

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 كوادرات 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، الزبيري 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، وإلصاق 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 علي ما اقترفه الإنسان من ذنوب، وإن الإعاقة تقهر 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 وإيذائهم 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 ماستشوس، 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 بفترة 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 والاكساب في بعض النواحي من شخصية الطفل؛ إذ يمكن استدراكها بعد الترويض، والتدريب، والتمرين، والعلاج الداخلي والخارجي. كما توجد لدى المصاب إمكانات 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 يلقى الرعاية الصحية والاجتماعية، رغم الحاجة الماسة لها، وهذا الأمر يلقى 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، كالهند 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. **الصددمات 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 الملحقة 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 الملحقة 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 رئيسة 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 يزجج 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 إعاقته 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 ذويه، وتعويده 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 لا بأس 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 انتجتها 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 سلبياً في الجانب العقلي من حيث ضعف الانتباه، وضعف الذاكرة، وضعف القدرة على التعلم، وأما أثارها 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 أقل 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 أو 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 تريد 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 السيكميترى؛ 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 بنيوي (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 طاقة بشرية منتجة. (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، فالصنيف 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 الأمينوسي 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 والشففتين، 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 الأذنان 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 فوطه 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 متنحٍ 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 وأكسدها، 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) بالآلف، 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 المتحثة) 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 دراستهم 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 وتقنياتها 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 وسمعيّاً)؛ 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 العاديون، 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 الرئيسة 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، وغياها يجعل الإنسان يعيش في عالم خاص لا يشاركه فيه إلا من يعاني من إعاقة سمعية، وكنتيجة 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.

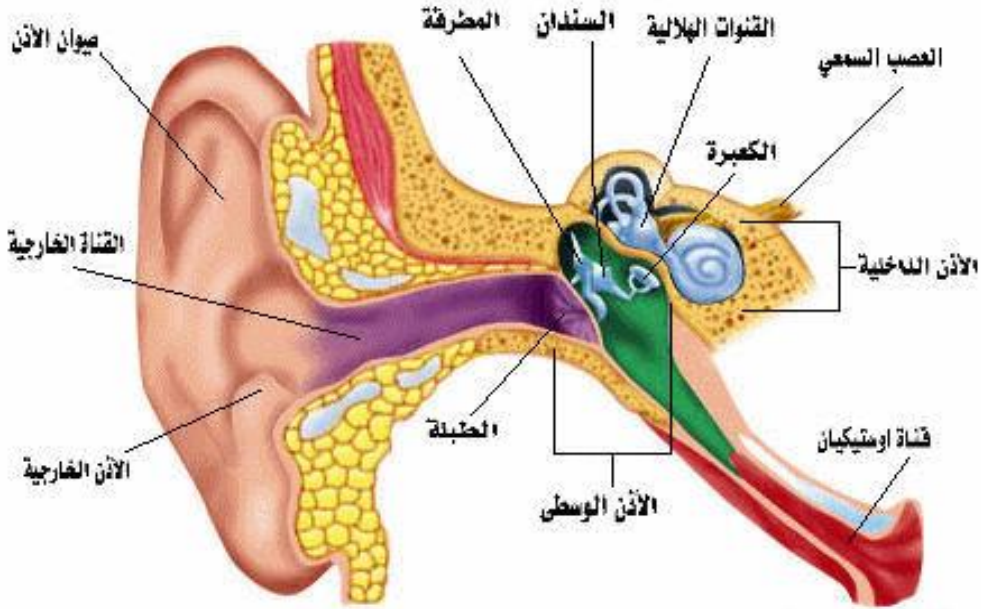
ب- القوقعة:

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.

ويبين الشكل الآتي (1) الأجزاء الرئيسة 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 حدث 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 الفقدان السمعي:

يعتمد هذا التصنيف على درجة الفقدان السمعي 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، ويعد 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 جسم 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 مفهوم 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 مقارنةً 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 كالتّي 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، 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 للمنعكسات 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 إعاقتهم 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 تنميتها، 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

يُتيح 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، ويستمع 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، سواءً 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.

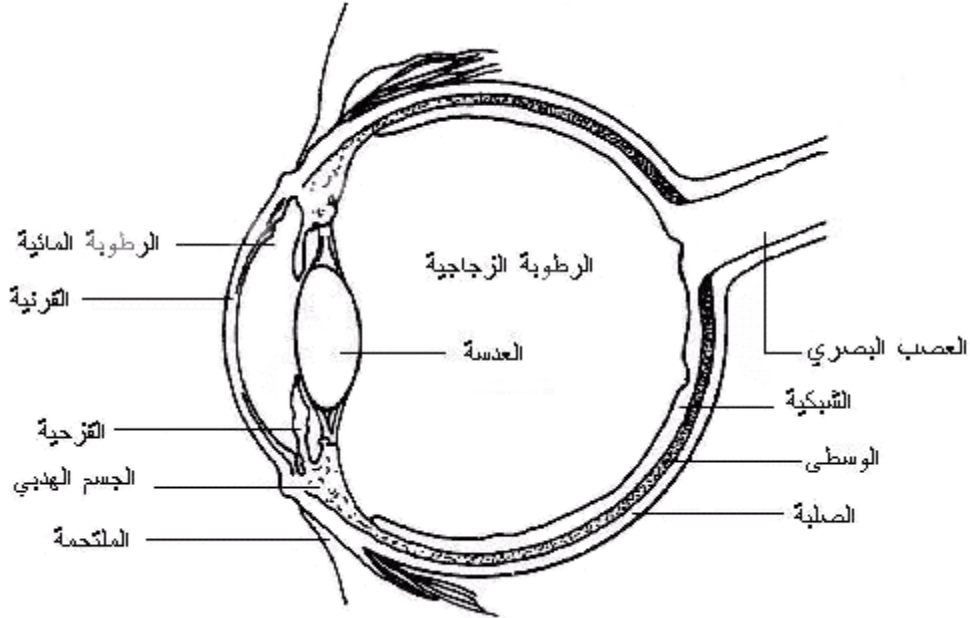
وبناء على ذلك سنحاول في هذا الفصل ان نقدم بعض المعرفة التي من الممكن أن تسهم في التخفيف من حدة الإعاقة البصرية؛ مما ينعكس إيجابياً على حياة المعوق، ويجعلها أقرب ما تكون عليه من نمط الحياة التي يعيشها الناس العاديون.

2- تشريح العين:

الجهاز البصري للإنسان يتصف بدرجة كبيرة من التعقيد، وذلك يتطلب تخصصاً دقيقاً لمعرفة عمله، وآليته وتفاصيلاته. 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، وظيفته 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 200 / 20 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؛ وتفيد 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 داخلين 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 Sightel)

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 الأشياء. 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، وتتخلص 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، وتربط 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 لشفائه 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 لكاء 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 والداً 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 عنصران رئيسان 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 يولدون 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 بفاقدي 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 فاقدي 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 التمثيل 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 يتفوق 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، ويترافق تطور التعلق غالباً مع خوف من الغرباء، ولذلك يؤثر فقد البصر سلباً 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 لا بد 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 استقلاليتته.
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 تقرأ 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 مقبوبة واحدة في كل عمود، والآخر سفلي، ويحتوي على أربع كرات مقبوبة 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 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 للتعاريف 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 بالحصة 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 وسيكولوجية 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 للمتفوقين 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؛ كقعد 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 الرئيسية 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 بالمثيرات الحسية الصادرة عن الآخرين، والقصور فيه سيقول من التنبه

للمعمليات 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 نحيواً، ولغويّاً، 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 الأحاد، 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 يفنقرون 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.
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، وكثير المعروف 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 Emotionlly 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 لأسباب 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 أن 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، والبيوكيمائية، 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 سهلها.

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، والانتكالية، 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 العرصة 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، وتعدم 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 يتمحروا 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: (السرقة، 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 krug 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 الّللتكيفي 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 تربوية 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 ينزع 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 تطبيقياً.
(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 والتنقيب 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 الإجبار، 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، وفلتات اللسان، والانتباه إلى ما يعتري 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.

وفصل (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، وتفصح 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 (العوانية،

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 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 النقاري؛ 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، كالمتابعة، 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 وتفوقه، 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، وتفوقه، 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 وتفوقه.

5- الترشيحات المتعددة:

في النهاية لابد من التنوع في جمع المعلومات حول مهارات الطفل وموهبته، حتى تتم تمتيتها 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 للسّمات الشخصية، والعقلية:

وهي عبارة عن مجموعة من العبارات الوصفية للخصائص السلوكية، والتي تتفاوت 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، ولا سيما 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 تصطم 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 والعابرة 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 اللا شعور، 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، والانتهاز 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 الفردية 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 تمكن 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.