني. كما يتصفون بالكلام الطفولي بسبب عدم تطور لغتهم مقارنة بالعاديين؛ فدرجة شيوع وشدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقلياً ترتبط كثيراً بدرجة الإعاقة العقلية؛ فالمعوقون عقلياً بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق، ولكنهم يطورون قدرتهم على الكلام. أما المعوقون بدرجة متوسطة؛ فعلى الأغلب، يواجهون صعوبات مختلفة في الكلام، وتتصف لغتهم بالنمطية. أما شديدي الإعاقة؛ فيلاحظ أن نسبة كبيرة منهم عاجزة عن النطق؛ إذ إن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار الصوت. (هيبه، 2017، 128)

3. الخصائص الشخصية والاجتماعية:

تتأثر الخصائص الشخصية والاجتماعية للأطفال المعوقين عقلياً بعوامل متعددة، أسوة بتلك العوامل التي تؤثر في نمو شخصية الطفل العادي، ولكن الطفل المعوق يعاني من خصائص وميزات سلبية ذات تأثير حاسم في بناء شخصيته وسلوكه الاجتماعي؛ فانخفاض مستوى قدرته العقلية، وقصور سلوكه التكيفي، يضعانه في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه من الأطفال، ويطور لديه إحساساً بالدونية. ومما يضاعف من هذا الإحساس انخفاض التوقعات الاجتماعية منه، إذ إن الآخرين في معظم الأحيان يعاملونه على أنه إنسان مختلف، ولا يتوقعون منه الكثير، كما لوحظ أن الطفل المعوق عقلياً يميل إلى

الانسحاب والتردد، والحركة الزائدة، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، ويميل إلى المشاركة مع الأصغر سناً غالباً في نشاطه، وقد يميل إلى العدوان، وعدم تقدير الذات، والعزلة، والانطواء، وتكرار الإجابة رغم تغيير السؤال.

4. الخصائص العقلية:

يتميز هؤلاء المعوقين عقلياً ببطء في النمو العقلي، إذ إن معدل النمو العقلي لديهم يزداد بمعدل أقل من معدل نموه لدى العاديين، ويتوقف عن النمو في مستوى أقل من مستواه عند (18) سنة، وهو مستوى نمو عقلي عند الطفل العادي في سن العاشرة، أو الحادية عشر، كما يتميز الأطفال المعوقون عقلياً بعدم قدرتهم على الانتباه لموضوع معين لمدة طويلة من الزمن، ولذلك يصعب عليهم فهم المواقف التي تتطلب المتابعة، كما يعانون من تأخر في النمو اللغوي، وضعف في القدرة على التذكر والتفكير، وأداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء، وقصور في القدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات، وقصور في الفهم، والاستيعاب، وتدني في القدرة على التحصيل، وبطء في التعلم والجمود والتصلب العقلي، كما نجد لديهم قصوراً في تكوين المفاهيم، وعدم القدرة على التعميم، وقصوراً في القدرة على التحليل والتكريب، وصعوبة في التمييز بين المتشابهات، وضعف في القدرة على التمييز البصري، كما يعانون من صعوبات في تعلم القراءة، والكتابة، والخط. (رسلان، 2010، 72)

7- الأساليب العلاجية للمعوقين عقلياً:

نظراً لتعدد أبعاد الإعاقة العقلية، وتعدد الأسباب المؤدية لها، وكذلك تعدد الآثار والمشكلات التي تترتب على ذلك، تتعدد طرائق العلاج اللازم اتباعها لمواجهة هذه الإعاقة وأنواعها، ومنها:

1- العلاج الطبي Medical Treatment:

تحتاج بعض الحالات إلى التدخل الطبي لإنقاذ الحالة من التهور، وذلك خلال الأسابيع والشهور الأولى من الولادة؛ إذ تتطلب بعض الحالات نقل الدم من الطفل وإليه، كما في حالة التخلف الناتجة عن اختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل (RH)، وحالات تتطلب إجراء جراحة سريعة كما في حالات الاستسقاء الدماغي، إذ يتم تصحيح مسار السائل الشوكي، وإيقاف أثر الضغط في المخ، وقد يمثل العلاج الطبي للإعاقة العقلية في وصف نظام غذائي معين لبعض الحالات منذ الولادة، ويستمر لمدة طويلة من عمر الطفل كما في حالة البول الفينيلكتوني، وهي الحالة الناتجة عن تسريب حمض

البيروفيك في الدم، أو إعطاء بعض الهرمونات للطفل كما في حالة القزامة، أو القماءة التي تنتج عن نقص هرمون الغدة الدرقية، وتحتاج بعض حالات التخلف العقلي إلى متابعة طبية، وهي الحالات التي يصاحبها بعض الأمراض الجسمية، كأمراض الجهاز التنفسي، أو القصور في وظائف الأعضاء كالسمع والبصر، ونوبات الصرع.

2- العلاج النفسي Psycho Therapy:

تتطلب حالات الإعاقة العقلية توافر برامج العلاج النفسي لمواجهة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يسببها التخلف العقلي، والتي قد تنشأ نتيجة الظروف الاجتماعية المحيطة بالطفل، والاتجاهات السلبية للآخرين نحوه، ويتمثل ذلك في برامج الإرشاد النفسي للوالدين، ومساعدتهما على تقبل طفلهما، وطرائق معاملته، والتوجيهات العلاجية الصحيحة اللازمة للطفل، كما يتضمن العلاج النفسي برامج تغيير الاتجاهات نحو الإعاقة، ولا سيما اتجاهات الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل المعوق عقليا مباشرة وهم: الآباء، والأمهات، والإخوة، والأخوات العاديين، والمعلمون، والمعلمات، وجميع القائمين على تربية الأطفال وتأهيلهم.

3- العلاج الاجتماعي Social Therapy:

تعاني حالات الإعاقة العقلية من تأخر في النضوج الاجتماعي، وإخفاق في التكيف، واكتساب العادات الضرورية في الحياة، وسوء التصرف، والسلوك غير المرغوب في المواقف التي تعترض حياتهم، وجمود في العلاقات الاجتماعية، وعدم الاستفادة من الخبرات السابقة، وتكرار الوقوع في الأخطاء، ومخالفة المألوف من غير وعي، وهروب من تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية. والعلاج الاجتماعي مهمة شاقة لا تقل أهمية عن العلاج الطبي، والنفسي، والتربوي، ولا يقتصر على علاج الفرد المعوق عقليا فقط؛ بل يمتد إلى علاج البيئة الاجتماعية، والأسرة التي ينتمي إليها الطفل المعوق.

4- العلاج التربوي Educational Treatment:

يسعى هذا النوع من العلاج إلى إخراج القدرات المحدودة لهذه الفئة من الأطفال، وتمييزها عن طريق التدريب على المهارات الشخصية، والأسرية، والاجتماعية، وذلك لمواجهة الحياة اليومية، والتفاعل مع الآخرين، والاندماج في المجتمع.

5- علاج النطق والكلام :Speech & Articulation Treatment

يحتاج معظم المعوقين عقلياً إلى هذا النوع من العلاج؛ إذ يعاني الكثير منهم من عيوب كثيرة في النطق والكلام كالإبدال، والحذف، والتأناة، وعيوب إخراج الاصوات، وتأخر في الكلام، ويهدف علاج النطق والكلام إلى تصحيح عيوب النطق، وإخراج الصوت، وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل المعوق عقلياً، ومساعدته على التعبير اللفظي السلس، والتخلص من الكلام الطفلي؛ مما يساعده على الاندماج مع الآخرين، وإقامة علاقات إيجابية معهم. (القريطي، 2012، 121)

8- الخدمات التربوية التي تقدم للأطفال المعوقين عقلياً:

تقدم الخدمات التربوية للأطفال المعوقين عقلياً حسب العمر الزمني للمعوق من جهة، ونسبة الذكاء من جهة أخرى، وذلك بهدف استغلال ما تبقى لديهم من قدرات وإمكانات إلى أقصى درجة ممكنة، وذلك من خلال برامج هي:

1. برامج الرعاية الأسرية، والتي تهدف إلى تدريب الأطفال المعوقين عقلياً بدرجة شديدة على بعض المهارات الحياتية من مثل: تناول الطعام، ارتداء، وخلع الملابس، استخدام الحمام، تنظيف الأسنان.

2. برامج للأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتدريب، وذلك بهدف تدريبهم للقيام بأعمال لا تتطلب التفكير العقلي؛ لكي يستطيعوا العيش بالاعتماد على أنفسهم.

3. برامج تأهيلية تقدم للأطفال القابلين للتعلم، وذلك بهدف مساعدتهم على التكيف النفسي، والاجتماعي، والاقتصادي، وفق قدراتهم، وإمكانياتهم، إضافة إلى تمكينهم من بعض المهارات التي تساعدهم على الاستقلال والمشاركة الاجتماعية.

وتهدف هذه البرامج إلى تنمية الجانب الأخلاقي عموماً، وتنمية المهارات اللغوية، والحسية، والحركية، ومهارات العناية بالذات، والعادات الصحية، والمهارات الأكاديمية البسيطة، وأداب السلوك الاجتماعي، وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين، وعلاج صعوبات النطق والكلام التي ترافق الإعاقة العقلية.

9- توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً:

هناك مجموعة من التوجيهات العامة التي يجب الأخذ بها من قبل القائمين على رعاية المعوقين عقلياً وتعليمهم، وذلك بهدف تسهيل عملية تعلمهم، والوصول بها إلى أقصى أداء ممكن، مع الأخذ بعين النظر الخصائص المميزة لذوي الإعاقة العقلية ذات العلاقة بقدرتهم على التعلم، وتكييف الأساليب، والتقنيات، والمواد المقدمة لهم في ضوء هذه الخصائص، كضعف الذاكرة، والانتباه، وبطء التعلم لديهم، وانخفاض دافعيتهم للتعلم، ومن هذه الاعتبارات:

- التدرج في المهارات التعليمية، والتقليل من الخبرات الفاشلة: إذ يجب أن تبدأ عملية التعلم لهذه الفئة بالمهام السهلة، ثم التدرج للمهام الأكثر صعوبة، وتضمن المهمة الواحدة مهام فرعية يتطلب أدائها من المعوق مهارات مختلفة؛ لذلك فعلى المعلم تجزئة المهمة إلى أجزاء فرعية، وملاحظة أداء المعوق للمهمة قبل التدريب، وتحديد الأجزاء التي لا يتقنها من أجل تدريبه على أدائها، وهذا حسب النظرية السلوكية يسمى: تحليل المهمة.
- أن تقدم المساعدة في الأداء، ومن ثم تخفيضها بالتدرج: وهنا تقدم المساعدة للطفل حسب الحاجة، وتتخذ أشكالاً متعددة حسب المهمة؛ ففي بعض الأحيان قد تكون الإشارات اللفظية كافية: مثل إعطاء مؤشر على صحة الإجابة، أو إعادة التعليمات، وفي مواقف أخرى قد يحتاج الأمر إلى المساعدة الجسدية من مثل: إمساك يد الطفل في أثناء ارتداء الملابس، ويتم تقليل مرات المساعدة حتى يصل المعوق إلى مرحلة ارتداء الملابس من دون مساعدة، وبأقصى سرعة ممكنة.
- التكرار: وهنا يتطلب الأمر من المعلم، ولا سيما في مسألة ضعف الذاكرة وبطء التعلم تكرار التعليمات حتى يتقن الطفل المعوق المهمة، أو المعلومات التي هو بصدد تعلمها.
- تحسين القدرة على الانتباه: على المعلم أن يسعى إلى التقليل قدر الإمكان من المشتتات، والتركيز على العناصر الرئيسة للمهمة، كما يجب أن تكون مدة التدريب قصيرة كي لا ترهق المعوق، وتزيد من فرص تشتيت الانتباه؛ بحيث لا تتجاوز (10-20) دقيقة.
- التعزيز للاستجابة الصحيحة: إذ إن التعزيز يقوي الاستجابة لدى المتعلم مقارنة مع عدم التعزيز؛ لذلك حين يقوم المعوق بالسلوك المرغوب فيه ينبغي على المعلم تقديم المكافأة له، وقد تكون هذه المكافأة مادية، كتقديم الطعام له، أو معنوية كالمدح أو الثناء على المعوق، أو اجتماعية كالسماع له باللعب.
- تعليم مفهوم واحد في المرة الواحدة.

- توفير الدافعية للتعلم: وهذا متعلق بأمور عدة منها، المواد المستخدمة في عملية التعلم، وما تحويه من تشويق، ما يحققه المعوق من نجاح في أثناء الموقف التعليمي، وقصر مدة التعلم، ومدى تقبل المعلم للمعوق، وشخصية المعلم، وطريقة تعامله مع المعوق.
- انتقال أثر التعلم الإيجابي: وهنا يجب على المعلم أن يوفر الفرصة للمعوق في أثناء إتقانه مهمة تعليمية، أو مهارة لتطبيقها في مواقف مشابهة، وهذا ما يسمى: التعميم.
- الثبات في السلوك: يتميز المعوقون عقلياً بأنهم لا يرغبون في التغيير في نمط الحياة أو المهمات اليومية التي اعتادوا عليها، إذ لديهم رغبة في تكرار السلوك النمطي المعتاد لديهم، وهذا يعني أن النمط السلوكي اليومي الذي يقومون به في المنزل أو أي مكان آخر يوفر لهم قدر الإمكان، وبشكل ثابت، إذ يسهل عليهم القيام بالمهام التي اعتادوها من دون الحاجة إلى تدريب جديد، إذ إن قدرتهم على نقل أثر التدريب من موقف إلى آخر ليست بالأمر السهل كما هي لدى الطفل العادي. (القمش، المعاينة، 2007، 71)

الفصل الثالث

الإعاقة السمعية

1. مقدمة.
2. تعريف الإعاقة السمعية.
3. أقسام جهاز السمع.
4. تصنيف الإعاقة السمعية.
5. أسباب الإعاقة السمعية.
6. آلية السمع.
7. خصائص المعوقين سمعياً.
8. أثر الإعاقة السمعية في الفرد.
9. قياس الإعاقة السمعية وتشخيصها.
10. التدخل المبكر والإعاقة السمعية.
11. طرائق التواصل مع المعوقين سمعياً.
12. تعليم المعوقين سمعياً.
13. إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً.

الفصل الثالث

الإعاقة السمعية

1- مقدمة:

تعد وظيفة السمع من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي؛ إذ إن حاسة السمع من أهم الحواس بالنسبة للإنسان؛ فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة، وتمكنه من فهم بيئته، والتفاعل معها؛ فالإنسان إذا فقد قدرته على السمع منذ الولادة؛ فإنه لن يستطيع أن يتكلم، أو يقرأ، أو يكتب كالأفراد العاديين، وهذا يترتب عليه حدوث صعوبات كثيرة تشمل جوانب النمو المختلفة، وفرص التعلم، وضعف في الجانب الاجتماعي.

وعلى الرغم من أن الإعاقة السمعية تعد من الإعاقات الأقل حدوثاً مقارنةً مع غيرها من الإعاقات، إلا أنها ذات أثر كبير في الفرد المصاب بها، وأسرته، والمحيطين به، إذ تمثل هذه الحاسة وسيلة التواصل الأولى بين الناس، وغيابها يجعل الإنسان يعيش في عالم خاص لا يشاركه فيه إلا من يعاني من إعاقة سمعية، وكنتيمة لتأثيرها الواضح في الأفراد المصابين بها؛ فإنهم يحتاجون إلى خدمات خاصة، من أهمها التدريب: على التواصل، وتنمية ما تبقى لديهم من بقايا سمعية، إضافة إلى الخدمات الإرشادية، والتوجيهية للمعوقين وأسرهم، إذ تعمل هذه الخدمات على مساعدة الفرد المعوق سمعياً وأسرته على التغلب على جميع المعوقات التي تواجه الفرد المعوق، وأسرته؛ ليستطيع في ما بعد التكيف مع إعاقته، ولينمي قدراته إلى أقصى قدر ممكن.

2- تعريف الإعاقة السمعية

هناك العديد من الاتجاهات، والفلسفات القائمة لتفسير مفهوم الإعاقة السمعية وتوضيحها وفقاً لمحكات معينة (درجة فقدان السمع، الأسباب المؤدية لفقدان السمع.. إلخ)؛ إذ يعتمد تعريف الإعاقة السمعية على عملية التشخيص، والذي يشتمل على قياس اللغة الاستقبالية والتعبيرية، ومستويات النطق والكلام، وكذلك التقييم الوظيفي السلوكي الذي يرى أن الإعاقة السمعية هي المشكلات من التي تحول دون قيام الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، وتقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة. إلا أن هذا التعريف عام وشامل يضم كل درجات الإعاقة، وأنواع الإعاقة السمعية تختلف، وتتباين فيما بينها تبعاً لدرجة القصور السمعي، أو نوعه، أو سببه.

يعرف المعوق سمعياً من وجهة نظر طبية بأنه: ذلك الطفل الذي لا يستطيع الاعتماد على حاسة السمع لتعلم اللغة، أو الاستفادة من برامج التعليم المختلفة المقدمة للسامعين، وهو

بحاجة إلى أساليب تعليمية تعوضه عن حاسة السمع، وتتأثر قدرته على استخدام الكلام في التعامل مع الآخرين إذا حدثت الإعاقة قبل تعلم اللغة.

أما ضعيف السمع: فهو ذلك الطفل الذي يستطيع أن يكتسب المعلومات اللغوية، نتيجة لوجود بقايا سمعية لديه، وذلك باستخدام المعينات السمعية، ويمكنه التعلم بالطريقة ذاتها التي يتعلم بها الأفراد العاديون بعد استخدام المعينة السمعية.

أما من الناحية الطبية؛ فيعرف المعوق سمعياً بأنه: هو الطفل الذي فقد 70 ديسبل (وحدة صوتية) فأكثر من قدرته السمعية؛ مما يعوق استخدامه لجهازه السمعي في تعلم الكلام، أو فهمه باستخدام المعينات السمعية، أو بدونها.

ضعيف السمع: هو الطفل الذي يعاني من فقدان أقل من 70 ديسبل (وحدة صوتية) من قدرته السمعية وأكثر؛ مما يجعله بحاجة إلى أساليب تعليمية أخرى لفهم الكلام، وخدمات تربوية متخصصة للتعلم سواء أكان ذلك باستخدام المعينات السمعية أم بدونها.

مما سبق يمكن تعريف الإعاقة السمعية بأنها: "خلل أو قصور يصيبان الأجهزة السمعية للفرد" مما يؤدي إلي وجود صعوبات، أو إعاقة تامة في سماع الأصوات، والمثيرات، ويرجع ذلك إلي عوامل وراثية أو غير وراثية، وينقسم ذوو الإعاقة السمعية إلي فئتين هما:

1. الصم Deaf:

هم الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في الحياة سواء منهم من ولد فاقدًا للسمع، أو من أصيب بالصمم في طفولته المبكرة قبل اكتساب اللغة باستخدام معينات سمعية، أو بدونها.

2. ضعاف السمع Hard of Hearing

هم الذين لديهم قصور سمعي بدرجة معينة، ولكن يمكنهم الانتفاع من حاسة السمع سواء باستخدام معينات سمعية، أم بدونها، وذلك حسب درجة الإعاقة السمعية لديهم.

3- أقسام جهاز السمع:

بما أن الإعاقة السمعية مرتبطة بخلل فسيولوجي يصيب الجهاز السمعي، والذي يعد من الأجهزة الحيوية في جسم الإنسان، والذي من خلاله يتعرف الإنسان المعلومات، ويكتسب اللغة، ويتعايش مع البيئة الطبيعية، كان لا بد من الإلمام بأجزاء هذا الجهاز، ووظيفة كل جزء منه.

يتكون الجهاز السمعي من الأذن الخارجية، والأذن الوسطى، والأذن الداخلية.

أولاً: الأذن الخارجية:

تبدأ الأذن الخارجية بالجزء الخارجي الظاهر من الأذن، وتنتهي بعد قناة الأذن ببطلة الأذن، ووظيفتها: تجميع الموجات الصوتية، وتسهيل دخولها إلى القناة الخارجية، وتتكون من ثلاثة أجزاء، هي:

1. الصيوان:

وهو الجزء الخارجي من الأذن، وهو عبارة عن هيكل غضروفي مغطى بالجلد، وظيفته الأساسية تجميع الأمواج الصوتية، وإدخالها إلى قناة الأذن الخارجية.

2. القناة السمعية الخارجية:

هي الأنبوب الذي ينتقل من خلاله الصوت الذي يجمعه الصيوان إلى غشاء الطبلة، وهي مبطنة بشعيرات تمنع وصول الأجسام الغريبة إلى غشاء الطبلة، ويوجد فيها مادة الصملاخ التي تمنع الجفاف والتشقق لغشاء الطبلة، وعندما تزيد كمية الصملاخ عن الحد الطبيعي من الممكن أن تسبب ضعف سمع مؤقت.

3. غشاء الطبلة:

يقع في نهاية القناة الخارجية، وهي التي تفصل بين الأذن الخارجية والأذن الوسطى، وغشاء الطبلة عبارة عن: غشاء جلدي رقيق ذي سطح مخروطي بطول 8-9 مم، ومكون من ثلاث طبقات ذات الأنسجة المختلفة، ويوجد في غور غشاء الطبلة المطرقة؛ التي تقوم بنقل الموجات الصوتية إلى بقية العظيومات.

ثانياً: الأذن الوسطى:

وهي تجويف مليء بالهواء؛ للمحافظة على توازن الضغط على طبلة الأذن، وذلك من خلال قناة أستاكيوس المرتبطة بالحنك؛ فتغير الضغط يجعل الهواء يمر إلى الداخل أو الخارج من خلال هذه القناة، وتتكون من ثلاث عظيومات، هي:

أ. المطرقة:

جزء منها مضمّر في طبلة الأذن، والجزء الآخر متصل بالسندان من الرأس.

ب. السندان:

متصل من جهة بالمطرقة، ومن جهة أخرى بعظم الركاب.

ت. الركاب:

تعد صلة الوصل بين عظم الركاب والنافذة البيضاوية، وتتقبض بطريقة أتوماتيكية في حال زادة شدة قوة تحمل الأذن الداخلية، ووظيفتها إيجاد التعادل بين الضغط الخارجي والضغط الداخلي الواقعين على طبلة الأذن.

وتتمثل وظيفة هذه العظيومات في نقل الترددات الصوتية من الطبلة إلى النافذة البيضاوية.

ثالثاً: الأذن الداخلية:

وتشتمل على ثلاثة أجزاء:

أ- الدهليز :

والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية، ومهمته المحافظة على توازن الجسم في الفراغ.

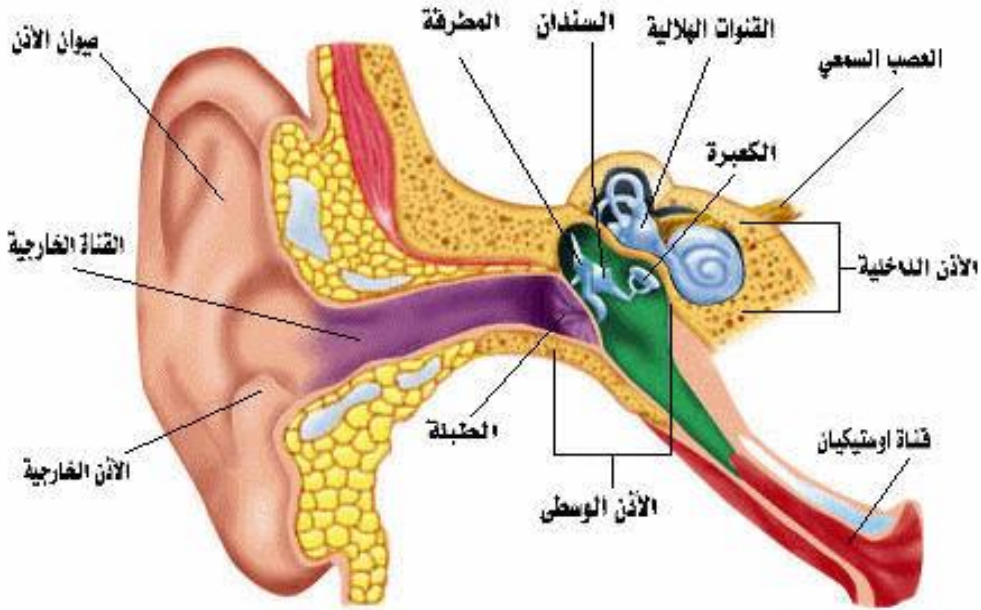
ب- القوقعة :

وسميت بهذا الاسم لأنها تشبه من حيث الشكل غطاء الحلزون، ومهمتها تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل للدماغ بوساطة العصب السمعي.

ت- القنوات شبه الهلالية:

القنوات شبه الهلالية، ووظيفتها حفظ التوازن، وتزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه، والإحساس بالسرعة، وهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية مليئة بالسائل، وتقع في الجزء الأعلى من الأذن الداخلية، وخللها يؤدي إلى الدوار، والدوخة، والقصور السمعي.

وبين الشكل الآتي (1) الأجزاء الرئيسية التي يتكون منها جهاز السمع.



4- تصنيف الإعاقة السمعية:

ويوجد في مجال الإعاقة السمعية عدد غير محدد من التصنيفات التي تختلف عن بعضها باختلاف الأساس الذي يقوم عليه كل تصنيف منها، إذ يرتبط كل واحد منها بنطاق معين

تبدل في إطاره الجهود لمساعدة المعوقين سمعياً، ويمكننا أن ننظر في هذا الصدد إلى أنواع التصنيف الآتية:

1. التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية.

2. التصنيف حسب موقع الإصابة "التصنيف الطبي".

3. التصنيف حسب درجة فقدان السمع.

1. التصنيف وفقاً للعمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية (التصنيف التربوي):

تقسم الإعاقة السمعية وفقاً لهذا التصنيف إلى قسمين هما: الصمم ما قبل تعلم اللغة، والصمم ما بعد تعلم اللغة.

أ- صم ما قبل تعلم اللغة: Pre-lingual Deafness

يطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعوقين سمعياً؛ الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر، أي قبل مرحلة اكتساب اللغة والكلام عند الطفل.

ب - صمم ما بعد تعلم اللغة: Post-lingual Deafness

يطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعوقين سمعياً؛ الذين فقدوا قدرتهم السمعية بشكل كلي أو جزئي بعد اكتساب اللغة، ويعرف هذا النوع من الإعاقة السمعية بالقصور السمعي المكتسب.

2. التصنيف حسب موقع الإصابة "التصنيف الطبي":

يعتمد هذا النوع من التصنيف على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعي الذي سبب الإعاقة السمعية، وتنقسم الإعاقة السمعية وفقاً لهذا التصنيف إلى:

أ- فقدان سمعي توصيلي Conductive Hearing Loss

وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى؛ الذي يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية؛ مما يؤدي بالطفل إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسبل.

ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة، وتمييزها، ويمكن عن طريق استخدام السماعات استعادة بعض القدرات السمعية.

ب - فقدان سمعي حسي/عصبي sensor neural Hearing loss

تحدث الإعاقة السمعية في هذه الحالة بسبب خلل في الأذن الداخلية، أو حدوث تلف في العصب الحسي الموصل إلى المخ؛ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها أو وصولها محرفة، من ثم عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة في المخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية، وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبي السمعي، ومن ثم

عدم الاستجابة لها، ويؤثر فقدان السمع الحسي- العصبي على سماع الأصوات، وعدم فهمها، وتزيد درجة فقدان السمع عن 76/ ديسبل، ولذلك فإن استعادة الطفل مع المعينات السمعية تكون قليلة.

ج- فقدان سمعي مركزي Central Hearing Loss

تحدث هذه الإعاقة السمعية المركزية نتيجة خلل يعيق وصول السوائل العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ، وذلك نتيجة تلف في الدماغ، أو أورام خبيثة، أو عوامل مكتسبة، ولذلك استعادة الطفل من المعينات السمعية تكون محدودة.

د- فقدان سمعي مختلط أو مركب Mixed Hearing Loss

وهو خليط من أعراض فقدان السمع التوصيلي، وفقدان السمع الحسي/العصبي، ونتيجة لذلك يحدث خلل في الجهاز السمعي بأكمله.

3. التصنيف حسب درجة فقدان السمع:

يعتمد هذا التصنيف على درجة فقدان السمع مقاسة بالديسيبل (Decible)، وينقسم إلى ثلاث فئات (حسب درجة الخسارة السمعية)، هي:

• فئة الإعاقة السمعية البسيطة: (Mild Hearing Impaired):

وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (20-40) وحدة ديسبل، ويواجه الطفل صعوبة في السمع، لكنه يستطيع التعلم في المدرسة العادية مع بعض الصعوبات التي يمكن التغلب عليها باستخدام المعينات السمعية.

• فئة الإعاقة السمعية المتوسطة: (Moderately Hearing Impaired):

وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (40-70) وحدة ديسبل، يواجه الطفل صعوبة كبيرة في المدرسة العادية، وذلك بسبب قلة المحصول اللغوي لديه، والناجم عن عدم قدرته على فهم الكلام.

• فئة الإعاقة السمعية الشديدة: (Severely Hearing Impaired):

وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (70-90) وحدة ديسبل، يواجه الطفل صعوبات كبيرة في النطق، وفهم الكلام، ومن ثم صعوبات كبيرة في الاستفادة من المعينات السمعية، ويعدّ المصابون بهذه الإعاقة صماً من وجهة النظر التربوية.

• فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً: (Profoudly Hearing Impaired):

وتزيد الخسارة السمعية لدى هذه الفئة عن (92) وحدة ديسبل، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في أغلب الاحوال فهم الكلام وتعلم اللغة، سواء أكان ذلك بالاعتماد على أداثهم، أم باستخدام المعينات السمعية. (القريطي، 313، 27).

5- أسباب الإعاقة السمعية:

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية، والتي توصل إليها العلم الحديث سواء أكانت قبل الولادة، أم في أثناء الولادة، أم بعدها، إلا أنه هنالك حالات عديدة لا يزال لا يعرف لها سبب محدد؛ لذلك تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى:

١- أسباب وراثية:

إذ تشير الدراسات إلى أن نحو (٥٠ %) من حالات الإعاقة السمعية تعزي لأسباب وراثية؛ فالمرض هنا ينتقل للجنين عن طريق الجينات الحاملة للمرض من الأم، أو الأب، أو الأجداد.

٢- أسباب مرتبطة بعوامل بيئية:

والتي قد تحدث (قبل الولادة، في أثناء الولادة، بعد الولادة):

أ- أسباب تحدث قبل الولادة:

وتشمل إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض، ولاسيما في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل بأمراض فيروس الحصبة الألمانية، والزهري، والأنفلونزا الحادة؛ إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر في نمو الجنين بشكل غير مباشر، وفي تكوين جهازه السمعي كمرض البول السكري، واستخدام الأم لبعض العقاقير، وتعرضها للأشعة في أثناء أشهر الحمل الأول.

ب- أسباب تحدث في أثناء الولادة:

تتمثل في الولادة المتعسرة التي قد تطول؛ إذ يتعرض الجنين لنقص الأوكسجين؛ مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية، وإصابة الجنين بالصمم، وكذلك ولادة الطفل قبل اكتمال نموه؛ فيكون أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض التي قد تسبب الصمم.

ج - أسباب تحدث بعد عملية الولادة:

تتمثل في: إصابة الطفل بالالتهاب السحائي، وكذلك إصابة الطفل ببعض الأمراض الأخرى مثل: الحميات الفيروسية الميكروبية، كالحمى الشوكية، والحصبة؛ مما يؤدي إلى تأثيرات مدمرة في الخلايا السمعية، والعصب السمعي، كذلك من الاسباب التي قد تحدث بعد الولادة تعرض الطفل للضوضاء والضجيج الشديد، والصدمات، والاصوات الفجائية القوية. (حسانين محمد، ٢٠١٣، 53)

6- آلية السمع:

إن سماع الإنسان للأصوات يمر بالعديد من المراحل المعقدة والمتشابكة، والتي يمكن تبسيطها وإجمالها بالمراحل الآتية:

1- المرحلة الأولى في الأذن الخارجية: تتجمع الموجات الصوتية أولاً في الأذن الخارجية من خلال صيوان الأذن؛ إذ يقوم بالتقاط الذبابات الصوتية، وتجميعها، وتنقل عبر القناة السمعية إلى الطبلة، وتهتز الطبلة، وتعتمد على شدة الذبابات الصوتية وزخمها.

2- المرحلة الثانية في الأذن الوسطى: تنتقل الذبابات الصوتية من الطبلة إلى المطرقة المثبتة على جدار الطبلة من جهة الأذن الوسطى، وبحسب مبدأ عمل الروافع تنتقل الذبابات إلى السندان، ومن ثم إلى الركاب، إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزة إلى الفتحة أو النافذة البيضاوية؛ إذ تكون هناك نقطة الالتقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية، ومن هنا نرى أن وظيفة العظيومات هي نقل الذبابات، وتضخيمها، وتركيزها.

3- المرحلة الثالثة في الأذن الداخلية: يقوم السائل الليمفاوي الخارجي بنقل الذبابات الصوتية إلى السلم الطبلي، ثم إلى السلم الوسطى؛ إذ تمتلئ هذه القناة بالسائل الليمفاوي الداخلي، ونتيجة لوجود فرق في الجهد بين هذين السائلين يتأثر الغشاء القاعدي الذي يحمل أنابيب كورتى، وفي أثناء حركة الاهتزاز تتلامس أنابيب كورتى مع الشعيرات التي تغطي الغشاء السقفي الذي يوجد في القناة الثالثة (السلم الدهليزي)، ونتيجة لوجود فرق في الجهد بين القناة الوسطى والقناة الثالثة تتولد تيارات (سيالات عصبية) تنتقلها الألياف والعقد العصبية؛ لتنتقلها إلى المراكز الحسية في الدماغ، ومعروف أن جسم كورتى يعمل على حفظ التوازن بتحكم مباشر من المخيخ. ولا بد من الإشارة إلى أن الاصوات التي تسمع عن طريق الأذن اليمنى يتم إيصالها إلى مراكز السمع العليا بالجانب الأيسر من الدماغ، والعكس كذلك، كما أن مركز النطق عند غالبية الناس في الجانب الأيسر من الدماغ.

7- خصائص المعوقين سمعياً:

أثبتت كثير من الدراسات حول خصائص المعوقين أنه لا توجد خصائص مميزة خاصة بكل مصاب بالإعاقة، وإنما هنالك خصائص ترتبط بالأفراد نتيجة لظروف بيئية معينة، وقد تختلف صفات الصمم في بيئة ما عن بيئة أخرى، ومن مجتمع إلى آخر، ومن البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم، وفقدان السمع والقوة اللغوية لدى الفرد الأصم الأبكم في المظاهر الأخرى للفرد، مثل: الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية، والاجتماعية.... إلخ. وفيما يلي توضيح لهذه الخصائص والصفات التي تخص المعوقين سمعياً كفاءة، وليس كخصائص تميز كل شخص يعاني من إعاقة سمعية:

أولاً: الخصائص اللغوية:

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، فهي تؤثر سلباً في جميع جوانب النمو اللغوي، ولا سيما في اللفظ لدى الشخص المعوق سمعياً، وذلك بسبب غياب التغذية الراجعة المناسبة له في مرحلة المناغاة، فالطفل العادي عندما يبدأ بالمناغاة يسمع صوته، وهذا يعدّ تغذية راجعة له لذلك يستمر في المناغاة، في حين أن الطفل الأصم لا يسمع مناغاته، ومن ثم يتوقف عنها، ولا تتطور لديه اللغة بعد ذلك، ومن أهم مظاهر القصور اللغوي لدى الأفراد المعوقين سمعياً إضافة إلى الصعوبة في اللفظ، أن لغتهم غير غنية، ومفرداتهم أقل، وجملهم أقصر، وتتصف بالتركيز على الجوانب الحسية الملموسة مقارنة بلغة السامعين، كما أن لديهم أخطاء في الكلام، وعدم اتساق في نبرات الصوت.

ثانياً: الخصائص العقلية (المعرفية):

رغم أهمية حاسة السمع للإنسان، وتأثيرها في النمو عموماً، والنمو العقلي خصوصاً، إلا أن أدبيات البحث في مجال الإعاقة السمعية تشير إلى أنه لا يوجد إجماع بين الباحثين حول تأثير الإعاقة في الأداء العقلي لذوي الإعاقة السمعية، وبالرغم من أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح في النمو اللغوي للفرد، وكون الكثير علماء النفس التربويين يشيرون إلى العلاقة الارتباطية بين القدرة العقلية والقدرة اللغوية؛ فمن الطبيعي أن يكون أداء الأفراد المعوقين سمعياً متدنياً في اختبارات الذكاء، وذلك بسبب تشبع هذه لاختبارات بالناحية اللفظية؛ فهذه الاختبارات بوصفها اختبارات لفظية لا تقيس قدرات الأصم العقلية الحقيقية؛ فمعظم الدراسات في هذا المجال تشير إلى عدم وجود علاقة بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، كما تشير هذه الدراسات إلى أن المعوقين سمعياً قادرون على التعلم والتفكير التجريدي، وأن لغة الإشارة هي بمنزلة لغة حقيقة.

ثالثاً: الخصائص التربوية (التحصيل الدراسي):

بما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح في النمو اللغوي للطفل المعوق سمعياً، وبما أن معظم جوانب التحصيل الأكاديمي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً باللغة؛ فمن الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأطفال المعوقين سمعياً، ولا سيما في مجالات القراءة والكتابة، والحساب نظراً لاعتماد هذه المجالات على النمو اللغوي.

إذ تشير الدراسات عموماً إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً ليس لديهم تدنٍ في القدرات العقلية مقارنة بأقرانهم السامعين؛ لذلك فإن الانخفاض الواضح في التحصيل الأكاديمي لديهم يعود إلى عوامل عدة منها، عدم ملائمة المناهج الدراسية وطرائق التدريس لهم؛ إذ إنها مصممة في أصلها

للأفراد العاديين، إضافة لانخفاض الدافعية لديهم، لكن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عليا من التحصيل الأكاديمي؛ فإذا أُتيحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية مركزة، وطرائق تدريس فعالة؛ فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عليا مشابهة لأقرانهم العاديين. إذ أشارت دراسة (موج و جيرز) إلى أن تقديم برنامج مناسب لهم لمدة (3) سنوات في المرحلة الابتدائية أدى إلى تحسن في مستواهم التحصيلي بشكل قريب من أقرانهم العاديين.

رابعاً: الخصائص الاجتماعية، والانفعالية:

يمكن النظر إلى مختلف الخصائص الانفعالية، والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية في ضوء شبكة من المتغيرات أهمها: درجة الإعاقة، وتوقيت حدوثها، واكتشافها، ومدى تقبل المعوق سمعياً لإعاقته، وظروف البيئة، والتنشئة الاجتماعية للمعوقين سمعياً، وكذلك الاتجاهات الوالدية نحو إعاقته، ومدى توافر وسائل للتفاهم والاتصال بينه، وبين أعضاء أسرته، أو المحيطين به. فاللغة هي الوسيلة الأولى في التواصل؛ لذلك يعاني المعوقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين سواء أكان ذلك في مجال الأسرة، أم العمل، أم المحيط الاجتماعي عموماً؛ لذا يبدو الفرد الأصم كأنه يعيش في عزلة عن الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، كما يعانون من بطء في النضج الاجتماعي مقارنة بأقرانهم العاديين، وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لديهم، أما من الناحية الانفعالية؛ فقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أنهم أكثر عرضة للضغوط النفسية والقلق والتوتر من أقرانهم العاديين، وأنهم يعانون من تدني مفهوم الذات، وعدم الاتزان الانفعالي، وعدم الثقة بالآخرين.

ولذلك فمن غير المستغرب أن يفضل الأطفال المعوقون سمعياً التفاعل مع أطفال من نوعهم يستطيعون الشعور معهم بالقبول الاجتماعي والراحة، وتمتد هذه الرغبة في التجمع حتى مرحلة المراهقة. (Handiikakou, 2008, 23)

8- أثر الإعاقة السمعية في الفرد:

تعدّ الإعاقة السمعية من أشد الإعاقات الحسية التي تصيب الإنسان وأصعبها؛ إذ يترتب عليها فقدان القدرة على الكلام بجانب الصمم الكلي، ولذا يصعب على الأصم اكتساب اللغة والكلام، أو تعلم المهارات الحياتية المختلفة. وإن كانت الدراسات والبحوث قد أكدت وجود هذه التأثيرات عند المعوقين سمعياً عموماً، إلا أنها قد أكدت أيضاً أنها تتفاوت وتتباين باختلاف تأثيرات الإعاقة السمعية من طفل إلى آخر وفق عوامل عدة منها: نوع الإعاقة السمعية، وشدها، والعمر عند حدوث الإعاقة، والقدرات السمعية المتبقية، وكيفية استثمارها، ونوع الخدمات التربوية، وكذلك الرعاية الأسرية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والخدمات التعليمية المتاحة، ويبدو تأثير الإعاقة السمعية في تأثير الخصائص النمائية

المختلفة، وفي وجود احتياجات خاصة بالطفل المعوق سمعياً. وفي ما يأتي توضيح موجز لصفات المعوقين سمعياً في ضوء تأثير الإعاقة السمعية:

أولاً: تأثير فقدان السمع في النمو المعرفي:

يشار إلى الأشخاص المعوقين سمعياً بأنهم أشخاص ليس لديهم عيوب ذكائية، وأن قدراتهم المعرفية وتطورهم العقلي ليس أقل من العاديين، بل يقع ضمن المدى الطبيعي، وبينهم فروق فردية بالنسبة لامتلاكهم القدرات العقلية، كما هو الحال لدى أقرانهم العاديين، وفي حال كان هناك قصور؛ فإن ذلك عائد إلى قلة الخبرات المادية، والاجتماعية، واللغوية المتاحة لهم.

وتشير معظم الدراسات التي تعنى بأمور المعوقين سمعياً بأنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ونسبة الذكاء لديهم، وأنه لا يوجد اختلاف بين مستوى ذكاء الأطفال المعوقين سمعياً كمجموعات، ومستوى ذكاء الأطفال العاديين كمجموعات أيضاً، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة " جالدويت " حول ذكاء الأطفال المعوقين سمعياً، والتي أكدت أن متوسط الذكاء الأدائي بلغ (38 / 100)؛ وأنه لا يقل عن متوسط الذكاء العادي لأقرانهم العاديين، والبالغ (38 / 100). كما أشارت دراسات أخرى بأنه لا توجد فروق بين الأطفال المعوقين سمعياً (الصم)، وأقرانهم العاديين في الذكاء غير اللفظي، وأن لديهم قابلية للتعلم والتفكير التجريدي في حال لم يكن هناك إعاقة أخرى مرافقة، أو تلف دماغي مرافق.

أما القدرات العقلية المعرفية الأخرى من: ذاكرة، وإدراك، وتفكير، فإن الدراسات التي تناولتها بالدراسة، ولزمن طويل، أكدت تشابه هذه القدرات بين المعوقين سمعياً وأقرانهم العاديين، إلا أنها أشارت في الوقت ذاته إلى أن القصور في النمو اللغوي عند المعوقين سمعياً قد سبب بطء هذه القدرات المعرفية بعض الشيء مقارنة بما هو لدى العاديين؛ فالأطفال ذوي الإعاقة السمعية لا يختلفون اختلافاً كبيراً عن أقرانهم العاديين، إذ أنهم قادرون على الانخراط في السلوك المعرفي، ولكن ينبغي إكسابهم خبرات لغوية أكثر؛ إذ إنهم إذا اكتسبوا هذه الخبرات فسوف يكشفون عن فاعلية ذهنية كالتى يتصف بها الأطفال العاديون.

ثانياً: تأثير فقدان السمع في النمو التحصيلي:

التحصيل التربوي للمعوقين سمعياً هو في الأساس مشكلة لغوية، ويعتمد على القدرة على التواصل مع الآخرين، وعموماً فإن الأطفال المعوقين سمعياً من ذوي الذكاء الطبيعي يعانون من ضعف أكاديمي ناتج عن صعوبات في الفهم والتعبير اللغوي؛ فالإعاقة السمعية تؤثر سلباً في المهارات اللغوية واللفظية، ويظهر هذا التأثير بوضوح

في مهارات القراءة والكتابة، واللغة المنطوقة، كما أن التحصيل الأكاديمي لدى هذه الفئة يتأثر بشدة الإعاقة السمعية، وقدراتهم العقلية والشخصية، ودعم الوالدين، والعمر عند حدوث الإصابة، وطرائق التدريس التي يتلقونها.

إن الطفل المعوق سمعياً يواجه تحديات بالغة في مستواه التعليمي نظراً لأن فلسفة تعليمه سمعياً لم تتضح بعد، وتشير الدراسات عموماً إلى انخفاض المستوى العام للتحصيل الدراسي لدى المعوقين سمعياً مقارنة بنظرائهم العاديين، ويبلغ هذا الانخفاض أو التأخر من ثلاثة إلى خمسة أعوام دراسية، ويزداد هذا التأخر مع تقدم العمر، وقد أجمعت تلك الدراسات على أن تحصيل الأطفال المعوقين سمعياً يكون متدنياً في مجال القراءة، وفي المواد التي تعتمد على التفكير كفهم معاني الكلمات، والفقرات، وترتيبها، وأقل تأخراً في الموضوعات التي تعتمد على المهارات الميكانيكية كالرياضيات، والإملاء. (Flexer, 1994), (Hallahan & Kauffman, 2006).

ثالثاً: تأثير فقدان السمع في النمو الاجتماعي، والنفسي:

بما أن التفاعل الاجتماعي يعتمد على اللغة؛ فإن المعوقين سمعياً يجدون أنفسهم في عزلة، الأمر الذي يدفعهم إلى أن يكونوا ما يعرف باسم: (مجتمع الصم) كجماعة اجتماعية فرعية داخل المجتمع تقدم الأساس النفسي الاجتماعي للانتماء لديهم. كما أن التكيف الاجتماعي لديهم غير واضح المعالم، ومن ثم فإن الطفل الأصم يميل إلى البعد عن الأشخاص العاديين نتيجة لفقده الحس الاجتماعي الذي يقربه لهم، إلا أن الصم دون غيرهم من فئات الإعاقة يتميزون بالاختلاط اجتماعياً بأقرانهم الصم، لأنهم يعدون أنفسهم جماعة فرعية من المجتمع؛ مما يجعلهم جماعة متماسكة.

وتؤكد أدبيات التربية الخاصة، وحسب ما أشارت إليه العديد من الدراسات إلى أن الأطفال الصم أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية من الأطفال العاديين، وأنهم كثيراً ما يتجاهلون مشاعر الآخرين، ويسبؤون فهم تصرفاتهم، كما يظهرون درجة عالية من التمرکز حول الذات، ويمكن أن يكونوا أكثر عرضة للاضطرابات النفسية من أقرانهم العاديين، وأن نسبة كبيرة منهم تعاني من سوء التكيف النفسي، وعدم الاستقرار الانفعالي، والاكتئاب، والقلق، إضافة إلى أنهم يتصفون بالشك، والعوانية. (الخطيب، 1997، الخطيب، الحديدي، 1997، 'Moore, 1996').

رابعاً: تأثير فقدان السمع في النمو اللغوي:

يشير مصطلح الطفل الأصم الأكم إلى ارتباط ظاهرة الصمم بالكم؛ فالإعاقة السمعية تؤدي بالضرورة إلى حالة الكم، وعليه فإن هناك حالة طردية واضحة بين درجة الإعاقة السمعية من جهة، ومظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى. وبذلك نلاحظ بأن النمو اللغوي يعد أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، وكلما زادت درجة الإعاقة زادت المشكلات اللغوية عند الطفل المعوق سمعياً، والعكس صحيح. وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الطفل المعوق سمعياً مظاهر النمو الطبيعية، ولذلك فهم بحاجة إلى تعلم هادف ومتكرر؛ لأن عدم قدرة الطفل المعوق سمعياً على اكتساب اللغة وتعلم الكلام يعود إلى عوامل عدة من أهمها: عدم إمداد الطفل بإثارة سمعية كافية، وكذلك عدم إمداده بتغذية راجعة سمعية مناسبة عندما ينطق ببعض الأصوات في مرحلة المناغاة أو مرحلة الطفولة المبكرة جداً، وأيضاً عدم التعزيز والتشجيع اللفظي المناسب من قبل المحيطين به. كما أنه للعمر عند الإصابة دور مهم في درجة التأخر في النمو اللفظي؛ فالطفل الذي يعاني من إعاقة سمعية ولادية يواجه عجزاً في نموه اللغوي منذ الطفولة المبكرة، بينما الطفل الذي فقد السمع بعد اكتساب اللغة تكون عيوبه اللفظية أقل، إضافة إلى تأثير وقت استخدام المعينات السمعية، وكذلك مدى استتارة الذكاء، والعمر الزمني عند التشخيص والتدخل المبكر.

9- قياس وتشخيص الإعاقة السمعية:

إن فنيات قياس وتشخيص الإعاقة السمعية يتم وفق العديد من الطرائق، ومن هذه

الطرائق:

أولاً: الطريقة التقليدية: وهي طريقة غير دقيقة، وتهدف إلى الكشف المبدي عن إجمالية إصابة الفرد بالإعاقة السمعية، ومن تلك الطرائق:

أ) طريقة الهمس (Whisper Test): وهذه الطريقة تنطلق من فكرة مناداة الطفل باسمه، أو أية حركة أخرى بصوت منخفض للتأكد من سلامة جهازه السمعي، وفي حال لم يستجب الطفل نرفع درجة الصوت، وبذلك نستطيع التعرف مبدئياً على وجود خلل، أو عدم وجوده لدى الطفل، لكنها من الطرائق غير الدقيقة؛ فقد نادى الطفل فلا يستجيب؛ لأسباب قد لا يكون مصدرها وجود خلل سمعي لديه؛ فربما لم يستجب لأنه لا يريد أن يستجيب، من ثم نحكم عليه بأنه معوق سمعياً.

ب) طريقة دقائق الساعة (Watch Test): وتقوم هذه الطريقة على مبدأ الطلب من الطفل أن ينصت لسماح دقائق الساعة؛ فإذا قام بسماحها كان وضعه طبيعياً، وإذا لم يستطع سماعها؛ فإن ذلك يعدّ مؤشراً على وجود خلل في حاسة السمع لديه.

ثانياً: الطرائق العلمية الحديثة:

تتم هذه الطريقة بوساطة اختصاصي في قياس وتشخيص القدرة السمعية، وتعدّ هذه الطرائق في قياس القدرة السمعية من الطرائق الدقيقة مقارنةً مع الطرائق التقليدية، ومن هذه الطرائق:

• طريقة القياس السمعي الدقيق (Audiometry Pure-ton)

هنا يحدد اختصاصي السمع درجة القدرة السمعية للطفل بوحدات تسمى (Hertz)، وتمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تدل على شدة الصوت تسمى: ديسبل (Decible, dB)، وتقوم هذه الطريقة على مبدأ أن يقوم الاختصاصي بوضع سماعات على أذني الطفل، وكل أذن على حدة، ويقوم بعرض أصوات ذات ذبذبات تتراوح من (125-8000) وحدة هيرتز ذات شدة تتراوح من صفر إلى (110) وحدة ديسبل، ومن خلالها يؤكد الاختصاصي مدى النقاط التي يسمعها الطفل للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة.

• طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry)

في هذه الطريقة يعرض الاختصاصي على الطفل مجموعة من الأصوات متفاوتة الشدة، ويطلب منه تحديد هذه الأصوات.

القياس السمعي للأطفال الصغار:

يتم الفحص السمعي للأطفال حديثي الولادة استناداً للمنكسات الأولية، وذلك من خلال ملاحظة استجاباتهم للأصوات العالية بشكل لإرادي، أو عن طريق إصدار أصوات بدرجات مختلفة من جميع الجهات، وملاحظة استجاباتهم لها. أما مع الأطفال الصغار فيتم الفحص السمعي لديهم عن طريق القياس من خلال اللعب، وذلك بوضع سماعات على أذن الطفل، من ثم تقديم نغمة بدرجات متفاوتة الشدة، مع الطلب من الطفل القيام بعمل محبب له عند سماع النغمة. ومن الاختبارات التربوية المستخدمة في قياس السمع مقياس: ويبمان للتمييز السمعي، والذي صمم عام (1958)، وتمت مراجعته عام (1978)، وهو من الاختبارات الفردية المقننة للأعمار ما بين (5-8) سنوات، ويهدف هذا الاختبار لقياس قدرة الطفل على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة، ومقياس جولدمان فرستو وكوك للتمييز السمعي، ومقياس لندامود السمعي. (حلاوة، 2011، 55).

10- التدخل المبكر والإعاقة السمعية:

التدخل المبكر له دور مهم في الحد من تفاقم الإعاقة، والتقليل من آثارها السلبية في الطفل المعوق، ويعدّ الوالدان أول الأفراد الذين يستطيعون الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل وأهمهم، أو الكشف عن إمكانية حدوثها للطفل مستقبلاً.

ولهذا السبب وضع الآ في هذا المجال عدداً من المؤشرات والمظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود أو احتمال حدوث الإعاقة السمعية، ومن أهم هذه المؤشرات الآتي:

1. إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
 2. ظهور إفرازات صديدية من الأذن، أو احمرار في الصيوان.
 3. التشنج والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.
 4. الميل للحديث بصوت مرتفع.
 5. الميل للانسحاب الاجتماعي.
 6. استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.
 7. سماع أصوات غريبة داخل الأذن.
 8. كثيراً ما يطلب من الآخرين تكرار الكلام.
 9. عيوب في نطق الأصوات، ولا سيما حذف الأصوات الساكنة من الكلام.
 10. التحدث بنبرة واحدة في أثناء الحديث، أو حذف بعض الحروف.
 11. اقتراب الطفل من مصدر الصوت، ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.
 12. عدم انتباه الطفل للمتكلم، وعدم الاستجابة له عندما يتكلم بصوت عادي.
 13. الشكوى من الآلام في الأذن، أو صعوبة في السمع.
 14. ميل الطفل إلى استخدام الإيماءات.
 15. التهاب واحتقان الجيوب الأنفية بشكل متكرر.
 16. ضعف في التحصيل عموماً، خصوصاً في الاختبارات الشفهية.
 17. عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات، ولا سيما تلك التي تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية.
 18. كلام الطفل مشوش، وغير ناضج.
- وهنا لابد من الإشارة إلى أن لا يوجد فرد تظهر عليه جميع هذه الأعراض، ويكفي أن تظهر عليه بعضها حتى يكون تحت خطر الإصابة بفقدان السمع.
- 11- طرائق التواصل مع المعوقين سمعياً:**

تعد عملية الاتصال هي جوهر استمرار الحياة الاجتماعية وتطورها؛ فعن طريق الاتصال يستطيع الأفراد التعبير عن مشاعرهم وفكرهم، ومن ثم التفاعل والاندماج في الحياة الاجتماعية، ولذلك يعد التواصل المشكلة الأساسية لذوي الإعاقة السمعية، ولا سيما الصم منهم؛ مما يجعل ذوي الإعاقة السمعية يفضلون الانسحاب الاجتماعي نظراً لعدم مقدرتهم على فهم مجتمعهم، أو التواصل معه، لذلك تحتاج تربية ذوي الإعاقة السمعية وتعليمهم وتأهيلهم الاجتماعي إلى تدريبهم على طرائق اتصال فعالة تتلاءم ودرجة إعاقته بغرض تمكينهم من التعبير عن أنفسهم، والتفاعل بعضهم مع بعض، والاندماج في الحياة الاجتماعية.

وفي ظل الاتجاهات الحديثة، وتطور ميدان التربية الخاصة للمعوقين سمعياً، نستطيع أن نحصر طرائق التواصل المستخدمة في تربية المعوقين سمعياً وتعليمهم بالآتي:

أولاً: طريقة التواصل اللفظي Orol Communication:

تشتمل هذه الطريقة على قراءة الشفاه، والتدريب السمعي، ونوضحها كالآتي:

أ- قراءة الشفاه (الكلام) Speech Reading:

يقصد بها معرفة ما يقوله المتحدث بملاحظة حركات فمه، وهي تقوم علي تدريب الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (خاصة الصم) على توجيه انتباههم إلى الملاحظة البصرية إلى وجه المتحدث وإيماءاته، ومراقبة الفم، والشفيتين في أثناء النطق والكلام، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية، مما يساعدهم على فهم الكلام، وتعتمد هذه الطريقة على عمليات أساسية عدة يستخدمها المعوق سمعياً، وهي:

1- الطريقة التحليلية: وهي تقوم على تركيز الطفل الأصم على حركات شفتي المتكلم،

والتي تشكل معاً معنى مقصوداً يراد به فهم دلالة معينة لشيء ما، والتعبير عنه.

2- الطريقة التركيبية: وهي عكس الطريقة السابقة؛ إذ يركز الأصم فيها على معنى الكلام

بصورة أكثر من التركيز على حركات الشفاه لدى المتكلم؛ أي تهتم بالوحدة الكلية

للكلام؛ فمثلاً: قد تكون هذه الوحدة قصة، حتى وإن لم يفهم منها الأصم سوى جزء

صغير.

3- طريقة الصوتيات: وهي تقوم على إبراز الأصوات المرئية أولاً، ثم بعد ذلك الأصوات

المدعمة.

4- طريقة الوحدة الكلية: إذ تهتم هذه الطريقة بالوحدة ككل، فلا تركز على الحروف أو

الكلمة، أو حتى على الجملة، بل التركيز على الكل، كالتركيز على القصة القصيرة.

ومن أهم الأسس التي يجب مراعاتها عند تدريب الأطفال الصم على هذه الطريقة:

- البدء بالطريقة السليمة في تعليم الطفل طريقة قراءة الشفاه، وفهم التعبيرات المختلفة للوجه والعين، وتكوين المفاهيم والمعاني.

- البدء بالطريقة الكلية التي تبدأ بالجمال السهلة، وتنتهي بالحروف الهجائية.

- البدء بالكلمات السهلة، والتي يتم نطقها ورؤيتها بسهولة، ثم التدرج للأصعب والأعقد من الكلمات والجمال.

- التعليم بطريقة بطيئة.

- إظهار الاستحسان والتشجيع، والإكثار من التعزيز كلما أثبت الطفل جداره في فهم الكلمات ومعانيها.

ب- التدريب السمعي Auditory Training:

من أقدم طرائق تدريب ذوي الإعاقة السمعية على اكتساب مهارات الاتصال اللغوية، وذلك بهدف استغلال بقايا السمع لديهم، والمحافظة عليها، ومحاولة تتميتها، تعدّ هذه الطريقة أكثر ملائمة لضعاف السمع إذ تعتمد على استغلال بقايا السمع لديهم عن طريق المعينات السمعية مثل: القوقعة المزروعة في الأذن؛ كذلك تستخدم هذه الطريقة بشكل جماعي، بحيث يستخدم كل طفل سماعة على أذنيه يمكنه التحكم فيها بما يلائم مدى سمعه.

ثانياً: التواصل اليدوي Manual Communication :

وهذه الطريقة في التواصل تستغني عن المدخلات والمخرجات الصوتية، وتلجأ بدلاً من ذلك إلى استخدام رموز وعلامات يدوية تعبر عن الفكر، والمفاهيم، والكلمات.

تعد هذه الطريقة مناسبة مع الأطفال الصم، وكذلك ذوي الإعاقة السمعية الشديدة الذين لا يمكنهم سماع ما يدور حولهم حتى باستخدام المعينات السمعية، وتعتمد هذه الطريقة على حاسة الإبصار، ومن خلال استخدام الإشارات والحركات اليدوية والوصفية كبديل عن اللغة اللفظية؛ فلغة الإشارة عبارة عن لغة تعتمد على الإشارات اليدوية اللغوية، وهي تقوم على التهجي عن طريق الأصابع، وتحريكها في الهواء في أوضاع معينة تمثل الحروف الهجائية، وتنقسم إلى:

أ- إشارات وصفية أو دالة:

هي إشارات لها مدلول معين يرتبط بأشياء حسية ملموسة في ذهن الطفل ذي الإعاقة السمعية، ويقوم بالتعبير عنها بالإشارة؛ ومن أمثلة ذلك: رفع اليد للتعبير عن الطول، أو تنزيل اليد للتعبير عن القصر..... وهكذا.

ب- إشارات غير وصفية:

وهي إشارات ذات دلالات خاصة متفق عليها داخل ثقافة مجتمع الصم ومعلميهم وذويهم، وهي بمنزلة لغة خاصة فيما بينهم، وعندما تسأل الطفل الأصم عن مدلول تلك

الإشارات لا تجد إجابات شافية، ولا تملك إلا أن تستخدمها كما هي، كرفع الأصبع للأعلى للدلالة على الصدق، وللأسفل للدلالة على الكذب، وتستخدم هذه اللغة في الأخبار والبرامج التلفزيونية.

أبجدية الأصابع:

عبارة عن استخدام اليد لتمثيل الحروف الهجائية المختلفة، وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً، وهذه الطريقة تستخدم مع الأفراد المعوقين سمعياً المتعلمين، والذين يستطيعون القراءة والكتابة، وتستخدم كطريقة مساندة مع الأفراد الذين لا يعرفون إشارة معينة، وتعدّ لغة الإشارة من وجهة نظر المؤيدين والمتحمسين لها هي اللغة الأم للأفراد الصم، وأن هناك ما يبرر أن يتعلمها الأفراد العاديون بغية استخدامها في عملية التواصل مع الأفراد المعوقين سمعياً.

ثالثاً: طريقة التواصل الكلي Total communication:

ظهرت هذه الطريقة لمحاولة التغلب على أوجه القصور الذي من الممكن أن يكون موجوداً في طرائق التواصل الأخرى مع المعوقين سمعياً. وهذه الطريقة تقوم على الدمج بين الطرق السمعية والشفاهية واليدوية؛ لتنمية المهارات اللغوية، وذلك لضمان تواصل أكثر فعالية، وإتاحة الفرصة أمام ذوي الإعاقة السمعية للتعبير أكثر عن مشاعرهم وحاجاتهم، كما تساعد هذه الطريقة أسرة الطفل المعوق سمعياً أو الأصم على التواصل الإيجابي، معه حتى في حالة فقدهم استخدام لغة الإشارة؛ مما يجعل الوالدين قادرين على شرح العديد من الأمور للطفل الأصم وتوضيحها؛ مما يجعله أكثر توافقاً وانسجاماً مع البيئة المحيطة (عيسى، عثمان، 2012، 67)

12- تعليم المعوقين سمعياً:

عند الحديث عن تعليم المعوقين سمعياً لا بد من الأخذ بعين النظر أن الإعاقة السمعية تقسم إلى فئتين، فئة المعوقين سمعياً (صم)؛ الذين لا يستطيعون تعلم اللغة المنطوقة، وفئة المعوقين سمعياً الذين يتمكنون من تعلمها.

وأن الاتجاه التربوي الحديث الأكثر قبولاً حالياً والمتعلق بضعاف السمع، هو أن يتم تعليمهم في صفوف خاصة ضمن المدارس العادية؛ لأن ذلك يوفر لهم فرص التواصل مع أقرانهم العاديين، والاستفادة منهم في تعلم اللغة، أما إذا وضعوا في مدارس خاصة للصم؛ فإن ذلك لا

يتيح لهم فرص التواصل باللغة المنطوقة، وسيقتصر التواصل لديهم على لغة الإشارة؛ لأن علاقاتهم ستكون مع زملائهم المعوقين سمعياً ومعلميهم، وهؤلاء يستخدمون لغة الإشارة في تواصلهم؛ لذلك ستقل فرص استخدام اللغة المنطوقة.

كما يمكن أن يتعلم هؤلاء الأطفال مع أقرانهم في صفوف المدرسة العادية، وذلك من خلال عملية الدمج التربوي، ولا سيما عندما تكون الإعاقة السمعية بسيطة، فيستطيعون التعلم أسوةً بالأطفال العاديين، وذلك من خلال المعينات السمعية؛ التي تسمى (بالديجتال) من جهة، واهتمام المؤسسات التعليمية بهم من جهة أخرى.

أما الأطفال الصم؛ فيتم تعليمهم في مراكز ومؤسسات خاصة تعنى بأمورهم، وفق أساليب خاصة تجدي نفعاً مع الأطفال الصم، كلغة الإشارة، وقراءة الشفاه.... إلخ، وتتمثل البدائل التربوية للمعوقين سمعياً بمراكز الإقامة الداخلية، والمراكز النهارية الخاصة، والصفوف الخاصة ضمن المدرسة العادية، والصفوف العادية ضمن المدرسة العادية، وغرفة المصادر.

12- إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً:

1. التأكد من أن الطفل المعوق سمعياً ينظر إلى وجه المتكلم، ويستمتع إليه جيداً، والتحدث معه عن قرب.

2. التكلم معه بطريقة واضحة مفهومة، وليس بصوت مرتفع.

3. تخصيص ساعة يومياً في الأقل للعب معه، والتحدث معه عن أي شيء يحبه، وبدون مقاطعته من أحد.

4. مساعدة الطفل المعوق سمعياً على تطوير لغته، وعدم إجباره على الكلام.

5. عدم وجود مؤثرات صوتية كالتلفزيون، والموسيقى، والضجيج عند التحدث مع الطفل المعوق سمعياً.

6. قراءة الكتب التي يحبها الطفل المعوق سمعياً، والتي تكون مليئة بالصور المفيدة.

7. محاولات دائمة لتعليم الطفل المعوق سمعياً كلمات جديدة، وفي مواقف طبيعية.

8. استغلال البقايا السمعية لديه مهما كانت قليلة.

9. استخدام الحديث وجهاً لوجه قدر الإمكان.

10. تشجيع الطفل الأصم على القيام بالأنشطة المستقبلية، وتعليمه المهارات الاجتماعية.

الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

1. مقدمة.
2. تشريح العين
3. آلية البصر.
4. تعريف الإعاقة البصرية.
5. نسبة انتشار الإعاقة البصرية.
6. تصنيف الإعاقة البصرية.
7. مظاهر الإعاقة البصرية
8. أسباب الإعاقة البصرية.
9. قياس الإعاقة البصرية وتشخيصها.
10. خصائص المعوقين بصرياً.
11. تأثير الإعاقة البصرية في جوانب النمو المختلفة للفرد المعوق بصرياً.
12. الحاجات الشخصية والتربوية للمعوقين بصرياً.
13. المواد والمعدات والوسائل التكنولوجية الخاصة بالأفراد المعوقين بصرياً.

الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

1 - مقدمة:

للإعاقة البصرية دورٌ مهمٌ في تقييد المصدر المباشر للمعلومات للمعوق بصرياً، إذ إن حاسة البصر لها دور مهم في النمو المعرفي للطفل، وحاسة البصر من أهم وسائل الاتصال الرئيسة لدى الفرد، والتي يتعرف من خلالها على العالم الذي يحيط به، وتزوده بمختلف الخبرات الحياتية، فهي المصدر الرئيس والأساسي للمعلومات الدقيقة، والمتصلة مع الأشياء والعلاقات، إضافة لما تؤديه حاسة البصر من دور كبير في قيام حواس اللمس والسمع بدورهما في إمداد الفرد بالمعلومات، ولذلك فإن الإنسان الذي يفقد بصره يفقد وسيلة رئيسة من وسائل تواصله مع العالم من حوله، وهذا بدوره يحدث الكثير من المشكلات، سواء أكان ذلك في المجال النفسي أم والحركي أم والسلوكي لدى الفرد؛ فالمعوق بصرياً يفقد معظم خبراته اليومية المتعلقة باللون، والصورة، والشكل، إضافة إلى حرمانه من تكوين الصورة الذهنية لكثير من الأشياء في البيئة، والذي يعد من أهم مقومات عملية التعلم، ولا سيما في المراحل التي يتم التركيز فيها على الصور بشكل أساسي كمرحلتَي رياض الأطفال، والصفوف الابتدائية الأولى؛ فبحسب ما أشارت إليه الدراسات في المجال المعرفي والتعليمي فإن 85% مما يتعلمه الإنسان من معرفة يأتي عن طريق حاسة البصر (Tabbara & Ross-Degnan, 1986: 34).

إضافة إلى ذلك فإن الحرمان من حاسة البصر أو ضعفها يحдан من قدرة الفرد المصاب على الاستفادة من المادة المكتوبة من جهة، وتقلص قدرته على الانتقال والمشاركة والتفاعل في النشاطات المدرسية المختلفة من جهة أخرى.

إن ظاهرة الإعاقة البصرية تؤدي إلى تأثيرات سلبية في شخصية الفرد من حيث مفهومه عن ذاته، وحالته النفسية، أو تكيفه نفسياً واجتماعياً.

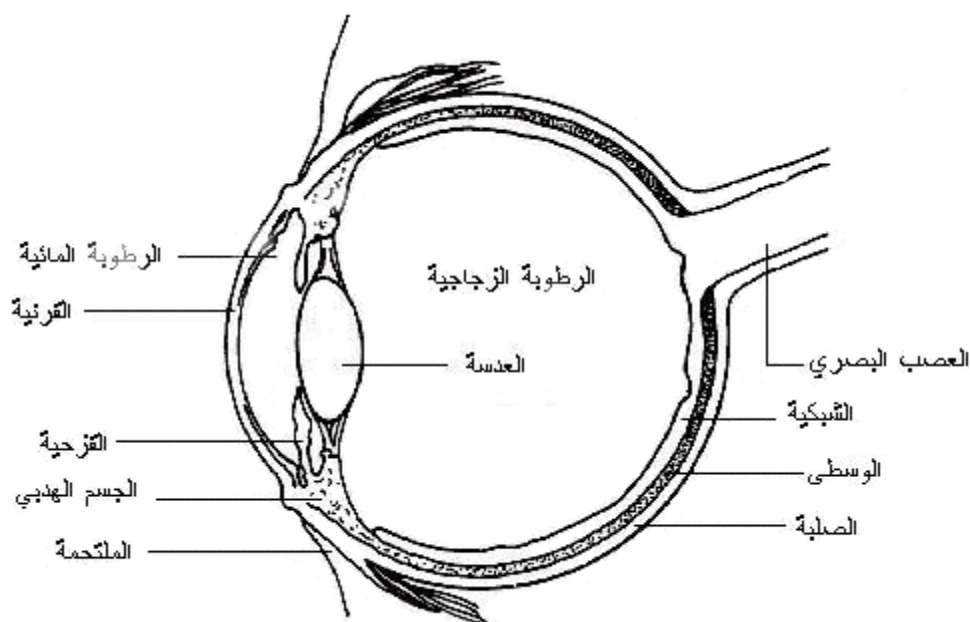
وبناء على ذلك سنحاول في هذا الفصل ان نقدم بعض المعرفة التي من الممكن أن تسهم في التخفيف من حدة الإعاقة البصرية؛ مما ينعكس إيجابياً على حياة المعوق، ويجعلها أقرب ما تكون عليه من نمط الحياة التي يعيشها الناس العاديون.

2- تشريح العين:

الجهاز البصري للإنسان يتصف بدرجة كبيرة من التعقيد، وذلك يتطلب تخصصاً دقيقاً لمعرفة عمله، وآليته وتفاصيله. يتكون الجهاز البصري عموماً من العين التي تعمل على استقبال

الأشعة الصادرة عن الأجسام المبعثرة، ونقل الصور المبصرة على شكل ومضات كهربائية إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها. والعين كروية الشكل تكمن في محجرها داخل الجمجمة لحمايتها من المؤثرات والصدمات الخارجية. وتتألف العين من الأجزاء الأساسية الآتية:

(أنظر الشكل 2)



الشكل رقم (2)

1. **حجرة العين:** وهي التجويف الموجود في الجمجمة، وتقع العين بداخلها، ويعمل على حمايتها .
2. **الجفون:** وهما الجفن العلوي، والسفلي، ووظيفتهما حماية العين من المؤثرات الخارجية.
3. **الملتحمة:** هي غشاء يغطي الصلبة، ويبطن الجفون من الداخل، ووظيفتها إفراز الدموع لحماية العين رغم أن إفرازه أقل من إفراز الغدد الدمعية المخصصة لذلك.
4. **القرنية:** عبارة عن غشاء شفاف يغلف، الجزء الأمامي من مقدمة العين، وظيفته القرنية كسر الضوء بهدف تركيزه على الشبكية.
5. **الصلبة:** وهي الطبقة الخارجية للعين، لونها أبيض، وهي لا تمتص الضوء بل تعكسه.

6. **القزحية:** هي قرص ملون يوجد بين القرنية من الأمام، والعدسة البلورية من الخلف. وتقوم القزحية بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ.
7. **السائل المائي:** وهي عبارة عن سائل مائي يوجد بين العدسة والقرنية، ويقوم بتغذيتها، كما أنه يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكة، إذ إن الشعاع الضوئي عندما يمر في هذا الوسط المائي يتعرض للانكسار.
8. **العدسة:** وهي جزء شفاف بلوري محدب يقع خلف القزحية، وأمام الجسم الزجاجي تستقبل الأشعة الضوئية من القزحية، وظيفه العدسة تركيز الضوء على الشبكة.
9. **الجسم الزجاجي:** جسم هلامي يحافظ على الشكل الكروي للعين .
10. **الجسم الهدبي:** عبارة عن عضلات تتحكم في شكل عدسة العين اذا تقلصت يقل تحذب العين، وإذا ارتخت يزيد تحذب العين .
11. **المشيمية:** وهي الطبقة التي تقع بين الصلبة، والشبكية، ووظيفتها: توصيل المواد الغذائية والأكسجين عن طريق أوعية دموية .
12. **الشبكية:** هي عبارة عن نسيج حساس للضوء، يغلف الجزء الخلفي للعين من الداخل. وتقوم مقام الفيلم في كاميرا التصوير، إلا أن الصور لا تتطبع على الشبكية كما هي الحال في الفيلم، بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري.
13. **العصب البصري:** يتكون العصب البصري من خلايا عصبية، وتتلخص وظيفته في: نقل الإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار في الدماغ. كما يلاحظ فإن وظيفة الشبكية والعصب البصري هي استقبال الإثارة الضوئية، ونقلها إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها، ولذا يشار إلى الشبكية والعصب البصري على أنهما التركيبات المستقبلية .
14. **عضلات العين:** عبارة عن ست عضلات تعمل بتناسق، ويتحكم الإنسان فيها بشكل مناسب، ولذلك نستطيع التحكم في حركة كرة العين، ولكن في بعض الحالات عندما يحدث خلل في الأداء الوظيفي لهذه العضلات؛ فإننا نلاحظ اضطراباً في نشاط العين وفقدانها، كحالات الحول، أو التذبذب اللاإرادي لمقلة العين، أو عدم وضوح الرؤيا بسبب عدم توازن عمل تلك العضلات، ويشار إلى هذه الحالة باسم العمش التعطلا

(Amblyopia)، أما العضلات الداخلية فهي التي تتحكم في شكل عدسة العين بدرجة تحدبها بشكل يضمن انكسار الضوء على الشبكية. (القمش، المعاينة، 2007، 109)

3- آلية الإبصار:

تحدث آلية الإبصار كما يلي:

تدخل الأشعة الضوئية من خلال القرنية والبؤبؤ وبعد ذلك العدسة، ثم تكيف عضلات العين الداخلية شكل العدسة، وتركز الأشعة الضوئية خلف الشبكية، تحول خلايا العصي والمخاريط الشبكية الضوء إلى نبضات كهربائية، ثم يحمل العصب البصري النبضات الكهربائية إلى الدماغ، فيقوم الدماغ بتفسير هذه النبضات الكهربائية من خلال التنسيق والخيال الناتج من كل عين لإنتاج صورة ثلاثية الأبعاد للإبصار. (Jose، 1983).
فالعين من حيث الوظيفة تشبه وظيفة الكاميرا، ولكنها أكثر تعقيداً.

4- تعريف الإعاقة البصرية:

لقد تعددت تعريفات الإعاقة البصرية، وذلك تبعاً لدرجة فقدان البصر، ومدى تأثيرها في فاعلية الإبصار، والجزء المصاب من العين؛ لذلك ركز بعضهم على جانب الحدة البصرية في تعريفهم للإعاقة البصرية، في حين ركز بعضهم الآخر على الوظيفة البصرية، وركز آخرون على الجانب القانوني في تعريفهم:

تعريف كف البصر: وهو الذي تأخذ به كل السلطات التشريعية، وينص على أن الإعاقة البصرية هي حدة إبصار تبلغ (20 / 200) أو أقل في العين الأفضل، وذلك مع أفضل أساليب التصحيح الممكنة، أو حدة إبصار تزيد على (20 / 200)؛ إذا كان المجال البصري ضعيفاً بحيث يصل إلى زاوية إبصار لا تتعدى 20 / درجة. أي إن الشخص يرى على مسافة (20) قدم ما يراه الشخص المبصر على (200) قدماً، ولديه مجال بصري ليس أكبر من (20) درجة.
ضعاف البصر: ويعرف هؤلاء من جانب السلطات القانونية بأنهم أولئك الأفراد الذين يمتلكون حدة إبصار تتراوح بين 20 / 70 أو 20 / 200 في العين الأفضل بعد التصحيح الممكن.

1- التعريف القانوني للإعاقة البصرية:

2- المكفوف: هو شخص لديه حدة بصر تبلغ (20/200) أو أقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة، أو لديه حقل إبصار محدود لا يزيد عن (20) درجة. وهذا يعني أن الشخص يرى على مسافة (20) قدم ما يراه الشخص المبصر على (200) قدماً، ولديه مجال بصري ليس أكبر من (20) درجة.

3- ضعيف البصر (المبصر جزئياً): هو شخص لديه حدة بصر أحسن من 20/200 ولكن أقل من 20/70 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم .

4- التعريف الطبي : يعرف المعوق بصرياً من الناحية الطبية بأنه الشخص الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه عن 200/20 في أفضل العينين بعد التصحيح، أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً، بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة.

5- التعريف التربوي للإعاقة البصرية :

المكفوف: شخص يتعلم من خلال القنوات اللمسية أو السمعية.
ضعيف البصر: شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح، ولكن يمكن تحسين الوظائف البصرية لديه.

محدود البصر: شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية.

تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية:

الإعاقة البصرية الشديدة: في هذه الحالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود .

الإعاقة البصرية الشديدة جداً: حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية .

شبه العمى: حالة اضطراب بصر لا يعتمد فيها على البصر .

العمى: فقدان القدرات البصرية.

5- نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

إن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تتأثر بالعوامل الاجتماعية، والاقتصادية، والخدمات، والرعاية الصحية للعين في أي مجتمع؛ إذ تقدر نسبة الإعاقة البصرية بـ 0.25% من العدد السكاني لمجتمع من المجتمعات التي لها اقتصاد قوي، وخدمات صحية عالية بينما تقدر النسبة بـ 1.5% أو أكثر من العدد السكاني للمجتمع الذي يكون اقتصاده منخفضاً، ويوجد فيه انخفاض في مستوى الرعاية الصحية.

ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية لعام (2013) إلى أن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تختلف من دولة إلى أخرى، وحوالي 80% من المعوقين بصرياً يوجدون في دول العالم الثالث؛ فهناك ما يزيد على (35) مليون كفيف، وحوالي (120) مليون ضعيف بصر في العالم. وتزداد نسبة انتشار الإعاقة البصرية مع تقدم العمر، وفي الدول التي تنقر إلى الرعاية الصحية المناسبة.

وغالبا ما يتم تأهيل المكفوفين مهنيًا بشكل تقليدي في مشاغل محمية مقيدة، ومهما يكن الأمر فإن عدداً محدوداً من مراكز التأهيل في الوطن العربي تخدم المكفوفين؛ وتقيد التقارير غير الرسمية بأن حوالي 10% فقط من المكفوفين الراشدين يمكن أن نعدّهم نشطين مهنيًا، ورغم وجود فروق مهمة بين الدول العربية المختلفة إلا إن هناك بعض القواسم المشتركة على مستوى الخدمات المقدمة للمكفوفين وبرامجهم.

ووفقا للرابطة الأمريكية للمكفوفين تشير التقديرات إلى أنه يوجد مليون أمريكي لديه ضعف بصر، والغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد هم فوق سن 65 عام، وتزداد مع التقدم في العمر، وحوالي 4% من المكفوفين كافة هم من الأطفال، وهناك ما يقارب 4% لكل 10,000 طفل في سن المدرسة لديه إعاقة بصرية، ويتلقى خدمات التربية الخاصة. ويتأثر تحديد نسبة انتشار الإعاقات البصرية عموماً بعوامل عدة؛ فالعديد من الأطفال المعوقين بصرياً غير داخليين في تصنيف التربية الخاصة، وأكثر من النصف لديهم أكثر من إعاقة، ومصنفين ضمن متعددي الإعاقة (Smith, 2004). ولذلك فإن الإعاقة البصرية تقدر بأنها أقل انتشاراً بين الأطفال من بقية الإعاقات الأخرى، وهناك تباين في تقدير نسبة انتشار الإعاقة البصرية في المجتمعات تعود في غالبيتها إلى :

- 1- الفروق بين نتائج المسوحات المستهدفة في تقييم الإعاقة البصرية مثل الفرق بين التقارير الذاتية مقابل استخدام الأدوات المحكية أو الاختبارات البصرية المعيارية.
- 2- الفروق في تعريف كف البصر والإعاقة البصرية.
- 3- الفروق في العمر، والحالة الاقتصادية والاجتماعية.
- 4- تباين الأقليات العرقية الموجودة في المجتمع. (الأعظمي، 2014، 74)
- 6- تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعوقون بصرياً إلى:

1. المعوقون بصرياً كلياً (Totally Blind)

2. المعوقون بصرياً جزئياً (Bartially Sigtel)

كما يصنف المعوقون بصرياً تبعاً لتأثير الإعاقة البصرية في الأنشطة الحسية، وخبرات التذكر، وبناءً على هذا التصنيف يمكن أن نميز الدرجات المختلفة الآتية من الإعاقة البصرية:

1- فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.

2- فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.

3- فقد بصر جزئي ولادي.

4- فقد بصر جزئي مكتسب.

5- ضعف بصر ولادي.

6- ضعف بصر مكتسب.

7- مظاهر الإعاقة البصرية:

هنالك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية، وأكثرها انتشاراً الآتي:

1- طول النظر: (Hyperemia)

تحدث هذه الحالة عندما تكون مقلة العين قصيرة، فتتكون الصورة خلف الشبكية؛ إذ يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية، ويعود السبب في طول النظر إلى قصر عمق كرة العين، إذ تكون نقطة تركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية، ويمكن علاج هذه الحالة باستعمال النظارة الطبية.

2- قصر البصر: (Myopia)

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية، كما يواجه الشخص صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة، ويمكن علاج هذه الحالة باستعمال النظارة الطبية. إن حالات طول النظر وقصر النظر من أكثر الصعوبات البصرية شيوعاً، ويمكن التغلب عليها باستخدام النظارات والعدسات اللاصقة.

3- اللابؤرية أو حرج البصر (Astigmatism)

تؤثر هذه الحالة في حدة الرؤية المركزية، إذ تكون القرنية أو العدسة فيها غير منتظمة، ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية، وبعضه الآخر خلفها، ويسبب هذا العرض للشخص صداعاً شديداً في الرأس، وتعباً عند القراءة، ويمكن معالجته بالعدسات الطبية.

4- الجلوكوما: (Glaucoma)

أو ما يشار له عادة (الماء الأزرق)، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الرطوبة المائية) داخل العين؛ مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر. وإذا لم تكتشف هذه الحالة مبكراً وتعالج فإن الضغط قد يتطور إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري؛ مما يؤدي إلى تلفه، والإصابة بكف كلي للبصر. وتتمثل أعراض هذه الحالة بالفقدان التدريجي لقوة الإبصار، وألم في العين، وصداع، وتخف مواجهة الضوء، وتكون هالات ملونة حول الأضواء. وعلى الرغم من أن الجلوكوما تشيع في الغالب بين كبار السن، إلا أن هنالك الجلوكوما الخلفية التي يمكن أن تكون وراثية، أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع العدوى كالحصبة الألمانية.

5- عتامة عدسة العين: (Cataract)

ويسمى: الماء الابيض، وينتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيته، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة، وذلك لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة به، إذ إن هنالك حالات من الماء الأبيض الخلقي، أو حالات تنتج عن ضربة شديدة للعين، أو تعرض العين للمواد الكيماوية السامة، أو الحرارة الشديدة، وتتلخص أعراض عتامة عدسة العين: بعدم وضوح الرؤية، والإحساس بأن هنالك غشاوة على العينين؛ مما يؤدي إلى الرمش المتكرر، أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر، ومن أبرز الأعراض أيضاً الحساسية الزائدة للضوء، والوهج، وتغير لون بؤبؤ العين. ويتم علاج الماء الأبيض عن طريق الجراحة؛ إذ تستأصل العدسة، ويزرع مكانها عدسة بلاستيكية. أو تستخدم العدسات اللاصقة أو النظارات.

6- الحول: (Strabismu)

نعني بالحول: صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين، إذ تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ولابد عندئذ من أن تتحرك العينان معاً لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها، وهذا ما يسمى: البصر الثنائي. وقد يكون الحول عرضاً من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية.

7- انفصال الشبكية: (Retinal Detachment)

ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية؛ مما يسمح للسائل بالتجمع، الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، وذلك نتيجة إصابة في الرأس، أو قصر في النظر التتكسي، أو الإصابة بمرض السكري. ومن الأعراض التي تصيب الشخص في هذه الحالة: ضعف في مجال الرؤية، وآلام شديدة، ويمكن معالجة هذه الحالة بإغلاق الثقوب، وإعادة توصيل الشبكية بالجدار.

8- توسع الحدقة: (Aniridia)

ويحدث بسبب تشوه ولادي، تنتسح فيه الحدقة نتيجة لعدم تطور القرنية، يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء، وضعف بصر.

9- تنكس الحفيرة: (Macular Degeneration)

خلل في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة. يسبب صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وفقدان بصر مركزي.

10- البهق: (Albinism)

يحدث نتيجة قلة، الصبغة أو انعدامها، ناتج عن خلل في البناء الفيزيولوجي لجسم الشخص، بحيث يكون جلد الشخص وشعره أبيض، وعيناه زرقاويتين، مما يؤدي إلى عدم

امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية، والقزحية تكون شاحبة، ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين؛ لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء، مما يستدعي استخدام نظارات شمسية من أجل التخفيف من ذلك، وقد يستخدم الشخص نظارات تصحيحية؛ بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين.

11- الرأرأة: (Nystagmus)

وهي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين؛ مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع أو الشيء المرئي، وترتبط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ غالباً.

12- التهاب الشبكية الصباغي: (Retinitis Pigmentosa)

هو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث، تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجياً، ونتيجة لذلك، يحدث لدى الفرد عمى ليلي، ثم يصبح مجال الرؤية محدوداً بالتدريج. (القمش، المعاينة، 2007، 113)

7- أسباب الإعاقة البصرية:

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية، يمكن تلخيصها في الآتي:

1- الأسباب الخلقية: وهي انعكاس للعوامل الوراثية، أو العوامل التي تتعرض لها الأم الحامل؛ فتؤثر في الجهاز البصري للجنين. وتشير الدراسات إلى أن حوالي (64%) من الصعوبات البصرية المختلفة لأطفال المدارس هي نتيجة لعوامل ما قبل الولادة، وفي غالبيتها تعود لأسباب وراثية كالتشوهات الخلقية، وأمراض القزحية، ومرض تحلل الشبكية، والحصبة الألمانية، والماء الأبيض الوراثي، والمهاق. (Hallahan, D. & Kauffman. 1991)

2- الأمراض التي تصيب العين وأهمها التراخوما، والرمد الحبيبي، والماء الأبيض، والماء الأزرق، والسكري، وتعد التراخوما من أكثر الأمراض المعدية انتشاراً في منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا. وذلك بسبب الأجواء الجافة والمغبرة التي تعدّ مناخ ملائماً لانتشار هذا المرض، إضافة إلى تدني مستوى النظافة والوعي الصحي، وهو التهاب مزمن ومعد في الملتحمة، من أعراض التراخوما: انتفاخ الجفون، احمرار الملتحمة، التحسس للضوء. ويمكن علاجه عن طريق تظليل العين من الضوء الشديد، وترك المجال لشفاؤه مع الزمن، واستخدام بعض أنواع الأدوية (البكتيريا أو المضادات الحيوية).

3- الإصابات التي تتعرض لها العين كالصدمات الشديدة للرأس التي قد تؤدي إلى انفصال الشبكية، أو تلف في العصب البصري، أو إصابة العين بأجسام حادة، أو تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأوكسجين في الحاضنات؛ مما يؤدي إلى تلف الشبكية.

4- الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة؛ مما يؤدي إلى آثار جانبية، وتطور هذه الصعوبات إلى درجة أشد كما هو الحال في حالات طول البصر، وقصر البصر، والحول، والماء الزرقاء، والبيضاء.

8- قياس، الإعاقة البصرية وتشخيصها:

إن الكشف والتدخل العلاجي المبكر يعدّ ذا أهمية خاصة من الناحية التربوية في العمل مع ذوي الإعاقة البصرية، وبينما يكون من السهل اكتشاف حالات الإعاقة البصرية الحادة؛ فإن الكشف عن الإعاقة البصرية الأقل حدة يتطلب اهتماماً خاصاً من أولياء الأمور، والمعلمين، والأطباء، ومن أهم المظاهر التي تعدّ مؤشرات على احتمال وجود صعوبة بصرية لدى الأطفال:

- الاحمرار لأوقات طويلة في العين.
- كثرة الدموع والإفرازات البيضاء في العين.
- الحركة السريعة لمقل العين، وصعوبة التركيز في أثناء النظر.
- ظهور عيوب واضحة في العين كالحول.
- الذبذبة السريعة والمتكررة لأهداب العين أو المقلتين.
- الوضع غير الطبيعي للرأس في أثناء القراءة.
- تقريب المادة المقروءة أو إبعادها بشكل لافت للنظر.
- التعثر في أثناء المشي.
- فرك العينين باستمرار.
- تحاشي الضوء، أو طلب المزيد منه.
- كثرة الشكوى من عدم وضوح ما هو مكتوب.
- الشعور بالتعب والإجهاد في أثناء القراءة والكتابة، أو أي عمل يتطلب التركيز بصرياً.
- تكرار الشكوى من الصداع.
- كثرة الأخطاء في أثناء القراءة، وعند نقل ما هو مكتوب خاصة فيما يتعلق بالحروف المشابهة.
- صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة أو درجات اللون الواحد.
- تغطية إحدى العينين باليد في أثناء القراءة.

أما الأدوات التي استخدمت في تشخيص الإعاقة البصرية؛ فمتعددة، منها لوحة سنلن (Snellen Chart)، وهي من أكثر الأدوات شيوعاً في هذا المجال، ونشاهدها في عيادة أطباء العيون غالباً، وتشتمل هذه اللوحة على حروف بأحجام مختلفة، يطلب من المفحوص معرفة اتجاهها، أو قراءتها، ومنها ما يشتمل على صفوف من الدوائر مختلفة الأحجام في كل منها فتحة صغيرة في محيطها، ويطلب من المفحوص تحديد اتجاه الفتحة.

ويمكن تقدير درجة الإبصار عند الأطفال من خلال تعرفهم إلى اللعب الملونة، أو صور الحيوانات، ذات الأحجام المختلفة، إذ تكون موضوعة على مسافات معينة بعيدة عن الطفل.

يحتاج الفرد المعوق بصرياً إلى تقييم نفسي، وذلك من أجل تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لديه؛ لتحديد احتياجاته التربوية الخاصة، من أجل تحديد البرنامج التربوي، والبديل التربوي المناسب له.

أما التقييم الموضوعي فهو ينطوي على العديد من الفوائد منها: تقديم تغذية راجعة عن فاعلية البرامج التربوية، وتفعيل أساليب التعليم من خلال توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات المناسبة بالتعديلات اللازمة.

إن عدم توفر الأدوات المناسبة التي تخصص للكشف عن الأطفال المعوقين بصرياً دفع بالاختصاصيين للاستمرار باستخدام الأدوات، أو الاختبارات التقليدية من مثل (اختبار ستانفورد بينيه، الاختبار اللفظي في مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، اختبار ستانفورد كوخ لتصميم المكعبات، اختبار القابلية لتعلم المكفوفين، وغيرها)، لكن لا بد من الإشارة إلى مخاطر استخدام هذه الأدوات والاختبارات، والخروج باستنتاجات وتفسيرات غير دقيقة، ومن ثم اتخاذ قرارات غير صحيحة أو غير دقيقة. (الشريف، 2011، 328)

9- خصائص المعوقين بصرياً:

تختلف الإعاقة البصرية من حيث الدرجة، والنوع، والمسبب، ومن حيث الخدمات التربوية، والنفسية، والتأهيلية، والاجتماعية، إضافة إلى الظروف البيئية المحيطة بالمعوق بصرياً؛ فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يندرج تحتها جميع المعوقين بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، كونهم لا يشكلون مجموعات متجانسة، وتشير الدراسات التي أجريت في هذا الخصوص أن الأطفال المصابين بالإعاقة البصرية يتطورون بشكل أبطأ من الأطفال العاديين، وأن هناك فروقاً واختلافات كبيرة بين الأطفال المعوقين بصرياً أنفسهم، ولذلك بإمكان الوالدين زيادة قدرات

أطفالهم المعوقين بصرياً عن طريق توفير جو غني بالمعلومات، مصحوباً بالتشجيع على تحمل المسؤوليات والمهام الميسرة، وفيما يأتي عرض لأبرز خصائصهم:

• الخصائص العقلية:

تشير الدراسات بأنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعوقين بصرياً والعاديين في الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wicc- R)، وكذلك الحال على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء. لكن توجد فروق دالة بين قدرات الشخص العادي والمعوق بصرياً في اختبارات الذكاء التي تعتمد على الأداء؛ فمستوى الذكاء عند الطلبة في سن الدراسة يتأثر كثيراً بالخبرات المتراكمة لديهم في السنوات الأولى من أعمارهم، وبناء على هذا فإن فقدان الطفل لحاسة البصر يعدّ عجزاً عند الطفل، إضافة إلى أنها حالة تعمل على عرقلة نموه الطبيعي المعرفي، إذ إن فقدان البصر يحد من اكتساب الخبرات وفهمها، بخلاف الأطفال العاديين القادرين على رؤيتها، وتظهر هذه العوائق بشكل رئيس إذا لم تتح للأطفال فرصة المعالجة المبكرة في مرحلة ما قبل الدراسة.

ومن المحاولات الحديثة لقياس مستوى ذكاء الأطفال المعاقين بصرياً هو: اختبار الذكاء والذي يعتمد على عوامل عديدة، مع تحديد أربعة مجالات لقياسها: التوجيه، والتفكير، وإدراك المكان، والقدرات اللفظية، ويرتبط مجالاً القدرات اللفظية والتفكير بالأداء والتحصيل الدراسي، ويعتبر اختبار (ITVIC) أحد الاختبارات الحديثة المصممة خصيصاً لهذه الفئة من الأطفال، وليس اقتباساً عن اختبارات أخرى مصممة للأطفال العاديين، ومن الاختبارات أيضاً: اختبار (BLAT) للأفراد فاقد البصر، وهذا الاختبار يعتمد على قدرات اللمس لدى هؤلاء الأفراد.

• الخصائص اللغوية:

يتم اكتساب اللغة عند الأطفال المبصرين عن طريق القراءة، أو المشاهدة، أو الإصغاء للآخرين، وكذلك تعابير الوجه لدى الآخرين، كما يعبرون عن أنفسهم من خلال حركات غير مفهومة، ومن ثم يبدأ الأطفال بالتقليد لما يفعله الوالدان والأخوة. وكذلك الأمر بالنسبة للأطفال المعوقين بصرياً؛ فإنهم يكتسبون لغتهم بالطريقة نفسها لكن مفاهيم اللغة عندهم تكون مجردة من الوسائل الرئيسية كالقراءة، أو المشاهدة.

وقد أكدت الدراسات والبحوث التي أجريت بهذا الخصوص أن ضعف البصر لا يتدخل بالاستخدام اليومي للغة، أو بالقدرات الاتصالية، وأن لغة الأطفال المصابين بالعجز البصري تشبه إلى حد كبير لغة أقرانهم من الأطفال المبصرين، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الطريقة التي يكتسب بها الطفل المعوق بصرياً والطفل العادي اللغة المنطوقة؛ إذ كلاهما

يملك حاسة السمع، والتي تعدّ الأساس في امتلاك اللغة والأداء اللغوي، فالقدرة السمعية أهم من البصرية لتعلم اللغة.

إضافة إلى معاناة الطفل المعوق بصرياً من مشكلات تتعلق بتكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري كمفهوم المسافة، واللون، والمساحة، مقارنةً بالطفل العادي الذي لا يعاني منها. (Anderson, 2005,p45)

• الخصائص الأكاديمية:

يختلف تأثير الإعاقة البصرية في التحصيل الأكاديمي، وذلك باختلاف درجة الإعاقة من جهة، والعمر عند الإصابة من جهة ثانية؛ فالتعطيل الجزئي أو الكلي لوظيفة البصر يحدث خللاً في استقبال المعلومات المكتوبة بالطريقة العادية، ولذلك يلجأ المعوق بصرياً إلى الوسائل المنطوقة، أو المسموعة مسجلة على أشرطة تسجيل؛ للحصول على المعلومات، وهذا ما ساعد على ظهور الكتب المنطوقة، والتي تساعد المعوق في الحصول على العلم والمعرفة.

وتشير الدراسات إلى تدني مستوى التحصيل الدراسي لدى الطفل المعوق مقارنةً بالطفل العادي من الفئة العمرية نفسها، كما أنهم يواجهون مشكلة في أداء الامتحانات المرحلية، الأمر الذي يستدعي في أغلب الأحيان تقديم امتحانات غير مكتوبة؛ مما يؤثر في أداء الطفل المعوق في الامتحان، ويحرمه من فرصة التفكير الطويل في كيفية الإجابة عن أسئلة الامتحان، ولكن في حال توافرت فرص الأداء لكل من الطفل العادي والمعوق؛ فإن الفروق تتلاشى تقريباً.

• الخصائص الحركية:

يعاني المعوقون بصرياً مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم البيئة التي يتنقلون فيها، وهذا ما يعرف: بمهارة التنقل والتعرف، ولذلك يعدّ التدريب على التنقل والتعرف عنصراً رئيساً في مناهج ذوي الإعاقة البصرية. ومن الخصائص المميزة للسلوك الحركي لدى المكفوفين ما يعرف بالسلوك الحركي النمطي من مثل: الحركة المستمرة بالجزء العلوي من الجسم إلى الأمام والخلف، أو استمرار فرك العينين، أو اللعب بالأصابع، أو ضرب الركبتين ببعضهما في أثناء الجلوس، وشد الشعر، الدوران حول المكان الموجود فيه المعوق وما شابه ذلك من حركات. وفي السابق كان يعتقد أن مثل هذا السلوك النمطي يقتصر ظهوره في أوساط المعوقين بصرياً، لكنه في الحقيقة يظهر أيضاً لدى المعوقين عقلياً، والأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية. وعلى الرغم من أنه لا يوجد اختلاف بين الأطفال المعوقين بصرياً والأطفال العاديين في ما يتعلق بالنمو الحركي، إلا أنهم يعانون بسبب مشكلة الأبصار من الوصول إلى الأشياء بسبب عدم معرفتهم بوجودها.

• الخصائص الاجتماعية:

قد يعاني المعوق بصرياً من مشكلات اجتماعية، أو شخصية، ولكن ليس بالضرورة أن تكون هذه المشكلات ناجمة عن فقد البصر، وإنما الطبيعة الحركية والحياتية التي تصاحب المعوق بصرياً، قد تكون هي السبب في ظهور حالة السلبية، والاعتماد على الآخرين عند هؤلاء الأطفال.

وتشير الدراسات إلى أن شعور المعوق بصرياً بالنقص، وعدم ثقته بذاته، ومشاعر الإحباط، والإخفاق بسبب إعاقته البصرية، قد ينتج عنه تدنٍ في المستوى الأكاديمي والمهني، مقارنةً مع الأطفال العاديين، وهذا يؤدي بالضرورة إلى ردود أفعال سلبية تجاه الآخرين. لاتجاهات المقربين من الطفل المعوق بصرياً دورٌ كبير في تعزيز ثقته بنفسه، وتكيفه مع إعاقته؛ فالاتجاهات الإيجابية نحو المعوق بصرياً، وتقديم الخدمات والبرامج التدريبية لنشاطات الحياة اليومية، ولا سيما المتعلقة بمهارتي التعرف والتنقل في البيئة والعناية الذاتية، تساعد على تعزيز ثقة المعوق بصرياً بذاته، وتقلل إلى حد ما من الاعتماد على الآخرين، لكن قد تكون اتجاهات المقربين من المعوق سلبية تحمل في طياتها الشفقة، أو الرفض، وهذا بدوره يؤثر سلباً في ثقة المعوق بذاته، وإحساسه بالإخفاق والإحباط. قد أشارت دراسة سكور وسيكواز (Scholl, 1986: SUOKAS, 1982) إلى وجود اختلافات فردية في التطور الاجتماعي والنفسي بين المصابين بضعف البصر والمبصرين، وبين المبصرين أنفسهم أيضاً، وذلك حسب بداية العلاقة وشدها، كما أكدت الدراسة أن الأطفال الذين يولون مصابين بالإعاقة البصرية منذ الولادة، يعانون من مشكلة أكثر في تطوير الهوية مقارنة بالمعوقين بصرياً الذين يصابون بالإعاقة في عمر متقدم.

وقد أكدت بعض الدراسات أن الأشخاص المصابين بضعف البصر جزئياً يعانون من صعوبات أكثر في التطور النفسي والاجتماعي مقارنة بفاقد البصر كلياً، وقد يكون ذلك ناجماً عن معاملة المحيطين بالمعوق كالأُسرة، أو المعلمين، إذ يعمل الآباء والمعلمون إلى توقع الكثير منهم، مما يعرضهم لإجهاد وضغط أكبر من فاقد البصر كلياً إضافة إلى محاولة هذه الفئة إخفاء ضغطها البصري بدلاً من كشف حاجاتهم للآخرين، وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بالعزلة، والصعوبات الاجتماعية.

وقد وجدت بعض الدراسات أن المصابين بضعف البصر يعانون من مشاعر النقص الناجمة عن تدني القبول الاجتماعي من قبل الآخرين، وتدني الإنجاز الأكاديمي، وشعورهم بالعجز، وسوء التوافق الاجتماعي (Beaty, 1994, P131)

وبالرغم من وجود الإعاقة إلا أن المعوق قد يكون قادراً على إقامة علاقة إيجابية مع الآخرين، سواء أكان ذلك على الصعيد الأسري، أم على صعيد العمل، ولكن ذلك يعتمد

بالدرجة الأولى على تقبل المعوق إعاقته من جهة، وعلى مدى قدرة المعوق وكفاءته في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية عموماً.

10- تأثير الإعاقة البصرية في جوانب النمو المختلفة للفرد المعوق بصرياً:

إن للإعاقة البصرية تأثيرات مختلفة في مظاهر النمو كافة، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عدة، منها: العمر عند حدوث الإعاقة البصرية، ودرجة الإعاقة البصرية، ونوع الإعاقات الأخرى المصاحبة للإعاقة، الفرص المتاحة للفرد المعوق للنمو والتطور، كذلك ردود فعل المعوق وأسرته، ويمكن تقسيم أثر الإعاقة إلى الآتي:

• أثر الإعاقة في الجانب الحركي:

تؤكد الدراسات والبحوث العلمية عدم وجود آثار مباشرة للإعاقة البصرية في النمو الجسمي؛ فالأشخاص المعوقون بصرياً لا يختلفون عن الأشخاص المبصرين من حيث الحجم، أو المظهر الجسمي، ومهارات التآزر العضلي، والقوة الجسمية؛ فالأطفال من ذوي الإعاقة البصرية يمشون بالمرحل نفسها التي يمر بها الطفل العادي من الناحية الجسدية، إلا أن نموهم يتصف بكونه بطيئاً، ويعود السبب بذلك للقيود التي تفرضها حالة فقدان البصر، وعدم قدرة هؤلاء الأطفال على رؤية النماذج السلوكية، إضافة إلى غياب الإثارة البصرية اللازمة لاكتساب المهارات المختلفة. بينما يترتب على الإعاقة البصرية المختلفة آثار غير مباشرة على بعض الخصائص الجسمية والحركية؛ ففي حين نجد النمو الجسمي في الطول والوزن يسير على نحو لا يختلف عن نمو الأطفال المبصرين؛ فإن بعض القصور في مهارات التناسق الحركي، والتآزر العضلي نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة، ونتيجة للحرمان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز، والجري، والتمارين الحركية؛ فعدم القدرة على الأبصار تحد من دافعية المعوق للوصول إلى الأشياء، والبحث عنها؛ فالمعوق بصرياً يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الاصوات، والوصول إليها، فنقص الرؤية يقلل من فرص اكتساب المهارات الجسمية، ويعوق تطور الحركات الدقيقة. كما أن الطفل المعوق يعاني من محدودية التعلم بالتقليد؛ فالأفراد العاديون يتعلمون الكثير عن طريق التقليد والملاحظة، وبذلك يستطيعون تعديل المهارات التي يتعلمونها من خلال الممارسة، وهذا يساعد على تطوير مهاراتهم الجسمية الحركية. ومن العوامل التي تسبب قصوراً في المهارات الحركية، لدى المعوقين بصرياً:

1- نقص الخبرات البيئية، والذي ينتج عنه:

أ- محدودية الحركة.

ب- نقص المعرفة بمكونات البيئة.

ج- نقص في المفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرون.

د- القصور في تناسق الإحساس الحركي.

هـ- القصور في التناسق العام.

و- فقدان الحافز للمغامرة.

2- عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.

3- قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.

4- الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور، والتي تعوق الطفل عن اكتساب خبرات حركية مبكرة.

5- درجة الإبصار، إذ تتيح القدرة على الإبصار للطفل فرصة النظر إلى الأشياء الموجودة في بيئته، وتعرّف أشكالها، وألوانها، وحركتها؛ مما يؤدي إلى جذب وإثارة انتباهه بها؛ فيدفعه هذا إلى التحرك نحوها للوصول إليها؛ فيساعد ذلك على تنمية مهاراته الحركية وتدريبه في وقت مبكر، أما في ما يخص الطفل المعوق بصرياً فالأمر مختلف؛ فعدم رؤيته الأشياء الموجودة في البيئة يحد من حركته باتجاه الأشياء بسبب غياب الاستثارة البصرية.

• أثر الإعاقة في الجانب المعرفي:

يعدّ البصر الوسيلة الأساسية التي يعتمد عليها الفرد لتعرّف بيئته، وتطوير مفاهيمه، وتحليل العلاقات بين الأشياء، وحل المشكلات؛ فحاسة البصر تساعد الطفل على معرفة أن الأشياء مستقلة عنه، كما تساعده على التعلم بالتقليد، ووضع الأسس لعملية الاتصال اللفظي بالآخرين؛ فالطفل عندما يناغي ينظر إلى الشخص الذي يراه، ولكي يستجيب لما يقوله الآخرون ينظر إلى إيماءاتهم.

قد لا يكون تأثير الإعاقة البصرية في النمو المعرفي ملحوظاً في الأشهر الأولى من العمر، ولكن مع تقدم العمر وعندما يبلغ الطفل المعوق بصرياً عمر (4-5) شهور، لا يندفع نحو الأشياء التي توضع بين يديه، وهذا يسهم في تأخر انتباهه إلى العالم من حوله، وعلى الرغم من أهمية حاستي السمع واللمس في إعطاء الطفل المعوق نماذج منتظمة، لكنهما لا تستطيعان تأدية الوظيفة التي تؤديها حاسة البصر، ومن ثم يجد الطفل صعوبة في تمييز نفسه من الآخرين، ثم في المراحل المتقدمة (مرحلة ما قبل العمليات) يجد الطفل صعوبة في عمليتي التمثل والمواءمة؛ نتيجة لقلة الخبرات البيئية، ومن الأشياء التي يجد الطفل المعوق بصرياً صعوبة في الوصول

إليها: الأشياء الصغيرة جداً، والكبيرة جداً، والأشياء البعيدة، والحيوانات الخطرة، كما أنه يجد صعوبة في مفهوم اللون، والعلاقات المكانية، ومفهوم الوقت، والمسافة، فالطفل المعوق بصرياً يفقد مصدر مهماً من مصادر اكتساب المعرفة، وهو: حاسة البصر، والتي يعوض عنها بحاستي اللمس والسمع، وبذلك لا يكون قادراً على اكتساب المعرفة الكافية عن البيئة من حوله.

إن الذكاء يختلف عموماً بين فاقد البصر كلياً وفاقد البصر جزئياً، كما يختلف الوقت نفسه بين ضعاف البصر نظراً لاختلاف درجة الضعف، إضافة إلى المتغيرات الأخرى المتعلقة بالبيئة الغنية صحياً ونقيضها، فالفرد فاقد البصر لا يستطيع الاستفادة بشكل كامل من البيئة المحيطة به، حتى لو كانت غنية مقارنةً بالفرد المبصر.

لم توضع اختبارات شفوية خاصة لقياس ذكاء المكفوفين، ولكن طبقت الاختبارات الخاصة بالمبصرين على المكفوفين بعد تعديلها، وأشهرها: اختبار ستانفورد بينيه (Stanford- Binet)، والذي قام بتعديله صمويل هايز (Samuel- Hayes)، عام 1942، إذ أكد العديد من الباحثين أن الذكاء العام للمكفوفين أقل من الذكاء العام للمبصرين ولكن بفارق بسيط، أما دراسات جان بياجيه؛ فقد أكدت أن المكفوفين يتعرضون إلى تأخر في النمو العقلي، يتراوح بين سنتين إلى ثلاث سنوات، وأن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى المكفوفين، كما أن نسبة المتخلفين في الذكاء عند المكفوفين أعلى منها عند المبصرين.

فالذكاء عبارة عن نتاج جزئي للخبرات التراكمية في حياة الإنسان، ولا سيما الخبرات المتعلقة بمرحلة الطفولة المبكرة، وعلى ذلك فالإعاقة البصرية تعد حالة رئيسة تعوق النمو المعرفي لدى المعوق بصرياً، كونها تحد من فهم، الخبرات التي يمر بها الفرد المبصر وتكاملها بشكل طبيعي من خلال حاسة البصر. (الخطيب، الروسان، 3013، 267).

كما يظهر الأشخاص المعوقون بصرياً مشكلات في مجال إدراك المفاهيم، والتصنيف للموضوعات المجردة، بخلاف الانتباه السمعي والذاكرة السمعية التي يتفوقون فيها. وتشير الدراسات إلى أن المعوقين بصرياً لديهم معلومات أقل عن البيئة، وأنهم أقل قدرة على التخيل، إضافة إلى التأخر في تعلم المفاهيم مقارنة بالأشخاص المبصرين.

تختلف درجة تأثير الإعاقة البصرية في النمو العقلي باختلاف درجة الإعاقة؛ فضعف البصر الذي يسمح بدرجة ولو قليلة من الرؤية يؤدي إلى تغيرات ذات أهمية في ما يتعلق بالمعلومات المتوافرة للطفل المعوق بصرياً، بخلاف كف البصر الذي يحرم الطفل من الحصول

على المعلومات من البيئة؛ لذلك فإن برامج المعوقين بصرياً في هذا الخصوص تركز على تشجيع ضعاف البصر، أو من لديهم رؤية متبقية أن يتم استخدامها بأقصى درجة ممكنة. ولابد من الإشارة إلى أن ردود فعل الأهل يمكن أن تسهم أيضاً في الحد من النمو العقلي، وذلك عن طريق الحماية الزائدة التي تمنع الطفل من القيام بسلوك مستقل لتعرف البيئة.

• أثر الإعاقة في الجانب اللغوي:

من المعروف أن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة؛ لذلك فإن تأثير الإعاقة البصرية في النمو اللغوي محدود، لذلك لم تشر الدراسات إلى وجود فروق في النمو اللغوي بين الأطفال المبصرين والأطفال المكفوفين، إلا أن هناك رأيين حول لغة المعوقين بصرياً، الأول: يشير إلى أن كف البصر لا يؤثر في النمو اللغوي؛ لأن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة، بينما يشير الرأي الثاني: إلى أن النمو اللغوي للشخص المكفوف يختلف عن النمو اللغوي للشخص المبصر، إذ يوصف الكفيف بأن لديه لا واقعية لفظية؛ فالمكفوف يصف عالمه اعتماداً على وصف المبصرين له، ولذلك فهو يعيش في عالم غير واقعي؛ والكفيف يستخدم كلمات وجماً لا تتوافق مع خبرته الحسية، ويصف بيئته بكلمات لا تحمل معنى بالنسبة لما يحس به، فيقول مثلاً: وردة بيضاء، أو وردة حمراء مع أنه لا يرى الألوان، ومن المتوقع أن الكفيف يسعى بذلك للحصول على الموافقة الاجتماعية من مجتمع المبصرين، وأن كانت طريقة التعبير لديه لا تتوافق مع خبراته الحسية الفعلية. إذ إن ضعف حاسة البصر، أو حتى فقدانها لا يعدّ من العوامل التي تحد من تعلم الطفل اللغة أو فهم الكلام. إلا أن هناك بعض الخصائص اللغوية المرتبطة بالإعاقة البصرية؛ فعلى سبيل المثال تحد الإعاقة البصرية من قدرة الفرد على تعلم الإيماءات والتعبيرات، كما أن نسبة شيوع المشكلات في اللفظ بين المعوقين بصرياً أعلى منها عند المبصرين، نتيجة حرمانهم ملاحظة شفاه المتحدث لتعلم النطق السليم.

قد تؤثر الإعاقة البصرية سلباً في اللغة غير المنطوقة، لكن من الممكن أن يتقوى المكفوفون باللغة المنطوقة؛ لما يتميزون به من شدة تركيز وانتباه للمثيرات الحسية، ويكونون بعيدين عن التشتت، كما أن الكثير منهم يطور مهارة الاستماع الجيد، والتي يتعلمون عن طريقها الكثير من المعلومات، لكنهم يختلفون عن المبصرين في طريقة كتابة اللغة المنطوقة، إذ يستخدم المكفوفون لغة برايل للكتابة، بينما يكتب المبصرون بالحروف الهجائية.

• أثر الإعاقة في الجانب الأكاديمي:

للإعاقة البصرية تأثيرها في الجوانب التربوية والتعليمية للأشخاص الذين يعانون منها: لأن حاسة البصر من أهم الحواس في عملية التعلم؛ فضعف البصر أو كفه يحد من قدرة المعوق على التعلم بالطريقة نفسها التي يتعلم بها الشخص العادي، إذ لدرجة الإعاقة دورٌ أساسي في التخطيط لعملية التعلم؛ فالطالب الكفيف سوف يعتمد على حاستي اللمس والسمع في التعلم، وهو يختلف في حاجاته وأساليب تعلمه عن الطالب الذي يعاني من ضعف البصر، إضافة إلى الأخذ بعين النظر السن الذي حدثت فيه الإعاقة. (Barraga, 2001, p. 243)

• أثر الإعاقة في الجانب الاجتماعي، والانفعالي:

إن التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية لا يقوم على الاتصال اللفظي فقط، حتى ان الاتصال اللفظي نفسه يتضمن الكثير من المضامين الرمزية التي يعبر عنها بتعبيرات الوجه، والعيون، والإشارات، والتي تعطي التعبير اللفظي معنى وقيمة أكبر، والمعوقون بصرياً، ونتيجة للإعاقة البصرية لديهم، يواجهون قصوراً في مختلف أنماط هذا التعبير الرمزي اللفظي.

وعلى أية حال فالبصر له دور بالغ بالغا في تطور المهارات الاجتماعية فعند الطفل المبصر، يساعده على اكتساب المهارات من مثل: تناول الطعام، وارتداء الملابس، ويشمل حاسة البصر، ويتضمن توظيف المعلومات البصرية، أما عند الطفل المعوق بصرياً فلا بد من أن يزوده الأشخاص المحيطون به بمعلومات بديلة تعويضية.

كما أن لحاسة البصر دوراً مهماً في بناء، العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وتطويرها، فالتعلق الاجتماعي يعد أحد أهم الارتباطات العاطفية الحقيقية التي تتطور بين الطفل الرضيع والوالدين، ورافق تطور التعلق غالباً مع خوف من الغرباء، ولذلك يؤثر فقد البصر سلبياً في هذه العملية.

ولا بد من الإشارة إلى أن الصعوبات التي يواجهها الطفل الكفيف في عملية النمو الاجتماعي لا تتعلق به فقط، بل إن ردود فعل الآخرين دور مهم في ذلك، إذ تشير الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية بين اتجاهات الأمهات نحو أطفالهن المعوقين بصرياً وخصائصهم النمائية.

فبناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين يعتمد عموماً على متغيرات عدة أحداها: الاستقلالية، كما تتأثر العلاقات الاجتماعية بالعمر الزمني؛ إذ لا يتعامل الأطفال الصغار المبصرون مع

فاقدي البصر أقرانهم بدرجة من الوعي والحس الإنساني كما هو لدى الكبار، الذين يدركون الجانب الإنساني، ومن هنا قد يتعرض الطفل المعوق بصرياً للسخرية والتهكم والاعتداء.

أما من الناحية النفسية فإن النمو النفسي للمعوق بصرياً لا يختلف عن النمو النفسي للمبصرين، والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأفراد المعوقون بصرياً لا تختلف عن تلك التي يتعرض لها الأفراد المبصرون، لكنهم أكثر عرضة للقلق بسبب المشكلات التي يتعرضون لها نتيجة فقدان حاسة البصر، ولا سيما في مرحلة المراهقة، كون المعوق لا يستطيع تحديد مستقبله المهني والاجتماعي.

أما من الناحية الانفعالية؛ فإن الكفيف يعاني من ضعف الثقة بالنفس، والعزلة والانطوائية، وعدم الشعور بالأمن والأمان، والتردد والخوف، كما أن الاحباط، والإخفاق اللذين يتعرض لهما الكفيف قد يدفعان به إلى العدوانية، فالتأثير السلبي لحاسة البصر في الجانب الإنساني للمعوق يجعله لا يتصف بالقبول الاجتماعي كأقرانه الآخرين، كما تعمل الإعاقة البصرية على التقليل من ميول وهوايات وتطلعات المعوق بصرياً؛ فمثلاً هناك ألعاب كثيرة لدى المبصرين لا يمارسها الطفل المعوق، إضافة إلى الكثير من الأنشطة الفنية والعلمية.

11- الحاجات الشخصية والتربوية للمعوقين بصرياً:

الإعاقة البصرية لا تؤثر سلبياً في الجانب الشخصي والتربوي فقط، وإنما في كيفية الاستجابة للمتغيرات البيئية؛ فالرؤية تجعل الطفل يسأل، ويكتشف العالم من حوله، فالحاجات التربوية والشخصية للطفل المعوق تختلف باختلاف عدد من المتغيرات، منها: شدة الإعاقة، وزمن الإعاقة، وأسباب الإعاقة.

لذلك يجب أن نأخذ بالحسبان هذه المتغيرات في أثناء تقديم الرعاية، والعون لهذه الفئة، إذ يؤثر زمن حدوث الإعاقة البصرية في نمو الطفل، من حيث حدوث الإعاقة منذ الولادة، أو حدوثها في أثناء السنوات الخمس الأولى، أو بعد سن الخامسة من العمر؛ فالطفل الأخير عاين المثيرات البصرية، ومن ثم يستطيع تكوين المفاهيم الأساسية، كما أنه قادرٌ على فهم نفسه من جهة، والبيئة المحيطة به من جهة أخرى.

إضافة إلى أن حدوث الإعاقة بعد سن الخامسة يؤثر سلبياً في التكيف النفسي والاجتماعي للطفل، وصعوبة في تقبل الإعاقة مقارنةً بالطفل الذي ولد ولديه إعاقة بصرية.

فالطفل المعوق بصرياً قد يكون معرضاً للمواقف والأساليب الوالدية غير السوية؛ مما يكون سبباً في تعرضه للاضطراب النفسي، كما أن عدم قدرة الكفيف على ردود الأفعال التي تصدر عن الآخرين، ولا سيما تلك التي لا تصدر عن طريق السمع؛ فإنها ستؤدي إلى عرقلة عملية التواصل الاجتماعي مع أقرانه المبصرين.

فالحواس الأخرى لا يمكن أن تعوض حاسة البصر، فهناك الكثير من الأشياء لا يستطيع المعوق بصرياً استيعابها كالفرد المبصر من مثل: الأشكال، الألوان، المسافات، الحجم، الأشياء الكبيرة، وكذلك الأرقام، كما أنه يعاني من قصور في الألعاب الجماعية؛ مما يؤدي إلى انسحابه من مجموعات اللعب، والتغلب مع الذات، ولا سيما في مرحلة الطفولة، إذ يقابل بالمثل من قبل الأطفال الآخرين؛ ففي تلك المرحلة قد لا يدرك الأطفال أهمية مساعدة هؤلاء الأطفال ودعمهم، وتشجيعهم على المشاركة بما لا يتمكنون القيام به؛ لكي يشعروا بإنسانيتهم كبقية الأطفال.

لذلك لابد من التعامل مع المعوق بصرياً معاملة إيجابية، من دون إهمال أو حماية زائدة، ومساعدته وتشجيعه، والتركيز على الجوانب الإيجابية لديه؛ ليستطيع تقبل إعاقته، والتخفيف من المشاعر السلبية لديه نتيجة إعاقته، وهذا يتطلب:

1. التدريب على التعرف والتنقل: فالانتقال من مكان إلى آخر يعدّ من أهم المشكلات التي يعاني منها المعوق بصرياً؛ لذلك أي برنامج تربوي يقدم للمعوق بصرياً يجب أن يركز على إتقان هذه المهارة لديه؛ لأن عدم الاهتمام بهذه المهارة سيجعل الكفيف يعتمد في حركته على الآخرين، وذلك يحد من حركته واستكشافه لبيئته، كما يجب أن تركز هذه البرامج على تعليم المعوق المفاهيم الصحيحة عن البيئة، والمهارات الحركية، ووسائل المواصلات، والأدوات والأجهزة المختلفة التي يستخدمها المعوقون بصرياً؛ ليتمكن من الاعتماد على ذاته، وتحقيق استقلاليتة.
2. تقوية الحواس الأخرى وتدريبها: لتعويض حاسة البصر لا بد من تدريب المعوق بصرياً على تقوية حاستي اللمس والسمع، إضافة إلى الحواس الأخرى، في أثناء تفاعله مع البيئة من حوله، وهذا التدريب يجب أن يكون بطريقة منظمة وموجهة؛ إذ يتم تدريبه على مهارة الاستماع؛ ليتمكن من تمييز الأصوات والأخطار، وتدريبه على مهارة التمييز اللمسي أيضاً.

3. التدريب على القيام بمهارات الحياة اليومية: لا بد من التركيز في أثناء تدريب أصحاب الإعاقة البصرية على إتقان بعض المهارات اليومية كالأكل؛ إذ يتم تدريبه على معرفة أنواع الطعام عن طريق الشم أو اللمس بالمساعدة من شخص آخر، وتدريبه على

مهارات العناية بالذات، والاستحمام، وارتداء الملابس، وتنظيف الأسنان، والعناية بالشعر والأظافر.. إلخ .

أما من الناحية التربوية التعليمية؛ فالطفل الكفيف يتعلم بطريقة برايل؛ لذلك يفضل أن يلتحق بإحدى المدارس الخاصة بالمعوقين؛ ليستطيع تعلم القراءة، والكتابة، وعلى الرغم من استخدامهما مع المعوقين بصرياً في عملية التعلم، لكنها ليست الطريقة الوحيدة في تعليم المعوق بصرياً (الكفيف)، فهذه الطريق تحتاج إلى وقت وجهد كبيرين؛ لذلك يفضل المعوقون بصرياً التعلم بالطريقة الشفهية من مثل: التسجيلات، الحاسوب، الأشرطة، ومن الوسائل التعليمية التي استخدمت مع المعوقين بصرياً، جهاز الأوبتاكون، ويستخدم هذا الجهاز للقراءة، إذ يعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الكفيف الإحساس بها عن طريق الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة يستطيع المعلم من خلالها مراقبة ما يقرأه الكفيف.

ومن الأدوات أيضاً: المعداد الحسابي، ويستخدم هذا المعداد من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين، ومواد التكبير، وتستخدم مع ضعاف البصر. (الظاهر، 2008، 169)

12- المواد والمعدات والوسائل التكنولوجية الخاصة بالأفراد المعوقين بصرياً:

تؤدي الإعاقة البصرية إلى لجوء المعوق بصرياً إلى استخدام حواسه الأخرى كالسمع، والشم، واللمس، والتذوق في اكتساب المعرفة، وفي التواصل مع الآخرين، ومن ثم فإن هذه الحواس تحتاج إلى التدريب حتى تؤدي دورها بكفاءة، ومن أهم أساليب التعلم الفعالة المبتكرة لمساعدة الكفيف على اكتساب العلم والمعرفة:

- آلة برايل: وتقوم طريقة آلة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة؛ إذ تعطي كل نقطة من النقاط رقماً معيناً يبدأ من (1)

وينتهي ب (6)، وقد يستخدم المكفوف آلة المسطرة والمخز للكتابة في بعض الأحيان، وتكتب الكلمات من اليمين إلى اليسار، وعند القراءة تقلب الصفحة، وتقرأ الكلمات من اليسار إلى اليمين.

- الأبتاكون: جهاز يستخدم للقراءة، ويتكون من كاميرا وشاشة صغيرة، وجهاز بحجم مسجل صغير توجد فيه فتحة يتم من خلالها إدخال أصبع السبابة فيه، ويعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الكفيف الإحساس بها عن طريق

الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة يستطيع المعلم من خلالها مراقبة ما يقرأه الكفيف.

- الدارة التلفزيونية المغلقة: جهاز يصور ما هو مكتوب على ورقة الكتاب عن طريق كاميرا ملحقة بالجهاز نفسه، ويتم عرض المادة على شاشة التلفزيون، ويقوم الطالب بتعديل العدسة، ويكبر الطباعة حسب الدرجة المطلوبة.
- فيرسا برايل: جهاز يحول الكلام المسجل على شريط إلى نقاط برايل النافرة.
- المعاداد الحسابي: يستخدم من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين، ويتكون من ثلاثة عشر عموداً متوازياً، ويقسم إلى جزئين: إحداهما علوي، ويحتوي على كرة مثقوبة واحدة في كل عمود، والآخر سفلي، ويحتوي على أربع كرات مثقوبة في كل عمود، وتم مؤخراً إصدار وسيلة إلكترونية حديثة لإجراء العمليات الحسابية عن طريق إصدار الأصوات.
- عصا الليزر: وهي عصا إلكترونية تحتوي على ثلاثة مرسلات، وثلاثة مستقبلات. الأولى مسؤولة عن استكشاف العقبات في مستوى الرأس، والثانية في مستوى وسط الجسم، والثالثة تستكشف المنحدرات العمودية أمام فاقد البصر. وتعدّ هذه الوسيلة فعالة في استكشاف العقبات التي يقل بعدها عن أربعة أمتار. (Shoval, Ulrich, & Borenstein, 2000)
- طابعات بريل: يتوفر حالياً طابعات حديثة جداً تمكن من طباعة النصوص العادية، وإظهارها بخطوط بريل الخاصة؛ مما سهل على المعوقين بصرياً الوصول إلى العديد من المعلومات التي كان من الصعب عليهم الوصول إليها سابقاً.
- آلة كروزوبل للقراءة: وهي آلة تستخدم للقراءة، وتشبه في عملها آلة التصوير، إذ يوضع الكتاب المطلوب قراءته على سطحها؛ فتقوم الكاميرا بتصوير المطلوب من محتوى الكتاب، ونقلها إلى كمبيوتر يقوم بقراءتها بشكل مسموع.
- الآلة الحاسبة الصوتية calculator: مزود بلوحة مفاتيح يعمل عليها المستخدم عن طريق اللمس، ويقوم بسماع العمليات الحسابية المنفذة على شاشة الآلة الحاسبة .
- القاموس اللغوي الناطق (Language master) : هو قاموس ناطق بالكلمات المراد البحث عن معانيها، أو حتى تهجئتها.
- الدليل الصوتي: أداة تعمل على تزويد المكفوف بمعلومات حول تقدير المسافات، ومواقع الأشياء والاتجاهات.
- استخدام المساعدات لتحسين الرؤية Low vision aids: أجهزة عدة وأدوات تستخدم لتحسين الرؤية عند ضعف البصر، ومنها:

- 1- العدسات أو النظارات الطبية المناسبة، والتي توصف تحت إشراف طبي، ومهني، واختصاصي.
- 2- أجهزة التكبير.
- 3- أجهزة التسجيل الصوتي Audio cassettes.
- 4- أجهزة لزيادة مستوى الإضاءة illumination باستخدام أجهزة ضوئية ذات مقاومة متغيرة يمكن من خلالها التحكم في مستوى شدة الإضاءة.
- 5- جهاز الماسح الضوئي (scanner) : يتم من خلاله تحويل المادة المراد قراءتها من صورة إلى مادة مقروءة ومطبوعة بلغة بديلة. (الشريف، 2011، 333)

الفصل الخامس

الإعاقات الجسمية، والصحية

1. مقدمة.
2. تعريف الإعاقة الحركية.
3. تصنيف الإعاقات الحركية.
4. أسباب الإعاقات الحركية.
5. الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً.
6. البرامج التربوية للمعوقين حركياً.
7. التكنولوجيا، والإعاقات الحركية.

الفصل الخامس

الإعاقات الجسمية، والصحية

1- مقدمة:

النمو الحركي الطبيعي مؤشر ضروري على صحة الإنسان، وهو من العمليات الأساسية المكمل لعمليات التوافق الاجتماعي السليم؛ ذلك أن الإعاقة الحركية تمنع التواصل الاجتماعي؛ الذي يتم عن طريق السير، واللعب، وممارسة الهوايات، والكلام، وحصول التواصل الاجتماعي ضروري في حياة الإنسان؛ لما له من أغراض نمائية كثيرة.

والنمو الحركي يساعد الإنسان على تحقيق حاجاته الأساسية مثل: ممارسة مهنة معينة بعد التدريب على كيفية أدائها، وحاجاته الجنسية، وحاجات السلامة العامة (عند عبور شارع، مطاردة حيوان له....)، والنظافة الشخصية، وتناول الطعام، والتبول، وحاجات فيزيولوجية، وضرورية أخرى.

لذا فإن الذين يعانون من اضطراب أو نقص في النمو الحركي، تكون لهم معاناتهم المتنوعة، وهذا ما سنرصده في هذا الفصل.

2- تعريف الإعاقة الحركية:

هي حالة من الضعف العصبي، أو العظمي، أو العضلي، أو هي حالة مرضية مزمنة تحتاج إلى التدخل الدوائي، والعلاجي، والدراسي، والنفسي، والتربوي، وذلك ليستطيع الطفل المصاب بهذه الحالة أن يستفيد من البرامج التعليمية، والتربوية الموجهة له.

ويوجد فروق واضحة بين الأطفال المعوقين حسب اختلاف حالتهم، ولكنهم يشتركون في نقطة هي: معاناتهم من محدودية القدرة على الحركة، أو التحمل الجسدي، وقد تتعكس الإعاقة الجسدية والحركية سلبياً على مظاهر نمو المصابين بها من حيث الناحية العقلية، والانفعالية، والاجتماعية؛ مما يجعل هؤلاء بحاجة إلى التربية الخاصة.

ومن الإعاقات التي يصابون بها: اضطراب العمود الفقري، ضمور العضلات، الصرع، التصلب، الشلل الدماغي، اضطراب نمو الاعصاب، وهذه الإعاقات كلها تحد من قدرة المصابين بها على الحركة، واستخدام أجسادهم كما يستخدمها الأطفال السليمون الأسوياء، ومن ثم سيتأثر تواصلهم مع من حولهم ضمن الأسرة، والأصدقاء، والمدرسة، والمجتمع.

وهناك تعريف آخر للإعاقة الحركية بأنها: عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات، أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية، أو كليهما معاً في الأطراف السفلية والعلوية؛ مصحوبة باختلال في التوازن الحركي، ويحتاج الفرد المصاب إلى برامج نفسية، وطبية، واجتماعية، وتربوية، ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه في الحياة. (أبو فخر وزملائه، 2006، 408)

3- تصنيف الإعاقات الحركية:

يمكن تصنيف الاعاقات الحركية حسب المنشأ، أو الارتباط بناحية معينة، وذلك حسب الآتي:

1. إصابة الجهاز العصبي المركزي (الاضطرابات العصبية) Neurological Disorders وتتضمن:

1.الصرع.

2. الشلل المخي.

3.شلل الأطفال.

4.العمود الفقري المفتوح.

5.إصابات الحبل الشوكي.

6.الاستسقاء الدماغي.

7.التصلب المتعدد

2.الاضطرابات العظمية والعضلية Muscular and Skeletal Disorders

1. الجنف

2. الحذب

3. البزخ

4. التهاب المفاصل

5. هشاشة العظام

6. البتر

7. تشوه القدم
 8. التهاب الورك (امراض لج بيرثر)
 9. الكساح.
 10. شق الحلق والشفة المشرومة.
 11. الحثل العضلي (ضمور العضلات).
 12. الضمور العضلي الشوكي.
3. الاضطرابات الصحية Health Disorders وتتضمن:

1. أمراض القلب الولادية.
2. الربو.
3. التليف الحويصلي.
4. السل.
5. سكري الأحداث.
6. متلازمة تيرنر.
7. متلازمة إلبرت.
8. متلازمة كلاينفلتر.

وسنتناول بعض النماذج للتعريف بها، ويكون لدى الدارسين فكرة عنها، ومن هذه النماذج:

1- الشلل المخي Cerebral Palsy:

وهو عبارة عن عجز عصبي - حركي ينتج عن خلل في مراكز ضبط الحركة في المخ، وكلمة شلل في هذا المصطلح تشير إلى ضعف أو نقص في القدرة على التحكم في العضلات الإرادية، وهذا النقص ينشأ عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي، وهذا النوع من أكثر الاضطرابات الحركية شيوعاً؛ لأنه يؤثر في ما يقارب 0.003-0.001 من الأطفال في سن المدرسة.

وهناك الكثير ممن ينظرون إلى هذا النوع من الشلل على أنه حالة تتصف بمجموعة من الأعراض، وأنه ليس مرضاً.

كما تختلف أعراض هذا المرض الإكلينيكية باختلاف الجزء، أو الأجزاء في المخ التي تحصل فيها الإصابة أو التلف؛ فقد يكون شللاً منفرداً (Monoplegia)، أو شللاً من جانب واحد (Hemiplegia)، أو شللاً ثلاثياً (Triplegia)، أو شللاً نصفياً سفلياً (Paraplegia)، أو شللاً للجانبين (Ploegia)، أو شللاً مزدوجاً رباعياً (Double Hemiplegia).

2- اضطرابات العمود الفقري:

وهذه الاضطرابات من الحالات المتميزة، والظاهرة في حالات الإعاقة الحركية، وذلك بسبب اتصال هذه الاضطرابات في العمود الفقري بالإعاقة الحركية مباشرة، ولأن أي خلل في العمود الفقري له تأثيره الواضح في حركة الفرد. ويمكن تعريفها بأنها: خلل يصيب النمو السوي للعمود الفقري من أسفل الرأس، وحتى نهاية العمود الفقري.

وتتجلى مظاهر هذه الاضطرابات - كما ذكرها بليك (Bleck,1975) في:

1- تباعد فقرات العمود الفقري.

2- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي، والذي لا يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم: Spin Bifida with Meningocele

3- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي، والذي يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم: Spin Bifida with Meningomyelocele

وترتبط هذه الاضطرابات بحالات الإعاقة العقلية، وذلك لارتباطها بحالات استسقاء الدماغ،

(Mydrocephauls)، ولها علاقة بحالات التهاب الدماغ، أو التهابات العمود الفقري نفسه (Meningitis) أيضاً.

3-الصرع Epilepsy:

وهذا المصطلح مشتق من كلمة يونانية تعني: النوبة seizure، وهو سلسلة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز المتمركز في المخ.

وهذه النوبات تحصل بشكل متقطع فيما يعرف بالنشاط الكهربائي لخلايا المخ، ويحدث نتيجة اضطرابات فزيولوجية يترتب عليها نوبات تشنجية ذات شدة متفاوتة، ويتم حدوث هذه الحالة بشكل غير منتظم.

وفي هذه الحالة يكون الخلل في الأداء الوظيفي الحركي في أغلب الأحيان، وتكون العضلات في هذه الحالة متصلبة، ويحصل عند الشخص ارتعاش عصبي عنيف أحياناً ، وهذه الحالة لا تزيد عن واحد من (1000) عند طلاب المدارس الابتدائية.

وتعود أسباب هذه الحالة إلى إصابة المخ بالتلف المبكر؛ إذ قد يصاب به الشخص في أثناء العمل.

وهذا النوع من الأمراض اذا اكتشف يمكن علاجه؛ لأنه يتجاوب مع العقاقير المعالجة للمرض.

وقد وجه الكثير من الاختصاصيين قدراً كبيراً من الاهتمام، لا سيما بالأطفال المصابين بالشلل المخي، وقدم الكثير من أصحاب المهن خدماتهم من أجل إيجاد تصميم برامج علاجية لهؤلاء الأطفال، وذلك لمساعدتهم على اكتساب درجة كبيرة من القوة الاستقلالية في الأداء الوظيفي الحركي؛ إضافة إلى توصل الاختصاصيين إلى تقديم علاجات ناجحة لهذا المرض. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 193)

4- أسباب الإعاقات الحركية:

يمكن ان نلخص هذه الأسباب في نقاط عدة، وهي:

1- التشوهات الخلقية:

هذه التشوهات يمكن أن تحصل في أثناء الحمل من مثل: تعرض المرأة للأشعة السينية، أو سوء التغذية، أو تناول بعض العقاقير المؤذية للجنين، وقد تعود هذه الأسباب إلى أسباب جينية وراثية، أو أمراض جنسية، أو بسبب تناول الأم للسجائر أو المسكرات (الكحول)، أو تعرضها لكدمات شديدة، أو صدمات نفسية أو انفعالية ومن هذه التشوهات: تقوس الساقين، أو انحراف العمود الفقري، أو فقدان الأطراف..... إلخ

2- اضطرابات الأنسجة:

يؤدي تصلب الشرايين، أو بعض الأمراض مثل: السكري إلى اضطرابات الأنسجة؛ بسبب عدم كفاية الدم الواصل إلى الأطراف.

3- الأورام:

تسبب الأورام؛ لاسيما الخبيثة منها بعض الإعاقات الحركية؛ ذلك أن بعض الأورام لها أثرها المباشر في الجسم؛ مما يؤدي إلى بعض الإعاقات الحركية المزمنة التي يصاب بها الإنسان.

4- العدوى:

هناك أمراض كثيرة لها صلة مباشرة بالإعاقات الحركية تتم عن طريق العدوى مثل: الوهن العضلي، وعدم التوازن عند الإنسان في كامل جسمه، أو اضطراب المشي، وغير ذلك ...

5- الجروح الشديدة:

تلك التي يتعرض لها الإنسان، والتي قد تؤدي إلى فقدان أحد الأطراف، أو شلل، أو كسور في عظام الرأس أو الأطراف، أو الانزلاقات العظمية، أو الكدمات.
(كوافحة، عبد العزيز، 2005، 201)

5. الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً:

من الصعب الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً، وذلك بسبب تعدد مظاهر الإعاقة، واختلاف درجة كل مظهر من مظاهرها؛ إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى؛ فالخصائص السلوكية للطفل المصاب بالصرع تختلف عن المظاهر أو الخصائص السلوكية للطفل المصاب بالشلل الدماغي؛ فلا يوجد خصائص عامة سلوكية للمعوقين حركياً؛ لذا تمت دراسة اختلاف مستوى التحصيل الأكاديمي على سبيل المثال لدى الأطفال المعوقين حركياً، وكيفيته، ومدى اختلافه بين فئة وأخرى من فئات الاضطرابات الحركية؛ فلاحظ أن الأطفال المصابين بالاضطرابات في العمود الفقري، أو الشلل الدماغي، أو ضمور العضلات، أو التصلب المتعدد لديهم صعوبة في إتقان المهارات الأساسية في الكتابة والقراءة، ولكن ذلك ممكن لدى الأطفال المصابين بالصرع أو شلل الأطفال.

أما في ما يتعلق بالخصائص الشخصية للمعوقين حركياً؛ فهي تختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية، ودرجتها؛ فقد تتجلى في مشاعر القلق، أو الخوف، أو الرفض، أو العدوانية، أو الانطوائية، أو الدونية، والاختلاف من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية.

وهذه الخصائص السلوكية الشخصية تتأثر بمواقف الآخرين، وردود أفعالهم نحو اضطراباتهم الحركية (الروسان، 1999، 166)

6. البرامج التربوية المقدمة للمعوقين حركياً:

تعريف البرامج التربوية:

هي طرائق تنظيم، وتعليم، وتربية هؤلاء المعوقين حركياً، إذ إن هذه البرامج تتناسب مع نوع الإعاقة، وشدتها.

وهذه البرامج تختلف في طبيعتها باختلاف الفئة المقدمة إليها من ذوي الاضطرابات الحركية. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 203)

وتوفير مثل هذه البرامج لا يعني - كما أشار فريزر وهنجزنجر (Fraser and Hensinger, 1983) إلى عزل الطفل المعوق في مؤسسات خاصة بعيداً عن أقرانه الطبيعيين؛ ولكنها تعني توفير البدائل التربوية المختلفة والملائمة لكل حالة فردية حسب طبيعتها، وكذلك توفير الخدمات المساندة مثل: الخدمات الطبية، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي؛ إضافة إلى

تعديل البيئة التربوية، والوسائل، والأجهزة التعويضية المساندة، وبهذا يتم إجراء تعديلات في الموضوعات والجوانب التي تخص بيئة التعلم، والمنهاج الدراسي؛ إذ يتم تعديل:

1- المنهاج الدراسي:

بحيث يلبي حاجات الطفل، ويضيف في الوقت نفسه مهارات أساسية، ومناهج مقدمة للأطفال والأفراد العاديين.

2- بيئة التعلم:

ذلك أن المصابين بالشلل الدماغي يحتاجون إلى توفير بيئة خاصة مختلفة عن البيئة الطبيعية التقليدية؛ لذا فإن هناك إجراءات وتعديلات لا بد من حدوثها مثل: البيئة الصفية الخاصة، والبيئة المدرسية، والأثاث المدرسي، والأجهزة المساعدة، ووسائل النقل، والمواصلات، والمواد التعليمية.

ومن هذه الخدمات المساندة: العلاج الطبيعي بخدماته المتنوعة، والعلاج الوظيفي والمهني، وهذه البرامج هي الأكثر إلحاحاً في ضرورة تقديمها، نظراً إلى طبيعة الإصابة وآثارها السلبية المترتبة عليها.

انواع البرامج التربوية المقدمة للمعوقين حركياً:

1- مراكز الإقامة الكاملة:

وهذه المراكز تكون ملحقة غالباً بالمستشفيات أو العيادات الطبية، وهي تصلح للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، واضطراب العمود الفقري، ووهن العضلات؛ إذ يحتاج هؤلاء الأطفال إلى رعاية صحية خاصة، وإشراف مستمر وكامل من قبل أطباء اختصاصيين، وممرضين من ذوي الخبرة.

2- برامج الدمج الأكاديمي:

يتناسب هذا النوع من البرامج مع ذوي الشلل الدماغي البسيط، أو مرض الربو، أو مرض السكري، أو التهاب المفاصل؛ إذ يكون للطلبة صفوف خاصة بهم ضمن المدارس العادية، أو يمكن دمج الأطفال مع العاديين شرط تنظيم البيئة المدرسية؛ وذلك لتناسب مع الظروف الصحية التي يوجد فيها هؤلاء الطلبة المعوقون؛ فهناك أطفال لا يستخدمون المقاعد العادية؛ فلهم مقاعد متحركة؛ إضافة إلى حاجاتهم إلى معينات حركية؛ ليمكنوا من الحركة من دون بذل مجهود كبير.

3- مراكز التربية النهارية:

وهذه المراكز تتناسب مع ذوي الإعاقات العقلية؛ لا سيما الناتجة عن الشلل الدماغي؛ إذ يجب أن يتلقى هؤلاء الأطفال برامج علاجية في المراكز النهارية؛ إضافة إلى البرامج التعليمية مثل: العلاج الطبيعي، والبرامج التربوية، على أن تتناسب مع درجة الإعاقة بالشلل الدماغي، ودرجة الإعاقة العقلية.

ومن هذه البرامج أيضا المهارات الأساسية اللغوية، ومهارات الحياة اليومية، وبرامج التأهيل المهني (Rehabilitation Programs)؛ لتعليم المصاب مهنة تتناسب معه، أو إيجاد فرصة عمل له، واستخدام العلاج الطبيعي، وتأهيل المصاب بالأطراف الصناعية التأهيل الاجتماعي كي يتمكن هذا المعوق من التكيف مع مجتمعه الذي يوجد فيه (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 204). ويشير سيرفز، وهينتز، وكالدويل (Sirvis, Heintz and Caldwell, 1995) وهيوارد (Heward) إلى الأهداف العامة التي يجب أن يحققها فريق العمل وأولياء أمور المعوقين حركياً، هي:

1. التواصل.
2. النمو الأكاديمي.
3. الوعي الذاتي، والنضج الاجتماعي.
4. التربية المهنية، والتدريب على مهارات العيش.
5. استقلالية المعوق جسدياً، والذي يتضمن التمكن من مهارات الحياة اليومية.

7- التكنولوجيا، والإعاقات الحركية:

1- الحاسوب: استخدمت تكنولوجيا الحاسوب في السنوات الماضية لمساعدة الطلبة ذوي الإعاقات الحركية الشديدة في التغلب على القيود الوظيفية التي تفرضها عليهم إعاقاتهم، وذلك لتحسين مهاراتهم في التواصل، ومهاراتهم الأكاديمية (Tanaka and Lian, 1995)، ولكن هذه التكنولوجيا تحتاج إلى اختيار الجزء الفعال من أجزاء الجسم لتشغيل الجهاز، فإذا تعذر الضغط على أزرار لوحة المفاتيح بأصابعهم؛ فيجب عليهم الاستعانة بأدوات تأشير خاصة، وتتوافر الآن مفاتيح تشغيل معدلة: تشتمل على أدوات تأشير؛ يتم التحكم فيه بالفم، والرأس، أو اليد، كما يمكن تكييف لوحة المفاتيح بتوسيعها، أم بجعلها حاسة للمس، أو تشغيل الحاسوب بالكلام، إذ إنه يستطيع تعرف بضع مئات من الكلمات.

وهناك بعض نظم التواصل الحاسوبية، والتي يمكن وصلها مباشرة مع بعض أجهزة الحاسوب من خلال أدوات توصيل خاصة، ومن خلال تلك النظم يستطيع الطالب المعوق حركياً الوصول إلى البرمجيات المحوسبة، والمتوفرة لجميع الأشخاص.

2- أدوات قلب الصفحات (Page Turners):

هناك أدوات إلكترونية أو يدوية تقلب صفحات الكتاب، ويتحكم بها المعوق من خلال مفتاح تشغيل يحركه بفمه، أو بذقنه.

3- لوحات التواصل: (Communication Boards):

هذه اللوحات تحتوي على صور، أو أحرف، أو كلمات يختار منها الشخص المعوق جسماً ما يرغب فيه، أو يلبي احتياجاته، ويقوم هذا الشخص بعملية الاختيار عن طريق التأشير يدوياً إلى الشيء، أو بالضغط على زر.

4- الأجهزة الهاتفية (Telephones):

هذا الهاتف يستخدم في برامج تعليم الطلبة من ذوي الإعاقات الجسمية الشديدة، والتي يتم تنفيذها في المنزل، أو المشفى؛ فيتصل بالصف، أو يشارك في بعض الأنشطة.

5- كراسي العجلات الإلكترونية (Electronic wheelchairs):

يتحكم المعوق صاحب الكرسي بحركة هذه الكرسي عن طريق زر صغير يمكن تشغيله باليد، وهذه الكرسي تساعد الأشخاص العاجزين على دفع أنفسهم، وهناك أنواع من الكرسي يمكن تشغيلها بأدوات تقنية معدلة جداً تعمل باللسان، أو بالتنفس.

6- الأطراف الصناعية (prostheses):

وهي أطراف بديلة تهدف إلى تعويض الشخص عن طرف مبتور، أو مشوه، وهذه الأطراف نوعان: وظيفية، وتجميلية.

7- أدوات أخرى:

تم تطوير عدد كبير من الأدوات التقنية لمساعدة الطلبة المعوقين جسماً على التواصل مع غيرهم، ومنها: الأدوات الإلكترونية التي تم تصميمها لهذا الغرض، إذ يزود المستخدم بأوراق مطبوعة، وبعضها يصدر أصواتاً اصطناعية، وتتوافر معدات وأدوات مساعدة أخرى أو مكيفة؛ لدفع التشوهات أو الانحرافات الجسمية، وذلك لمساعدة الأشخاص على تأدية الأنشطة البدنية المتناسبة إلى حد كبير مع قدراتهم الوظيفية.

وهناك أدوات تستخدم في تشغيل الكراسي المتحركة بالصوت، أو التنفس، أو الأقطاب الكهربائية المنشطة للأطراف المشلولة، أو الأذرع الآلية، وذلك لتحسين مستوى الضبط الحركي، والأداء الجسمي لذوي الإعاقات الحركية.(الخطيب، 2005، 124)

الفصل السادس

صعوبات التعلم

1. مقدمة.
2. مفهوم، صعوبات التعلم وتعريفها.
3. أسباب صعوبات التعلم.
4. المحكات التي تستخدم في تحديد صعوبات التعلم.
5. تصنيف صعوبات التعلم.
6. مظاهر صعوبات التعلم.
7. أساليب قياس وتقويم صعوبات التعلم.
8. علاج صعوبات التعلم.
9. التكنولوجيا وصعوبات التعلم

الفصل السادس

صعوبات التعلم

1- مقدمة:

أصبح الاهتمام بموضوع (صعوبات التعلم) كبيراً، وذلك من قبل الأطباء، والمربين، وأولياء الأمور والمجتمع عموماً، وقد تطورت الدراسات التي دارت حوله تطوراً سريعاً مقارنة ببقية المجالات المتعلقة بالتربية الخاصة، وذلك نتيجة للوعي الكبير الذي أصبح لدى الناس، واهتمامهم بتربية أبنائهم، ومقارنتهم مع غيرهم في أبسط الأمور، وملاحظة التقصير أو البطء لديهم. وقد تكون هذه الصعوبات ناتجة عن إعاقة عضوية مختلفة المنشأ من (سمعية، بصرية، جسدية)، أو انفعالية نفسية، وقد لا تكون هناك إعاقة.

كما أن الأفراد الذين يتصفون بوجود هذه الصعوبات لديهم قد يكونون من مستويات متوسطة (اجتماعية، ثقافية، اقتصادية)، وقد يكونون من مستويات أعلى.

وقد أطلق مصطلح: (صعوبات التعلم) على هؤلاء الأفراد نتيجة لاعتراض بعض الأهالي والمربين على مصطلحات أخرى قد تكون مؤثرة في نفوس من يتصفون بصعوبة التعلم؛ لذا جاء هذا المصطلح أخف وطناً من غيره، ودراسة هذه الشريحة ليس أمراً سهلاً، وذلك لتعدد أشكالها، وتنوعها وعدم وجود قاعدة ثابتة لمظاهرها، وأسبابها، لذا ستعتمد هذه الدراسة إلى تعريفها، وتصنيفها، وعرض مظاهرها، وأسباب قياسها، وتشخيص علاجها، وعرض واقعها في البلاد العربية، وذلك للإحاطة بها ما أمكن، ومحاولة إيجاد مفهوم معين وواضح لدى المهتمين بهذا الموضوع.

2- مفهوم وتعريف صعوبات التعلم:

من الصعب تحديد مصطلح ثابت وتعريف محدد لصعوبات التعلم، وذلك لأن كل من يعمل في هذا لمضمار ينسب هذه الصعوبات إلى اختصاصه؛ فالطبيب ينسب هذه الصعوبات إلى أسباب عضوية، وفيزيولوجية، ووظيفية متعلقة بالخلل العصبي، أو التلف الدماغي، بينما يركز اختصاصي التربية على قدرات الطفل العقلية، وعدم سويتها مقارنة بأقرانه العاديين، وكذلك الاختصاصي النفسي يؤكد اضطراب العمليات النفسية الأساسية لدى الطفل؛ مما أدى لديه إلى صعوبة في التعلم.

ومما يجعل من تحديد المصطلح أمراً صعباً هو: تعدد المصطلحات التي تطلق على ما يدل على (مصطلح صعوبات التعلم) مثل: الخلل الوظيفي الدماغي البسيط، وإصابة الدماغ، والإعاقة الخفية، وعسر، أو احتباس الكلام، وعسر القراءة، وعسر الكتابة، وغيرها.....

إضافة إلى اشتراك عملية صعوبات التعلم مع مظاهر أخرى من الإعاقات، واضطراب السلوك، وقد لا تكون واحدة عند جميع المصابين بها.

وقد ظهرت تعاريف مختلفة لهذا المصطلح يمكن أن نتبّعها وفق تسلسلها الزمني؛ لنلاحظ مدى تطورها، أو اختلافها.

فعند كيرك (1963) عرفها بأنها (مفهوم يشير إلى التأخر، أو الاضطراب، أو التخلف في واحدة أو أكثر من العمليات الخاصة بالكلام، واللغة، والقراءة، والتهجئة، والكتابة، أو العمليات الحسابية البسيطة نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن إعاقة سمعية، أو بصرية، أو حركية، أو تخلف عقلي، أو حرمان ثقافي. (Hardman, etal, 1996, P.262).

فهو يعيد الصعوبات إلى الخلل الوظيفي الدماغي مستثنياً منه الأطفال المعوقين، والمتخلفين بيئياً.

بينما عرفها باتمان (1965)، بأنها مصطلح يدل على: الأطفال المتباينين تبايناً واضحاً في التعلم من حيث القدرات العقلية، ومستوى الإنجاز الفعلي نتيجة اضطرابات في عملية التعلم قد يصاحبها، أو قد لا يصاحبها خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي، وعدم وجود إعاقة عقلية، أو حسية، أو حرمان بيئي ثقافي. (السيد، 2000، 94)

وهنا باتمان يعزو سبب الصعوبات إلى اضطرابات عملية التعلم بعيداً عن الخلل العضوي والنفسي لصعوبات التعلم بالتعاون مع كيرك، ويتضمن ما يلي:

صعوبات التعلم مصطلح: يشير إلى الأطفال الذين يعانون من قصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية اللازمة لفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، ويتجلى هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو أداء العمليات الحسابية، وقد يكون سبب هذا القصور عائداً إلى إعاقة في الإدراك، أو إصابة في المخ، أو إلى الخلل الوظيفي المخي البسيط، أو إلى (الديسلكسيا)، وهي: عسر، أو صعوبة القراءة، أو (الأفازيا) وهي: الحبسة الكلامية، ويستثنى هذا المصطلح الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية ناتجة عن إعاقة بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو تخلف عقلي، أو اضطراب انفعالي، أو حرمان بيئي، أو ثقافي، أو اقتصادي. (Hardman, etal, 1996, P.261).

أما اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم (Njcltd)؛ فقد قدمت تعريفا لصعوبات التعلم عام (1981)، وكان مغايرا للتعريف السابقة مفاده ما يأتي: (إن صعوبات التعلم هي: مصطلح عام يشير إلى مجموعة متباينة من الاضطرابات تظهر على شكل صعوبات واضحة في اكتساب، واستخدام أي من مهارات الإصغاء، والكلام، والقراءة، والكتابة، والحساب، والمحاكاة).

وتعد هذه الاضطراب داخلية المنشأ، ويمكن أن تعزى إلى خلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي، وعلى الرغم من أن هذه الصعوبات يمكن أن تتزامن مع صعوبات أو اضطرابات أخرى (كالصعوبة الحسية، أو التخلف العقلي، أو الاضطرابات السلوكية، أو الآثار البيئية غير الجيدة كعدم كفاية فرص التعليم، والحرمان الثقافي) إلا أنها ليست نتيجة لها. (Gearheart- etal, 1994, P. 271

فإذا قارنا بين التعاريف السابقة؛ نجد أن التعريف الأخير هو التعريف الأشمل، والأوضح؛ لأن ما سبقه يكتنفه بعض الغموض، وعدم الدقة في تحديد المصلح، وعدم الإحاطة بالأسباب المؤدية للصعوبات جميعها.

ولكن إلى الآن لم يحدد تعريف صعوبات التعلم تحديدا كاملا؛ لأن الدراسات والأبحاث ما زالت قائمة، ولم تستطع الفصل تماما في موضوع التباين بين التحصيل الفعلي، والتحصيل المتوقع والتباين في نمو المقدرات العقلية.

3- أسباب صعوبات التعلم:

كثيرة هي المسببات لصعوبات التعلم؛ فمنها ما هو وراثي، ومنها ما هو بيئي، والمدخل الطبي ينظر إلى هذه الأسباب الوراثية التي تؤثر في ما يتعلق بالجهاز العصبي عند الطفل.

ولكن المدخل السلوكي ينظر إلى الصعوبات من خلال الأسباب البيئية؛ التي ترصد علاقة الطفل بمحيطه الاجتماعي، ومتغيراته، وهذا المدخل هو ما يرتبط بالعملية التعليمية؛ لأن المعلم لا يحتاج لمعرفة العلاج الطبي لهذه الحالات، وإنما يحتاج لمعالجات تربوية وسلوكية، وذلك لكي يبتكر وسائل وأساليب علاجية للأطفال من ذوي صعوبات التعلم.

وقد أجمع الكثير من الباحثين على أن هذه الصعوبات تنتج عن خلل دماغي، ومنهم: لرنر (Lerner) وهلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) (الظاهر، 2005، 245) فالجزء المسؤول عن العمليات الحيوية في الجسم هو: المستقبل للمثيرات الحسية والعضلية والجلد، وهو الذي يقوم أيضا بإرسال الإشارات العصبية للجسم، كما يقوم بتخزين المعلومات، وتفسيرها؛

لذا فإن إصابته، أو تلفه قد يؤثران كثيراً في النمو العقلي، وقد يحدث هذان الأمران قبل الولادة، أو في أثنائها، أو بعد الولادة.

1- أسباب ما قبل الولادة:

وهذه الأسباب تتعلق بالأم عند الحمل، وفي أثنائه، وما تتعرض له من أمراض أو مشاكل منها: إصابة الأم بالحصّة الألمانية ولاسيما، في الأشهر الثلاثة الأولى، أو اضطراب عملية التمثيل الغذائي، أو الخلل الكروموسومي؛ وقد تظهر على الذكور صعوبات كلامية، أو قرائية، أو حركية، وذلك نتيجة لزيادة كروموسوم (X) فيصبح (XY)، وهذا ما يطلق عليه متلازمة كلاينفلتر (Kline Felter,s) أما عندما تكون الزيادة في (Y)؛ فهذا يؤدي إلى نشاط مفرط، واندفاعي، وسلوك عدواني.

وهناك من ربط بين وزن الطفل غير الطبيعي، ومشكلات التطور، والتعلم.

كما أن تعرض الأم للتصوير من خلال أشعة (X)، لاسيما في الأشهر الثلاثة الأولى قد يسبب للطفل إعاقات فيما بعد، وكذلك تعاطيها للمضادات الحيوية القوية التركيز، ولا سيما في الأشهر الثلاثة الأولى، فهذه أشهر تأسيسية في تكوين الجنين؛ لذا فإن أيأ منها قد يسبب للطفل صعوبات تعليمية مستقبلية

وقد تصاب الأم بالسحايا في أثناء الحمل، أو الأمراض الزهرية، أو اضطرابات في الغدد الصماء، وكذلك سوء التغذية، ونقص الأوكسجين، وتناول المسكرات أو المخدرات، أو التدخين.

2- أسباب التي قد تحدث في أثناء الولادة:

- 1- عدم وصول حاجة الجنين من الأوكسجين.
- 2- استخدام أدوات غير معقمة.
- 3- استخدام أدوات صلبة.
- 4- طول مدة المخاض قد تؤثر في الدماغ؛ فتؤدي إلى تلفه.
- 5- التوليد غير الصحي.
- 6- الاختناق بسبب انقطاع الأوكسجين.
- 7- الولادة الجافة.
- 8- عسر الولادة الذي قد ينتج عن قلة الماء الذي يحيط بالجنين، أو اضطراب الحالة النفسية للأم الذي يؤدي إلى نوع من التشنج لا يساعد على الولادة الطبيعية.
- 9- انفصال المشيمة المبكر؛ الذي قد يؤدي إلى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية.

10- الولادة المتأخرة جداً، أو المبكرة جداً، ولا سيما التي تتعلق بعمر الأم، و تؤدي إلى عدم نمو الجنين جيداً.

3- أسباب ما بعد الولادة:

1- قد يكون هناك علاقة بين ردود الفعل التحسسية الناتجة عن الأغذية، وصعوبات التعلم، إذ اهتم الأطباء والمربون لمدة بدراسة هذه العلاقة، فهناك دور تقوم به الحساسية في الصعوبات التعليمية، وهو دور معقد يتداخل مع متغيرات أخرى. (الخطيب، الحديدي، 1998، 168)

2- الأمراض والحوادث التي قد تصيب الطفل في سن مبكرة، وتؤدي إلى تلف في دماغه.

3- نقص سكر الدم يؤدي إلى اضطرابات نفسية وبيكولوجية تؤثر بدورها في صعوبات لتعلم.

4- حوادث السقوط، والضرب القوي والدهس كلها قد تؤثر في سلامة الجهاز العصبي.

5- التسمم بمادة الرصاص؛ فهناك دراسات مقارنة بين الأطفال الذين تقل نسبة الرصاص في أسنانهم وأطفال لديهم نسبة عالية منها، ووجدت فروق واضحة بين الطرفين من الوجهة الاجتماعية، والتربوية، والنفسية، وهي ليست لصالح الطرف الثاني.

6- التهابات الأذن، ولا سيما الوسطى؛ لأنها ترتبط بمهارات التعلم السمعي؛ مما يضعف العملية التعليمية، وتحديدًا التهجئة والقراءة.

7- التغذية السليمة للطفل، ولا سيما في مراحل النمو المبكرة؛ لأنها تؤثر في تطور الطفل .

وهناك مؤثرات بيئية تسهم في وجود صعوبات التعلم لدى الطفل، أو قد يزيد منها مثل: وضع الأسرة الاقتصادي، والثقافي، والاجتماعي، وعلاقاتها بالمحيط حولها، وهل هناك نماذج يحتذى الطفل بها في أسرته، أو بيئته؟ إضافة إلى عدم أخذ الطفل كفايته من الأنشطة اللغوية، واتباع الاهل لأساليب غير تربوية عند تنشئة الطفل مثل: الحماية الزائدة، الشدة الزائدة، التذبذب، الإهمال، التفرقة، الرفض الصريح أو المستتر.

وكذلك المدرسة تشكل عاملاً مساعداً في زيادة صعوبات التعلم، وذلك عندما يتبع المدرس أساليب غير تربوية مع الأطفال، ويتبع طرائق تعليمية قديمة ومناهج تقليدية.

لذا فإن التفاعل بين المتعلم والمعلم، والانتماء إلى الصف ثم المدرسة، كل ذلك له أثر في الوسائل، والطرائق التي يستخدمها، والتي يكون لها دورها الفاعل في تخفيف صعوبات التعلم.

4- المحكات المستخدمة في تحديد صعوبات التعلم:

كثيرة هي المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم، ولكن أكثرها استخداماً، هو:

1- محك التباين:

وهذا المحك يتضمن تعاريف عديدة منها: التباين بين القدرات الحقيقة للفرد والأداء، والتباين بين الوظائف النفسية، واللغوية، أو التباين بين القدرات العامة أو القدرة العقلية الخاصة، والتحصيل الدراسي .

ولكن هناك تحفظ حول المحك المتعلق بالقدرة العقلية والتحصيل الدراسي، وذلك لعدم القدرة على تحديد القدرات العقلية للفرد، كما أن التحصيل يتأثر بعوامل عدة منها: الدافعية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، إضافة إلى فقدان الموضوعية والصلاحية والثقة في الاختبارات أحيانا .

وهذا المحك يزداد إذا كانت المقارنة بين القدرات العقلية للمتقوين عقليا، أو الجانب الأكاديمي، ولا سيما في ما يتعلق بالقراءة، والكتابة، والحساب .

2- محك الاستبعاد:

يعتمد هذا المحك على التشخيص الدقيق بين صعوبات التعلم وبقية الإعاقات، وذلك لارتباط مظاهر الصعوبات بالإعاقات الأخرى (العقلية - الانفعالية)؛ فالصعوبات يرافقها إعاقات أخرى أحيانا؛ كفقْد البصر، أو السمع، أو اضطرابات سلوكية، ويستفاد من هذا المحك في تعريف صعوبات التعلم .

3- محك التربية الخاصة:

يعتمد هذا المحك على فكرة مفادها: أن الأطفال من ذوي صعوبات التعلم يصعب عليهم التعلم وفق الطرائق التقليدية المتبعة مع الأطفال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم، وكذلك الطرائق المتبعة في تعليم المصابين بإعاقات أخرى قد لا تتناسب مع ذوي الصعوبات، بل يحتاجون إلى طرائق خاصة بهم. وهذا المحك ضعيف مقارنة مع سابقه؛ لأن الصعوبات ليست عامة، وقد تكون في جانب من دون آخر، وقد يحتاج الطفل إلى نوع من أنواع التعليم الفردي الذي يغطي هذا النقص

4. محك النضج:

هذا المحك يعتمد على أن النضج هو أحد الأسباب الرئيسة لصعوبات التعلم، إذ وجد الباحثان (Bender-1957)، وسلنجر (slinger-1971) أن الذكور أبطأ في اتجاه النضج من الإناث لذلك؛ فإن نسبة الذكور الذين يعانون من صعوبات التعلم أكثر من الإناث، وهذا يعود إلى معاناتهم من مشكلات إدراكية، أو حسية، أو حركية لها أثرها الكبير في تعلم التمييز بين الحروف الهجائية، وهذه المشكلات تصيب الذكور أكثر من الإناث.

5- محك العلامات الفيزيولوجية (العصبية):

يركز هذا المحك على التلف العضوي أو الفيزيولوجي لتعرف صعوبات التعلم، والمعالجة في هذه الحالة تكون عند طبيب اختصاصي يتولى هذا الموضوع. (الظاهر، 2005، 237)

5- تصنيف صعوبات التعلم :

بما أن مفهوم صعوبات التعلم غير متفق عليه تماماً؛ فإن هذا ينعكس على تصنيفها أيضاً لأسباب عدة منها:

1. صعوبات التعلم ليس لها مظهر واحد؛ وإنما تتجلى في مظاهر عدة، وهذه المظاهر يمكن ألا تكون موجودة في فرد بعينه.
 2. اختلاف درجات هذه المظاهر.
 3. أسباب الصعوبات متنوعة، وقد تكون ناتجة عن سبب واحد، أو أسباب عدة.
 4. الشريحة المهمة بهذه الفئة قليلة، وتكاد تنحصر في الأطباء وعلماء النفس والاجتماع، والتربية الخاصة.
- ولكن يمكن أن تصنف هذه الصعوبات تصنيفاً علمياً من أجل تسهيل الدراسة ما أمكن، وهي تصنف إلى:

1- صعوبات التعلم النمائية، أو النفسية:

لأن الإنسان كل متكامل يرتبط مع بعضه، وبما أن العقل السليم في الجسم السليم؛ فإن أي خلل في عضو عند الإنسان لن يقتصر تأثيره في الجانب أو العضو نفسه، وإنما سينعكس على جوانب أخرى؛ فالذاكرة، والتفكير، والانتباه، والإدراك كل هذه عمليات عقلية، والخلل فيها سيؤثر سلباً في اكتساب العلم، واللغة، والقراءة، والكتابة؛ فالانتباه يرتبط بالمشاعر الحسية الصادرة عن الآخرين، والقصور فيه سيقبل من التنبيه

للمعاملات السمعية، والبصرية، واللمسية، ومن ثم سيؤثر في عمليات التواصل مع المحيط الذي يشكل الوسط الاجتماعي.

كذلك الذاكرة تسترجع المعارف عند الانسان على اختلاف أنواعها، ومن ثم ستؤثر في التحصيل المعرفي، كذلك الإدراك يؤثر في عمليات التمييز البصري، والسمعي، واللمسي والتناسق البصري الحركي

2- صعوبات التعلم الأكاديمية:

هذا النمط من الصعوبات يرتبط بالنمط السابق، وهو نتيجة له لأن القصور في عمليات التذكر والإدراك والتفكير والانتباه سيعرض الطفل إلى صعوبات في التحصيل المعرفي من قراءة، وكتابة، وتعبير، وإملاء، وحساب.....
فإن هو تعلم الأرقام، وذاكرته لم تسعفه في تذكرها؛ فلن يتذكرها لقصور ذاكرته البصرية، أو السمعية، وكذلك الأحرف، وهذا كله يؤدي إلى عدم توافق بين مستوى ذكاء الطفل، ومستوى القراءة، والكتابة الموجهة له، ومن ثم يعاني من صعوبات التعلم. (الظاهر، 2005، 240).

6- مظاهر صعوبات التعلم

كثيرة هي مظاهر صعوبات التعلم، ولكنها قد لا تظهر عند فرد واحد يعاني منها، وإنما قد يظهر مظهر واحد أو أكثر عند هذا الفرد، كما تختلف هذه المظاهر من فرد إلى فرد في تنوعها وحدتها، وذلك حسب الأسباب المؤدية إلى ظهورها، ومن هذه المظاهر:

1- المظاهر السلوكية:

تتجلى المظاهر السلوكية عند ذوي صعوبات التعلم في ضعف التركيز، والانتباه المرتبط بشروط الذهن، والتشتت؛ مما ينعكس سلباً على مدى تلقي التعليم، وقد يترافق مع صعوبة في الإدراك الحركي، والسمعي، والبصري؛ مما يؤدي إلى صعوبة في التمييز بين الأشياء، والأشكال، والرسوم.

إضافة إلى ذلك يتصف هؤلاء باستمرار النشاط الحركي الزائد، وعدم الاستقرار على حال واحدة، يرافق ذلك اتصافهم بعدم التوازن في المشي أو الحركة، وهذا لا يعود إلى خلل في أجسامهم؛ وإنما يكون سلوكهم غير مقبول اجتماعياً، وهذا السلوك قد يعمم على هذه الفئة.

كما أنهم يتصفون بالاستمرار، والمداومة (perseveration) على أمر ما؛ فيصعب عليهم الانتقال من مهمة إلى أخرى؛ فقد يكتب أحدهم الكلمة الواحدة أسطراً عديدة ولكن يصعب عليه

كتابة غيرها، أو قد يكتب الكلمة الأولى، ولكن عندما ينتقل إلى الثانية؛ فإنه يكررها مرات عدة، ولا ينتقل إلى كتابة غيرها.

2- الاضطراب الانفعالي والاجتماعي:

تعد المرحلة العمرية الأولى من حياة الطفل مرحلة أساسية للإنجازات النفسية الكبيرة التي ستشكل شخصيته المستقبلية في سنوات حياته المقبلة، ومما يظهر على الطفل من ذوي صعوبات التعلم: العزلة، وعدم القدرة على تقديم أداء ثابت أو قوي، ويجعل نفسه ضمن زمرة الضعفاء تعليمياً، لاسيما في القراءة؛ لعدم قدرته على مجاراة زملائه الأقران؛ مما يؤدي إلى عدم ثقته بنفسه، والنظرة إليها نظرة دونية؛ مما يحدث لديه توتراً دائماً؛ فهو يشعر بالمدلة، والمهانة، وتكون لديه مشاعر سلبية تجاه نفسه؛ فالقراءة مهمة في جميع المواد الدراسية، وتؤثر في تعلم بقية المواد؛ مما يخلق لديه قلقاً ينتقل إلى الآباء، ويؤدي إلى انعزال الطفل عن زملائه بسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 133)

3-المظاهر اللغوية:

بما أنّ صعوبات التعلم تكون خاصة بالتعليم؛ فإنّ مظاهر الضعف، والخلل في اللغة ستبدو جلية، وفي أكثر من مادة، ومن ذلك:

أ- صعوبة القراءة أو ما يسمى عسر القراءة أو الديسلكسيا (dyslexia):

إذ يجد الطالب صعوبة في التهجئة، ومن ثم في القراءة، وقصوراً في التعامل مع ما يكتب أمامه، ويمكن أن تعزى أسبابها إلى خلل عضوي، ووظيفي في الدماغ.

ب- صعوبة الكتابة أو ما يسمى : (dysgraphia):

وتتمثل بالخطأ في ترتيب الكلمات، أو إبدال الأحرف ببعضها، وقد تعود أسباب هذه الصعوبة إلى ضعف القدرة الحركية الدقيقة، أو عجز في التأزر البصري الحركي، أو عجز في القدرة على إدراك الرموز، والطفل المصاب بصعوبة التعلم في الكتابة لا يستطيع أن يكتب شيئاً بتلقائية كأقرانه العاديين، كما أنّه يخطئ كثيراً عند كتابة الإملاء نحياناً، ولغوياً، ولا يوجد لديه تنسيق أو تنظيم بين الكلمات، أو الأحرف، أو السطور .

ج- صعوبة الحساب أو ما يسمى: (dysculculia):

والطفل في هذه الحالة يخلط بين الآحاد، والعشرات، وقد يغير الرقم؛ فيكتبه مقلوباً، ولا يتقن عمليات الحساب الأربعة من ضرب، وجمع، وقسمة، وطرح.

د- تأخر ظهور الكلام: (language delay)

وهذا يعني تأخر ظهور الكلمة الأولى إلى سن الثالثة أو أكثر، علماً بأنها يجب أن تظهر في السنوات الأولى عادة، والكلمة هنا تعني الجملة مجازاً، كما يظهر لديهم صعوبة في الاتصال مع الآخرين في التعبير الشفوي، أو عيوب نطقية مثل: الحبسة الكلامية، أو التأناة، أو التلعثم، أو إبدال حرف من حرف، أو حذف حرف، أو إضافته. (الظاهر، 2005، 242)

4-المظاهر العصبية البيولوجية (Biological aspects):

وتتجلى في بعض الإشارات العصبية الخفيفة (sligt neurological signs)، والتي توحي بوجود حالة من حالات صعوبات التعلم، والتي تظهر في المهارات الحركية الدقيقة.

أوقد تظهر اضطرابات عصبية مزمنة؛ تعود إلى إصابة قديمة للدماغ جرت قبل الولادة، أو في أثنائها، أو بعدها.

ولا يعني وجود هذه المظاهر أن الطفل معوق، أو أن أسرته فيها إعاقة؛ فهو طفل غير معوق عقلياً. (الروسان، 1999، 170)

5- صعوبات في عملية التفكير:

يوجد لدى الأطفال من ذوي صعوبات التعلم قصور في عمليات التفكير - وهذا نجده نتيجة إجراء دراسات عديدة - ولديهم قصور في التخطيط لحل المشكلات، وفي المهارات ما بعد المعرفية؛ أي قصور في الرقابة العقلية النشطة، وفي تنظيم النتائج، وتناسق العمليات المعرفية والعقلية، وقصور في الخطط والطرائق التي تعينهم على التعلم بشكل أفضل كما أنهم يتصرفون باندفاع من غير تفكير. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 134)

6-مظاهر الادراك البصري:

لدى ذوي صعوبات التعلم تختلف درجاتها في الإدراك البصري؛ المرتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى الخسارة المخية، ويتجلى ذلك في عدم قدرتهم على ترجمة ما يرونه، وفي عدم قدرتهم على التمييز بين الأشياء، وإدراك علاقاتها ببعضها، ولديهم ضعف في الذاكرة البصرية، وضعف في القدرة على ربط سلسلة الأحداث. كما يصعب عليهم التركيز، ويعجزون عن تحقيق التكامل بين الإبصار وحركة أجزاء الجسم، وهذا يؤدي لديهم إلى الخلط بين أشكال الحروف، ولاسيما المتشابهة منها (ع-غ)، (ح-خ-ج)، وكذلك الأرقام، ونجد لديهم بطئاً في تعلم الحروف الهجائية، وصعوبة في النسخ، وعدم القدرة على تذكر القواعد التي تعلموها في الإملاء، وهذا قد يرتبط

بصعوبات من نوع آخر منها: مشكلات العلاقات المكانية التي يصعب عليهم التعامل معها من حيث المسافة والشكل .

7- مظاهر الإدراك السمعي:

يؤثر ضعف الإدراك السمعي في مدى التعلم، ويجد المصاب به صعوبة في التكيف مع البيئة المحيطة به، وهذا يؤدي أيضاً إلى صعوبة في التذكر السمعي، والتمييز السمعي؛ مما يؤدي إلى عدم التركيز والانتباه في أثناء الدرس، والتلفت كثيراً حول الآخرين، كما يجد صعوبة في تذكر أصوات المعلومات الشفهية، وعدم تذكر تسلسلها، وكذا صعوبة في تركيب الأصوات، وذلك لتشكيل الكلمات. (الظاهر، 2005، 243)

8- صعوبات في التحصيل الدراسي:

يظهر لدى ذوي صعوبات التعليم تذبذباً شديداً في التحصيل الدراسي، وقد يكون ذلك في مادة واحدة، أو في مواد عدة، وهذا ما يميز ذوي الصعوبات المتأخرين دراسياً؛ الذين نجد لديهم ضعفاً عاماً في جميع موادهم الدراسية، وتذبذباً في مادة نفسها. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 134)

7- أساليب قياس وتقييم صعوبات التعليم (Learning disabilities):

يقوم المدرسون أو الآباء أو الأطباء بتحويل الطلبة الذين يكون مستواهم العلمي في الأداء أقل من المتوقع في مرحلتهم الدراسية إلى اختصاصي، والذي يقوم بدوره بقياس وتقييم صعوبات التعلم، وذلك باتباعه الخطوات الآتية:

1. إعداد تقرير عن حالة الطفل العقلية، وذلك بإجراء اختبارات الذكاء المقننة على البيئة المحلية.
2. إعداد تقرير عن عملية التعليم، لا سيما جوانب الضعف والقوة.
3. إعداد تقرير عن مهارات الطفل في القراءة والكتابة.
4. البحث عن أسباب هذه الصعوبات .
5. وضع فرضيات تشخيصية من خلال جمع المعلومات الخاصة بالحالة.
6. تطوير خطة تدريبية فردية على ضوء الفرضيات التشخيصية.

فالطفل إذا بقي في الصف مع زملائه من العاديين من دون عناية؛ فإن هذا لن يساعد على تطوير قدراته، لذا فهو بحاجة إلى برامج فردية خاصة بحالته، وربما ازدادت حالته سوءاً

مع تقدمه في المراحل الدراسية، فالتعامل المبكر مع هذه الحالات يساعد على تجاوز الصعوبات مبكراً.

وحالات الأطفال من ذوي صعوبات التعلم تشكل تحدياً أمام الأسر والمختصين والأطباء؛ لأن التعامل معهم، وكشف أسباب مشكلاتهم أصعب من التعامل مع المعوقين عقلياً، كما أنهم يواجهون مشكلات كبيرة وصعوبات كثيرة عندما يريدون التعلم أكثر من الأطفال المتوسطي الذكاء.

وهذا يشكل فقداناً هائلاً للطاقة البشرية، وعبئاً ثقيلاً على مفهوم الطفل لذاته، وبما أن مجال التعامل مع صعوبات التعلم ما زال حديث العهد مقارنة بالإعاقات الأخرى؛ لذا فإن أساليب العلاج المتبعة، وطرائقه ما زلت محدودة، ومتغيرة. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 137)

8- علاج صعوبات التعلم:

استخدمت أساليب كثيرة في علاج صعوبات التعلم منها:

1- الأسلوب الطبي:

يقوم هذا الأسلوب على الاعتماد على أساس هو: أن صعوبات التعلم ناشئة عن خلل عضوي وظيفي في الدماغ، أو خلل كيميائي حيوي في الجسم؛ لذا فإن علاجه يتم وفق ما يلي:

أ. العلاج بالعقاقير الطبية:

ويستخدم هذا العلاج مع حالات فرط النشاط، والتشتت في الانتباه؛ إذ يقل النشاط الزائد فتتحسن درجة استعداد الطفل للتعلم، وهناك معلومات تشير إلى أن فرط نشاطه يبدأ بالانخفاض مع بداية سن البلوغ؛ لذا فإن العلاج بالعقاقير قد لا يكون مجدياً بعد سن الثانية عشرة أو سن البلوغ؛ عندما يكون مرتفعاً جداً.

والعقاقير المستخدمة في هذا العلاج: الريتالين (Ritalin) والديكسيدرلين (Dexedrine) والساييليرين (Sylerine). (السرطاوي، القريوتي، الصمادي، 1995، 254)

وقد أثبت هذا العلاج بالعقاقير نجاحه في بعض حالات صعوبات التعلم، ولكنه لا يزال يواجه الكثير من الجدل، والخلاف حول استخدامه بسبب الآثار الجانبية التي تترتب عليه إذا ما

استخدام لأوقات طويلة، وكذلك الدراسات التي دارت حوله بحاجة للمزيد من البحث والتقصي؛ لتأكيد مصداقيته.

ب- العلاج بضبط البرنامج الغذائي:

وذلك عن طريق استبعاد المواد الكيميائية الملونة والحافظة، ومواد النكهة المصنعة التي تدخل في صناعة أغذية للأطفال، والمواد الغذائية المحفوظة كالفواكه والعصير، وغيرها؛ لأنها كلها تزيد من فرط النشاط لدى الأطفال، كما أن آثارها الجانبية لا تقتصر على الأطفال من ذوي صعوبات التعلم؛ بل تشمل جميع لأفراد، وهذا العلاج يفتقر إلى السند العلمي المدعم بالأدلة.

ج- العلاج عن طريق الفيتامينات:

وذلك عن طريق إعطاء جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص، أو شراب للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم؛ لأن مثل هذه الجرعات قد تحسن قدرتهم على الارتباط، وخفض درجة النشاط لديهم. (السرطاوي، القريوتي، الصمادي، 1995، 225)

والأساليب السابقة لا تعالج صعوبات التعلم مباشرة، وإنما تركز على العلاج غير المباشر، وهي تتراوح بين قبول واستحسان ورفض بين الأوساط العلمية، والتربوية، ولكنها تتال التأييد أكثر عند المختصين، والمربين؛ لاستفادتهم من خلالها. (أبو فخر وزملاؤه، 2006، 234)

2- الأسلوب النفسي والتربوي:

يرتكز هذا لأسلوب على توظيف المجالات النفسية، والتربوية، وتطبيقاتها في مجال التعليم لدى الأطفال من ذوي صعوبات التعلم، وهذا النوع من التدريس يعرف باسم: التدريس العلاجي؛ لأنه يركز على مظاهر معينة، محاولاً التغلب عليها من خلال التعديل في طرائق التعليم، وأساليبه، ويتضمن الاتجاه النفسي اللغوي ثلاثة أساليب كما ذكرها كيرك، وكالفنت، 1988، وهي:

1. التدريب القائم على تحليل المهمة:

ويقصد بهذا التدريب: التدريب المباشر على مهارات محددة وضرورية لأداء مهمة أكبر؛ فالقراءة على سبيل المثال تحتاج إلى مهارات كبيرة لأدائها أكثر من الكتابة والحساب، ولكي تكون هذه المهمة ناجحة يجب أن يكون هناك خطوات هي:

أ. تحديد الهدف من تعلم المهارة

ب. تجزئة المهمة التعليمية إلى وحدات صغيرة يمكن أن يقوم الطفل بها.

وهذا الأسلوب يعتمد على تحليل المهمة أولاً، وذلك لكي يتقنها الطفل، ويستطيع القيام بها، ثم يقوم بالتركيب لعناصرها؛ مما يسمح له بتنفيذها بعد إتقانها وفق تسلسل منتظم.

مثال ذلك: الطفل الذي يواجه صعوبة في قراءة قطعة ما؛ فإن المدرس ممكن أن يقسمها إلى جمل، ثم إلى كلمات، ثم إلى أحرف، وبعد ذلك يحدد المدرس طبيعة الطفل، ويعرف إذا كان قادراً على امتلاك الخطوات الفردية للنجاح في أداء المهمة، كما أنه يحدد الأهداف، ثم ينظم البرنامج العلاجي المناسب من خلال استخدام أساليب التعزيز.

2- التدريب القائم على العمليات النفسية:

يمكن الاستفادة من هذا الأسلوب من أجل تحسين القدرات العقلية الأساسية؛ فعلى سبيل المثال: الطفل الذي يثبت نظره مرات عدة عند قراءة السطر الواحد؛ فإن التدريب يمكن أن يقلل عدد هذه المرات من خلال تدريب حركات العين، ولكن هذا الأسلوب لا يحقق الهدف منه وهو: تحسين سرعة القراءة.

وزيادة السرعة في القراءة يمكن أن تتحقق من خلال استخدام الاستراتيجيات المباشرة في مهمة القراءة، وذلك من خلال النظر، والاستماع، والمقارنة، والفهم لما يسمع ويتكلم، ومن ثم يصل الطفل إلى مرحلة الحفظ ولاسيما في مرحلة رياض الأطفال، وهذه العمليات سابقة لتعلم مهارة القراءة.

لذا يترتب على المعلم الذي يشخص العلاج أن يركز على العمليات النمائية المرتبطة بالصعوبة؛ لأن الطفل الذي يعاني من مشكلة تمييز بصري من المفيد تدريبه على التمييز للحروف والكلمات، والتركيز عليها في حال صعوبة القراءة.

3- الأسلوب المستفيد من التدريب على تحليل المهمة والعمليات النفسية:

يستفيد هذا الأسلوب من الأسلوبين السابقين معا من دون فصل؛ لأنه يعتمد على أن العمليات النفسية ليست قدرات عقلية منفصلة؛ وإنما هي سلسلة من العمليات المتعلمة؛ ومجموعة من الاستجابات الشرطية المتعلقة بمهمة معينة؛ ويمكن وصف هذا الأسلوب بشموله لمراحل ثلاث:

1. تقييم مواطن الضعف والقوة عند الطفل.

2. تحليل المهمات التي يخفق فيها الطفل من أجل تحديد تسلسل المهارات السلوكية والمعرفية المطلوبة لأداء هذه المهمة.
3. الجمع بين المعلومات الخاصة بتقييم الطفل، وتحليل المهمات من أجل تصميم الأساليب التدريسية والمواد التربوية التي سيتم تقييمها بشكل فردي.

4- الأدبيات التربوية:

1- أسلوب الحواس المتعدد:

يؤكد البرنامج المتبع ضمن هذا الأسلوب على التعامل مع الوسائل التعليمية بصورة مباشرة؛ وهذا الأسلوب يعمل على حل مشاكل الطفل، وذلك باستخدام حواسه المختلفة في عمليات التدريب؛ لأنه يفترض أن يكون الطفل أكثر قابلية للتعليم عند استخدامه أكثر من حاسة من حواسه.

ويعد أسلوب فرناند المسمى: أسلوب (VAKT) نموذجاً لهذه الأساليب، ويعني (V): يمثل حاسة الإبصار، وهو الحرف الأول من كلمة (Visual) و (A) يمثل حاسة السمع، وهو الحرف الأول من كلمة (Auditory)، و (K) يمثل الإحساس بالحركة، وهذا الحرف هو الحرف الأول من كلمة (Kinesthetic).

و (T) يمثل حاسة اللمس؛ وهذا الحرف هو الأول من كلمة (Tactual)، وفي هذا الأسلوب يمكن أن يحكي الطفل قصة للمدرس، ثم يقوم المدرس بكتابة كلمات هذه القصة على السبورة؛ بعد ذلك يطلب من التلميذ النظر إلى الكلمات (البصر)، ثم يستمع الطفل إلى المدرس عندما يقرأ هذه (السمع)؛ بعد ذلك يقرأها الطفل (النطق)، وأخيراً يكتبها الطفل؛ فتشارك حواسه من (الحركة - الإحساس - اللمس).

2 - أسلوب تعديل السلوك المعرفي:

يعتمد هذا الأسلوب على محاولة تعديل تفكير الفرد، بينما يعتمد التعديل التقليدي على تعديل السلوك الظاهري (السرطاوي، سيسالم، 1987، 55)، ويتضمن التعديل المعرفي: استخدام استراتيجيات التعليم الذاتي المعرفي لتوجيه السلوك، والتحكم بالتصرفات، ويعد هذا الأسلوب من أفضل الأساليب المستخدمة مع أطفال صعوبات التعلم، وذلك لأسباب عدة أهمها:

1. لأنه يؤكد على المبادرة الذاتية من الطفل، وذلك بإشراكه في تدريب نفسه، وهذا ما يساعده على تخطي السلبية، والقصور في التعليم.

2. يعلم الطفل طرائق تساعد على حل مشاكله.

3. هذا الأسلوب مناسب لمعالجة مشاكل الانتباه والاندفاع.

3- أسلوب التدريب النفسي - التربوي:

هذا الأسلوب موجه للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، ويعتمد على برنامج متكامل ينطلق من نواحي القصور الممكنة عند الأطفال، وهو برنامج تدريبي نفسي تربوي، وقد قام بإعداده (فاليت، Vallet)، وهو على شكل رزمة تعليمية يستهدف من خلالها تنمية المهارات الآتية: النمو الحركي، والتكامل الحسي- الحركي، والمهارات الإدراكية الحركية، والنمو اللغوي، والمهارات المفاهيمية، والمهارات الاجتماعية.

وهذا البرنامج يهدف إلى ما يلي:

1- النمو الحركي:

إذ يقوم هذا البرنامج على تدريب الطفل على مجموعة من التمرينات الرياضية - الحركية وفق تعليمات محددة؛ مما يساعد على تطور النمو العصبي - الفيزيولوجي؛ لأن الأطفال غير الناضجين جسمياً، والذين يفتقرون إلى مهارات التأزر بحاجة إلى تدريب وتمرينات رياضية تتزايد صعوبتها تدريجياً إلى أن يتعلم مهارات الضبط الجسمي الأساسية، وهذا ما يساعد هذا البرنامج على تحقيق أهدافه.

2 - التكامل-الحركي:

هذا البرنامج ينطلق من المواقف العلمية، ومواقف حل المشكلات التي تتطلب التوجيه المكاني، ومعرفة العلاقات بين الأشياء؛ لذا فإن الأنشطة الموجهة إلى هذا البرنامج تقوم على التوجيه الجسمي، ومعرفة أجزائه، والعلاقات بين الأشياء، والتدريب على التطبيق والتعميم.

3- المهارات الإدراكية- الحركية:

يهدف هذا البرنامج إلى التمييز البصري بين الأشياء، ونشاطاته تبدأ من المطابقة بين الألوان، ووضع الأشياء ضمن فئات، ومطابقتها مع التصاميم الخاصة بالصور المختلفة وصولاً إلى التمييز الرمزي المتعلق بالأرقام، والحروف، وأنماط الكلمة.

4- النمو اللغوي:

ويهدف إلى تكوين اللفظ، والاستجابة اللغوية السليمة؛ إذ يقدم فرصاً تربوية متنوعة تنطلق من الخبرة العلمية والأدوات الملموسة؛ لتصل إلى تعلم الألفاظ الرمزية.

5- المهارات المفاهيمية:

وتهدف إلى تنمية المفاهيم العددية؛ بحيث يبدأ الطفل بتحريك الأشياء، ثم عدّها، ومقارنة كمية الأشياء ضمن مجموعات مختلفة، كما أن الطفل يتعلم ويربط بين الرموز والعلاقات بين الأرقام ($<$ ، $>$ ، $=$)، ويتعلم أن الرموز تمثل أعداداً بعينها.

6- المهارات الاجتماعية:

هذه المهارات تهدف إلى قبول الطفل اجتماعياً؛ إذ يتعلم الأطفال من خلالها ضبط الذات، والتعاون، والسلوك المناسب، وفي هذا البرنامج تحديداً يجب أن يتعاون أولياء الأمور مع المدرسة في التعليمين: المباشر؛ وغير المباشر ليتم تحقيق الفائدة من اتباع هذا الأسلوب، ولكي يتقن الطفل العادات الشخصية، والمهارات ذات العلاقة بالسلوك الاجتماعي. (أبو فخر وزملائه، 2006، 176)

9- التكنولوجيا، وصعوبات التعلم:

هناك برامج تعويضية تصمم لتزويد الأطفال بالخبرة التعليمية، وذلك من خلال التقنيات ووسائل تكنولوجيا المعلومات؛ مثل المواد المسجلة، والتقنيات البصرية، وغيرها، والتعلم عن طريق الزملاء.

وهذا النوع من البرامج يطلق عليه اسم: العلاج القائم على تدريب المهارة، ويستند بشكل رئيس إلى التركيز المباشر على المشكلة التي تظهر لدى الطفل. كما يستند إلى النظرة القائلة: إن الطفل وجدت لديه هذه المشكلة؛ لأنه لم يتلق الفرص المناسبة للتعلم؛ فالطفل الذي لا يستطيع قراءة جملة؛ فإنه يعيد القائم على علاجه إلى الأساس، وهو قراءة الحرف، ثم قراءة الكلمة، وهذا النوع من العلاج يسمى العلاج القائم على التعلم المباشر. (أبو فخر وزملائه، 2006، 33).

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

1. مقدمة.
2. تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
3. نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
4. تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
5. أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
6. قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
7. بعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
- ب. العدوان ج. الانسحاب
8. خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وطرائق الكشف عنهم.
9. التدخل العلاجي للاضطرابات السلوكية والانفعالية.
10. البرامج المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
11. التكنولوجيا واضطرابات السلوك.

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

1- مقدمة:

كثرت التعاريف التي دارت حول تحديد مفهوم الاضطرابات السلوكية، والانفعالية عند الشباب، والأطفال، وكثر المعروفون من أطباء، وأطباء نفسيين، واختصاصيين تربويين أو نفسيين، أو قانونيين، وكذلك المربين.

ومن هذه التعاريف أو المسميات:

1. الانحراف:
 2. سوء التكيف الاجتماعي Social Maladjustment
 3. الإعاقة الانفعالية Emotionnly Handicap
 4. الاضطرابات الانفعالية Disturbances
 5. الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders
- وهذه الاضطرابات السلوكية والانفعالية لها آثارها الكبيرة في الطفل المصاب بها، إذ تؤثر في علاقاته مع أسرته، وأصدقائه، والمحيط الاجتماعي كله من حوله، وكذلك تؤثر في التحصيل العلمي لديه .

فإذا لم تتم معالجة هذه الاضطرابات، ولم يتدخل في إزالتها؛ فإن المصاب بها سيعيش في حالة من الألم الانفعالي، والعزلة الاجتماعية، وربما ترك مدرسته؛ ليندمج في سلوكيات سلبية ضد المجتمع الذي سيعيش فيه، وكلما كان التدخل العلاجي مبكراً كانت النتائج أفضل من حيث التحصيل العلمي، والعلاقة الاجتماعية الإيجابية مع من حولهم .

2- تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

كثرت تعاريف هذه الاضطرابات - كما أشرنا - ولكن لم يتفق على تعريف محدد تماماً وذلك الأسباب منها:

- 1- عدم وجود تعريف محدد للصحة النفسية.
- 2- تباين العواطف، والسلوك، وصعوبة قياسهما بمقاييس محددة.
- 3- تنوع الأساليب النظرية والدراسات الفلسفية لتفسير السلوك.

- 4- تعدد الجهات والمؤسسات التي تخدم ذوي الاضطرابات واختلافها في وصفهم.
- 5- اختلاف التوقعات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالانفعال والسلوك.
- ولكن هناك تعريف تم اعتماده لقربه من القبول أكثر من غيره للاضطرابات السلوكية، والانفعالية، وهو التعريف الذي قدمه (بور Bowr)، وقد اعتمد فيه على قانون تعليم الأطفال المعوقين، ويمكن أن نجل تعريفه في أنه هو:
- وجود واحدة، أو أكثر من الصفات الآتية لوقت طويل من الزمن، وهي واضحة وظاهرة، وتؤثر في التحصيل العلمي، وهذه الصفات هي:

- 1- سيادة مزاج من الحزن، والكآبة.
 - 2- عدم القدرة على التحصيل العلمي مع عدم وجود إعاقة عقلية، أو حسية، أو صحية.
 - 3- عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية شخصية مع الأصدقاء والمعلمين وإن بنيت فإنها لا تدوم طويلاً.
 - 4- النزوع إلى تضخيم الأعراض الجسمية مثل: الآلام، والمخاوف، والمشكلات المدرسية، والمشكلات اللغوية، والكلامية.
 - 5- وجود أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- كما عرف كوفمان (Kauffman 1977) الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً بأنهم يبدون سلوكيات غير سوية تجاه الآخرين، وهذه السلوكيات غير مقبولة، وغير متوافقة مع مجتمعهم وبيئتهم المحيطة بهم، كما ان توقعاتهم مع أنفسهم ومحيطهم غير سوية.
- ولكن رغم الاختلاف بين التعريفين؛ إلا أنهما يتفقان في الإشارة إلى:

- 1- اعتماد معيار السلوك من حيث الاضطراب وعدم القبول بناء على التوقعات الاجتماعية والثقافية.
- 2- الفرق بين السواء واللاسواء يكمن في الدرجة لا في النوع. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 143)

3- نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لا يمكن تحديد هذه النسبة بدقة؛ لأنها تتعلق بأمور كثيرة منها: شدة الإعاقة، والمقياس المستخدم في قياسها، ودرجة تحضر البلد الذي توجد فيه هذه الإعاقة، واختلاف المجتمع بين زراعي، أو صناعي، أو تجاري إضافة إلى عدم وجود تعريف محدد - كما سبق أن أشرنا - لهذه

الإعاقة لكي تحصى وتحدد نسبتها تماماً؛ كما أن الإعاقة الانفعالية، لأنها تتعلق بالشعور؛ فإنها لا تحدد بحجم، أو شكل، أو مقياس ثابت.

والنسبة قد تكون لدى المضطربين سلوكياً أعلى من المضطربين انفعالياً؛ لأنها تكون أكثر ظهوراً للآخرين.

وتتعلق نسبة الاضطراب باختلاف الجنس؛ فمثلاً سلوك العدوانية يتجلى لدى الذكور أكثر من الإناث، وهذا السلوك قد يكون ناتجاً عن تشجيع الأسرة للذكور كي يتبعوا هذا السلوك أكثر من الإناث؛ بينما يكثر الاضطراب الانفعالي والاكتئاب لدى الإناث أكثر .

ويشير هلهان وكوفمان إلى أن (0.01) من أطفال المدارس مضطربون انفعالياً، ويحتاجون إلى علاج من خلال التربية الخاصة، ولكن هذه النسبة لا تكون كذلك إذا ما قيست عند الصغار والكبار، والأمر يختلف عندما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية، والسلوكية معاً، ولكن نسبته تزيد في الاضطرابات السلوكية. (الظاهر، 2005، 286)

4- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

بما ان تعريف هذه الاضطرابات غير محدد فإن تصنيفاً أيضاً لن يكون محدداً تماماً، ولن يكون مقبولاً لدى الجميع من المهتمين في هذا المجال؛ فهذه الاضطرابات منها ما يكون بسيطاً، ومنها ما يكون معقداً، ومنها ما يكون داخلياً عميقاً ليس له تأثيره في الآخرين، ومنها ما يكون واضحاً ظاهراً كالعدوانية، ومنها ما يؤثر في القدرات العقلية، ومنها ما يحد من طاقة الفرد وقدرته، ونشاطه.

وعموماً فإن التصنيف (الطبي النفسي) للجمعية الأمريكية من أقدم التصنيفات، ولكنه واجه بعض الانتقادات الموجهة إليه، لأنه كان محدوداً؛ فأضيفت إليه الجوانب العقلية (التخلف العقلي)، والجوانب الانفعالية مثل: التوتر، والقلق، والجوانب الجسمية مثل: اضطراب الحركة السلوكية؛ كاضطراب الخوف، والتوحد، والنمائية.

ولكن هذا التصنيف قد يكون بعيداً عن دور المدرس الذي يميل إلى التعامل مع السلوك الجلي الظاهر، والتصانيف السابقة تشير إلى سلوكيات خفية يصعب على المعلم التعامل معها.

ولكن ظهر تصنيف (كوي، quay) في السبعينات، وهو يعد من أفضل التصنيفات للاضطرابات السلوكية، والانفعالية لأنه شمل أربعة أبعاد، وهي:

1- اضطرابات التصرف **conduct disorders**: وهي تتعلق بالمشاجرة، وعدم الطاعة، والتخريب، وعدم التعاون، واستخدام ألفاظ نابية.

2- اضطرابات الشخصية **personality disorders**: وتشتمل على البكاء المستمر، والخوف، والقلق، والانسحاب، وعدم الثقة بالنفس.

3- عدم النضج **immaturity**: ويدل عليه قصر مدة الانتباه، والفوضى، والكسل وضعف التركيز، وأحلام اليقظة.

4- الجنوح الصباني **social delinquency**: ويدل عليه التهرب من أداء الواجبات، والهروب من المدرسة، والسرقة.

وهذا التصنيف خاص بالمعلم، ويفيده في تشخيص حالات الطلاب المصابين بالاضطرابات، أكثر من التصنيف الطبي النفسي الأمريكي.

ويمكن أن نشير إلى أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تختلف من حيث شدتها سواء أكان السلوك داخلياً، أم خارجياً: فمثلاً المصاب بانفصام الشخصية يعاني من اضطراب شديد في التفكير، ولا يستطيع التمييز بين ما هو حقيقة أو خيال، ويصيبه هلوسات، وهذاء، وانطواء، واستغراق في أحلام اليقظة، بينما العدوانية سلوك ظاهري يمكن للمعلم أن يكشفه، ويحسن التعامل معه، ويعالجه أيضاً؛ بينما يصعب عليه التعامل مع حالات أخرى مثل: انفصام. (الظاهر، 2005، 287)

5- أسباب الاضطرابات السلوكية، والانفعالية:

أسباب الاضطرابات كثيرة، ولكنها ليست ضمن درجة واحدة من التأثير؛ فمنها ما هو شديد، ومنها ما هو متوسط، ومنها ما هو بسيط، وهذا يعود إلى الأسباب التي أدت له، ولكن يمكن تقسيمها إلى:

1- عوامل بيولوجية:

فهناك علاقة بين العوامل الجينية، والعصبية، والبيوكيميائية، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، وقد تجتمع هذه العوامل كلها لتؤدي إلى هذه الاضطرابات، وقد توصل (كالمان kallman) إلى وجود عامل وراثي متتح يرثه الفرد، ويهيؤه للفصام، ولكن هذا لا يعني أن الفصام يورث، وإنما قد يهيئ للفصام، وقد يكون هناك علاقة بين طبع الفرد، ومزاجه، والاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تصيبه؛ إذ نجد من يكون حاد المزاج أو صعب الطباع، أو سهلاً.

كما يوجد إشارات إلى العلاقة - غالباً - بين الخلل العصبي وحالات الفصام كما أشار إلى ذلك (Kauffman Hallahan).

وربما كانت هناك علاقة بين عوامل ما قبل الولادة والاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: سوء التغذية عند الأم، أو تناولها الكحول والمخدرات التي تسبب معظم الإعاقات الجسدية، وقد تسهم في حدوث الاضطرابات الانفعالية والسلوكية أيضاً، إضافة إلى وضع الأم النفسي السيئ خلال الحمل.

2- عوامل بيئية:

لهذه العوامل اثرها الكبير في الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ولا سيما العلاقات الأسرية، وربما كانت العلاقة السلبية بين الأم، وطفلها هي المسبب لمثل هذه الاضطرابات. وجو الأسرة له دوره الكبير في تنشئة الطفل، ولا سيما في سنواته الأولى؛ ومما يؤثر في الطفل أسباب كثيرة منها ما يتعلق بالأسرة، ومنها ما يتعلق بالمدرسة.

أولاً: ما يتعلق بالأسرة:

1- أساليب المعاملة الوالدية:

يعد المناخ الأسري هو العنصر الرئيس في تكوين شخصية الطفل، ومعاملة الوالدين لأبنائهم لها دورها الكبير في تنشئته؛ فمثلاً المعاملة التي يسودها كثرة الدلال، والوصاية الزائدة على الطفل قد تؤدي إلى العصيان، وكثرة المطالب، ونوبات الغضب، ومحاولة السيطرة على الآخرين، واللامبالاة، والاتكالية، وعدم الشعور بالمسؤولية.

بينما الأطفال الذين يتعامل معهم الوالدان بتسلط هم أكثر إذعانا لسيطرة والديهم، وأكثر طاعة لهم، مع انعدام الشعور بالأمن لديهم، ويتصفون بالجبن عند التعامل مع أقرانهم. وقد يتصف سلوك الوالدين بالعشوائية، وعدم اتباع منهجية ثابتة في تربية الأولاد، لا سيما في موضوع المكافأة والحرمان، أو الثواب والعقاب، وهذا مما يخلق القلق والخوف عند الأطفال، ويجعل منهم شخصية مذذبة غير مستقرة.

وقد يكون هناك تفرقة في المعاملة بين الأبناء من حيث الجنس، أو العمر، أو الترتيب الولادي، أو المرض، أو الصحة، أو الشكل الخلقي، وذلك من قبل الأب، أو الأم، أو كليهما معاً، وهذا التعامل قد يؤدي عند الطفل إلى الحقد، والرفض الذي قد يعبر عنه بسلوكيات عدوانية موجهة نحو الذات، أو نحو الآخرين، وبأساليب مختلفة ومتعددة .

2- حجم الأسرة:

فكلما كان حجم الأسرة كبيراً كانت العرضة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية فيها أكبر، وهذا ما أشارت إليه معظم الإحصائيات والدراسات.

3- الترتيب الميلاي للطفل:

يولد الطفل في بيت واحد، وضمن بيئة واحدة، ولكن البيئة النفسية تحديداً لا تكون واحدة، مع أن الأطفال يشتركون بمتغيرات واحدة؛ إذ يعطى الطفل الأول الاهتمام، والرعاية إلى حد كبير؛ بينما يكون الأخير مدلاً إلى حد الشطط، وهذا ما يجعل الأطفال الذين يكون ترتيبهم الرابع، أو الخامس يشعرون بالإهمال؛ فينفسون عن شعورهم هذا بالعناد، أو العدوانية، وقد يظهر تميز إلى حد بعيد لأنهم يحاولون إثبات وجودهم في أسرهم من خلال بروز طاقاتهم وقدراتهم.

4- المرض الأبوي:

فالأطفال الذين يعانون آباؤهم من أمراض يكونون عرضة للمشاكل والاضطرابات السلوكية والانفعالية.

5- حالات الطلاق، والخلافات العائلية:

هذه العوامل لها آثارها السلبية في نفسية الأطفال، ولاسيما في السنوات الخمس الأولى من عمرهم؛ فغياب الأب، أو غياب الأم، أو غياب كليهما له أثره الكبير في المشاكل السلوكية التي يعاني منها الأطفال.

كما أن الخلافات المستمرة بين الأبوين تلقي ظلالها السلبية على جو الأسرة، فعندما يخفق الآباء في إشباع حاجاتهم النفسية من بعضهما؛ فإنهما يتوجهان إلى تفرغها في أبنائهم.

ثانياً: المدرسة:

للمدرسة دورها في سلوك الطفل، ولها دورها الفعال في جعل الطفل المتعلم متكيفاً أو غير متكيف؛ فالمعلم هو العنصر الفاعل والمؤثر في الطفل، ويمكن أن يجعله محباً للعلم، أو كارهاً له وفقاً للأساليب والوسائل المستعملة في التدريس أيضاً؛ فالأسلوب القسري الاستبدادي الذي يجعل من المعلم محوراً لكل شيء في الصف قد ينفر الطفل من المدرسة، والأسلوب المتهاون اللين الذي يفتقد للحل والربط تسوده الفوضى، وتتعدم فيه الضوابط، وهناك الأسلوب المتذبذب الذي تسوده الشدة واللين في غير موضعهما، وبعيداً عن العلمية أو الموضوعية أيضاً يجعل من المتعلم ناشئاً متذبذباً.

وكذلك للمنهج التدريسي الذي يتبعه المدرس في تعليم أبنائه دوره في سلوكهم؛ إذ يتبع المدرس منهجاً يراعي فيه ميول طلابه؛ بينما قد يتبع مدرس آخر منهجاً بعيداً عن ميول طلابه، وعليهم أن يتمحوروا حوله.

وكذلك للمناخ المدرسي، ولسياسة الإدارة والمدرسة، وحجمها، ونوعها (أحادية، مختلطة)، حكومية، أو خاصة، وكل ما يوجد في المدرسة له أثره في تكيف المتعلم، أو عدم تكيفه.

ثالثاً: عوامل ثقافية:

للثقافة العامة المحيطة بالأطفال دورها الكبير في تنشئة الفرد، وأثرها في تطوره الانفعالي، والسلوكي، والاجتماعي، وما ينتشر فيها من عادات، وتقاليده، ومعايير سلوكية، ومعتقدات فكرية، ومطالب، ومحرمات.

كما للإعلام دوره الكبير في نشر ثقافة معينة لدى الأطفال من تحذير من المخدرات، والخمور، أو لامبالاة، أو تشجيع العنف من خلال برامج الأطفال، أو من مصاحبة بعض الأقران، وتأثيرهم السلبي أو الإيجابي؛ فهذه كلها تشكل محيطاً عاماً بالأفراد، وتؤثر فيهم سلباً أو إيجاباً. فإذا أتينا إلى التفصيل نجد مثلاً أن لكل طبقة اجتماعية قيمها، وعاداتها، وتقاليدها، وثقافتها الخاصة بها، وهذه الأمور التي تحدد معاملة الوالدين غالباً لأبنائهم، وتؤثر في تنشئتهم وفقاً لمعاييرها، وثقافتها، ورؤيتها للأمور، وتحاول أن تغرس فيهم هذه الثقافة ليمارسوها في أوضاع اجتماعية وطبقية مماثلة.

وهناك صلة وثيقة أيضاً - كما يرى روتر وكوينتون Rutter and Quinton - بين الطبقة الاجتماعية، والاضطرابات السلوكية إذ إن نسبة الذين يعانون من اضطرابات نفسية قد تصل إلى (0.045) ينتمون إلى أسر يكون الأب فيها عاملاً غير متميز، أو عاملاً شبه ماهر. كما أن التعامل مع الأطفال من حيث جنسهم له أثره عند الطفل؛ فالمجتمع عموماً ثقافته تميل إلى الذكور أكثر من الإناث، وقد يبرز هذا الأمر في المجتمع الشرقي أكثر من برونه في المجتمع الغربي

وكذلك العرف الاجتماعي يشجع السلوك العدواني لدى الذكور بهدف الدفاع عن أنفسهم، وعن غيرهم، ولا يستحسنه عند الإناث اللواتي يجب أن يتميزن بالنعومة، واللفظ.

كما أن الإساءة للأطفال ترتبط ارتباطاً رئيساً بثقافة المجتمع، وتسهم في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم .

يبقى أخيراً العنصر المادي: إذ يبدو أن الكفاية المادية والثقافية إذ كانتا منخفضتين أو معدومتين؛ فلهما أثرهما الكبير في تنشئة الطفل؛ فعدم توافر الظروف الطبيعية للتطور والنمو، وعدم القدرة على تأمين الحاجات الأساسية والغذاء المناسب لنمو الطفل، وعدم تأمين الألعاب

الضرورية لإشباع حاجات الطفل النفسية، لا سيما الألعاب المعدة لتعليم الطفل كل، ذلك قد يسبب في إخفاق الطفل، مع أن الإسراف في تأمين هذه الاحتياجات أيضاً له أثره السلبي في تربية الطفل، ولا يخفى على أحد أثر الإخفاق والإحباط السلبي في نفسية الطفل، واتباعه سلوكيات مضطربة وغير سوية. (الظاهر، 2005، 293)

6- قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

إن قياس هذه الاضطرابات ليس على درجة واحدة من الصعوبة، أو السهولة، ولكن يبقى أمر الكشف عن الاضطرابات السلوكية أكثر وضوحاً لأنه أمر خارجي يسهل تشخيصه، بينما الكشف عن الاضطرابات الانفعالية أمرها أصعب لأنها غالباً تكون موجهة نحو الذات، وهي تتمثل في الاكتئاب والقلق.

كما يختلف تشخيص هذه الاضطرابات بين المعلم والأسرة من حيث الدقة؛ فالمعلمون مثلاً يمكن أن يكشفوا هذه الاضطرابات أكثر من الأسرة؛ لأنهم يتعاملون مع أطفال أكثر، وهذا ما يجعلهم يميزون هذه الاضطرابات لدى بعض الأطفال من غيرهم، كما أنهم على معرفة ودراية بالسلوك المتلائم من غير المتلائم.

ولكن في الأسرة أيضاً الآباء يكونون على معرفة ومتابعة للتطور التاريخي الذي لحق بأطفالهم، والظروف المحيطة بهم؛ فالطفل يقضي وقتاً ضمن أسرته أطول من الوقت الذي يمضيه في مدرسته.

لذا من الأفضل التعاون بين الطرفين خلال التواصل بينهما عن طريق سؤال الأهل عن أولادهم، أو متابعة المدرسة لمشاكل الطفل، ووضع الأهل في صورة وضع أبنهم بشكل دائم. وقد يساعدهم تقدم عمر الطفل الزمني على تعرف مشاكله، فالاضطرابات السلوكية والانفعالية، والمتغيرات والسلوكيات التي تظهر لدى الطفل مع تقدم عمره، وهنا للمعلم دوره في كشف المتغيرات، والمعلمون يتفاوتون في متابعتهم لهذه الأمور.

كما تختلف هذه الاضطرابات حدة وهذوءاً بين البيت والأسرة وفقاً لمتغير الزمان والمكان؛ فقد نجد طفلاً ذا مشكلات سلوكية في البيت، ولكنه هادئ في المدرسة، وقد نجد عكس هذه الحالة، وقد يكون الطفل انفعالياً في الصباح، ولكنه يهدأ في الظهر؛ فالتغيير قد يكون حسب الزمان والمكان.

ولكن يبقى تقدير المعلمين والآباء تقديراً غير معتمد، ومحكاً غير ثابت في تقييم حالة الأطفال، والكشف عن اضطراباتهم السلوكية والانفعالية.

إلا أن تقدير المعلمين أكثر دقة من تقدير الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين؛ لأن المعلم يحتك بالطفل لوقت طويل، ويقارن سلوكه بأقرانه، وهذا ما أشار إليه كل من (هلمان وكوفمان) (Hallahan and Kauffman -2003-p-263)

وقد استخدم والكر، وزملاؤه خطوات عملية ثلاث لهذا الغرض، وهي:

- 1- قوائم المعلمين، ورتب المتعلمين ذوي المشاكل الداخلية والخارجية، ووضع التوصيف المناسب لحالاتهم ومشاكلهم، وترتيبها كان بالتدرج حسب تشابهها من الأكثر تشابهاً إلى الأقل.
- 2- يملأ المعلم استمارتي استبيان لأعلى ثلاث رتب للمتعلم، ويضع على الاستمارة الأولى إشارات حول وضع المتعلم عن الشهر السابق، هل قام بسلوكيات معينة؟ مثل: (السرقه، الشتيمة، الكلام البذيء، السب، ثورات الغضب ...)، ويملأ الاستمارة الثانية بعدد مرات القيام بالأعمال السلبية السابقة (أحيانا - أبداً - غالباً)، وهل اتبع التعليمات الصفية؟ وهل تعاون مع أقرانه في الأنشطة الجماعية؟
- 3- يجب أن تعرض الاستمارتان على مهنيين آخرين غير المعلم مثل: (الاختصاصي النفسي، أو المرشد النفسي) ولاسيما إذا أظهر المتعلم سجلاً يفوق المعايير الاعتيادية في استمارتيه.

كما يجب أن يراقب المتعلم في الصف من أجل مراقبة توقعات تحصيله، وأدائه الأكاديمي، ويراقب أيضاً في فناء المدرسة؛ لتقييم نوعية السلوك الاجتماعي الذي يسلكه المتعلم، وطبيعته، وذلك لكي يتم تحويل الطفل المتعلم إلى التربية الخاصة إذا احتاج الأمر، وهذا مما يساعد في تحسين الخدمات المقدمة إلى المتعلمين من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (الظاهر، 2005، 299)

وقد استخدمت مقاييس مقننة لتشخيص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية مثل:

- 1- اختبار رورشاخ، أو بقع الحبر (Roschach spot of ink scale)
 - 2- مقياس الشخصية لإيزنك (Eyscnk pcrsonality Invcntory 1960)
 - 3- مقياس رسم الرجل لجودانف (Drow aman test by goodenough)
 - 4- اختبار تفهم الموضوع للكبار (Tematic apperception test)
 - 5- اختبار تفهم الموضوع للصغار (children apperception test)
 - 6- قائمة السلوك الفصامي (autism behavior cheklisty by kruge and Almond 1978)
 - 7- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD-Adaptive behavior scale 1975-1981)
- ويمكن أن نشرح بعض هذه المقاييس مثل:

1- مقياس بيركس لتقدير السلوك:

يعد هذا المقياس من أشهر المقاييس المستخدمة، وله مصداقية ودرجة ثبات عالية، وهو مقياس فردي ويستخدم من أجل قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية من عمر (6) سنوات، ويتألف المقياس من (110) فقرات موزعة ضمن (19) مقياساً، وهي:

- الإفراط في القلق Excessive Anxiety، وفقراته عددها (5)
- الإفراط في لوم الذات Excessive self-Blam، وفقراته عددها (5)
- الاعتمادية الزائدة Excessive Dependency وفقراته عددها (6)
- الانسحابية الزائدة Excessive Withdrawal، وفقراته عددها (6)
- ضعف قوة الأنا poor ego strength، وفقراته عددها (7)
- ضعف القوة الجسمية poor physical strength، وفقراته عددها (5)
- ضعف التآزر الحسي poor coorination، وفقراته عددها (5)
- تدني القدرة العقلية poor Intellectuallity، وفقراته عددها (7)
- تدني التحصيل الأكاديمي poor academic achievement وفقراته عددها (5)
- ضعف الانتباه poor Attention، وفقراته عددها (5)
- ضعف القدرة على ضبط الاستجابات poor Impulse control، وفقراته عددها (5)
- ضعف الاتصال مع الواقع poor Reality contact، وفقراته عددها (8)
- المعاناة المبالغ فيها Excessive suttering، وفقراته عددها (7)
- ضعف الإحساس بالهوية poor sense of Identity، وفقراته عددها (5)
- صعوبة ضبط الغضب poor Anger control، وفقراته عددها (5)
- العدوانية المبالغ فيها Excessive aggressiveenss، وفقراته عددها (6)
- الإحساس بالظلم المبالغ فيه Excessive persecution، وفقراته عددها (5)
- العناد المبالغ منه Excessive resistance، وفقراته عددها (5)
- صعوبة الانضباط الاجتماعي poor social conformity، وفقراته عددها (8)

2-مقاييس السلوك التكيفي:

هناك مقاييس كثيرة لقياس السلوك التكيفي منها: مقياس الجمعية الأمريكية لقياس السلوك التكيفي، ومقياس فينلاند للنضج الاجتماعي، وقائمة السلوك التكيفي للأطفال، وهذه المقاييس تختلف في طريقة بنائها، وفي الجوانب التي تختارها للقياس، ولكنها تتفق في قياسها لدرجة ملائمة سلوك الطفل في ظل مجموعة من المهمات النمائية المتوقع منها تحقيق درجة معينة من الكفاية في أدائها في مختلف المراحل العمرية؛ فهي تقيس درجة انسجام سلوك الطفل مع مجموعة من التوقعات الاجتماعية لمن هم في سنه، كما تتضمن فقرات لقياس الاستقلالية الذاتية في أداء مهمات الحياة اليومية، والمهارات الحركية، واللياقة البدنية، والمهارات اللغوية، والعلاقة مع الأصدقاء، والقدرة على تحمل المسؤولية.

ويعد مقياس السلوك التكيفي التابع للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من المقاييس المعتمدة لدى الأطفال المعوقين عقلياً، أو المضطربين انفعالياً وسلوكياً، وذوي الاضطرابات النمائية، ويهدف المقياس إلى تعرف جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعوقين عقلياً أو المضطربين انفعالياً، ويتألف هذا المقياس من (95) فقرة تشمل:

أ. السلوك التكيفي Adaptive Behavior، وعدد فقراته (56) فقرة

ب. السلوك الالتيكفي Maladaptive Behavior، وعدد فقراته (39) فقرة

أما بعد هذا المقياس، فيشتمل السلوك التكيفي على:

الوظائف الاستقلالية، والنمو الحسي، والنمو اللغوي، والنشاط المهني، والنشاط الاقتصادي، والأرقام، والوقت، والتوجه الذاتي، وتحمل المسؤولية، والتنشئة الاجتماعية.

أما القسم الثاني منه؛ فيتضمن الوظائف الآتية: السلوك العدواني، والسلوك النمطي، والسلوك التشكيلي، والسلوك التمردى، والسلوك الانسحابي، واستخدام العقاقير، والميل إلى النشاط الزائد، والعادات السلوكية غير المناسبة، والسلوك الإيذائي للذات، والعادات الصوتية غير المرغوبة، والسلوك العصابي.

3- المقاييس الاسقاطية:

مثل بقع الحبر لروشاخ، واختبار رسم الرجل، واختبار تفهم الموضوع للكبار، والصغار وهذا ما يرمز ب (TAT) اختصاراً للعبارة (thematic Apperception test)

ويعد هذا الاختبار من أكثر الاختبارات الإسقاطية استعمالاً؛ فهو يستخدم على نطاق واسع في العيادات النفسية، وفي دراسة الشخصية، وفهم الجوانب المختلفة للشخصية، وتشخيص الحالات السوية والمرضية، ومعرفة المشكلات التي يعاني منها الفرد.

ويتمحور هذا الاختبار حول تقديم عدد من الصور الغامضة إلى حد ما، ودعوة المفحوص إلى تكوين قصة أو حكاية تصف ما يدور بالصورة، أو تتحدث عن أحوال الأشخاص الذين فيها، أو الأحداث التي تجري معهم، ثم يقوم الاختصاصي بدراسة ما يقدمه المفحوص من فهم عميق لشخصيته، وحركتها، ونشاطها؛ فالقصص التي يقدمها المفحوص تكشف عن سلوكيات مهمة في شخصيته، وذلك أن الناس يميلون إلى تفسير المواقف الغامضة وفق خبراتهم الماضية، أو رغباتهم الحاضرة، أو آمالهم المستقبلية. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 151)

7- بعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

أولاً: العدوان:

يعد العدوان من السمات الرئيسة التي يتصف بها الأطفال المضطربون سلوكياً.

1 . وتعريفه هو:

أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل بهدف إيقاع الأذى، أو الألم بالذات، أو الآخرين، أو تخريب ممتلكات الذات والآخرين.

2 . مظاهره:

يأخذ الأشكال الرئيسة الآتية:

أ- **العدوان الجسدي**: ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي للذات، أو الموجه

للآخرين مثل: شد الشعر، الضرب، الدفع.....

ب- **العدوان اللفظي**: ويتجلى في الشتم، والسخرية، والتهديد.

ت- **العدوان الرمزي**: ويكون من خلال التعبير بقسمات الوجه، أو حركات اليدين

عن احتقار الآخرين، أو توجيه الإهانة لهم، والنظر بازدراء إليهم.

3 . أسبابه:

هناك أسباب كثيرة له مثل:

1- **العوامل العضوية**: هناك ارتباط بين العدوان، والاضطرابات الكروموسومية،

والهرمونية، والعصبية يؤثر بعضه في بعض.

2- **الإحباط:** هو أي عائق يحول بين الإنسان وتحقيق هدفه، ويعتقد بعضهم أن العدوان نتيجة طبيعية للإحباط.

3- **الغريزة:** يعتقد بعضهم أن العدوان ظاهرة سلوكية غريزية؛ فإذا لم يستطع الإنسان توجيهه للآخرين؛ فإنه سيوجهه إلى نفسه.

4- **التعلم:** هناك وجهة نظر تعتمد أن السلوك العدواني يعد سلوكاً اجتماعياً متعلماً ومكتسباً، وقد أوضحت النظرية السلوكية تجريبياً أثر الخبرات التعليمية الإشرافية في مستوى السلوك العدواني، وهناك عوامل عدة متعددة تؤثر في مدى السلوك العدواني، وهي:

أ- النمذجة: أي ملاحظة الوالدين، والإخوة، والأقران، والتلفاز.

ب- مدى الفرصة المهيئة لممارسة العدوان

ت- التعزيز الخارجي، والذاتي (المكافأة الخارجية والداخلية)

ث- العقاب: إذ إن إيقاف العدوان من خلال معاقبة الطفل قد يزيد عدوانيته.

4 . قياس السلوك العدواني وتشخيصه:

ويتم ذلك من خلال الطرائق الآتية:

1. الملاحظة المباشرة.
 2. تقديرات المعلمين.
 3. تقدير الأقران.
 4. قياس السلوك من خلال نتائجه.
 5. اختبارات شخصية.
 6. استراتيجيات تعديل السلوك العدواني.
- ومن أبرز هذه الاستراتيجيات ما يلي:

1- التعزيز التفاضلي:

أي تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكيات الاجتماعية غير المرغوبة.

2- العزل:

وذلك بإبعاد الطفل عن البيئة المعززة عدوانياً إلى بيئة غير معززة لمدة زمنية معينة، وذلك عند قيام الفرد بالسلوك العدواني.

3- التصحيح الزائد:

ويتم هذا الأسلوب بإرغام الطفل العدواني على إصلاح الأضرار الناجمة عن سلوكه العدواني، أو القيام بممارسة سلوك معاكس للعدوان بعد قيامه مباشرة بالسلوك العدواني.

4- النمذجة:

وذلك بتقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل، ويمكن مساعدته عن طريق لعب الأدوار، وبذلك يتم خفض السلوك العدواني لديه.

5- تكلفة الاستجابة:

ويشتمل هذا الإجراء على أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك العدواني مباشرة، وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 163)

ثانياً: الانسحاب:

يعد الانسحاب أيضاً من المظاهر الرئيسة؛ التي تتجلى لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

1. تعريفه:

وهو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي.

2. أسباب الانسحاب الاجتماعي:

1. وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي، أو اضطراب في عمل هرمونات في الجسم.
2. وجود نقص في المهارات الاجتماعية لدى الطفل.
3. خوف الطفل من الآخرين بسبب خبرات سلبية سابقة.
4. رفض الآباء لأبنائهم بقصد أو من غير قصد.
5. وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء.
6. الخجل: وهو من أكثر أسباب الانسحاب شيوعاً.

3. قياس الانسحاب الاجتماعي:

يقاس بإحدى الطرائق الآتية:

1- الملاحظة الطبيعية.

2- تقديرات المعلمين.

3- تقديرات الأقران.

أساليب تعديل السلوك الانسحابي:

تعد أساليب تعديل السلوك من أهم العوامل الفاعلة في خفض ظواهره، ومن أهم الأساليب:

1. تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب، وذلك باتباع الخطوات الآتية:

1. تشكيل السلوك المستهدف وتعريفه.
 2. تحديد السلوك المدخلي عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف.
 3. اختيار معززات فعالة.
 4. الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي.
 5. الانتقال تدريجياً من مستوى أداء معين إلى مستوى أداء آخر من أشكال السلوك الاجتماعي، وذلك بهدف الوصول إلى السلوك الاجتماعي الأرقى والمرغوب اجتماعياً.
2. النمذجة: أي مساعدة الطفل على تقليد نموذج يقوم بسلوك اجتماعي مقبول، وتعزيزه.
3. التلقين، والإخفاء:
- التلقين: هو إجراء يشتمل على استخدام مؤقت لمثيرات تمييزية إضافية مساعدة؛ من أجل زيادة احتمال أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف، ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع: جسدي، ولفظي، وإيمائي.
 - اما الإخفاء: فهو الإزالة التدريجية لعملية التلقين، وذلك بهدف مساعدة الفرد المنسحب على أداء السلوك الاجتماعي المستهدف، ولكن باستقلالية. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 165).

8- خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وطرائق الكشف عنهم:

يصعب تحديد خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدقة، وذلك لأنها تختلف وتختلط، ولا سيما في موضوع الذكاء والتحصيل الأكاديمي، والبيئة المحيطة، والظروف الحياتية. ومن أهم هذه الخصائص التي تتعلق بهذه الاضطرابات:

1. الذكاء:

هناك اعتقاد خاطئ بأن الأطفال المضطربين انفعالياً أذكاء عادة، ويكون منهم نسبة قليلة ذكاؤهم أعلى من المتوسط (هلمان وكوفمان، 2003، 223)، ولكن هذا غير دقيق لأن

معظم الأطفال المضطربين اضطراباً بسيطاً أو متوسطاً فإن نسبة الذكاء تكون لديهم حوالي 90 درجة؛ بينما المصابون باضطراب انفعالي شديد أو عميق؛ فإن نسبة اختبار ذكائهم تعادل نسبة ذكاء المعوقين، وتعادل 50 درجة.

وربما كان هناك علاقة بين التكيف والذكاء إذ يؤثر الذكاء في تكيف الفرد الاجتماعي والنفسي، وربما أدى إلى الاضطرابات السلوكية.

ولكن مشاكل السلوك لا تقتصر على الذكاء المنخفض؛ إذ ربما تعرض الإنسان المتميز بالذكاء العالي إلى عدم التوافق، وذلك لأنه يتميز بصفات قد لا يتقبلها المعلم في المدرسة، أو يكون لدى والديه أساليب تربية غير سوية؛ فمن صفاته أن يميل إلى المبادأة، والاستقلالية، وعدم الخضوع، وحب الاستطلاع، والفضول العلمي، والحساسية المرفهة، والتفكير الإبداعي الناقد؛ إضافة إلى إحساسه بالتميز من أقرانه من حيث اهتماماته وأدائه؛ مما يولد لديه مشاعر التوتر والقلق، والانسحاب والنزاع إلى العزلة.

وكذلك الإنسان المتصف بالذكاء المنخفض قد يجعل منه بطيء التعلم؛ فالناس حوله يطالبونه بما هو فوق طاقاته، كما أنه قد لا يدرك قيمة الأشياء، أو حدودها، أو القواعد التي تفرض عليه من حيث السلوك، والنظام، والترتيب؛ مما يعرضه إلى إخفاق، وإحباط، ومن ثم إلى قلق، وسلبية شديدة، وخيبة أمل.

2. التحصيل العلمي:

هناك علاقة وثيقة بين التحصيل العلمي، ومشاكل السلوك؛ فالمتعلم المصاب باضطرابات سلوكية ينشغل عن دراسته غالباً، وقد ينزل عن غيره، أو يكون سارحاً في أحلام اليقظة، وهذا ما يستكره المعلم؛ فيؤثر في تعليمه وتحصيله، وهناك مشاكل سلوكية تنتج عن عدم التحصيل، وذلك لأسباب خاصة تتعلق بالتلميذ، أو المعلم، أو الظروف المحيطة؛ مما يجعل المتعلم غير مرتاح.

فيعبر عن شعوره بسلوك غير مقبول، وقد استعرض سامبسون (sampson o.c- 1966,p.184) (44) دراسة أجريت عبر خمسين سنة كلها أكدت العلاقة بين المشاكل السلوكية والإخفاق في القراءة.

وهناك دراسة أجراها ديفي وآخرون (Davie and other,1972) أشارت إلى وجود علاقة بين القدرة القرائية والتكيف؛ فكانت النسبة أربعة من عشرة مقارنة مع الأطفال غير المصابين بمشكلات سلوكية؛ فكانت نسبتهم واحد من عشرة.

وقد رأى كوفمان (Kauffman.T.M.2001) وجود ارتباط بين معظم المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والتحصيل العلمي؛ إذ كان تحصيلهم أقل من الفرد العادي (وذلك خلال اختبارات مقننة)، وكذلك إنجازاتهم كانت أقل من المتوقع ضمن أعمارهم العقلية، أما المصابون

باضطرابات سلوكية شديدة؛ فكان قصورهم واضحاً، ولا سيما في المهارات الحسابية والقراءة، وهناك القليل منهم ممن يعرف هاتين المهارتين نظرياً، ولكنه لا يجيدهما تطبيقاً.
(الظاهر، 2005، 302)

طرائق الكشف عن المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

1. تقديرات الوالدين:

بما أن سلوك المضطرب ينشأ بين أحضان والديه، وهما يراقبان نموه وسلوكه؛ لذا فإنهما هما يعدان مصدراً للمعلومات حول حالته، وذلك عن طريق المقابلات معهما، أو من خلال قوائم الاستبيان.

2. تقديرات المعلمين:

يعد المعلمون الأكثر قدرة على كشف الاضطرابات السلوكية والانفعالية في سن المدرسة، ولعل تقديراتهم هي الأكثر دقة وموضوعية، وذلك في حال عدم كونهم متحيزين، أو أنهم يحولون الحالات السلوكية المضطربة إلى خارج الصف؛ كي لا يؤثر في سير الحصة الدراسية والتربوية.

وقد لا يحول بعض الحالات إلى الخارج مثل: الانسحاب؛ لأنها لا تؤثر في سير عملياته التربوية.

لذلك فإن قوائم الشطب التي لدى المدرس يجب أن تملأ بدقة ومصادقية.

3. تقديرات الاقران:

الأطفال الأكبر سناً من الأطفال المصابين باضطرابات سلوكية أو انفعالية يقدرون على تعرف بعض المشكلات السلوكية عند الطفل الأصغر سناً، وذلك من خلال ملاحظة إشارات سلوكية غير عادية.

4. تقدير الذات:

قد يقدر الطفل ذاته؛ فيعينه ذلك على تعرف مشكلاته التي يعاني منها، ولا سيما في حالات الاضطراب الداخلي؛ الذي يتطلب وصفاً للذات من خلال الاتجاهات والمشاعر.

5. التقديرات المتعددة:

يجب ان تتنوع طرائق جمع المعلومات حول طبيعة تطور نمو الطفل، وتكيفه، وتوافقه؛ لذا يجب أن نجمع التقديرات السابقة معاً؛ لكي تعطي نتيجة أدق، وذلك بسبب طبيعة الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والتعقيدات السيكو مترية لإجراءات الكشف المختلفة لديهم.
(كوافحة، عبد العزيز، 2005، 150)

9- التدخل العلاجي للاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لا يوجد علاج واحد شاف لهذه الاضطرابات، وذلك لكثرتها، وتعددتها، وطبيعتها، وشدتها، وأثرها في الأفراد المضطربين، وردود فعل من حولهم، ومن هذه المداخل الكثيرة، والمستخدمه في العلاج:

1. المدخل الطبي:

يعد هذا المدخل من أقدم المداخل المستخدمة مع معظم الحالات: مثل الإعاقة العقلية، والحركية، وصعوبات التعلم.

وقد استخدمت أدوية مثل: ستيلازين (stelazine) كمهدئ، وليبريوم (Librium) للقلق، وتوفرانيل (Tofranil)، وتريبتزول (Tryptizol) لعلاج حالات الاكتئاب، وأضيف إلى ستيلازين مليريل (Melleril) مهدئ لحالات الفصام.

واستخدمت الفيتامينات أيضاً لعلاج الاضطرابات، لاسيما فيتامين B6، والمواد المعدنية، وهناك أغذية يتحسس منها بعض الأفراد، وقد تسبب التهابات مخية تؤثر في السلوك والتعلم؛ لذا يوصى بالابتعاد عنها.

2. المدخل السلوكي:

وهو أنسب مدخل يمكن تطبيقه، ولا سيما ضمن الصف؛ لما له من سمات تفاؤلية منها:

أ. يحدث التعلم ضمن سياق اجتماعي فيه مكافآت وعقوبات.

ب. يمكن معالجة البيئة الصفية التي تسهل عملية السلوك غير المرغوب فيه عند المتعلم.

ج. أي سلوك يصدر عن متعلم سواء أكان مقبولا أم لا؛ فإنه يمكن التدخل فيه، والتغيير نحو الأفضل.

د. يمكن تعديل المشكلات الاجتماعية للمتعلم إذا وقعت ضمن الصف، وهذا النوع من العلاج السلوكي يتعامل مع السلوك الظاهر غير المقبول على أنه المشكلة ذاتها، وليس انعكاساً لعوامل داخلية؛ فإن استطعنا علاج العرض تخلصنا من المرض.

وهناك أساليب متعددة استخدمت في تعديل السلوك معتمدة على النظرية البافلووية مثل:

إزالة التحسس التدريجي، والعلاج بالإفازة، والعلاج المنفر، والعلاج الانفجاري.

إضافة إلى استخدام أساليب أخرى مثل: نظرية الإشراف الإجرائي، ونظرية التعلم الاجتماعي: كالممارسة السلبية، والإشباع، والتعزيز السلبي، والتصحيح المفرط، وتكلفة الاستجابة، والأبعاد، والتعزيز التفاضلي، والتعزيز السلبي، والتعزيز الموجب.

وهذه الأساليب أثبتت فاعليتها في التقليل من الاضطرابات السلوكية، كما أن المدخل السلوكي يتسم بالتفاؤلية عموماً مقارنة مع مدخل التحليل النفسي؛ الذي يتصف بالتشاؤمية، وهو

يعطي البيئة المحيطة دوراً كبيراً في الاضطراب والعلاج، بينما لا يعطي المدخل النفسي هذه الأهمية للبيئة.

ويمكن تطبيق المدخل السلوكي مع الأطفال في عمر مبكرة ومتأخرة، بينما لا يمكن تطبيق المدخل النفسي إلا على صغار السن.

3. المدخل النفسي:

يتخذ هذا المدخل الطرائق النفسية من أجل علاج المشكلات السلوكية والانفعالية، وهو أقدم من المدخل السلوكي، ولكن تطبيقه ليس سهلاً، ولا سيما في إطار المؤسسات التعليمية، ويحتاج إلى جهد ووقت طويلين، ومتابعة طويلة الأمد، ولا يمكن تطبيقه على الصف كله، أو على مجموعة كبيرة من المتعلمين، بينما يكون تطبيق المدخل السلوكي على الصف كله، أو على مجموعة المتعلمين.

ويعالج المدخل السلوكي المشكلة حال وقوعها، وفي الزمان والمكان، بينما يحتاج المدخل النفسي إلى جلسات أسبوعية؛ تتراوح بين (3-5) جلسات اسبوعية، وقد يستمر سنوات عدة.

ويعد مدخل التحليل النفسي هو أحد أشكال العلاج النفسي الذي أسسه فرويد لعلاج الاضطرابات النفسية، وتتطلب العمق والتقيب عن الأسباب اللاشعورية المكبوتة، ولا سيما في مرحلة الطفولة؛ لكي تطفو على السطح؛ ليتعرف الأسباب الحقيقية للاضطرابات النفسية، وهو يختلف عن المدخل السلوكي بشكل أساسي في تركيزه على معالجة الأسباب وليس الأعراض من خلال الكشف عن اللاشعور المكبوت؛ إضافة إلى الجوانب الشعورية.

ويهدف العلاج النفسي إلى تحقيق التوافق النفسي من خلال تكيف الفرد مع نفسه، ومع المجتمع الذي يعيش فيه، ومن ثم يمكن أن يستخدم طاقاته بما يتلاءم مع متطلبات البيئة المحيطة.

وهذا النوع من العلاج يتطلب تهيئة المناخ المناسب للعلاج؛ لذا يفترض أن يكون هادئاً، ومريحاً، وبعيداً عن المشتتات، وأن تكون العلاقة مشبعة بالقبول غير المشروط والأمن، والفهم والاستيعاب، وأن يبتعد فيه عن الإكراه، وأن تسود الثقة بينهما (المعالج، المضطرب)، وأن يؤكد المعالج على احتفاظه بسرية المعلومات التي يحصل عليها من الفرد، وهناك أساليب علاجية كثيرة في هذا المدخل، ومنها:

1. التداعي الحر (Free Association):

يسعى المعالج إلى تهيئة الظروف الإيجابية التي من شأنها أن يسترسل الفرد في استحضار فكره وخوابره وصراعاته، ويتجاوز الزمن الماضي؛ فيظهر المكبوت (اللاشعوري) من الأحداث التي مرت به.

وعلى المرشد - من خلال خبراته - النقاط شطحات الكلام، وقلتات اللسان، والانتباه إلى ما يعترى الفرد من شعور بالقلق، أو توقف عند حدث ما، أو حرج، أو تلجلج عندما يصل إلى بعض النقاط المهمة في حياته، كما يمكن المعالج أن يتعرف من خلال هذا المدخل الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الفرد.

2. الاستبصار (Insight):

يمكن للفرد أن يفهم نفسه، ومواطن قوتها وضعفها؛ فيتجاوز حالات الضعف، ويستفيد من حالات القوة، وذلك عندما يتعرف دوافع السلوك، وما يصدر عنه من انفعالات، ويكون دور المعالج في هذه الحالة التوجيه، والمناقشة الموضوعية، والإرشاد.

3. التنفيس الانفعالي (Emotional Catharsis):

يستطيع الفرد من خلال هذا النوع إفراغ ما في داخله من توتر، وذلك عند استدعاء الأشياء المكبوتة.

4. تحليل الأحلام (Dreams Analysis):

وهو نوع من التنفيس غير المباشر عن المكبوتات اللاشعورية، والتي تمنعها دفاعات (الأنا) من الخروج إلى العالم الخارجي، والترجمة إلى سلوك، ويعد (فرويد) الأحلام أنها: تنفيس عن الصراعات الداخلية المكبوتة، والتي تظهر رمزية في الأحلام.

ويفصل (فرويد) في حديثه عن الأحلام بأنها يمكن أن تحدث بطريقتين مختلفتين، وقد يكون أصلها الدوافع أو الرغبات الغريزية المكبوتة ضمن اللاشعور، والتي قد تحول دون خروجها الأوضاع الاجتماعية؛ لذا تجد قوة كافية لظهورها في أثناء النوم؛ وتجعلها تؤثر في (الأنا) الرقيب؛ الذي يكون في غفلة وسكون في أثناء النوم؛ لذا فهي تشق طريقها من اللاشعور إلى الشعور، وتقصح عن نفسها في الأحلام.

وربما كان أصل الحلم رغبة مختلفة عن حياة اليقظة؛ أي سلسلة من الفكر الموجودة قبل الشعور بكل ما يتضمنه من دوافع متصارعة، وهذه الدوافع تلقى دعماً واستقبالاً في أثناء النوم من قبل اللاشعور.

والخلاصة: إن الأحلام قد تنشأ إما من (الهو)، أو من (الأنا).

كما ميز فرويد بين المضمون الصريح (المحتوى الظاهري) للحلم، والمضمون الكامن؛ فالأول يتعلق بنوع الحلم والخبرات السابقة، ويكون ذلك ساراً عادة؛ بينما يكون الثاني متناقضاً، ومشوشاً، ومزعجاً، ويحتاج إلى تفسير؛ لأنه بعيد عن الواقع (زهران، 1977، 244)

ويمكن استغلال الأحلام لمعرفة الأسباب التي تكمن وراء الاضطرابات الانفعالية للفرد، والتي تساعد على اتباع طريقة علاجية لها.

كما يوجد علاجات أخرى استخدمت للتخفيف من الإرهاصات الذاتية والأنا المتنوعة، ومنها: كالسيكو دراما (psychodrama)؛ الذي يؤدي دوراً مهماً في تصوير الأعراض، والمشاكل.

كما يستطيع الفرد من خلال العلاج باللعب (play therapy) والعلاج بالفن (Art therapy)، أن ينفس عن أناه الداخلية ومشاعره المكبوتة، ويحقق ذاته، وهذا يكون بمنزلة تنفيس داخلي، وتنفيس عن انطباع اجتماعي، وهذا قد يؤدي إلى إعادة الثقة بالنفس، وتقدير الذات.

4. المدخل البيئي (The Ecological Approach):

يعيد هذا المدخل الاضطراب الحاصل لدى الفرد إلى نتائج المتغيرات البيئية مثل: الأسرة، والمجتمع المحيط، والمدرسة؛ لا الفرد نفسه، وهذه المتغيرات تؤدي إلى عدم انسجام وتكيف الفرد مع الظروف البيئية التي يعيشها، وهذا يتطلب مشاركة فعالة مع البيئة التي يعيشها الفرد، وتغيير ما يحتاج تغييره لتحقيق حالة التفاعل مع المحيط. وقد أشار بعضهم (السرطاوي، سيسالم، 1992، 230) إلى اعتبارات عدة يجب استخدامها في هذا المدخل، وهي:

1. يعد كل فرد جزءاً لا يتجزأ من النظام الاجتماعي.
2. الاضطرابات ليست مرضاً متغلغلاً داخل جسم الطفل، وإنما هي قصور في التوازن مع النظام الاجتماعي.
3. هذا القصور يعد تفاوتاً بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة وتوقعاتها: مثل الإخفاق في الترابط بين الطفل والنظام الاجتماعي.
4. هدف هذا النوع من العلاج هو: تفاعل الفرد مع النظام الاجتماعي واستمرار ذلك إلى ما بعد توقف العلاج.
5. إذا حصل تحسن في أي جزء من النظام قد يغير ذلك النظام كله.
6. المجالات الأساسية للعلاج بالمدخل البيئي، هي:

- إحداث تغيير في الفرد.
- إحداث تغيير في البيئة.
- إحداث تغيير في المجالات، والتوقعات. (الظاهر، 2005، 312)

10- البرامج المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

أولاً : الخدمات التربوية:

ويعد هذا النوع من الخدمات هو الأهم، والتي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وذلك بسبب الآثار التي يتركها الاضطراب، والتي تؤثر في قدرات الطلاب التحصيلية العلمية، وهناك مرتكزات وفكر رئيسة في مجال الخدمات التربوية منها:

1. تعد ظاهرة تربية الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والاهتمام بتعليمهم ظاهرة حديثة العهد نسبياً.

2. يجب تزويد الأطفال المضطربين ببعض الخدمات في غرفة الصف، وتوفير الدعم الاجتماعي والنفسي اللازمين.

3. يمكن تحويل بعض الطلاب للدوام في صفوف التربية الخاصة بدوام كلي أو جزئي.

4. يمكن تحويل الأطفال المضطربين إلى مراكز التربية الخاصة النهارية.

5. يجب أخذ الاحتياجات الفردية بالحسبان، وذلك عند التخطيط لأي برنامج تربوي.

6. البرامج المقدمة من قبل معلم الصف العادي:

يجب أن يدرّب معلم الصف العادي على دمج الأطفال المضطربين في المدرسة العادية مع أقرانهم الطبيعيين، وإن لم تتوافر الخدمات الداعمة من قبل مسؤول مدرّب، وهناك طرائق عدة تساعد المعلم للصف العادي على التدخل من أجل برامج مناسبة للمضطربين، وهي:

1- الوقاية:

يستطيع المعلم توفير جو ملائم من الصحة النفسية، ومساعدة الطلاب على التعامل مع القلق والإحباط، وتجنب العدوان، وذلك من خلال معاملته الإنسانية لهم، وتقبلهم، والوضوح والثبات في التعامل معهم، مع مراعاة الفروق الفردية.

2- الإحالة:

يعد المعلم هو المكتشف الأول لحاجة الطفل إلى تدخل برامج مخصصة؛ إذ يصبح المعلم مع الخبرة العميقة ذا حساسية عالية في تعرف مشاعر الطلاب، ومتطلباتهم، وانفعالاتهم.

3- الخطة التربوية الفردية:

إذ يجب ان يكون المعلم قادراً على اتخاذ قرارات مناسبة من أجل تعليم الطفل، وذلك باختيار بيئة مناسبة، واتباع برنامج علاجي مناسب، وهذا ما يؤهله إلى وضع خطة تربوية مناسبة، ثم التعاون مع معلم التربية الخاصة.

4- التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات:

إذ يتعاون فريق الاختصاصيين في وضع الخطط التربوية المناسبة؛ إضافة إلى التعاون مع المعلم، والأهل (Paul and Epanchin, 1992, p.77).

الأسس الرئيسية في تدريس المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

- 1- توافر خصائص معينة في معلمي الأطفال المضطربين، وأهمها الرغبة في العمل، والتعامل مع هؤلاء الأطفال، وتقبل وضعهم، والاتصاف بالصبر والمثابرة على العمل معهم.
 - 2- التعليم الفردي لهؤلاء عن طريق خطة تربوية فردية وخطة تعليمية فردية أيضاً.
 - 3- تحويل بعض الحالات إلى غرفة المصادر، وذلك لإيصال المساعدة اللازمة لهؤلاء الأطفال من قبل معلم هذه الغرفة، ثم العمل على إعادتهم إلى الصفوف العادية.
 - 4- تنظيم الأنشطة الهادفة من أجل تفريغ النشاط الانفعالي.
 - 5- توظيف أساليب معينة في تعديل السلوك عند تدريس الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وذلك عن طريق تحديد السلوك المرغوب فيه إجرائياً، والسلوك المرغوب فيه، ثم تحديد الطرائق المناسبة لتعديل السلوك، وذلك بالتعزيز الإيجابي أو السلبي، أو النمذجة، أو التشكيل.
 - 6- تحديد الاهداف التربوية المتوقعة من الأطفال المضطربين سلوكياً، وانفعالياً، والعمل على تحقيقها.
 - 7- العمل على دمج الطلاب ذوي الاضطرابات المتوسطة أو البسيطة في الصفوف العادية مع أقرانهم الطبيعيين ما أمكن.
 - 8- العمل على تدريس مهارات الحياة الأساسية لحالات الاضطرابات الشديدة.
- الملاحظات التربوية الواجب الاهتمام بها عند دمج ذوي الاضطرابات في المدارس العادية:

- 1- يجب التنسيق بين مدرس الأطفال العاديين ومدرس التربية الخاصة، والاستفسار عن سلوك الطفل المضطرب؛ ليكون صورة واضحة عنه، ويعمل على احتوائه، والتعامل معه في الفصل العادي.
- 2- يجب على المدرس تعرف الاتجاهات السلبية الموجودة عند الطفل تجاه البيئة الاجتماعية المحيطة به.

- 3- يجب على المدرس تعليم الطفل ماهية السلوكيات المرغوبة وغير المرغوب بها.
- 4- يجب أن يكون هناك قواعد عامة للسلوك، وعلى المدرس تطبيق منهج الثواب، والعقاب في حال ظهور سلوك مرغوب فيه، أو غير مرغوب فيه. (يحيى، 2000، 157)
- ثانياً: الخدمات النفسية:**

هناك برامج وخدمات نفسية عديدة ومفيدة في مجال إعادة تأهيل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، ومنها خدمات العلاج النفسي، وتعديل السلوك، والإرشاد النفسي، وغيرها.

ثالثاً: الخدمات الطبية:

ومنها العناية بالأم الحامل قبل الولادة، وفي أثنائها، وبعدها، وإجراء الفحوصات الطبية الجسدية والعقلية العامة، والتحاليل اللازمة، وإعطاء ما يلزم من علاج تحت إشراف طبي.

رابعاً: الخدمات الاجتماعية:

وهذه الخدمات تقدم للأطفال المضطربين وذويهم، ومنها: تسهيل تأمين السكن اللازم، وتقديم الخدمات العامة، وإعادة التأهيل المهني، وغيرها (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 154)

11- التكنولوجيا واضطراب السلوك:

قدمت تفسيرات متنوعة لاضطراب السلوك، ولكن عموماً تعترض المراجع الحديثة أربع فئات رئيسة من الأسباب، وهي:

1- الأسباب البيولوجية:

وتتضمن العوامل الوراثية، والاضطرابات الدماغية، والعوامل الغذائية.

2- الأسباب النفسية التربوية:

وتتضمن جملة من الاضطرابات الأساسية في العملية النفسية الداخلية، والتي تقترحها نظرية التحليل النفسي، ونظريات أخرى.

3- الأسباب السلوكية:

وتتضمن العوامل المرتبطة بالبيئة الاجتماعية المحيطة والأسرة.

4- الأسباب البيئية:

وتتضمن الاضطرابات الناتجة عن خلل ما في عمليات الإشراف الإجرائي، والنمذجة، وعموماً فإن الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية لا يشكلون فئة متجانسة؛ إذ يظهر لديهم مدى واسع من السلوكيات غير المناسبة؛ فيعاني بعضهم من اضطرابات في التصرف (العدوانية،

التمرد، السلوك الفوضوي)، وبعضهم يميل إلى الجنوح؛ فيسرق، ويخرب، وينتمي إلى رفاق السوء، ومنهم من يفتقر إلى النضج؛ فيكون سلبياً، ويعجز عن الانتباه لمدة كافية، ومنهم من يعاني من القلق والانسحاب.

لذا فإن الحاجات التعليمية الأساسية للطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية تشبه إلى حد كبير حاجات كل الطلبة من ذوي الصعوبات التعليمية، وذوي الإعاقة البسيطة، ومن ثم فإن طرائق التدريس المستخدمة مع الفئات الثلاثة متشابهة. Lewis and Doorlag, 1987, (p.78)

تطبيقات الحاسوب والتقنيات الأخرى:

لا يوجد برامج محددة، وموجهة لذوي اضطرابات السلوك إلا أن مثل هذه الفئة استخدم معها برامج لمساعدة ذوي الإعاقة الأخرى (Cartwright et al., 1989) كما توظف الأدوات التكنولوجية والبرامج التدريسية المدارة بالحاسوب، أو المنفذة بمساعدته من أجل تعليم وتدريب هذه الفئة من الأطفال، وذلك من قبل معلمي ومعلمات الأطفال المتخلفين عقلياً.

ولكن الاضطرابات السلوكية والانفعالية ليس لها أثر في المهارات الحركية، أو مهارات التواصل؛ لذا لم تنبثق تطورات تكنولوجية خاصة بهذه الفئة تحديداً.

وقد تم توظيف الفيديو التفاعلي لتقييم وتطوير المهارات الاجتماعية للطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية والتعليمية. (Lindsey, 1980, p. 94)

كما تم توظيف حساب آخر، وهو مفيد في بعض الحالات، ولاسيما في مجال التغذية الراجعة الحيوية (Biofeed Back)، وهو يتضمن استخدام أجهزة ومعدات خاصة لقياس الأنشطة الفيزيولوجية الداخلية.

وللحاسوب أثر كبير في الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة؛ إذ يزودهم بإحساس قوي وخاص من الاستقلالية والسيطرة، ويساعدهم على تطوير المهارات الاستقلالية، ومهارات العناية بالذات، والمهارات الاجتماعية من خلال أنشطة الحاسوب التعاونية، والمهارات الحركية، والمهارات المعرفية، والمهارات الكلامية واللغوية، والمفاهيم البصرية والسمعية. (الخطيب، 2005، 152)

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل (اللغة والكلام)

1. مقدمة.
2. تطور النمو اللغوي.
3. العوامل المؤثرة في النمو اللغوي.
4. تعريف اضطرابات التواصل.
5. نسبة انتشار اضطرابات التواصل.
6. أسباب اضطرابات التواصل.
7. تصنيف اضطرابات التواصل.
8. قياس، وتشخيص اضطرابات التواصل.
9. خصائص الأطفال ذوي اضطرابات التواصل.
10. التدخل العلاجي للأطفال ذوي اضطرابات التواصل.
11. الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للأطفال ذوي اضطرابات التواصل.
12. التكنولوجيا واضطرابات التواصل.

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل (اللغة والكلام)

1- مقدمة:

إن اللغة هي وسيلة التواصل الأساسية عند الناس، وهي التي تساعدهم في التعبير عن ذواتهم؛ فهي مصدر أساسي لثقافة الأمة لكون اللغة نظاماً من الرموز متفق عليه في ثقافة معينة، وفق تنظيم، وضبط، وقواعد؛ لذلك نستطيع أن نتعرف تراث وثقافة الأمة من خلال اللغة؛ لأنها انعكاس لها؛ فهي مهمة جداً في الجانب الفكري، والاجتماعي، والانفعالي.

ويبدو أن هناك علاقة وثيقة بين اللغة، والتفكير؛ إذ يعدان وجهان لعملة واحدة، لذلك هناك من يرى أن التفكير لغة صامتة.

ويرى فيغوتسكي أن اللغة، والتفكير ينبعان من جذرين مختلفين؛ لكنهما يتوحدان عند نمو الطفل (الحمداني، موفق، 1982، 143)؛ لذلك نستطيع القول: إن العلاقة بينهما عضوية ديناميكية؛ لا يمكن الفصل بينهما؛ فلا يكون تفكير بلا لغة، ولا لغة بلا تفكير؛ فالتفكير هو كلام غير ظاهر داخل الفرد، أو حديث باطني، والكلام هو: تفكير ظاهري.

ويستخدم مصطلح التواصل للإشارة إلى عملية التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، والذي يتضمن إرسال أو الفِكر أو استقبالها، وكذلك المعلومات، ويتم خلال عملية التواصل التعبير عن الحاجات، والرغبات، وقد يكون التواصل لفظياً، أو غير لفظي: مثل الإيماءات، والحركات.

ويتطلب التواصل باستخدام اللغة والكلام إرسال رسائل لفظية ذات معنى، واستقبال هذه الرسائل؛ أي بمعنى آخر إن عملية الاتصال أو التواصل بحاجة إلى مرسل، ومستقبل، ووسيلة للاتصال (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 174).

2- تطور النمو اللغوي:

إن دراسة النمو اللغوي تبين لنا أن هذا المظهر من النمو يمر بالمراحل الآتية:

1. مرحلة الأصوات الانعكاسية (مرحلة ما قبل اللغة): إذ يستخدم الطفل الصراخ، والبكاء؛ ليعبر عن انفعالات معينة؛ فقد يصرخ الطفل بسبب الألم، أو الجوع، أو الخوف.

2. مرحلة المناغاة: وهي عبارة عن نشاط انعكاسي يحدث نتيجة استثارة الطفل داخلياً عن طريق لإحساس الاستكشافي للشفيتين، واللسان، والحلق؛ إذ يصدر الطفل في هذه المرحلة أصواتاً عشوائية، ومتنوعة.

3. التلفظ واللغو: وهو عبار عن استجابات عند الأطفال، تظهر عندما يثار الطفل لشيء يراه عادةً، أو يسمعه، ويكون مصحوباً بنشاط حركي في اليدين، أو الأرجل غالباً، ويظهر ذلك خلال الشهور الأربعة الأولى ويعتمد ذلك على سلامة الأعصاب الحسية. ومراكز الدماغ.

4. مرحلة التقليد: وهي تبدأ من الشهر التاسع من عمر الطفل؛ إذ يقلد الطفل الأصوات، ولكنه تقليد غير دقيق، تتخلله الأخطاء؛ كالإبدال، والتنشويه، والتحريف، وهذه المرحلة تعد أساسية ومهمة لتشكيل اللغة الاستقبالية عند الطفل.

5. مرحلة النطق والكلام: وهي المرحلة التي يبدأ فيها بنطق الكلمات بشكل قصدي؛ إذ تظهر قدرته على النطق في بداية السنة الثانية، وتعد السنة الأولى هي مرحلة الكلمة الواحدة؛ فعندما ينطق بكلمة معينة؛ فإن لها دلالات كثيرة لا يدركها إلا الطفل؛ فمثلاً عندما يقول: "كرة" فقد تعني أريد كرة، أو أن الكرة ابتعدت عني، وفي السنة الثانية يبدأ الأطفال بربط الكلمات؛ ليكونوا جملًا قصيرة من كلمتين.

ويرتبط النمو اللغوي عند الأطفال بالقدرة العقلية للطفل، وسلامة جهاز النطق عنده، وثرء البيئة الاجتماعية والثقافية، وهذا يفسر الفروق الفردية بين الأطفال في النطق.

3- العوامل المؤثرة في النمو اللغوي:

توجد عوامل كثيرة تترك أثرها في التطور اللغوي للطفل، ومنها:

- الناحية الجسمية، والصحية، والحسية مثل: (القصور السمعي، والبصري، اعتلال الصحة، الخلل في أجهزة النطق، والصوت).
- الحالة الانفعالية: إذ تؤدي الصدمات، والانكسارات النفسية إلى سوء التوافق الانفعالي؛ مما يؤثر في الطفل عموماً، واكتساب اللغة خصوصاً.
- الظروف الأسرية: وتتمثل في أساليب التربية الوالدية، المستوى الثقافي للوالدين، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، وحجم الأسرة، والترتيب الميلاي للطفل، جميعها تترك أثراً في النمو اللغوي للطفل.

• الجنس: وقد يعود ذلك إلى عوامل بيولوجية؛ إذ تشير الدراسات إلى أن البنات أسرع نضجاً من الأولاد (الوقفي، 2003)؛ إضافة إلى أن البنت تكون قريبة غالباً من الأم؛ بينما يكونن الولد بعيداً عنها؛ لذلك فهي تستلم من اللغة الشيء الكثير؛ فهي تصاحب أمها أينما ذهبت، وهذا قد يساعد على نموها اللغوي. (السرطاوي، القريوتي، الصمادي، 1995، 82)

• القدرات العقلية: انطلاقاً من أن اللغة نشاط عقلي؛ لذلك فإن الأطفال أكثر ذكاءً، وأكثر قدرة على اكتساب اللغة.

• النموذج الصحي للتعلم: إن وجود النموذج الذي يحتذى سواء أكان في البيت، أم في المدرسة له تأثير كبير في النمو اللغوي، من حيث مراعاة قدرة الطفل العقلية، والنفسية، والاجتماعية في اختيار ما هو مرغوب فيه لدى الطفل؛ إضافة إلى استخدامه التعزيز والتغذية الراجعة التي تشجع الطفل على استغلال طاقاته وقدراته إلى الحد الأقصى.

4- تعريف اضطرابات التواصل:

نستطيع تعريف اضطرابات التواصل بأنها: اضطراب ملحوظ في الاستخدام الطبيعي للنطق، أو الصوت، أو الطلاقة الكلامية، أو التأخر اللغوي، أو عدم تطور اللغة التعبيرية، أو اللغة الاستيعابية، الأمر الذي يؤدي إلى حاجة الفرد إلى برامج تربوية خاصة.

وتبدو شدة اضطرابات التواصل بعوامل عدة، منها:

1. موقع التلف في الأجهزة المرتبطة بالكلام، واللغة.
2. درجة التلف في الأجهزة المرتبطة بالكلام، واللغة.
3. وجود، وعدم وجود اضطرابات متعددة في الكلام، واللغة.
4. العوامل المسببة لاضطرابات الكلام (Haring, 1982, p. 187)، وتميز الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع بين نوعين من اضطرابات التواصل:

الأول: اضطراب الكلام، وهو عبارة عن خلل في الصوت، أو لفظ الأصوات الكلامية، أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يتم ملاحظته في أثناء إرسال الرموز اللفظية من قبل الآخرين.

الثاني: اضطراب اللغة، وهو عبارة عن خلل في تطور واستخدام الرموز اللفظية الكلامية، أو المكتوبة للغة، والاضطراب قد يشمل جميع جوانب اللغة الآتية، أو إحداها، وفي شكل اللغة مثل: (القواعد، والتراكيب، أو محتوى اللغة؛ أي المعاني، أو وظيفة اللغة، وهو الاستخدام الاجتماعي للغة).

5- نسبة انتشار اضطرابات التواصل:

قدرت نسبة انتشار اضطرابات التواصل بحوالي (4%)، وتبدو هذه النسبة مرتفعة مقارنة بنسب انتشار الإعاقات الأخرى، ويكون الأطفال غالباً من ذوي الإعاقات العقلية السمعية، والجسمية، وصعوبات التعلم، وذوي الاضطرابات الانفعالية يعانون من اضطرابات التواصل، وهذه الاضطرابات تؤثر في النمو المعرفي، والسلوك الاجتماعي بشكل سلبي للفرد. (Gartwigh and etal, 1996, 107)

ويبدو أن مشكلات النطق أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً؛ إذ تبلغ ما يقارب (80%) من أشكال اضطرابات التواصل، ويرى بعض الباحثين أن هناك صعوبة في تقدير عدد الذين يعانون من اضطرابات التواصل، وذلك بسبب وجودها كونها مشكلات مصاحبة للإعاقات الأخرى، وليس لكونها مشكلة رئيسة، كذلك اختلاف المجتمعات التي أخذت منها عينات الدراسة؛ لمعرفة نسبة انتشار اضطرابات التواصل؛ ففي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أشارت أن حوالي (3-5%) من الأطفال عندهم في سن المدرسة يعانون من اضطرابات تواصل بدرجة شديدة، وأشارت الدراسة كذلك إلى ارتفاع اضطرابات النطق مقارنة باضطرابات التواصل الأخرى (Hewarb, orlansky, 1988, 102)، وتشير بعض الدراسات الأخرى أن اضطرابات التواصل تزداد في الصفوف الابتدائية الأولى، وتقل في الصفوف العليا؛ إذ تمت الإشارة إلى أن حوالي (7%) من التلاميذ في الصف الأول يعانون من اضطرابات التواصل، بينما تشكل النسبة حوالي (1%) في الصف الثالث الابتدائي، وتشكل (0.2%) في الصف الثالث الثانوي. (Kirk and Gallagher, 1989, 214)

6- أسباب اضطرابات التواصل:

تتعدد أسباب اضطرابات التواصل سواء أتعلمت بمرحلة الاستقبال، أم مرحلة المعالجة، أم مرحلة الإرسال، ومن أهم الأسباب والعوامل:

أولاً - الأسباب العضوية:

فقد يكون السبب اضطرابات كروموزومية، أو فيزيولوجية، أو نمائية يتعرض لها الفرد، وتسبب خللاً أو ضعفاً في الأجهزة العضوية المسؤولة عن الكلام واللغة مثل: إصابة الجهاز التنفسي، أو الجهاز الصوتي، أو أجهزة الرنين والنطق، وقد يكون الاضطراب الكروموزومي مسؤولاً عن اضطرابات التواصل، ومن الأمثلة على ذلك إصابة الفرد بما يعرف بالشفة الأرنبية؛ إذ يعتقد أن إصابة الفرد بهذه الحالة سببه اضطرابات جينية عند الفرد كذلك، فإن اضطرابات التواصل عند المعوقين عقلياً، كما هو الحال في مرض داون، قد تكون ناتجة عن خلل جيني، واضطراب كروموزومي.

لذلك يمكن القول: إن أي خلل في سلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق واللغة يؤدي إلى خلل واضح في سلامة اللغة، وخلوها من الاضطرابات، سواء أكان ذلك متعلقاً بالقدرة على النطق، أم باللغة نفسها، وتشمل العوامل البيولوجية والعضوية: التأخر النمائي، وعدم النضج، فالأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي غالباً ما يعانون من تأخر في مظاهر النمو الحركي، والمعرفي وغيرها من مظاهر النمو.

ثانياً - الأسباب العصبية:

وتتعلق بالخلل الذي يحدث في الجهاز العصبي المركزي سواء أكان ذلك قبل الولادة أم في أثنائها أم بعدها؛ إذ يقوم بدور كبير ومهم، ويكون مسؤولاً عن النطق واللغة، ومن الأمثلة على ذلك: الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من صعوبة في تحريك الفك، والشفيتين، واللسان، وعندهم مشكلات في القدرات العقلية والإدراكية؛ مما يؤثر في النمو اللغوي عند هؤلاء الأطفال، وذلك بسبب التلف الدماغي المسؤول عن إصابته بالشلل الدماغي، ومن آثار الإصابة: فقدان الكلي أو الجزئي للتعبير عن الفكر، ويقترن معه كذلك قصور كلي أو جزئي في اللغة المنطوقة أو المكتوبة، بسبب إصابة المخ الحسية، أو نصف المخ الأيسر.

ثالثاً - التنشئة الاجتماعية والعوامل البيئية:

إذ تتسبب أساليب التنشئة الاجتماعية في حدوث اضطرابات التواصل، فتعزيز الوالدين لأطفالهم الذين يظهرون التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام، أو التلعثم، يعمل بمنزلة هذه السلوكيات عند الأطفال بفعل التعزيز الذي يتلقونه من الوالدين، أو تعرض الأطفال لضغوط نفسية، وجسدية؛ كالعقاب الجسدي من قبل الوالدين، أو غيرهم. كذلك حجم الأسرة، والمستوى الاجتماعي، والاقتصادي، والمستوى الثقافي للوالدين؛ الذي يوفر النموذج الذي يحتذى به، ويقدر أهمية اللغة في حياة الفرد، وأهمية الألعاب في تعلم الطفل المرتبط بشكل أساسي بالجانب الاقتصادي؛ فهذه المتغيرات في غاية الأهمية في استثارة الطفل، ورفع دافعيته لنموه اللغوي السليم، كما أن البيئة المدرسية بما تنطوي عليه من أساليب المعلم التربوية، والطرائق والأساليب والفنيات التي يتبعها لها أهميتها في جعل الطفل متكيفاً أو غير متكيف.

رابعاً - الأساليب المرتبطة بالإعاقات الأخرى:

تبدو اضطرابات التواصل صفة ظاهرة عند الأفراد من ذوي الإعاقات العقلية؛ إذ تتميز هذه الفئة بتأخر ظهور اللغة، والتوقف في أثناء الكلام. أما فيما يتعلق بالإعاقات السمعية، فتبدو اضطرابات التواصل في صعوبة الاستقبال، والتعبير اللغوي، وفي الحالات الشديدة قد تغيب اللغة. أما في ما يتعلق بالمضطربين انفعالياً وسلوكياً؛ فتتميز اضطرابات التواصل في السرعة الزائدة في أثناء الكلام، والتأتأة، والإضافة، والإبدال، والحذف، وتشويه اللغة.

أما ذوو صعوبات التعلم؛ فتتمثل اضطرابات التواصل عند هذه الفئة في فقدان القدرة على النطق (Aphasia)، وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia)، وحالات صعوبة الكتابة (Dysgraphia)، وصعوبة في فهم الجمل والكلمات، وصعوبة تركيب الجمل.

7- تصنيف اضطرابات التواصل:

يميز معظم الباحثين بين نوعين رئيسيين من اضطرابات التواصل:

أولاً- اضطرابات النطق أو الكلام: وهي اضطرابات تنتج بسبب مشكلات في حركات الشفاه، واللسان وال الفك، وقد لا يكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة؛ وإنما تعزى إلى أسباب بيئية مثل: الحرمان البيئي، أو المشكلات الانفعالية؛ التي يعاني منها الفرد، وتشمل الاضطرابات النطقية المظاهر الآتية:

1. **الحذف (Demission):** وهو أن يحذف الطفل حرفاً أو أكثر من الكلمة؛ بحيث تصبح غير مفهومة تماماً للمستقبل، ولا إلى المقربين منه في بداية الأمر، وقد لا ينطق الطفل الحرف الساكن، أو قد يتوقف بشكل متقطع في أثناء القراءة (مثلاً قد ينطق الطفل كلمة مدسة بدلاً من مدرسة) .

2. **الإضافة (Addition):** وهو إضافة صوت، أو أكثر إلى الكلمة مثل: كرات بدلاً من كرة، أو خبزات بدلاً من خبز .

3-**الأبدال (Substition) :** وفي هذه الحالة يقوم الطفل بتبديل حرف بحرف آخر من حروف الكلمة، وتحدث هذه المشكلة عند الأطفال الصغار في السن؛ إذ يقوم الطفل بإبدال الشين بالسين، ويعد هذا الإبدال أكثرها شيوعاً عند الأطفال؛ فقد يلفظ الطفل كلمة سراب بدلاً من شراب.

4- **التشويه (Distortion) :** أي انحراف الصوت عن الصوت العادي والمألوف، وقد يكون ذلك لعبوب في أجهزة النطق مثل: الأسنان، أو الشفاه، أو يكوم اللسان في غير وضعه السليم؛ فكلمة طوبة تنطق توبة.

أما في ما يتعلق باضطرابات الكلام؛ فهي التي تتعلق بتنظيم الكلام، وسرعته، وطلاقة، ونغمته، وتشمل اضطرابات الكلام المظاهر الآتية:

1- **السرعة الزائدة في الكلام:** ويكون المتكم سريعاً في نطق الكلمات، ويصاحب سرعة الكلام مظاهر انفعالية غير عادية، ويؤثر ذلك في تواصل الفرد مع الآخرين، وتفاعلهم معه؛ لعدم قدرتهم على فهم حديثه.

2- **التأتأة في الكلام:** ويكرر المتكلم الحرف مرات عدة، أو قد يتردد في نطقه أيضا لمرات عدة، أو قد يعمل على إطالة الصوت، أو يصدر المتكلم أصواتا اعتراضية خاطفة في أثناء الكلام، ويصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية وجسمية غير عادية، ويصاحب التأتأة في الكلام سلوكا تجنبياً من قبل الفرد عادة، وتؤثر في مفهوم الفرد لذاته بشكل سلبي، وذلك لعدم قدرته على التحدث بالطريقة الطبيعية مع الآخرين. وهناك مجموعة من الأسباب تؤدي إلى هذه المشكلة، ومن أهمها: الاضطرابات الفيزيولوجية العصبية، واضطرابات التفكير، وكذلك الصراعات الانفعالية، وقد تكون سلوكا متعلماً بفعل النمذجة، والتعزيز. (الخطيب، الحديدي، 1998، 112).

3- **الوقوف في أثناء الكلام:** إذ يتوقف المتكلم عن الحديث في أثناء الكلام، الأمر الذي يشعر المتلقي أن المتحدث قد أنهى كلامه، ومع أنه لم ينه كلامه، ويصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية، وتؤثر في مفهوم المتعلم لذاته سلبياً، وذلك لصعوبة التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

ثانياً- اضطرابات اللغة:

وهذه الاضطرابات تتعلق باللغة من حيث انحرافها، أو ضعفها، أو تأخرها، أو سوء تركيبها من حيث معناها، وقواعدها، أو صعوبة القراءة، أو الكتابة، ويمكن توضيح مظاهر اضطرابات اللغة فيما يلي:

1- **تأخر ظهور اللغة:** إذ يتأخر ظهور الكلمة الأولى التي ينطق بها الطفل عن المعدل الطبيعي لظهورها، وهي السنة الأولى من عمر الطفل؛ فقد ينطق الطفل في السنة الثانية، أو الثالثة، أو أكثر، ويترتب على ظهور الكلام عند الطفل مشكلات في التوصل مع الآخرين.

2- **فقدان القدرة على الكلام أو الحبسة الكلامية (Aphasia):** إذ لا يستطيع الطفل أن يعبر عن نفسه بصورة لفظية واضحة ومفهومة، ولا يستطيع فهم اللغة المنطوقة من قبل الآخرين، ويصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية، ويكون الفقدان للنطق إما كلياً، أو جزئياً في اللغة التعبيرية، وذلك نتيجة إصابة عضوية في مراكز اللغة في الدماغ، بسبب الحوادث، أو الجلطة الدماغية.

3- **صعوبة القراءة (Dyslexia):** إذ يجد الفرد صعوبة في القراءة، وهي من مظاهر اضطرابات التعلم؛ ويكون مستوى الفرد هنا أقل مما هو متوقع منه مقارنة بالفئة العمرية التي ينتمي إليها.

4- **صعوبة الكتابة (Dysgraphia):** إذ يجد الفرد صعوبة في كتابة الكلمات، أو الجمل بشكل صحيح؛ أي أقل مما هو متوقع منه مقارنةً مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها.

5- **صعوبة تكوين الجمل (Language Deficit):** هنا يجد الفرد صعوبة في تركيب وتكوين الجمل بشكل صحيح؛ فهو يعمل على تركيب الجملة بشكل منحرف، وليس لها معنى وقواعد اللغة ليست صحيحة.

6- **صعوبة فهم الجمل، والكلمات (Agnosia):** إذ يجد الفرد صعوبة في فهم الجملة أو الكلمة التي يستقبلها من الآخرين، ويميل إلى تكرار هذه الجمل أو الكلمات بالرغم من عدم فهمه لها، (الروسان، 1999، 127).

7- **قياس، وتشخيص اضطرابات التواصل:**

يتطلب قياس وتشخيص اضطرابات التواصل مشاركة فريق متعدد الاختصاصات؛ إذ يضم إضافة إلى اختصاصي السمع، اختصاصي التربية الخاصة، النطق، النفسي، الاجتماعي. وتتم عملية التشخيص والقياس للأطفال ذوي اضطرابات التواصل في أربع مراحل رئيسية، وهي:

1- **الكشف أو التعرف المبدئي:** وذلك من خلال ملاحظات الأهل والمعلمين لمظاهر النمو اللغوي، لاسيما مدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها، وطرائق استخدامها للتعبير، إضافة إلى المظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل: اللججة، والتلعثم، أو قلة المحصول اللغوي... إلخ. وإذا ما لاحظ الأهل أي شكل من أشكال هذه الاضطرابات؛ لا بد من تحويل الطفل إلى الاختصاصي في قياس الاضطرابات اللغوية، وتشخيصها.

2- **التقييم الطبي، والفيزيولوجي:** إذ يقوم بهذا العمل الأطباء المتخصصون بالأنف والأذن والحنجرة بهدف إجراء الفحص الطبي الفيزيولوجي؛ للتأكد من سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق واللغة (الأذن، والحنجرة الصوتية، اللسان، الحنجرة..... إلخ).

3- **تقييم القدرات الأخرى ذات العلاقة بالاضطرابات اللغوية:** بعد أن يتم نفي وجود أي خلل عضوي أو فيزيولوجي عند هؤلاء الأطفال؛ لا بد من تحويلهم إلى شخص مختص في تشخيص الإعاقة العقلية أو السمعية، والشلل الدماغي، و صعوبات التعلم؛ بهدف التأكد من سلامة الطفل أو إصابته بإحدى هذه الإعاقات، وذلك بسبب العلاقة الوثيقة بين الاضطرابات اللغوية، أو إحدى تلك الإعاقات.

4- **تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية:** بناء على نتائج المراحل السابقة، يبدأ الاختصاصي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية؛ بتحديد مظاهر الاضطرابات عند الطفل، ويستخدم في ذلك عدداً من الاختبارات المعروفة في هذا المجال، ومنها: اختبار ليندي للقدرات السيكلوغوية، اختبار مايكل بسلت لصعوبات التعلم، وقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً، اختبارات ديترويت للاستعداد للتعلم، اختبارات سلفر لاند للتعرف المبدئي للأطفال من ذوي صعوبات التعلم المحددة..... إلخ). (الرحال، 2005).

9. خصائص الأطفال ذوي اضطرابات التواصل:

إن هذه الفئة من الأطفال خصائصها متباينة، وذلك لارتباط اضطرابات التواصل بمظاهر الإعاقة العقلية، والسمعية، والانفعالية، وصعوبات التعلم، والمظاهر الجسمية؛ مما يؤدي إلى صعوبة تحديد خصائص محددة على صعيد المظاهر النمائية العقلية، أو الجسمية، أو الانفعالية، أو المعرفية لهذه الفئة؛ إلا أنه يمكن الإشارة إلى خصائص عامة أشارت إليها بعض الدراسات من حيث انخفاض مستوى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية على مقياس القدرة العقلية كونه متديناً مقارنة مع الأطفال العاديين؛ كذلك الحال في ما يتعلق بالتحصيل والسلوك التكيفي، وذلك لأن نسبة كبيرة من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية هم من ذوي الإعاقة العقلية، والجسمية، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية والانفعالية. (Hallahan and Kauffman, 2003, p. 215).

أما في ما يتعلق بالخصائص الانفعالية والاجتماعية لهذه الفئة؛ فتتصف بمستويات عالية من القلق، والتوتر، وعدم الثقة بالنفس، والإحباط، والشعور بالذنب، والقيام بسلوكيات غير تكيفية كالسلوك العدوانية، والشعور بالرفض من قبل الآخرين، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، والشعور بالإخفاق، وقد تصدر هذه الاستجابات عن الفرد من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية بفعل اتجاهات الآخرين نحوه، وتوقعاتهم منه؛ فقد يعامل الفرد بطريقة مبالغ فيها من الحماية الزائدة، أو الرفض، و العزل.

أما الخصائص السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية؛ فيمكن إجمالها عموماً في ما يأتي:

1- يواجه الأفراد الذين يعانون من ضعف في اللغة صعوبة التفكير في الكلمة المناسبة عندما يتكلمون، ويمكن التغلب على هذه المشكلة من خلال تدريب الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة على تنظيم استجاباتهم بصورة منطقية، وذلك من خلال تقديم التعزيز لهؤلاء الأطفال عند طرح أكبر عدد ممكن من الكلمات التي ترتبط بفكرة معينة.

2- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشكلات في استخدام المعلومات اللفظية للوصول إلى استنتاجات ملائمة، ويمكن التخلص من هذه المشكلات عن طريق تدريب الأطفال على تجزئة وتحليل المهارات اللغوية إلى أجزاء صغيرة؛ للوصول إلى تعلم المهارة اللغوية في نهاية المطاف.

3- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة المنوطة صعوبات في تعلم مفردات جديدة، ويمكن التغلب على هذه المشكلة عن طريق استخدام التعلم متعدد الحواس؛ فقد يجد الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية ضعفاً في معالجة المعلومات سمعياً، ولذلك يجب استغلال الصور ومشاهدة الأفلام والتعليم من خلال اللعب أو الدراما لتدريب الأطفال على تعلم مفردات جديدة، ويتم ذلك من خلال استخدام طريقة الإعادة المكررة والتعزيز.

4- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة مشاكل في فهم الكلمات ذات المعاني المتعددة؛ فهم يعرفون معنى الكلمة، ولكنهم يستخدمون هذا المعنى في مواقف غير مناسبة؛ أي عدم القدرة على تعميم استخدام هذه الكلمات في المواقف المناسبة، ولذلك يجب استخدام أسلوب التعليم الذي يركز على استخدام الأدوات، والوسائل التعليمية التي تساعد على ترسيخ هذه الكلمات في ذهن المتعلم.

5- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشاكل في التكيف الاجتماعي؛ فقد تكون استجاباتهم الاجتماعية غير الملائمة، وذلك بسبب اعتماد النمو الاجتماعي على اللغة بشكل أساسي؛ إذ يواجه الأشخاص من ذوي المشكلات اللغوية، والكلامية صعوبة في متابعة، واستيعاب الكلام؛ كذلك الانتقال من موضوع لآخر؛ مما يؤدي إلى ظهور مستويات عالية من القلق والشعور بالانغلاق والإحباط، وقد يؤدي إلى العدوان الموجه إلى الذات أو الآخرين، أو الممتلكات، ولمواجهة هذه المشاكل يجب أن يتوافر للطفل التعزيز والدعم والتفهم لمشكلته، والعمل على تنمية قدراته اللغوية إلى أقصى درجة، والعمل على تهيئة الظروف الاجتماعية والبيئية الملائمة للطفل، والداعمة له. (كوافحة، عبد العزيز، 2005،

10- التدخل العلاجي للأطفال ذوي اضطرابات التواصل:

تتميز التربية الخاصة بالفردية، ولا يمكن أن يكون هناك قالب علاجي واحد يصلح لكل الأفراد، وإن كان الاضطراب أو الخلل واحداً؛ إذ يتأثر ذلك بمتغيرات عدة، فقد يكون هذا الاضطراب ناتجا عن سببين مختلفين، كما قد تكون درجته مختلفة، وزمن حدوث الاضطرابات، ونوعه كما أن المتغيرات البيئية التي يعيشها الأطفال متغيرة؛ فمنها ما يكون صحيا يسهل عملية العلاج، ولا ترافقه مسببات تعمق، وتوسع ذلك الخلل بينما تكون متغيرات بيئية أخرى تعمق، وتجذر، وتوسع في ذلك الخلل؛ أي بمنزلة عوامل مساعدة على تجسيد ذلك الخلل؛ لذلك يصار إلى التدخل العلاجي بناء على نتائج التشخيص، والتقييم، وسيكون التدخل العلاجي وفق نوع الاضطراب.

أ. علاج اضطرابات النطق:

وهي الأخطاء في إنتاج المفردات، وقد تكون ظاهرة طبيعية عند تعلم إنتاج الأصوات حتى مرحلة دخول المدرسة، ولكن قد يكون هناك خلل واضح يؤثر في النمو الطبيعي للغة؛ كالشلل المخي، وفتحة سقف الحلق، أو الإصابة المخية، أو الإعاقة السمعية.

وتشمل اضطرابات النطق (الإبدال، الحذف، التشويه، الإضافة)، وفي مثل هذا النوع من الاضطرابات يقوم المعالج بتقسيم الكلمة إلى مقاطع، ويستخدم تعليم الموسيقى، والتغني، وتدريب الطفل من خلال التكرار، واستخدام المرآة أحيانا حتى يستطيع الطفل التخلص من هذه الاضطرابات.

ب. اضطرابات الصوت:

يمكن استخدام أكثر من أسلوب علاجي تبعا للأسباب التي أدت إليها:

ومن هذه الأساليب:

1- **المدخل الطبي:** إذا كانت العيوب التي أدت إلى اضطرابات الصوت عضوية؛ مثل: الإصابات التي تصيب الحنجرة، أو شلل الحبال الصوتية، أو فتحة سقف الحلق، أو الشفة الشرماء، أو إصابة الجهاز التنفسي، والإعاقة السمعية؛ فمثل هذه الأعراض تحتاج إلى عقاقير طبية، أو جراحة، أو علاج طبيعي، ويكون المدخل الطبي هو الفاعل في هذه المسألة .

2- **المدخل السلوكي:** نلجأ إلى العلاج السلوكي عندما تكون الأسباب التي أدت إلى اضطرابات الصوت بشكل أساسي غير عضوية، وإنما تعود إلى تعلم مغلوط ذلك أن

السلوك السوي، وغير السوي متعلم؛ لذلك يهدف المدخل السلوكي إلى تعليم الطفل السلوك الصوتي السليم من خلال:

- ❖ توعية الفرد بصوته المضطرب، وبالصورة التي يصدرها.
- ❖ تنمية نموذج صوتي مناسب لدى الفرد في ضوء قدرته، وإمكانياته.
- ❖ توعيته على التمييز بين الصوت المضطرب والصوت العادي.
- ❖ تعديل العادات الصوتية المغلوطة فيها، أو التخلص منها، لا سيما تلك المرتبطة بالتوتر.
- ❖ تعليم وتدريب الفرد على العادات الصوتية الصحيحة، ودعمها (الشخص، 1997، 170)

3- العلاج النفسي: إن لاضطراب الصوت أثراً سلبياً في الفرد، فقد يتعرض أحياناً إلى عدم القبول الاجتماعي؛ لأن استخدام اللغة يكون للتواصل مع الآخرين.

وقد يؤثر اضطراب الصوت أحياناً في صعوبة الرسالة التي يستلمها المستقبل، إضافة إلى عدم ارتياحه للصوت المضطرب من خلال الاسترخاء، والتخفيف من حالة القلق، والتوتر، وإنما كيف يتكيف الفرد مع حالته؛ لأن التكيف مع الحالة قد يجعل الفرد المضطرب صوتياً يتجاوب مع المعالج النفسي، والتي تؤدي إلى استجابة لإرشادات وتوجيهات وتدريبات المعالج النفسي.

ج. طلاقة الكلام (الجلجة أو التأتأة):

من مظاهر طلاقة الكلام كما ذكر سابقاً إما تكرار المقاطع اللفظية، أو الكلمات، أو الجمل، حبسه بشكل متقطع، أو تكرار تشنجي، أو مط للأصوات. وقبل البدء بأسلوب العلاجي لابد من التحديد الدقيق لحالة الجلجة؛ هل هي مظهر بذاته، أو أكثر من مظهر؟

ونبدأ بعلاج ذلك المظهر لنفرض أن الطفل يكرر المقاطع أو الكلمات؛ فيجري تدريبه على الابتعاد عن ذلك التكرار عن طريق اللعب، وأسلوب المحادثة.

كما يجري تدريب الطفل على التنفس الصحيح من خلال أخذ الهواء عن طريق الأنف، وإخراجه عن طريق الفم لتقوية التنفس وإطالة النفس.

فطريقة التدخل للأطفال الصغار تكون عن طريق اللعب، والمحادثة؛ أما الكبير، فإضافة إلى التدريب على التنفس الصحيح، يمكن استخدام أسلوب الاسترخاء للتقليل من التوتر، والقلق الذي يؤدي إلى حالة الجلجة.

11- الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للأطفال ذوي اضطرابات التواصل:

إن معلم الصف العادي يستطيع أن يقدم خدمات تساعد في تسهيل التكيف الاجتماعي للفرد، وكذلك تحسين المستوى التحصيلي والأكاديمي له، وهذه الخدمات هي:

1- الإحالة: إذ يقوم بتحويل الطفل الذي يعاني من مشاكل لغوية وصعوبات تعلم إلى اختصاصي طبي، أو نطق، أو اختصاصي تربية خاصة؛ لتحديد طبيعة المشكلة، وإجراء التقييم الملائم.

2- المتابعة: إذ يعمل المعلم على متابعة مدى تحسن أداء الطفل الذي تقدم له خدمات علاجية، وتزويد الأخصائي بالتغذية الراجعة لمعرفة مدى تحسن واكتساب الطفل المهارات اللغوية التي يدرسه عليها الأخصائي اللغوي.

3- إعداد الوسائل التعليمية المناسبة: إذ يعمل المعلم على تكييف الوسائل التعليمية والتربوية لتلبي حاجات وقدرات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية وكلامية، وتهيئة الظروف الصفية للطفل التي تلبي حاجاته؛ لتسهيل اكتسابه المهارات اللغوية.

4- التعزيز والتشجيع: إذا يعمل المعلم على استخدام وسائل استراتيجيات التعزيز المختلفة للمساعدة على سرعة إتقان المهارات اللغوية؛ التي يعمل الإخصائي على تزويدها للطفل (الخطيب، الحديدي، 1998).

12- التكنولوجيا واضطرابات التواصل:

تتمثل الحاجات التعليمية الأساسية للطلبة ذوي الاضطرابات اللغوية في إجراء تعديلات بسيطة من قبل معلم الصف؛ لتطوير المهارات اللغوية، ومهارات الاستماع والكلام لهؤلاء الطلبة. إضافة إلى ذلك يتوقع من المعلم اتخاذ الإجراءات اللازمة لدعم هؤلاء الطلبة وتقبلهم في غرفة الصف (Lewis & Doorlag, 1987, p. 44)

ويستعين اختصاصيو معالجة اضطرابات الكلام واللغة في الوقت الحالي بالحاسوب، وأدوات تكنولوجيا أخرى في تشخيص اضطرابات التواصل وعلاجها.

فهم يستخدمون الحاسوب لتحليل الأصوات الكلامية، كذلك فهم يستخدمون الحاسوب لإنتاج خطوط ورسوم بيانية توضح أنماط التنغيم والارتفاع والانخفاض في طبقة الصوت، وإدارة السجلات، والمعلومات العلاجية، وإعداد التقارير. إضافة إلى ذلك: توظيف التكنولوجيا كونها أدوات إضافية للتواصل، وإنتاج المواد التدريبية. (Cartwright al, 1989, p. 166)

الفصل التاسع

اضطراب التوحد

1. مقدمة.
2. مفهوم التوحد.
3. الاضطرابات المرافقة للتوحد.
4. أسباب اضطراب التوحد.
5. خصائص اضطراب التوحد.
6. نسبة انتشار اضطراب التوحد.
7. تشخيص اضطراب التوحد.
8. البرامج المستخدمة في علاج التوحد.

الفصل التاسع

اضطراب التوحد

1- مقدمة:

يعدّ اضطراب التوحد (Autism Disorder) أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال، وتعوق تواصلهم الاجتماعي، واللفظي، وغير اللفظي، كما تعوق نشاطهم التخيلي، وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة، ويظهر هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل؛ الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة، وأنماط متكررة، والانطواء على الذات.

يعد هذا الاضطراب من أكثر موضوعات التربية الخاصة إثارة للجدل، وذلك بسبب عدم الاتفاق بين الباحثين والاختصاصيين حول كثير من القضايا الأساسية المرتبطة بهذا الاضطراب، والتي ما تزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات والأبحاث؛ لتوضيح الحقائق العلمية المرتبطة به، والمتتبع لتاريخ هذا الاضطراب يلاحظ آلاف الدراسات والأبحاث العلمية، والتي تزداد بشكل مضطرد وملحوظ خلال العقدين الأخيرين؛ إلا أن حالة التوحد لم تلقَ إلا القليل من الاهتمام والانتباه، وبقيت كذلك إلى أن جاء الطبيب النفسي ليوكانر (Leo Kanner)، والذي ذكر بأنه يوجد لديه أحد عشر مصاباً بالتوحد يعانون من الأعراض نفسها، ومن خلال ملاحظاته المفصلة التي نشرت عام (1943) في صفحة التي تصف أعراض حالة التوحد في الطفولة المبكرة؛ إذ أثارت هذه الصفحة اهتماماً كبيراً، وملحوظاً، والتي كانت البداية لدراسة أعراض، وحالات التوحد، ثم تتابعت البحوث والدراسات، والتي سعت لإجلاء الغموض عنه.

وقد ظهرت نتيجة لهذه المشاكل والصعوبات السلوكية، والتواصلية، والاجتماعية العديد من البرامج التربوية التي تعمل على تطوير وبناء مهارات الفرد الذي يعاني من التوحد، والحد من تلك المشاكل والصعوبات، ومن أهم هذه البرامج: برنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، الذي يقوم على التدريب العملي، والتعليم الفردي المنظم بناءً على نقاط القوة والضعف لدى الطفل التوحدي، واستخدام التعزيز، والتعليم من خلال المحاولات لزيادة السلوك المرغوب فيه، وبرنامج تيتش (TEACCH)، الذي يعتمد على التعليم المنظم، والبيئة المنظمة للطفل باستخدام المعينات والدلائل البصرية، وبرنامج بكس (PECS)، المخصص لتطوير التواصل لدى الطفل التوحدي باستخدام أسلوب تبادل الصور.

وجدير بالذكر أن مصطلح اضطراب طيف التوحد (Autism Spcctrum Disorders)، يستخدم بالتوافق مع مصطلح الاضطرابات النمائية المتداخلة، حيث كلاهما يشير إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك في صفات التأخر الشديد؛ إضافة إلى انحراف في العلاقات الاجتماعية، وإحدى أو كلا الصفتين وهي: تأخر في التواصل اللغوي، والاجتماعي، وعدم القدرة على التمثيل.

2- مفهوم التوحد:

يعود أصل كلمة التوحد إلى الكلمة اليونانية (Autos)، والتي تعني النفس، ولا يعد التوحد اضطراباً حديثاً؛ فقد أظهر عدد من الأشخاص بعض الصفات والخصائص لاضطراب طيف التوحد منذ آلاف السنين.

كما أن التوحد (Autism)، كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة، أو الانعزال في اللغة العربية، والتوحد لا يعني الانطوائية، وإنما حالة لا تعبر عن العزلة فقط، بل عن عدم القدرة على التعامل مع الآخرين، مع ملاحظة إن سلوكيات أفراد تلك الحالة لا يتشابهون بل إن حالتهم متباينة من فرد إلى آخر.

وقد استخدم العالم بلولير (Bleuler)، مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل الاجتماعي، والتركيز الفردي على الاهتمامات الشخصية للأشخاص الذين يعانون من الفصام، إلا أن ليوكانر، كان أول من استخدم هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال الذين أظهروا بشكل واضح الخصائص، والسلوكيات نفسها.

ومن أكثر تعريفات اضطراب التوحد قبولاً لدى المتخصصين هو تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الوارد في الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية: بأنه نوع من الاضطرابات التطورية (النمائية)، والذي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، إذ ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره في وظائف المخ، ومن ثم يؤثر في مختلف نواحي النمو، فيؤدي إلى: قصور في التفاعل الاجتماعي، وقصور في الاتصال سواء أكان لفظياً، أم غير لفظي. وظهور الحركات النمطية، ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، وقد صنف اضطراب التوحد في هذا الدليل كأحد أقسام الاضطرابات النمائية الشاملة الخمسة التي تضمنها، إذ وضع لاضطراب التوحد مجموعة من المعايير التي يتحدد بها، وهي على الشكل الآتي:

أولاً: يشترط في تشخيص اضطراب التوحد أن تنطبق ستة أعراض على الأقل من الفقرات التي تتضمنها المجموعات الثلاث الآتية، بحيث تكون موزعة كما يلي: عرضان في الأقل من

المجموعة الأولى، عرض واحد في الأقل من المجموعة الثانية، عرض واحد في الأقل من المجموعة الثالثة.

المجموعة الأولى: وجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر في الأقل في اثنين مما يأتي:

1. قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل: التواصل البصري مع الآخرين، وتعبيرات الوجه، الأوضاع الجسمية، والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
2. الإخفاق في إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران تتناسب مع عمره الزمني.
3. ضعف القدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في أفراحهم، واهتماماتهم، وإنجازاتهم.
4. ضعف القدرة على التبادل الاجتماعي، والانفعالي.

المجموعة الثانية: وجود جوانب قصور نوعية في التواصل كما تظهر في واحد في الأقل مما يأتي:

- 1- تأخر، أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني مثل الإشارات، أو الإيماءات).
- 2- ضعف واضح في القدرة على المبادرة، أو البدء بالمحادثة مع الآخرين، أو الاستمرار فيها (عند الأفراد التوحدين القادرين على الكلام).
- 3- ضعف القدرة على اللعب التخيلي التلقائي، أو اللعب الاجتماعي المناسب لمستواه التطوري.
- 4- استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً.

المجموعة الثالثة: القيام بسلوكيات نمطية بشكل تكراري، والميل إلى ممارسة أنشطة واهتمامات محددة تتمثل بوحدة في الأقل مما يلي:

1. الانشغال المتواصل بأنشطة، واهتمامات محددة بشكل غير طبيعي من حيث الشدة.
2. تعلق غير طبيعي بأشياء محددة، أو عادات معينة ليس لها أي معنى.
3. حركات جسدية نمطية متكررة مثل (ثني أصابع اليد، التصفيق، رفرفة اليدين).

4. التركيز على أجزاء محددة من الأشياء، والانشغال الزائد بها.

ثانياً: تأخر، أو سلوك غير طبيعي في واحدة في الأقل من المجالات الآتية تظهر قبل بلوغ سن الثالثة:

1-التفاعل الاجتماعي.

2-استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

3-اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: ألا تكون الأعراض السابقة لدى الطفل عائدة إلى اضطراب ريت، أو الانتكاس الطفولي (APA,2000).

وعرف التوحد تربوياً اعتماداً على قانون تعليم الأشخاص المعوقين الأمريكي (IDEA)، بأنه إعاقة نمائية ذات دلالة تؤثر في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي، وغير اللفظي، وفي الأداء التعليمي للفرد، مصحوباً بالعديد من الخصائص، والتي يعتبر أهمها، الانغماس في الأنشطة، والحركات النمطية، ومقاومة التغيير في روتين الحياة اليومي، والاستجابات غير الطبيعية للمثيرات الحسية، وتظهر بوضوح خلال الثلاث سنوات من العمر. (سهيل، 2015، 34)

3- الاضطرابات المرافقة للتوحد: يتضمن طيف الاضطرابات المرافقة للتوحد عدداً من الأعراض، وهي:

أولاً: متلازمة أسبيرجر ("AS" Asperser syndrome):

تعد متلازمة أسبيرجر إعاقة تطويرية عصبية تشترك في العديد من أعراض مرض التوحد، لكن الفرق الجوهري بينهما يتعلق بحقيقة الوصف الكافي للتوحد، وهو أحد أطيف التوحد، ويعدّ أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، ويتشابه مع اضطراب التوحد من حيث شيعه بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1.4)، ويتصف بإعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي واهتماماته، محددة، وسلوكيات، وتتصف بالتكرار والنمطية، في حين لا يعاني المصاب بمتلازمة أسبيرجر من تأخر في اللغة، أو النمو الإدراكي.

ويمكن تمييز أفراد متلازمة أسبيرجر عن أفراد التوحد على أساس نماذج التعلق في مراحل الطفولة المبكرة، إذ يظهرون تعلقاً بأفراد العائلة، ورغبة في التفاعل مع أقرانهم، على الرغم

من أن تفاعلهم يكون في الأغلب غير ملائم، ومن خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة أسبيرجر أن ذكاءهم متوسط، أو فوق المتوسط، ولا يعانون من تأخر في النطق، لكنهم لديهم ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية، ولا يحبون التغيير في كل شيء سواء أكان ذلك في الأكل، أم الملابس، ويكون لديهم طقوس خاصة في حياتهم عادةً، ألعابهم عموماً تكون بنوع واحد، كما أنهم يواجهون صعوبات في المهارات الحركية الخاصة بالتآزر البصري- الحركي، إضافة إلى أنهم غير منظمين، ولا يستطيعون التركيز والانتباه على الأنشطة الصفية، لكن بعضهم يمتلك قدرات فائقة في بعض النواحي مثل: القدرة غير العادية على الحفظ، كما أن لديهم حساسية كبيرة للأصوات.

ثانياً: الاضطراب الطفولي التراجعي (Chidhood Disintegrative Disorder):

يشبه هذا الاضطراب إلى حد ما من حيث الخصائص أسبيرجر، والتوحد، إذ إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث، والطفل قد ينمو بشكل طبيعي حتى السنة الثانية من العمر، وأحياناً بعد العاشرة، إذ تأخذ الأعراض بالظهور على الفرد، والتي تبرز بصورة ضعف في المهارات الاجتماعية والانفعالية، كما تظهر لديهم صعوبات في اللغة الاستقبالية، وفي مهارات التكيف، والمهارات الحركية، كما يفقد رغبته في اللعب، وعدم قدرته على ضبط عملية الإخراج، كما يمكن أن يصاب بالبك، وقد تظهر لديهم حركات نمطية متكررة.

ثالثاً: متلازمة ريت (Rett s Syndrome):

يعدّ أقل شيوعاً من التوحد، وتصيب الإناث تحديداً، مع وجود بعض الحالات النادرة في الذكور، ومن الخصائص الأساسية لمتلازمة ريت هي تأخر محدد متعدد في النمو يتبع مدة من الأداء الوظيفي الطبيعي بعد الولادة، ويلاحظ أن الأنثى تنمو بشكل طبيعي حتى عمر (6-18) شهراً، ثم يلاحظ التراجع التدريجي في النمو الحركي المتمثل في التوازن الحركي، وقصور في المهارات الاجتماعية واللغوية، مع انخفاض في نسبة الذكاء، لكن قد تظهر الإناث تحسناً في مهارات التفاعل الاجتماعي، لكن يستمر التراجع في المهارات الحركية، وقد تفقد الأنثى القدرة على الحركة والتنقل، وربما تفقد القدرة على الكلام، إضافة إلى ظهور حركات نمطية غير مترنة. كما أن الأنثى قد تقوم بحركات وإشارات غير ذات معنى، وهذه تعدّ مفتاح التشخيص، كهز اليدين ورفرفتها، أو أية حركات مميزة لليدين.

رابعاً: متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش (Fragile X Syndrome):

ناتجة عن عيب في تركيبة الكروموسوم (X)، ومن الأعراض التي تصاحب متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش كبر محيط الرأس، بروز الأذن، والليونة الشديدة في المفاصل، والإصابة في الإعاقة العقلية. (Maryland, 2001,p56)

4- أسباب اضطراب التوحد:

لقد تعددت الدراسات التي سعت لتعرّف على الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد، سواء أكانت دراسات نفسية، أم ابحاثاً ركزت على العوامل البيولوجية، والوراثية، والأبضية، والبيوكيميائية، أو النظريات، والفرضيات العلمية التي أشارت إلى العوامل البيئية، ودور المطعوم الثلاثي (MMr)، ونظراً للمدى الواسع للأعراض الناتجة عن التوحد، ومستويات حدوثها المختلفة فمن المنطق افتراض وجود أسباب عديدة لمثل هذه الاضطرابات، ومن العوامل والأسباب التي أكدت عليها الأبحاث، والدراسات، والتي من المحتمل أن تكون مسؤولة عن الإصابة باضطراب التوحد، والتي من أهمها:

أولاً: الأسباب السيكلوجية- النفسية:

وهي من أقدم النظريات التي فسرت التوحد، والتي بدأها كانر (Karner) والتي عزا فيها أسباب التوحد على أنه حالة من العزلة، والهروب من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود، والفتور في العلاقة بين الأم، وابنها، وأنه يعد علاقة مرضية لا يتخللها الحب والقبول والحنان، كما خلص في دراسته الأخرى للخصائص الاجتماعية لأولياء الأمور للأطفال التوحديين بأنهم يتميزون بمستوى ذكاء مرتفع، إذ كان منهم أطباء، ومحامون، ورجال أعمال، ومع ذلك كانوا يتصفون باللامبالاة، وجمود المشاعر، مما دفعه للقول إلى أن الحرمان العاطفي يعدّ من العوامل المسببة لاضطراب التوحد.

أما بيتلهام فقد عزا السلوك التوحدي إلى أنه وسيلة دفاعية ضد عالم يدركه الطفل كعالم عدواني لا يستطيع السيطرة عليه، والتأثير فيه، لذلك يسعى إلى الانسحاب منه إلى عالم خاص به من وحي خيالاته.

وقد انتقد ريملاند (Rimland)، التفسيرات النفسية للتوحد ورد عليها بقوة، وذلك من خلال مجموعة من البراهين، منها أن بعض الأطفال التوحديين قد ولدوا لآباء وأمّهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحدي من جهة، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات هذا النموذج قد انجبوا أطفالاً غير توحديين، كما أن أشقاء الأطفال التوحديين أغلبهم أطفال عاديون؛ مما يؤكد عدم صحة هذه الفرضية.

ثانياً: الأسباب البيوكيميائية:

الاضطرابات الكيميائية الحيوية دور كبير في حدوث التوحد، وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه، مع أهمية الأسباب الأخرى ودورها. يتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ، وبالعكس، من خلال ما يسمى بالسيالات العصبية، وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح ذلك نذكر الآتي:

- وجد العلماء وجود نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف، والانفعالات مثل: السيروتينين (Serotonin)، والدوبامين (Dopamine)، والنورإبينفرين (Nor-epinphrine).
- وجد أن نسبة السيروتينين (Serotonin) ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (100%)، ولكن العلاقة بينهما غير واضحة.
- يزيد تواجد الدوبامين (Dopamine) في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وقد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة.
- وجد أن نسبة النورإبينفرين (Nor-epinphrine) تتركز في المناطق التي تتحكم في التنفس، والذاكرة، والانتباه، ولها دور مجهول في الإصابة بالتوحد.

ثالثاً: الأسباب الجينية الوراثية:

لقد أكدت الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على دور الوراثة في الإصابة باضطراب التوحد، أن نسبة (2-4%) أطفال من آباء يعانون من التوحد قد أصيبوا كذلك بالتوحد، وهي نسبة تزيد (50) ضعفاً عن انتشارها في المجتمع العام لآباء غير توحيدين لديهم أطفال أصيبوا بإعاقة التوحد.

وفي إحدى الدراسات التي أجريت على التوائم تبين إمكانية حدوث التوحد في كلا التوأمين يصل إلى نسبة (50%)؛ مما يشير إلى أن الوراثة سبب مهم في الإصابة بالتوحد، كما أظهرت دراسة أخرى أن الأسرة التي يوجد لدى بعض أفرادها اضطرابات في التعلم واللغة ومشاكل تطويرية بدرجات متفاوتة، كما أن قابلية حدوث التوحد بنسبة (50%) مقارنة مع الأسر الأخرى. (الجرواني، صديق، 2013، 20)

رابعاً: الأسباب العصبية:

وهي الأسباب التي تعزو التوحد لخلل في الجهاز العصبي المركزي، إذ أشارت الدراسات إلى وجود خلل دماغي عند إجراء التخطيط الدماغي (EEG)، ففي فرضية ريملاند (Rimland)

(، تشير إلى أن التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفل التوحيدي ربما يفشل في التزويد بدرجة إثارة مناسبة.

كما يشير كل من ديمير وبارتون (Demyer , Barton)، إلى أن مواقع التلف في القشرة الدماغية قد تكون هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفي اللفظي، والإدراكي، كما أن الخلل في النصف الأيسر منه يؤدي إلى اختلال وظيفته المعرفية، واللغوية؛ إضافة إلى إصابات الدماغ الناتجة عن التسمم الكيميائي نتيجة لفشل الكبد في تنقية الدم من الترسبات الضارة، مثل الزئبق، والزنك، والرصاص، والتي تنتقل عن طريق الدم إلى الجهاز العصبي؛ مما يؤدي إلى الإصابة بالتوحد.

خامساً: فرضية اضطراب النظام الأيضي (Mctabolis System):

تشير هذه الفرضية إلى أن عدم قدرة الأطفال على هضم البروتينات، ولا سيما بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في القمح والشعير، ومشتقاتهما، وكذلك بروتين الكازين (Casein)، الموجود في الحليب، هو سبب أعراض التوحد، وهذا يفسر استقرار الطفل المستمر للحليب، ولأكزما الموجودة خلف ركبتيه، والإمساك، أو الإسهال، واضطراب التنفس لديه، ومن مظاهر اضطراب الهضم عند الأطفال التوحيدين حساسية الجسم لبعض الخمائر، والبكتريا الموجودة في المعدة والأمعاء، وزيادة الأفيون في الجسم، وعدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت، ونقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم.

سادساً: فرضية اللقاح الثلاثي (MMR)

يرى أنصار هذه الفرضية أن أسباب اضطراب التوحد تعود إلى الأثر السلبي الذي تحدثه بعض الفيروسات لدماغ الطفل في مرحلة الحمل والطفولة المبكرة، كما تشير إلى أن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل جهاز الطفل المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح؛ مما يؤدي لبقائها نشطة قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ. (الخطيب، آخرون 2013، 323)

5- خصائص اضطراب التوحد:

يظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد تنوعاً كبيراً في خصائصهم، ومهاراتهم، وسلوكهم، وقدراتهم الوظيفية، واحتياجاتهم، من جهة، وباختلاف أعمارهم، ونموهم من جهة أخرى، ومما هو جدير بالذكر أيضاً أن هذه الخصائص لا تكون في مستوى واحد لدى كل الأطفال؛ إذ إن هناك فروقاً فردية، وأنواعاً، ومستوياتٍ للتوحد، ومع ذلك فإن هناك عدداً من الخصائص العامة التي يشترك فيها جميع الأطفال التوحيدين، والتي تعد ذات أهمية كبيرة في عملية التشخيص، ومن هذه الخصائص:

أولاً: الخصائص الاجتماعية:

يعدّ القصور في التفاعل الاجتماعي مؤشراً ذات أهمية كبيرة في عملية تشخيص اضطراب التوحد، إلا أن ذلك لا يكون واضحاً عند الطفل التوحد في مراحل النمو المبكرة، لأن الاختلافات على هذا الصعيد عند الأطفال الأسوياء تكون غير ملحوظة غالباً، ومن الصعوبة تمييزها، ولكن عند دخول الطفل في عامه الثاني، تأخذ هذه الصعوبات الاجتماعية بالظهور، وفي العام الثالث يصبح التطور الاجتماعي العام متأخراً بشكل كبير، إذ يميل أغلبهم للانعزال عن الآخرين، وعدم الرغبة باللعب مع الأطفال الآخرين، أو مشاركتهم في الأنشطة الجماعية والانشغال بأنشطة محددة.

فالطفل التوحد ومنذ الصغر تظهر لديه عدم القدرة على المبادرة على إنشاء العلاقة الاجتماعية مع المحيطين؛ فالطفل التوحد لا ينمي علاقة ارتباط مع والديه، ولا سيما الأم، فالطفل التوحد لا يتبع أمه في أثناء حركتها، أو يفقد غيابها في حال غابت عنه، أو يعانقها، كما يفعل الطفل العادي.

كما أن للعب أهميته في تنمية القدرة على التواصل، ولا سيما عندما يكون اللعب ينطوي على التخيل والنقل، والمشاركة الاجتماعية، وعلى الرغم من أن اللعب ظاهرة تشمل كل المخلوقات، إلا أن الطفل التوحد لا يتمكن من تنمية اللعب الاجتماعي بشكل طبيعي كما يفعل الطفل العادي، وبسبب ذلك قد يكون من المستحيل تنمية المفاهيم المجردة التي تصبح على درجة كبيرة من الصعوبة، ومن ثم حياة الطفل تنصف بالروتين، والأشياء المحسوسة، كما أن فقدان القدرة على اللعب الاجتماعي لدى الطفل التوحد سيؤثر سلباً في تطور اللغة لديه؛ مما ينعكس سلباً على التكيف الاجتماعي لديه.

و قد يبدي الأفراد التوحديون عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين نتيجة الصعوبة التي يواجهونها في فهم وتفسير التعابير الانفعالية المتمثلة في الإيماءات، ونبرات الصوت، وطريقة الجلوس، ويعانون أيضاً من صعوبات واضحة في التعبير عن مشاعرهم، و يتمثل ذلك بعدم قدرتهم على إبداء التعابير الوجهية المناسبة لحالاتهم الانفعالية، كما يعبرون عن مشاعرهم بطريقة مبالغ فيها، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تصبح أقل وضوحاً في حال تجاوز الطفل عامه الخامس، إلا أنه يبقى لديه صعوبات كبيرة يواجهها في عملية التفاعل الاجتماعي، كعدم رغبته في اللعب مع أقرانه، من ثم عدم قدرته على تكوين علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين، ورغم ذلك فإن الطفل التوحد يقترب من الأشخاص المهمين في حياته، وذلك لجذب اهتمامهم، إلا أنه ينشغل بالعموم بأنشطة، وحركات روتينية فردية في معظم الأوقات.

ومن أهم صعوبات التواصل الاجتماعي لدى الطفل التوحد:

- ضعف في الإدراك الاجتماعي.

- عدم الاهتمام بالآخرين إطلاقاً.
- انعدام التواصل البصري، أو الاكتفاء بالنظرة الجانبية.
- الميل للانعزال والوحدة.
- الصعوبة في التعبير عن مشاعرهم، أو فهم مشاعر الآخرين.
- عدم الالتفات لمصدر الصوت.
- خلل في الانتباه.
- عدم الاستجابة لطرائق التعلم الطبيعية.
- عدم الخوف من الخطر.

ثانياً: الخصائص التواصلية:

تعد المشكلات المتعلقة بالتواصل من المؤشرات المهمة التي تميز الأطفال التوحديين، ومن أهمها:

- عدم تطور اللغة، والاستعاضة عنها بالإشارة، وهي صفة غالبية لدى النسبة الأكبر من التوحديين.
- عدم تطور اللغة بشكل طبيعي، واقتصارها على بعض الكلمات النمطية، مثل ترديد عبارات أو كلام غير معبر، ولا يساعد على التواصل، إضافة إلى صدى الصوت الذي يسمعه الطفل في أوقات وأماكن غير مناسبة.
- تطور اللغة بشكل طبيعي، مع حدوث مشكلات تتعلق بعدم الاستخدام المناسب للغة كالانتقال من موضوع إلى آخر، وعدم القدرة على تفسير نبرات الصوت والتعبيرات الجسمية المصاحبة للغة، ومشكلات ارتفاع الصوت أو انخفاضه بحيث لا يتناسب مع المواقف، إضافة إلى مشكلات تتعلق باللغة الاستقبالية. (أبو فخر، زحلق، المللي، 2006، 125).

ثالثاً: الخصائص السلوكية:

هناك مظاهر سلوكية متعددة ترتبط بالأطفال التوحديين، وتميزهم من غيرهم من الأطفال الآخرين، إذ يظهر على الطفل التوحدي منذ الصغر العديد من السلوكيات النمطية، والسلوكيات الأخرى التكرارية، مثل رفرفة اليدين، وهززة الرأس، المشي على أصابع القدمين، وضع اليد على العين، وقد يأخذ السلوك النمطي شكلاً عدوانياً موجهاً للآخرين مثل الضرب، أو تحطيم الممتلكات، وقد يكون على شكل إيذاء الذات مثل: ضرب الرأس، أو العض، أو الحك القوي للجسد، كما يقوم بعض التوحديين بإصدار أصوات متعددة النغمات، وبشكل نمطي ومتكرر من مدة إلى أخرى، أو في مواقف معينة، كما يظهر على الطفل التوحدي منذ سن مبكرة معارضة للتغيير والإصرار على إبقاء الأشياء على وضعها، أو ارتداء ملابس معينة، أو ألوان معينة، أو

اللعب بألعاب معينة، كما أن أي تغيير في البيئة قد يربك الطفل التوحيدي، ويشكل مصدر إزعاج له.

كما أن استخدام الطفل التوحيدي لحواسه يكون بشكل غير طبيعي، كتقريب الأشياء من الفم، أو شمها، أو تمريرها فوق لسانه، وتكرار ذلك لمرات كثيرة، وقد يبدي الطفل التوحيدي تعلقاً زائداً بأشياء محددة، وبشكل غير طبيعي، ولمدة طويلة، مثل: تحسس ثياب الآخرين، أو حمل لعبة معينة، أو قد يتعلق بعض الأطفال ببعض الموضوعات، مثل: الألوان، أو الأرقام، ونتيجة لذلك ينشغل الطفل التوحيدي بأشياء ليست ذات أهمية، وينصرف بنشاطاته عن ما يعينه على تكيفه الاجتماعي، وقد يفسر التمسك الشديد بالروتين عند الأطفال التوحيدين بالخوف من محيط غامض لهم يتعذر عليهم فهمه، إذ إنهم غير قادرين على معالجة المعلومات كوحدة متكاملة؛ مما يجعل حياتهم غير قابلة للتوقع، وهكذا يبقى عالمهم مجزأ؛ مما يجعلهم يركزون اهتماماتهم على تفاصيل جزئية من حياتهم، فتكون هذه السلوكيات كامتداد لهذا الشكل من التفكير؛ فتبدو كأنها عديمة المعنى عندنا.

رابعاً: الخصائص المعرفية:

يعاني معظم الأفراد التوحيدين قصوراً من الناحية المعرفية، إذ إن هناك العديد من المشكلات الخاصة بالجانب المعرفي تميز الأطفال التوحيدين من غيرهم من أصحاب الإعاقات، فالطفل التوحيدي يجد صعوبة في عملية تصنيف المعلومات، أو تبويبها، وقد يتذكر الأشياء حسب مكانها، أو طريقة وضعها، عوضاً عن القيام باستيعاب مفهومها.

فالطفل التوحيدي يعجز عن تنظيم المدركات في محيطه، سواء أكانت مدركات مادية، أم اجتماعية، كما يظهر لدى الأطفال التوحيدين اضطراباً في الانتباه، والنشاط الزائد، والتشتت السريع، وفقدان الاهتمام بالمهمة بعد فترة وجيزة من البدء بها، ومع أن التوحيدي يستطيع تذكر الأشياء أو الأحداث البصرية، إلا أنه لديه مشكلات في الذاكرة تتمثل في الحاجة بشكل دائم للتلميح، ليستطيع تذكر الأشياء.

أما بالنسبة لمزاجه، ومشاعره فتوصف بأنها سطحية، فهو شخص سعيد بما أن رغباته يتم تلبيتها، لكن التوحيدي عموماً شخص يعاني من سرعة الغضب والبكاء، وعدم السعادة.

كما أن نسبة كبيرة من التوحيدين يعانون من التخلف العقلي تصل إلى (75%)، إضافة إلى أن نسبة (10%)، منهم يظهرون قدرات مرتفعة في جوانب محددة، مثل: الذاكرة، الموسيقى، الفن، الحساب.

خامساً: الخصائص الجسدية، والحركية:

إن العديد من أفراد هذه الفئة يظهرون صعوبات حركية وبدنية متنوعة تتمثل، في الضعف في المهارات الحركية الدقيقة، وضعف في التناسق الحركي للأطراف، وضعف في مهارة

السيطرة على الأشياء والأدوات، كما أن معظم الدراسات أشارت إلى أن العديد من الأطفال التوحديين يبدون تأخراً واضحاً في الوصول إلى المراحل المختلفة التي يقتضيها التطور، والنمو الحركي، وذلك بالمقارنة مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء. نسبة وجود العيوب الجسدية في التوحد أقل بكثير من العيوب الجسدية الموجودة في الإعاقة العقلية، ويشير المختصين في هذا المجال إلى أن الملامح البدنية، والبنية الجسدية للأطفال التوحديين في أغلب الأحيان لا تختلف عن أقرانهم العاديين، وأن تلك المشكلات الحركية لدى الأطفال التوحديين تتحسر مع التقدم في العمر نتيجة لبرامج التدخل من جهة، ولمسار النمو الطبيعي من جهة أخرى. إلا أن المشكلة الأكثر شيوعاً لدى التوحديين تتمثل في ضعف السيطرة على المهارات الحركية الدقيقة.

سادساً: الخصائص الحسية:

إن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يكونوا أما مفرطي الاستجابة، أو منخفضي الاستجابة لمثيرات معينة في بيئتهم، إذ يبدي الأطفال التوحديين تأخراً في اكتساب الخبرات الحسية، وأشكالاً غير متناسقة من الاستجابات الحسية تتراوح من مستوى النشاط المنخفض إلى المرتفع. إذ يظهر بعض الأطفال التوحديين صعوبة في رؤية المثيرات البصرية، ويخافون من رؤية الألوان، وبالمقابل قد يظهر بعض الأطفال الآخرين حساسية بصرية وكأنهم يرون أشياء لا يراها الآخرون، أما المثيرات الصوتية قد يعاني بعض الأطفال التوحديين من حساسية سمعية؛ فقد يسمع الطفل أصواتاً لا يسمعها الآخرون، مما يكون مصدر إزعاج له، وبالمقابل قد لا يظهر بعضهم الآخر حساسية سمعية للأصوات العالية؛ مما قد يوحى للمحيطين وكأنهم صماً، أما المثيرات اللمسية قد يظهر بعض الأطفال حساسية جلدية كبيرة تجعل بعضهم يبتعد عن الآخرين عندما يحاولون لمسهم، وبالمقابل قد لا يظهر بعضهم الآخر منهم حساسية لمسية، ولا يشعرون بالألم رغم تعرضهم للأذى الجسدي. (الخطيب، وآخرون، 2013، 326)

6- نسبة انتشار اضطراب التوحد:

عند الحديث عن نسبة شيوع اضطراب التوحد يجب الأخذ بعين النظر أنه توجد عوامل كثيرة تؤثر في تقدير هذه النسبة، ومنها: تحديد المدة الزمنية التي يقع فيها الاضطراب؛ إذ إن حدوث هذا الاضطراب في عمر (30) شهراً يختلف عن حدوثه بعدها، افتراض العلاقة الارتباطية بين التوحد والوضع المعيشي، والاجتماعي، والثقافي؛ إضافة إلى أن هذا الاضطراب مرتبط بالتخلف العقلي، أو غير مرتبط. كما تتفاوت نسبة انتشار التوحد بسبب:

- التباين في محكات التشخيص المستخدمة.
- تنوع أدوات التشخيص.
- عدم وجود محكات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي.

لقد أجريت العديد من الدراسات والأبحاث لتحديد نسبة انتشار التوحد، وكان هناك تباين كبير حول تحديد هذه النسب، وذلك بناءً على المعايير المستخدمة في التشخيص من جهة، والتعريف المعتمد من جهة أخرى. فكانت النسبة الأكثر قبولاً هي حوالي: واحدة لكل مئتين وخمسين حالة ولادة، كما بينت نتائج هذه الدراسات أن نسبة حدوثه لدى الذكور تفوق نسبة حدوثه لدى الإناث، وتقدر النسبة (4-1)، لكن ظهوره لدى الإناث يكون بدرجات عديدة، وهو مصحوب بتخلف عقلي شديد.

وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد أن التوحد يحدث لكل فرد واحد من بين كل خمسمئة فرد، وأن نسبة انتشاره بين الذكور تفوق نسبة انتشاره بين الإناث بأربع أضعاف، وتشير أحدث الإحصائيات التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات، وبحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة انتشار التوحد ارتفعت بدرجة كبيرة إذ أصبح متوسطها حالة من بين مئتين وخمسين حالة ولادة، وبذلك يصبح اضطراب التوحد ثاني أكثر الإعاقات انتشاراً بعد الإعاقة العقلية، وبناءً على هذه الإحصائيات؛ فإن اضطراب التوحد يزداد بنسبة (10-17%)، سنوياً.

ويعزى الارتفاع الواضح، والنقلة الكبيرة للإصابة باضطراب التوحد للأسباب الآتية:

1. الانتقال من تصنيف التوحد كقئة إلى تصنيفه كاضطراب يحدث ضمن نطاق.
2. زيادة الوعي باضطراب التوحد من قبل المختصين سواء أكان ذلك لدى التربويين أم الأطباء.
3. إضافة فئات جديدة إلى اضطراب طيف التوحد كالإعاقة النمائية غير المحددة.

أما في ما يتعلق بالمبررات للزيادة الواضحة في التوحد، فهي:

- تعريف اضطراب التوحد أوسع مما كان عليه في السابق.
- ازدياد الانتقال من المناطق الريفية إلى المناطق المدنية: فقد أكدت العديد من الدراسات على أن المعيشة في المدينة من أهم الأسباب الرئيسة والخطرة التي تؤدي إلى ظهور التوحد، وذلك لتوافر العديد من الأدلة القوية على أن البيئة لها دور مهم في حدوث التوحد؛ لذلك من المحتمل بأن ازدياد الهجرة للعيش في المدينة على مدار الأربعين سنة الماضية قد أدى إلى مضاعفة حجم الشريحة السكانية المعرضة لخطر الإصابة بالتوحد.
- إن التعداد في الأدوات الدقيقة والمقننة، وتطورها لتشخيص اضطراب التوحد في السنوات الأخيرة، أسهم في تحديد أفراد هذه الفئة وفرزها عن غيرها من الإعاقات الأخرى.

- عدم الاتفاق على صحة المعايير التشخيصية.
- إن نسبة الوعي بهذا الاضطراب لدى أولياء الأمور والمعلمين والمتخصصين ازداد بشكل كبير في السنوات الأخيرة؛ مما ساعد على فرز أفراد التوحد في مراكز متخصصة بهذا الاضطراب، و تمييزهم من غيرهم من أصحاب الإعاقات الأخرى.
- عمر الطفل: من المهم الأخذ بعين النظر الفئة العمرية التي تجري عليها دراسة نسبة الانتشار، فقد أكد وليامز وآخرون في دراساتهم على أن هناك ارتفاعاً سنوياً في نسبة انتشار هذا الاضطراب يقدر بحوالي 10% لكل سنة تكون عينة الدراسة فيها أصغر سناً.
- إن العديد من الأفراد الذين يشخصون اليوم ضمن اضطراب التوحد كانوا في الماضي مشخصين على أنهم ضمن شريحة التخلف العقلي، أو الفصام، أو الاضطراب الانفعالي، فعندما أضيفت هذه الشرائح إلى هذا الاضطراب بدا، وكأن ثمة زيادة مطردة في انتشاره. (Bogdashina, 2005, 82).

7- تشخيص اضطراب التوحد:

يعد هذا الاضطراب من الاضطرابات النمائية الحادة التي تصيب الطفل، والذي يؤثر سلباً في جوانب النمو الأخرى، وتشير الدراسات في هذا الخصوص إلى أنه يمكننا أن نتعرف التوحد ونحدده لدى الطفل منذ العام الأول من ميلاده، إذ إن هناك مجموعة أعراض تظهر في الأشهر الستة الأولى، وكذلك أعراض أخرى تظهر لدى الطفل في الأشهر الستة التالية من عمره، ومن ثم قد يكون ذلك مؤشراً على أن الطفل أصبح توحدياً.

يتطلب تشخيص التوحد إجراء تقييم عام وشامل للمشكلات المختلفة اللغوية، والمعرفية، والسلوكية، والتطورية كافة؛ مما يستدعي تضافر جهود عدد من المختصين في المجالات العلمية المختلفة كافة، عن طريق استخدام استراتيجيات تقييمية تعطي تصوراً دقيقاً حول جوانب القوة والضعف لدى الطفل التوحدي، وقد عدّ كثير من الباحثين تشخيص التوحد عملية صعبة ومعقدة لأسباب، عدة، منها:

1. التوحد اضطراب سلوكي يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة، أي في ذروة مرحلة النمو، ولذلك فهو يؤثر سلباً على الجوانب الأكثر أهمية في نمو الطفل، كالمهارات اللغوية، والاجتماعية، والمعرفية، والعاطفية، وهي بذلك تعوق عمليات التواصل والتخاطب، والتعلم؛ فتتعدى عمليات التفاعل مع الطفل لتشخيص حالته، أو إخضاعه للقياس والتقويم.

2. التوحد اضطراب متعدد تتعدد فيه الأعراض بين الأفراد؛ فنادراً ما نجد طفلين توحيدين متشابهين تماماً في الأعراض.
 3. عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة، والمطورة على فئة التوحد التي يمكن من خلالها تشخيص الأطفال.
 4. الفحوصات النفسية، وملاحظة السلوك تتطلب وقتاً طويلاً، وكذلك يعتمد التشخيص بدرجة كبيرة على المعلومات الاسترجاعية من قبل الأهل، ولا سيما الوالدين، وهذه المعلومات معرضة للنسيان.
 5. تداخل خصائص التوحد مع خصائص، وأعراض اضطرابات، وإعاقات أخرى كالتخلف العقلي، والإعاقة البصرية، والصرع، والفصام.
 6. قد يختلف التشخيص من موقف إلى آخر، وذلك بسبب تغير سلوك الأطفال التوحيدين بين بيئة وأخرى، فيكون هذا السلوك في أسوأ حالاته في بيئة معينة، بينما يكون أقل حدة في بيئة ومواقف أخرى.
- لقد تعددت المحاولات التي حاولت وضع أساليب لتشخيص اضطراب التوحد منذ تم اكتشافه، وتسميته بشكل علمي على يد كانر (Kanner)، وذلك عام (1943)، إضافة إلى الدراسات والاتجاهات المختلفة حول تعريفه، وخصائصه، وصولاً إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية في طبعته الرابعة المعدلة (DSM-IV)، الصادر عام (1994)، والتي جاءت على الشكل الآتي:
- أولاً: ظهور (6)، أعراض في الأقل، أو أكثر من المجموعات الأولى، والثانية شرط أن يكون فيها اثنتان من أعراض المجموعة الأولى في الأقل؛ إضافة إلى عرض واحد في الأقل من كلتا المجموعتين الثانية والثالثة، أما المعايير فهي الآتية:**
1. **المجموعة الأولى:**
 - أ. قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي: يتجلى في الأقل في اثنتين مما يلي:
 - خلل واضح في استخدام السلوك غير اللفظي مثل: النظر في عين الآخر، والتعبير الوجهي، والهيئة الجسمية.
 - الإخفاق في تطوير علاقات الصداقة الملائمة لمستوى تطوره.
 - قصور في التلقائية لمشاركة الآخرين في الأفراح، أو الرغبات، أو التحصيل.
 - قصور في المبادلات الاجتماعية والانفعالية مثل: عدم المشاركة في الألعاب الاجتماعية البسيطة، أو يفضل النشاطات الفردية.
 - ب. قصور نوعي في التواصل: والذي يتجلى في واحدة في الأقل مما يلي:
 - تأخر أو قصور كلي في تطور اللغة الشفوية.

- عدم القدرة على المبادرة في التحدث مع الآخرين، أو الاستمرار في الحديث.
- استعمال مكرر ونمطي للغة.
- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي، أو التقليد الاجتماعي الذي يتناسب مع العمر والمرحلة النمائية.
- ج. أنماط من السلوكيات، والرغبات، والنشاطات النمطية المحددة والمكررة: تتجلى في اثنين في الأقل مما يلي:
 - ممارسة محددة لنمط واحد من الرغبات الشاذة من حيث الشدة أو التركيز.
 - انشغال واضح لا يتبدل بممارسة طقوس معينة، أو روتين محدد.
 - عادات حركية نمطية مكررة مثل: ثني اليدين، أو حركات جسمية معقدة.
 - الانشغال بإجراء أشياء مثل: لمس الأشياء بشكل متكرر مثل خيط القماش.

2. المجموعة الثانية:

أداء مختلف في واحدة في الأقل من الفقرات الآتية:

- التفاعل الاجتماعي.
- اللغة كما هي مستخدمة في التواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.

3. المجموعة الثالثة:

اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدد من السلوكيات النمطية كما تكشف عنها واحد

في الأقل من الأعراض الآتية:

- اندماج الطفل في واحد أو أكثر من الأنشطة، والاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها وشدتها.
- عدم المرونة الواضح في الالتزام والاتصاف بسلوكيات وأنشطة روتينية، أو طقوس لا جدوى منها.
- حركات نمطية تمارس باستمرار غير هادفة مثل: ثني الجذع، طققة الأصابع، حركة الأذرع....إلخ.

ثانياً: تأخر أو شذوذ وظيفي يكون قد بدأ في الظهور قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد مما يلي:

- استخدام اللغة في التواصل.
- اللعب الرمزي، أو الإيهامي التخيلي.
- التفاعل الاجتماعي. (الزريقات، 2010، 196)

- أدوات تشخيص اضطراب التوحد:

عمل العديد من الباحثين على وضع مجموعة من الأدوات المسحية وتقنياتها، وأدوات التشخيص التي تستخدم في الكشف عن الأطفال التوحديين، وتمييزهم من غيرهم من ذوي الإعاقات الأخرى؛ إذ يمكن تقسيمها إلى قسمين: أولاً: الأدوات المسحية:

1. برنامج الملاحظة التشخيصي للتوحد: (ADOS: The Autism Diagnostic Observation Schedule) وقد أعده لورد وزملاؤه عام (1989).

2. قائمة التوحد للأطفال دون سن السنتين: (Modified Checklist for Autism in toddlers – M-CHAT).

3. قائمة سلوك التوحد: (Autism behavior Checklist – ABC)

4. أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين: (Screening Test for Autism in Tow – STAT (years old))

5. أداة مسح الإضرابات النمائية الشاملة: (Pervasive Development Disorders Screening Test-PDDST)

ثانياً: أدوات التشخيص:

1. مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale) CARS.

2. المقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostics Interview-Revised ADI –R)

3. جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد: (The Autism Schedule, ADOS) (Diagnostics Observation).

8- البرامج المستخدمة في علاج التوحد:

على الرغم من الأبحاث والدراسات العديدة التي تناولت موضوع اضطراب التوحد، إلا أن العلم لم يصل بعد إلى مرحلة تحديد أسباب هذا الاضطراب، ومن ثم فإن الخطط والأساليب التي يجب أن تتبع لعلاج هذا الاضطراب، والوقاية منه لم تتطور بعد بالشكل المناسب، إضافة إلى الصعوبة الكبيرة التي تواجه المعنيين في عملية التشخيص، والاكتشاف المبكر، وكذلك مشكلة تعدد الإعاقات التي كثيراً ما ترافق اضطراب التوحد.

لقد أخذت معالجة اضطراب التوحد طرائق، وأساليب عديدة، وشهدت تحولات كثيرة، إذ أصبحت هذه الظاهرة محط اهتمام الكثير من الأطباء، وأطباء الأعصاب، والعاملين في الحقل التربوي والنفسي، كما تنوعت الأساليب حسب وجهة نظر كلا الطرفين؛ فمنهم من عالج هذا الاضطراب بالأدوية، ومنهم من لاحظ مظاهر السلوك المضطرب، وكلا الطرفين يكمل بعضه بعضاً.

أولاً: برامج العلاج الطبي:

تعتمد هذه البرامج على نتائج فرضيات كانت لمدة طويلة موضع بحث وتجربة، إذ تساعد في رفد البرامج التربوية، والنفسية، وأهمها:

1. الحماية الغذائية:

فقد أشار بول شاتوك (Paul Shattock)، من جامعة سنترلاند البريطانية إلى أن أساس اضطراب التوحد هو اضطراب في عملية الأيض (Metabolic disorder)، إذ تبين أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة تأثير الببتايد (Peptide)، وتؤكد هذه الفرضية أن هذه الببتونات تشتت من عدم اكتمال انحلال بعض الأطعمة، وعلى وجه الخصوص الجلوتين (Gluten) من القمح ومشتقاته، والكازيين من الحليب ومشتقاته، إذ تسبب هذه العملية زيادة نشاط التوصيل العصبي، وقد يحدث هذا النشاط اضطراباً في أنظمة الجهاز العصبي المركزي؛ مما ينتج عنه اضطراب في الجوانب المعرفية، والانفعالية، ونظام المناعة، والقناة الهضمية.

لذلك يقترح مؤيدو هذه الفرضية برنامجاً غذائياً خاصاً بأطفال التوحد يكون خالياً من الجلوتين، والكازيتين بعد إجراء فحوص مخبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المخدرة، بحيث تساعد هذه الحماية الغذائية على تحسين بعض المظاهر السلوكية لدى الأطفال التوحديين؛ مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم والتدريب.

2. العلاج بهرمون السكرتين:

هو هرمون يفرز من الأمعاء الدقيقة في جسم الإنسان؛ لكي يحفز إفراز بعض العصائر في البنكرياس (وعادة يعطى عند إجراء بعض الفحوص للجهاز الهضمي)، إذ تبين أن هناك تحسن في بعض الحالات من الناحية اللغوية والاجتماعية.

وهذا ما أكدته ورنر (Warner) حين أشار إلى أن من أساليب الكشف العلاجي التي قد تحدث أثراً إيجابياً عند الإصابة بالتوحد، إعطاء جرعة واحدة فقط من هرمون السكرتين، إذ تبين أن تأثير الجرعة الواحدة من هذا الهرمون يستمر من ثلاثة أشهر إلى السنة، وينصح بعدم إعطاء الجرعة الثانية قبل مضي ثلاثة أشهر من تاريخ أخذ الجرعة الأولى، وكانت ملامح التحسن واضحة في التواصل البصري من جهة، ونطق بعض الكلمات التي لم يكن يستطيع الطفل نطقها، ولا بد من الإشارة إلى أن بعض العلماء قد شككوا في فاعلية هذا الهرمون في العلاج من جهة، وحذروا من استخدامه من جهة ثانية، كونه لم يجرب على الحيوانات، لكن وفقاً للمعلومات الأولية حول فاعلية العلاج بهذا الهرمون بأنه ليس له آثار سلبية، وفي الوقت نفسه ليس علاجاً شافياً لهذا الاضطراب، لكن من الممكن أن يكون مساعداً ومدعماً للعلاج النفسي والتربوي.

3. العلاج بالفيتامينات:

لو افترضنا بأن أعماء الأطفال التوحديين لها خصيصة منفذة، أي مرشحة؛ فإن استفادتهم من الفيتامينات العادية قليلة، لذلك فإن إعطائهم فيتامينات متعددة أمر مهم، وذلك لتعويضهم عن الخسران في الفيتامينات الموجودة في الأغذية.

ويعد رملاند (Rimland)، من أكثر الباحثين الذين أيدوا العلاج بالفيتامينات، أو المغنسيوم لتعديل سلوك، أو أعراض التوحد، إذ أكد من خلال التجارب التي أجراها أن أجسام الأطفال التوحديين تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في الأغذية العادية، وهذه الجرعات تتكون من فيتامين (B6)، إذ تتراوح الجرعة بين (30-300 مليجرام)، و(350-500 مليجرام) من المغنسيوم يومية، وقد أوضحت نتائج تجاربه أن (30-50%)، من الأطفال التوحديين قد تحسن سلوكهم في التواصل البصري، واستخدام الكلمات، والانتباه، والتحدث، وعادات النوم. (أبو فخر، زحلوق، المللي، 2006، 132)

ثانياً: البرامج النفس تربوية:

ومن أهم هذه البرامج: المعالجة السلوكية، والبرامج القائمة على الدمج الحسي:

أ. المعالجة السلوكية:

يعدّ العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية التي ظهرت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد، ويعتمد هذا النوع من المعالجة على فكرة تعديل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مقبول إلى حد ما، وهذه المعالجة السلوكية تعتمد على برامج مصممة من قبل اختصاصيين نفسيين وتربويين بهدف تقويم السلوك، وتشكيله، وذلك وفق مجموعة إجراءات يتم من خلالها تحديد السلوك غير المقبول من أجل تعديله، وتحديد الخطوات اللازمة لجلسات العلاج.

لقد كان اهتمام البرامج السلوكية سابقاً مركّزاً على المجالات الثانوية لاضطراب التوحد، بدرجة أكبر من اهتمامها بمواطن الخلل الأساسية، كاضطراب التواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، والتواصل الاجتماعي، والانفعالي، إذ تم التركيز على تعديل المظاهر السلوكية، من مثل: إيذاء الذات، الصراخ، الغضب، تكرار اللفظ، وذلك عن طريق تطبيق إجراءات منها: العزل، والعقاب.

أما البرامج السلوكية الحديثة فقد اعتمدت على تعديل السلوك، والتعليم، والتدريب على كثير من المهام والمهارات، ومن الأساليب المستخدمة في مثل هذه البرامج طريقة المحاولة المنفصلة التي تبناها إيفار لوفاس (Ivar Lovass) أستاذ الطب النفسي في جامعة كاليفورنيا؛ الذي يدير مركزاً متخصصاً لعلاج التوحد، والتي تقوم على أساس تجزئة السلوك المركب إلى أجزاء، أو خطوات صغيرة متتابعة يمكنه اكتسابها، ثم تقديم التدعيم إثر أدائه كل خطوة تقربه من

تعلم السلوك الكلي، ثم ربط هذه الأجزاء ببعضها ببعض إلى أن يتم تعلم السلوك بشكل كامل، لكن قبل البدء بالتدريب على السلوك أو المهمة المطلوبة لابد من القيام بإجراءات عدة منها: ملاحظة السلوك المطلوب، وتحليله، وقياسه، ومن ثم اختيار أسلوب التعديل المناسب، مع استمرار الملاحظة، ومن ثم جمع المعلومات عن مدى التغيير الذي يطرأ على السلوك المطلوب تعديله.

كما تؤكد دراسة "إيفار لوفاس"، والتي أكدت أهمية المعالجة السلوكية للأطفال التوحديين الذين تقل أعمارهم عن أربع سنوات، والتي شكلت نسبة (47%)، من عينته؛ إذ يصرح لوفاس بأنه لو قابلت هؤلاء الأطفال الذين وصلوا إلى مرحلة المراهقة لا يمكن أن تعلم أنهم كانوا يعانون من التوحد، كما تشير "كاترين مور ليس" في كتابها (دعني أسمع صوتك)، كيف تحقق الشفاء لطفلها الذي كان يعاني من توحّد شديد خلال معالجة لوفاس. وهذه بحد ذاتها تعد وثيقة تؤكد أهمية هذه الطريقة في علاج اضطراب التوحد، وهذه الطريقة تعتمد على الثواب، والعقاب، ولا سيما على نظرية الأشرار الإجرائي لسكنر.

ب. البرامج القائمة على التعلم المنظم:

التعليم المنظم هو فلسفة التدخل التي تم تطويرها من قبل "نورت كارولينا" قسم (Teacch)، وهو منهج منظم لتدريب الأطفال الذين يعانون من التوحد، إذ يسمح بتنفيذ مجموعة متنوعة من أساليب التدريس كاستراتيجيات الدعم البصري، ونظام التبادل عبر الصور (PBCS)، واستراتيجيات الدمج الحسي، وجلسات المحاولات المنفصلة، وهو أحد النظم في التعامل مع أطفال التوحد.

كما يستخدم برنامج (Teacch)، التعليم المنظم كمحاولة لتكييف بيئة أفراد التوحد للحد الأقصى من نقاط القوة التي لديه عن طريق خلق نظام بيئي عال جداً لزيادة قدرة هؤلاء الأفراد على معالجة المعلومات البصرية، والتقليل من مشكلات المعالجة السمعية.

ويركز هذا البرنامج على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، والاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، والأكاديمية، إضافة إلى مهارات التكيف مع المجتمع.

كما يهدف هذا البرنامج إلى تعليم الطفل وتدريبه في بيئة تربوية منظمة تلبي احتياجاته الخاصة، كاستخدام المعينات البصرية، والرموز الإضافية التي تساعد الطفل على فهم الجداول، وأوقات التحول من مهمة إلى أخرى، والتوقعات المنتظرة، وتطبق هذه البرامج في الفصول الدراسية العادية غالباً، بحيث يتم نقل الطرائق المستخدمة في الفصل إلى المنزل من خلال والديّ الطفل، إذ يتم تدريبهما على استخدام هذ الطرائق. (الحديد، 2010، 15)

الفصل العاشر

الموهبة والتفوق

1. مقدمة.
2. تعريف الموهبة والتفوق.
3. دور العوامل الوراثية والبيئية في الموهبة والتفوق.
4. نسبة الانتشار للموهوبين والمتفوقين.
5. كشف الأطفال الموهوبين والمتفوقين وتعريفهم.
6. القياس والتشخيص.
7. الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين.
8. نظريات التفوق.
9. البرامج المقدمة للأطفال الموهوبين والمتفوقين.
10. مشكلات المتفوقين عقلياً في البيئة الأسرية والمدرسية:
البيئة الأسرية ب - البيئة المدرسية:
11. الاتجاهات العامة في تدريس المتفوقين والموهوبين.
12. تطبيقات التكنولوجيا في تدريس الموهوبين والمتفوقين.
13. واقع تربية المتفوقين في البلاد العربية.

الفصل العاشر

الموهبة والتفوق

1 - مقدمة:

تنوعت وتعددت المصطلحات التي عبرت عن مفهوم الطفل الموهوب، إذ استخدم مصطلح الطفل المتفوق (superior child) ، ومصطلح الطفل المبدع (creative child)، واستخدمت هذه المصطلحات للدلالة على مجموعة من الأفراد الذين يتميزون بدرجة عالية من الذكاء، وبتحصيل أكاديمي مرتفع، أو بقدرات ومواهب خاصة، وفي السابق كان الاعتماد الأساسي في تحديد الموهبة على اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل؛ إذ كان الفرد يعد موهوباً إذا حصل على أداء عالٍ ومرتفع في اختبارات الذكاء والتحصيل مقارنة بالفئة العمرية التي ينتمي إليها.

ومع نمو حركة القياس النفسي وتطورها لم يعد الذكاء - كونه قدرة عقلية عامة - مقبولاً عند الكثيرين، بعد التوصل إلى ما يسمى: مفهوم التفكير التباعدي، والذي يشير إلى قدرة الفرد على إيجاد استجابات مرنة ومتنوعة وفيها إبداع. أما في ما يتعلق بالمفهوم الآخر، أي التفكير التقاربي؛ فيتم قياسه استناداً إلى اختبارات الذكاء التقليدية، والذي يطلب فيها من الفرد إعطاء استجابة واحدة، ومحددة، وتكون هي الصحيحة. (Gardner, 1993, p. 17)

لذا، وبناءً على الأبحاث التي أجريت لتحديد مفهوم الموهبة والتفوق؛ فإن الاعتماد على قياس الذكاء في تحديد الموهبة والتفوق يبقى قاصراً، وغير مكتمل، إذا لم تحتوِ اختبارات الذكاء على قياس الأصالة أو الأبداع أو التفكير المنتج، ولذلك فقد تم التركيز على القدرات الخاصة للأفراد، واختبارات التحصيل، واختبارات الذكاء، كونها محكات للدلالة على تفوق الفرد وموهبته.

وفي العصر الحديث ازداد الاهتمام بالمتفوقين، ولكن ليس بالقدر الكافي إذا ما قورن ذلك بالمعوقين، إذ يرى المسؤولون أن الفئة الثانية بأمر الحاجة إلى المساعدة، بينما يستطيع المتميز الاعتماد على نفسه، ولكن هذا لا يعني عدم تهيئة الظروف الصحية الغنية للنهوض الحقيقي بقدرات المتفوقين واستغلالهم؛ لما يعود بالنفع عليهم وعلى المجتمع الذي يعيشون فيه. وقد ساعد القياس العقلي في عملية تشخيص المتفوقين والموهوبين مساعدة فعالة.

قد ظهرت نظريات عديدة في التفوق والموهبة، أسهمت في البرامج الخاصة بالمتفوقين، ومازال الاهتمام مستمراً من خلال إقامة مراكز خاصة بهم تقدم لهم الرعاية والاهتمام، وتساعد

على استغلال طاقاتهم بالشكل الأفضل إيماناً بأن التفوق والتطور السريع الذي يحصل في العالم ما هو إلا نتيجة للاستثمار الجيد لهذه العقول الناصعة.

2- تعريف الموهبة، والتفوق:

بالعودة إلى المراجع، والمصادر المتخصصة في العلوم التربوية، والنفسية نصادف تعريفات عديدة للموهبة والتفوق، إذ يركز بعض هذه التعاريف على التحصيل الأكاديمي المرتفع، وبعضها الآخر يركز على القدرة العقلية المرتفعة بناءً على اختبارات الذكاء، في حين يركز بعضها الآخر على جوانب الأبداع، أو القدرات الخاصة، أو السمات الشخصية والعقلية.

ونتيجة لكثرة التعاريف الخاصة بالاتصال الموهوبين، والمتفوقين يمكن تصنيفها إلى مجموعتين هما:

أولاً- الاتجاهات القديمة:

تم التركيز في التعريفات السيكمترية (الكلاسيكية) على القدرة العقلية التي تقيسها اختبارات الذكاء المقننة، إذ عدت الطفل الموهوب هو: الذي يحصل على نسبة مرتفعة في اختبارات الذكاء، وحددت نسبة الذكاء /140/ فأكثر، إذ عدت هذه النسبة هي الحد الفاصل بين الطفل الموهوب والعادي، وفي الستينات من القرن العشرين أضيف بعد الأداء المتميز، لا سيما في المهارات الفنية، والاجتماعية، والموسيقية، والكتابية، والميكانيكية، وقد تبنى هذا التعريف كل من Guilford، Kire وآخرون، إذ تمت الإشارة إلى أن الطفل الموهوب هو: ذلك الفرد الذي يتميز بقدرة عالية من التفكير الإبداعي، ومن ثم نلاحظ أن هذه الاتجاهات ركزت على نسبة الذكاء المرتفعة، والقدرة على التفكير الإبداعي فقط، مما أدى إلى ظهور انتقادات قادت إلى ظهور التعاريف الحديثة.

ثانياً - الاتجاهات الحديثة:

ظهرت مجموعة من الاتجاهات الحديثة في تعريف الموهبة، والتفوق نتيجة للانتقادات التي وجهت للتعريفات القديمة، ومن هذه الانتقادات:

1. مقاييس الذكاء لا تقيس القدرات الإبداعية، أو الموهبة الخاصة، أو السمات الشخصية وإنما تقيس نسبة الذكاء، والتي يشار إليها بالقدرة العقلية العامة.
2. التحيز الثقافي والطبقي والعنصري، ومشكلات تتعلق بصدق وثبات هذه الاختبارات.

3. نقص قدرة اختبارات الذكاء على قياس القدرة على التفكير المحدد باستجابات معينة، كذلك نقص قدرتها على قياس التفكير الابتكاري (الروسان، 1999، 159)، وظهرت تعاريف حديثة للموهبة والتفوق في أوائل السبعينات من القرن العشرين؛ فقد عرف الطفل الموهوب بأنه، ذلك الفرد الذي يظهر أداءً متميزاً في التحصيل الأكاديمي، وفي ما بعد، أو أكثر من الأبعاد الآتية:

1. القدرة العقلية العامة.
2. التفكير الابتكاري والإبداعي.
3. الاستعداد الأكاديمي.
4. القدرة القيادية.
5. المهارة الفنية.
6. المهارات الحركية (Marland ,1972,p29)

ويقترح Renzulli أن الموهبة والتفوق هي محصلة للتفاعل بين ثلاث خصائص هي:

1. القدرة العقلية العامة، وتكون فوق المتوسط.
2. القدرة العالية على الالتزام بالمهمة المطلوبة.
3. مستوى عالٍ من الأبداع.

إذاً: الطفل الموهوب من وجهة نظر Renzulli هو: ذلك الطفل الذي يتمتع بقدرة عقلية عالية تظهر على شكل أداء متفوق في المدرسة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، كما تقيسها اختبارات المدرسة، إضافة إلى تمتع الطفل بالثابرة، والدافعية، والتحصيل في أداء المهمة المطلوبة منه، ويتمتع كذلك بأداء مرتفع على اختبارات الذكاء المقننة، وذلك مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها.

ومع ذلك فإن التعريف الذي يلقي قبولاً واسعاً في أوساط الباحثين هو: الذي يشير إلى أن الأطفال الموهوبين والمتفوقين هم: أولئك الذين تعرفهم من قبل أشخاص مهنيين مؤهلين، ولديهم قدرات أدائية عالية في مجال القدرة العقلية العامة، وقدرات تحصيلية محددة، والقدرة على التفكير المنتج، والقدرة القيادية، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى برامج تربوية مختلفة عن التي تقدم في المدارس العادية من أجل تنمية قدراتهم، والوصول بها إلى أقصى درجة تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم.

إذاً: ينطوي الاتجاه الحديث عموماً في تعريف الموهبة والتفوق، على عدد من المعايير المستخدمة في تعريف: الطفل الموهوب المتفوق، وهي أن الطفل الموهوب يظهر أداءً متميزاً مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها في واحدة، أو أكثر من المعايير الآتية:

1. القدرة العقلية العالية.
2. القدرة على التحصيل المرتفع.
3. القدرة الإبداعية العالية.
4. القيام بمهارات متميزة؛ كالمهارات الفنية، واللغوية، والرياضية، وغيرها.
5. التميز بسمات شخصية وعقلية، كالمنابرة، والدافعية العالية.

3- دور العوامل الوراثية والبيئية في الموهبة والتفوق:

1. العوامل الوراثية:

إن الموهبة والتفوق هما محصلة لمجموعة من العوامل الوراثية والجينية، اللتين تقومان بدور جوهري في تشكيل الموهبة، وأشار Jensen في دراسته: إلى أن العوامل الوراثية تسهم بنسبة 80% تقريباً من الذكاء، في حين أن البيئة تسهم بنسبة 20% فقط. وهذا ما أشار إليه نيكولس (Nichols 1965) في دراسته على 700/ من التوائم المتطابقة، و500/ من التوائم غير المتطابقة، وأن الوراثة مسؤولة عن 70% من الذكاء، في حين أن البيئة مسؤولة عن حوالي 30% فقط.

2. العوامل البيئية:

إن تأثير العوامل الوراثية في إظهار الموهبة والتفوق، لا يقلل من أهمية العوامل البيئية؛ إذ تشكل العوامل الوراثية الأساس للموهبة والتفوق، ولكن البيئة يمكن أن تعمل على إثراء الموهبة، وتطويرها عند الفرد من خلال توفير الأدوات، والنشاطات المناسبة، والخبرات للأطفال الموهوبين، والمتفوقين؛ فإنها ستعمل على كبح نمو قدرات، الفرد ومواهبه وكفها.

تقوم كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية عموماً بدورٍ مهمٍ وكبيرٍ في الموهبة، والتفوق، فهي تزود الفرد بالاستعدادات وتطورها، ولكن إسهام كل منها يختلف من دراسة إلى أخرى. (كوافحة، عبد العزيز، 2005، 36)

4. نسبة الانتشار للموهوبين والمتفوقين:

تختلف نسبة انتشار الأطفال الموهوبين في المجتمع باختلاف المعايير المستخدمة في تعريف الموهبة والتفوق، فإذا كانت نسبة الذكاء تزيد عن 130/؛ أي بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط على اختبارات الذكاء المقننة، فإن النسبة تكون بمقدار 3%، أما إذا كان المعيار المستخدم في قياس القدرة العقلية هو: نسبة الذكاء 145/؛ أي بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية على منحنى التوزيع السوي؛ فإن نسبة الذكاء تكون حوالي 1% أي تقل النسبة.

وإذا استخدمنا أكثر من معيار بجانب القدرة العقلية، فإن نسبة الموهوبين والمتفوقين سوف تقل؛ أي كلما ازداد عدد المعايير المستخدمة قل عدد الأطفال الموهوبين، والعكس هو الصحيح؛ أي كلما قل عدد المعايير المستخدمة في تحديد الأطفال الموهوبين والمتفوقين؛ ازداد عدد الأطفال الموهوبين والمتفوقين.

وتشير معظم الدراسات العلمية في هذا المجال إلى أن ما يقارب من 3-5% من طلاب المدارس من الموهوبين. (Marland,1972, p.65)

5. كشف الأطفال الموهوبين والمتفوقين وتعرفهم:

يشير مصطلح الكشف إلى القياس السريع للنشاطات التي تطبق بتنظيم لمجموعة من الأطفال؛ وذلك بهدف تعرف الأطفال الموهوبين والمتفوقين، إذ يساعد الكشف والتدخل المبكر في تنمية مهارات الطفل، وتطويرها، وتلبية احتياجاته، وإعداد البرامج الملائمة له في وقت مبكر، ويتم تعريف الأطفال الموهوبين والمتفوقين في برامج من قبل المدرسة وبرامج المدرسة من خلال تقييم النواحي المعرفية، والإدراكية، والمهارات الخاصة، ولكي تتم عملية الكشف بفاعلية؛ يجب أن يتعاون الآباء والمعلمون في عملية الكشف، ومن أهم هذه الأساليب:

1- تقدير المعلمين:

يعد المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال الموهوبين والمتفوقين في سن المدرسة، لكن هذه الطريقة قد لا تكون دقيقة أو غير فعالة، وذلك بسبب تحيزات المعلمين، وعدم قدرتهم، وتركيز ترشيحاتهم على الطلبة المتفوقين تحصيلياً، واستبعاد منخفضي التحصيل، أو الطلبة المبدعين، ويمكن تجاوز هذه المشكلة من خلال تدريب المعلمين جيداً على ملاحظة السلوك الذي يظهره الطلبة، والذي يمكن أن يعبر عن الموهبة أو التفوق.

2- ملاحظة الوالدين:

إن ما يقدمه الوالدان في هذا المجال يعد مصدراً مهماً للكشف عن موهبة الطفل وتقوّه، ولا سيما في معرفة جوانب التفوق غير الأكاديمية عند الطفل، مثل: الهوايات، الاهتمامات، وأنواع الكتب التي يرغب في قراءتها، والأعمال والإنجازات التي يحققها الطفل، ويمكن أن نجمع المعلومات من الوالدين، إما من خلال المقابلات الشخصية. إذ يتم الاستفسار عن مهارات الطفل وهواياته وإنجازاته، أو من خلال قوائم الشطب والاستبانات المعدة من قبل المتخصصين لمعرفة جوانب موهبة الطفل، وتقوّه، وكلما كان الوالدان على قدر من الثقافة والعلم كان ذلك أكثر دقة في الترشيح.

3- تقديرات الأقران:

إذ نطلب من أقران الطفل في المدرسة أن يذكروا جوانب التفوق والموهبة عند زميلهم، وكذلك السمات الشخصية التي يتمتع بها كالقيادة وغيرها من السمات التي تتم عن الموهبة والتفوق، ولا سيما الأطفال الأكبر سناً؛ إذ يستطيعون ملاحظة دلالات تفوق زميلهم.

4- ترشيح الذات:

وذلك من خلال تقرير الطفل لذاته، ولا سيما في المرحلة الابتدائية؛ إذ يبدي الأطفال في هذه المرحلة استعدادهم للتحدث عن أنفسهم، وعن أعمالهم، ومهاراتهم، وإنجازاتهم، إما من خلال المقابلة الشخصية، أو من خلال قوائم شطب معدة مسبقاً تعبر عن سلوكيات ومواهب تدل على موهبة الطفل وتقوّه.

5- الترشيحات المتعددة:

في النهاية لابد من التنوع في جمع المعلومات حول مهارات الطفل وموهبته، حتى تتم تمييزها في وقت مبكر؛ للوصول بالطفل إلى أقصى درجة تسمح بها قدراته، ومن أجل إعداد البرامج التربوية الملائمة له، ويتم التعرف على الطفل الموهوب والمتفوق عن طريق ترشيحات المعلمين، والأهل، والأقران، وترشيح الذات مجتمعة.

6. القياس والتشخيص:

لم يستخدم محك واحد في تشخيص المتفوقين، وإنما استخدمت محكات عدة تتفاوت في درجة القبول؛ فمنها ما يعتمد على الوصف الظاهري، وأخرى تعتمد على التحصيل والإنجاز، وثالثة تعتمد على معاملات الذكاء التي يحصل عليها الفرد في أحد اختبارات الذكاء، واستخدمت

مقاييس الإبداع، ومقاييس التقدير كوسائل لتشخيص المتفوقين والموهوبين، ويمكن استعراض ذلك بما يلي:

1- الطريقة الوصفية:

وهي من أقدم الطرائق استخداماً في تشخيص المتفوقين، والتي تعتمد بشكل أساسي على الخصائص الجسمية والسلوكية.

2- المحك السيكميومتري:

إذ يعتمد على معاملات الذكاء في تشخيص المتميزين، لكن من عيوب هذه الطريقة عدم وجود اتفاق بين المهتمين على تحديد درجة واحدة لهم؛ فمنهم من يقول: ألا تقل عن 120، وآخرون يقولون: لا تقل عن 130، كما أن هذه الطريقة يمكن أن تتفاوت ضمن البلد الواحد، وعلى أية حال؛ فإن نسبة الذكاء هي الوسيلة الأكثر انتشاراً في العالم لتشخيص القدرات العقلية للأفراد، ومن أشهر المقاييس التي استخدمت في قياس القدرة العقلية للمتفوقين والموهوبين هي:

1. مقياس ستانفورد بينيه للذكاء.
2. مقياس وكسلر للذكاء.
3. مقياس مكارثي للقدرة العقلية.
4. مقياس جودانف هاريس للرسم.

ولكن لا يمكن أن نسلم بها مطلقاً؛ لأن هذه الاختبارات لا تعطينا صورة كاملة عن الوظيفة العقلية من خلال رقم بسيط يكون ناتجاً لعوامل محددة، تعتمد على الجانب النظري.

3- محك التحصيل الدراسي:

إذ يعتمد على التحصيل الدراسي كونه أساساً في تشخيص المتفوقين عقلياً؛ إذ يعد مؤشراً قوياً يتنبأ به على قدرات الفرد العقلية، لا سيما إذا كانت هذه الاختبارات تتصف بالعلمية، والموضوعية.

ولكن قد يتأثر التحصيل بعوامل كثيرة مثل: الناحية الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية، ودافعية الطالب، إضافة إلى موضوعية، وعلمية الأسئلة.

4- مقياس الابتكار (الإبداعي):

إذ يمكن من خلال هذه المقاييس قياس التفكير المتشعب (Divergent thinking)، الذي يتميز بتعدد الاستجابات، والجدية، والاصالة؛ إذ يتعد هذا النوع من التفكير عن النمطية، كما هو الحال في ما يتعلق بالتفكير المحدد (Converging thinking).

ومن أشهر المقاييس التي يمكن استخدامها في هذا المجال: مقياس تورانس للتفكير الإبداعي.

5- مقياس التقدير للسماة الشخصية، والعقلية:

وهي عبارة عن مجموعة من العبارات الوصفية للخصائص السلوكية، والتي تختلف درجة وجودها لدى الأفراد المتفوقين والموهوبين، ومن أهم هذه المقاييس هو: مقاييس رونزلي (Ronzulli)، وتتعلق هذه المقاييس في مجالات متعددة: كالتعلم، والدافعية، والقيادة، والإبداع، والفنون، والمسرح، والاتصال، والتعبير، في النهاية يمكن القول: إن الاعتماد على محكات متعددة للمعرفة الكاملة الشاملة لقدرات الفرد العقلية، هو: ما يطالب به المختصون في مجال علم النفس، والتربية الخاصة؛ لأن محكاً واحداً لا يعطي صورة واضحة وكاملة عن القدرات العقلية للفرد، لذلك يصار إلى تطبيق محكات عدة لمعرفة القدرة العقلية العامة للفرد، والقدرة على التفكير الابتكاري، والقدرات الميكانيكية، والقيادية، والاجتماعية، والرياضية، ولكن قد يكون صعباً في واقع الحال تطبيق هذه الاختبارات جميعاً، إذ لا يمكن لأية دولة أن تتبع ذلك في تشخيص المتفوقين، وقد يكون ذلك في بعض الدراسات الضيقة، كما أن المتفوقين قد يكونون في جانب من دون الآخر، فقد يتميز فرد في قدرته على التفكير الابتكاري، بينما آخر قد يتميز بقدراته الفنية، وآخر يتميز بقدرته الميكانيكية، أو قد يتميز بأكثر من قدرة.

7- الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين، والمتفوقين:

تقسم الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين إلى ثلاثة جوانب، وذلك تسهيلاً لدراسة تلك الخصائص، وهي:

1- الخصائص الجسمية:

سادت بعض الاعتقادات الخاطئة حول الخصائص الجسمية للموهوبين، والتي تلخصت في: ضعف النمو الجسمي، والنحول، إلخ، لكن الدراسات الحديثة حول خصائص الموهوبين الجسمية تشير إلى عكس ذلك، فهم أكثر صحة ووزناً وطولاً، ووسامة، وحيوية، وتفقواً في التأزر

البصري الحركي، وأقل عرضةً للأمراض مقارنة مع الأفراد الذين يماثلونهم في العمر الزمني، وليس من الضروري أن تنطبق تلك الخصائص على كل طفل موهوب، إذ لا بد من أن نتوقع فروقاً فردية بين الموهوبين كذلك، وذلك في خصائصهم الجسمية، ويعزي بعضهم تفوق الأفراد الموهوبين في الجوانب الجسمية إلى الجوانب الاقتصادية والاجتماعية للأسرة التي يعيش فيها الطفل الموهوب، وليس إلى عوامل متصلة بالذكاء والموهبة، فالقوة الجسدية ليست دليلاً، وإنما مرافقة له.

2- الخصائص العقلية:

إن الخصائص العقلية أكثر الخصائص تمييزاً للموهوبين من العاديين، إذ تشير الدراسات الحديثة إلى تفوق الموهوبين على العاديين، الذين يماثلونهم في العمر الزمني في كثير من مظاهر النمو العقلي، فهم أكثر انتباهاً، وحباً للاستطلاع من حولهم، وأكثر طرْحاً للأسئلة التي تفوق في الغالب عمرهم الزمني، وأكثر قدرة على القراءة، والكتابة في وقت مبكر، وأكثر سرعة في حل المشكلات التعليمية، وأكثر دقة، واستجابة للأسئلة المطروحة عليهم، وأكثر تحصيلاً، وأكثر تعبيراً عن أنفسهم، وأكثر قدرة على النقد، وأكثر نجاحاً، ذلك ضمن عمر مبكر، وأكثر نشاطاً في النشاطات التعليمية، ويتميزون بالتفكير المنتج، والمبدع، وهم أكثر قدرة على النقد، وحب المشاركة في النشاطات الاجتماعية.

ويتميز الأطفال الموهوبون عموماً بقدرات، ومظاهر نمو عقلي أعلى من العاديين ممن يماثلونهم في العمر الزمني، وليس بالضرورة أن تنطبق السمات والخصائص جميعها على الفرد الموهوب، إذ إن هناك فروقاً فردية بين طفل موهوب وآخر.

3- الخصائص الانفعالية، والاجتماعية:

ظهرت بعض الاتجاهات الخاطئة تجاه خصائص الموهوبين الانفعالية والاجتماعية، وتلخصت تلك الاتجاهات في أن الموهوبين أكثر عزلة من الآخرين، وأقل مشاركة في الحياة الاجتماعية، وقد يبدو ذلك صحيحاً فيما يتعلق ببعض الموهوبين، لاسيما أولئك الذين يقعون إلى أقصى يمين منحنى التوزيع الطبيعي للذكاء، ولكن الدراسات الحديثة تشير إلى خصائص مغايرة، إذ ثبت أن غالبية الموهوبين أكثر انفتاحاً على المجتمع الخارجي، وأكثر مشاركة، وتحسناً للمشكلات الاجتماعية، وأكثر نقداً لما يجري حولهم، وأكثر استقراراً من النواحي الانفعالية، والاجتماعية، وأكثر التزاماً بالمهام الموكلة إليهم، وأكثر دافعية في أدائها، وأكثر حساسية تجاه مشاعر الآخرين، وهم أكثر استمتاعاً بالحياة من حولهم، وهم متعدّدو الاهتمامات، وأكثر شعبية، وأكثر رتبة في سلم الوظائف، والأعمال، وليس من الضروري أن تنطبق كل تلك الخصائص على

كل موهوب؛ إذ لا بد من مراعات ظاهرة الفروق الفردية تلك بين الموهوبين. ولا يعني ذلك أن الأطفال الموهوبين لا يتعرضون للضغوط الاجتماعية والانفعالية التي ربما تؤدي إلى مشكلات لديهم، فقد تكون الموهبة سبباً للضغط عليهم، ومن ثم تؤدي إلى تأثير سلبي وغير مريح لهم (الروسان، 1999، 166).

8- نظريات التفوق:

ظهرت عبر التاريخ مجموعة من النظريات المختلفة؛ التي حاولت تفسير الموهبة، والتفوق منها:

1- النظرية المرضية:

إذ ربطت هذه النظرية بين التفوق بأشكاله، ولاسيما الابتكاري منه، والمرض العقلي، وهي نظرية قديمة، وقد تأثرت الحضارات القديمة العربية، واليونانية بهذه النظرية التي عدت العبقرية نوعاً من الشذوذ. إن هذه النظرية لا يمكن قبولها، ولا يمكن رفضها، لأن الفرد المتفوق يتميز بسمات شخصية مميزة، كالإحساس المرهف، والوعي الثاقب، والمبدئية التي قد تصطمم بواقع مؤلم، بحيث يدرك أكثر من غيره الحالات المأساوية التي يكون تأثيرها أكثر من تأثيرها في العادي، الأمر الذي يحدث اللاتوافق النفسي، والاجتماعي.

2- النظرية الفيزيولوجية:

فقد ربطت بين الغدة الكظرية من حيث إفرازها لهرمون الأدرينالين، وبين التفوق العقلي؛ فقد توصل بعض العلماء إلى أن زيادة إفراز الأدرينالين له ارتباط بالنشاط العقلي، إذ وجدوا أن الإفراز الإدريناليني للمتفوقين أكثر من إفرازه لدى العاديين. وهذا من وجهة نظرهم يعد مؤشر على أنه يوجد ارتباط بين التفوق العقلي، والنشاط الأدريناليني. كما أن الذكور أكثر إفرازاً من الإناث، وهذا ما يدعم هذه النظرية. إذ إن معظم المتميزين والنوابغ والعباقرة عبر التاريخ هم من الرجال، ولكن هذه النقطة تثير النقاش الطويل حول المسألة، لأن المرأة مقيدة منذ القدم، ولم تعط الحرية كالرجال للانطلاقة والتحرر؛ الذي ينعكس إيجابياً على صقل القدرات العقلية.

3- نظرية التحليل النفسي الفرويدي:

ارتبطت هذه النظرية بعالم النفس المشهور فرويد، الذي علل التفوق في ضوء عملية التسامي، أو الإعلاء، أي: تحويل طريقة التعبير عن الواقع الغريزي إلى شيء يرغبه المجتمع، بعد أن يكون الأول غير مرغوب فيه عن طريق كبته في اللاشعور، واستغلال طاقاته إلى شيء بديل ذي نفع له، وللمجتمع الذي يعيش فيه.

4- نظرية علم النفس الفردي لآدلر:

فسر آدلر التفوق في ضوء عقدة النقص، وهو شعور الفرد بقصور عضوي يعرقل أداء وظيفته، الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بالدونية، وقد يؤدي أحياناً إلى الشعور بالنقص الاجتماعي، والاقتصادي، وإن هذا الشعور قد يدفع الإنسان جاهداً إلى عملية التعويض؛ لذلك يرى آدلر أن هذا النقص يخلق حافزاً للتفوق، وهو من أقوى موجّهات السلوك للنمو والتميز الفردي لإثبات ذاته، ولتغطية ذلك النقص.

لذلك يمكن القول: إن هناك مظاهر متشابهة للنقص، لكن آثارها النفسية ليست واحدة، فقد تدفع آخر إلى نزوات انحرافية.

5- النظرية الوراثية:

تقول هذه النظرية: إن القدرات العقلية العامة، أو تلك القدرات الخاصة تحدد بعوامل وراثية أكثر من العوامل البيئية.

ولكن يمكن القول: إنه لا يمكن الفصل تماماً بين البيئة، والوراثة، لاسيما في الجانب السيكولوجي، إذ إن الجنين، وهو في بطن أمه يتأثر بالظروف البيئية، وما توفرها من جانب الأم النفسي.

6- النظرية البيئية:

وهي ترى أن التفوق نتيجة للعوامل البيئية أكثر من العوامل الوراثية. وأن البيئة ليست واحدة؛ فكل منا ينظر من زاويته الخاصة، فالأبناء داخل الأسرة يمثلون بيئة أسرية واحدة، ولكل منهم بيئته الخاصة؛ لأن دلالة المثيرات قد لا تكون واحدة للجميع.

وفي تقديرنا لا يمكن أن نستسلم إلى الجانب البيئي مطلقاً، كذلك الحال في ما يتعلق بالجانب الوراثي ولكن يمكن القول: إن الوراثة والبيئة عاملان غير مستقلين، وإن هناك ارتباط بينهما، وكل منهما يؤثر في الآخر، فيشتركان معاً في بلورة ما سيؤول إليه الفرد من قدرات وإمكانات.

7- النظرية الكيفية النوعية:

ترى هذه النظرية أن للعابرة قدرات خاصة لا تظهر عند الناس العاديين، وهذا ينسحب على المتفوقين كذلك، أي أن الاختلاف ليس بالدرجة، وإنما في النوع. وتبدو هذه النظرية من أبعد النظريات عن القبول العقلي والمنطقي.

8- النظرية الكمية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاختلاف بين المتفوقين والعاديين هو: اختلاف في الدرجة، وليس في النوع، وهو ما يماشي روح الفروق الفردية بين البشر. إذ إن جميع الأفراد ليسوا على درجة واحدة في كل شيء، وإنما هناك تفاوت بينهم في أية سمة أو صفة.

9- البرامج المقدمة للأطفال الموهوبين والمتفوقين:

تختلف البرامج التربوية والتعليمية للموهوبين عن تلك البرامج التي تقدم للعاديين، وذلك بسبب هدف تلك البرامج لدى كل منهما، وتبدو طبيعة هذا الاختلاف في إثراء البرامج التربوية والتعليمية للموهوبين سواءً أكانوا في الصفوف الخاصة أم المدارس الخاصة بهم، كما تبدو طبيعة هذا الاختلاف في الإسراع في الالتحاق بالمدرسة، والانتهاؤها منها ضمن وقت أقل، وفي ما يأتي شرح موجز لكل من الإثراء والإسراع.

1- الإثراء (Enrichment):

أي تزويد الطفل الموهوب في أية مرحلة تعليمية بنوع جديد من الخبرات التعليمية؛ تعمل على زيادة خبرته في البرنامج التعليمي، بحيث تختلف تلك الخبرات عن الخبرات المقدمة للطفل العادي في الصف العادي.

ويقسم الإثراء إلى نوعين:

الأول: هو الإثراء الأفقي (Horizontal Enrichment)

الثاني: هو الإثراء العمودي (Vertical Enrichment)

والمقصود بالإثراء الأفقي: تزويد الموهوب بخبرات غنية في عدد من الموضوعات المدرسية، أما الإثراء العمودي؛ فهو تزويد الموهوب بخبرات غنية في موضوع ما من الموضوعات المدرسية، ويمكن الاعتماد على الأساليب الآتية لتحقيق عملية الإثراء:

1. الزيارات الميدانية للمعامل، والمصانع، والمؤسسات التعليمية.
2. الأساتذة الزائرون في حقول التعليم المختلفة.
3. المجموعات الدراسية في مادة، أو عدد من المواد الدراسية.
4. المشاركة في المخيمات، والندوات، والجمعيات العلمية، ونوادي الهوايات.
5. استخدام طريقة البحث العلمي في التحصيل الأكاديمي.
6. استخدام طريقة المشروعات في التحصيل الأكاديمي.

7. استخدام الطريقة التجريبية في التحصيل الأكاديمي (المختبرات، والزيارات الميدانية، والتجارب الحسية المباشرة.... إلخ).
8. دراسة مواد أعلى في مستواها الأكاديمي من العمر الزمني للموهوب.
9. استخدام الحاسوب في تعليم الموهوبين، وذلك من خلال استعمال وتشغيل أجهزة الحاسوب، وتوظيفها في العملية التعليمية.
10. الدراسة المستقلة الحرة، إذ يدرس الطالب مادة ما لرغبة في تلك المادة، بغض النظر عن مكانة تلك المادة في البرنامج التعليمي.

2- الإسراع أو التسريع (Acceleration):

أي العمل على توفير الفرص التربوية التي تسهل التحاق الطفل الموهوب بمرحلة تعليمية ما في عمر أقل من أقرانه من الأفراد العاديين، أو اجتيازه لمرحلة تعليمية ما في مدة زمنية أقل من المدة التي يحتاجها الطفل العادي، ويمكن الاعتماد على الطرائق الآتية في تحقيق الإسراع للموهوبين:

- 1- الالتحاق المبكر بالمدرسة: والمقصود به التحاق الطفل الموهوب بالمدرسة في عمر مبكر (الرابعة، أو الخامسة)، مقارنة مع الطفل العادي الذي يلتحق بالمدرسة في سن السادسة.
 - 2- اجتياز الصفوف: أي تجاوز الطفل الموهوب لصف دراسي ما، لاسيما إذا أشارت نتائج تحصيله الأكاديمي إلى تفوق واضح في مستوى التحصيل الأكاديمي لذلك الصف.
 - 3- اجتياز مرحلة دراسية في مدة زمنية أقل، والمقصود بذلك: اختصار المدة الزمنية التي يقضيها الطفل الموهوب في مرحلة دراسية ما، مقارنة مع المدة التي يقضيها الطفل العادي في تلك المرحلة؛ فعلى سبيل المثال: يمكن للطفل الموهوب أن يجتاز المرحلة الابتدائية في أربع سنوات بدلاً من ست سنوات إذا استطاع أن ينجح في الامتحانات العامة لتلك المرحلة، وهو في مستوى الصف الرابع، أو إذا استطاع أن يدرس مناهج صفية دراسية في سنة دراسية واحدة.
- إن اتباع طرائق الإسراع المذكورة مع الأطفال الموهوبين يعني: تجاوز الطالب الموهوب للمراحل الدراسية (الأساسي، والثانوي) في مدة زمنية أقل، ويترتب على ذلك التحاق الطالب بالتعليم الجامعي، والانتهاه في مدة زمنية، وفي عمر مبكر، وبالرغم من معارضة بعضهم للخطوات السابقة في عملية الإسراع؛ لما يترتب عليها من مشكلات اجتماعية تكيفية، إلا أن معظم الدراسات تؤكد قدرة الطفل الموهوب على تجاوز تلك

المشكلات التكيفية، ولا بد من الإشارة أخيراً إلى أن العلاقة ما بين التسريع والإثراء هي علاقة تبادلية، وكل منهما يلأئم الآخر، ويؤثر فيه بشكل إيجابي. إذ تمكن عملية الإثراء الطفل الموهوب من تجاوز مرحلة دراسية ما في مدة زمنية أقل، وهذا شكل من أشكال الإسراع، وأن عملية الإسراع لا تتم إلا من خلال إثراء الطفل الموهوب بخبرات تربوية تمكنه من اجتياز مرحلة دراسية معينة في مدة زمنية أقل من المدة المعتمدة.

10- مشكلات المتفوقين عقلياً في البيئة الأسرية والمدرسية:

يتعرض الفرد لمشاكل كثيرة في البيت، والمدرسة، وسنحاول أن نركز على أهم هذه المشاكل التي يواجهها الفرد المتفوق.

أولاً: مشكلات الفرد المتفوق عقلياً في البيئة الأسرية:

تعد البيئة الأسرية العمود الفقري في تشكيل الملامح الأساسية للطفل، وما سيكون عليه مستقبلاً، إذ تتشكل شخصيته من خلال أساليب التنشئة التي تتبعها الأسرة؛ إضافة إلى المتغيرات الأخرى المتعلقة بها.

ومن ثم يمكن أن يكون المناخ الأسري محبطاً لتنمية قدرات واستعدادات الطفل، أو مشجعاً ومعززاً لها. أما أهم المشاكل التي تواجه الفرد المتفوق عقلياً، فهي:

1. البيئة الفقيرة:

إذ إن الفرد المتميز من أقرانه يحتاج أكثر من غيره إلى بيئة غنية صحية بجانبها المادي، والمعنوي؛ ليستطيع من خلالها تنمية قدراته، واستعداداته، واستثمارها إلى أقصى ما ليوسع مداركه، ويصقل مواهبه، ويشكل هواياته تحقيقاً لذاته.

2. الأساليب الوالدية غير السوية:

الأسرة لها تأثير كبير في تنشئة الطفل ولاسيما في سنواته الأولى؛ لأنها ترسم الملامح الأولى لشخصيته. وتعد الأساليب غير السوية التي يتبعها الآباء مع أبنائهم، والتي تؤثر سلباً في شعورهم بالكفاءة والتفوق، وتقلل من فرص التعبير عما لديه من استعدادات، وقدرات، ومن هذه الأساليب: (القسوة، والتحكم، والحماية الزائدة، والإهمال، والتذبذب، والتفرقة)، وبالمقابل فإن لأساليب الآباء السوية علاقة موجبة جوهرية في تنشئة، واستغلال قدراتهم، وإمكانياتهم الإبداعية. وذلك يتم من خلال الشعور بالرضى، وتقبل الأبناء وفكرهم الجديدة، ومنحهم حرية التفكير

المستقل المنضبط، وتشجيعهم على الاستجابات النادرة التي يبدونها، والابتعاد عن الأساليب غير السوية التي تحد من انطلاقاتهم.

3. موقف الآباء من مظاهر التميز لأبنائهم:

قد يواجه الأفراد المتفوقون عقلياً مواقف سلبية من آبائهم تجاه مظاهر التفوق والإبداع، إذ إن الكثير من الآباء يرسمون مستقبل أبنائهم غير مبالين برغباتهم، وميولهم، وقدراتهم ويحاولون جعل أبنائهم نسخة مصورة عنهم؛ لذلك يجب على الأسرة الابتعاد عن الجمود، والتصلب، وأن تكون مرنة في التعامل مع ابنها المتفوق، وأن تتقبل مواقفه، ومواهبه، وتنمي استعداداته، وتمده بالتعزيز الكافي، وتبعده عن أية حالة من حالات الإخفاق.

4. حجم الأسرة:

يؤثر حجم الأسرة (عدد الأفراد) في أساليب الرعاية المقدمة للأبناء، إذ إن كثرة الأبناء تجعل الآباء يميلون إلى أسلوب السيطرة في تحقيق المطالب، إلا أن قلة الأبناء تتيح للآباء الفرص لاتباع أسلوب آخر يعتمد على الإقناع.

5. الخلاف أو الفراق الأبوي:

إذ إن المشاكل بين الأب والأم باستمرار يؤثر سلبياً في نفسية الطفل وتطوره، ولاسيما في المراحل العمرية الأولى.

وقد يتأثر الطفل المتفوق في هذه الحال أكثر من غيره، ويترك أثره السيئ في نفسه أكثر من إخوته الآخرين؛ لما يملك من حس مرهف، ووعي يقظ، وإدراك متميز.

ثانياً: مشكلات المتفوق عقلياً في البيئة المدرسية:

إن للمدرسة دوراً لا يقل في أهميته عن البيت من خلال ما تقدمه من رعاية في النواحي العقلية، والجسمية، والاجتماعية، والانفعالية.

وهناك عوامل كثيرة تختلف في درجة تأثيرها في تكيف الفرد، أو عدم تكيفه، ومن أهمها:

1- المدرس:

إن المدرس هو القطب الفاعل في جعل المتعلم محباً أو كارهاً للمدرسة عموماً والصف الدراسي خصوصاً، وذلك من خلال الطرائق والأساليب التي يتبعها المدرس، والتي يتبعها المتعلم

في وضع نفسي جيد أو سيئ، وفي كل الأحوال؛ فإن الأساليب التي تستخدم في إطار المدرسة تتأثر إلى حد كبير بالخصائص الشخصية، والمعرفية، والمهنية للمدرس.

فالمدرس غير المتسلح بالمادة تسليحاً كافياً لا يستطيع مواجهة السمات الشخصية للمتفوق (المبادأة، الفضول العلمي، والتفكير الناقد، والحساسية للمشكلات، وقدراته على الاستدلال، والقياس).

2- المنهج:

إن الكثير من المناهج والأساليب التعليمية السائدة في مدارسنا العادية تعتمد الحفظ والتلقين، والطاعة والخضوع، والامتثال لما يؤمر به؛ فهي لا تشجع الطاقات الخلاقة للمتفوقين عقلياً، والتفكير الناقد، والمبدع لهم، كما أنها لا تسهم في استثمار أية إشراقة أو لفظة ذكية منهم، إضافة إلى عدم تشجيعهم على استخدام عمليات عقلية علمياً.

3- أساليب التقييم:

إن أساليب التقييم قد تكون إحدى المشكلات التي تواجه المتفوقين عقلياً نظراً، لأن الأسئلة بشكل واقعي غالباً ما تعتمد على الحفظ والتذكر، ولا سيما الموضوعية منها، إذ إن هذه الأسئلة لا تتناسب تماماً مع قدرات المتفوقين عقلياً، ولا تتحدى قدراتهم الحقيقية.

4- التوجيه والإرشاد:

يعد التوجيه والإرشاد من النقاط الحيوية لدفع المواهب، والطاقات الخلاقة إلى الأمام، وتوجيهها توجيهاً صحيحاً، والأخذ بيدها للنهوض بقدرات الموهوبين المتميزة، من خلال معرفة ذواتهم معرفة حقيقية، وما يتخللها من قدرات مميزة.

11- الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين، والمتفوقين:

تباينت الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين، وذلك تبعاً لاختلاف الفلسفات الاجتماعية، ومن مجتمع لآخر، وفي نظرتها إلى الهدف العام من تربية الموهوبين، إذ ظهرت في بعض المجتمعات مدارس خاصة بالموهوبين، في حين نادى بعض المجتمعات بدمج الموهوبين في المدارس العادية.

ويمكن أن نلخص الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين في ثلاثة اتجاهات، وهي:

الاتجاه الأول:

الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدرسة العادية.

الاتجاه الثاني:

ينادي بفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين، وفتح مدارس خاصة بهم.

الاتجاه الثالث:

ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدرسة العادية، ولكن في صفوف خاصة بهم.

وتبدو مبررات الاتجاه الأول فيما يلي:

1. المحافظة على التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية في الصف العادي.
2. المحافظة على التفاعل الاجتماعي في الصف العادي، وذلك بين ثلاثة مستويات من القدرة العقلية، وما يولده ذلك التفاعل الاجتماعي من فرص تنافسية.

أما مبررات الاتجاه الثاني فتبدو في:

1. إعداد الكفاءات والكوادر العلمية المتخصصة في المجالات الاقتصادية، والعلمية، والاجتماعية.... إلخ.
2. إعداد القيادات الفكرية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية... إلخ للمجتمع.
3. توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

أما مبررات الاتجاه الثالث؛ فتبدو في ما يأتي:

1. المحافظة على التفاعل الاجتماعي بين مستويات الطلبة العقلية الثلاثة في المدرسة العادية، وما يولده ذلك التفاعل من فرص تنافسية حقيقية بين الطلبة في المجالات المختلفة.
2. إعداد القيادات الفكرية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية.... إلخ.
3. إعداد الكفاءات والكوادر العلمية المتخصصة في المجالات المختلفة.
4. توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

12- تطبيقات التكنولوجيا في تربية الموهوبين والمتفوقين :

أصبح الطلبة الموهوبون والمتفوقون في عالم اليوم يستفيدون بشكل متزايد من الاستخدام المتزايد للكمبيوتر . والسبب الرئيس الذي يكمن وراء ذلك هو ان حاجاتهم وخصائصهم الفردية تتم مراعاتها وتلبيتها من خلال توظيف تكنولوجيا المعلومات بطريقة واعية هادفة.

والاستخدام الهادف والواعي لتكنولوجيا المعلومات في تطوير مهارات، وقدرات الطلبة الموهوبين، والمتفوقين يتعدى مجرد توظيف الحاسوب كونه أداة مساعدة في التدريس.

فهذا المستوى البسيط (الذي يشكل تكييف معدل تقديم المعلومات حسب الحاجات الفريدة للطلاب، ومراعاة أنماط التعلم المختلفة)، وإن كان ضرورياً؛ فإنه لا يكفي؛ فالحاسوب أصبح يمثل أداة للاستكشاف، وتوليد الفكر، وتبعاً لذلك ينبغي زيادة استخدامه لتزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين بفرص عديدة لإجراء البحث، وتطبيق مهارات تفكير معقدة. كذلك ينبغي تشجيع هؤلاء الطلبة على الانتقال إلى مستويات أعلى، وأكثر تطوراً في استخدام تكنولوجيا المعلومات؛ فالحاسوب ذو قيمة خاصة لدى الطلبة الموهوبين والمتفوقين، لسببين رئيسيين هما:

أ- يسمح للطلبة بالتقدم حسب سرعتهم، ولذلك فإن الطلبة الموهوبين والمتفوقين يستطيعون التقدم بسرعة من دون الحاجة إلى انتظار الزملاء في الصف

ب- يتيح الفرص للطلبة لفهم آلية عمله وبرمجته، وذلك بشكل أسلوباً متميزاً لتعليم مهارات حل المشكلات والمنطق، وتطوير بدائل إبداعية.

ويمكن تلخيص الفوائد الرئيسة لتدريس الطلبة الموهوبين والمتفوقين بمساعدة الحاسوب بما يلي:

1- يمكن استخدام الحاسوب بمرونة للتفاعل مع الصور، والكلمات، والأعداد،.... إلخ، وهذه المرونة بالغة الأهمية؛ إذ إنها تسمح بمراعاة الأنماط التعليمية الفردية، وتعمل على تطويرها.

2- برامج الحاسوب التي ينفذها معلمون ذوو تدريب جيد، تستطيع تدعيم مواطن القوة لدى الطلبة، فهذه البرامج قادرة على تطوير مهارات التعبير الكتابي، وحل المشكلات، وتحليل قواعد المعلومات.

3- برامج الحاسوب تراعي سرعة التعلم الفردية للطلاب؛ فهي صبورة، ومنظمة؛ إذ إنها تزود الطالب بالمعلومات عندما يكون مستعداً لها، وهي أيضاً تنفذ مهمات معقدة عندما يكون الطالب جاهزاً لتأديتها.

4- يخدم الحاسوب بإخلاص؛ فالمستخدمون الذين يحددون المشكلات والأهداف والأدوار، وعندما يكون الطلبة أكثر معرفة بعملية الاستخدام؛ فإن الحاسوب يخدمهم بشكل أفضل؛ وهكذا فإن تكنولوجيا المعلومات عموماً تمكّن الأفراد من تنفيذ المهمات بطريقة أدكى.

5- تسمح تكنولوجيا المعلومات للطلبة الموهوبين والمتفوقين بالالتقاء والتفاعل مع عدد كبير من الأشخاص الأذكياء، وكما هو معلوم؛ فإن الناس يتعلمون من بعضهم بعضاً. (Jones, 1995,p.23)

13- واقع تربية الموهوبين في البلاد العربية:

تشير بعض الدراسات إلى أنه لا يوجد في معظم الدول العربية برامج خاصة، أو مشروعات وطنية لرعاية الموهوبين والمتفوقين. وإن هذه الدول لا تزال تتجاهل مدى حاجاتها إلى طاقات الموهوبين والمبدعين من الناحية العلمية، ومن ثم تهمل مسألة اكتشافهم، وتعرف حاجاتهم، وتوفير العناية والتربية اللازمة لهم، (الطحان، 1982، حمود، 1995).

ومع ذلك؛ فقد أدت الصيحات المتكررة حول قضية استنزاف العقول العربية، والتجديد التربوي، ونقل تقنيات العصر وغيرها من العوامل إلى ظهور بعض التجارب، والمشروعات العربية المضيئة، إضافة إلى ظهور تعبيرات من مثل: (النابعين، والموهوبين) في توصيات، وتقارير المؤتمرات التربوية العربية. وعليه فقد تطورت حركة الاهتمام بالموهوبين والمتفوقين في الوطن العربي، وذلك بدعم من مؤسسات حكومية وغير حكومية؛ لتأخذ أشكالا عديدة من أهمها ما يلي :

1- السماح بالتسريع الأكاديمي أو التقدم عبر درجات السلم التعليمي خلال مرحلة الدراسة الأساسية؛ استناداً إلى معايير متنوعة من أهمها أحكام المعلمين، والتفوق في التحصيل المدرسي.

2- إنشاء مدارس خاصة للطلبة الموهوبين والمتفوقين، يقبل فيها الطلبة الذين يظهرون تحصيلاً مرتفعاً، وقدرات إبداعية وعقلية استثنائية.

3- إنشاء مراكز رياضية إغنائية يقضي فيها الطلبة الموهوبون والمتفوقون عقلياً بعض الوقت، ويتعرضون لخبرات تربوية تغني المناهج الدراسية الرسمية.

4- تقديم منح دراسية وجوائز تشجيعية للطلبة الأوائل في المرحلة الثانوية، أو في المرحلة الجامعية.

5- عقد مسابقات سنوية- على المستوى العربي، والقطري- في مجالات الإنتاج لإبداعي الأدبي، والفني، والعلمي.

6- عقد بعض المؤتمرات العلمية التي يشارك فيها أكاديميون ومربون على المستوى العربي والقطري بهدف مناقشة موضوعات تتعلق بتنمية الموهبة والإبداع. (جروان، 1998، 459)

7- إقامة مراكز خاصة للمتميزين يلتحق بها الطالب بعد إنهاء مرحلة التعليم الأساسي، ويكون اختيار الطلاب بناءً على المجموع التحصيلي؛ إضافة لخضوع الطالب لمجموعة من الاختبارات النفسية والتربوية، إذ تقدم لهؤلاء الطلاب مناهج دراسية خاصة تنمي الشخصية؛ إضافة لما يتعرض له الطالب من خبرات أخرى تنمي الشخصية المستقلة والقيادية، إذ يقضي الطالب ثلاث سنوات في هذا المركز مقيماً ودارساً، ويتلقى مرتباً شهرياً تشجيعياً مثل: مركز الباسل للمتميزين في سورية.

الفصل الحادي عشر

سياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم

1. مقدمة.
2. لمحة تاريخية عن الدمج.
3. مفهوم الدمج.
4. المصطلحات المرتبطة بالدمج.
5. أشكال الدمج.
6. مبررات الدمج.
7. إيجابيات الدمج.
8. سلبيات الدمج.
9. متطلبات الدمج.
10. الاتجاهات المختلفة نحو فكرة الدمج.
11. تجارب الدمج.

الفصل الحادي عشر

سياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم

1. مقدمة:

تعد الإعاقة بمختلف أشكالها من الهموم الأساسية للمجتمع البشري على المستوى الاجتماعي والإنساني، انطلاقاً من أن ذوي الاحتياجات الخاصة كانت ولا زالت تعاني أنواعاً من التمييز، والظلم، والإهمال، والعزل، ونظراً لأبعاد هذه المشكلة اجتماعياً، وإنسانياً، وتأثيراتها؛ فقد ارتفعت أصوات التربويين منادية بوضع حلول لمعاناة هذه الشريحة لكونها مكوناً مهماً من مكونات المجتمع الإنساني، والذي لا يمكن بأي حال من الأحوال تجاهله أو إهماله.

ونظراً للحاجة الماسة لإجراء تفاعل اجتماعي إيجابي مرغوب فيه بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين، ظهرت فكرة الدمج كأحد الحلول المقترحة لمساعدة هذه الفئة من الأطفال على الاندماج في المجتمع، وإخراجها من حالة التهميش والعزلة، وذلك لكي تمارس حقوقها كفئة فاعلة في المجتمع، وتخفف من الآثار السلبية المؤلمة التي يعاني منها أفراد هذه الفئة، وذلك عن طريق دمج الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم من الأطفال العاديين؛ ليكون هناك تفاعل إيجابي مثمر ينعكس إيجابياً على الأفراد المعوقين خاصة، وعلى المجتمع عامة، ولأن المدرسة هي البيئة الطبيعية والمناسبة لنمو الطفل جسدياً، ومعرفياً، واجتماعياً وفق أسس علمية محددة، وبإشراف معلمين من ذوي الاختصاص ومؤهلين لرعاية هذه الفئة؛ أخذ التربويون يروجون لفكرة الدمج كأساس ترتكز عليه عملية تعليم هؤلاء الأطفال الذين عانوا، ولفترات طويلة، من حرمانهم من فرص التفاعل مع أقرانهم العاديين.

والدمج لا يعني تعليم جميع الأطفال المعوقين في الصفوف العادية، ولكنه يعني توفير فرص التعليم القائمة على المساواة للأطفال ذوي الإعاقات البسيطة، وذلك من خلال إلحاقهم بالبيئة التربوية الأكثر ملاءمة وقدرة على تلبية حاجاتهم.

ويقصد بالدمج التعليمي: إتاحة الفرصة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة البسيطة لتلقي التعليم مع الطلبة العاديين إلى أقصى درجة ممكنة، وهذا يعني مشاركتهم بالأنشطة التعليمية التي يستطيعون تأديتها بنجاح، وإذا لم يكن أولئك الطلبة قادرين على هذه المشاركة بسبب افتقارهم إلى المهارات الأكاديمية اللازمة، فمن الممكن بذل الجهود لدمجهم في الأنشطة غير الأكاديمية، مثل: التربية البدنية، وأوقات الاستراحة، وبعض الموضوعات والأنشطة الدراسية الخاصة، علماً بأن المعاقين بدرجة بسيطة هم أكثر تأثراً واستفادة من أسلوب الدمج، وهم ما يطلق عليهم بطيؤو التعلم، ضعاف السمع، ضعاف البصر، ومن يعانون من صعوبات التعلم، أو مشكلات سلوكية بسيطة، أو متعددي الإعاقات البسيطة، وهم الفئات الخاصة التي لا تلقى العناية والرعاية التربوية المناسبة.

2. لمحة تاريخية عن الدمج:

من الناحية التاريخية كان الأطفال ذوي الإعاقة ضحايا التمييز، وكانت المسؤولية في تعليمهم تقع على عاتق أسرهم فقط من دون وجود مبادئ توجيهية عامة بشأن كيفية التدريس، وبديل ذلك كان الآباء يأخذون المشورة بشأن تربية أطفالهم ممن حولهم.

وقد شهد عام (1800)، اتجاهات إيجابية تجاه الأطفال ذوي الإعاقة من قبل الكنيسة البروتستانتية، ومن ثم في القرن التاسع عشر ظهرت أول فرصة لتلقي الأطفال ذوي الإعاقة التعليم؛ إذ افتتح توماس غالوديت عام (1917)، أول مدرسة لتعليم الصم، وفي عام (1911) جعلت ولاية نيويورك الأمريكية تعليم الأطفال المكفوفين إلزامياً.

أيضاً ظهور المادة (504) من قانون إعادة التأهيل التي تحظر التمييز، وتحقق المساواة في تعليم الأطفال جميعهم لتكون بداية لظهور فكرة الدمج عام (1973).

ومن أهم الأسباب التي جعلت الكثير من الباحثين يؤيدون فكرة الدمج:

- ما أشارت إليه البحوث بأن الأطفال ذوي الإعاقة يمكنهم تحقيق قدر كافٍ من التعليم في صفوف التعليم بقدر تمكنهم من تحقيق ذلك في صفوف التعليم الخاص؛ إضافة إلى عدم وجود أدلة بحثية قاطعة تشير إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة يتعلمون بصورة أفضل في البرامج المنفصلة.
- إخفاق البرامج المنفصلة في إعداد الأطفال ذوي الإعاقة للمشاركة الكاملة في جميع جوانب الحياة.
- غالبية البحوث التي بحثت في اتجاهات المعلمين، والآباء، وموظفي المدارس، والأقران، والإداريين ظهرت بنتائج إيجابية نحو تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين.
- التعليم العام قادر على توفير التعليم لكل الأطفال شريطة توفير تدابير علمية واضحة.
- يمكن تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بما يتناسب مع قدراتهم، وذلك يحقق لهم قبولاً اجتماعياً أفضل، ويطور الأخلاق ومنظومة القيم ومفهوم الذات لديهم، ويساعدهم على تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي.

3. تعريف الدمج: Inclusion

هناك تفسيرات عدة لمفهوم الدمج سنلقي الضوء على بعض منها:

يعرف الدمج بأنه: تلك العملية التي تتمثل في تلقي الطالب ذي الإعاقة العملية التعليمية في غرفة الدراسة العادية مع أقرانه العاديين بغض النظر عن إعاقته وشدتها، مع تزويده بالخدمات المساندة التي يحتاجها في الصف. (حنفي، 2008، 149)

كما يعرف الدمج بأنه: " تمكين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية بدلاً من المؤسسات الخاصة من تربية تستجيب لاحتياجاتهم وفق صيغ متنوعة، كما يعني بذل الجهود لتسهيل مشاركة الطفل المعوق في كامل الأنشطة التربوية والجماعية للمدرسة". (عبد الحفيظ حمدان، 2015، 5)

كما عرفت ديفين (Devine, 2014) الدمج بأنه: يعني وجود الأطفال ذوي الإعاقة مع زملائهم العاديين من خلال الالتحاق بمدارس مجاورة، وصفوف التعليم العام، والزملاء من العمل نفسه؛ للوصول إلى بيئة أقل تقييداً، وزيادة إمكانية وصول الأطفال لمنهاج التعليم العام، وتتضمن ممارسات التعليم المدمج التصميم الشامل، والتدريس الفارقي، وتقديم التكنولوجيا المساندة.

وعرف الدمج أيضاً بأنه: " إتاحة الفرصة للأطفال ذوي الإعاقة من الانخراط في نظام التعليم كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم، ويهدف الدمج عموماً إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة ضمن إطار المدرسة العادية، ووفقاً لأساليب ومناهج دراسية تعليمية، ويشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص، إضافة إلى كوادرات التعليم في المدرسة العامة. (حافظ، 2009، 229)

وعرفه القريطي (2010) بأنه: " تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في داخل الصف العادي مع تهيئة البيئة والمنهاج وأساليب التدريس والتقييم؛ لتلبية احتياجاتهم، وإزالة العوائق التي تحول دون تعلمهم.

وعرف الدمج بمفهومه الشامل بأنه: " يعني أن يعيش المعوق عيشة آمنة في كل مكان يكون فيه، وأن يشعر بوجوده وقيمه كعضو في أسرته، وعدم شعوره بالعزلة والاعترا ب داخل مجتمعه، أي يحقق قدرأ من التوافق والاندماج الشخصي والاجتماعي الفعال بجانب وجوده المستمر مع زملائه العاديين في الصف، واستفادته من الخدمات التربوية كافة، والأكاديمية، والرياضية، وغيرها. (شقي ر، 2005، 19).

4. المصطلحات المرتبطة بالدمج:

لقد شاع استخدام العديد من المصطلحات للإشارة إلى عملية إبعاد ذوي الاحتياجات الخاصة عن المؤسسات الخاصة بهم، ودخلهم مع أقرانهم العاديين، ومشاركتهم في الصف العادي، وتقريبهم من المجتمع كغيرهم من العاديين، ومن هذه المصطلحات الآتي:

أولاً: التحرر من المؤسسية Deinstitutionalization:

ويعني هذا المصطلح الدعوة إلى التخلي عن مؤسسات رعاية المعوقين، وتوفير بيئة أقرب إلى البيئة الأسرية العادية لرعايتهم، وهذا يتضمن توفير أشكال الحياة العادية التي تقترب إلى حد كبير من الظروف العادية، والمجتمع.

كما يعني هذا المصطلح التحرر من فكرة العزل والقيود التي تفرضها مؤسسات رعاية المعوقين الخاصة بهم، وتوفير بيئة أقل تقييداً لحريتهم؛ مما يسمح برعايتهم، وتقديم التعليم لهم في بيئة أقرب ما تكون للعاديين، وتأهلهم للحياة الاجتماعية.

ثانياً: التطبيع نحو العادية Normalization:

ويعني هذا المصطلح إتاحة الفرصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لتلقي الخبرات، وملاحظة سلوك الآخرين والتفاعل معهم في ظل ظروف ومواقف عملية داخل الصف الدراسي، أو خارجه، بهدف تقريب الأطفال من أقرانهم العاديين قدر الإمكان، والاهتمام برعايتهم، وتأهيلهم بشكل يساعدهم على الانخراط والمشاركة الاجتماعية.

ثالثاً: توحيد المسار التعليمي Mainstreaming :

والمقصود بتوحيد المسار التعليمي؛ تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في المدارس العادية؛ بحيث يتم تزويدهم ببيئة طبيعية تضم أطفال عاديين؛ مما يساعد في تخليصهم من شعورهم بالعزلة.

كما عني به الدمج الأكاديمي، والذي يشير إلى وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في الصف العادي، مع توفير المستلزمات التي تساعدهم على مسايرة أقرانهم العاديين.

رابعاً: مبادرة التربية العادية The Regual education initiative:

ويقصد بمصطلح مبادرة التربية العادية الدمج المدرسي الشامل، والذي يتطلب تغييراً في المناهج التي تدرس للمعلمين الذين يقومون بتدريس العاديين، ومحاولة إدخال مناهج تساعدهم على تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يتطلب ذلك تعديل وتكييف البيئة المدرسية؛ لتلبي الاحتياجات المتنوعة للمتعلمين؛ بغض النظر عن طبيعتهم سواء أكانوا عاديين، أم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

خامساً: التكامل integration:

هو مصطلح تربوي يعني دمج النظم المنفردة لتكون نظاماً شاملاً للأفراد الذين سبق تقديم نظم أو خدمات منفصلة لهم سواء أكان ذلك بسبب الجنس، أم العرق، أم أية عوامل أخرى، وهو من أكثر المصطلحات تعبيراً عن الدمج؛ إذ إنه يتضمن عملية تكييف اجتماعي ومهني

للمعوقين مع المجتمع، مع مراعاة الحاجات الخاصة بكل فرد، واختيار المناسب له من الظروف البيئية.

سادساً: الدمج الشامل inclusion:

ويقصد بالدمج الشامل: تعليم الطلبة المعوقين ضمن برامج التربية العامة، وتوفير فرص تعليمية للأطفال ذوي الإعاقة، وذلك من خلال إعداد بيانات دراسية تقدم خدمات تربوية مناسبة لقدراتهم واستعداداتهم وميولهم، وتدعم الاحتياجات التربوية والاجتماعية للأطفال سواء أكانوا عاديين، أم معوقين. (عبد الحفيظ حمدان، 2015، 22).

5. أشكال الدمج:

تعدّ عملية دمج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأفراد العاديين من الموضوعات التي تستحوذ على اهتمام كبير في جميع دول العالم، ولا بد من الإشارة إلى أن أساليب دمج المعوقين تختلف من بلد إلى آخر، وذلك حسب إمكانية هذا البلد من جهة ونوع وشدة الإعاقة من جهة أخرى.

ويأخذ دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية أشكالاً، وصوراً متعددة، منها:

أولاً: الدمج الأكاديمي Academic Integration:

ويقصد به التحاق الطلبة المعوقين مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت، ويتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية مشتركة، ويشترط في هذا النوع من الدمج توفر الظروف، والعوامل التي تساعد على إنجاح هذا النوع من الدمج، ومنها تقبل الطلبة العاديين للطلبة المعوقين في الصف العادي، وتوفير مدرس التربية الخاصة الذي يعمل جنباً إلى جنب مع المدرس العادي، وذلك لتوفير الإجراءات التي تعمل على إنجاح هذا الاتجاه، والمتمثلة في الاتجاهات الاجتماعية، وإجراء الامتحانات وتصميمها.

ثانياً: الدمج الاجتماعي Social Integration

ويقصد به التحاق الطلبة المعوقين مع الطلبة العاديين في مجال السكن والعمل، ويهدف هذا النوع إلى توفير الفرص المناسبة للتفاعل الاجتماعي والحياة الاجتماعية الطبيعية بين الأفراد العاديين والمعوقين.

كذلك يرى (رفاعي، 2013) أن الدمج المجتمعي هو طريقة عملية لتقديم الخدمات الكافية والفعالة، ويقوم على توفير وتقديم الخدمات الاندماجية التأهيلية للمعوقين في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية، مستخدمين ومستفيدين من جميع الموارد المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي، ومشاركة وشمول المعوقين أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعهم في عملية التأهيل. (رفاعي، 2013، 20)

ثالثاً: الدمج الوظيفي Functional Integration

ويتطلب هذا النوع من الدمج أن يشارك الطلبة الموقون في البرامج التعليمية نفسها مع الأطفال العاديين لبعض الوقت، ثم يتم سحب هؤلاء الأطفال من قاعات النشاط العادية؛ إذ يتلقون نوعاً من التعليم الفردي المتخصص، أو المساعدة من معلم متخصص.

رابعاً: الدمج المكاني Location Integration

ويقصد بهذا النوع من الدمج إنشاء صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العامة، إذ يلتحق الطلبة المعوقون مع الطلبة العاديين في بناء المدرسة، ولكن في صفوف خاصة بهم، ويتلقى الطلبة المعوقون لبعض الوقت برامج تعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، وبرامج تعليمية مشتركة مع أقرانهم العاديين في قاعات النشاط العادية.

خامساً: الدمج عن طريق العمل:

ويقصد بهذا النوع من الدمج ضرورة إلحاق المعوقين بأعمال في مؤسسات تجمعهم مع العاديين؛ بشرط أن يتلقوا دورة تأهيل خاصة بهم في البداية، مع مساعدة أصحاب العمل لهم في المراحل الأولى من التحاقهم بالعمل، ومحاولة تذليل أية صعوبات تواجههم، مع تجنب المبالغة في معاملتهم بالقدر المبالغ فيه؛ مع إبداء الاستعداد من قبل العاملين وأصحاب الأعمال؛ لتقبل المعاقين على أساس جدارتهم من دون إظهار أي تشكيك في قدراتهم، أو خوف من إعاقاتهم.

6. مبررات الدمج:

إن عملية دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين أمر بالغ الأهمية وله ما يبرره، ومن أهم هذه المبررات الآتي:

1. المبررات الاجتماعية، والأخلاقية:

عُدَّت الجوانب الأخلاقية والاجتماعية التي دعت إلى اتجاهات إيجابية نحو المعوقين من الأسباب الرئيسة الداعية إلى الدمج، إذ علت نداءات العدالة وحقوق الأفراد بسلبية عزل المعوقين في المراكز الخاصة، والتي أفرزت تأثيرات نفسية كبيرة في هؤلاء الأطفال، والتي أدت إلى كراهيتهم للمجتمع؛ إذ يعمل الدمج على تكوين اتجاهات إيجابية نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يشجع على قبولهم من الناحية الاجتماعية، كما يجعلهم يتلقون تربية نوعية، ويعيشون حياة شبيهة بحياة الآخرين في مجتمعهم، إضافة إلى أن الدمج مؤشر مهم على رقي المجتمع من الناحية الحضارية والأخلاقية.

1. المبررات القانونية والتشريعية:

إذ إن جميع التشريعات التربوية، وفي معظم دول العالم، ولا سيما في الوقت الراهن تنص على حق الأطفال المعوقين في التعلم في بيئات تربوية أقرب ما تكون إلى البيئة الطبيعية.

2. المبررات النفسية والتربوية:

إذ أن عملية التفاعل الاجتماعي، والتواصل مع الآخرين يعد مطلباً أساسياً لا يمكن تحقيقه إلا من خلال دمج هؤلاء المعوقين مع أقرانهم العاديين.

3. التزايد المستمر في أعداد الأشخاص المعوقين بفئاتهم المختلفة؛ مما يلقي بالأعباء المادية، والاجتماعية، والتربوية، في نظام العزل؛ لأن تكلفة إقامة مدارس خاصة بالمعوقين أكبر من تكلفة دمج المعوقين مع العاديين، إضافة إلى شعور المعوق بالعزل، والوحدة في المجتمع، وأنهم فئة مهملة فيه، والمطالبات الدولية والعربية التي تنادي بإتاحة الفرصة لذوي الإعاقة بتحسين حياتهم، والوصول بهم إلى جودة الحياة، والمطالبة المتزايدة من قبل أولياء أمور ذوي الإعاقة، ورغبتهم الشديدة في دمج أبنائهم في التعليم العام؛ ليتم إعدادهم ليكونوا أشخاصاً مؤهلين للتعامل مع مكتشفات العالم الحديث وتطورها، بغض النظر عن إعاقته، وذلك للتقليل من الآثار المدمرة للإعاقة على الشخص المعوق، وأسرته، ومجتمعه. (السعيد، 2011، 105)

7. إيجابيات الدمج:

1. يركز الدمج على خدمة الأطفال ذوي الإعاقة في بيئاتهم الطبيعية، وليس في بيئات محمية، ومعزولة، والتخفيف من الصعوبات التي يواجهونها في التكيف والتفاعل، والتنقل، والحركة، وينطبق ذلك على أطفال المناطق البعيدة والمحرومة من الخدمات، كالمناطق الريفية.

2. يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

3. يسهم الدمج في تعديل اتجاهات الأشخاص العاديين نحو الأطفال المعوقين.

8. سلبيات الدمج:

كما أن للدمج إيجابيات كثيرة كذلك له العديد من السلبيات، ومن أهم هذه السلبيات:

1. عدم توفر معلمين مؤهلين، ومدرسين جيداً في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية قد يؤدي إلى إخفاق برامج الدمج مهما تحققت له الإمكانيات.

2. قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا سيما أن المدرسة العادية تعتمد على التحصيل الأكاديمي في الحكم على الطالب.

3. قد يؤدي دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية إلى حرمانهم من فردية التعليم الذي كان متوفراً لهم في المدارس الخاصة.

4. قد يسهم الدمج في تدعيم فكرة الإخفاق عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن ثم التأثير في دافعية التعليم لديهم، وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات، ولا

سيما إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق إمكانيات الطفل المعوق؛ إذ إن المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم، في حين أن الطفل المعوق يحتاج إلى المعيار الذاتي في التقييم، والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منه، وليس مقارنته مع أداء المجموعة الصفية.

5. الاتجاهات السلبية لمعلمي الأطفال العاديين، أو اتجاهات الأطفال العاديين قد تجعل من عملية الدمج تجربة سلبية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
6. المباني في التعليم العام مصممة للأطفال العاديين، وغير مهيأة لتلك الفئة؛ مما قد يشكل صعوبات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

9. متطلبات الدمج:

يحتاج تجسيد الدمج بنجاح على أرض الواقع العديد من المتطلبات لعل أبرزها، الآتي:

1. تعرف الاحتياجات التعليمية:

الخطوة الأولى في عملية الدمج هي تعرف الاحتياجات التربوية للأطفال العاديين عموماً، والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصاً، وذلك لكي يتمكن القائمون على العملية التربوية من إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهة من الناحية التربوية، والاجتماعية، والنفسية في الصفوف العادية، إذ إن هناك فروقاً فردية بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فكل طفل من هؤلاء له قدراته الخاصة، وإمكانياته الجسمية، وحاجاته النفسية والاجتماعية الفردية، والتي يختلف بها عن غيره من المعوقين، ومن هذه الاحتياجات:

1. تحديد الإعاقات القابلة للدمج.
2. تحديد نوع الدمج المناسب لكل إعاقة من جهة، ولكل طفل معوق من جهة أخرى.
3. تأمين الخدمات الطبية المناسبة للمعوقين.
4. تأمين المنهج المناسب، الذي يتصف بالمرونة والشمولية.
5. تأمين المدرسين المؤهلين والمدرسين للتعامل مع الأطفال المعوقين.
6. تأمين الوسائل التعليمية التي تتناسب مع كل نوع من أنواع الإعاقة.

2. إعداد القائمين على العملية التربوية:

أما الخطوة الثانية في عملية الدمج فهي العمل على تغيير اتجاهات العاملين في الحقل التربوي من مدرسين، وموجهين، وإداريين، وتبصيرهم بالهدف من الدمج، وكيف تستطيع المدرسة أن تقوم بدورها في إنجاح الدمج؛ لتتمكن من إدماج هؤلاء الأطفال في التعليم، وإعدادهم للاندماج في المجتمع، وذلك من الممكن أن يتحقق

عن طريق إدارة واعية متفهمة لدورها، قادرة على توفير المصادر الكافية من الكوادر، والوسائل التعليمية، وتدريب المعلمين، وتقديم الإرشادات لهم ليتمكنوا من القيام بعملهم من أجل إنجاح عملية الدمج.

إذ أشارت دراسة (Chandler, Taleshia L, 2015)، بأن اتجاهات المديرين والمعلمين في المدارس التي يوجد بها الدمج أفضل من المدارس التي لا يطبق فيها نظام الدمج.

3. إعداد المعلمين:

إن عملية الدمج تتطوي على العديد من المشكلات والتحديات، والتي تحتاج إلى معلمين لديهم الكفايات التدريسية والتربوية اللازمة لتدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ لذلك قبل تنفيذ أي برنامج للدمج لابد من توفير معلمين متخصصين ومؤهلين لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ إن الدمج يتوقف على عدد من المتغيرات، والتي من أهمها إدراكات المعلمين، وهذا ما يؤكد دور الدافع الداخلي للمعلمين نحو إقامة علاقة إيجابية مع ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس.

4. إعداد المناهج والبرامج التربوية:

ومن متطلبات الدمج أيضا ضرورة إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح لذوي الاحتياجات الخاصة فرص التعلم في الصف العادي؛ لذلك لابد من تطوير المناهج بحيث تكون قادرة على تلبية الاحتياجات التعليمية لكل الأطفال، ولكل فئة من فئات الإعاقة، وهنا يجب التأكيد على:

1. اختيار المعلم المناسب للمناهج والبرامج.
2. اختيار الوسائل والأساليب التعليمية المناسبة لكل منهج أو برنامج تربوي.
3. تحديد الأهداف التعليمية المرجوة من المناهج بطريقة قابلة للملاحظة والقياس.
4. تحديد أساليب التعزيز المناسبة، وأساليب استخدامها بطريقة تساعد على زيادة قدرة الطالب على اكتساب المعلومات والمهارات المخطط لها في الأهداف التعليمية.
5. اختيار أدوات القياس المناسبة للمنهج الموضوعي.
6. الاستفادة من كل الإمكانيات المتوفرة في المدرسة للوصول إلى تحقيق الأهداف المقررة من المنهاج.
7. ضرورة توثيق الملاحظات ونتائج القياس بطريقة تسهل الارتقاء بالأهداف التعليمية من مرحلة إلى المراحل التي تليها. (عبد الحفيظ حمدان، 2015، 20).

5. اختيار مدرسة الدمج:

اختيار مدرسة الدمج يتطلب إحدى مدارس الحي أو المنطقة التعليمية؛ لتكون مركزاً للدمج، ويتم اختيار هذه المدارس وفقاً للشروط الآتية:

1. قرب المدرسة من أحد مراكز التربية الخاصة.
2. أن تكون البيئة المحيطة بالمدرسة خالية من الحواجز، والمعوقات.
3. أن تكون الحركة داخل المدرسة سهلة لذوي الإعاقة، ولا سيما البصرية والحركية.
4. أن يتوفر فيها وسائل النقل الخاصة للطفل، ويتوافر بها معايير الأمن والسلامة.
5. استعداد مدير المدرسة والمعلمين لتطبيق الدمج في مدرستهم.
6. تعاون مجالس الآباء والمعلمين في الإسهام في نجاح تجربة الدمج.
7. أن يكون المستوى الثقافي الاجتماعي لبيئة المدرسة جيداً.
8. تهيئة التلاميذ العاديين، وتوضيح أبعاد تجربة الدمج الإنسانية، والتربوية، والنفسية للأهل.
9. توفير الخدمات، والأنشطة التربوية (وسائل، وأدوات تعليمية).
10. انتقاء الأطفال القابلين للدمج.

وهناك شروط عدة يجب أن تتوفر في الأطفال القابلين للدمج، منها:

1. أن يكونوا الأطفال المعوقون من الفئة العمرية نفسها للأطفال العاديين.
2. أن يكون قادراً على الاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته، وفي تلبية معظم مهارات العناية بالذات والأنشطة الحياتية.
3. أن يكونوا الأطفال المعوقون من سكان المنطقة المحيطة بالمدرسة، أو تتوفر لهم وسيلة مواصلات من وإلى المدرسة.
4. ألا يكون الطفل من ذوي الإعاقة الشديدة، وألا يكون لديه إعاقات متعددة.
5. أن يكون لدى الطفل المعوق رغبة في التعلم مع أقرانه العاديين.
6. أن تتعاون الأسرة مع المدرسة في المتابعة المستمرة لسلوكيات الطفل مع أقرانه. (محمد سلامة شاش، 2016، 110).

6. تهيئة وإعداد التلاميذ:

يجب على القائمين على العملية التربوية توضيح التغيرات التي ستطرأ على المدرسة نتيجة الدمج، وذلك من خلال تخصيص حصص يتم من خلالها توضيح مفهوم الدمج للتلاميذ العاديين، وإعطائهم الفرصة لمناقشة أسئلتهم، ومخاوفهم، واهتماماتهم، ومن حقهم معرفة (متى،

ولماذا، وكيف)، يجب عليهم مساعدة زملائهم المعوقين، كما يجب على المعنيين بعملية الدمج تعريف التلاميذ المعوقين على التغيرات والمسؤوليات المترتبة على الدمج مع أقرانهم العاديين، كما لابد أن يتوافر لهم الوقت الكافي للتكيف مع المتغيرات الجديدة؛ فقد يحتاجون إلى تعليم أكثر لإعدادهم للبيئة الصفية العادية، وتعرّف المواقع في المدرسة، وكذلك إيجاد زملاء داعمين لهم.

7. إعداد وتهيئة الأسر:

قبل البدء بعملية الدمج لابد من تعرّف اتجاهات أولياء الأمور للتلاميذ المعوقين في عملية الدمج، وتهيئتهم لها، ومناقشة الأمور المتعلقة ببرنامج الدمج كافة، وتوضيح مدى استفادة أبنائهم من برامج الدمج، والتخفيف من المشاعر السلبية، والتخوف لديهم من دمج أبنائهم في مدارس العاديين؛ فكثير من أولياء الأمور للتلاميذ المعوقين يتخوفون من تعرض أبنائهم للسخرية من قبل الأطفال العاديين، نتيجة لتدني قدراتهم، وعدم تمكنهم من مجاراة الأطفال العاديين، الأمر الذي يعرضهم لخبرات الإخفاق، والتي تولد لديهم مشاعر الإحباط وزيادة العزلة لديهم.(بسيوني، 2017، 52)

10- الاتجاهات المختلفة نحو فكرة الدمج:

لقد اختلف العلماء حول موضوع الدمج وأهميته لدى المعوق خصوصاً، وللمجتمع والأسرة عموماً فانقسموا ما بين مؤيد ومعارض، ومحاذ، والتي يمكن الإشارة إليها كآتي:

الاتجاه الأول: المعارضون:

أصحاب هذا الاتجاه يعارضون بشدة فكرة الدمج، ويعدون تعليم الأطفال في المدارس الخاصة أفضل من تعليمهم في المدارس العامة؛ إذ يتوفر في المدارس الخاصة المتخصصون في مجال التربية الخاصة، ويتحقق لهم الاستقرار والاطمئنان، وذلك لا يمكن تحقيقه في المدرسة العادية.

الاتجاه الثاني: المؤيدون:

وأصحاب هذا الاتجاه يتبنون فكرة الدمج، ويتحمسون لها؛ مما لذلك من أثر في تعديل اتجاهات المعلمين والطلاب والمجتمع ككل، والتخلص من فكرة عزل الأطفال أصحاب الإعاقة؛ الذي يسبب إلحاق وصمة العجز والقصور وغيرها من الصفات السلبية، والتي تؤثر في الطفل المعوق وطموحاته من جهة، وفي أسرته ومدرسته ومجتمعه من جهة أخرى.

الاتجاه الثالث: المحايدون:

أصحاب هذا الاتجاه يقفون موقف التوسط بين المعارضين والمؤيدين لفكرة الدمج؛ إذ يرى أصحاب هذا الاتجاه أن هناك إعاقات شديدة من الصعب دمجها في المدارس العادية، من الأفضل تخديمها تربوياً من خلال مدارس خاصة، أو صفوف خاصة ملحقة بالمدارس العادية،

مثل: حالات التخلف العقلي الشديد، ولكنهم يؤيدون فكرة دمج الأطفال المعوقين إعاقة متوسطة أو بسيطة في مدارس التعليم العام، والتي يمكن أن نقدم لها الخدمات التربوية مع الأطفال العاديين.

11. تجارب الدمج:

على الرغم من الجدل الذي طال بين مؤيدي فكرة الدمج ومعارضيه؛ فإن عملية الدمج مستمرة، ومنذ تطبيقها لأول مرة منذ ثلاثة عقود مضت في الدول الإسكندنافية، وأمريكا، وكندا، وبريطانيا، وإيطاليا، ومن ثم انتشار تطبيقها في معظم دول العالم، ومنها الدول العربية:

1. تجربة الدمج في الولايات المتحدة الأمريكية:

تعدّ الولايات المتحدة من الدول المتقدمة الرائدة في تطبيق فكرة الدمج بأشكالها المختلفة، ولا سيما في عام (1975)، عندما أصدر الكونجرس الأمريكي قانون (142 / 94) المعروف باسم: التربية لكل المعوقين، وتعديلاته؛ إذ أصبح هذا القانون يعرف باسم قانون التربية لكل الأطفال؛ إذ نادى تلك القوانين بضرورة توفير الفرص التربوية لكل طفل من الأطفال غير العاديين، واشترطت حصول مراكز التربية الخاصة على الدعم المالي من الولاية لتوفير الفرص التربوية المناسبة، وفي أقل البيئات التربوية تقييداً.

ومن ثم قانون الحكومة الأمريكي (457 / 99)، الذي أكد على التدخل المبكر للكشف عن المعوقين، وتعليمهم من الولادة حتى سن (21) سنة، ثم جاء قانون الحكومة الأمريكي (1990)، الذي أطلق عليه اسم: (قانون التربية للأفراد المعوقين)، الذي أكد على البيئة الأقل عزلاً وتقييداً للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أكد ضرورة تقديم برامج خاصة لهؤلاء الأطفال مع العاديين، وطبقت تجربة الدمج هذه في أمريكا في ولايات متعددة منها: نيويورك، كولومبيا، كاليفورنيا.

2. تجربة الدمج في بريطانيا:

تعدّ إنكلترة من الدول السبّاقة في إصدار التشريعات الخاصة بالأطفال المعوقين، إذ صدر أول قانون عام (1899)، الذي نص على توفير صفوف خاصة، أو مدارس خاصة للأطفال الذين يعانون من ضعف عقلي، ثم صدر قانون التعليم الابتدائي للأطفال الذين يعانون من الصرع، وذوي الخلل العقلي لسنة (1914)، ثم صدور قانون التعليم العام لسنة (1944)، الذي أكد على إلزام السلطات بتوفير التعليم للأطفال من مختلف الأعمار، وذلك لتجنب عزلهم قدر الإمكان، ومساعدتهم على النمو حتى الوصول بهم إلى مرحلة الإنتاج.

كما أشارت المادة رقم (10) من قانون التربية البريطاني عام 1976 إلى ضرورة تعليم الأطفال المعوقين في بريطانيا، وويلز في المدارس العادية، إذ يتم دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال في المدارس العادية.

وفي عام (1978)، نشر تقرير في إنكلترة عرف باسم (تقرير وارنوك)، الذي أشار إلى أن خمس أو سدس الأطفال في بريطانيا يعانون من مشكلات تربوية؛ مما يستدعي تقديم خدمات تربوية خاصة لهم، كما أشار التقرير إلى ضرورة وجود ثلاثة أشكال للدمج، هي: الدمج المكاني، والدمج الاجتماعي، والدمج الوظيفي، كما أكد التقرير على ضرورة الإبقاء على المدارس الخاصة لحالات معينة من الأطفال المعوقين إعاقة شديدة، ويشير التقرير أيضاً إلى ضرورة فتح مراكز مصادر التعلم في المدرسة العادية، بحيث تتضمن تلك المراكز (غرفة المصادر، والمواد، والأدوات الخاصة، واللازمة للتعلم.

3. تجربة الدمج في إيطاليا:

بدأ الاهتمام بفكرة الدمج في إيطاليا منذ عام (1968)؛ إذ حدثت ثورة في مفهوم التعليم والصحة في المجتمع الإيطالي، وفي عام (1971) سمح القانون الأهلي بحق تعليم المعوق في المدارس العادية، إذ عملت الحكومة الإيطالية على تطبيق فكرة الدمج للأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في المدارس العادية شريطة استقادة هؤلاء الأطفال المعوقين من البرامج التربوية في المدارس العادية، واستثنت دمج الفئات التي يصعب أن تستفيد من برامج الدمج، وهي: فئات الإعاقة العقلية، والحركية الشديدة.

4. تجربة الدمج في السويد:

بدأت فكرة تطبيق الدمج في السويد على شكل تصميم مدارس تضم الأطفال العاديين والأطفال المعوقين، وهذا التصميم صمم على شكل يساعد الأطفال المعوقين على التنقل والحركة من الصف الخاص إلى الصف العادي من دون حدوث مشاكل، وذلك من خلال أبواب داخلية تقصل كلا الصفين عن بعضهما، كما أخذ بعين النظر تصميم مباني للمعوقين، ضمن الأبنية المخصصة للعاديين بشكل يتيح إمكانية التواصل بين الأطفال المعوقين والأطفال العاديين، كما ييسر عملية الاندماج الاجتماعي للمعوقين بالعاديين، وطبق نظام الدمج هذا بين الأطفال العاديين والأطفال المعوقين حركياً وبشكل ناجح.

5. تجربة الدمج في الأردن:

تعد الأردن من الدول الأولى التي اهتمت برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد بدأت فكرة الدمج في الأردن على شكل إنشاء صفوف ملحقة بالمدرسة العادية لذوي الإعاقات البسيطة، وأصدرت العديد من التشريعات والقوانين التي تنص على ضرورة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين، لقد طبقت فكرة الدمج في مناطق قليلة في البداية، ثم امتدت على نطاق أوسع لتشمل عدداً كبيراً من المحافظات والمدن في المملكة الأردنية الهاشمية.

6. تجربة الدمج في المملكة العربية السعودية:

بدأت تجربة الدمج في السعودية على شكل جهود أهلية وفردية بوساطة عدد قليل من الذين استخدموا طريقة برايل للمكفوفين في صفوف ملحقة بكلية اللغة العربية بالرياض، ونتيجة لهذه الجهود الفردية تم الحصول على ترخيص من وزارة المعارف للتدريس وفق هذه الطريقة في صفوف مسائية من جهة، ومن ثم إنشاء مؤسسة حكومية لتأهيل المكفوفين في الرياض من جهة أخرى.

وفي عام (1987)، صدر أول تشريع، سمي به القانون الخاص بالمعوقين، والذي يستند إلى عدد من الأسس الاجتماعية، والتربوية، والتي من أهمها مساواة المعوق في الحقوق والواجبات بغيره من أبناء المجتمع وفق ما تسمح به قدراته وإمكانياته.

ومن ثم تعهدت وزارة التربية والتعليم السعودية بتطبيق المادة (54-57)، من القانون الخاص بتعليم المعوقين الذي ينص على أن تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة جزءاً لا يتجزأ من النظام التعليمي العام خاصة، وأن نسبة المعوقين بلغت (20%)، من حجم الطلاب عامة، وإيماناً من المسؤولين في وزارة التربية، والتعليم في أهمية الدمج كخطوة رائدة في تعليم الأطفال المعوقين، فقد وظفت هذه الوزارة من ضمن استراتيجياتها للتربية الخاصة عدداً من المحاور التي تركز على أهمية الدمج كأحد أنماط الخدمة التربوية المهمة، والضرورية للعديد من المعوقين:

1. تفعيل دور المدارس العادية في مجال تربية، وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال الإجراءات، منها:

- التوسع في برامج الصفوف الملحقة بالمدرسة العادية.
- الاستفادة من الأساليب الحديثة في التربية مثل غرفة المصادر، والمعلم الاستشاري، والمعلم المتجول، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة، وذلك لتحقيق مطلبين أساسيين، هما:

أ. إيصال خدمات التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يلتحقون بالمدرسة العادية، ويستفيدون من الخدمات التربوية فيها مثل: فئة الموهوبين، وذوي صعوبات التعلم، والمعوقين جسدياً، وحركياً، وضعاف البصر، والمضطربين تواصلياً.

ب. تقييم خدمات التربية الخاصة في المدارس العادية لبعض الفئات التي تدرس في معاهد التربية الخاصة، أو في الصفوف الملحقة بالمدرسة العادية، مثل: فئة المكفوفين، وضعاف السمع.

2. التأكيد على توسيع دور ونطاق معاهد التربية الخاصة، وتزويدها بمراكز للمعلومات خاصة بكل فئة، وتحويلها إلى مركز تدريب مناسب لكل إعاقة. (العتار، 2015، 96).

7. تجربة الدمج في جمهورية مصر العربية:

تعد مصر من الدول التي أهتمت بموضوع الدمج؛ إذ أصدر وزير التربية والتعليم عام (2011- 2012)، قراراً يقضي بتطبيق نظام الدمج في المدارس العامة، والمدارس التي تدرس مناهج خاصة في جميع مراحل التعليم، والمدارس التي تم تجهيزها للدمج، وذلك للأطفال ذوي الإعاقة البسيطة، ويشترط نص القرار على المدارس التي تطبق نظام الدمج الإعلان عنه داخل المدرسة وخارجها، كما ينص القرار على قبول الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة، وعدم دمج الأطفال ذوي الإعاقة المزدوجة، وألا تزيد نسبة الأطفال المدمجين في الصف عن (10%) من نسبة عدد الأطفال الكلي في الفصل، كما يتم تحويل التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة من مدارس التربية الخاصة إلى المدارس الدامجة، ويتم تدريسهم وفق المناهج المطبقة في التعليم العام، مع تقديم الخدمات التربوية والعلاجية لهم، كما ورد في نص القرار منح مكافأة (20%) من الراتب الشهري لإدارات المدارس الدامجة، ومعلميها، والاختصاصيين التربويين والنفسيين فيها.

8. تجربة الدمج في الجمهورية العربية السورية:

بدأت فكرة تطبيق نظام الدمج في التعليم العام في سوريا في التسعينيات من القرن العشرين، والمبادرة الأولى كانت عن طريق وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، إذ قامت المسؤولة عن قضايا ذوي الاحتياجات الخاصة بزيارة لبعض المدارس في كل من مصر والأردن، والتي طبق فيها نظام الدمج الجزئي، وفي عام (2000) تم إنشاء للجنة الوطنية للدمج، وذلك بمشاركة العديد من المنظمات الحكومية وغير الحكومية، برعاية وزارة التربية، وفي عام (2001)، شاركت هذه اللجنة في أول مؤتمر إقليمي في لبنان وزارت العديد من المدارس التي تطبق نظام الدمج، وفي عام (2002)، أقيمت الندوة الوطنية السورية حول ضم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في التربية الرسمية، وهذه الندوة عقدت بالتعاون بين وزارة التربية، ومكتب التربية الإقليمي لليونسكو، ومؤسسة كريم رضا سعيد، وجمعية حماية الأطفال البريطانية، واليونيسيف، وعُدّت هذه الندوة ونتيجة للخبرات التي تم اكتسابها من خلالها عن أهمية مشروع الدمج وتطبيقه نقطة الانطلاق لتبني وزارتي التربية والشؤون الاجتماعية والعمل لمشروع الدمج في سوريا.

وفي عام (2002- 2003)، طبق المشروع التجريبي للدمج، وذلك بمساعدة خمس منظمات دولية وهي: اليونسكو، واليونيسيف، وجمعية حماية الأطفال البريطانية، وجمعية حماية الأطفال السويدية، ومؤسسة كريم رضا سعيد، وتم تطبيق الدمج في السنة الأولى للمشروع في ثلاث مدارس نظامية وروستين، إحداهما تابعة للاتحاد النسائي، والثانية للإنزروا، ومن ثم توسع مشروع الدمج هذا، وتم تطبيقه في العديد من المدارس الحكومية على مستوى المحافظات السورية بالكامل. (منصور، عواد، 2012، 318)

المراجع العربية

1. ابو فخر، غسان، زحلوق، مها، المللي، سهاد (2006): علم نفس ذوي الاحتياجات الخاصة (أطفال ما قبل المدرسة)، منشورات جامعة دمشق.
2. اللالا، الزبيري وآخرون (2011): اساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
3. بدر، اسماعيل(2010): مقدمة في التربية الخاصة، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.
4. بسيوني، علاء ربيع فايز (2017): فاعلية برنامج قائم على فن الأوريجامي لتحسين التفاعل الاجتماعي والدمج بين الأطفال العاديين وبعض الفئات الخاصة، رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة المنصورة.
5. بدوي، زياد أحمد (2011):فاعلية برنامج قائم على فن القصة لخفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، الجامعة الاسلامية، غزة.
6. جروان، فتحي (1998): الموهبة والإبداع والتفوق، دار الكتاب الجامعي، الإمارات.
7. حسنين محمد، عواطف (2013): تربية وتعليم المعاقين سمعياً في القرن الحادي والعشرين، المكتبة الأكاديمية، القاهرة.
8. حافظ، بطرس (2009): سيكولوجيا الدمج في الطفولة المبكرة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
9. حنفي، علي عبد رب النبي (2008): متطلبات دمج الطلاب الصم في المدرسة العادية من وجهة نظر العاملين في مجال التربية وتعليم الصم والسماعين، دراسة ميدانية في مدينة الرياض، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة مع الصم، مركز الملك فهد الثقافي، ابريل 2008.
10. حمداوي، جميل: التربية الخاصة أو تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، شبكة اللوكة، 2015.
11. رسلان، شاهين (2010): سيكولوجية الاعاقة العقلية والحسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
12. رفاعي، مصطفى أحمد (3013): تصور مقترح لبرنامج متعدد الوسائط لدمج الطلاب العاديين مع أقرانهم الصم من خلال الأنشطة اللاصفية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية ، القاهرة.

13. زهران، عبد السلام (1977): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة، عالم الكتب.
14. سهيل، تامر فرح (2015): التوحد التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج، دار الإحصار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
15. شقير، زينب محمود (2005): خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة- الدمج الشامل- التدخل المبكر- التأهيل المتكامل، المجلد الثالث، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
16. عبد الحفيظ حمدان، أشرف لطفي (2015): أثر الدمج على مفهوم الذات ودافعية الإنجاز والتقبل المتبادل لدى التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية والعايين، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة.
17. عيسى، أحمد نبوي، عثمان، خالد عبد الحميد (2012): الاتجاه نحو دمج المعاقين سمعيا بالتعليم الجامعي، الملتقي الثاني عشر للجمعية الخليجية للإعاقة ، سلطنة عمان، مسقط.
18. كوافحة، تيسير، عبد العزيز، عمر (2011): مقدمة في التربية الخاصة، ط3 دار المسيرة، عمان، الاردن.
19. كوافحة، تيسير، عبد العزيز، عمر (2005): مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، عمان، الاردن.
20. الجرواني، هالة ابراهيم، صديق، رحاب محمود (2013): مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، القاهرة.
21. الحديد، أماني عبد الرحمن (2010): التداخلات التغذوية المتعلقة بطيف الاضطراب التوحدي، المؤتمر الأردني للتغذية، التغذية في الأردن الواقع المستجديات والتحديات 28-29 / 4 / 2010، جامعة البترا والمركز العربي للتغذية، عمان.
22. الحمداني، موفق (1982): اللغة وعلم النفس، العراق، الموصل، دار الكتاب للنشر.
23. الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2009): المدخل على التربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، المطابع المركزية.
24. الخطيب، جمال، الحديدي، منى (1997): المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح للنشر، عمان.
25. الخطيب، جمال (1997): الإعاقة السمعية، دار الفكر، عمان.

26. الخطيب، جمال، وآخرون(2013): مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن.
27. الخطيب، جمال (2005): استخدامات التكنولوجيا في التربية الخاصة، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.
28. الرحال، درغام (2010): التربية الخاصة بالطفل، مديرية الكتب والمطبوعات، جامعة البعث.
29. الرحال، درغام (2005): علم نفس ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة البعث.
30. الروسان، فاروق (2000): سيكولوجيا الأطفال غير العاديين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
31. الروسان، فاروق (2010): سيكولوجيا الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
32. الزريقات، ابراهيم (2010): التوحد السلوك والتشخيص والعلاج، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
33. السرطاوي، عبد العزيز (2005): ورقة عمل: " أسباب الإعاقة مقدمة إلى ندوة وتطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة"، الرياض، السعودية.
34. السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987): المعاقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم واساليب تربيتهم، دار الكتاب للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية.
35. السرطاوي، زيدان، القريوتي، يوسف، الصمادي، جميل (1995): مدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
36. حلاوة، السيد محمد (2011): الرعاية الاجتماعية للطفل المعاق سمعياً (المفاهيم، البرامج، محكات التقويم)، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
37. السيد، عبد الحميد سليمان (2000): صعوبات التعلم (تاريخها، مفاهيمها، تشخيصها، علاجها)، القاهرة، دار الفكر العربي.
38. الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد (2011): التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
39. الشخص، عبد العزيز السيد (1997): اضطرابات النطق والكلام، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.
40. الظاهر، أحمد قحطان (2008): مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

41. الظاهر، أحمد قحطان (2005): مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
42. العيد، هلا (2011): الدمج بين جدية التطبيق والواقع، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
43. العطار، محمد محمود (2015): دمج الأطفال المعاقين في المملكة العربية السعودية في ضوء تجارب بعض الدول الأجنبية، مجلة جامعة الباحة للعلوم الإنسانية، العدد(12)، ربيع الأول.
44. القريطي، عبد المطلب امين (2012): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.
45. القريطي، عبد المطلب (2010): دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام دواعيه وفوائده واشكاله ومتطلباته، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 27، جامعة عين شمس، ديسمبر 2010.
46. القريطي، عبد المطلب أمين (2013): ذوو الإعاقة السمعية - تعريفهم وخصائصهم، القاهرة، عالم الكتب.
47. القمش، المعاينة (2007): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
48. الأعظمي، س. ، ريالات، ف. (2014): قضايا معاصرة في التربية الخاصة وذوي الاحتياجات الخاصة، ط1 عمان: دار جليس الزمان للنشر والتوزيع. ص 75.
49. محمد سلامة شاش، سهير (2016): استراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
50. منصور، سمية، عواد، رجاء (2012): تصور مقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بمرحلة رياض الأطفال في سورية في ضوء خبرة بعض الدول، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الأول.
51. مخلف المريخي، عبد الله صالح (2015): فاعلية برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي الإيجابي للأطفال المعوقين عقلياً، المجلة الدولية المتخصصة، المجلد(4)، العدد(3).
52. هبية، جسام اسماعيل (2017): فعالية برنامج بورتاج في تحسين النمو النفس لغوي لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم، مجلة دراسات الطفولة، 20، (74)، 84-77.
53. يحيى، خولة (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر، عمان، الأردن.

References

1. Anderson CJ. (2005). Alternative Perspective on omission bias the Behavioral and brain sci-ences, 28(4):544
2. Beaty LA (1994). Psychological factors and academic success of visually impaired college stu-dents RE: view 26: 131-139.
3. Barrage, N, & Erin, J.(2001). Visual impairment and learning. New York American formation for the Blind.
4. Bogdashina, O. (2005) Theory oh mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome: View from the Bridge. London, GBR: Jessica Kingslcy Publishers.
5. Chandler, T. L, (2015). School Principal Attiudes Toward the Inclusion of Students with Disabilities. [https:// search. Proquest.com](https://search.proquest.com).
6. Cartwright, and etal (1996). Technology competencies for special education doctoral students. Teacher Education and Special Education, 7 (2).
7. Daily, D. K, Ardinger, H.N., Holmes, G. E. (2000) Identification & Evaluation of Mental Retardation, American Family Physicion, vol. 61 Issue.
8. Devine, T. A. (2014). Factors regarding the effectiveness of accommodations on student achievement for students with learning disabilities in the inclusion classroom (Doctoral dissertation, Capella University).
9. Flexer, C. (1994). Management of hearing in an educational setting. In: J. Alpiner and P. McCarthy (eds), Rehabilitative audiology: Children and adults. Biltimore: Williams & Wilkins.

10. Jones, G. (1995) Personal computers and gifted students. Teaching Exceptional children, 27 (3).
11. Jose, R (1983), Understanding Low vision new york: American Foundation for the blind.
12. Hallahan, Dkauffma,J (2006), Exceptional Learners: Introduction to special Education. Boston: Allyn and Bacon.
13. Hallahan, Dkauffma,J (2003), Exceptional Learners: Introduction to special Education. Boston: Allyn and Bacon.
14. Hunt, N. 1999, Exceptional children and youth: An introduction to special education Houghton Mifflin company.
15. Handiikakou, K, L. & stylianou, C (2008) : The academic and – school inclusion of oral deaf and hard of hearing: children in Cyprus secondary general education investigating the perspectives of the stakeholders European journal of special needs education, vol 23 (17) p.p (17–29).
16. Hallahan, D.& Kauffman, J. (1991). Exceptional children to special education, Allyn & Bacon: Boston.
17. Hardman, M., Drew, C., &Egan, W. (1996): Human Exceptionality: Society, School, and Family. USA: A Simon and Schuster Company.
18. Haring, N.(1982) Exceptional children and youth Columbus, Ohio Charles, Merrill.
19. Heward. W. & orlansky .M, (1988) Exceptional children An introductory survey of special education (3 rd. ed) Charles E. Merrull publishing company.

20. Greenspan, S, (1999). What is Meant by-Mental Retardation, International Review of Psychiatry, Feb, vol. 11 Issue.
21. Gardner, H. (1993) Multiple Intelligences the theory in practice Basic Books.
22. Gearhart, B, and Weishahn, M, (1994): The Exceptional Student in Regular Classroom, Musty college pub
23. Kirk. S., Gallagher . J, & Anastasiow. N (1989) Education exception al children (7 thed) Boston: Houghton Mifflin Company.
24. Lewis, R, & Door lag, D. (1987). Teaching special students in the mainstream (2 ud, Ed) Columbus Ohio: Charles E. Merrill.
25. Lindsay, M.(1980). Training teachers of the gifted and talented. New York: Teachers Col-lege Press.
26. McMillan, D.L. (1982). Mental Retardation in School & Society, Ed.2. Miranda, Antinetta, Hals: Andrews, Ted J.(1982). Preservice.
27. Maryland Disability Law Center. (2001). Maryland's Autism Waiver: A Practical Guide for Families. Baltimore, Maryland: <http://www.mdhcalto/org worddoes/ Autism- Waiver- Guide-12-40.doc> .
28. Moores. D. (1996). Education the deaf: Psychol0gy, principles, and prac-tices. Boston: Houghton Mifflin Company.
29. Marland, S. (1972) Education the deaf (2 nd . ed) Boston, Houghn Mifflin.
30. Paul . j. Epanehin, C. (1992), Emotional Disturbance in children. Theories & methods .Merril publishing Company, Columbus.

31. Sands,D., French, N & Kozleske, E.Inclusive(2000), education for the 21st cen-tury:A new introduction to special education Wadsworth publishing.
32. Smith, D. (2004) Introduction to Special Education: Teaching in an Age of Opportunity. Boston: Allyn and Bacon.
33. Shovel. Ulrich, I, and Bornstein J, (2000). ' Computerized Obstacle Avoidance Systems for the Blind and Visually Impaired' Invited chapter in " Intelligent Systems and Technologies in Rehabilitation Engineering' Editors. Teodorescu. H.N.L and Jain, L.C. CRC press, pp 414-448.
34. Tabbara, K. F. and Ross-Degnan, D. (1986) Blindness in Saudi Arabia. The Journal of the American Medical Association, 255 (24), P3378-3384.

A

طريقة القياس السمعي الدقيق	Audiometry Pure-ton
التدريب السمعي	Auditory Training
العمش التعطلي	Amblyopia
اللابؤرية أو حرج البصر	Astigmatism
توسع الحدقة	Aniridia
البهق	Albinism
أجهزة التسجيل الصوتي	Audio cassettes
السلوك التكيفي	Adaptive Behavior
العلاج بالفن	Art therapy
الإضافة	Addition
الحبسة الكلامية	Aphasia
صعوبة فهم الجمل والكلمات	Agnosia
اضطراب التوحد	Autism Disorder
اضطراب طيف التوحد	Autism Spectrum Disorder
متلازمة اسبيرجر	Asperger syndrome (AS)
الدمج الأكاديمي	Academic Integration
التوحد	Autism
الإسراع أو التسريع	Acceleration

B

المظاهر العصبية البيولوجية	Biological aspects
الاضطرابات السلوكية	Behavior Disorders
الجنوح الصباني	Biological factors
التغذية الراجعة الحيوية	Biofeed Back
المعاقون بصرياً جزئياً	Partially Sighted

C

كروموسوم	Chromosome
الجينات الناقلة	Carrier Genes
الصفوف الخاصة الملحقة	Class with regular school

بالمدارس العادية	
السبب	Cause
القماءة أو القصاع	Cretinism
فقدان السمع التوصيلي	Conductive Hearing Loss
فقدان سمع مركزي	Central Hearing Loss
عتامة عدسة العين	Cataract
الآلة الحاسبة الصوتية	Calculator
الشلل المخي	Cerebral Palsy
لوحات التواصل	Communication Boards
اضطرابات التصرف	conduct disorders
الاضطراب الطفولي	Chidhood Disintegrative Disorder
التراجعي	
الطفل المبدع	creative child
التفكير المحدد	Converging thinking
اضطرابات التواصل	Communication Disorders

D

الجينات السائدة	Dominant Genes
حالة عرض داون	Down Syndrome.
مرض السكري	Diabetes
الصم	Deaf
ديسبيل (وحدة قياس صوتية)	Decible
شلل مزدوج رباعي	Double Hemiplegia
عسر القراءة	Dyslexia
عسر الكتابة	Dysgraphia
صعوبة الحساب	Dysculculia
الديكسيدرلين	Dexedrine
الاضطرابات الانفعالية	Disturbances
الحذف	Demission
التشويه	Distortion

التفكير المتشعب	Divergent thinking
التحرر من المؤسسية	Deinstitutionalization
التعلم عن بعد	Distance Learning
تحليل الاحلام	Dreams Analysis

E

التدخل المبكر	early intervention
فئة المعوقين عقلياً القابلين للتعلم	Educable Mentally Retarded
التشخيص التربوي	Educational Diagnosis
العلاج التربوي	Educational Treatment
الصرع	Epilepsy
كراسي العجلات الإلكترونية	Electronic wheelchairs
الإعاقة الانفعالية	Emotionlly Handicap
الافراط في القلق	Excessive Anxiety
الافراط في لوم الذات	Excessive self-Balm
الاعتمادية الزائدة	Excessive Dependency
الانسحابية الزائدة	Excessive Withdrawaca
المعاناة المبالغ فيها	Excessive suttering
العدوانية المبالغ فيها	Excessive aggressiveenss
الاحساس بالظلم المبالغ فيه	Excessive persecution
العناد المبالغ فيه	Excessive resistance
التنفيس الانفعالي	Emotional Catharsis
الإثراء	Enrichment
التصنيف التربوي	Educational Classifiction

F

المظهر	Form
متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش	Fragile X Syndrome
التداعي الحر	Free Association
الدمج الوظيفي	Functional Integration

G

العوامل الجينية	Genetic factors
الجينات	Genes
التركيب الجيني	Genotype
الجيني أو الوراثي	Genetic
حالة الجلاكتوسيميا	Galactosemia
العوامل الجينية	Genetic Factors
الجلوكوما	Glaucoma
الموهبة والتفوق	Giftedness and Talents

H

حالات استسقاء الدماغ	Hydrocephaly
الاضطرابات الصحية	Health Disorders
الإثراء الأفقي	Horizontal Enrichment
النصوص الزائدة	Hyper Text
الوسائط المتعددة	Hyper Media
شلل من جانب واحد	Hemiplegia
الإعاقة السمعية	Hearing Impairment
ضعاف السمع	Hard of Hearing
طول النظر	Hyperemia

I

عدم النضج	Immaturity
الاستبصار	Insight
الدمج	Inclusion
التكامل	Integration
الفيديو التفاعلي	Interactive Video

L

صعوبات التعلم	Learning Disabilities
القاموس اللغوي الناطق	Language master

تأخر ظهور الكلام
صعوبة تكوين الجمل
الدمج المكاني

Language delay
Language Deficit
Location Integration

M

الدمج الأكاديمي
تخلف عقلي بسيط
تخلف عقلي متوسط
حالات صغر حجم الدماغ
التشخيص الطبي
العلاج الطبي
فقدان سمعي مختلط أو مركب
فئة الإعاقة السمعية البسيطة
فئة الإعاقة السمعية المتوسطة
التواصل اليدوي
قصر البصر
تنكس الحفيرة
الاضطرابات العظمية والعضلية

Mainstreaming
Mild Mental Retardation
Moderate Mental Retardation
Microcephaly
Medical Diagnosis
Medical Treatment
Mixed Hearing Loss
Mild Hearing Impaired
Moderately Hearing Impaired
Manual Communication
Myopia
Macular Degeneration
Muscular and Skeletal Disorders

شلل منفرد
استسقاء دماغي
السلوك اللاتكيفي
اضطراب النظام الأيضي
فرضية اللقاح الثلاثي
اضطراب عملية الأيض
توحيد المسار التعليمي
الإعاقة العقلية
الإعاقة الحركية المستديمة

Monoplegia
Mydrocephauls
Maladaptive Behavior
Mctabolis System
MMR
Metabolic disorder
Mainstreaming
Mental Impairmen
Motor Impairment

N

العوامل غير الجينية

Non-Genetic Factors

الدمج الاجتماعي	Normalization
الرأفة	Nystagmus
إصابة الجهاز العصبي	Neurological Disorders
المركزي الاضطرابات العصبية	
التطبيع نحو العادية	Normalization

O

طريقة التواصل اللفظي	Orol Communication
تكنولوجيا الأقراص البصرية	Optical Disc Technology

P

تخلف عقلي شديد جداً	Profound Mental Retardation
حالات اضطراب التمثيل الغذائي	Phenylketonuria PKU
العلاج النفسي	Psycho Therapy
التشخيص السيكومتري	Psychometric Diagnosis
صمم ما قبل تعلم اللغة	Pre- lingual Deafness
صمم ما بعد تعلم اللغة	Post- lingual Deafness
فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً	Profoudly Hearing Impaired

شلل نصفي سفلي	Paraplegia
شلل للجانبين	Piploegia
أدوات قلب الصفحة	Page Turners
الأجهزة الهاتفية	Telephones
الأطراف الصناعية	prostheses
الاستمرار والمداومة	perseveration
اضطرابات الشخصية	personality disorders
ضعف قوة الأنا	poor ego strength
ضعف القوة الجسمية	poor physical strength
ضعف التأزر الحسي	poor coronation
تدني القدرة العقلية	poor Intellectuality

تدني التحصيل الأكاديمي	poor academic achievement
ضعف الانتباه	poor Attention
ضعف القدرة على ضبط	poor Impulse control
الاستجابات	
ضعف الاتصال مع الواقع	poor Reality contact
ضعف الإحساس بالهوية	poor sense of Identity
صعوبة ضبط الغضب	poor Anger control
صعوبة الانضباط الاجتماعي	poor social conformity
السيكو دراما	Psychodrama
العلاج باللعب	play therapy

R

الجينات المتنحية	Recessive Genes
العامل الريزي	Rh,Factor
مراكز الإقامة الدائمة	Residential schools
غرفة المصادر	Resource room
الحصبة الألمانية	Rubclla
انفصال الشبكية	Retinal Detachment
التهاب الشبكية الصباغي	Retinitis Pigmentosa
التأهيل المهني	Rehabilitatation Programs
متلازمة ريت	Rett s Syndrome
الريتالين	Ritalin

S

التربية الخاصة	Special education
شدة الإعاقة	Severity
تخلف عقلي شديد	Severe Mental Retardation
حليب الصويا	Soya Bean Milk

الأنيميا المنجلية	Sickle Cell Anemi
التشخيص الاجتماعي	Social Diagnosis
العلاج الاجتماعي	Social Therapy
علاج النطق والكلام	Speech & Articulation Treatment
فقدان سمعي حسي - عصبي	sensor neural Hearing loss
فئة الإعاقة السمعية الشديدة	Severely Hearing Impaired
طريقة استقبال الكلام وفهمه	Speech Audiometry
قراءة الشفاه	Speech Reading
الإشارات العصبية الخفيفة	sligt neurological signs
الحول	Strabismu
لوحة سنلن	Snellen Chart
جهاز الماسح الضوئي	Scanner
النوبة	Seizure
السايليرين	Sylerine
سوء التكيف الاجتماعي	Social Maladjustment
الجنوح الصبياني	social delinquency
الإبدال	Substitution
الطفل المتفوق	superior child
الدمج الاجتماعي	Social Integration

T

Trinable mentally Retarded. فئة المعوقين القابلين للتدريب

فئة الماقين عقلياً الاعتماديين The Totally Dependent Child

طريقة التواصل الكلي

Total communication

المعاقون بصرياً كلياً

Totally Blind

شلل ثلاثي

Triplegia

مبادرة التربية العادية

The Regual education initiative

U

عوامل غير محددة

Undifferentiated Factors

V

الإثراء العمودي

Vertical Enrichment

الإعاقة البصرية

Visual Impairment

X

أشعة إكس (الأشعة السينية)

X-Ray

W

طريقة الهمس

Whisper Test

طريقة دقائق الساعة

Watch Test