

قسم
التربية
الخاصة

كلية التربية
السنة الأولى

علم نفس المعوقين

مدرسة المقرر
د. يمان شما

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 ينمو 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، والعباقرة، وتختلف التربية الخاصة عن التربية العادية في أنها تعد أطفالاً غير عاديين لحيوا 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 كوادرس 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 أثارها 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، وإصاق المسميات السلبية بهم، وفي ظل المبدأ التوجيهي الذي ينادي بجعل المعاق إنسان 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 أوروبا تقول: إن المرض بجميع أنواعه قصاص على 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 اتهمهم 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 الملاجئ، 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 (1952- 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 الأمريكية، 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 ماستشتوس، 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 ميتشجان الأمريكية، ليسهم في تطور الأبحاث في ميدان التربية الخاصة، ومن بعده نيكولاس هويس، 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 بفئات التربية الخاصة في الدول العربية، ومن أهم المؤشرات على ذلك:

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

5- مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها:

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

كما تعرف الإعاقة على أنها نوع من التأخر في التعلم والاكتساب في بعض النواحي من شخصية الطفل؛ إذ يمكن استدراكها بعد الترويض، والتدريب، والتمرين، والعلاج الداخلي والخارجي. كما توجد لدى المصاب إمكانات أخرى سليمة وصحيحة كامنة لديه، يمكن توظيفها إيجابياً بشكل من الأشكال، واستثمارها بالتدريب جزئياً أو كلياً؛ لإرجاع ما افقده 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 تساعد 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 تربية قدر 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 بالحصبه 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 وتقسم 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 القماء، 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. **الصدّات 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، الجذري، التهابات الدماغ، الحصبة الألمانية، مرض النكاف.
4. إصابات شبكية العين: مما ينتج عنه إعاقة بصرية.
5. إصابات طبلة الأذن، زيادة المادة الصمغية، التهابات، 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 الملحقه 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 الملحقه 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 الملحقه 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، وللسماح 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 اللافتوية: 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 تنقلهم 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، وهويته 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 تحققه 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 أياً كان نوعها تأثيرها السلبي في الفرد وأسرته، ولكن هذا التأثير يختلف باختلاف حالة الإعاقة، ونوعها، ودرجتها، وشدتها، ودرجة وعي الأسرة، ووضعها الاقتصادي والاجتماعي؛ فالإعاقات البسيطة ليست كالإعاقات الشديدة؛ فالكفيف ليس كضعيف البصر، والمعوق عقلياً بدرجة بسيطة ليس كالمعوق عقلياً بدرجة شديدة، والمعوق جسمياً بدرجة بسيطة ليس كالمعوق جسمياً بدرجة شديدة.

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

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

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

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

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

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

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

تتطلب رعاية المعوقين ومساعدتهم لتقبل 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، وتعويد قدر الإمكان الاعتماد على نفسه، والاستقلال التدريجي عن الآخرين، لذلك على أولياء الأمور مشاركة المراكز المسؤولة عن المعوقين، والتدريب على الفنيات والخطط، وكيفية تنفيذها؛ لكي يستطيعوا خدمة أبنائهم في حال لم يتوفر معلم التربية الخاصة.

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

إن مبررات تدريب آباء المعوقين تتمثل في الآتي:

1. إن الوالدين بحاجة إلى نظام تعليمي مخطط له يساعدهما على تغيير أنماط التعامل مع طفلهم 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 جنينية، وتوجيههم إلى ضرورة فحص المقبلين على الزواج، وإمدادهم بالمعلومات عن الأمراض الوراثية المنتشرة، وكيفية تقاؤها، 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 الأثار 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.

فالكمبيوتر يمكن أن يفيد كثيراً في مجال الإعاقة، وعند استخدام هذه الوسائل يجب أن 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 تساعده 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 أنتجت 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 تقتصر 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- مقدمة:

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

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

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

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

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

الإعاقة العقلية، كونها من أكبر المشكلات التي تهتم 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 مهمة إنسانية، واجتماعية 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؛ بدلاً 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 السيكمومتري؛ 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 إعاقته 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 ومصداقية، 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 تولف 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 تعدّ 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 (25-40) 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):

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

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

1- حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly):

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

2- حالات القماءة أو القصاع (Cretinism):

تعدّ هذه الحالة من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها المعوق، وقد لا يتجاوز طول الفرد 60-70سم في مرحلة المراهقة (16-18)، وأطول طول يمكن أن يصل إليه 90 سم، ومن المظاهر الجسدية المميزة لهذه الحالة، خشونة الشعر وجفافه، إضافة إلى جفاف الجلد وتجعبه، وانتفاخ في الجفنين والشفقتين، 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 الثيوركسين 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 تشنّج، 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 التهابات السحائية، أو إصابة المخ.

4- حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria PKU):

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

5- حالة الجلاكتوسيميا (Galactosemia):

وهي الحالة الناتجة عن جين 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 وأكسدتها، 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، وتقسّم 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 للتعلم، ويصنف المعوقين عقلياً تربوياً إلى ثلاث فئات، هي:

1- فئة المعوقين عقلياً القابلين للتعلم (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، ومعرفة تعوقهم عن التعلم بالأساليب نفسها التي يتعلم بها أقرانهم العاديين.

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

تبلغ نسبة هذه الفئة في المجتمع (2-3) بالألف، 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 رئيسية 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 دراساتهم أن أكثر حالات الإعاقة تتحدر من بيئات 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 رئيسة، 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.

– 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 الجسمي 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 تبين 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 تقيدها 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 يشوقون لسماع النتائج الإيجابية عن طفلهم، ولكن المهم ألا يكون الأسلوب على حساب الموضوعية والصدق.
11. تواجدها حالات متعددة للإعاقة (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 تتخفف 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 تبعاً 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 الفروق 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، وتصاب 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 اليدوية، 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 تشيع بينهم صعوبات الكلام، ومن أكثر الصعوبات شيوعاً التأتأة، 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، أسوأ 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 العوقين 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 والتركيب، 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 الدماغية، إذ يتم تصحيح مسار السائل الشوكي، وإيقاف أثر الضغط في المخ، وقد يتمثل العلاج الطبي للإعاقة العقلية في وصف نظام غذائي معين لبعض الحالات منذ الولادة، ويستمر لمدة طويلة من عمر الطفل كما في حالة البول الفيديليكتوني، 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، وتنميتها 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. (القيطي، 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 الاخلاقي 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 دافعتهم 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

مقدمة:

أولاً: السمع والإعاقة السمعية:

- تعريف الإعاقة السمعية.
- أهمية حاسة السمع.
- آلية السمع.
- نسبة انتشار الإعاقة السمعية.

ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعية.

ثالثاً: أسباب الإعاقة السمعية.

رابعاً: قياس وتشخيص الإعاقة السمعية.

خامساً: التدخل المبكر والإعاقة السمعية.

سادساً: اثار فقدان السمع في النمو:

- تأثير فقدان السمع على النمو المعرفي.
- تأثير فقدان السمع على النمو التحصيلي.
- تأثير فقدان السمع على النمو النفسي والاجتماعي.
- تأثير فقدان السمع على النمو اللغوي.
- سابعاً: أساليب التواصل عند المعوقين سمعياً.

تعد حاسة السمع من الحواس الأساسية التي يستخدمها الإنسان، فمن طريقها يتلقى المعلومات اللفظية والصوتية التي تسهم في بناء لغته ووعيه الفكري والاجتماعي. لقد شهدت السنوات الأخيرة ازدياداً في عدد المعاقين سمعياً المتواجدين في المدارس العادية ومدارس التربية الخاصة، وهذا ليس مؤشراً على ازدياد على هذه الإعاقة، وإنما هو دليل على ابتكار وتحسن طرق الكشف عن هذه الإعاقة إضافة إلى درجة وعي الأسر في الكشف المبكر عنها لأنهم أدركوا أكثر من ذي قبل أهمية هذه الحاسة في التطور اللغوي والذهني والاجتماعي، وقد أدرك التربويون عموماً ومختص التربية الخاصة خصوصاً دور المعلم في عملية التشخيص والتدخل المبكر لمعرفة حالات الضعف السمعى من خلال الاختبارات الطبية والتربوية وخاصة في مرحلة الروضة والتمهيدى، لأنه كلما كان اصلاح العيوب السمعية مبكراً كلما كان له بالغ الأثر في تطور الطفل اللغوي والكلامي. فالإعاقة السمعية لها تأثيرها الواضح على المصابين بها، بحيث تتطلب خدمات خاصة تقدم للأفراد من ذوي الإعاقة السمعية، وفي طليعة هذه الخدمات تدريبهم على التواصل وتنمية البقايا السمعية وذلك بإثارتها لتحافظ على مستواها ولتزداد حصيلة الفرد من المعاق سمعياً من الحصيلة اللغوية. كما يندرج تحت هذه الخدمات، خدمات الإرشاد والتوجيه للأفراد وأسرهم، وتهدف هذه الخدمات مساعدة الفرد المعاق سمعياً وأسرته على التغلب على جميع المعوقات التي تواجه الفرد المعاق أو أسرته، ليستطيع فيما بعد التكيف مع إعاقته ولينمي قدراته إلى أقصى قدر ممكن. ويهدف هذا الفصل إلى تقديم المعلومات الأساسية عن الإعاقة السمعية من حيث تعريفها، وأهميتها، وآلية السمع، وكذلك نسبة انتشارها، وتصنيفها، وأسبابها، وطرق تشخيصها وقياسها، ويتطرق الفصل أيضاً إلى أهمية التدخل المبكر، وخصائص المعوقين سمعياً، والتأثيرات التي تتركها هذه الإعاقة على مظاهر النمو المختلفة لدى الفرد، وأساسيات التواصل عند المعوقين سمعياً.

أولاً: السمع والإعاقة السمعية:

تعريف الإعاقة السمعية:

إن الإعاقة السمعية تؤثر سلباً في التطور اللغوي وعملية الاتصال الطبيعي، وهذا يرتبط بشكل أساسي بالتطور العقلي والشخصي، وقد اختلفت التعريفات تبعاً لتعدد المهتمين لهذه الظاهرة والأسباب الكثيرة المؤدية إليها، فعلى سبيل المثال يعتمد الأطباء والعاملون في مجال القانون على درجة فقدان السمعى وذلك من أجل التمييز بين ضعاف السمع، والمصابين بالصمم الكامل،

بينما يهتم التربويون بالمضامين التربوية والأثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل، وبناءً على ما سبق يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعي (Hard of Hearing) إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم (Deafness). فالتعريف الطبي يؤكد على ما فقده الفرد من سمع باختبارات السمع حيث يعرف الأصم على أنه من يفقد سمعاً قدره (90 ديسيبل) أو وحدة صوتية أو أكثر، والطفل الأصم هو الذي لا يستطيع سماع الأصوات حتى لو استخدم مكبرات الصوت أو المعينات السمعية، أما الطفل ضعيف السمع فيعرف من الناحية الطبية بأنه من فقد سمعاً يقل عن (90 ديسيبل) أو وحدة صوتية، ويمكنه الاستفادة من مكبرات الصوت أو المعينات السمعية. أما من الناحية التربوية فيعرف الأصم بأنه الطفل الذي لا يستطيع أن يكتسب اللغة سواء باستخدام المعينات الصوتية أو بدونها. أما ضعيف السمع فهو الطفل الذي يستطيع أن يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمعية لديه، وذلك باستخدام المعينات السمعية. وتجدر الإشارة إلى أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى، من أهمها:

- العمر عند فقدان السمع.
- العمر الذي تم فيه اكتشاف فقدان السمع ومعالجته.
- المدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع.
- نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.
- فاعلية أدوات تضخيم الصوت.
- الخدمات التأهيلية المقدمة. (اللالا، الزيري وآخرون، 2011).

آلية السمع:

إن عملية حدوث السمع دقيقة ومعقدة فعندما تهتز الأجسام يصدر عنها أمواج صوتية تنتشر إلى الخارج بكل الاتجاهات؛ إذ يعمل الصيوان على جمعها، وتوجيهها إلى الأذن عن طريق القناة السمعية الخارجية، ثم تصل هذه الموجات الصوتية إلى طبلة الأذن التي تؤدي إلى اهتزازها، ثم تنتقل هذه الحركة الاهتزازية أولاً إلى المطرقة ثم السندان والركاب، أما وظيفة هذه العظيمات الثلاث فهي تكبير الحركة الموجية، ونقلها إلى الأذن الداخلية محدثاً تيار في السائل الموجود في القوقعة يحرك الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتي والتي تنشط النهايات العصبية، ينتقل التيار الكهربائي عن طريق العصب السمعي إلى القشرة الدماغية الذي يقوم بمعالجتها ليكون معنى صوتياً. (كوافحة، عبد العزيز، 2010)

نسبة انتشار الإعاقة السمعية:

تعد الإعاقة السمعية من الإعاقات قليلة الحدوث مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى كالإعاقة العقلية واضطرابات التواصل وصعوبات التعلم، وتعتمد نسبة انتشار الإعاقة السمعية على المحكات المستخدمة في تعريفها، والوسائل المستخدمة في قياس القدرة السمعية، وكذلك المجتمع الذي تجري به الدراسات؛ إضافة إلى مدى دقة وملاءمة الاختبارات والمقاييس المعتمدة في قياس القدرة السمعية. وتشير الدراسات في الدول الغربية إلى أن (5%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية، وهذه المشكلات لا تصل إلى مستوى الإعاقة، وإن الكثير منهم لا يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة، كما تقدر الإحصائيات أن حوالي (0.075%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من الصمم. هذا وتقدر منظمة الصحة العالمية عدد المعوقين سمعياً في جميع أنحاء العالم بحوالي (150) مليون شخص أي بنسبة (2.5%).

ثانياً- تصنيف الإعاقة السمعية:

هناك تصنيفات مختلفة لفئات الإعاقة السمعية، تختلف عن بعضها باختلاف الأساس الذي يقوم عليه كل تصنيف كمها، حيث يرتبط كل تصنيف من هذه التصنيفات بنطاق معين تبذل في إطاره الجهود لتخديم المعوقين سمعياً، ومن هذه التصنيفات:

1. التصنيف حسب العمر الزمني الذي حدثت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية.
2. التصنيف حسب موقع الإصابة. (التصنيف الطبي).
3. التصنيف حسب درجة فقدان السمع.
4. التصنيف التربوي.
5. التصنيف حسب نبرة الصوت.

أولاً: التصنيف حسب العمر الزمني الذي حدثت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية:

وهنا يمكن التمييز بين نوعين من الإعاقة السمعية:

❖ الصمم الولادي أو الصمم قبل تعلم اللغة Prelingual Deafness: يشير هذا النوع إلى الإعاقة السمعية التي تحدث منذ الولادة، أو في مرحلة سابقة لتطور اللغة والكلام عند الطفل، أو قبل سن الثالثة.

❖ الصمم بعد تعلم اللغة Postlingual Deafness: يشير هذا النوع إلى حالات الصمم التي تحدث بعد اكتساب مهارة الكلام واللغة، أي بعد سن الثالثة من العمر، وهذا الصمم قد يحدث

بشكل مفاجئ، وقد يحدث تدريجياً وعلى مدى فترات زمنية طويلة، ويطلق عليه تسمية الصمم المكتسب. كذلك يضيف (أوليرون Oleron) إلى هذا التصنيف فئة الأطفال ضعيفي السمع، التي تشمل فئة الأطفال الذين فقدوا السمع بشكل جزئي، مما يسمح لهم بامتلاك اللغة بشكل جزئي.

ثانياً: التصنيف حسب موقع الإصابة. (التصنيف الطبي):

يركز هذا التصنيف على طبيعة القصور أو الخلل الذي يلحق بالجهاز السمعي عامة بعد إجراء التشخيص اللازم لذلك مما يتضح معه ما إذا كان القصور أو الخلل توصيلياً في طبيعته، أم أنه حسيّاً عصبياً، أم يجمع بين الاثنين، أم أنه يعود إلى مركز السمع بالمخ، وتصنف الإعاقة السمعية من وجهة النظر الطبية إلى:

1. الإعاقة السمعية التوصيلية **Conductive Hearing Loss**: تنتج الإعاقة السمعية

في هذا النوع عن خلل في الأذن الخارجية، والأذن الوسطى على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية، ويتميز هذا النوع من الإعاقة السمعية بتقديم أساليب علاجه سواء الجراحية أو غير الجراحية، كما درجة فقدان السمع لدى أفراد هذا النوع لا تتجاوز (60) ديسيبل.

2. الإعاقة السمعية الحس عصبية **Sensorineural Hearing Loss**: ويشير هذا

النوع من الإعاقة السمعية إلى خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية مهما بلغت شدتها أو وصولها محرفة، كما ان فرص العلاج أقل، وعلى أفراد هذه الإعاقة استخدام المعينات السمعية، إضافة إلى الحاجة الماسة للتدخل التربوي المكثف وخاصة في تنمية مهارات التواصل لديه.

3. الإعاقة السمعية المركزية **Central Hearing Loss**: يشير هذا النوع من الإعاقة

السمعية إلى وجود خلل في أو اضطراب يحول دون وصول الصوت من الممرات السمعية في المراكز السمعية في الدماغ، وفي هذا النوع من الإعاقة السمعية تكون المعالجات الطبية والمعينات السمعية ذات فوائد محدودة.

4. الإعاقة السمعية المختلطة **Mixed Hearing Loss**: تجمع هذه الإعاقة بين

الإعاقة السمعية التوصيلية، والإعاقة الحسية العصبية، ومن الصعب علاج هذا النوع من الإعاقة السمعية، وذلك لتداخل أسبابه وأعراضه.

ثالثاً: التصنيف حسب درجة فقدان السمع:

ويعتمد هذا التصنيف على درجة فقدان السمع، أو الخسارة السمعية مقاسة بوحدة قياس تسمى الديسيبل وتقسم إلى:

1. الإعاقة السمعية البسيطة جداً Slight: تتراوح درجة فقدان السمع في هذا النوع ما

بين (25 - 40) ديسيبل، زما يميز أصحاب هذه الإعاقة صعوبة في سماع الكلام الخافت، ولا يجد هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة صعوبة في استخدام أذانهم لتعلم اللغة والكلام بشكل عام.

2. الإعاقة السمعية البسيطة Mild: وتتراوح درجة فقدان السمع في هذا النوع من

الإعاقة السمعية ما بين (41-55) ديسيبل، ويعاني الأفراد في هذه الفئة من بعض الصعوبات التي تحول دون سماعهم لما يدور حولهم من أحاديث خاصة في حالة انخفاض الصوت، مما يجعلهم يعانون من بعض الصعوبات في التواصل، كما أن الطفل يخسر حوالي (50%) من المناقشات الصفية في حال كان الصوت منخفضاً، ويصاحب ذلك انحرافات في اللفظ والكلام، مما يستدعي تقديم خدمات التربية الخاصة وذلك بإلحاقه بصفوف خاصة، وقد يحقق استفادة من المعينات السمعية.

3. الإعاقة السمعية المتوسطة Moderate: وتتراوح درجة فقدان السمع في هذا النوع

من الإعاقة السمعية ما بين (56 - 70) ديسيبل، ويعاني أفراد هذه الفئة من درجة أكبر من صعوبات التواصل تجعل من الضروري بالنسبة لهم اللجوء إلى استخدام المعينات السمعية، والاتحاق بصف خاص.

4. الإعاقة السمعية الشديدة Severe: أما في هذا النوع من الإعاقة السمعية فإن درجة

الفقدان السمعي تتراوح ما بين (71-90) ديسيبل، لديهم مما يؤدي إلى عدم قدرة أصحاب هذه الإعاقة على سماع الأصوات، أو المؤثرات السمعية المختلفة حتى ولو كانت على مسافة قريبة منهم، مما ينتج عنه اضطرابات مختلفة للنطق لديهم، وهو الأمر الذي يتطلب حصولهم على خدمات وبرامج خاصة يتمكنون من خلالها من تعلم اللغة والكلام، ويعتبر أصحاب هذه الإعاقة صماً من الناحية التربوية.

5. الإعاقة السمعية الشديدة جداً Profound: وتزيد درجة فقدان السمع لدى أصحاب

هذه الفئة من الإعاقة السمعية عن (90) ديسيبل، مما يجعلهم غير قادرين على تعلم اللغة سواء عن طريق أذانهم، أو باستخدام المعينات السمعية، وبذلك يصبح لزاماً عليهم ان يتعلموا أساليب بديلة للتواصل تركز على أساليب التواصل اليدوية كلفة الإشارة، والتهجي الأصبعي، والتدريب السمعي. (محمد فتوح، 2017)

ثالثاً: أسباب الإعاقة السمعية:

تتعدد أسباب الإعاقة السمعية كما توصل إليها العلم الحديث، إلا إنه هنالك حالات عديدة لا يزال لا يعرف لها سبب محدد. ويمكن تصنيف تلك الأسباب في ثلاث فئات، هي:

أ. عوامل ما قبل الولادة: ومن أهمها الآتي: أسباب وراثية، تشوهات خلقية، الحصبة الألمانية، نقص اليود، العامل الريزيسي.

ب. عوامل في أثناء الولادة: ومن أهمها الآتي: نقص الأوكسجين، الصدمات التي تؤدي إلى نزيف المخ، مرض اليرقان.

1. عوامل ما بعد الولادة: وتضم هذه العوامل مجموعتين من العوامل حسب المرحلة التي تسود فيها العوامل المتضمنة، وذلك على النحو الآتي:

المجموعة الأولى: عوامل تسود في مرحلة الطفولة ومن أهمها:الالتهاب السحائي، النكاف، الحصبة، التهاب الأذن، حمى سكارليت، البرص، إصابات الأوعية الدموية.

المجموعة الثانية: وتضم عوامل تسود من مرحلة البلوغ وما بعدها، ومن أهمها: التعرض للضوضاء الشديدة لفترات طويلة، اضطراب الأيض، تصلب الأذن، صدمات الدماغ، مرض منيير (Menier).

وبذلك يمكن أن نتناول تلك العوامل بشيء من التفصيل على النحو الآتي:

أولاً: عوامل ما قبل الولادة: وقد تتعدد تلك العوامل، إلا أنه من أبرزها:

1. الأسباب الوراثية:

وهي عبارة عن إعاقات موروثية من أحد الوالدين أو كليهما، وتعد الوراثة مسؤولة عن حوالي (50-60%) من حالات الإعاقة السمعية، حيث تنتقل إليهم بعض الصفات الحيوية والحالات المرضية من خلال الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، ويزداد احتمال ظهور مثل هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات. كما تشير الإحصائيات إلى أن ما نسبته (50%) من فقدان السمع الولادي يعود للوراثة، أن (70%) من هذه الحالات تكون بدون أعراض. هذا وقد توصل فريق من الأطباء في المعهد القومي للبحوث في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن الجين رقم (7) يعد مسؤولاً عن حوالي (10%) من حالات فقد السمع الوراثي.

ثانياً: عوامل في أثناء الولادة: ومن أهمها الآتي:

1. نقص الأوكسجين:

قد تؤدي تلك المشكلة الذي تحدث أثناء الولادة خاصة في الولادة المتعسرة إلى عدم وصول الأوكسجين إلى المخ لفترة من الوقت، وقد يتمثل ذلك في عدم وصول الأوكسجين إلى المخ كلية، وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تلف عصبي دائم يتضمن قصور سمعي حس عصبي وذلك لدى حوالي (3%) من الحالات تقريباً.

2. الصدمات التي تؤدي إلى نزيف المخ:

قد يتعرض المولود لبعض الصدمات أثناء الولادة نتيجة للاستخدام الخاطئ للأدوات الطبية (الجفت، الملاقط) التي يتم إخراجها بواسطتها من رحم الأم خاصة إذا كان حجمه كبيراً، أو كان وضعه غير طبيعي حيث يتم الضغط على رأسه مما يؤدي إلى نزيف بالمخ وإلى تلف في الخلايا السمعية والذي يؤدي بدوره إلى الإصابة بالصمم.

3. مرض اليرقان:

ويطلق عليه الصفراء ويصيب نسبة كبيرة من المواليد العاديين والمبسترين، ومن أهم أعراضه اصفرار الجلد والعينين بسبب تراكم مادة تسمى البليروبين (bilirubin) تنتج عن تدمير خلايا الدم الحمراء، وتحول الهيموجلوبين إلى بليروبين على أثر ذلك، وعند وصول هذه المادة إلى الكبد؛ فإنه بدوره يقوم بتحويلها إلى شكل سائل متحلل يمكن أن يخرج من الجسم عن طريق البول، إلا أنه من المحتمل عند تجمع المادة في الجسم أن تعمل على تلف خلايا المخ وذلك عندما تزداد هذه المادة في الدم، ويعد الصمم إحدى المشكلات التي يمكن أن تنتج عن هذه الحالة.

ثالثاً: عوامل ما بعد الولادة: وتنقسم إلى مجموعتين من العوامل استناداً إلى الفترة الزمنية التي تسود فيها، وذلك على النحو الآتي:

المجموعة الأولى عوامل تسود في مرحلة الطفولة، ومن أهمها، التهاب السحايا (Meningitis)، النكاف (Mumps)، الحصبة (Measles)، التهاب الأذن (Ear Infection)، حمى سكارليت (Scarlet Fever)، البرص (Albinism)، إصابات الأوعية الدموية (Vascular Lesions).
المجموعة الثانية: وتضم عوامل تسود من مرحلة البلوغ وما بعدها، ومن أهمها: التعرض المستمر للضوضاء، اضطراب الأيض، تصلب الأذن، صدمات الدماغ، مرض منيير (Menier). (محمد، 2011).

رابعاً: قياس وتشخيص الإعاقة السمعية:

هنالك العديد من الطرق التي تستخدم لقياس وتشخيص الإعاقة السمعية، ومن هذه

الطرق:

أولاً: الطريقة التقليدية (Traditional Method):

وهي طريقة غير دقيقة والهدف منها هو الكشف المبدي عن إجمالية إصابة الشخص بالإعاقة السمعية، ومنها:

❖ طريقة الهمس (Whisper Test):

وتتم على النحو الآتي: ينطق المختبر مجموعة أرقام همساً، وفي غير ترتيب، وذلك أثناء وقوفه خلف الطفل أو على جانبه لتقادي ترجمة الأصوات المهموس بها عن طريق قراءة الشفاه، ويتم ذلك في غرفة هادئة طولها (6) أمتار أو أكثر ثم يبتعد المختبر عن الطفل رويداً رويداً حتى لا يمكنه سماع الهمس. ثم تقاس المسافة وتقسّم على ستة أمتار وبذلك تكون نتيجة القسمة هي حدة السمع؛ إلا أن هذه الطريقة غير دقيقة لعدم إمكانية التحكم في تنقية الأصوات الهامسة للشخص الواحد أو من شخص آخر إضافة إلى التخمين.

❖ طريقة دقائق الساعة (Watch Test):

وفي هذه الطريقة يطلب من الطفل أن ينصت لسماع دقائق الساعة؛ فإن قام بسماعها كان وضعه طبيعياً، وإذ لم يستطع سماع دقائق الساعة فإن ذلك يعتبر مؤشراً على وجود خلل في حاسة السمع لدى الطفل.

ثانياً: الطريقة العلمية الحديثة (Modern Methods):

يقوم بإجراء تلك الطرق أخصائي في قياس القدرة السمعية، وهذه الطرق تتصف بالدقة مقارنةً مع الطرق التقليدية، ومنها:

❖ طريقة القياس السمعي الدقيق (Audiometry Pure- ton):

صمم القياس السمعي الدقيق لتحديد درجات الفروق الفردية في السمع لعدد الذبذبات المختلفة والتي تقاس بوحدة قياس تسمى الهرتز (Hz)، ومدى الحساسية للصوت وتقاس بوحدة قياس تسمى الديسيبل. يقدم القياس السمعي الدقيق نغمات بكثافة مختلفة (في مستوى الديسيبل)، مع ذبذبات متفاوتة تقاس بالهيرتز، وتتراوح الذبذبات التي يستطيع القياس السمعي الدقيق تقييمها بين الذبذبة (125) هيرتز؛ حيث تصنف على أنها في مستوى سمع منخفض، والذبذبة (8000) هيرتز التي تصنف على أنها في مستوى سمع عالٍ، والشخص الطبيعي يستطيع سماع النغمات التي تقع بين (125-8000) هيرتز عندما تعطى ضمن مستوى صفر ديسيبل. وإجراءات فحص مدى حساسية الفرد لدقة سماع النغمات هي بسيطة نسبياً وكل أذن تختبر بشكل منفرد. فعند فحص الشخص يعطى على سبيل المثال نغمة ترددها (500) هرتز في مستوى صفر ديسيبل، وإذا لم يستطع سماعها تعطى في مستوى (10)

ديسيبل وهكذا، وإذا وجد أن الفرد يستطيع سماع النغمة التي ترددها (500) هيرتز ضمن مستوى (60) ديسيبل؛ فإن قدرته على السمع تحدد ضمن هذا المستوى مقارنةً مع الفرد العادي الذي يستطيع سماع هذه النغمة عند مستوى صفر ديسيبل.

❖ طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry):

وفي هذه الطريقة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصواتاً ذات شدة متدرجة ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه.

❖ القياس السمعي للأطفال الصغار:

تستخدم هذه الطريقة مع الأطفال الرضع؛ فمن الطبيعي أن يصدر الطفل الرضيع بعض الانعكاسات السلوكية نحو الأصوات المرتفعة، وهذه تعتبر مفيدة في الاختبارات السمعية في مرحلة الولادة الحديثة، ومن الانعكاسات السلوكية التي يتم ملاحظتها عند إصدار النغمة تغييرات تعابير الوجه، وحركات الزراغان والأرجل، كما يتم ملاحظة حركة الرضيع الكلية حيث يمكن أن يحرك الرضيع رأسه أو جسمه باتجاه المصدر الصوتي. ويمكن إجراء الفحص السمعي مع الأطفال الصغار عن طريق ما يعرف بالقياس من خلال اللعب، حيث توضع السماعات على أذن الطفل ويقدم له نغمة أو حديث بدرجات مختلفة من حيث الشدة ويطلب منه القيام بعمل محبب له عند سماع الصوت.

الاختبارات التربوية المستخدمة في القياس السمعي: في هذه الطريقة يستخدم

الأخصائي اختبارات التمييز السمعي المقننة، ومن أهمها: مقياس ويبمان للتمييز السمعي:

حيث يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة، وهو مصمم للأعمار من (5-8) سنوات، ويطبق بطريق فردية، مقياس جولد مان فرستو ودكوك للتمييز السمعي، مقياس لندامود السمعي، ولا بد من الإشارة إلى أن جميع المقاييس التربوية تعتمد فيها أساليب قياس المعاق سمعياً على الطرق الأدائية. (ديب، احمد جمال الشيخ، 2020)

خامساً: التدخل المبكر والإعاقة السمعية:

التدخل المبكر مصطلح عام يصف الحاجة إلى البدء بتقديم خدمات تأهيلية عندما تكشف وتؤكد الإعاقة السمعية لدى الأطفال. إذ إن التدخل المبكر يلعب دوراً حيوياً في منع أو الحد والتقليل من الآثار السلبية للإعاقة، ولذلك يقع على كاهل الأهل والمربين والمعلمين واجب

الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث الإعاقة السمعية للطفل مستقبلاً. لقد أشارت الدراسات إلى أهمية السنوات الأولى من عمر الطفل في النمو، ويتمثل الهدف الرئيس للأطفال الصم والمعاقين سمعياً بتطوير مهاراتهم اللغوية مقارنةً بأقرانهم العاديين بغض النظر عن درجة فقدان السمع ونموذج التواصل والحالة الاقتصادية والاجتماعية، والخلفية الثقافية، أو الجنس وغالباً ما يتم التركيز على الوصول إلى نمو لغوي للطفل يوازي قدراته المعرفية، ومن أجل ذلك وضع الأخصائيون عدداً من المؤشرات والمظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود أو احتمال حدوث الإعاقة السمعية، ومن أهم هذه المؤشرات:

- إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
- الميل للحديث بصوت مرتفع.
- التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.
- ظهور إفرارات من الأذن أو احمرار في الصيوان.
- الصعوبة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
- عيوب في نطق الأصوات.
- استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.
- الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث.
- الحرص على الاقتراب من مصدر الصوت ورفع صوت المذياع أو التلفاز بشكل مزعج للآخرين.
- الشكوى المتكررة من ألم في الأذن.
- ضعف بالتحصيل بشكل عام، وبشكل خاص في الاختبارات الشفوية.
- عدم الرغبة بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية التي تتطلب استخدام حاسة السمع.
- عدم الانتباه للمتكلم عند التحدث بصوت طبيعي

سادساً: آثار فقدان السمع في النمو:

على الرغم من القدرات المختلفة التي يمتلكها الأفراد الصم وضعيفو السمع، إلا أنهم يشتركون في صفة واحدة وهي أن قدراتهم على السمع محدودة، وتتأثر قدرتهم على السمع بعدة عوامل، منها: العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية، ودرجة فقدان السمع، الوعي الذاتي، انفعالات الآباء والأسر والاستجابات السلوكية، الوضع الاقتصادي والاجتماعي، مدى توفر الإثارة

السمعية ونوعيتها، كما تعكس هذه العوامل قدرة الأفراد المعاقين سمعياً على التفاعل مع غيرهم باستخدام اللغة المنطوقة أو المحكية. كذلك فإن القدرة على التفاعل مع الآخرين تعتمد على وجود أو عدم وجود إعاقات أخرى، إذ تشير الإحصائيات إلى أن حوالي (25%)، من الأطفال المعاقين سمعياً لديهم إعاقات إضافية أخرى مثل الإعاقة البصرية، أو العقلية، أو صعوبات التعلم، أو الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وبشكل عام فإن الأطفال الذين لا يستطيعون سماع الآخرين بشكل جيد يواجهون صعوبات في التعلم باستخدام طرق التعلم التقليدية، ومن البديهي أن يؤثر فقدان السمع والقدرة اللغوية لدى الفرد الأصم على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية، والاجتماعية.... إلخ، وفيما يلي توضيح لتلك الآثار على هذه الجوانب:

أولاً: تأثير فقدان السمع على النمو المعرفي:

لا يزال الجدل قائماً بين الباحثين حول أثر الإعاقة السمعية على الذكاء والنمو العقلي المعرفي، فمن يعتقد أن الذكاء والنمو العقلي لا يعتمدان على اللغة بالضرورة يؤكد أن المفاهيم المتصلة باللغة هي الوحيدة الضعيفة لدى المعوقين سمعياً، بينما يعتقد الآخرون ممن يرون أن الذكاء والنمو العقلي يعتمدان على اللغة أن الإعاقة السمعية تؤثر على النمو العقلي المعرفي. إذ تشير العديد من الدراسات والبحوث إلى أن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء الأشخاص عاديي السمع، وأن المعوقين سمعياً لديهم القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكونوا يعانون من تلف دماغي مرافق للإعاقة. لقد بينت البحوث الحديثة التي استخدمت اختبارات ذكاء لفظية وجود فروق في مستوى الذكاء بين المعوقين سمعياً وعاديي السمع، لصالح الأشخاص عاديي السمع، إلا أن هذه البحوث واجهت كثير من الانتقادات وذلك بسبب أن اختبارات الذكاء اللفظية تعد غير ملائمة لقياس ذكاء المعوقين سمعياً بسبب افتقارهم إلى اللغة، وهي مشبعة بالناحية اللفظية، وبالتالي لا تقيس قدرات الصم العقلية الحقيقية، هذا وتشير معظم الدراسات أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد، كما اشارت هذه الدراسات إلى أن المعوقين سمعياً قادرون على التعلم والتفكير التجريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية.

ثانياً: تأثير فقدان السمع على النمو التحصيلي:

تشير الدراسات إلى أن ما نسبته (20-40%)، من الأطفال الصم يعانون من عدم القدرة على التعلم، إذ أن تأثير الإعاقة السمعية على النمو اللغوي للفرد واضح، وبما أن جوانب التحصيل الأكاديمي مرتبط بالنمو اللغوي، فمن الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية سلباً بذلك،

وخاصة في مجال القراءة، والكتابة، والحساب، وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية على النمو اللغوي بشكل أساسي. ولا بد من الإشارة إلى أن الانخفاض الواضح في التحصيل الأكاديمي لدى المعوقين سمعياً يعود إلى عدد من العوامل، من أهمها:

1. عدم ملائمة المناهج الدراسية لهم إذ أنها مصممة بالأصل للأفراد العاديين.
2. انخفاض الدافعية للتعلم لديهم نتيجة للظروف النفسية الناجمة عن وجود الإعاقة السمعية.

3. عدم ملائمة طرائق التدريس لحاجات المعوقين سمعياً.
- إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عليا من التحصيل الأكاديمي فإذا أتيحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية، وطرائق تدريس فعالة فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عليا مقارنة بأقرانهم العاديين. (اللالا، الزيري وأخرون، 2011).

ثالثاً: تأثير فقدان السمع على النمو النفسي والاجتماعي:

تعتبر اللغة أحد الأشكال الأساسية للتواصل، والتفاعل الاجتماعي، إذ أن القصور اللغوي قد يؤثر سلباً في النضج الاجتماعي ابتداءً من الأسرة إلى البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ثم المدرسة، حيث تعمل على توثيق الصلة والاتصال البشري بمختلف الأنشطة الاجتماعية، والتكيف، وذلك وفق متطلبات السلوك الاجتماعي المقبول، ولهذا فإن أحد وظائف اللغة هي الوظيفة الاجتماعية؛ إضافة إلى الجانب الفكري، حيث يمكن للفرد من خلال اللغة أن يترجم العمليات العقلية المتنوعة، ولذلك يعتبر أداء المعوقين سمعياً من الناحية الاجتماعية أقل من أداء أقرانهم السامعين، فحين يشعر المعوق سمعياً بالعجز وقلة الحيلة في مواقف لا تشكل مشكلة بالنسبة لغيره، فإنه قد يشعر بالتعاسة والخجل والإحباط مما يزعج بناءه النفسي ويدفعه إلى إصدار أنماط من السلوك غير التوافقي. لقد حظيت جوانب النمو النفسي والاجتماعي لدى المعوقين سمعياً بنصيب وافر من الدراسات التي كشفت عن أن الأطفال المعوقين سمعياً أقل توافقاً نفسياً واجتماعياً ممن يسمعون، وأن من يتواصل منهم بالطريقة الشفوية أكثر توافقاً ممن يتواصلون يدوياً، كما أن الذين ينتمون منهم إلى أسر ليس بها معاقون سمعياً أقل توافقاً من نظائريهم الذين توجد في أسرهم حالات إعاقة أخرى، وانطلاقاً من أن التفاعل الاجتماعي يعتمد على اللغة؛ فإن المعوقون سمعياً يجدون أنفسهم في عزلة، الأمر الذي يدفعهم إلى أن يكونوا مجتمعاً خاصاً بهم يسمى (مجتمع الصم)، كجماعة اجتماعية فرعية داخل المجتمع تقدم الأساس النفسي والاجتماعي للانتماء لديهم. كما أن التكيف الاجتماعي غير واضح المعالم لديهم، ولذلك

فإن الطفل الأصم يميل إلى البعد عن الأشخاص عاديي السمع نتيجة لفقده الحس الاجتماعي الذي يقربه منهم، إلا أن الصم دون غيرهم من فئات الإعاقة يتميزون بالاختلاط اجتماعياً بأقرانهم الصم، لأنهم يعتبرون أنفسهم جماعة فرعية من المجتمع، مما يجعلهم جماعة متماسكة. ولكن لا بد من الإشارة إلى أن معظم المشاكل النفسية والاجتماعية التي يعاني منها المعوقون سمعياً ليست ناتجة بصفة مباشرة عن فقدانهم لسمعهم بل تحدث نتيجة لمجموعة من الأنماط التفاعلية المعقدة، ولا تتكون أنماط التوافق لديهم نتيجة عوامل وراثية أو خلقية بل تحدث نتيجة لعوامل وراثية.

رابعاً: تأثير فقدان السمع على النمو اللغوي:

تلعب الإعاقة السمعية دوراً كبيراً في عرقلة النمو اللغوي للطفل الأمر الذي ينعكس بشكل سلبي على مظاهر الاتصال بينه وبين أسرته وخاصة في سنواته الأولى، كما وتتفاقم هذه المشكلة بعد فترة اكتساب اللغة أي تبدأ من السنة الثانية، إذ أن الإعاقة السمعية تقهده الكثير من المثيرات المهمة في التطور الذهني لأن هناك علاقة وثيقة بين التطور اللغوي، والتطور الذهني، وبطبيعة الحال كلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما ازداد تأثيرها سلباً في النمو اللغوي ويعد العمر الذي بدأت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية عاملاً مهماً في تحديد درجة التأخر في النمو اللفظي؛ فالأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية ولادية يواجه نموهم اللغوي عجزاً واضحاً منذ الطفولة المبكرة، بينما الأطفال المصابون بالفقدان السمعى بعد اكتساب اللغة (من عمر 3-4 سنوات)، تكون عيوبهم اللغوية أقل من الأطفال المولودين بالإعاقة أو الذين أصيبوا بها خلال الأشهر الأولى من أعمارهم. إن النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين سمعياً يتأثر بعدة عوامل منها: مدى التدريب المبكر ونوعه، ووقت البدء باستخدام المعينات السمعية، أيضاً مدى استثارة الذكاء والجوانب الانفعالية والمثيرات البصرية، إضافة إلى تأثير فقدان الدعم الأسري والثقافي والعمر الزمني عند التشخيص والتدخل المبكر. كما يعزى عدم قدرة الطفل المعوق سمعياً على اكتساب اللغة وتعلم الكلام إلى عدة عوامل من أهمها، عدم إمداد الطفل بتغذية راجعة سمعية مناسبة عندما ينطق ببعض الأصوات في مرحلة المناغاة، أو مرحلة الطفولة المبكرة جداً، وكذلك عدم إمداد الطفل بإثارة سمعية كافية، أو تعزيز وتشجيع لفظي مناسب، من قبل المحيطين بالطفل، إضافة إلى عدم حصول الطفل على نموذج لغوي مناسب لكي يقوم بتقليده، ومحاكاته بصورة ملائمة. (الحاجي، حنفي، 2019)

سابعاً: أساليب التواصل عند المعوقين سمعياً:

تزداد فاعلية التدخل التربوي والتأهيلي مع الأفراد المعوقين سمعياً بازدياد إتقانهم لمهارات التواصل؛ حيث يختلف المعلمون والمهنيون فيما بينهم حول أفضل المهارات التي يجب استخدامها من أجل التواصل مع الأفراد المعوقين سمعياً، فمنهم من يعتقد بأهمية التواصل الشفوي اللفظي لمساعدة هؤلاء الأفراد، وتهيئتهم للعيش في مجتمع السامعين، ومنهم من يرى أن التواصل اليدوي باستخدام لغة الإشارة هو الأساس لكي يتم استخدامها مع الذين لديهم إعاقة سمعية ومع المعلمين مما يساعدهم على الاندماج في المجتمع. وفي ظل الاتجاهات الحديثة وتطور ميدان التربية الخاصة للمعوقين سمعياً، نستطيع أن نحصر طرق التواصل المستخدمة في تربية وتعليم المعوقين سمعياً تحت عناوين ثلاثة، هي:

أولاً: التواصل الشفهي (Oral Communication):

وهو إحدى طرق التواصل التي يمكن أن تستخدم مع المعاقين سمعياً والتي تتضمن استخدام الكلمات المنطوقة من خلال استخدام البقايا السمعية التي تتضمن تدريباً سمعياً إضافة إلى قراءة الشفاه، وذلك من خلال طريقتين هما:

1. التدريب السمعي (Auditory Training):

ويقصد بذلك تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات، أو الكلمات، أو الحروف الهجائية لدى الأفراد المعاقين سمعياً، وذلك باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصة الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة، وكلما قلت درجة فقدان السمع كانت عملية التدريب السمعي أفضل وأكثر فاعلية، لذلك يتم التركيز على هذه الطريقة للأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة بشكل أساسي. وتتحدد أهداف هذه الطريقة بالآتي:

أ. تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.

ب. تنمية القدرة على تمييز الأصوات.

ت. تنمية القدرة على التمييز بين الأصوات الكلامية المتباينة بين الانخفاض والعلو.

ولكي تكون برامج التدريب السمعي فعالة فلا بد من توافر مجموعة من العوامل، أهمها: الاستعانة بشكل أساسي بحاستي اللمس والبصر، والاعتماد على القدرات السمعية المتبقية لدى الطفل، والبدء بالتدريب المباشر بعد كشف وتأكيد الإعاقة السمعية لدى الطفل.

2. قراءة الكلام (Speech Reading):

تعرف طريقة قراءة الشفاه بأنها " فن معرفة أفكار المتكلم بملاحظة حركات فمه، وهي عبارة عن فهم، أو ترجمة للرموز البصرية من خلال حركات الفم والشفاه الصادرة عن المتكلم، ويمكن للمعوق سمعياً أن يستعين بالإيماءات والتعبيرات الوجهية التي تظهر على المتكلم"، وقد يطلق على هذه الطريقة بالطريقة البصرية، وهناك طريقتان للتعلم بهذه الطريقة:

1. الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعوق سمعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم، ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.

2. الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعوق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

ثانياً: التواصل اليدوي (Manual Communication):

تستخدم هذه الطريقة مع الأطفال الصم الذين لا يمكنهم سماع ما يدور حولهم من أحاديث مختلفة حتى باستخدام المعينات السمعية، كما يمكن لضعاف السمع التدريب عليها واستخدامها أيضاً. هذا وتهدف هذه الطريقة إلى اكساب المعوقين سمعياً مهارات التواصل وذلك عن طريق حاسة البصر من خلال الإيماءات والإشارات والحركات اليدوية الوصفية، وذلك يعتبر الأسلوب البديل للغة اللفظية، ومن أشكالها:

1. لغة الإشارة (Sing Language):

تعرف لغة الإشارة بأنها " عبارة عن رموز إيمائية مرئية تستعمل بشكل منظم، وتتركب من اتحاد وتجميع بشكل اليد وحركتها مع بقية أجزاء الجسم التي تقوم بحركات معينة تماشياً مع الموقف". كما وتعد لغة الإشارة من أسهل الطرق لتمكين المعوق سمعياً من التواصل، والتعبير عن أفكاره وآرائه في ظل غياب اللغة اللفظية، إضافة إلى كونها مرنة وبسيطة وعالمية يشترك بها أفراد الجنس البشري بالكامل. وقد تكون إشارات وصفية كما هو الحال بالنسبة للطول، والوجه، وغير وطفية كما هو الحال عندما نرفع السبابة والوسطى للدلالة على النصر لذلك فإن بعض الجامعات الغربية، وخاصة بالولايات المتحدة أصدرت قواميس للإشارات في مجالات التعليم المختلفة.

2. ابجدية الأصابع (Finger Spelling):

وهي الطريقة التي تستخدم نظام الأصابع وعملها بأشكال مختلفة وكل شكل يعني حرفاً من الحروف الهجائية، وقد تشكل أصابع اليد بحيث تعطي شكل الحرف الهجائي وتتميز بسهولة تعلمها، ولا تحتاج إلى جهد عضلي للقيام بها، ويتم التفاهم بين مستخدمي

الأبجدية عن طريق حركات الأصابع وتهجئة الكلمات يدوياً بدل نطقها لفظياً، ولكنها كطريقة تواصل تعتمد على قراءة الأحرف والكلمات، وتشارك مع قراءة الكلام في العديد من المشاكل التي قد تعترضها، إضافة إلى أنها تحتاج إلى تعلم القراءة والكتابة، والتدريب والممارسة. ويبين الشكل رقم (2) ذلك:

3. التواصل الكلي (Total Communication):

تعد هذه الطريقة من الطرق التي تلاقي قبولاً كبيراً من قبل المختصين والعاملين مع ذوي الإعاقة السمعية، كما وتلاقي قبولاً واسعاً من قبل الأفراد ذوي الإعاقة السمعية أنفسهم. وطريقة التواصل الكلي تسمح للأفراد المعوقين سمعياً استخدام كل الوسائل المتاحة في عملية التواصل، مثل: لغة الإشارة، وأبجدية الأصابع، وقراءة الكلام، وتعبيرات الوجه، والقراءة والكتابة والرسم مع استخدام المعينات السمعية. فهي بذلك تستجيب بشكل أفضل لكل طفل وما يتميز به من خصائص وسمات، ولذلك يجب أن تتعلم الأسرة هذه الطريقة التي تشمل مهارات مختلفة من التواصل تساعد الطفل على تحقيق النمو اللغوي قدر المستطاع. (ديب، احمد جمال الشيخ، 2020)

أهم التوصيات لمعلمي مرحلة الروضة لكيفية التعامل مع الطفل المعوق سمعياً:

يتوجب على معلمي الأطفال الصم في مرحلة ما قبل المدرسة التحدث بصفة دائمة مع هؤلاء الأطفال وهم ينظرون إلى وجههم، لأن ذلك يساعد الأطفال الصم على تعلم مهارات كثيرة من مثل: إدراك الطفل لأسمه وتعرفه عليه، كما يجب تعليمه الوقوف والقفز والمشي وذلك عن طريق التمثيل العملي واللفظي (قف، أقفز، أمشي)، وبهذه الطريقة يتعلم الطفل لغة قراءة الشفاه. ومن أهم الأهداف التي يسعى معلمي الأطفال الصم في مرحلة ما قبل المدرسة، الآتي:

1. تنمية قدرات الطفل اللغوية، ومهاراته في الكلام، وقراءة الشفاه.
2. مساعدة الطفل على استخدام بقايا السمع لديه إلى أقصى درجة وذلك باستخدام المعينات السمعية.
3. تنمية معرفته بمفاهيم الأعداد.
4. تنمية ميوله واستعداداته لقراءة بعض الكلمات والتعبيرات بحيث تنمي مهارة القراءة.
5. تعليم الطفل مهارة الإصغاء مع الاستعانة بالمعين السمعي.
6. تعليم الطفل التعرف على أسمه مكتوباً.
7. تربيته على كتابة أسمه.

8. تزويد الطفل بخبرات في التعامل مع الآخرين، تتضمن المشاركة وانتظار دوره في اللعب. (القمش، المعاينة، 2007).

الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

مقدمة:

أولاً: أهمية حاسة البصر.

ثانياً: آلية الإبصار.

ثالثاً: تعريف الإعاقة البصرية.

رابعاً: تصنيف الإعاقة البصرية:

خامساً: أسباب الإعاقة البصرية.

سادساً: نسبة انتشار الإعاقة البصرية.

سابعاً: أثر الإعاقة البصرية على جوانب النمو المختلفة.

ثامناً: حاجات الطفل المعوق بصرياً قبل المدرسة.

تاسعاً: التدخل المبكر.

تعتبر حاسة البصر هي الحاسة التي يرى بها الإنسان العالم من حوله وبدونها يكون العالم معتماً ولا يشعر به إلا عن طريق المعلومات التي تدخل عليه عن طريق الحواس الأخرى إذ أن الحرمان من هذه الحاسة يفقد الطفل معظم خبراته اليومية المتعلقة باللون، والصورة، والشكل، كما يحرمه من تكوين الصورة الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة، ومن المعروف أن من أهم مقومات التعلم هو تكوين الصور الذهنية عن الأشياء وخزنها واستدعائها عند الحاجة. كما تشير الدراسات إلى أن نسبة (85%) مما يتعلمه الإنسان يتعلمه عن طريق حاسة البصر، ولذلك نجد كتب رياض الأطفال، والصفوف الابتدائية الأولى تركز بشكل أساسي على الصورة. وعلى الرغم من أن الإنسان في حالة فقد البصر يحاول التعويض عن طريق حاستي اللمس، والسمع، إلا أن التعويض لا يكفي ولا يكون بديلاً عن حاسة البصر، على اعتبار الفرد الذي يعاني من مشاكل بصرية تصبح فرصته للتواصل مع البيئة والتعلم أقل بكثير من أقرانه المبصرين، وبالنتيجة فإن الحرمان من حاسة البصر يحرم الفرد من معظم خبراته الحياتية المتعلقة كما ذكرنا سابقاً باللون، والشكل، والصورة، وبالتالي تخلق لديه مشكلات بالتعلم، كعدم القدرة على الاستفادة من المادة المكتوبة من جهة، وعدم قدرته على المشاركة الفعالة في النشاطات المدرسية من جهة أخرى. ويهدف هذا الفصل إلى تقديم المعلومات الأساسية عن الإعاقة البصرية من حيث أهميتها، وآلية الإبصار، وتعريفها، وأسبابها، ومظاهرها، وطرق قياسها وتشخيصها، وكذلك تصنيفها، ونسبة انتشارها، ويتطرق الفصل أيضاً إلى التأثيرات التي تتركها هذه الإعاقة على مظاهر النمو المختلفة لدى الفرد، واهم حاجات الطفل المعوق بصرياً قبل المدرسة، وأخيراً توضيح أهمية التدخل المبكر.

أولاً: أهمية حاسة البصر:

تتبع أهمية حاسة البصر من كونها تلعب دوراً واضحاً وحيوياً في حياة الفرد، إذ أن تعطل هذه الحاسة أو ضعفها يخلق الكثير من الصعوبات النفسية، والحركية، والسلوكية، والاجتماعية، والتربوية، والفرد الذي يفقد حاسة البصر يفقد قناة رئيسة من قنوات تواصله مع العالم من حوله ويصبح مرغماً على الاعتماد على الحواس الأخرى وخاصة حاستي السمع واللمس، لكن هذا لا يعوضه عن حاسة البصر بما يكفي لكسب المعلومات، مما يجعل خبراته محدودة كماً ونوعاً؛ فالطفل الذي لا يستطيع أن يرى لا يستطيع أن يتعلم من خلال القنوات التقليدية، لذلك لابد من مساعدته واتاحة الفرصة له لتطوير مهارة التنقل، والوعي الفراغي، والنمو المفاهيمي، إن شدة العجز البصري من جهة، والفرص المتاحة للتعلم من جهة ثانية، هي التي تحدد مدى حاجة

الفرد للاعتماد على بقية الحواس للحصول على المعلومات عن البيئة، إلا أن هذه المعلومات التي يحصل عنها عن طريق الحواس الأخرى تبقى محدودة وخاصة تلك المتعلقة بالتعلم اللفظي أو التفكير المجرد وإدراك العلاقات. ولكن ذلك لا يعني بحال من الأحوال أن المكفوفين أو ضعاف البصر أقل إثارة من المبصرين، فهم يتمتعون بحب الاستطلاع ولديهم الرغبة في الاستكشاف، والعلم شأنهم شأن الأشخاص المبصرين. (الخطيب، الحديدي، 2009)

ثانياً: آلية الإبصار:

تتكون العين من جسم كروي موجود داخل تجويف خاص بها بداخل الجمجمة ويخرج منها من الخلف العصب البصري الذي ينقل الأحاسيس التي تتطبع على العين إلى مركز الإبصار بالمخ، ويتكون جدار العين من ثلاث طبقات مختلفة من الأنسجة يختلف كل منهما عن الآخر بالتركيب باختلاف الوظيفة وهي من الخارج إلى الداخل. ولكي تتم عملية الإبصار لا بد من وجود الضوء سواء أكان باهراً، أو خافتاً، حيث يقع الضوء على الشيء المرئي فينعكس على العين، وتمر أشعة الضوء خلال أوساط العين الانكسارية الشفافة وهي: القرنية، والسائل المائي، والعدسة البلورية، والجسم الزجاجي، وبذلك يتجمع الضوء على الشبكية، حيث تتكون صورة مقبولة تنبّه النهايات العصبية بالشبكية، فيحدث تفاعل كيميائي، تنتج عنه شحنات كهربائية تصل إلى المخ عن طريق ألياف العصب البصري، ويستقبل المخ هذه الشحنات الكهربائية، ويعدل الصورة ويفهمها، ويترجم معناها، أو يفسر الغرض منها، حسب الخبرة السابقة للشخص، وبهذا يتضح أن عملية الإبصار بالغة الدقة والتعقيد، وأي خلل في أي جزء من هذا الطريق الذي تم وصفه، قد يؤدي إلى خلل في الإبصار، أو انعدامه.

ثالثاً: تعريف الإعاقة البصرية:

ظهرت تعريفات عدة للإعاقة البصرية، فقد عرّفت الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، ومن الناحية التربوية، ومن الناحية الاجتماعية:

1. التعريف القانوني للإعاقة البصرية (Legal Definition):

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

- **ضعيف البصر (المبصر جزئياً):** هو الشخص الذي لديه حدة إبصار أحسن من 20/200 ولكن أقل من 20/70 في العين الأقوى بعد التصحيح.

2. التعريف التربوي (Educational):

أما التعريف التربوي فيشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل (Braille Method)، كذلك وضعت بارجا (paraga, 2001)، تعريفاً للمعاق بصرياً يقول " أن الطفل المعاق بصرياً هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل التعليمية العادية، لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية، وأساليب التدريس، والبيئة المدرسية).

3. التعريف الوظيفي:

أما التعريف الوظيفي فيشير إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة والكتابة بطريقة برايل. (داود، 2021)

رابعاً: تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيسيتين:

الأولى: مجموعة المعاقين بصرياً كلياً Totally Blind:

وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف التربوي والقانوني للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصرياً جزئياً Partially Sighted:

وهذه المجموعة تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة، أو باستخدام النظارات الطبية، أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة الإبصار لدى أفراد هذه المجموعة ما بين (20/70)، أو (20/200)، قدم في أحسن العينين، أو حتى في استعمال النظارة الطبية. وهناك تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر، وحسب 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.

خامساً: أسباب الإعاقة البصرية:

إن الإعاقة البصرية تنتج عن أحد الأسباب الآتية:

1. الأسباب الخلقية:

تعتبر الأسباب الخلقية انعكاس للعوامل الوراثية، أو للعوامل التي تتعرض لها الأم الحامل والتي تؤثر على الجهاز البصري للجنين، هذا وتشير الدراسات إلى أن ما نسبته (64%)، من الصعوبات البصرية المختلفة لأطفال المدارس هي نتيجة لعوامل ما قبل الولادة، والنسبة الأكبر تعود لعوامل وراثية كمرض تحلل الشبكة، والتشوهات الخلقية، أمراض القرنية، والماء الأبيض الوراثي، وحالات المهاق، والحصبة الألمانية.

2. الأمراض التي تصيب العين:

من أهم الأمراض التي تصيب العين التراخوما، والرمد الحبيبي، والماء الأبيض، والماء الأزرق، السكري، وقد سبق وتحدثنا عن مرض الماء الأبيض، أما بالنسبة للتراخوما فهي أحد الأمراض المعدية المنتشرة في منطقة الشرق الأوسط، وأفريقيا، ومما يساعد على انتشارها في هذه الأماكن الأجواء الجافة، والمغبرة والتي تعتبر مناخاً ملائماً لا تنتشر جرثومة المرض، إضافة إلى تدني مستوى الوعي الصحي، والنظافة، والتراخوما مرض يصيب الملتحمة إذ يؤدي إلى جفافها، والتفاف جفون العين إلى الداخل؛ مما يؤدي إلى جروح في القرنية، قد ينتج عنها صعوبات بصرية، أو كفف كلي للبصر، وذلك للحالات الحادة والتي لا تتلقى العلاج مبكراً.

3. الإصابات التي تتعرض لها العين:

كالصدمات الشديدة للرأس والتي تؤدي إلى انفصال الشبكية، أو تلف في العصب البصري، أو إصابة العين بأجسام حادة، أو بسبب تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأوكسجين أثناء وضعهم في الحاضنات مما يؤدي إلى تلف في الشبكية.

4. الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية مما يؤدي إلى آثار جانبية وتتطور هذه الصعوبات إلى درجة أشد كما هو الحال في طول النظر، قصر النظر، الحول، الماء الأزرق، والماء الأبيض. (الحوالة، 2012).

سادساً: نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

تعتبر الصعوبات البصرية من الحالات الأقل حدوثاً مقارنةً بفئات الإعاقات الأخرى، إذ تشير الإحصائيات إلى أن نسبة كف البصر لدى أطفال المدارس قد تصل إلى (10%) من حالات كف البصر لدى الراشدين، هذا وتشير الإحصائيات أيضاً إلى أن نسبة انتشار الإعاقة

البصرية تتراوح ما بين (0.5% - 1.5%) بين الأفراد العاديين، وتزداد هذه النسبة مع التقدم بالعمر، كما تزداد في الدول التي تفتقر إلى الرعاية الصحية، كما تشير الإحصائيات إلى أن حوالي (80%) من المعوقين بصرياً يتواجدون في دول العالم الثالث. وأشارت دراسة أجراها طبارة ودفنان (Tabbara and Defnan)، بالمملكة العربية السعودية إلى أن ما نسبته (0.24%)، من الذكور في سن (الميلاد إلى 19) سنة يعانون من كف كلي للبصر، بينما ما نسبته (0.16%) من الذكور من نفس الفئة يعانون من صعوبات بصرية لا تصل إلى كف البصر، بينما كانت النتائج المتعلقة بالإناث (0.2%) كف بصر و(1.22%)، لديهم صعوبات بصرية. (Beluce, Katya, 2015).

سابعاً: أثر الإعاقة البصرية على جوانب النمو المختلفة:

للإعاقة البصرية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو المختلفة، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة، من أهمها:

- أ. العمر عند حدوث الإعاقة البصرية.
- ب. شدة الإعاقة البصرية.
- ت. نوع الإعاقات الأخرى المصاحبة للإعاقة البصرية وشدها.
- ث. الفرص المتاحة للفرد للتعلم والنمو.

وبوجه عام فإن الأطفال الذين يفقون بصرهم قبل سن الخامسة يكون لديهم القليل من التخيل، والتذكر البصري، أما الأطفال الذين يفقدون بصرهم بعد سن الخامسة فهم يتعرضون لصعوبات لمسية أكثر، ومشكلات عاطفية بسبب فقدانهم الرؤية.

أولاً: تأثير الإعاقة البصرية على النمو النفسي الحركي:

1. بطئ في النمو الجسمي مقارنة مع الأطفال العاديين.
2. يعتمد النمو الحركي على زمن حدوث الإعاقة البصرية فكلما كان زمن الإعاقة البصرية متأخراً كلما كان النمو الحركي أفضل.
3. نقص فرص اكتساب المهارات الجسمية وعرقلة التطور الحركي.
4. نقص تأزر اليد وتطور الحركات الدقيقة ونقص الدافعية.
5. محدودية في استخدام العضلات الضرورية والضبط الجيد للجسم وتدني المقدرة على اكتشاف البيئة.
6. محدودية في التعلم عن طريق التقليد (التعلم البصري).

7. القيام بأفعال تكرارية غير هادفة والإثارة الذاتية غير الهادفة (السلوك النمطي)

مثل: الضغط على العين بالأصبع أو فرك العينين، أو هز الجسم للأمام والخلف.

8. ضعف الوصول إلى الأشياء.

9. ضعف في الحركة.

10. وضع اليد في خط الوسط للجسم من أجل التأزر.

ولقد أشارت الباحثة فريبج (1977) أن الأطفال الذين يولدون وهم مكفوفين يعانون من

ضعف في ثلاث مجالات مقارنةً بالأطفال المبصرين، وهذه المجالات، هي: الوصول إلى الأشياء، الحركة، وضع اليدين بمحاذاة مركز الجسم لأغراض التأزر.

ثانياً: تأثير الإعاقة البصرية على النمو المعرفي:

1. يتأخر إدراكه لنفسه كشخص فيتأخر بالتالي استخدامه للضمير (أنا).

2. صعوبة في تمييز الطفل لنفسه عن الآخرين.

3. صعوبة في الوصول إلى الأشياء الصغيرة جداً، أو الكبيرة جداً، والبعيدة.

4. صعوبة في عمليتي التمثل والمواءمة (مرحلة ما قبل العمليات).

5. صعوبة في مفهوم اللون والعلاقات المكانية.

6. صعوبة في مفهوم الوقت والمسافة.

7. تظل بعض المفاهيم تمثل صعوبة لديه لفترة طويلة جداً من الوقت كمفاهيم العرض العمق والسرعة.

8. من الممكن أن يكون لديه بطء في النمو اللغوي.

9. أقل قدرة على التخيل.

10. نقص الطموح والإصابة بالإحباط.

11. يعاني من صعوبة معرفة العلاقات بين الأشياء.

ثالثاً: تأثير الإعاقة البصرية على النمو الانفعالي والاجتماعي:

للإعاقة البصرية تأثير على الناحية الانفعالية للطفل الكفيف فالفرد الكفيف قد يميل

بشكل عام لأن يتسم بضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن، والعزلة، والانطواء، والتردد،

والخوف وخاصة إذا ما سخر منه لسلوك غير طبيعي، أو غير مألوف، وهو كثيراً ما يكون

معرضاً لمثل هذه المواقف، وخاصة عندما لا يدرك المحيطين به سماته الشخصية، وقد يتفاهم

الأمر إلى الأسوأ إذ لم يكن هناك تدخل موضوعي وعلمي لمعالجة الموقف المعالجة الحقيقية

الموضوعية. إن الإحباط والفشل الذي يتعرض له الفرد الكفيف قد يدفعه أحياناً إلى العدوانية

للتفيس عن هذه الأنة الداخلية، يظهر واضحاً ما لفقدان البصر من أثر سلبي في السلوك الإنساني للفرد الأمر الذي يجعله لا يتسم بالقبول الاجتماعي كأقرانه الآخرين، وهذا ما قد يضعف شعوره بالانتماء إلى الجماعة. كما تنتشر الاضطرابات النفسية بشكل كبير بينهم، ويعد القلق أكثرها شيوعاً. كما أن للإعاقة البصرية تأثيراً على اكتساب المهارات الاجتماعية وتطورها، فالمعاق بصرياً لا يستطيع أن يكتسب كثير من السلوكيات عن طريق الملاحظة من مثل: المأكل، والمشرب، والملبس، والسلوك الاجتماعي المقبول، لذلك قد يكون أكثر عرضة للسلوكيات غير المقبولة. كما أنه لا يدرك الحرارة والحماس والانفعال الذي يظهر من خلال السكنات والإيماءات والحركات والإشارات التي تظهر على المتحدث لأن التفاعل لا يتم فقط عن طريق اللغة المنطوقة، وإنما عن طريق اللغة غير المنطوقة أيضاً. إن بناء علاقات اجتماعية متبادلة يعتمد بشكل عام على عدة متغيرات إحداها الاستقلالية (عم الحاجة للمساعدة)، وقد يكون الكفيف بحاجة إلى من يوجهه ويعينه على قضاء حاجاته، وقد لا يكون جميع الناس بهذا الشكل إلا من يمتلك الحس الإنساني. كما تتأثر العلاقات الاجتماعية بالعمر الزمني حيث لا يتعامل الأطفال المبصرين الصغار مع فاقد البصر من أقرانهم بدرجة من الوعي والحس الإنساني، كما هو بالنسبة للكبار الذين يدركون تماماً الجانب الإنساني، لذلك قد يكون الطفل في المراحل العمرية الدنيا عرضة للاعتداء والسخرية والتهمك. أن التكيف الاجتماعي يتأثر إلى حد ما في اتجاهات الفرد نفسه نحو إعاقته واتجاهات الآخرين كذلك ليكون الصورة التي يراها عن نفسه، ولا بد من الإشارة إلى أن الإعاقة البصرية لا تؤثر بشكل مباشر على النمو الاجتماعي، إلا إنها تترك أثراً يؤثر على ديناميكية النمو الاجتماعي.

رابعاً: تأثير الإعاقة البصرية على النمو اللغوي:

لا تؤثر الإعاقة البصرية تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى المعاق بصرياً، ولكن يواجه المعوقون بصرياً مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية، كونها متعددة منها، الإيماءات، والحركات، والتعبيرات الوجهية، والإشارات الضوئية، فضلاً عن المسميات المرئية كالسبورة، والكتاب وغيرها، وعلى الرغم من أنه لا توجد فروق بين المعاقين بصرياً والعاديين في طريقة اكتساب اللغة المنطوقة، إلا أنه يوجد اختلاف في طريقة كتابة اللغة، حيث يستخدم المعوقين بصرياً طريقة برايل في الكتابة، هذا ويواجه المعوقون بصرياً صعوبات في تكوين المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة، خاصة مفاهيم الحيز، والمكان، والمسافة، والألوان. لذلك فإن الإعاقة البصرية تؤثر سلباً في اللغة غير المنطوقة، أما اللغة المنطوقة فقد يمهز الأفراد الكفيفون فيها لما يتميزون به من تركيز وانتباه للمثيرات الحسية، والبعد عن التشتت، والكثير منهم

ينمي مهارة الاستماع الجيد التي يعتمدون عليها في تعلم الكثير من المعلومات، ولذلك وبسبب قدراتهم اللغوية المنطوقة فهم يفرضون في اللفظية، أو يمكن القول بأنهم يتميزون بالإسهاب. (الظاهر، 2010)

ثامناً: حاجات الطفل المعوق بصرياً قبل المدرسة:

أن الحاجات التربوية والنفسية التي يحتاجها المعوق بصرياً تختلف باختلاف درجة الإعاقة، وسبب ووقت حدوثها، ولذلك فإن نمو الطفل وتطوره لا يكون على درجة واحدة، وإنما يختلف من فرد إلى آخر، ومما لا شك فيه أن الأفراد المكفوفين سواء كانوا أطفالاً، أم كباراً يعدون بحاجة ماسة إلى الرعاية بأشكالها المختلفة ومن جميع الجهات والجماعات داخل المجتمع حتى يتسنى لهم القيام بالدور المنوط بهم في المجتمع، وأن يحيا فيه أعضاء فاعلين، مثلهم بذلك مثل أقرانهم المبصرين. ولأجل ذلك يجب أن تراعى البرامج والخدمات المقدمة لهم الحاجات النفسية المقدمة لكل منهم، وأن تعمل على إشباعها وذلك من خلال مجموعة من الإجراءات، أهمها:

1. أن يقوم كل من يتعامل معهم بتقديم نفسه لهم في البداية حتى يركزوا فيما يقدم لهم من معلومات بدلاً من إضاعة الوقت في محاولة تحديد من يتحدث إليهم.
2. أن ننادي كل منهم باسمه.
3. تجنب تغيير المكان الذي تعلموا عليه لأنهم يكونوا خبروه عن طريق اللمس والذاكرة.
4. عندما يكون الطفل في مكان غير مألوف له يجب أن نقدم له تعليمات لفظية مستمرة من مثل استدر باتجاه اليمين، أو اليسار، أو تقدم خطوة إلى الأمام.
5. تقديم المساعدة لهم كلما كان ذلك ضرورياً.
6. الاهتمام بتدريبهم على مهارات التواصل، ومساعدتهم على إجادتها.
7. أن تتضمن مناهجهم أنشطة خاصة تعمل على تنمية قدراتهم ومهاراتهم.
8. أن تعمل المناهج على الاهتمام بأساليب التواصل التي تستخدم معهم.
9. استخدام التسجيلات الصوتية.
10. استخدام وسائل التكنولوجيا المساعدة اللازمة لهؤلاء الأطفال. (محمد، 2011)

تاسعاً: التدخل المبكر:

في الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية ووسع نطاقاً، حيث انه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقات واضحة، ولكنه استهدف جميع الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية، أو بيئية، ويعرف التدخل المبكر بأنه "جملة الخدمات

الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والتربوية، والخدمات المساندة للأطفال المعاقين، أو المعرضين لخطر الإعاقة وهم دون السادسة من أعمارهم. تتمثل الأهداف الأساسية لهذه الخدمات، بالآتي:

- الكشف المبكر عن الإعاقة أو الوقاية منها قدر المستطاع.
- مساعدة الطفل الكفيف، أو الطفل المعرضين لخطر الإعاقة على بلوغ أقصى ما تسمح به الظروف من تقدم وأداء.
- مساعدة أسر هؤلاء الأطفال على التعايش مع الإعاقة، وذلك بتزويدهم بالمعلومات المناسبة والإرشاد والتدريب، والحث على المشاركة النشطة في تنشئة الأطفال ورعايتهم.

ولا بد من الإشارة إلى أن التدخل المبكر دوراً وقائياً حيوياً أساسياً في مساعدة الطفل على:

1. اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة، أو الروضة وغيرها.
2. اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.
3. تطوير مفهوم إيجابي عن الذات.
4. فهم مشاعره ومشاعر الآخرين.
5. تطوير اتجاهات إيجابية نحو الذات والآخرين. (عبيد، 2014).

مرحلة الحضانة:

إن الطفل الكفيف من حيث الحاجات الأساسية لا يختلف عن الطفل العادي، وانطلاقاً من ذلك تعتبر الروضة المكان الأنسب، لكي ينمو ويتطور ببيئة طبيعية تتوفر فيها فرص التعايش مع الآخرين، إضافة إلى أننا نعيش في عصر يؤكد على أهمية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة. هذا ويقترح لونفيلد (Lowonfeld, 1979)، وضع الطفل في الحضانة مع أطفال مبصرين أصغر منه سناً، وذلك لإتاحة فرص مواجهة التنافس والتحديات بصورة أفضل، وهذا بالتأكيد ضروري للطفل الكفيف الذي لم يظهر بعد الاستعدادات النمائية التي تتناسب مع عمره، وبالتالي وضع هؤلاء الأطفال في حضانات خاصة بالمعوقين سيكون لها آثار سلبية على نفسياتهم وعلى نموهم الكلي بشكل عام.

البرامج التي تقدم للطفل الكفيف في الحضانة:

أولاً: أهداف البرامج التي تقدم في دار الحضانة للطفل الكفيف: التأهيل المعرفي - التأهيل الحسي - التأهيل الحركي - اللعب الجماعي - اللعب التعليمي - أغاني الأطفال مع الإيقاع الحركي البسيط - قصص الأطفال - نشاط التشكيل الفني - نشاط اللعب الحر - أنشطة خاصة بتدريب الحواس منها ما يتعلق بالإنسان، وبعض ما يتعلق بالحيوان، وبعض ما يتعلق بالطيور، ما

يتعلق بالأسماك، وما يتعلق بالنباتات، وما يتعلق بالزواحف والحشرات، و ما يتعلق بالمواصلات والأبنية، و ما يتعلق بالطبيعة.

ثانياً: محتوى البرامج التي تقدم في دار حضانة الطفل الكفيف:

1. الأنشطة الرياضية: أ. تمارين مرونة العنق - ب- تمارين اللياقة البدنية -ت-تمارين الاسترخاء.
2. التدريب على بعض المهارات الاجتماعية.
3. التأهيل الاجتماعي.
4. التأهيل النفسي.
5. التأهيل اللغوي.

مرحلة الروضة:

إن هذه المرحلة هامة جداً للكشف عن حالات الإعاقة البصرية الجزئية، حيث تهيء الفرص لتحديد طبيعة الحالة، كما وتساعد على تحديد الحاجات التربوية والتخطيط المبكر للبرامج التربوية الخاصة، وتهتم في هذه المرحلة بتطوير الاستعدادات العامة للطفل، والاستعدادات الخاصة المتعلقة بالقراءة والكتابة بطريقة برايل، وتطوير الاستعدادات الخاصة بالتدريب على مهارات التنقل والتعرف، والتدريبات الحسية المختلفة؛ حيث يشير العديد من الأخصائيين إلى ضرورة وضع الطفل الكفيف في روضة خاصة بعد التحاقه بالروضة العادية، وذلك من أجل ترسيخ الاستعدادات الخاصة بالقراءة، وإدراك مشكلة القراءة ومحاولة حلها مبكراً مع الطفل، إضافة إلى زيادة مستوى الكفاية. وحسب ما يشير إليه التربويون أن الأطفال المكفوفين يلتحقون برياض الأطفال بين الخامسة والسادسة من العمر ، ويستند هذا الرأي إلى افتراض مفاده أن الطفل الكفيف قد يكون أبطأ في المرحلة المبكرة من عمره من الطفل العادي، وبذلك يحتاج إلى وقت أطول للاستعداد للمدرسة؛ فالطفل في مرحلة رياض الأطفال يستمتع بالأغاني، والأنشيد، والألعاب، والموسيقى، ولديه استعداد لعمل الأشياء بنفسه، والرغبة في تحمل المسؤولية الجزئية في بعض النشاطات، ولية الرغبة في التعبير عن نفسه. إن التخطيط الجيد لبرامج رياض الأطفال يوفر خبرات لا تستطيع الأسرة توفيرها للطفل، ولكنها تضيف عليها، وتبقى الأسرة في هذه المرحلة الجزء الأهم من حياة الطفل كونه يقضي معها الوقت الأطول. لذلك يجب أشراك أهل في العملية التربوية وبشكل خاص على صعيد الحياة اليومية، والعناية بالذات، إضافة إلى النشاطات التي توفرها الروضة، والتي يتم تنظيمها من خلال تدريبات جماعية وفردية:

ومن أهم النشاطات الجماعية:

1. الموسيقى التي يتم من خلالها تطوير مهارات حركية للطفل من مثل: الركض، والقفز، والزحف، والمشي، والوثب.
2. القصص التي تساعد الطفل على إظهار مشاعره حول نفسه وحول الأشياء، والأحداث التي يواجهها.
3. النشاطات الحركية الخارجية من مثل الأرجحة، والتسلق،
4. الزيارات الميدانية لمختلف الأماكن المحلية التي تسهم في تعريف الكفيف بمجتمعه المحلي (محطة القطار، الإطفاء، السوبر ماركت)، ومثل هذه الزيارات تعمل على إثراء معلوماته، وتزويده بمعلومات مباشرة عن الأشياء المحيطة به.

أما أهم النشاطات الفردية:

فهي التدريبات التي تركز على مهارتي الاستماع، واللمس؛ حيث يجب توفير الإثارة الحسية المناسبة وتعريض الطفل لكل المثيرات البيئية من اللمس، والصوت، والشرح المفصل لمساعدته في ربط المفاهيم المختلفة، وفهم خصائص الأشياء. (أبو فخر، زحلوق، المللي، 1019).

الفصل الخامس

الطفل التوحدي

مقدمة:

أولاً: مفهوم اضطراب التوحد.

ثانياً: اضطراب التوحد واضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة.

ثالثاً: خصائص اضطراب التوحد:

- الخصائص الاجتماعية.
- الخصائص التواصلية.
- الخصائص السلوكية.
- الخصائص المعرفية.
- الخصائص الجسدية والحركية.
- الخصائص الحسية.

رابعاً: تشخيص اضطراب التوحد.

خامساً: النظريات المفسرة للتوحد:

- الاتجاه العضوي.
- الاتجاه النفسي.
- نظرية في العقل.

سادساً: الأساليب والبرامج المستخدمة في علاج اضطراب التوحد:

- برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين.
- برنامج تحليل السلوك التطبيقي.
- برنامج تبادل الصور.
- العلاج بالأدوية والعقاقير.
- العلاج بالتكامل الحسي.

يعد التوحد من (Autism)، من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيداً، ويتميز بالتداخل مع عدد كبير من الاضطرابات، والإعاقات الأخرى المختلفة، وتعتبر هذه الفئة من الفئات الخاصة التي ظهر الاهتمام بها بشكل جلي في الآونة الأخيرة، نظراً لما يعانيه الأطفال في هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المختلفة للطفل مما يؤدي إلى انسحابه، وانغلاقه على ذاته. وعلى الرغم من أن التوحد يعد جزءاً من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثاً نوعاً ما. إن أول من قام بإطلاق اسم التوحد ووصف حالته المرضية هو الطبيب النفسي الأمريكي ليوكانر (Leo Kanner)، وذلك في عام (1943)، حيث يعتبر الرائد الأول في دراسة اضطراب التوحد وتصنيفه بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال، ولا تزال التعريفات لمفهوم التوحد تستند إلى ما قدمه كانر الذي كان أول من أطر التوحد كمتلازمة أمراض سلوكية، وكاضطراب منفصل بذاته، وقد أشار إلى السلوكيات التي يتصف بها أطفال التوحد وتشمل، عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام، وعجز في التواصل، واللعب النمطي، وضعف التحليل. وفي السابق كان ينظر إلى التوحد على أنه جزء من الإعاقات المتنوعة التي يعاني منها الأفراد، فقد عده البعض نوعاً من الانحراف، أو التخلف العقلي، بينما اعتقد الآخرون أنه يجب أن يندرج تحت قائمة الإعاقات الحركية والصحية، وفي المقابل اعتقد بعضهم وبقوة أنه يجب أن يكون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، بينما أصبح التوحد في عصرنا هذا تصنيفاً منفصلاً في التربية الخاصة، كما اشتمل الأطفال التوحديين في القانون الأمريكي لتربية وتعليم الأفراد المعاقين، وذلك على النحو الآتي: " الطفل المعاق يعني الطفل المصاب بالتخلف العقلي، أو المعاق سمعياً، أو الإعاقات النطقية أو اللغوية، أو الاضطراب الانفعالي الشديد، أو الإعاقات الحركية، أو التوحد، أو إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات، أو الإعاقات الصحية الأخرى، أو صعوبات التعلم، والذي يحتاج إلى التربية الخاصة، والخدمات المساندة"، هذا ويتصف اضطراب التوحد بنوعين من الأعراض: الأول الأعراض الرئيسية (Core Symptoms)، والثاني الأعراض المصاحبة (Associated Symptoms)، والتي تظهر في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل، حيث تؤدي هذه الأعراض إلى عدم توافق الطفل التوحدي مع البيئة والمحيط بشكل عام، كما تمس مهارات الطفل وقدراته التعليمية والذهنية، وتشمل الخصائص الرئيسية لهذا الاضطراب: قصوراً في الجانب الاجتماعي، وقصوراً في التواصل اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى العديد من السلوكيات النمطية والتكرارية، والاهتمامات المحددة، ومن الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب

قصور في الجوانب الإدراكية والمعرفية، واختلال في الإدراك الحسي، والنشاط الزائد. وقد ظهرت نتيجة لهذه المشاكل والصعوبات السلوكية والتواصلية والاجتماعية العديد من البرامج التربوية التي تعمل على تطوير وبناء مهارات الفرد الذي يعاني من التوحد والحد من تلك المشاكل والصعوبات، ومن أهم هذه البرامج: برنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، الذي يقوم على التدريب العملي والتعليم الفردي المنظم بناءً على نقاط القوة والضعف لدى الطفل التوحد، واستخدام التعزيز والتعليم من خلال المحاولات لزيادة السلوك المرغوب فيه، وبرنامج تيتش (TEACCH)، الذي يعتمد على التعليم المنظم والبيئة المنظمة للطفل باستخدام المعينات والدلائل البصرية، وبرنامج بكس (PECS)، المخصص لتطوير التواصل لدى الطفل التوحد باستخدام أسلوب تبادل الصور.

أولاً: مفهوم اضطراب التوحد (Definition Autism Disorder):

إن كلمة التوحد الإنكليزية (Autism)، مشتقة من الكلمة ذات الأصل الأغريقي (Autse)، والتي تعني النفس أو الذات، وكان أول من أطلق هذا المصطلح على اضطراب التوحد هو الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر (Leo Kanner)، وذلك عام (1943)، كما استخدمت تسميات متعددة للإشارة لهذا الاضطراب من مثل: توحد الطفولة المبكر، وذهان الطفولة، وفصام الطفولة. (الظاهر، 2010). يعتبر التوحد أحد أكثر الاضطرابات انتشاراً بين الأطفال، ونسبته لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث بنسبة (1.4)، وينتشر التوحد بنسبة واحد من كل 500 شخص، وتشير الدراسات إلى أن حوالي (40%)، من التوحديين لديهم معامل ذكاء يقل عن (50-55) درجة على اختبارات الذكاء، وحوالي (30%)، نسبة ذكائهم من (50-70)، وأن (20%)، منهم لديهم ذكاء غير لفظي سوي. هذا وتشير الدراسات الحديثة إلى أن التوحد لا يندرج ضمن الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وإنما هو اضطراب في النمو يعود إلى خلل عصبي يؤثر في وظائف الدماغ وليس له علاقة بالظروف الاجتماعية، أو الأسرية، أو العرقية، أو المستوى التعليمي. وهذا ما تم تأكيده من خلال إعلان منظمة الصحة العالمية والذي أشار إلى أن استعمال كلمة التوحد كترجمة لكلمة "Autism" إنما هو تعبير خاطئ، إذ يشير التوحد بهذا المعنى إلى أن الطفل يتقصر مشاعر وتفكير وسلوك شخص آخر، وهذا عكس ما يحدث في اضطراب التوحد، أما كلمة توحد "Autism" فهي تشير إلى اضطراب الذات لذا سمي بالذاتوية: وهو عبارة عن اضطراب نمائي يصب الأطفال خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر على النمو الطبيعي للدماغ. (الشريف، 2011).

ثانياً: اضطراب التوحد واضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة:

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام، أو منتشر، وعادة ما تكون بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، أما الاضطرابات المرتبطة به فيتم تشخيصها بعد ذلك، ولقد تداول العديد من المتخصصين والعاملين في التربية الخاصة عدة مصطلحات في ميدان اضطراب التوحد، وهذه المصطلحات هي: اضطرابات طيف التوحد (ASD)، والاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)، واضطراب التوحد (AD)، ولكي لا يقع اللبس الذي من الممكن أن يقع به المتحدث عن التوحد لا بد من توضيح كل مصطلح من تلك المصطلحات. فمصطلح اضطرابات طيف التوحد، ومصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة، كلاهما يستخدمان للتعبير عن خمس فئات تندرج تحت مظلة طيف التوحد ، هي:

الفئة الأولى: اضطراب التوحد (Autism Disorder): وهو اضطراب يتسم بالقصور الاجتماعي، والتواصل، وممارسة السلوكيات النمطية، ومقاومة التغيير، والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية، التي تظهر قبل بلوغ الطفل سن الثالثة من العمر.

الفئة الثانية: متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome): وهي متلازمة تشبه كثيراً المستوى المتوسط من اضطراب التوحد؛ دون أن يكون هنالك قصور في القدرة العقلية، والقدرة اللغوية.

الفئة الثالثة: متلازمة ريت (Rett's Syndrome): وهي متلازمة تصيب الإناث على الأغلب، تنمو الطفلة بشكل طبيعي إلى الشهر الخامس من العمر، وقد يمتد إلى سن أربع سنوات، يتبعها نكوص في النمو، وربما يصاحب بإعاقة عقلية، ومشكلات حركية.

الفئة الرابعة: اضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)، حيث ينمو الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بشكل طبيعي يصل إلى سن ثلاث سنوات، أو سن خمس سنوات وأحياناً إلى سن العاشرة، ثم بعد ذلك يتبع هذا النمو الطبيعي بتدهور ملحوظ في المهارات المكتسبة خلال أشهر، أو خلال أسابيع، وهو من أندر الحالات.

الفئة الخامسة: الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Otherwise Specified Pervasive Developmental Disorders Not Atypical Autism)، وهو الاضطراب الأكثر شيوعاً بين الاضطرابات السابقة، إذ يكون فيه ثلوث الأعراض بدرجة بسيطة، أو غير مكتمل.

ثالثاً: خصائص اضطراب التوحد Characteristics of Autism Disorder:

لقد أشارت مراجعة الأدبيات التي تناولت اضطراب التوحد إلى مجموعة من الخصائص المميزة للأطفال التوحديين، فالطفل التوحديين مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص والصفات، وربما يكون الاختلاف بين طفل توحدي وآخر أكبر من التشابه بينهما، ومع ذلك فإن هناك عدداً من الخصائص العامة التي يشترك بها جميع الأطفال التوحديين، وهذه الخصائص هي التي تساعد الأخصائيين على تشخيص التوحد، وهذه الخصائص تظهر لدى الأطفال التوحديين منذ الأشهر الأولى من العمر، ولكنها تتضح بشكل أكبر بعد سنتين، أو ثلاث سنوات من العمر، وتستمر إلى مرحلة البلوغ، وما بعدها، وفيما يلي توضيح لهذه الخصائص:

أولاً: الخصائص الاجتماعية Social Characteristics:

واحد من الخصائص المميزة للطفل التوحديين هو أنهم لا يطورون أنواع العلاقات الاجتماعية حسب اعمارهم. إلا أن هذه الخاصية لا تكون ظاهرة عند الطفل التوحديين في مراحل النمو المبكرة، لأن الاختلافات في هذا المجال لدى الأطفال العاديين تكون في الغالب غير ملحوظة، ويصعب تمييزها، ولكن عند دخول هؤلاء الأطفال في عامهم الثاني، تبدأ الصعوبات الاجتماعية بالظهور بشكل متزايد، وفي عامهم الثالث يصبح تطورهم الاجتماعي العام متأخراً بدرجة كبيرة، إذ أن أغلبهم يميل إلى الانعزالية، وعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية، والانشغال بأنشطة محددة وعدم الرغبة في مشاركة من حولهم اللعب، أو الأنشطة، أو الاهتمامات. ومن أهم اضطرابات السلوك الاجتماعي التي قد تظهر عند الأطفال المصابين بالتوحد:

- * الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانعزال وصعوبة التعامل مع الآخرين.
- * عدم الاهتمام بالآخرين، وتجاهلهم، والاهتمام بالجوانب المادية الموجودة حولهم.
- * يفقد القدرة على التواصل البصري، إذ أنه لا يطيل تركيز البصر نحو موضوع معين.
- * يفقد السلوك المقبول وفق المعايير الاجتماعية، مثل أداب الشرب والطعام.
- * يهتم بالجوانب الخلقية لمن يتعرف عليهم، ولكن لا يقيم علاقات اجتماعية، أو صداقة معهم.
- * لا يدرك مشاعر الآخرين، ولا يهتم بهم، أو بحاجاتهم.
- * لا يفرق بين الناس والأشياء.
- * يفقد القدرة على إدراك أفكار الآخرين، وعلى إدراك ما يدور في أفكار الآخرين، خاصة وأنه لا يدرك المفاهيم المجردة.

* الضعف في استخدام الإيماءات الجسدية والنبرات الصوتية الملائمة للمواقف الاجتماعية.

* إظهار مشاعر عاطفية بطرق غير ملائمة في اوضاع معينة مثل القهقهة والضحك في مواقف الغضب والتوتر.

* عدم القدرة التعبيرية عن المخاطر والشعور بالذنب.

وقد أشار باكستونوايستي (Paxton&Estay, 2007)، في كتابهما إلى أن الضعف، والقصور في الجانب الاجتماعي لدى أطفال التوحد ليس بسبب قلة الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية كما هو ظاهر؛ وإنما بسبب عدم قدرتهم على فهم القواعد الاجتماعية اللازمة للنجاح فيها، كما أنه من السهل إساءة فهم الآخرين للسلوكيات غير التفاعلية التي يمارسها الطفل التوحدي، والتي قد توصف (بالبليدة)، أو للسلوكيات غير الملائمة للمواقف الاجتماعية والتي قد توصف (بالمترحة)، وأنه من السهل إساءة فهم الآخرين لهذه السلوكيات واعتبارها بأنها تعبير عن بغض أو كره التوحدي لهم، أو عدم اهتمامه لأمرهم.

ثانياً: الخصائص التواصلية Communication Characteristics:

يواجه أطفال التوحد صعوبات في القدرة على التواصل بصور ومستويات متباينة تتمثل في ضعف التطور اللغوي، أو تأخر في الكلام، وأحياناً يستعمل الطفل التوحدي كلمات غريبة من تأليفه، ويعتمد إلى تكرارها بشكل دائم، أو إعادة آخر كلمة سمعها من الجملة، كما أنه يجد صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً يستعمل أسمه فيقول مثلاً: " أحمد يريد أن يشرب " بدلاً من أن يقول " أنا أريد أن أشرب " هذا ويمكن إجمال صعوبات القدرات اللغوية التي تظهر على الطفل التوحدي، بالآتي:

1. مرحلة ما قبل التواصل اللفظي:

عندما يصل الطفل العادي إلى العام الأول، يظهر لديه سلوك الانتباه المزدوج، فهو يمكنه أن يؤشر بأصبعه تجاه شيء معين، بينما يندر أن يكون سلوك الطفل التوحدي بهذه الكيفية.

2. التواصل غير اللفظي:

الطفل العادي يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام، أو التعبير عن انفعاله، ويصاحب ذلك تواصل بصري، بينما تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرة الصوت، ولا تنسجم الإيماءات مع الكلام لدى الطفل التوحدي.

3. صعوبات الكلام:

يصعب على أطفال التوحد تنمية، وتطوير القدرة على الكلام، وغالباً ما يعانون من (البكم) الوظيفي، المصاحب بمشكلات تواصلية عديدة، وهناك القليل من الأطفال التوحديين الذين يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، حيث تتصف قدرتهم على الكلام بالصفات الآتية:

أ. **المحاكاة الببغاوية:** وتتمثل في ترديد الكلام المسموع، حيث يتم ذلك مباشرة بعد سماع الكلام، أو مرور بعض الوقت.

ب. **اللغة المجازية:** وتتمثل في عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد، وهي لغة يعبر بها طفل التوحد عن شيء معين، قد لا يفهمه إلا من يحيط به.

ت. **الكلمات الجديدة:** وهي تسميات لأشياء بمسميات خاصة بطفل التوحد، حيث لا يعرفها إلا المحيطون به.

ث. **الاستخدام العكسي للضمائر:** وهي الصعوبة في استخدام الضمائر بالشكل الصحيح فيستخدم "هو" بدلاً من "أنا".

ج. **الصوتيات:** حيث تكون نبرة الصوت لدى الطفل التوحد شاذة وغريبة وتتصف بالرتابة؛ مما يصعب على المتلقي فهمها واستيعابها.

ح. **المفردات (الحصيلّة اللغوية):** حيث يحدث تأخر في الحصيلّة اللغوية عند الطفل التوحد، خاصة أن كثير منهم يتأخر في الكلام إلى سن خمس سنوات.

خ. **دلالات الألفاظ:** حيث يعاني أطفال التوحد من صعوبة في إدراك مدلول بعض الكلمات المجردة، أو الجمل، فمثلاً: يصعب على الطفل التوحد فهم الكلمة التي لها دلالة على شيئين من مثل: ورقة " ورقة كتاب، ورقة شجرة". كما أن اضطرابات التواصل لدى الأطفال التوحديين ترتبط بالعديد من السلوكيات المشكّلة، مثل إيذاء الذات، والعدوان، ونوبات الغضب، لأنها انعكاس رئيسي للصعوبات التواصلية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، حيث ظهر انخفاض هذه السلوكيات عندما تم تعليمهم المهارات التواصلية الوظيفية حسب ما أشار كل من دوراندوميرجز (Durand & Merges, 2001).

ثالثاً: الخصائص السلوكية الاهتمامات المحددة Behavioral Characteristics and

:Restricted interests

من الأشياء الملاحظة والغريبة لدى الأطفال التوحديين السلوكيات النمطية، والحركات أو السلوكيات الأخرى التكرارية، حيث يقوم أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون هدف، أو غرض معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة البقطة، مما يؤثر على اكتساب المهارات، إضافة إلى تقليل فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها: اهتزاز الجسم، ررفة الأصابع، فرك اليدين، تموج الأصابع..... وغيرها. إن هذه السلوكيات النمطية لا تؤدي الأطفال التوحديين جسدياً في أكثر الأحيان، إلا أن الخطر يكمن من خلال غرابة هذه السلوكيات، إذ أنها تصبح محط أنظار الآخرين، وبالتالي تكون مدعاة للسخرية، وابتعاد المحيطين عنه، إضافة إلى تأثيرها على التفاعل الاجتماعي مع البيئة والمحيط، ولذلك لا بد من معالجة ومساعدة طفل التوحد للتخلص منها. كما يتميز أطفال التوحد باستخدام حواسهم بشكل غير طبيعي، بحيث يسلكون فيها مسلك العادات والطقوس، من مثل تقريب الأشياء من الفم وتذوقها، وكذلك تمرير اللسان فوقها، أو شمها، الحملقة إلى الأعلى، أو الأسفل، أو اللوحات الإعلانية، مصابيح الإضاءة بشكل نمطي متكرر ولعدد من المرات، هذ ويواجه أطفال التوحد مشكلات فيما يتعلق بالمعلومات الحسية، والمثيرات التي يستقبلونها، فمثلاً أثناء الانشغال بإيذاء الذات لا يظهرون إي ردود فعل تعبر عن الألم. أن سلوك عدم الالتزام والامتثال للأوامر الذي يبدو على الطفل التوحديين قد يتحول مع مرور الوقت إلى سلوك عدواني في حال لم تتم معالجته، إذ أن هذا السلوك العدواني الذي يبد من الطفل التوحدي تكمن مخاطرة، ليس فقط في جعل البرامج العلاجية أكثر صعوبة، بل في مواقف الناس واتجاهاتهم، وقناعاتهم تجاه الشخص الذي يمارس هذا السلوك، وبشكل خاص عندما يصل الطفل التوحدي إلى مرحلة البلوغ، أو الرشد؛ إذ أنه سيولد لى الآخرين مشاعر الخوف والقلق كلما حاولوا التقرب منه والتعامل معه، وقد يكون السبب في ظهور السلوك العدواني لدى هذه الشريحة عائد إلى محدودية المهارات التواصلية، وحسب ما أشارت الدراسات إلى أنه عندما تم تعليم الطفل التوحدي بعض المهارات التواصلية لم يؤدي ذلك إلى خفض السلوك العدواني فقط، وإنما أدت إلى تحسن اللغة التعبيرية، واكتساب العديد من السلوكيات التكيفية. (Whitman, 2004). كما يفتقد أطفال التوحد إلى القدرة على التخطيط، واتصاف أسلوبهم بحل المشكلات بالجمود، ويفسر ذلك بوجود خلل في الفص الأمامي من المخ المسؤول عن السلوك التكراري لديهم، هذا ويتباين أطفال التوحد في ظهور السلوك التكراري، فالبعض يظهر هذا السلوك في اللعب، وذلك عندما يصف أشياء بطريقة نمطية متكررة في أنحاء المنزل، بينما يظهر هذا السلوك أثناء أداء الواجب المدرسي، كأن يضع نقطة، أو علامة بعد كل كلمة يكتبها، وبشكل عام فإن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة

بالتوحد، تعود إلى التلف الذي يلحق بالمخ، أو بعض أجزائه، ويعد ذلك من أهم الموضوعات التي تشغل بال الباحثين في هذا المجال في الوقت الحاضر. (Benford, 2008)

رابعاً: خصائص المعرفية Cognitive Characteristics:

يصاحب التوحد عادةً قصوراً واضحاً في الخبرات المعرفية، لدرجة وكأنها سمة من سماته تميز في الغالب معظم المصابين بالتوحد مما يجعل من (60-80%)، منهم تقل نسبة ذكائهم عن (50) درجة على اختبارات الذكاء، وأن ما نسبت حوالي (10%)، منهم يظهرون قدرات مرتفعة في جوانب محددة مثل: الذاكرة، والحساب، والموسيقا، والفن، أو قد يظهرون قدرات قرائية آلية مبكرة بدون استيعاب؛ إضافة إلى أنهم يظهرون اضطرابات في الانتباه، والنشاط الزائد، والتشتت، وفقدان الاهتمام بالمهمات بعد وقت قليل من الانخراط بها. كما أنهم وبسبب انشغالهم بالسلوكيات النمطية التكرارية الروتينية يفقدون الدافعية للقيام بالمهمات، والنشاطات المطلوبة منهم، كما أن غالبيتهم لا يظهرون الدافعية التي يظهرها أقرانهم من الأطفال العاديين. ومع أن التوحدين قادرين على تذكر الأحداث، والمواقف البصرية، إلا أن لدى معظمهم مشكلات في الذاكرة تتمثل في حاجتهم المستمرة إلى التلميحات التي تساعدهم على عملية استدعاء وتذكر الأحداث، هذا وتشير الدراسات إلى أن الذاكرة الصوتية لدى الأطفال التوحدين أفضل من الذاكرة البصرية، وأن هذا الاختلاف يعزى إلى القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال، وكذلك إلى الخصائص المطلوبة للمهام حيث يبدي الأطفال التوحدين أداءً جيداً في المهام المتعلقة بالتذكر الروتيني، أما فيما يتعلق بالذاكرة اللفظية فقد وجد هيرملين وأوكونر (Hermelin & O' Connor, 2007)، من خلال الدراسة التي أجروها على أطفال التوحد بأن أداء هؤلاء الأطفال في تذكر الجمل المترابطة كان أسوأ حالاً من تذكرهم لمجموعة متنوعة من الكلمات العشوائية، وذلك بالمقارنة مع الأطفال العاديين الذين كان أداؤهم أفضل في تذكر الجمل المترابطة من الكلمات العشوائية. (الخطيب، الصمادي وآخرون، 2013)

رابعاً: تشخيص اضطراب التوحد Diagnosis Autism Disorder:

يتطلب تشخيص التوحد إجراء تقييم عام وشامل لكافة المشكلات اللغوية، والمعرفية، والسلوكية، والتطورية؛ مما يستدعي تضافر جهود العديد من المختصين في كافة الحقول العلمية المختلفة من خلال استخدام استراتيجيات تقييمية تقدم معرفة دقيقة لجوانب قوة الطفل التوحدي، وجوانب ضعفه، لذلك يتطلب تشخيص الأطفال التوحدين وجود اختبارات نظامية مثل اختبارات نظامية مثل: الاختبارات اللغوية والمعرفية، والاختبارات غير النظامية مثل: المقابلات الأسرية،

والاجتماعية، ومهارات مساعدة الذات، والتي يمكن أن توفر للشخص القائم بالتشخيص معلومات دقيقة في كافة المجالات المعرفية، والأسرية، والعصبية، والاجتماعية، والحسية. ولذلك أعتبر العديد الباحثين عملية تشخيص اضطراب التوحد، وغيره من الاضطرابات النمائية الشاملة عملية صعبة ومعقدة، وذلك لعدة أسباب، من أهمها:

1. قد يصاحب التوحد تخلف عقلي فيتجه التشخيص نحو الجوانب العقلية على حساب مظاهر التوحد.
 2. إذا أجري التشخيص قبل بلوغ الطفل عامه الثاني فلن يعطي نتائج صحيحة لعدم اكتمال نمو وظهور الأنماط السلوكية للتوحد في هذا السن.
 3. ربما يفسر البعض اضطراب التوحد على أنه اضطراب لغوي نظراً للتشابه بين القصور اللغوي والتوحد.
 4. التوحد اضطراب سلوكي يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة، أي في ذروة فترة النمو، وبالتالي فهي تؤثر سلباً على الجوانب الأكثر أهمية في نمو الطفل، كالمهارات اللغوية، والاجتماعية، والمعرفية، والعاطفية، وهي بذلك تعيق عمليات التواصل، والتخاطب، والتعلم، فتتعدى عمليات التفاعل مع الطفل لتشخيص حالته، أو إخضاعه للتقويم والقياس.
 5. عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة والمطورة على فئة التوحد التي يمكن من خلالها تشخيص الأطفال التوحديين.
 6. الفحوصات النفسية وملاحظة السلوك تتطلب وقتاً طويلاً، وكذلك يعتمد التشخيص بدرجة كبيرة على المعلومات الاسترجاعية من قبل الأهل، وبخاصة الوالدين، وهذه المعلومات معرضة للنسيان.
 7. اختلاف التشخيص من موقف إلى آخر، وذلك بسبب تغير سلوك الأطفال التوحديين بين بيئة وأخرى، فيكون هذا السلوك في أسوأ حالاته في بيئة معينة، بينما يكون أقل حدة في بيئة أخرى.
- ولا بد لأي عملية تعرف، أو تشخيص للأطفال التوحديين من أن تنطلق من عدة محكات وصفها كانر في مقالاته الأساسية عن التوحد، والتي من أهمها:
- الضعف الشديد في التعامل مع الآخرين.
 - الاصرار على اتباع الروتين.
 - الاهتمام بالأشياء التي يتم مسكها باستخدام العضلات الدقيقة.

- ظهور نمط لغوي غريب في التواصل الاجتماعي.
 - ذاكرة جيدة وقدرة على الأداء في الجانب الأدائي في اختبارات الذكاء.
- لقد ظهرت بعض المقاييس التي تصلح لقياس وتشخيص اضطراب التوحد، من أهمها:

أولاً: دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM3): ويشتمل هذا الدليل على ستة عشر معياراً لتشخيص التوحد، مقسمة إلى ثلاث فئات، هي:

الفئة الأولى: تتناول تشخيص قصور التواصل اللفظي، وغير اللفظي، والنشاط التخيلي، وهي مقسمة إلى خمسة معايير، هي:

- * عدم إدراك مشاعر الآخرين.
- * عدم الشعور بالحاجة إلى مساعدة الآخرين.
- * العجز عن تقليد الأشياء والأشخاص.
- * العزوف عن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- * صعوبة واضحة في التواصل، وتكوين علاقات مع الآخرين.

الفئة الثانية: تبحث في القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وتضم ستة معايير، هي:

- * عيوب في النطق والكلام.
- * تصدر عنه أصوات غير مفهومة وغير مناسبة لتعبيرات وجهه.
- * يأتي بأنماط سلوكية شاذة وغير مقبولة مع الآخرين.
- * لا يمتلك القدرة على تقليد الآخرين.
- * إخراج الكلام بطريقة شاذة.
- * غياب النشاط التخيلي.

الفئة الثالثة: تعمل على إظهار مدى محدودية نشاطات أصحاب اضطراب التوحد واهتماماته، وتتكون من خمسة معايير، هي:

- * حركات جسمية غير هادفة.
- * الانشغال بأجزاء الأشياء كشمها، أو لمسها بشكل متكرر دون محاولة فهمها.
- * التكرار النمطي لنفس السلوك وعدم تغييره في المواقف المختلفة.
- * الانزعاج الشديد عند حدوث أي تغيير في البيئة المحيطة.

* مدى محدود من الاهتمام بشيء معين على الدوام. (الخطيب، الصمادي وآخرون،

2013)

ثانياً: الأدوات المسحية:

1. قائمة التوحد للأطفال الصغار (Checklist for Autism in Toddler CHAT)،

والذي عمل على تطويره بارون كوهين وألن وجيلبيرغ (Gilberg, Baron- Cohen, 1992).

2. قائمة تقدير السلوك التوحيدي (ABC) (Autistic Behavior Checklist)، وطورها كروج وإيرك والموند (Krug, Erick & Almond, 1980).

3. اختبار مسحي للأطفال التوحيديين في عمر السنتين (Screening Test for Autism in Tow years old, STAT)، والذي عمل على تطويره سيجل (Siegel, 1996).

ثالثاً: أدوات التشخيص:

1. مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale, CARS)، وطوره شوبلرورشرورينر (Schopler, Reichler & Renner, 1988).

2. المقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Interview Revised ADI-R)، وطورها ليكوتروروتر (Lecouteur, Rutter, 1988).

3. جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (The Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS)، والذي قام ببنائه لورد (Lord, 1989).

4. مقياس جيليام للتوحد (Gilliam Autism Rating Scale, GARS)، وطوره جيليام (Gilliam, 1995).

خامساً: النظريات المفسرة للتوحد:

لقد تعددت النظريات التي حاولت تفسير الأسباب الرئيسة للإصابة بالتوحد، وعلى الرغم من وجود العديد من الخصائص السيكلوجية، والسلوكية والتي يمكن أن تعزى إلى أولئك الأفراد ذوي اضطراب التوحد؛ فإن بعض الباحثين قد حاولوا تقديم نظريات يمكن أن تفسر كثير من السلوكيات التي تصدر عن الأطفال التوحيديين، وذلك وفقاً لما اشار إليه كل من هالاهانوكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2007)، وفولكمار وبولز (Volkmar & Pauls, 2003)، والمركز القومي للبحوث (Council National Research. 2001)، هناك ثلاث نظريات رئيسة تتناول أوجه القصور التي ترتبط بهذا الاضطراب، ورغم ذلك لا يمكن أن يتم من أي واحدة من هذه

النظريات في حد ذاتها تفسير جميع المشكلات التي يبيدها الأطفال التوحديين، لكنها مع بعضها يمكن أن تساعدنا في البدء بتكوين صورة مركبة للاضطراب التوحد، وهذه النظريات، هي:

أولاً: الاتجاه النفسي:

حيث كان هذا الاعتقاد السائد قديماً؛ فاكتشاف التوحد حديث العهد عام (1943)، ويرى اصحاب هذا الاتجاه أن السبب الرئيس لاضطراب التوحد يعزى إلى عدم دراية الوالدين، واهتمامهما بتربية الأبناء، ومن المؤيدين لهذه النظرية برونو بيتلها بم (Bruno Bettelheim)، حيث كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كأسلوب لعلاج حالات التوحد، وذلك كان يبعث على الارتياح عند آباء وأمهات أبنائهم المصابين بالتوحد، وفي الواقع أن هذه النظرية تم استبدالها بالنظرية البيولوجي القائمة على أساس وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة لعوامل بيولوجية مثل: الجينات، صعوبات فترة الحمل والولادة، أو الالتهابات الفيروسية. ولكن لا بد من التنويه أن الأخذ بهذا الاتجاه النفسي في تفسير التوحد يعني ان درجة اضطراب العلاقة الوجدانية بين الطفل وابويه هي التي تحدد درجة اضطراب التوحد عند الطفل، ومن هنا فإن عملية تشخيص وعلاج هذا الاضطراب سوف تنطلق من هذه الفكرة.

ثانياً: نظرية الاتجاه العضوي:

تكون الإصابة في الغالب مصحوبة بأعراض عصبية، أو إعاقة عقلية، أو مشكلات صحية محددة مثل: الصرع، ومن الصعب تحديد عوامل اجتماعية للإصابة بالتوحد. ويرى هذا الاتجاه أن اضطراب التوحد، هو اضطراب عصبي بيوكيميائي، ولقد حض ريملاند (Rimland)، في كتابه (التوحد الطفولي) عام (1964)، فكرة أن اضطراب التوحد ناتج عن انماط سيئة من الأبوين (الأب، الأم)، وهذا ما شجع المهتمين بهذا المجال من الباحثين والمعالجين للتعامل مع التوحد على أنه اضطراب عصبي بيولوجي، إذ أنه هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد، أو بعض أجزاء المخ، ومن تلك المؤشرات إن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية، أو إعاقة عقلية، كما أن انتشار التوحد في جميع المجتمعات ينفي تأثير العوامل النفسية الاجتماعية، ولمن قد يكون هناك عدم قبول لنظرية الأسباب البيولوجية عندما لا نجد أي سبب طبي، أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب، وهذا يقودنا إلى استنتاج مفاده بأن هناك أسباب طبية مستترة خفية وراء كل حالات اضطراب التوحد ولم يتم التعرف إلا على القليل منها.

ثالثاً: نظرية في العقل:

تشير هذه النظرية إلى قدرة الشخص على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة كالنوايا، والمشاعر، والرغبات، والمعتقدات، ولا بد من الإشارة إلى مدى الصعوبة التي يواجهها الكثير من الأطفال التوحديين عند قراءة الإشارات الاجتماعية، وفي الواقع تعتبر طريقة قراءة الإشارات الاجتماعية بمثابة طريقة أخرى للإشارة إلى أن الشخص يمكن أن يتوقع ويفهم ما يفكر به شخص آخر، ومن هنا نستطيع القول أن الغالبية منا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأي شخص نتحاور معه، وذلك من خلال الإشارات المختلفة التي تبدر منه من مثل: نبرة الصوت، وتعبيرات الوجه، وبالمقابل فإننا قادرون على قياس كيف يكون رد فعل الآخرون لما نقوله، وذلك باستخدام هذه الإشارات نفسها. وفي واقع الحال فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لديهم درجات مختلفة ومتباينة من الصعوبة في استنتاج وفهم الأفكار التي يطلقها الآخرون، وهذا ما يجعلهم غير قادرين على أخذ دور الآخرين (Kalard, Galleon, 2008). (Moller- Nielson, Mortensen & Smith, 2008).

سادساً: الأساليب والبرامج المستخدمة في علاج اضطراب التوحد:

لقد حظي اضطراب التوحد باهتمام الباحثين، والمختصين في العديد من الاختصاصات التربوية، والطبية، والنفسية، والاجتماعية، ولقد توضح ذلك من خلال البرامج المتنوعة لعلاج، ومساعدة الأطفال التوحديين على تجاوز الصعوبات، والعقبات السلوكية، والتواصلية، والاجتماعية، والنفسية، وقد اعتمدت هذه البرامج على وجهات النظر حول الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب التوحد من جهة، وعلى الخلفية النظرية للباحثين والمختصين من جهة أخرى، وفيما يلي عرض لأهم أشهر البرامج العلاجية، والتربوية في هذا الإطار:

أولاً: العلاج بالفيتامينات:

من أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات والمغنيسيوم لتعديل سلوك وأعراض التوحد هو ريملاند (Rimland)، العامل في معهد أبحاث التوحد بجامعة كاليفورنيا. ففي التجارب التي أجراها عام (1987)، تبين أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية تحتوي على فيتامين (B6)، جرعات تتراوح بين (30-300) مليغرام، وجرعات إضافية من المغنيسيوم يومية ما بين (350-500) مليغرام، حيث تبين أن (30-50%)، من هؤلاء الأطفال بدأ يتحسن سلوكهم في جوانب التواصل البصري، وعادات النوم، والانتباه، والتحدث، واستخدام الكلمات.

ثانياً: العلاج بالهالدول Haldol:

ويستخدم هذا الدواء لتخفيف النشاط المفرط، وحالة تدمير الذات، وقد أثبتت بعض الدراسات ظهور آثار إيجابية في سلوكيات الانتماء الاجتماعي، والتعلم، ولكن للأسف وكغيره من الأدوية تبين أنه يسبب بعض الآثار الجانبية تبدأ في سن المراهقة ممثلة بتبيلد الذهن، وانعدام الحس.

ثالثاً: العلاج بالريتسلين Ritslinn:

وهو عقار يستخدم لخفض النشاط الزائد واستخدامه يتطلب مشورة الطبيب المختص ليس فقط في بدء استخدامه فقط، بل أيضاً في إجراءات التوقف، أو انتهاء استخدامه.

ثانياً: أساليب التدخل النفسي:

تتعلق أساليب التدخل النفسي من فكرة الطفل الذي لا يعيش حالة من التواصل، والعلاقة الانفعالية الجيدة مع الأم وبشكل سوي، فإن نموه النفسي يضطرب ويتوقف عن التقدم. لذلك يعتمد العلاج النفسي على التركيز على العلاقة الإيجابية بين الأم والطفل، أي أن يعيش الطفل علاقات نفسية وانفعالية مشبعة وجيدة مع الأم. ولكن لا بد من التنويه أنه لا يجوز ان يكون هناك احتكاكاً جسدياً مع الطفل، لأنه لا يستطيع تحمله في هذه الفترة، إضافة إلى انه لا ينبغي دفعه بسرعة باتجاه التواصل الاجتماعي لأن أي موقف يعرضه إلى الإحباط سيكون مدعاة إلى استجابات ذهانية حادة من مثل عض يديه، أو ضرب رأسه بالحائط. ويعتبر العلاج النفسي من أفضل أساليب العلاج المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، رغم اعتراض البعض عليه.

ثالثاً: أساليب التدخل السلوكي:

إن التقنن في تعديل السلوك، يعتمد على القاعدة العامة منذ وجدت المخلوقات، وهي الثواب والعقاب، ويعنى بتعديل السلوك تغيير اتجاه الطفل بطريقة منهجية ومدرسة، وبما أن جميع أنواع السلوك بغض النظر عن سببها، يمكن أن تغير وتعديل، فالتقنن بتعديل السلوك يركز على ما يحدثه السلوك من متغيرات في البيئة المحيطة، بدلاً من اهتمامه بالأسباب المباشرة لحصول ذلك السلوك، فالطفل الذي يتميز بالمشاغبة، والصراخ، والعناد لسبب ما يؤدي إلى جذب انتباه الأهل ليسارعوا إلى الاستجابة لطلبه، وذلك العمل بحد ذاته يعتبر مكافأة له على عناده، ويمكن أن نشجعه على تكرار ذلك كلما دعت الضرورة، وتركز برامج التدخل السلوكي على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة لاضطراب التوحد، وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على تعزيز ومكافأة السلوك الجيد، أو المطلوب بشكل منتظم، وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً. وتتبع أهمية أساليب، وبرامج التدخل السلوكي من خلال الآتي:

1. مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الشخص العادي ويطبقها بشكل صحيح بعد تدريب بسيط عليها.
2. يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون صعوبة وبدون تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتداخل في نتائج القياس.
3. نظراً لعدم وجود اتفاق حول أسباب اضطراب التوحد، فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماماً للأسباب، وإنما تهتم بدراسة الظاهرة بحد ذاتها.
4. ثبت من خلال التجارب التي أجراها علماء السلوكية نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

طرق وبرامج التدخل السلوكي:

1. طريقة لوفاس Lovaas:

صاحب هذه الطريقة في العلاج السلوكي هو لوفاس (Lovaas)، استاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس، وتسمى هذه الطريقة بالعلاج بالتحليل السلوكي (Behavior Analysis Therapy)، وتعد هذه الطريقة من أشهر طرق العلاج السلوكي، حيث تقوم على أساس يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها، والتحكم بالعوامل المثيرة لهذا السلوك، إذ يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمثير ما، وهذه الطريقة في العلاج قائمة على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية، حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، ومعاقبته على كل سلوك سيء، كما تعتمد هذه الطريقة أيضاً على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، ويجب ألا تقل مدة العلاج السلوكي عن (40) ساعة في الأسبوع، ولمدة قد تستمر عدة سنوات.

2. طريقة تيتش Teacch:

هذا الاسم اختصار لـ Treatment and Education of Autism and Related Com-munication Handicapped Children، أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له. يقوم برنامج تيتش على ثلاث ركائز أساسية تتمثل في التقييم والتشخيص، وتعاون الوالدين مع المهنيين، والتعليم المنظم الذي يشتمل على خمسة عناصر أساسية، هي:

- تكوين روتين محدد: من خلال تسلسل الأحداث خلال اليوم، وتسلسلها خلال الأسبوع.
- التنظيم المادي (تنظيم البيئة الفيزيائية): حيث ينبغي تنظيمها بشكل يفهمها الطفل من خلال تحديد مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار، ومساحة اللعب المستقل.

- **تنظيم العمل:** ويشير إلى عرض وتنظيم العمل بطريقة تزود الأطفال بمعلومات عما سوف يقومون به في مناطق العمل الاستقلالية، وكيفية انتهائه، وما النشاط الذي سيليه.

- **تنظيم المهمة:** وتعني تنظيم المواد المستخدمة لأنظمة العمل المختلفة من خلال توضيحها بمعينات ودلائل بصرية واضحة. (اللالا، وآخرون، 2011)

وتمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة، أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق مراكز تيتش المنتشرة في ولاية نورث في الولايات المتحدة الأمريكية، كما تمتاز بأنها مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الصف عن (5-7)، طفل مقابل مدرسة، ومساعدة مدرسة. (سلطان، فاطمة الزهراء، 2021).

3. العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy:

يقوم هذا العلاج على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط، أو تجانس هذه الأحاسيس مثل حواس: السمع، البصر، اللمس، الشم، التوازن، التذوق، قد يؤدي إلى أعراض توحدية، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس، ومن ثم العمل على توازنها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحيديين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي، ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحيديين، إلا أن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحيديين، ولذلك يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. وعلى الرغم من أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر علمية من التدريب السمعي، والتواصل المباشر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه، إلا أنه هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية.

الفصل السادس: الاضطرابات اللغوية (النطق والكلام).

مقدمة:

أولاً: مفاهيم ومصطلحات أساسية.

ثانياً: مراحل النمو اللغوي.

ثالثاً: معدل انتشار اضطرابات اللغة.

رابعاً: النمو الطبيعي للنطق واللغة وعيوبها.

خامساً: قياس اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها.

سادساً: تصنيف اضطرابات اللغة والكلام:

1. اضطرابات اللغة.

2. اضطرابات الكلام.

3. اضطرابات الصوت.

4. اضطرابات النطق.

سابعاً: علاج الاضطرابات اللغوية (النطق، والكلام).

مقدمة:

تعد اللغة الوسيلة التي يعبر الفرد من خلالها عن أفكاره، ومشاعره، ورغباته، وانفعالاته، وعواطفه، بحيث يستطيع الآخرين التواصل معه وفهم ما يريد، إذ انها الوسيلة التي يحقق من خلالها الإنسان وجوده الاجتماعي، كما أنها تساعد على أن يعكس ذاته من خلال ما يجول في عقله من أفكار وتصورات مختلفة، وتعد وسيلة مهمة وأساسية لنموه العقلي، والمعرفي، والانفعالي. فاللغة وسيلة لنقل الأثر الحضاري من جيل إلى جيل، فهي التعبير الراقي عن كل علم، وفن وأدب، وترتبط الماضي بالحاضر، وتستشرق المستقبل، إضافة إلى أنها مصدر المتعة بالنسبة للإنسان فهي تفرحه وتسعده وذلك عندما يتواصل بشكل إيجابي مع الآخرين، واللغة بالتعريف هي " نظام من الرموز يمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد وأسس معينة". وقد تكون اللغة منطوقة أو ملفوظة وحينها تسمى اللغة التعبيرية (Expressive Language)، وقد تكون غير لفظية، ويشار إليها بمصطلح اللغة الاستقبالية (Receptive Language)، وهناك علاقة وثيقة بين مصطلح اللغة (Language)، ومصطلحات أخرى مثل: الكلام (Speech)، ومصطلح النطق (Articulation)، إذ أن الكلام يمثل القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات في اللغة اللفظية، أما النطق فيعني الحركات التي تقوم بها الحبال الصوتية أو أجهزة النطق أثناء إصدار الأصوات، واللغة بشكل عام هي عبارة عن مجموعة من الرموز والقواعد المتعارف عليها اجتماعياً وعلى استخدامها لنقل وتبادل المعلومات المختلفة، والتعبير عن الأفكار والحاجات والرغبات، وهي تحتاج إلى مرسل ومستقبل، ولا بد من الإشارة إلى العلاقة الوثيق بين اللغة والتفكير فهما وجهان لعملة واحدة، ولذلك هناك من يرى أن التفكير لغة صامتة، وهذا ما عبر عنه ديكرت عندما قال " أنا أفكر إذن أنا موجود" ، هذا ويشير فيكوتسكي إلى أن اللغة والتفكير ينبعان من جزرين مختلفين لكنهما يتوحدان لدى نمو الطفل.

أولاً: مفاهيم ومصطلحات أساسية:

1. التواصل Communication:

يقصد بالتواصل تلك العملية التي تؤدي إلى تناقل المعلومات والمشاعر والأفكار والمعتقدات بين الأفراد سواء كانت وسائل لفظية (اللغة المنطوقة، والمسموعة، والمكتوبة)، أو الوسائل غير اللفظية كلفة الإشارة وتهجئة الأصابع وقراءة الشفاه التي يستخدمها الصم، ولغة برايل التي يستخدمها المكفوفون وكذلك الإيماءات وتعبيرات الوجه ولغة الإشارة ولغة العينين

وحركات اليدين والرجلين. هذا ويعرف سميث (Smith, 2007) التواصل بأنه " عملية تبادل المعرفة والأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد من خلال استخدام التواصل اللفظي وغير اللفظي. كما يتطلب التواصل وجود مرسل ومستقبل ورسالة، بحيث يقوم المرسل بإرسال رسالة ما إلى المستقبل ليتمكن من استقبالها وفهمها والرد عليها، ولكن ليست دائماً تتطلب اللغة، ولكن تعتبر اللغة هي عملية التواصل بالأفكار والآراء من خلال إرسال الأفكار المختلفة واستقبالها.

2. اللغة Language:

اللغة هي مجموعة أو نظام من الرموز التي يستخدمها البشر للتعبير عن المعاني واستلامها، وحسب رأي كل من مكينلوينيس (Mecneill & Bates)، فإن النظم اللغوية تتطور وتنشأ مع الزمن وتستبدل بنظام الاتصال الغريزي للعواطف بواسطة حركة الجسد الذي يعطي المعنى مدى محدوداً من المعاني، وعندما تختار جماعة ما سلسلة من الأصوات لإعطاء المعنى؛ فهي تخلق اللغة، وهناك العديد من الميزات للغة مقارنةً بالتعبير بالعواطف، فهي يمكن أن تقدم معنى عن طريق اللغة المنطوقة، أو المكتوبة، وهذا المعنى يمكن أن يعبر عن الماضي، والحاضر، والمستقبل. كما تعرف اللغة بأنها " نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد، مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز، والهدف من اللغة هو تواصل الأفكار والمشاعر بين الأفراد. (Ors, 2005). أما هول (Hall, 1968)، فيعرف اللغة بأنها " نمط سلوك اجتماعي يقوم بنمو البشر بواسطته بالاتصال والتفاعل بعضهم مع بعض برموز شفوية سمعية توفيقية يستخدمونها بحكم العادة". أما أكثر تعريفات اللغة شمولاً، فهو تعريف الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع المعروفة بـ أشا (ASHA)، حيث عرفت اللغة بأنها " نظام معقد وديناميكي من الرموز المتفق عليها يستخدم في شتى أنواع التفكير والتواصل" أن هذا التعريف يؤكد على عدة جوانب، هي:

❖ أن اللغة تتطور في إطار اجتماعي ثقافي تاريخي معين.

❖ اللغة سلوك تحكمه قواعد معينة، وإن هذا السلوك يتألف من مستويات مختلفة، هي:

- أ. المستوى الصوتي (Phonology): وهو الذي يحدد نطق الكلمات وفق الأنماط المتعارف عليها لدى الجماعة اللغوية.
- ب. الصرفي (Morphology): يعالج من خلاله بنية الكلمة وأنواعها وتصريفها أو اشتقاقها.

ت. المستوى النحوي (Syntax): ويعنى ترتيب كلمات الجمل أو الجمل في أشكالها المقررة في اللغة.

ث. المستوى الدلالي (Semantics): ويعني هذا ترتيب الوحدات اللغوية وفق سماتها الدلالية المعروفة في اللغة.

ج. المستوى البرجماتي أو السياقي (Pragmatics): ويعني مجموع المفردات اللغوية المتاحة للتعبير عن المعاني والمواقف المختلفة في إطار اللغة.

❖ اكتساب اللغة واستخدامها تحكمه مجموعة متشابكة من العوامل البيولوجية والإدراكية والنفسية والبيئية.

❖ يتطلب الاستخدام الناجح والفعال للغة لغايات التواصل فهماً عميقاً وواسعاً للسلوك والتفاعل الإنساني، ويشمل ذلك فهم لعملية التواصل غير اللفظي، ولدور التعزيز، والعوامل الثقافية والاجتماعية في اكتساب اللغة. (أبو فخر، زحلق، المللي، 2018)

هذا ويشير أوينز (Owens)، إلى أن تعلم اللغة بالشكل الطبيعي يحتاج إلى عدة متطلبات، هي:

- القدرة على إدراك الأصوات المتتالية في فترة قصيرة.
- القدرة على الانتباه وتوقع حدوث المثير.
- القدرة على استخدام الرموز.
- القدرة على تكوين الجمل.
- قدرة عقلية كامنة.
- قدرة على التفاعل والتواصل مع الآخرين. (Owens, 2001)

ونظراً لأهمية اللغة فقد اهتم الكثير من الباحثين بدراساتها من حيث متطلباتها واكتسابها ونموها وقواعد استخدامها، حيث ظهرت عدة تخصصات في مجال اللغة من مثل: نمو اللغة، وعلم النفس اللغوي، واضطرابات اللغة.

3. الكلام Speech:

الكلام هو الانتاج الشفوي المنظم للكلمات بلغة ما، وتصبح الألفاظ أصواتاً وحديثاً إذا انتجت كلمات ذات معنى، وللکلام تدفق منتظم وكتواتر بكلمات ذات مقاطع مشددة وغير مشددة.

ويعرف الكلام بأنه " الفعل الحركي أو العملية التي يتم من خلالها استقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز. هذا ويعرف بانجر (Banger)، الكلام بأنه " الفعل الحركي والذي يتطلب التنسيق بين عدة عمليات، هي: التنفس، إخراج الصوت، رنين الصوت، نطق الأحرف وتشكيلها.

وتشير الدراسات في هذا المجال إلى أن أغلبية الأطفال يقضون من (9-12) شهراً بعد مولدهم قبل ممارسة الكلمة الأولى، ويميز كلاً من فيكوتسكيوبياجيه الكلام المتمركز حول الذات، والكلام الاجتماعي، إذ أن الطفل يتكلم وكأن وجهات النظر تنتمي إليه بشكل شخصي، وعندما يصبح الطفل في عامه الثالث تكون الألفاظ المتمركزة حول الذات تمثل نصف ما ينطقه، أما النصف الآخر من الألفاظ فيكون اجتماعياً، أما في عمر السابعة فإن الكلام المتمركز حول الذات ينخفض إلى أن يصبح ربع كلام الطفل، فاللغة تشير إلى الجانب الاجتماعي بينما الكلام يشير إلى الجانب الفردي، إذ أن اللغة ظاهرة اجتماعية وأداة تفاهم واتصال بين أفراد الأمة الواحدة، أما الكلام فهو سلوك فردي يتجلى عن طريق ما يصدر عن الفرد من أقوال منطوقة، أو مكتوبة.

4. النطق Articulation:

يعتبر النطق مرحلة متطورة من إخراج الصوت وتشترك أجهزة النطق (الرئة، الحنجرة، المجرى الفمي والأنفي)، في تكوين الصوت وتشكيله، وكذلك في تكوين حروف النطق حيث تلنقي أعضاء النطق ببعضها البعض في عدة أماكن مختلفة وبطرق متعددة في الجهاز النطقي لتعديل الصوت الصادر من الحنجرة وإنتاج الأصوات اللغوية من خلال عملية النطق، حيث تلنقي الشفاه لإنتاج الاصوات الشفوية مثل الباء والميم، وتلنقي مقدمة اللسان للثة لإنتاج أصوات مثل التاء واللام والنون، وبعض الأصوات يتم إنتاجها عن طريق حبس الهواء بشكل تام ثم إطلاقه فجأة وذلك عند نطق حرف التاء والكاف، والبعض الآخر يتم تضيق مجرى الهواء لينتج صوت السين والصاد، ويخرج الهواء من الأنف عند نطق بعض الأصوات من الأنف بدل الفم لإصدار الأصوات الأنفية مثل الميم والنون، ويسمى العلم الذي يبحث في أنظمة اللغة من حيث التركيب والوظيفة علم الأصوات الوظيفي الفونولوجي (Phonology).

ثانياً: مراحل النمو اللغوي عند الأطفال Stage of Language & speech Development in Children

إن الطفل يتعلم اللغة على الرغم من تعقيدها وتتم عملية التعلم على مراحل قابلة للتنبؤ مع أن سرعة اكتسابه للغة تتحكم بها العوامل البيئية والجسمية والعقلية، إذ أن للغة علاقة بيولوجية بجسم الإنسان وبالاستعداد الفيزيولوجي والعقلي لديه وهذا ما يجعل التواصل يعتمد على مدى التطور الطبيعي للكلام واللغة التي يكتسبها. وتتم مرحلة النمو اللغوي عند الأطفال بالمرحلة الآتية:

أولاً: مرحلة الصراخ أو البكاء Crying Stage: وهي أصوات يصدرها الطفل منذ ولادته ويتم فيها نفخ الهواء في طريقة انعكاسية من الرئتين حتى تصدر الأصوات عند عبور الهواء فوق الأوتار الصوتية وفيما بعد تصدر بسبب الجوع والعطش والحرارة والألم، ويمكن عد هذه مؤشرات أو منبهات على قدرة الطفل على التحدث مستقبلاً، وتنمو هذه المرحلة من الميلاد حتى الشهر التاسع من عمر الطفل.

ثانياً: مرحلة المناغاة Babbling Stage: وتظهر في الأسبوع السادس أو السابع من عمر الرضيع، وفيها يظهر الطفل أصواتاً عشوائية نتيجة استثارته داخلياً عن طريق الإحساس الاستكشافي للشفيتين واللسان والحنك، وجميع الأطفال يمرون بمرحلة المناغاة حتى الأطفال الصم إلا أنهم في مراحل متقدمة يفقدون قدرتهم على السمع بسبب عدم تلقيهم تغذية راجعة لمناغاتهم، وهنا تظهر الحروف الساكنة قبل المتحركة، ويمكن عد هذه المرحلة إشارة إيجابية يمكن الاستدلال منها على مستقبل الطفل اللغوي إلى حد ما.

ثالثاً: مرحلة التقليد Imitation Stage: وفي هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات التي يسمعها تقليداً خاطئاً، فقد يبدل، أو يغير، أو يحذف، أو يحرف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، وقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل من أهمها مدى نضج جهاز النطق، وضعف الإدراك السمعي، وقلة التدريب، وتمتد هذه المرحلة من نهاية السنة الأولى حتى الرابعة أو الخامسة من عمر الطفل تقريباً.

رابعاً: مرحلة المعاني Semantic Stage: وهنا يربط الطفل بين الرموز ومعناها، وتمتد هذه المرحلة من السنة الأولى حتى عمر الخامسة وما بعد ذلك، وفي هذه المرحلة تزداد الثروة اللغوية لديه وتعتبر السنة الأولى مرحلة الكلمة الواحدة، والسنة الثانية مرحلة الكلمتين، والسنة الثالثة مرحلة إنشاء الجمل، والسنة الرابعة مرحلة الحديث مع الآخرين، والسنة الخامسة مرحلة إنشاء الجملة الكاملة.

ولا بد من الإشارة إلى أن النمو اللغوي يتأثر بعدة عوامل أهمها:

1. **الجنس Sex**: إذ يلاحظ إن الإناث أسرع في نموهم اللغوي من الذكور.
2. **العوامل الأسرية Family Factors**: ويقصد بذلك ترتيب الطفل بالأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية، إذ أن الطفل الوحيد في الأسرة يكون أكثر ثراءً في محصله اللغوي من الأطفال الآخرين.
3. **الوضع الصحي والجسمي للفرد Physical- Sensory Position**: وهذا يعني أن الجواني الصحية والجسمية الحسية للفرد تلعب دوراً هاماً في النمو اللغوي؛ إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة أجهزة الحس والسمع والنطق.
4. **وسائل الإعلام Communication Media**: حيث تلعب وسائل الإعلام مثل: التلفزيون، والإذاعة، والصحافة... إلخ دوراً هاماً في رفع مستوى المحصول اللغوي عند الأطفال.
5. **عملية التعليم Learning Process**: يلعب التعليم وما يتضمنه من قوانين تعزيز دوراً كبيراً في تعليم واستعمال اللغة.
6. **القدرة العقلية Intellectual Ability**: تؤثر القدرة العقلية لدى الطفل على قدرته على النمو اللغوي، فالأطفال الذين يتميزون بذكاء عالٍ يفوقون الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً في محصلهم اللغوي، كما أنهم يتميزون بأنهم يكتسبون اللغة بعمر مبكر مقارنةً مع الأطفال العاديين.

ثالثاً: النمو الطبيعي للنطق واللغة وعيوبها:

إن القواعد التي تحكم عناصر اللغة تتحدد ثقافياً، وكل عنصر (اللفظ، الشكل، الإملاء، التطبيقات والمترادفات)، مصدر محتمل لاضطراب اللغة، والكلام ظاهرة نمائية تعتمد على العمر الزمني للفرد، وتتأثر بدرجة النضج الاجتماعي، والعقلي، والنفسي، والجسمي، ويكتمل نمو الكلام في سن السابعة، أو الثامنة من العمر، وكما ذكرنا سابقاً فإن كلام الطفل ينمو عبر مراحل تبدأ بالصراخ، ثم المناغاة، ثم تقليد الأصوات، ومرحلة المعاني، وإذ ما ظهر إي انحراف عن الطبيعي لدى الطفل، كان ذلك مؤشراً على وجود اضطراب في لغة الطفل، وتشمل هذه الاضطرابات اللغوية اللغة الاستقبالية والتعبيرية، ويمكن أن تشمل الصعوبات اللغوية اللفظية التي تعتمد على السمع، مهارات الاستقبال عند الطفل، أي الاستيعاب، أو مهارات التعبير أي الانتاج، أو قد

تتضمن كلاً من النوعين من المهارات في نفس الوقت، وتتداخل عملية معالجة الأخطاء عادةً مع كل أنواع التعلم بما فيها تعلم اللغة، وقد حدث تغير في اهتمام أطباء أمراض الكلام بالاضطراب اللغوي حيث تشير التقديرات إلى أن ما نسبته (50-80%)، من الأطفال اليوم يعانون من اضطرابات لغوية، كما تبين أن الاضطراب اللغوي أكثر تأثيراً على الاتصال من اضطراب الكلام. وبشكل عام فإن أي شذوذ عن الكفاءة اللغوية يعتبر اضطراب، وتشمل الكفاءة اللغوية، الآتي:

- * إنتاج أصوات مفهومة.
- * بناء جمل جيدة التشكيل.
- * بناء جمل ذات محتوى له معنى.
- * بناء جمل منطقية بالمعرفة التامة.
- * الحديث بشكل ملائم للسياق.

وتؤثر اضطرابات اللغة على مظهرين رئيسيين للغة، هما:

- **اللغة الاستقبالية:** وهي الصعوبة في فهم اللغة وإدراكها، حيث يسمع الأفراد ما يقال لهم من كلام لكنهم لا يفهمون معناه، ويسمى هذا بالحبسة الاستقبالية.
- **اللغة التعبيرية:** وهي الصعوبة في إنتاج الكلام والتعبير عن النفس من خلال الكلام والنطق.

ولعل أهم اضطرابات اللغة التي يعاني منها الأطفال، الآتي:

1. تأخر اللغة:

قد يتأخر ظهور اللغة وظهور الكلمة الأولى للطفل، والتي تكون عادةً في السنة الأولى إلى الثانية أو أكثر، ويترتب على ذلك مشاكل في التفاعل الاجتماعي، والقراءة، والكتابة.

2. صعوبة في فهم الكلمة أو الجملة:

وهنا يجد الطفل صعوبة في فهم المقصود من الكلمة أو الجملة، وصعوبة في معرفة وفهم معاني الكلمات والجمل، حيث يستخدم الطفل الكلمات والجمل ويكررها خلال تفاعله مع الآخرين دون أن يفهم معناها.

3. عيوب دلالات الألفاظ:

يمكن أن يظهر الطفل المضطرب لغوياً عيوباً في الثروة اللفظية الاستقبالية، أو التعبيرية، كذلك قد تبدو على الطفل بعض أشكال القصور، أو الضعف في فهم العلاقات بين الألفاظ، أو في استخدام هذه الألفاظ في فهم المتضادات والمترادفات وفئات المفاهيم (كالأغذية، أو الملابس، أو الألوان)، أو قصور في استخدام الكلمات ذاتها.

4. العيوب التركيبية:

تتضمن أشكال القصور في النظم التركيبية اللغوية مشكلات في ترتيب الكلمات، أو في فهم واستخدام الانماط المختلفة من الجمل، ومن أمثلة هذه العيوب استخدام جمل قصيرة غير تامة من جانب طفل يبلغ الرابعة من العمر أو يزيد، أو وضع الكلمة في الترتيب غير الصحيح لها في بناء الجملة، كذلك قد يظهر الطفل صعوبة في فهم الجمل التي تصاغ في شكل أسئلة، أو الجمل المنفية، أو الجمل التي تتضمن قواعد لا يكون الطفل قد اكتسبها بعد، وبطبيعة الحال يجب وضع العمر النمائي في الاعتبار عند تحديد ما إذا كانت أخطاء قواعد اللغة تعتبر شيئاً غير عادي بالنسبة لطفل ما.

5. غياب اللغة الفعلية:

بعض الأطفال في سن الثالثة من العمر يظهرون إشارات تبين أنهم يفهمون اللغة، وهم بنفس الوقت لا يستخدمون اللغة بشكل تلقائي، أنهم يصدرون الأصوات ويستخدمونها بطريقة بدائية كالصراخ والبكاء ليحصلوا على ما يريدون، هؤلاء الأطفال عاجزون عن استخدام اللغة بشكل واضح، ولديهم مشكلة في معالجة المعاني التي يريدون قولها تجاه ما يثيرهم، وسبب ذلك غير واضح لكن على الأرجح يكون الطفل مصاباً بتلف عصبي، ويكون معظم هؤلاء الأطفال مصابون بالصمم أو الكف، وقليل منهم يمكن تصنيفهم بأنهم متطورين طبيعياً جسمياً وعقلياً.

6. عيوب النظام المورفولوجي (الصرفي):

تشمل عيوب النظام الصرفي مشكلات في فهم، أو استخدام العلامات المختلفة للتشكيل أو الصرف في الأسماء، والأفعال، والصفات، وما إلى ذلك، وفي مثل هذه الحالة قد يفشل الطفل في استخدام العلامات المطلوبة، أو قد يستخدم علامات خاطئة في بناء الجمل.

7. عيوب النظام الصوتي:

يبدو أن هذا النوع أقل شيوعاً من الأنواع الأخرى لاضطرابات اللغة، وتتضمن عيوب النظام الصوتي عادة النمو القاصر في نظام الصوت مما يجعل مخزون الطفل من الأصوات محدوداً، في مثل هذه الحالة يتكون لدى الطفل عدد محدود من الأصوات من بين الأصوات المختلفة التي

يتطلبها الاستخدام اللغوي الصحيح كأصوات بعض الحروف وبعض المقاطع الساكنة المتناثرة، وفي حالات أخرى قد يكون لدى الطفل الذي يعاني من عيوب النظام الصوتي جميع الأصوات التي تتطلبها اللغة، إلا أنه يستخدم هذه الأصوات بطرق غير ملائمة.

رابعاً: قياس اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها:

تهدف عملية القياس والتشخيص إلى تحديد طبيعة اضطراب التواصل، وما إذا كان هذا الاضطراب قابلاً للمعالجة، وإن الإجراءات التي يمكن تطبيقها لقياس وتشخيص الاضطرابات الكلامية واللغوية، وبغض النظر عن أنواعها، فجميعها تهدف إلى جمع المعلومات عن اللغة من حيث البناء اللغوي، ومحتوى اللغة، ودلالات الألفاظ، والنطق، والطلاقة اللغوية، وخصائص الصوت، وفي حال كان الطفل يعاني من ضعف، أو إعاقة في اللغة، أو الكلام ينبغي إحالته إلى أخصائي أمراض الكلام لإجراء عملية تشخيص شمولية باستخدام أدوات خاصة، ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل والتي تتطلب جمع البيانات عن المظاهر النمائية والتطورية للطفل، وتشتمل عملية التقييم العناصر الرئيسية الآتية:

1. الكشف المبدي: ويبدأ الكشف المبدي في البيت أولاً عن طريق أولياء الأمور حيث

يقارنون أبناءهم مع أقرانهم من حيث التطور اللغوي والصعوبات التي يعانيها والمتعلقة بمظاهر النمو اللغوي، وقد لا يعول عليها إلا إذا كانت الفروق كبيرة جداً، كتأخر ظهور الكلمة الأولى في السنة الأولى، وأحياناً الثانية، أما اضطرابات النطق فتكون على الأغلب طبيعية في مرحلة ما قبل دخول المدرسة، وعند دخول الطفل الروضة والتمهيدي يشترك المعلمون والمعلمات في عملية الكشف، ويكون ذلك أفضل في عملية الكشف المبدي لوجود عدد من الأطفال في المرحلة الواحدة بأعمار متقاربة، وهنا قد تظهر الفروق أكثر وضوحاً فيها من البيت فيما يتعلق باضطرابات النطق، والصوت، وتأخر الكلام.

2. فحص أعضاء النطق أو مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي: وهذه المرحلة ذات أهمية

كونها تزود الأخصائي بمعلومات عن الصحة العامة للطفل، وحالته الجسمية، ومدى كفاءة حواسه وخاصة السمع والبصر والمخ.

3. تقييم كفاءة النطق: حيث يتم تحديد أنواع الأخطاء المرتكبة والأصوات الخاطئة التي تصدر

عن الطفل، ويفضل أن يكون ذلك من خلال موقف تقاعلي طبيعي قدر الإمكان وذلك لاستخلاص نتائج حول نطق الطفل وكلامه، وطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه، سواء

أكان حذفاً، أو إبدالاً، أو تحريفاً، أو إضافة، ودرجته ووضعه في الكلمة (أول الكلمة، وسط الكلمة، آخر الكلمة).

4. **فحص السمع:** ويجرى فحص السمع لتحديد ما إذا كان اضطراب التواصل الذي يعاني منه الطفل يعود إلى مشكلات سمعية.

5. **فحص التمييز السمعي:** والهدف من ذلك تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.

6. **فحص أجزاء جهاز النطق:** وذلك بهدف التعرف على مدى كفاءة أجزاء جهاز النطق في القيام بوظائفها المختلفة، وخاصة في عملية النطق.

7. **إجراء الاختبارات القياسية:** يجب استخدام العديد من الاختبارات والمقاييس ذات العلاقة ومن أبرزها اختبار فشر لوفمان للكفاية النطقية، ومقياس الاستيعاب السمعي للغة، ومقياس الصوتي، ومقياس أريزونا لبراعة النطق، واختبار القابلية للإثارة.

8. **الفحص النفسي للطفل:** يهدف الفحص النفسي إلى تحديد نوعية المتغيرات النفسية التي لها أهمية كبيرة في عملية الكلام.

9. **اختبار المفردات اللغوية:** وتستخدم للتعرف على عدد المفردات التي اكتسبها الطفل، لأنها تعتبر مؤشر على النمو اللغوي، أو القصور فيه.

10. **كتابة التقرير ووضع خطة العلاج:** وهي المرحلة الأخيرة في عملية التشخيص والتقييم.

وبما أن اضطرابات النطق واللغة تعود لأسباب متنوعة فإن عملية قياسها وتشخيصها تتطلب مشاركة فريق متعدد الاختصاصات، وقد يضم أخصائي الأعصاب، وأخصائي السمع، وأخصائي علم النفس، وأخصائي اجتماعي، وكذلك المعلم والذي من الممكن أن يلعب دوراً هاماً في عملية التشخيص، كونه يتعامل مع الأطفال بشكل مباشر ومتواصل ويلاحظ العادات الكلامية لديهم، وأية تغيرات تطرأ على سلوكهم اللفظي. (السرطاوي، عواد، 2011).

خامساً: تصنيف اضطرابات اللغة والكلام:

تعرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات التواصل، كالآتي:

أ. **اضطرابات الكلام:** تعرف بأنها " خلل في الصوت، أو لفظ الأصوات الكلامية، أو في الطلاقة النطقية، ويلاحظ هذا الخلل في إرسال واستخدام الرموز الصوتية، وتشمل:

1. اضطرابات الصوت: وهو غياب، أو خلل في إنتاج الصوت بنوعية معينة، أو شدة معينة، أو علو معين.

2. اضطرابات اللفظ: وهو الخلل في إنتاج أصوات الكلام.

3. اضطراب الطلاقة: ويعرف بأنه خلل في التعبير اللفظي يظهر على شكل تغير في معدل حدوث الكلام، وتناغم كلامي غير عادي، ويمكن أن يكون مصاحباً بحركات جسمية.

ب: اضطراب اللغة: ويعرف بأنه "خلل أو شذوذ في تطور، أو نمو فهم واستخدام الرموز المحكية، والمكتوبة للغة" ويشمل أحد جوانب اللغة الآتية:

1. شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، القواعد).

2. محتوى اللغة (المعنى).

3. وظيفة اللغة (الاستخدام الاجتماعي للغة). (السلالا، الزيري، وآخرون، 2011).

ويمكن أن تصنف اضطرابات التواصل بعدة طرق، ومن ذلك تصنيفها تبعاً لمكونات عملية التواصل نفسها، وعلى هذا الأساس يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أنواع، هي:

النوع الأول: اضطرابات الكلام وتشمل على اضطرابات الصوت، والنطق، والطلاقة.

النوع الثاني: اضطرابات اللغة: وتشمل جانباً أو أكثر من الجوانب اللغوية كالصرف، والنحو، والدلالة، والاستخدام.

النوع الثالث: اضطرابات السمع، والتي تعود إلى وجود مشكلة في الجهاز السمعي.

كما تصنف اضطرابات التواصل في ضوء الأسباب المؤدية لها، وهنا يمكن تصنيفها إلى نوعين، هما:

أولاً: الاضطرابات العضوية: وسببها نقص في الآلية العصبية الفسيولوجية للكلام.

ثانياً: الاضطرابات الوظيفية: والتي تعود إلى التعلم الخاطئ، أو المشكلات البيئية، أو إلى أسباب غير معروفة.

زمنهم من صنف اضطرابات التواصل في ضوء العمر الزمني عند الإصابة، وتصنف هنا إلى نوعين:

أولاً: اضطرابات التواصل الخلقية.

ثانياً: اضطرابات التواصل المكتسبة: وهي التي تحدث بعد فترة من التواصل الطبيعي كالطفل الذي يصاب بالصمم بعد دخوله المدرسة.

وسيتم التحدث عن أنواع الاضطرابات اللغوية وفق الآتي:

أولاً: اضطرابات اللغة Language Disorders:

وهذه الاضطرابات تتعلق باللغة من حيث انحرافها، أو ضعفها، أو تأخرها، أو سوء تركيبها، من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة القراءة، أو صعوبة الكتابة، ويمكن توضيح مظاهر اضطرابات اللغة، بالآتي:

❖ تأخر ظهور اللغة Language Delay: حيث يتأخر ظهور الكلمة الأولى للطفل عند

المعدل الطبيعي لظهورها، وهي تظهر في السنة الأولى من عمر الطفل، فقد ينطقها الطفل في السنة الثانية، أو الثالثة، أو أكثر، وهذا التأخر يترتب عليه ظهور مشاكل لدى الطفل في التواصل مع الآخرين، هذا وأن الطفل الذي يتأخر في كلامه لعمر الأربع سنوات نجد أن المتوسط اللغوي لديه حوالي (700 - 800)، كلمة، بينما يكون المحصول اللغوي للطفل الطبيعي من نفس الفئة العمرية حوالي (1540) كلمة، ولذلك تظهر بعض الأعراض الشائعة للتأخر الكلامي، منها:

- إصدار أصوات عديمة المعنى، والاعتماد على الحركات والإشارات بدلاً من اللغة.
- عدم القدرة على الكلام بشكل مفهوم.
- عدد مفرداته تكون قليلة.
- الصمت، وعدم التكلم.
- الاختصار بالإجابة على (نعم، أو لا)، أو الإجابة بكلمة واحدة.
- التعبير بكلمات غير واضحة.
- قد يصاحب ذلك باضطرابات سلوكية، وشخصية، ونفسية.

❖ فقدان القدرة على الكلام أو الحبسة الكلامية Aphasia: وهنا لا يستطيع الطفل التعبير

عن نفسه باللغة واضحة ومفهومة، ولا يستطيع فهم اللغة المنطوقة من قبل الآخرين، وقد تصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية، ويكون فقدان للنطق أما جزئياً، أو

كلياً في اللغة التعبيرية، وذلك بسبب إصابة عضوية في مراكز اللغة في الدماغ، نتيجة جلطة دماغية، أو حادث.

❖ **صعوبة القراءة Dyslexia:** وتتعي عدم قدرة الطفل على قراءة ما هو مكتوب مقارنة مع أقرانه من نفس الفئة العمرية، وهي مظهر من مظاهر صعوبات التعلم.

❖ **صعوبة الكتابة Dysgraphia:** وتتعي عم قدرة الطفل على كتابة الكلمات والجمل بشكل صحيح، مقارنةً بالأطفال من نفس الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل.

❖ **صعوبة تكوين الجمل Language Deficit:** وهنا يجد الطفل صعوبة في تركيب وتكوين الجمل بالشكل الصحيح، إذ يعتمد إلى تركيب الجملة بشكل منحرف، وبدون معنى، وقواعد اللغة غير صحيحة، وعدم وضع الكلمة بالمكان المناسب.

❖ **صعوبة فهم الجمل والكلمات Agnosia:** وفي هذه الحالة يجد الطفل صعوبة في فهم معنى الجملة، أو الكلمة التي يستقبلها من الآخرين، ويعتمد إلى تكرارها دون بالرغم من عدم فهمه لها.

ثانياً: اضطرابات الكلام Speech Disorders:

وهي التي تتعلق بتنظيم الكلام، وسرعته، وطلاقته، ونغمته، وتشمل على اضطرابات الكلام على المظاهر الآتية:

❖ **اللججة أو التأتأة Stuttering:** هو اضطراب في الإيقاع، أو التواتر في طلاقة الحديث، وذلك بحبسة، أو بشكل متقطع، أو تكرار تشنجي، أو مط للأصوات، أو تكرار المقاطع اللفظية، أو الكلمات، أو العبارات، وينتاب المتلجلج حالة من التوتر والخوف أثناء الكلام، وفي هذا الصدد فقد أشار بيركينز (Perkins)، إلى المظاهر الخمسة للكلام العادي من حيث الطلاقة، وهي:

- **التتابع Sequence:** ويعني ترتيب الأصوات كي تخرج في صورة كلمات ذات معنى.
- **المدى Duration:** الفترة الزمنية التي يستغرقها أي صوت كي يتم نطقه بشكل صحيح.
- **المعدل Rate:** السرعة التي ينطق فيها الطفل أصوات حروف الكلام في سياق متتابع.
- **الإيقاع Rhythm:** نطق الأصوات في أنساق منتظمة ومتناغمة.

- **الطلاقة Fluency:** درجة السهولة التي تتسبب بها أصوات حروف الكلام عند الحديث المستمر.

أسباب اللججة:

فقد تكون عضوية تتعلق بالأجهزة العصبية، والنطق، والتنفس، والحنجرة، أو قد تكون متعلمة وفق المدخل السلوكي. ولا بد من الإشارة إلى الاعتقاد الخاطئ الذي يقول أن اللججة بشكل رئيسي اضطراب الناس الذين يتصفون بقدرات عقلية عالية، والطفل المتلجلج سيكون راشداً متلججاً، وهذا الاعتقاد غير صحيح، لأن اللججة قد تحدث لكل مستويات القدرات العقلية، وبعض الأطفال المتلجلجين يمكن أن يكونوا كذلك، لكن معظم حالات اللججة تتوقف قبل مرحلة المراهقة، أو إنشاءها. وتصل نسبة الإصابة باللججة إلى حوالي (2-3%)، لدى الأطفال، و (1%) لدى الكبار، كما أن الذكور معرضون للإصابة باللججة أكثر من الإناث، هذا وتشير الإحصائيات إلى أن (3%)، من إصابات اللججة تعود إلى عوامل وراثية.

المميزات الأساسية للجبجة:

هناك ميزات يتصف بها الطفل الذي يعاني من اللججة، وهي الآتي:

أولاً: التكرار Repetitions: تكرار للصوت، أو المقطع، للكلمة، وشبه الجملة، وهذا التكرار واضح من خلال حديث المتكلم، ومثال ذلك تكرار لكلمة روح...روح...روح...

ثانياً: إطالة الأصوات Prolongations: الصوت أو الهواء الخارج مستمر، ولكن الوقوف الطبيعي لأعضاء النطق يكون لمدة ثانية، أما الذي يعاني من التأناة فتزداد مدة الوقوف حتى في بعض الأحيان تصل إلى عشرات الثواني، أو إلى بعض الدقائق، ولكن بحالات قليلة.

ثالثاً: التوقف Blocks: وقوف الهواء المتدفق، أو الصوت، والوقوف يحدث للجهاز النطقي (جهاز التنفس، الحنجرة، أعضاء النطق)، والتوقف حالة وهي آخر ما يصل إليها الشخص المصاب بالتأناة، وبعد فترة تصبح هناك رجفة، والتي تكون ذبذبة سريعة وخاصة في الشفاه وال الفك.

أنواع اللججة:

* **الجلجة الارتقائية:** هي لجلجة عارضة عند الأطفال وهم في مراحل ارتقائهم، ويكون ظهورها عادةً ما بين الثانية والرابعة من العمر، وقد تستغرق عدة شهور.

* **الجلجة الحميدة:** تبدأ عادةً ما بين ست وثمانى سنوات من العمر، وتستغرق سنتين أو ثلاث سنوات.

* **الجلجة المتمكنة:** وتبدأ من سن ثلاث إلى ثمانى سنوات، ويستغرق هذا النوع فترة طويلة إلا إذا حدث تدخل فعال لعلاجها.

❖ **اللغثة Stammering:** يعرف التلعثم على أنه تردد في النطق، أو وقفات تشنجية ويكون التركيز فيه على الوقفات التشنجية أساساً، وإن ما نسبته (1%)، من الأطفال والمراهقين يعانون من التلعثم، وهي منتشرة لدى الذكور أكثر من الإناث، وتشخيص التلعثم يكون في عمر خمس سنوات، ويستطيع الآباء التعرف على هذه المشكلة لدى أبنائهم في عمر (20-30) شهراً، ولا بد من التنويه إلى أن عدم علاج هؤلاء الأطفال يؤثر عليهم من النواحي الآتية:

* الاتصال مع الآخرين.

* مشاعرهم نحو الذات.

* ارتباكات في التعليم. (Andrews, et al, 1983).

مثال على التلعثم: مم توقف لحظة محمد (التوقف التشنجي قبل نطق الكلمة ثم نطقها دفعة واحدة).

❖ **السرعة الزائدة في الكلام Cluttering:** ويقصد به الكلام بشكل سريع يصعب على الآخرين متابعته والاستماع إليه.

❖ **الوقوف أثناء الكلام Blocking:** ويقصد به توقف المتكلم عن الكلام بعد كلمة أو جملة لفترة طويلة، حيث لا يكون قد أنهى كلامه، بحيث يشعر المستمع أن المتكلم قد أنهى كلامه.

ثالثاً: اضطرابات الصوت Disorders of Voice:

إن اضطرابات الصوت تعرف بأنها " أي خلل يؤدي إلى تغيير في جودة الصوت، أو حدته، أو نبرته"، وتصل نسبة الإصابة باضطرابات الصوت إلى (6%) تقريباً للعمر أقل من (18) سنة، وهناك صعوبة في تحديد اضطرابات الصوت بشكل دقيق، وتؤثر هذه الاضطرابات

على وظائف الحنجرة، وكل ما يساعد على إخراج الأصوات، واضطرابات الصوت هذه تسمى بالاضطرابات الوظيفية. وتعد اضطرابات الصوت أقل شيوعاً من عيوب النطق، ومع ذلك فإنها تلقى المزيد من الاهتمام، نظراً لما لها من أثر على أساليب الاتصال الشخصي المتبادل بين الأفراد من ناحية، ولما يترتب عليها من مشكلات في التوافق نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل من ناحية أخرى.

رابعاً: اضطرابات النطق Articulation Disorders:

يمكن تمييز ثلاثة أنواع رئيسية من عيوب النطق، وهي: الحذف، والإبدال، والتحريف أو التشويه، ويوجد نوع رابع من هذه الاضطرابات يميزه بعض الأخصائيين والباحثين عن الاضطرابات الأخرى ويطلقون عليه اضطراب الإضافة، وفيما يلي نتناول هذه الأنواع الأربعة من عيوب النطق بشيء من التفصيل:

أولاً: الحذف Omission:

في هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، وقد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت بحيث يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع إليه كالوالدين وغيرهم، وتميل عيوب الحذف لأن تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعاً مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سناً، كذلك تميل إلى الظهور في الأحرف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة في بداية الكلمة، أو في وسطها، ومثال ذلك: نطق كلمة (دورة، أو بدورة)، بدلاً من كلمة (بدورة) (Anderson, 2005).

ثانياً: الإبدال Substitution:

وفي هذه الحالة يقوم الطفل بتبديل حرف بحرف آخر من حروف الكلمة، وتحدث هذه المشكلة عند الأطفال الصغار في السن؛ إذ يقوم الطفل بإبدال الشين بالسين، ويعد هذا الإبدال أكثرها شيوعاً عند الأطفال؛ فقد يلفظ الطفل كلمة سراب بدلاً من شراب، ويعتبر حرف السين من أكثر عيوب النطق انتشاراً بين الأطفال بين الخامسة والسابعة من العمر، أي في مرحلة تبديل الأسنان، وكثير من المصابين بهذا الاضطراب يعودون إلى الوضع الطبيعي بعد عملية تبديل الأسنان؛ بحيث يعود نطق الأحرف الصغيرة طبيعياً. وهذا الاضطراب من أكثر الأنواع شيوعاً بين

الأطفال الصغار، ويعتبر أمراً مقبولاً حتى دخول المدرسة، ومثال ذلك: نطق كلمة (تيف حالت)، بدلاً من (كيف حالك).

ثالثاً: التشويه أو التحريف Distortion:

ويعني أن مخارج الحروف غير سليمة مما يجعل الكلام مشوهاً ومحرّفاً، ويحدث ذلك نتيجة وجود خطأ في تعلم اللغة في سن مبكرة من العمر، أو عندما تغلب لهجة على لهجة لمن يتعلم لغات أخرى كأن يغلب حرف على حرف، مثل: أن يبدو حرف (السين)، وكأنه حرف (الصاد)، هذا ويشير الأخصائيين إلى أن عيوب تحريف النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سناً، وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.

رابعاً: الإضافة Addition:

توجد عيوب الإضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيادة صوت ما، أو مقطع ما إلى النطق الصحيح، ويعتبر هذا العيب من أقل عيوب النطق انتشاراً خلال مراحل النمو العادي للكلام، واكتساب مهارات النطق، مثال ذلك أن ينطق الطفل كلمة (لعبات)، بدلاً من كلمة (لعبة).

أسباب اضطرابات النطق:

في كثير من الحالات يكون من الصعب تحديد الأسباب المؤدية لحدوث اضطرابات النطق، لكن بعض الظروف العضوية والجسمية المعينة مثل: فقدان السمع، وانحرافات التركيب الفمي (كعيوب الأسنان، وشق الحلق)، والعيوب العضلية والعصبية في أجهزة الكلام (كاللتف العضلي، أو الشلل المخي)، والإعاقة العقلية غالباً ما تكون ذات أثر واضح على الكلام، وقد لا يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق مثل هذه الانحرافات العضوية الواضحة، وتبدو عيوب النطق عند هؤلاء الأطفال مرتبطة بشكل ما من أشكال التعلم الخاطئ للكلام أثناء السنوات النمائية المبكرة، ويطلق على هذا النوع من الاضطرابات عادة اضطراب النطق الوظيفي (Functional articulation)، أي الاضطراب الذي لا تعود أسبابه إلى أساس عضوي.

خصائص اضطرابات النطق:

من خلال ما تم عرضه سابقاً يمكن أن نحدد بعض الخصائص لاضطرابات النطق، ومن أهمها:

- أن هذه الاضطرابات أكثر انتشاراً بين الأطفال الصغار في مرحلة الطفولة المبكرة.

- أن هذا الاضطراب قد يبدو طبيعياً قبل سن المدرسة، إلا أنه يجب علاجه إذا ما استمر حتى بلوغ الطفل السابعة من العمر.
- إن الاضطرابات الخاصة بالحروف بأشكالها المختلفة تختلف من مرحلة نمائية إلى أخرى.
- أن هذه الاضطرابات تتفاوت في درجتها من طفل إلى آخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، ومن موقف إلى آخر.
- يشيع الإبدال بين الأطفال أكثر من بقية الاضطرابات الأخرى.
- يجب علاج عيوب النطق في سن مبكرة.

سابعاً: علاج الاضطرابات اللغوية (النطق، والكلام):

أن الهدف الأساسي من العلاج هو تدريب الطفل على إصدار الأصوات غير الصحيحة بطريقة صحيحة، ويكون البرنامج على شكل جلسات علاجية، فردية، أو جماعية، أو مشتركة، يقوم بإعدادها أخصائي عيوب النطق، هذا ويجب على الأخصائي القيام بالآتي:

- * قياس معمل الذكاء للطفل، وذلك لاستبعاد مشاكل الإعاقة العقلية.
- * إجراء دراسة حالة للطفل، متضمنة معلومات عن أسرته، وتاريخه التطوري، والأمراض التي أصيب بها، ومشكلات النمو المختلفة.
- * تشخيص الاضطراب ومعرفة سببه هل هو نفسي سيكولوجي، أو غيره.
- * معرفة نوع الاضطراب وشدته، والعلاجات التي استخدمت معه.
- * التأكد من أن الحالة لا تعود إلى مشكلات سمعية.
- * مشاهدة الطفل في مواقف حرة أثناء اللعب مثلاً، وخلال عملية التحدث، والحركة.
- * ملاحظة الطفل هل لديه مشاكل؟ وهل هذه المشاكل عدوانية، أم انسحابية، أم غيرها.
- * ملاحظة قدرة الطفل على التوازن.

وبعد القيام بهذه الإجراءات، يتم وضع الخطة العلاجية، والتي قد تكون فردية، أو جماعية، وهنا يجب على الأخصائي القيام بالخطوات الآتية:

- توظيف ما تعلمه الطفل من أصوات جديدة أثناء القراءة الجهرية.
- مساعدة الطفل على التعرف على الكلمات من خلال تدريبه على التهجئة التي تحتوي على الأصوات التي يتدرب عليها في البرنامج العلاجي.

- إشراك الطفل في نشاطات خاصة بالنطق واللغة وتعليمه طرق إخراج الأصوات المختلفة وتدريبه على تمييز هذه الأصوات.
- عدم الاستهزاء من لغة الطفل.
- أن يعي ويحدد الأصوات المراد تعليم الطفل عليها في البرنامج العلاجي وأن يعزز الطفل على تقليدها عن طريق التشجيع والاستحسان.
- تحويل الطفل إلى طبيب نفسي إذا كانت مشكلاته تعود إلى أسباب نفسية كالخجل مثلاً. (الجلامدة، 2012).

ويمكن تحديد علاج معين لاضطرابات النطق والكلام، من قبل طبيب الأطفال، ومعلمي التربية الخاصة، ومعلمي اللغة والكلام، والعاملين في مجال الصحة النفسية، وعلى أساس:

1. عمر الطفل وصحته، والتاريخ الطبي له.
2. مدى الاضطراب.
3. نوع الاضطراب.
4. مدى تحمل الطفل للأدوية أو العلاجات المحددة.
5. توقعات مسار الاضطراب.
6. رأي الأهل وخياراتهم المفضلة.

أن هذا التنسيق بين الأهل، والملمين، والعاملين في مجال اللغة والكلام، والصحة العقلية، يوفر الأساس لاستراتيجيات العلاج، وللعلاج طريقتان، **الطريقة الأولى:** استخدام تقنيات علاجية لزيادة مهارات الاتصال في مجالات الاضطراب، **والطريقة الثانية:** مساعدة الطفل على بناء نقاط القوة لديه للتغلب على هذه الاضطرابات.

التدخل العلاجي لاضطرابات اللغة والكلام:

من أهم أنواع الطرق العلاجية والتربوية لدى ذوي اضطرابات اللغة والكلام:

أولاً: العلاج النفسي:

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إزالة التردد والخوف وإيجاد الجرأة والأمن والثقة لدى الطفل وذلك باستخدام طريقتين:

الطريقة الأولى: طريقة اللعب والتي تساعد على وضع الطفل في جو مريح يسهم في الكشف عن رغبات الطفل دون تردد أو خوف، والتعبير عن مشاعره الداخلية في بيئة مريحة، من خلال توثيق العلاقة بين الطفل والمعالج.

الطريقة الثانية: الإيحاء والإقناع وهي طريقة مناسبة للأطفال الذين يعانون من اللجاجة، وذلك للتخفيف والتخلص من إحساس الطفل بالنقص والقصور، وتعزيز الثقة في نفس الطفل المتلجج،

الطريقة الثالثة: طريقة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، من خلال أساليب تعديل السلوك وذلك بالتعزيز الإيجابي، أو السلبي، أو العقاب، أو التقليد، أو تشكيل السلوك.

ثانياً: العلاج التقويمي أو العلاج الكلامي:

ويقصد به تدريب الطفل ومساعدته على النطق السليم للحروف والكلمات، عن طريق التمارين الخاصة، وذلك من قبل مختصين باللغة واضطراباتهما، وفي هذا النوع من العلاج يجب مراعاة عدة أمور منها، اختيار الموضوعات المحببة للطفل للحديث عنها، تشجيع الأطفال على الحديث أمام الآخرين، تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح.

ومن أهم الأساليب العلاجية التي تستخدم لعلاج اضطرابات النطق والكلام:

أولاً: طريقة الاسترخاء الكلامي: والتي يكون الاهتمام بها منصب على هدفين أساسيين، الأول هو التخفيف من الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام، والثاني: وهو إيجاد ارتباط بين الشعور بالراحة، والسهولة أثناء القراءة، وبين الباعث الكلامي.

وتعتمد هذه الطريقة على إعداد استمارة تمارين خاصة تبدأ بالحروف المتحركة، ثم بالحروف الساكنة، ثم تمرينات على كلمات متفرقة لصياغتها في جمل وعبارات. يبدأ المعلم، أو ولي الأمر، أو الاختصاصي بقراءة الأحرف، والكلمات، والجمل بكل هدوء واسترخاء ثم يطلب من المريض تقليده بنفس الطريقة والنغمة، ثم يلي ذلك تمرينات على شكل أسئلة بسيطة ويجب عليها المريض بهدوء وطمأنينة. وقد يلاحظ في بعض الحالات أن التحسن في الكلام يكون وقتياً لدى بعض الأطفال، وفي هذه الحالة يفضل الاستعانة بطريقة أخرى تعتمد على ما يطلق عليه تعليم الكلام من جديد بإعطاء الطفل تدريبات في صورة أنماط مختلفة من المحادثات مثل: المناقشات الجماعية في جو من الحرية وبدون رقابة؛؛ ومما يزيد من فاعلية طريقة الاسترخاء الكلامي أن يصاحبها تدريبات على الاسترخاء الجسمي، وبعض التمرينات الرياضية، خاصة تمرينات التنفس.

ثانياً: طريقة تمرينات الكلام الإيقاعي:

وفيها يوجه الطفل إلى عمل حركات إيقاعية أثناء الكلام مثل النقر بالأقدام، أو النقر باليد على الطاولة، أو عمل بعض الخطوات الإيقاعية، وذلك بهدف صرف الطفل عن المشكلة، وتكون الفائدة العلاجية من هذه الطريقة أكبر في حال تم تطبيقها بصورة جماعية مع عدد من الأطفال حتى يتم الاندماج بينهم.

ثالثاً: طريقة النطق بالمضغ:

وتهدف هذه الطريقة إلى جعل المصاب يستبعد فكرة أن الكلام والنطق بالنسبة له أمراً صعباً وعسيراً، وفي هذه الطريقة يسأل المريض بالجلجلة عن إمكانية إجراء حركات المضغ بهدوء، ثم بعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة من الطعام، وعليه أن يقلد عملية مضغ هذه القطعة وكأنه في الواقع، فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يجعل لعملية المضغ صوتاً، وإذا شعر بالخلل من ذلك يجب على المعالج تنفيذ هذه العملية أمامه بعد ذلك يوجه للمصاب بالجلجلة بعض الأسئلة يصحبه نفس الأسلوب من المضغ من مثل: ما اسمك، من والدك، عنوانك....إلخ. وهذه الطريقة تفيد في تحويل انتباه المصاب بالجلجلة وتجعله ينطق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ، إضافة إلى أنها تساعد في تخفيف مشاعر الخوف لديه.

رابعاً: استخدام الغناء والموسيقى:

نظراً لأن حالات اللجلجة تصاحب دائماً بنوع من التوتر والاضطراب فيمكن الاستعانة بالموسيقى والغناء عند تعليم الطفل نطق الحروف والكلمات مع التركيز على أن تكون كلماته مترافقة مع الإيقاع الموسيقي.

ثالثاً: العلاج الجسمي العصبي:

ويشير العلاج الطبي أو الجراحي للعيوب الجسمية بأجهزة النطق التي تسبب عيباً في عملية النطق كالشفة الأرنبية، أو تشوه الأسنان، أو خلل الحبال الصوتية، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام في المخ، أو ترفيع وسد فجوة الحلق.

رابعاً: العلاج الاجتماعي:

والهدف من هذا النوع من العلاج هو تغيير اتجاهات الأفراد الذين لديهم اتجاهات سلبية ذات العلاقة بالمشكلة، مثل اتجاهات الأفراد نحو المعلمين، أو الزملاء، أو الوالدين والأخوة، وكذلك توفير البيئة الملائمة كعلاج بيئي، وذلك من خلال تحسين معاملة الأفراد ذوي المشكلات اللغوية من قبل الأفراد المحيطين.

الفصل التابع: صعوبات التعلم.

مقدمة:

أولاً: ماهية وتعريف صعوبات التعلم.

ثانياً: تعريف صعوبات التعلم في الروضة.

ثالثاً: تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة.

رابعاً: محكات تشخيص صعوبات التعلم.

خامساً: مظاهر صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة.

1. المجال الانفعالي الاجتماعي.

2. المجال اللغوي.

3. المجال الإدراكي.

4. المجال الحركي.

سادساً: أساليب علاج صعوبات التعلم عامة وفي الروضة خاصة:

1. المعالجة الحركية.

2. المعالجة السمعية.

3. المعالجة البصرية.

4. المعالجة اللمسية الحركية.

يعد ميدان صعوبات التعلم من أحدث ميادين التربية الخاصة التي حظيت باهتمام الباحثين، بعد أن كان اهتمامهم منصباً على الميادين الأخرى في التربية الخاصة كالإعاقات العقلية، والجسدية، وغيرها، وقد شغل ميدان صعوبات التعلم الكثير من الباحثين حالياً، لأن الأطفال ذوي صعوبات التعلم طبيعيون وفوق الطبيعيين من حيث ذكائهم ومستوى تكيفهم فهم يتمتعون بدرجة متوسطة، وفوق المتوسطة على مقاييس الذكاء، ومقاييس السلوك التكيفي، إلا إن أداءهم لا يكون بمستوى أداء أقرانهم العاديين، ويواجهون صعوبات في تعلم المهارات الأكاديمية، كالقراءة، والكتابة، والحساب، ويخفقون في مهارات الانتباه، والتركيز، والإدراك.....إلخ. هذا وتعتبر صعوبات التعلم من الموضوعات الجديدة في مجال التربية الخاصة التي شهدت نمواً متسارعاً، واهتماماً متزايداً بحيث أصبحت محوراً للعديد من الدراسات والابحاث. كما شهد مجال صعوبات التعلم تطوراً هاماً خلال النصف الثاني من القرن الماضي، وقد برزت هذه الأهمية من خلال تعاظم وتزايد الوعي لدى الأجيال المتعاقبة من أفراد المجتمعات بحق الجميع في الحصول على فرص تعليمية متكافئة، وهذا ما شكل حافزاً ودافعاً قوياً للفكر النظري والبحثي في هذا المجال. وكان من نتائج التقدم الذي حققه مجال صعوبات التعلم في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي أهمية بالغة، إذ تم تحديد مفهوم صعوبات التعلم، وإقراره، كما انتشرت وتوسعت وتنوعت برامج التربية الخاصة في المدارس العامة، وتكاثفت الجهود لبناء وإعداد الأدوات والاختبارات وأساليب التشخيص والتقييم في هذا المجال. ولا بد من الإشارة إلى أن هناك الكثير من التخصصات التي اعتنت بهذا المجال وأولته الكثير من الرعاية والاهتمام، وأخذت تمعن النظر في أساسه ونتائجه على الطفل على المدى البعيد، ومن هذه التخصصات، علم النفس والتربية، علم الأعصاب، الطب النفسي، وطب الأطفال، وذلك للبحث في أسباب ظاهرة صعوبات التعلم، وإيجاد تفسيرات لها، والعمل على إيجاد أفضل الأساليب والحلول من أجل خدمة تلك الفئة من الأطفال. وبالرغم من نشوء هذا العلم في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أنه سرعان ما بدأ ينتشر في غيرها من البلدان، وأصبح مفهوم صعوبات التعلم مظهراً من مظاهر الممارسات التربوية المعتادة فيها، وأصبح الطفل فيها محور خطة علاجية خاصة.

ثانياً: تعريف صعوبات التعلم في الروضة:

انطلاقاً مما ورد في التعريفات السابق لصعوبات التعلم يمكن تعريف صعوبات التعلم في الروضة بأنها " مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تتضح

من خلال الصعوبات الواضحة في الاكتساب، والاستماع، والكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو الاستدلال، أو قدرات الحساب، أو المهارات الاجتماعية، وإن هذه الاضطرابات ترجع إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي، لذا فإن صعوبات التعلم قد تحدث مصاحبة مع ظروف الإعاقة الأخرى، مثل: الإعاقة الحسية، أو التخلف العقلي، أو الاضطراب الانفعالي، أو الاجتماعي، وكذلك التأثيرات البيئية الاجتماعية مثل الفروق الثقافية، أو التعلم غير الكفاء، أو العوامل النفس جينية، وخاصة العيوب الخاصة بالإدراك، إن كل هذه الحالات من الممكن أن تسبب مشكلات تعلم، ولكن صعوبة التعلم ليست نتيجة لهذه الحالات". ويعرف روبرت Robert الأطفال ذوي صعوبات التعلم بأنهم " الأطفال الذين يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة، والذين لا يتوافق مستوى ذكائهم مع مستوى تحصيلهم الدراسي". أما التعريف الأكثر شمولاً فهو ذلك التعريف الذي يشير إلى أن الطفل ذوي الصعوبات التعليمية هو " طفل ذو قدرة ذكائية عقلية متوسطة، وما فوق، لكنه يعاني من ضرر دماغي في جهاز الأعصاب المركزي، والذي يؤثر على المهارات الذهنية التعليمية التحصيلية" مثل عملية الاستيعاب، الإدراك، التذكر، التحليل، التركيب، التمييز في المجالات العلمية مثل: القراءة، الكتابة، الحساب، والتي تؤثر على تصرفاته وقدرته على التأقلم، والتكيف البيئي. ونلاحظ من خلال التعريفات السابقة لصعوبات التعلم بانها تركز في التعليم المدرسي على الصعوبات النمائية والأكاديمية، بينما يتم التركيز في التعلم ما قبل المدرسي على الصعوبات النمائية المتمثلة في الصعوبة في الانتباه، التفكير، الإدراك، التحليل، التركيب، التمييز... إلخ من العمليات النفسية اللازمة لعملية التعلم، بينما المقصود بالصعوبات الأكاديمية فهي، الصعوبات الخاصة بالقراءة، والكتابة، والحساب، والتي تعتبر أساساً للتعلم المدرسي. هذا وتختلف النظرة لصعوبات التعلم تبعاً للاختصاص، فالأطباء على سبيل المثال يؤكدون في نظرتهم إلى الأطفال ذوي صعوبات التعلم على الجانب الطبي، حيث يرجعون صعوبات التعلم إلى أسباب وظيفية فسيولوجية وظيفية متمثلة بالخلل العصبي، أو تلف الدماغ، في حين يركز أخصائي التربية الخاصة على القدرات العقلية للطفل التي لا تنمو بشكل منتظم كحال أقرانه العاديين، مما يؤثر في تحصيله الأكاديمي فيما بعد، بينما يؤكد الأخصائي النفسي على الاضطراب في العمليات النفسية الأساسية. وبكل الأحوال لا بد من الإشارة إلى أن الصعوبة التعليمية ليست مقتصورة على مرحلة عمرية دون غيرها، بالرغم من أنها تختلف في أشكالها وفق المرحلة العمرية، لكنها تتضح كلما تقدم الطفل بالعمر، فهي أكثر وضوحاً في المرحلة الابتدائية منه في مرحلة ما قبل المدرسة، ويفترض معالجتها بشكل مبكر وإلا يمكن أن تستمر لمراحل لاحقة وتؤثر بشكل سلبي على نمو وتطور الطفل.(آل عزيز، 2013)، ويتضح مما سبق أن

الطفل الذي يعاني من الصعوبات التعليمية هو طفل لا يعاني من إعاقة عقلية، أو حسية (سمعية، أو بصرية)، أو حرماناً ثقافياً، أو بيئياً، أو اضطراباً انفعالياً، بل هو طفل يعاني اضطراباً في العمليات النفسية الأساسية التي تشمل الانتباه، الإدراك، تكوين المفاهيم، التذكر، حل المشكلات، يظهر صدها في عدم القدرة على تعلم القراءة، والكتابة، والحساب، وما يترتب عليه من تأخر سواء في المدرسة الأساسية، أو فيما بعد، على شكل قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة على المستوى التعليمي الذي يصل له زملائه من نفس الفئة العمرية على الرغم مما لديه من قدرات عقلية. وأخيراً لا بد من الإشارة إلى أن تسارع النمو لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (رياض الأطفال)، وبسبب عدم قدرتنا على التنبؤ بمعدل تسارعه نتيجة الفروق الفردية بين الأطفال، ربما تجعل عملية تشخيص صعوبات التعلم في هذه المرحلة تتسم بعدم الدقة والموضوعية، ولذلك لا بد للمربين، والأهل والعاملين في حقل رياض الأطفال، إلا يسرعوا في الحكم على الطفل، وتصنيفه على أنه من ذوي صعوبات التعلم، إذ أن هذه الصعوبات قد تكون مؤقتة في مرحلة الطفولة المبكرة، انطلاقاً من أن صعوبات التعلم تصبح أكثر وضوحاً في المرحلة الابتدائية منه في مرحلة ما قبل المدرسة.

ثالثاً: تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة:

لكي تكون عملية تشخيص صعوبات التعلم صادقة وموضوعية يجب الحصول على معلومات دقيقة من المعلمين، والأهل، وأصحاب العلاقة، إضافة إلى سجلات التاريخ النمائي الاجتماعي، والأخذ بعين الاعتبار أثناء عملية التقييم نوع السلوك، وتكراره، وشدته، ومدته، لأن ذلك يساعد على تحديد الصعوبة التعليمية التي تحتاج إلى اهتمام ومعالجة. (Mercer, 1997)

ويمكن حصر الهدف من التشخيص للأطفال ذوي صعوبات التعلم بالآتي:

- الكشف عن نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل.
- الكشف عن المشكلات النمائية لدى الطفل العجز في (الانتباه، الإدراك، الذاكرة، التفكير، اللغة...).
- التمييز بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى.
- المساعدة في الوقاية من خطر تفاقم المشكلات الناجمة عن صعوبات التعلم، وذلك عن طريق التدخل المبكر.
- تحديد الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم أكاديمية وتحديد نوع الصعوبة التي يعاني منها (قراءة، كتابة، حساب).

• تقديم المساعدة للتربويين لوضع البرامج العلاجية اللازمة.

• التشخيص يساعد الباحثين في الفهم الدقيق لمشكلات صعوبات التعلم.

وقد بينت العديد من الدراسات بأن التشخيص والكشف المبكر في مستوى الروضة، كان له تأثيراً إيجابياً في تعليم ذوي صعوبات التعلم في الصفوف التالية. (Torgeson, Morgan, and Davis, 1992, Foorman, 1995)، ويعتمد الفاحصون في تشخيصهم لأطفال الروضة على ملاحظات ومشاهدات الآباء، والمعلمين، ومقاييس التقدير، والتشخيص الطبي، والاختبارات المعيارية.

ولكي يتم تشخيص وتقييم صعوبات التعلم لدى الأطفال في رياض الأطفال بصورة دقيقة فإن الأمر يتطلب اللجوء إلى العديد من الإجراءات، والتي تتضمن:

1. دراسة الحالة:

ويتم من خلالها التعرف على كل المعلومات الخاصة بالطفل وذلك من الوالدين، أو من الأخصائيين الذين تعاملوا مع الطفل حتى نتعرف على حالته الصحية، ومشكلاته الصحية، وما يكون قد مر به من أحداث غير عادية منذ ولادته وذلك لتبيان مدى تأثيرها عليه، والتعرف على تطوره النمائي بما يمكن أن يفيد في عملية علاجه.

2. الملاحظة الأكلينيكية:

وتستخدم من قبل المربية، أو الأخصائي، أو الأهل، أو من قبلهم جميعاً، وذلك في سبيل جمع المعلومات، التي تتعلق بهذا الطفل، وأهم ما يتميز به من خصائص نفسية، وسلوكية كي يتمكنوا من تقديم الرعاية اللازمة له، وهنا تستخدم الملاحظة المباشرة لعدد من السلوكيات والأنشطة التي يقوم بها الأطفال وهم في غرفة الصف، أو باحة الروضة، وفي حال لاحظت المربية أن هناك ضعف واضح لدى الطفل في معرفة الألوان، أو تسمية أجزاء الجسم، أو العد من (1-10) غيباً، أو مقارنة الحجم، أو الضعف في التمييز بين (تحت، فوق، قبل، بعد، أكبر، أصغر)، أو التعرف على أسمه، أو جنسه، أو أسرته، أو لاحظت المربية ضعف لدى الطفل في المهارات الحركية الدقيقة الكبيرة والصغيرة من مثل (الوثب، الحجل، الإمساك بالكرة، القص..... وغيرها)، أو تأخر واضح في الكلام، وفهم اللغة، وسلامة النطق، أو القصور الواضح في التفاعل مع الأقران، أو التعرف على مهارات الأكل والشراب، ومهارات العناية بالذات، ومهارات العادات الصحية الجيدة، فإن هذه الملاحظات التي تقدمها المربية أو من في حكمها يعنى بالأطفال في مرحلة رياض الأطفال تعتبر دليلاً على وجود صعوبات تعلم لدى هؤلاء

الأطفال، ولا بد من التنويه انه يجب استبعاد الحالات التي تعود إلى الإعاقات المختلفة سواء العقلية، أو السمعية، أو البصرية، أو الحرمان البيئي والثقافي والاقتصادي.

3. الاختبارات المقننة:

تقدم الاختبارات المقننة تقييماً لمستوى الأداء الحالي لمظاهر صعوبات التعلم من جهة، ومن ثم تحدد هذه الاختبارات البرامج العلاجية المناسب لجوانب الضعف التي تم تقييمها، ومن هذه الاختبارات المقننة، اختبار القدرة العقلية العامة من مثل مقياس ستانفورد بينيه، أو مقياس وكسلر للذكاء وتهدف هذه المقاييس إلى تحديد مدى كفاءة القدرة العقلية للطفل، إذ يعد تحديد القدرة العقلية للطفل المعيار الأول في تشخيص مظاهر صعوبات التعلم للطفل، ففي حال أثبتت اختبارات الذكاء أن القدرة العقلية تقع ضمن حدود الاعتدال، أي ما بين نسبة ذكاء (85-155)، أظهر الطفل في الوقت نفسه قصوراً واضحاً في التحصيل الأكاديمي فإن ذلك يعد مؤشراً أولياً على وجود حالة من حالات صعوبات التعلم، وهناك اختبارات التكيف الاجتماعي، وتهدف هذه الاختبارات إلى التعرف على مظاهر النمو، والتكيف الاجتماعي للطفل، وذلك للكشف عن المظاهر السلبية في تكيفه الاجتماعي، واختبارات القدرة اللغوية، وأشهرها اختبار الينوي للقدرة السكو لغوية، والاختبارات الحركية، واختبارات القراءة، ومقياس التقدير لمايكل بست، إن الخصائص السلوكية التي يتم تقييمها بمقياس التقدير لمايكل بست هي التي يمكن ملاحظتها من قبل المربين على اعتبار أنهم الأكثر قرباً منهم، ويتعاملون معهم بشكل مباشر، ويركز المقياس على الاتصال اللفظي، وغير اللفظي، فبعض الأطفال ممن يعانون من اضطرابات في اللغة، لا يظهرون اضطراباً في السلوك الاجتماعي، وبعضهم ممن يعانون من اضطرابات في الخصائص غير اللفظية ليس لديهم اضطراب في الاتصال اللفظي، والبعض الآخر يعاني من صعوبات في الجانبين اللفظي وغير اللفظي، ومنها الاختبارات الخاصة بقياس صعوبات التعلم، ويتم عن طريقها التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم كاختبار تطوير الإدراك البصري، والقدرة النفس اللغوية، والمقياس الذي أعده أحمد عواد عام (1994)، للتعرف على صعوبات التعلم النمائية لأطفال الروضة. (محمد، 2011)

4. إجراء وصف سلوكي شامل وموسع للصعوبة:

حيث يتم وصف شامل للصعوبة التي يعاني منها الطفل، والبحث فيما إذا كانت تتطلب إجراءات وقائية، أو علاجية، أو نمائية، فعلا سبيل المثال إذا كان الطفل يعاني من تأخر لغوي فإنه يجب تحديد القصور، أو الضعف النوعي في الجوانب الفرعية للتأخر اللغوي، وذلك للعمل على تحليل سلوكي للتأخر اللغوي للطفل، ومعرفة هل يعود هذا التأخر إلى ضعف في الكلام

الداخلي (الذاتي)، أم يعود إلى ضعف في اللغة الاستقبالية، أم في استخدام اللغة التعبيرية.....أم غير ذلك.

5. تحديد الأسباب التي ترتبط بالصعوبة التعليمية التي تم تحديدها:

ويقوم بذلك فريق متكامل من المختصين مكون من الأطباء، وأطباء الأعصاب، وأخصائي أمراض الكلام والنطق، وأطباء السمع، وأخصائي القياس التربوي والنفسي، والأهل، والمربي، لمتابعة حالة الطفل، ويجب التنويه إلى ضرورة عدم الاعتماد على وسيلة واحدة في التشخيص، وإنما الاعتماد عليها جميعاً في عملية التقييم والتشخيص، ويشير السيد نقلاً عن سالي ويرنر (Sally Werner)، إلى مجموعة من الأسئلة والاستفسارات وضعت ضمن قائمة عرفت باسم (قائمة سالي لمساعدة المعلم في تشخيص صعوبات التعلم)، والإجابة عنها بدقة يعتبر رصداً لأهم الخصائص والمظاهر السلوكية، والتي تشير بصورة نهائية إلى أن الطفل من ذوي صعوبات التعلم، ويجدر الإشارة إلى أن هذه الأسئلة والاستفسارات قد تم وضعها في حال الطفل في المدرسة، (أبو فخر، زحلق، المللي، 2018)، ولكن مع ذلك يمكن الاستفادة منها بشكل أو بآخر في حال الطفل في الروضة إذ أن اكتشاف أكثر من مظهر منها قد يكون مؤشراً لصعوبات دراسية لاحقة، ومؤشراً لضرورة التدخل المبكر، ومن أهم هذه الأسئلة والاستفسارات، الآتي:

1. هل يستطيع الطفل تفسير البيئة ومعنى ما يراه؟
2. هل يستطيع الطفل مطابقة الألوان مع الأشكال؟
3. هل يستطيع الطفل أن يميز الأشياء والصور البصرية (المنظورة) بسرعة ؟
4. هل يستطيع الطفل تجميع الألغاز؟
5. هل يستطيع الطفل التعبير عن الأفكار بشكل حركي (غير لفظي)، عن طريق الحركات والرسومات؟
6. هل يستطيع الطفل إبقاء انتباهه على المثيرات السمعية البصرية؟
7. هل يمكن التشويش على الطفل وتشيت انتباهه بسهولة؟
8. هل يستطيع الطفل التمييز بين صورتين، أو شيئين بصريين، أو بين كلمتين سمعياً، أو بين شيئين لمسياً؟
9. هل الطفل يتغير مستواه الدراسي من يوم إلى يوم، ومن مادة إلى أخرى؟
10. هل يبدي الطفل تبايناً واضحاً في المجالات النمائية لديه؟
11. هل يستطيع الطفل التمييز بين اليمين واليسار؟
12. هل يستطيع الطفل أن يتذكر بشكل فوري ما سمعه، أو رآه، أو أحس به؟

13. هل يستطيع الطفل تقليد الإشارات؟

14. هل يمتلك الطفل مهارة التآزر الحركي البصري؟ (شليحي، 2021)

رابعاً: مظاهر صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة:

إن مظاهر صعوبات التعلم متعددة، ومتنوعة، ولكنها لا تظهر جميعها على كل فرد يعاني من صعوبات التعلم، إنما قد يظهر مظهراً، أو أكثر من هذه المظاهر، ولا بد من الإشارة إلى أن هذه المظاهر تختلف قد تختلف من فرد إلى آخر نوعاً وكماً، وحسب الأسباب التي أدت إليها، كما تجدر الإشارة إلى أن مظاهر صعوبات التعلم لا ترتبط بالمدرسة فقط، وإنما تبدو جلية وواضحة في مرحلة ما قبل المدرسة (الروضة)، إذ أنها تأخذ صورة أعراض تعد مؤشراً على وجود عيب أو اضطراب في العمليات النفسية التي تلزم للتعلم المدرسي، التفكير، أو الكلام، أو الفهم، أو اللغة، أو الإدراك، أو الانتباه، أو القدرات الحركية، أو السلوك الاجتماعي.... إلخ من العمليات النفسية، وعلى الرغم من أن طفل الروضة قد يعاني من صعوبات التعلم في جانب، أو أكثر من جوانب النمو، أو العمليات النفسية، إلا أنه قد يكون متميزاً في جوانب أخرى؛ فعلى سبيل المثال قد نجد طفلاً يتمتع بذاكرة قوية، إلا أن إدراكه للأمور ليس كما يجب، كما ينطبق ذلك على المجال اللغوي فقد يفهم الطفل الكثير مما يقال له، أو يسمعه، إلا أنه يواجه مشكلة في التعبير الشفوي عنه، وقد يتمتع بذاكرة بصرية جيدة، إلا أن ذاكرته السمعية ضعيفة، وهذه المظاهر الخاصة بهذه المرحلة العمرية كما يشير الأخصائيون تعد مؤشراً لصعوبات تعلم لاحقة في المدرسة، (أبو فخر، زحلق، الملي، 2018)، ومن المظاهر المهمة الدالة على صعوبات التعلم لدى الأطفال في مرحلة الروضة والتي تعد مؤشرات أساسية لضرورة التدخل المبكر، وتوفير الخدمات والبرامج العلاجية الملائمة لهذه المظاهر:

1. المجال الاجتماعي الانفعالي:

تعتبر المرحلة الأولى من حياة الأطفال العاديين هي فترة إنجازات نفسية كبيرة، إذ إن الأطفال تتشكل شخصيته المستقبلية في السنوات الأولى من حياتهم، أما ذوي صعوبات التعلم فيبدو عليهم الانعزال ولا يستطيعون، مواكبة أقرانهم من حيث تعلمهم، أو من حيث بناء علاقات اجتماعية بناءة، الأمر الذي يجعل نظرتهم إلى أنفسهم تختلف عن رؤية أقرانهم من نفس الفئة العمرية، ولذلك نلاحظ بأن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يميلون إلى معايشرة الأطفال الأصغر منهم سناً، وإلى العزلة، وعدم الانخراط مع أقرانهم في النشاطات الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى تكوين مفهوم ذات سلبي لديهم، وعدم الشعور بالأمن، وعدم القدرة على أداء متطلبات الحياة الاجتماعية، كما أنهم وبسبب ضعف إنجازاتهم التعليمية في الصف، وبالتالي عدم تلقي

التشجيع الاجتماعي، مما يؤدي بهم إلى الشعور بالإحباط، والانعزال، وقد يؤدي البعض منهم إلى اللجوء إلى السلوك العدواني كحالة من التعويض، ومن أهم السلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، الآتي:

- العزلة الاجتماعية.
- الخجل.
- عدم القدرة على توكيد الذات.
- الاكتئاب، والشعور بالإحباط والفشل.
- الشعور بالدونية والعجز.
- عدم القدرة على التكيف مع الأصدقاء.
- الغضب، والعدوان، والاعتمادية.
- فقر في المهارات الاجتماعية، وعدم القدرة على التواصل الجيد مع الآخرين.
- مشاعر سلبية تجاه الذات.
- الفوضى، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية. (الحميضي، 2020)

2. المجال اللغوي:

تعد المظاهر اللغوية من أهم المظاهر التي يتميز بها ذوي صعوبات التعلم:

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

إذ يجد الطفل صعوبة في التهجئة، ومن ثم في القراءة، وقصوراً في التعامل مع ما يكتب أمامه، ويمكن أن تعزى أسبابها إلى خلل عضوي، ووظيفي في الدماغ، وهذا العجز على مستوى اكتساب القراءة مصنف عالمياً في إطار اضطراب اللغة الشفهية والمكتوبة، حيث أن صعوبات القراءة تمثل أكثر صعوبات التعلم الأكاديمية شيوعاً؛ بحيث أن (60-70%) من المسجلين في برامج ذوي صعوبات التعلم يعانون من صعوبات في القراءة. (كنزة، نور الدين، 2021)

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 أنه يخطئ كثيراً عند كتابة الإملاء نحيواً، ولغويًا، ولا يوجد لديه تنسيق أو تنظيم بين الكلمات، أو الأحرف، أو السطور .

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

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

د- تأخر ظهور الكلام: (language delay)

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

وقد يظهر أحياناً صعوبات في اللغة العامة التي يتصل بها مع الآخرون، أو في التعبير الشفوي، أو أخطاء في النطق كالحبسة الكلامية، أو التأتأة، أو التلعثم، أو تغيير في الكلمة عن طريق إبدال حرف أو أكثر، أو حذف حرف، أو أكثر، أو إضافة. (الرحال، موسى، 2020)

3. المجال الإدراكي:

يقد بالإدراك العملية التي يتم فيها تعرف المعلومات، وتفسيرها، وهو بهذا الشكل يعني القدرة العقلية التي تعطي المعاني للمنبهات الحسية والأساس في المعرفة والعمليات العقلية العليا كالتحليل والتخيل والتجريد.... وغيرها، والعملية الإدراكية تبدأ باستقبال وسيلة أو أكثر من وسائل الحس للمعلومة أو المثير، ومن المعروف ان هناك اختلاف بين الأطفال في الوسيلة التي يفضلونها أكثر من غيرها في استقبالهم للمعلومات وتمثلها، فمنهم المبصرون الذين يتعلمون بشكل أفضل عن طريق حاسة البصر، ومنهم من يتعلم أكثر عن طريق حاسة السمع ويسمون السمعيون، ومنهم الحركيون الذين يتعلمون عن طريق الكتابة، وهذا يعني اعتماد بعض الأفراد على إحدى قنوات الاستقبال للمعلومات أكثر من غيرها، ونتيجة لمرحلة النمو المختلفة التي مروا بها، مع التنويه إلى العملية التكاملية ما بين أنظمة الاستقبال جميعها وسلامتها وفعاليتها على استخدام أكثر من وسيلة استقبالية في الوقت نفسه، ومما يلاحظ على الأطفال ممن هم في سن الروضة، الاضطراب في النمو ما بين أنظمة الاستقبال وتكاملها، فمثلاً الطفل العادي يكون قادراً على استقبال المعلومة من خلال أداة أو وسيلة استقبال واحدة من المربية، والكتاب المصور لديه، أو عن السبورة، في حين الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم يكون غير قادر على سماعها من المربية، أو النظر إليها على السبورة، أو الكتاب المصور لديه، أو غير قادر على كلتا الحالتين معاً، وهذا يعني عدم القدرة على استقبال المثيرات السمعية والبصرية معاً في ان واحد، ونظراً لما تتطلبه الكثير من المهمات التعليمية من استخدام أسلوب، أو وسائل، أو حواس البصر والسمع والحركة واللمس، فإن الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التكامل ما بين هذه الوسائل

أو أنظمة الاستقبال سوف يواجهون صعوبة في التعلم في حال عرضت عليهم المثيرات الحسية في الوقت نفسه، وبشكل خاص إذا ما تم عرضها بشكل سريع.(أبو فخر، زحلوق، المللي، 2018)، ومن أهم الاضطرابات في هذا المجال الاضطراب في الإدراك السمعي، والاضطراب في الإدراك البصري:

❖ الاضطراب في 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.

❖ الاضطراب في الإدراك 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، ولا سيما المتشابهة منها (ع-غ)، (ح-خ-ج)، وكذلك الأرقام، ونجد لديهم بطناً 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.

4. المجال الحركي:

من أهم المظاهر الحركية التي يمكن ملاحظتها على الأطفال من ذوي صعوبات التعلم في مرحلة الروضة، استمراراً ونشاطاً حركياً زائداً، إذ أنهم كثيرون الحركة، ولا يستقرون على حال، وبالرغم من أنهم ينزعون إلى الحركة الزائدة المستمرة، فإنهم يتصفون بعدم التوازن في الحركة والمشية، ولا يعود ذلك إلى خلل جسماني، إنما يعود إلى اتصاف ذوي صعوبات التعلم بالسلوك غير المقبول اجتماعياً، ومن هذه المظاهر الحركية أيضاً الرعونة والارتباك في إداء المهارات الحركية، كالمشي، والركض، والقفز، والرمي، وصعود الدرج..... وغيرها، كما يتصف الأطفال ذوي صعوبات التعلم بالمداومة والاستمرارية والتي تتمثل بصعوبة الانتقال من مهمة إلى أخرى،

فيمكن أن يستمر بكتابة كلمة واحدة أسطر متعددة دون ملل، كما يلاحظ عليهم الاضطراب في أداء المهارات الحركية الدقيقة، التي تقوم بها العضلات الصغيرة كالمعصم، والأصابع، وعضلات الصوت، من مثل البطء في ارتداء الملابس، وتعلم الأكل، وتجميع الأزرار، ومسك القلم، أو المقص، وصعوبة في التآزر الحركي البصري، والذي يتضح أثناء تنفيذ المهارات المركبة التي تتطلب تلاؤم عين- يد من مثل القص والتلوين والرسم، والمهارات الحركية والرياضية، وضعف القدرة على توظيف الأصابع أثناء متابعة العين بالشكل المطلوب. وبالنتيجة فإن هذه المظاهر الحركية يمكن تعرفها وتحديدتها من خلال الملاحظات المباشرة من قبل المعنيين بالأطفال في مرحلة الروضة، ومقارنتها بالمظاهر النمائية للأطفال العاديين من نفس الفئة العمرية. (آل عزيز، 2013)

خامساً: أساليب علاج صعوبات التعلم عامة وفي الروضة خاصة:

لقد تعددت الأساليب والاتجاهات في علاج صعوبات التعلم باختلاف الاختصاصات التي اهتمت بهذا الميدان من ميادين التربية الخاصة، كأطباء الأعصاب، ولأخصائيين النفسين والاجتماعيين، ولذلك يمكن سوف يتم التحدث عن ثلاثة أنواع رئيسة لعلاج صعوبات التعلم، وهي:

أولاً: التدريب القائم على تحليل المهمة:

يعتبر التدريب القائم على تحليل المهمة احد الأساليب المهمة في علاج صعوبات التعلم، ويعتمد هذا الأسلوب على تبسيط المهمات المعقدة، بما يساعد على إتقان مكوناتها بشكل مستقل، بحيث يتم اختصار المهمة التعليمية المطلوبة إلى الحد الذي يمكن الأطفال من الاستجابة، ومن ثم الانتقال إلى الخوة الثانية، وهكذا ليصل الأطفال إلى تعلم السلوك الأكثر تعقيداً، وعلى ذلك فإن هذا الأسلوب يتضمن توجيه الطفل نحو تأدية المهمة خطوة بخطوة إلى أن يستطيع تأديتها كاملاً بنجاح. ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب المهمة والمناسبة للأطفال غير العاديين، حيث يعرف بأنه الأسلوب الذي يعمل فيه المربي، أو المعلم على تحليل المهمة التعليمية إلى عدد من مكوناتها، أو خطواتها بطريقة منظمة متتابعة، أو ما يسمى بالمهام التعليمية الفرعية؛ حيث تحدد نقطة البداية (المهمة الفرعية الأولى)، ثم تحدد المهمات الفرعية التالية حتى يتم تحقيق السلوك النهائي. (القمش، 2012)

ثانياً: التدريب القائم على العمليات النفسية:

تعتمد هذه الطريق على تصميم أنشطة تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم، وحسب ما اشار اصحاب هذه الطريقة

أن التدريب عبي عملية إدراكية ما يساعد في نمو وتحسن الأداء الوظيفي لتلك العملية، وتسهيل عملية التعلم لدى الطفل، والعمليات الإدراكية تشمل (الإدراك البصري للأشكال، والإدراك البصري للشكل والخلفية، والتمييز البصري، والتكامل البصري، والحركي، والإغلاق البصري، وإدراك العلاقات المكانية، والذاكرة البصرية، والتمييز السمعي، والذاكرة السمعية، والإغلاق السمعي)، وتعتمد هذه الطريقة على إجراء تقييم دقيق لتحديد المشكلات الإدراكية المسؤولة عن صعوبة التعلم، ومن ثم تصميم التدريب الملائم للعملية الإدراكية المطلوب تصحيحها، ويتم في هذه الطريقة استخدام عدة أساليب منها:

1- التدريب النفس لغوي:

إذ يتم التدريب هنا على التأزر البصري الحركي، ويتم استخدامه بشكل خاص في علاج صعوبات القراءة والكتابة، ولقد تم تطوير اختبارات وتدريبات مقننة في هذا المجال وأشهرها برنامج كيرك ورفاقه، وبرنامج فروستج (Frosting)، وكيفارت (Kephart)، ويتضمن برنامج فروستج تدريبات لرسم الخطوط بين نقاط مختلفة وتختلف هذه الخطوط، فبعضها يصل بين نقاط على خط مستقيم، وبعضها خطوط منحنية بأشكال مختلفة، وتقيد هذه التمارين في التأزر البصري الحركي (حركة اليد مع العين)، والانتقال في اتجاه معين، ويؤكد فروستج أن لها أثر مباشر في تحسين القدرة على القراءة والكتابة.

2- التدريب باستخدام الحواس المتعددة:

يعمل هذا الأسلوب على استخدام الحواس المختلفة (البصر، السمع، اللمس، الشم، الحاسة المكانية)، في التدريب على العمليات الإدراكية، ويقوم هذا الأسلوب على افتراض أن الطفل يتعلم بشكل أسهل إذا تم توظيف أكثر من حاسة في عملية التعلم، وقد استخدم كل من فيرنالدوجلنجهام هذا الأسلوب في تعليم القراءة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

3- التدريب المعرفي:

يعمل هذا الأسلوب من خلال التدريب على تحسين استراتيجيات الطفل في فهم وتنظيم عمليات التفكير المختلفة على اعتبار أن استراتيجياته السابقة غير ملائمة لعملية التعلم، ويتضمن هذا الأسلوب إجراءات متعددة، من أهمها، التعليم الذاتي، الضبط الذاتي.

ثالثاً: الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب القائم على تحليل المهمة، والتدريب القائم على العمليات النفسية:

كان التدريب القائم على العمليات النفسية هو المنهج الأكثر شيوعاً في أوساط البرامج التربوية لذوي صعوبات التعلم، وأستمر ذلك حتى أواخر الستينات من القرن الماضي، حيث برز اتجاه

التدريب القائم على تحليل المهمة، والذي اعتبره العاملين في مجال صعوبات التعلم أكثر ملائمة للاحتياجات الفردية للأطفال، وعلى الرغم من أن الجدل بين أنصار كل اتجاه لا زال قائماً، إلا أن الاتجاه الأكثر قبولاً في أوساط المختصين في الوقت الحاضر هو الجمع بين الاتجاهين والاستفادة من الميزات الإيجابية لكل منهما. (القمش، المعايطه، 2007)؛ أما أساليب علاج صعوبات التعلم في الروضة، فتتضمن:

1. المعالجة البصرية:

يبدو أن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم يواجهون مشكلة في سرعة تعرف الكلمات، أو في استدعاء الصورة الذهنية لأنهم يستقبلون الصورة الذهنية أبطأ من المعتاد، إن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى فترة أطول لتفسير ما شاهده، دون تدخل مثيرات جديدة، حيث تشير بعض الدراسات إن الصورة الذهنية اللاحقة (المتبقية)، تبدو كأنها تظل ثابتة لفترة طويلة؛ إذ تتداخل معها الصورة الذهنية الثانية وذلك عندما تكون الأولى قيد المعالجة، وهذا ما يؤدي إلى الاضطراب الإدراكي لهذه الصورة. (Richards, et al, 1990)، ومن النشاطات المهمة في معالجة هذه المشكلة والتي تساعد على تحسين الإدراك البصري للأطفال ذوي صعوبات التعلم في مرحلة رياض الأطفال (تصنيف مجموعة مكعبات، أو أزرار مثلاً على أساس اللون، أو الحجم، أو الشكل، تلوين أشكال هندسية من مثل المربع، الدائرة، المستطيل، أو استدعائها من الذاكرة، بعد عرض نماذج منها على الطفل ذوي الصعوبة، أو التعرف على جزء ناقص من لوحة معينة، أو صورة، أو الطلب من الطفل تذكر ما شاهده في صورة معينة بعد عرضها عليه لمدة تتناسب مع المرحلة العمرية، إعادة ترتيب أدوات على المكتب كما كانت، إعادة ترتيب الشكل واللون، والموقع، التدريب على ترتيب صور بنفس ترتيبها، وصف مشهد في فلم كرتون، سؤال الطفل عن تفاصيل مشهد في فلم كرتون)، وذلك بالاعتماد على الذاكرة البصرية، هذه الأنشطة وغيرها من الأنشطة المشابهة لها والتي تستخدم مع هؤلاء الأطفال من قبل المربية أو من يعتني بالأطفال في سن الروضة، يساهم بشكل كبير في تنمية الإدراك البصري لدى الطفل.

2. المعالجة السمعية:

إن المعلومات المستخلصة من أكثر من مائة دراسة تشير إلى أن قدرات المعالجة السمعية تأتي في المرتبة الثانية بعد الذكاء من حيث تأثيرها في نجاح عملية القراءة، إذ تعد القدرة على التحليل، والتركيب، وتذكر المثيرات السمعية ذات أهمية بالغة في للتقدم في عملية القراءة، وكلما كان الطفل أقدر على تجزئة الكلمات وتحليلها إلى الأصوات كان أكثر قدرة على القراءة،

ومن النشاطات المستخدمة لمعالجة هذه المشكلة لدى الأطفال في مرحلة رياض الأطفال، على سبيل المثال لا الحصر:

❖ الطلب من الأطفال وذلك بعد أغماض أعينهم الاستماع إلى اصوات من مثل صوت سيارة، حيوان، طائرة، رنين جرس.

❖ عملية التمييز السمعي كأن يطلب من الأطفال أن يغمضوا أعينهم ومن ثم تحديد الجهة التي يأتي منها الصوت، وإعطاء مواصفات لهذا الصوت من حيث هل الصوت قريب، أم بعيد، قوي، أم ضعيف، يأتي من اليمين، أم من اليسار.

❖ الذاكرة السمعية كان يطلب المربي من الطفل حفظ كلمتين وتكرارها، ثم ثلاثة، ثم أربعة وهكذا.

❖ التدريب على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها.

❖ التدريب على إعادة الأرقام بالعكس.

❖ التدريب على إعادة مضمون قصة يلقاها المربي.

ولا بد من الإشارة إلى أن قدرات الإدراك السمعي في مرحلة الطفولة (رياض الأطفال) أكثر ارتباطاً بالنجاح في القراءة، مقارنةً بمهارات الإدراك البصري.

3.المعالجة الحركية:

لا بد من التنويه بداية قبل الحديث عن الأنشطة المستخدمة للمعالجة الحركية إلى أن معظم الأطفال ذوي صعوبات التعلم، يعانون من اضطراب نيورولوجي المنشأ في المجال الإدراكي - الحركي، وأن هذا الاضطراب هو السبب في عدم القدرة على التعلم ولذلك حتى يتمكن الطفل من التعلم تعلماً طبيعياً؛ فإن الأمر يتطلب البدء بعلاج جذور المشكلة، وهي الاضطراب في المجال الإدراكي الحركي، ومن أهم الأنشطة المستخدمة لعلاج هذه المشكلة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مرحلة رياض الأطفال تنمية القدرة على نشاطات:

❖ الحركات الكبيرة وذلك من خلال أنشطة تعتمد على تحريك مختلف أجزاء الجسم بشكل سهل من مثل (القفز، المشي، الوقوف برهة من الزمن على أجر واحدة، الرمي، رمي الكرة إلى قرين ومن ثم التقاطها من القرين عند إعادتها إليه وغيرها).

❖ نشاطات الاتزان من مثل (ألعاب الحبل).

❖ نشاطات الحركات الدقيقة من مثل (القص كقص الأشكال، الصور، الرسم، التلوين، متابعة خطوط، صور، أحرف، الإعداد، سكب الماء في أواني مختلفة الحجم وكلما كان الإناء

أصغر كان أداء المهارة أصعب، المشي إلى الأمام، أو الخلف، وضع اليد اليمنى على الكتف الأيسر، واليد اليسرى على الأذن اليمنى).

كما لا بد من الإشارة إلى أن الأطفال الأسوياء يكون نموهم الإدراكي- الحركي نمواً ثابتاً وسليماً عند بلوغهم سن السادسة ، في حين يضطرب هذا النمو عند البعض الآخر، ويتكون لديهم إدراك غير سليم، أو غير مطابق للواقع هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات في التعامل مع الأشياء الرمزية لافتقارهم إلى إدراك واقعي، وسليم، وثابت للعالم الذي يحيط بهم، وحتى نتمكن من علاج هذه الصعوبات فإنه يجب البدء بتحسين المهارات الحركية الإدراكية، ومن أهم الأنشطة المقترحة في البرامج العلاجية المبنية على مبادئ نظرية الاضطراب الحركي الإدراكي، الأنشطة الحسية الحركية، الأنشطة الحركية البصرية، الرسم، التدريب على التوازن، أنشطة لتقوية الإحساس بالاتجاهات،

4.المعالجة اللمسية الحركية:

لزيادة الإثارة اللمسية، والإحساس بالحركة لدى الطفل أثناء التعلم يمكن للمعنيين بعملية التعلم استخدام الأحرف، والأرقام المكتوبة بورق الزجاج، أو الأحرف البارزة، أو الدهان بالأصابع، أو أحواض الرمل، وقد استخدم كل من فيرنا لد، وجلنجهام هذا المنحى في تعليم القراءة للأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومن النشاطات في هذا المجال:

❖ يغلق الطفل عينيه ويلمس أشياء مجسمة (خشب، معادن، ورق، أطعمة)، ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب الذي لمسها فيه.

❖ يلمس الطفل عدة مثيرات مختلفة (خشن، بارد، ساخن....) ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب الذي لمسها به. (آل عزيز، 2013)