كلية التربية

قسم التربية الخاصة

مدخل إلى التربية الخاصة

السنة الأولى

مدرس المقرر

د. يمان شمّا

العام الدراسي 2025/2026

الطفل غير الاعتيادي

يمكن القول ابتداءاً ان كل طفل معاق هو طفل غير اعتيادي وليس كل طفل غير اعتيادي هو طفل معاق.

والطفل غير الاعتيادي هو ذلك الطفل الذي ينحرف انحرافاً ملحوظاً عن اقرانه الاعتياديين في جانب أو اكثر من الجوانب العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية، ويتطلب ذلك الانحراف رعاية وعناية خاصة من خلال تقديم الخدمات المختلفة التي تتناسب مع ذلك الانحراف ونوعه.

لذلك يخضع تحت مفهوم الطفل غير الاعتيادي كلا من المعاقين والمتفوقين. والطفل المعاق عقلياً مثلا هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع من الأداء العقلي كأقرانه الاعتياديين وما يفرزه ذلك من تأثير في الجوانب الاخرى وخاصة الاجتماعية والانفعالية لذلك فهو يحتاج إلى برامج وخدمات تتناسب وقدراته العقلية واستعداداته الخاصة.

أما الطفل المتفوق فهو الآخر طفل غير اعتيادي لان اداؤه العقلي وما يرتبط به من نواحٍ أخرى، يتميز عن أقرانه الاعتياديين، ويتطلب ذلك برامجاً تتناسب وقدراته وامكانياته واستعداداته.

لذلك فان المصطلح الامريكي Exceptional Child يشمل المعاقين والمتفوقين الذين ينحرفون إنحرافاً ملحوظاً عن الاعتياديين.

ولابد من التمييز بين مصطلحى Abnormal و Exceptional إذ أن الاول يقتصر على المعاقين فقط، بينما الثاني يضم كل من المعاقين والمتفوقين.

ان الطفل المعاق هو ذلك الطفل الذي يعاني من ضعف أو قصور في وظيفة أو أكثر من وظائفه وبدرجات متفاوتة يجعل اداؤه المرتبط بذلك ليس بالمستوى الذي يتناسب مع اداء أقرانه الاعتياديين. ويكون التعرف على دونية الأداء خاصة العقلي منها من خلال المؤشرات المادية أو التربوية أو النفسية. كذلك

يحتاج الطفل الى حاجات تعليمية وتربوية قد تختلف عما يتطلبه الطفل الاعتيادي، ولكي يكون هناك نوع من التعويض لضعفهم وقصورهم.

ولكن المهتمين اختلفوا في نظراتهم حول الطفل المعاق فمنهم من يؤكد على الجانب العقلي، وآخر يؤكد على الجانب الجسمي والسلوكي، وهناك من يؤكد على النضج الاجتماعي.

فعلى سبيل المثال يرى دون Dunn [1] الطفل المعاق هو الطفل الذي تنحرف خصائصه الجسمية والسلوكية بحيث تكون معرقلة لعملية التعلم الأمر الذي يتطلب اجراءات التربية الخاصة وأهدافها. بينما نظر تاونسند (Townsend) [2] بشكل اكثر شمولية من دون Dunn حيث حدد مفهوم الاعاقة بما يلي:

1- نوع من الخلل البدني والفسيولوجي والسيكولوجي في الإنسان.

2- تعد الاعاقة حالة اكلينكية متزامنة تؤثر في العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية.

3- تعد الاعاقة نوع من القصور الوظيفي في الانشطة العادية سواءا كانت تلك الأنشطة تجري بصورة فردية أو جماعية.

4- الاعاقة حالة سلوكية مميزة لها مظهر غير طبيعي اجتماعياً.

5- الاعاقة تتحدد اجتماعياً حسب الفئة والمكانة التي يشغلها المعاق في المجتمع.

تأتي الاختلافات في وجهات النظر حول مفهوم الاعاقة لانه مفهوم ينطوي تحته انماط كثيرة ومتعددة وأسبابه كثيرة جداً، كما أن المهتمين بهم لا يمثلون شريحة واحدة وانما عدة شرائح فضلاً عن ان المجتمعات ليست متطابقة في وجهات نظرهم في أمور كثيرة ومن ضمنها مفهوم الاعاقة لأن ذلك يرتبط بتراثهم الحضاري والثقافي، وما فيها من قيم واعراف وتقاليد. فمن يكون معاقاً في مجتمع

---

(1) Dunn, L.M., (1973) Exceptional Children in Speical Education in Transition-NewYork: Holt, Rinchart and Winston.

(2) Townsend, P. (1979) Poverity in United Kingdom. Hamonds Werth: Penguin p.2.

قد لا يكون كذلك في مجتمع اخر، وما كان مقبولاً في الماضي قد لا يكون مقبولا في الوقت الحاضر.

فمثلا قطع الاصبعين الاوسطين لا يشكل تأثيراً كبيراً في المجتمعات البدائية التي لم تعرف الكتابة بالقدر الذي يكون في وقتنا الحاضر لأداء مهمات أساسية وضرورية كالكتابة والخط والرسم وعزف البيانو وغيرها.

التربية الخاصة Special Education

يختلف المفهوم الانكليزي عن المفهوم الأمريكي في من يقدم لهم الرعاية والعناية الخاصة التي تنسجم مع قدراتهم واستعداداتهم وميولهم واهتماماتهم. فالانكليز يستخدمون مصطلح التربية الخاصة والذي يقصد به على وجه التحديد الأطفال المعاقون أياً كانت هذه الاعاقة جسمية أو عقلية أو اجتماعية أو انفعالية.

بينما يستخدم الامريكيون مصطلح الطفل غير العادي Exceptional Child والذي يضم كل الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن العوام ليشمل المعاقين على اختلاف انواعهم والمتفوقين كذلك.

وارى ان الرعاية الخاصة لا تكون مقتصرة على المتفوقين والمعاقين فقط وانما قد تشمل احياناً حتى الأطفال الاعتياديين، إذ قد يكون الأمر بعيداً أن يسير الفرد عبر مراحله المختلفة بأرض سهلة، ولا يتعرض لصعوبات أياً كانت هذه الصعوبات وأياً كان مصدرها، وحينئذ يحتاج إلى رعاية وعناية ولكنها لا تتسم بالنفس الطويل كحال الأطفال المتفوقين والمعاقين، أي تكون عناية ورعاية لبعض الوقت.

أما دلالة التربية الخاصة فهي تختلف وفق وجهات النظر المختلفة فهناك من يؤكد على جانب دون آخر، وآخر يكون اكثر شمولاً. وهناك من يحدد التربية الخاصة بالمعاقين فقط الذي يتماشى مع المفهوم الانكليزي، وآخر يشمل كل من ينحرف انحرافاً ملحوظاً عن الاعتياديين وبهذا يشمل المتفوقين والمعاقين.

فعلى سبيل المثال يرى بيرج وجونسون Birch and Johnson [1] التربية الخاصة، هي الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المعاقين من قبل اشخاص مؤهلين والتي تختلف عن برامج الاعتياديين أو تلك التي تضاف اليها. وهذا التعريف يؤكد تماماً على فئة واحدة وهي المعاقين. في حين لا يظهر ذلك واضحاً تماماً في تعريف لانس Lance [2] الذي يرى ان التربية الخاصة قد صممت لتقديم المعالجات المختلفة للافراد الذين يتميزون بقدرات مختلفة وبشكل واضح من اجل الاستفادة من الانشطة التربوية التقليدية.

بينما يرى عبد الغفار [3] التربية الخاصة بأنها مجموع الخدمات المنظمة الهادفة التي تقدم الى الطفل غير الاعتيادي أو الشاذ (وهو ما يشذ عن الاعتياديين فيتفوق عليهم أو يقصر دونهم) وذلك لتوفير ظروف مناسبة له كي ينمو نمو سليماً يؤدي الى تحقيق الذات.

ويرى هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [4] ان التربية الخاصة هو التعلم المصمم بشكل خاص ليلبي الحاجات غير العادية للمتعلمين غير الاعتياديين من خلال المواد الخاصة، تقنيات التدريس الخاصة والمعدات والتسهيلات المطلوبة. فمثلا الأطفال ذوي الاعاقات البصرية يحتاجون الى قراءة المطبوع بشكل كبير او طريقة برايل، والمعاقون سمعياً يحتاجون الى معينات سمعية او تعلم لغة اشارة. كما تتطلب التربية الخاصة خدمات منها النقل الخاص،

---

(1) Birch, J. W. and Johnson, B. W. (eds) (1975) Designing Schools and Schooling For Handicapped. NewYork: Charles C. Thomas, p. 55.

(2) Lance, W. (1976) Exceptional child education at the Bicentennial in Edger. E. and Hayden, A. H. (1984) Who are the children special education should serve and how many children are there? Journal of Special Education. Vol. U. pp 521-539.

(3) عبد الغفار، عبد السلام، ويوسف الشيخ (1985) سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة. القاهرة: دار النهضة العربية، ص 5

(4) Hallahan, D. P. and Kauffman, J. M (2003) Exceptional Learners, Introduction to Special Education. U.S.A : Allyn and Bacon.

التقييم السيكولوجي، والعلاج الوظيفي، والطبيعي، والنطقي، والعلاج الطبي، والارشاد.

فالتربية الخاصة هنا هي الخدمات المقدمة لكلا من المعاقين والمتفوقين والتي تستهدف استغلال قدرات واستعدادات وامكانيات كل منهم الى أقصاها.

ان التربية الخاصة تحمل في طياتها مراعاة الفروق الفردية، لذلك فان الاتجاه العالمي في تعليم المعاقين وخاصة المعاقين ذهنيا هو ان يتراوح عددهم داخل الصف ما بين (6-12) طفلاً لكي يفسح المجال امام معلمي التربية الخاصة لاستيعابهم استيعاباً كاملاً وتطبيق فنيات التعليم الفردي او التعليم المصغر أو فنيات تعديل السلوك لاستغلال وتنقية الاجواء من الشوائب التي تعوق انطلاقة قدراتهم، وكذلك استخدام التعليم العلاجي.

ومن هنا يمكن القول، انه لا يمكن ان يحدد مسبقاً سقفاً معيناً للبرامج للوصول اليها، لأن الاطفال المعاقين ليسوا على درجة واحدة من القدرات والامكانيات والاستعدادات. وانما يجب أن ننطلق من الطفل المعاق ونبني برنامجا نستطيع تحقيقه. وهذا هو السبيل الصحي ليس فقط للاطفال المعاقين، وانما حتى على القائمين على تعليمهم لكي نبعدهم عن الشطط الذي قد يؤدي بهم الى التذمر واليأس. لذلك فان التربية العامة تختلف عن التربية الخاصة في كون الاولى تستخدم التدريس الجمعي، والوسائل التعليمية العامة وذلك لان مدى الفروق الفردية بين المتعلمين اقل بكثير من الفروق الفردية عند فئات التربية الخاصة لذلك يعتمد التعليم الفردي والوسائل التعليمية الخاصة.

المصطلحات المستخدمة في التربية الخاصة

إن اشهر المصطلحات التي استخدمت في ميدان التربية الخاصة (Impairment) والتي تعني الخلل (الاصابة) الضعف، الاعتدلال، الاعاقة (disability) العجز، او الاعاقة (Handicap) الاعاقة.

وقد استخدمت احياناً المصطلحات الثلاث لتدل على الاعاقة ففي الكتب توجد (Visual Impairment) الاعاقة البصرية، (Hearing Impairment) الاعاقة السمعية، كما يوجد (Mental disability) الاعاقة العقلية أو (Learning disability) الاعاقة التعلمية . أما (Handicap) فتعني الاعاقة.

يظهر ان هناك اختلافاً بين المصطلحات إذ استخدم مصطلح (Impairment) بأكثر من معنى والذي يدل على الضعف او الخلل او الاعتدلال والذي يتعرض له الفرد قبل الولادة او بعد الولادة فمثلا يمكن أن تأخذ الام خلال فترة الحمل المضادات الحيوية وخاصة تلك التي تنتهي بالمايسين (Mycin) التي قد تحدث تلفاً في المناطق المسؤولة عن السمع، أو قد يتعرض الفرد للاصابة في السمع نتيجة وقوع او دهس او ما شاكل ذلك.

اما مصطلح (disability) فقد ترجمت لتعني العجز او الاعاقة وهي اكثر تحديداً من المصطلح الأول والذي يدل على التأثير الذي يتركه الخلل او الضعف والاعتدلال (Impairment) في الاداء الوظيفي سواء كان فسيولوجيا أو سيكولوجياً.

أما مصطلح (Handicap) فلم يستخدم الا بدلالة واحدة وهو الاعاقة وهو ما يفرزه العجز من تأثير على الفرد حين ينحرف الفرد انحرافاً ملحوظاً عن اقرانه في أداء وظائفه المادية والنفسية.

وقد يحدث احيانا ان العجز لا يؤدي الى الاعاقة فمثلا لو أصيب فرد بعجز بسيط او متوسط في القدرة السمعية لكن احدهما يعمل معلماً والآخر موظفاً في دائرة، فقد يشكل ذلك اعاقة بالنسبة للمعلم وقد لا يكون كذلك للموظف. ولنفرض ان فردين بترا سبابتهما وكان احدهما يعمل موسيقى والثاني سائق فيشكل ذلك للاول اعاقة لتأدية مهنته بينما لا يكون الحال كذلك بالنسبة للثاني.

ولمنع الخلل او الضعف او الاعتدلال (Impairment) لابد من توعية المرأة التي تنوي عمل طفل من خلال الفحص الطبي، والتغذية الجيدة قبل واثناء فترة

الحمل والارشاد الجنيني، وتغذية الطفل والحفاظ عليه من الاصابة، ومعرفة كل الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلل.

واذا ما حدث الخلل أو العلة فلابد من اتخاذ الاجراءات الكفيلة بعدم تفاقمها واتساعها من خلال الكشف المبكر لكي لا تؤدي الى عجز من خلال البرامج الغذائية والصحية والتعليمية والتدريبية.

اما اذا حدث العجز يتطلب التدخل للحد من تأثيراته السلبية في الفرد من خلال التعاون الوثيق بين المؤسسات ذات العلاقة والأسر لتلقي مختلف الخدمات التي تحد من تأثير العجز كالخدمات الارشادية والتربوية والتعليمية والعلاجية (كالعلاج الطبيعي والنطقي والوظيفي)

واخيراً لابد من الإشارة إلى ان المصطلح الاكثر قبولاً هو ذوو الاحتياجات الخاصة أو يمكن القول ذوو الاحتياجات الاضافية لما يحمل في طياته مراعاة للجوانب الانسانية والنفسية، ويغطي هذا المصطلح الاعاقة العقلية، الاعاقة السمعية، الاعاقة البصرية، الاعاقة الجسمية والصحية، صعوبات التعلم، اضطراب اللغة والكلام، لاضطرابات الانفعالية والموهبة والتفوق.

ما دور مؤسسات التربية الخاصة

تسعى مؤسسات التربية الخاصة بشكل أساسي الى تلبية حاجات المتعلمين من ذوي الاحتياجات الخاصة أوالاضافية والنهوض بهم لتقريبهم من اقرانهم الاعتياديين قدر الامكان، او لتقليل الفجوة بينهم، أو على اقل تقدير الحد من تفاقم الاعاقة لان الاعاقة لا يمكن ان تبقى على حالها اذا تركت بلا تدخل علمي وموضوعي.

وتقوم هذه المؤسسات على:

- مراعاة الفروق الفردية بينهم لان مدى الفروق بين الافراد ذوي الاحتياجات الخاصة اعلى بكثير مما لو قورنوا بالافراد الاعتياديين يتم ذلك من خلال عمليات التشخيص والقياس والتقييم لكل فئة من فئات التربية الخاصة عن طريق ادوات

متعددة كالاختبارات بأنواعها، والملاحظة، والمقابلة، ودراسة الحالة، وسلالم التقدير وغيرها.

– وتقوم المؤسسات بناء على ما تقدم من توفير الوسائل والمعدات والتكنولوجيا المناسبة لتلبي حاجاتهم فمثلا استخدمت مع المعاقين بصريا أدوات ومعدات كثيرة منها نظام برايل، الكتب الناطقة، التسجيلات الأوبتاكون، أدوات التكبير والآن يمكن ان يستخدم الكفيف جهاز الحاسوب مع جهاز آخر "السكنر" عن طريق برنامج "ابصار" حيث يضع الكفيف الورقة في جهاز "السكنر" ليحول الكلام المكتوب الى مسموع.

– تكييف البيئة التعليمية بما يتناسب مع فئات التربية الخاصة

– اختيار معلم التربية الخاصة على أساس الرغبة الحقيقية الصادقة للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة إضافة الى الخصائص المعرفية والمهنية والشخصية.

– وضع برامج تعليمية مناسبة تراعى فيها الفروق الفردية حيث تعتمد في كثير من فئات التربية الخاصة على الخطة التربوية الفردية التي تعتمد على مكونات أساسية هي مستوى الاداء الحالي للفرد والتي تتعلق بالجوانب المتعددة العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية وأهداف بعيدة المدى وقصيرة المدى، والخدمات الكفيلة بتحقيق هذه الاهداف، واختيار الوضع التعليمي او التدريبي المناسب، والمتخصصون الذين يقومون بتحقيق أهداف الخطة التربوية الفردية، وعملية التقييم لمعرفة مدى التقدم الذي تحقق.

– ان الخطة التربوية الفردية يجب ان تلبي حاجات المتعلمين من خلال العملية التقييمية الدقيقة لكي نسير بخطئ صحيحة نحو تحقيق الأهداف يقوم بها فريق من المتخصصين اضافة الى ولي الأمر أو من يقوم مقامه، وتكون مكتوبة وموقعه من الجميع بما فيهم ولي الأمر، ويجب ان توضع الأهداف بعيدة المدى وقصيرة المدى بشكل واضح، وان تكون قابلة للملاحظة والقياس، وان تنطلق هذه الأهداف في صياغتها من مستوى المتعلم.

- تسعى التربية الخاصة الى ان تكون النظرة الى ذوي الاحتياجات الخاصة تتسم بالشمولية وليست قاصرة على جوانب القصور، والتركيز على جوانب القوة لتغيير نظرة الفرد الى نفسه والاسرة والمجتمع.
- تطوير الجوانب المشرقة فيه واستغلالها الى أقصاها كحالة من التعويض أولاً، ولما تفرزه من ايجابيات والتي يمكن ان تقلل من الجوانب السلبية.
- تسعى التربية الخاصة الى جعل الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة متفهماً لنفسه بشكل حقيقي ليتغلب على آثار القصور او الاعاقة، وتنمية الشعور بالرضا، وغرز التفاؤل بالحياة.
- توفير الجو النفسي الآمن الدافئ الملئ بالقبول والتقدير والحب .
- توفير البيئة الغنية المليئة بالمثيرات التي تستنهض كوامن وقدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تسعى مؤسسات التربية الخاصة الى مد الجسور بينها وبين الاسر لكي يفهموا أبناءهم بشكل حقيقي، وكيفية التعامل معهم عن طريق النصح والارشاد والتوجيه الذي يقدمه المتخصصون في هذه المؤسسات.
- تسعى مؤسسات التربية الخاصة الى إبعاد ذوي الاحتياجات الخاصة عن الفشل والاحباط من خلال الانطلاقة من قدراتهم إضافة الى استخدام فنيات وأساليب تربوية كالحث والتلاشي والتشكيل والنمذجة والتغذية الراجعة والتعزيز بأنواعه.
- تسعى مؤسسات التربية الخاصة الى اطفاء او تقليل المشاكل السلوكية الناتجة عن اعاقتهم او الظروف البيئية التي عاشوها عن طريق المتخصصين وباستخدام برامج تعديل السلوك بشكل أساسي.

أما الاستراتيجيات والعوامل التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة فهي كما يشير الى ذلك القريوتي وآخرون. [1]

1- شمولية الخدمات: أي أن تقدم الخدمات لجميع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال المراكز والمؤسسات التعليمية والتدريبية والتأهيلية والمجتمع المحلي.

2- الخلو من المعيقات سواءً كانت هذه العوائق طبيعية أو معمارية أو اتجاهات سلبية.

3- اللامركزية: وهو عدم اختصار التربية الخاصة وبرامجها على الأقسام والادارات المركزية وانما يجب أن تكون مرنة من خلال إعطاء الصلاحيات لاتخاذ القرارات، وتنفيذ البرامج في مختلف المناطق.

4- الادماج: وهو بمعناه الشامل مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تزيد من فرص الفرص للمشاركة القصوى في الحياة الثقافية والاجتماعية والادماج التعليمي يعد جزء من عملية الادماج الشاملة وهي الإجراءات المتخذة لتوفير خدمات التربية الخاصة من خلال المؤسسات التربوية العادية.

5- التنسيق: ويقوم على ضرورة اشراك الوالدين في مختلف البرامج المقدمة لذوي الحاجات الخاصة.

6- المهنية: تتطلب برامج التربية الخاصة توفير معلمين على درجة عالية من التأهيل والاعداد.

7- الواقعية: تسعى استراتيجية التربية الخاصة الى تطوير برامج تأخذ بالاعتبار المستوى الاجتماعي والثقافي والتقني والاقتصادي والسياسي.

---

(1) القريوتـــي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995) المدخل إلى التربية الخاصة. الامارات: دار القلم، ص 42-46 .

ما هي البدائل الخدمية المقدمة في التربية الخاصة

ان الفروق في مجال التربية الخاصة شاسعة جداً تبدأ من الطفيف الذي قد لا يكون ملاحظاً وخاصة في المجتمعات الزراعية او البلدان الاقل تحضراً إلى الشديد جداً (العميقة) التي تكون سهلة الملاحظة حتى بالنسبة للفرد العادي.

لذلك تتحدد الخدمات التربوية المقدمة للافراد الذين يحتاجون الى رعاية خاصة تبعاً لنوع الخلل وشدته والخدمات المتوفرة في البيئة اذ ان البدائل المتوفرة في الوطن العربي قد ينتابها القصور، او يمكن القول انها لا ترقى ان تكون بمستوى الطموح بالرغم من ان هناك فارقاً بين دولة وأخرى فاذا ما قارنا الاردن بدول أخرى لوجدنا ان الاردن يتميز في هذا الجانب عن كثير من البلدان العربية.

لذلك فان مستويات الخدمات المقدمة تختلف بأختلاف درجة الضعف حيث تبدأ من المدرسة العادية الى الاقامة الدائمة والتي تشتمل على انواع الدمج والفصل لذلك ستنطلق من الدمج الكامل الى الاقامة الدائمة وعلى الوجه الآتي:

- الصف العادي في المدرسة العادية حيث يمكن ان يلبي المعلم العادي بعض الحاجات والصعوبات التي يتعرض لها المتعلمون دون الحاجة الى وجود معلم تربية خاصة، وبشكل خاص لاؤلئك المتعلمين الذين لم يشخصوا بشكل رسمي على انهم ضمن فئات التربية الخاصة. علماً ان التربية الخاصة ليست حكراً على فئات التربية الخاصة لان المتعلمين الاعتياديين قد يحتاجون الى رعاية خاصة في بعض الاحيان لكنهم يختلفون عن رعاية افراد فئات التربية الخاصة في انهم يحتاجونها لبعض الوقت بينما تحتاجها فئات التربية الخاصة لفترة طويلة. فيمكن ان يلبي المعلم العادي بعض صعوبات التعلم الطفيفة او اطفال ذوي صعوبات الجسمية دون الحاجة الى معلم تربية خاصة.

– الصف العادي في المدرسة العادية اذ يقوم المعلم العادي بتلبية احتياجات الطفل مع طلب المساعدة او الاستشارة من متخصص تربوي او المرشد النفسي او معلم التربية الخاصة.

وقد لا يكون المتعلم مشخصاً بشكل رسمي على انه ضمن فئات التربية الخاصة لذلك فهو متعلم كبقية المتعلمين في الصف العادي الذي يمثل الدمج الكامل. قد يحتاج المعلم الى بعض المواد والمعدات الخاصة والطرق والأساليب التي تتناسب مع هؤلاء المتعلمين. وقد يكون ذلك مع المتعلمين ذوي صعوبات التعلم الطفيف او ذوي الاضطراب السلوكي او ذوي الاعاقة العقلية الطفيفة.

– الصف العادي في المدرسة العادية مع زيارات منتظمة للمعلم الجوال الذي يتميز بخبرة واسعة وكفايات متميزة، يقوم بتزويد المعلم باستشارات على شكل منتظم على كيفية التعامل مع افراد التربية الخاصة، وتقييم المتعلمين والتواصل معهم لمعرفة التغير الذي يحدث وما يستجد، اذ قد يتطلب الامر تغيير او اضافة او تعديل.

وقد تقدم مثل هذه الخدمات الى الافراد ذوي صعوبات التواصل وذوي الصعوبات البصرية وذوي الاعاقات الجسدية.

– معلم غرفة المصادر حيث يتواجد المتعلم في الصف العادي في المدرسة العادية، ويقوم معلم غرفة المصادر (وهو صف موجود في المدارس العادية) المتخصص في التربية الخاصة بالتعليم الفردي للمتعلمين الذين يعانون من صعوبات وخاصة في الجانب الاكاديمي إذ يلتحق المتعلم جزء من اليوم في غرفة الصف وخاصة اولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم او المعاقين عوقاً بسيطاً او المعاقين سمعياً أو ذوي صعوبات التواصل. وقد يكون هناك جدول كما شاهدنا من خلال الزيارات الميدانية للمدارس التي تتوفر فيها غرفة مصادر إذ قد يكون هناك مثلاً درساً لمرحلة معينة ودرس آخر لمرحلة أخرى وهكذا.

- مراكز التشخيص الوصفي (العلاجي): وهي غرفة تشخيصية مع اعطاء وصفة تعليمية اعتماداً على نتائج التشخيص حيث يوضع هذا المتعلم لفترة من الزمن لغرض تقييمها بشكل شمولي شريطة ان تتوفر في هذه المراكز متطلبات عملية التشخيص والتقييم، ويمكن ان ينفذ الخطة التي وضعت من خلال عملية التشخيص المعلم العادي او معلم التربية الخاصة.

- التعليم في البيت او المستشفى: يزود الافراد الذين يعانون صعوبات جسدية او لديهم فحص طبي للتعليم اما في البيت أو المدرسة بتعليم خاص يقوم به معلم التربية الخاصة لفترة زمنية محددة الى ان يصبح الفرد قادراً على الرجوع الى الصف العادي أو الصف الخاص.

- الصف الخاص في المدرسة العادية وهو صف يقوم بتدريسه معلم تربية خاصة لعدد من المتعلمين لا يتجاوزون اثنا عشر فرداً وهذا هو ما معمول به في العراق حيث تقوم معلمة / معلم التربية الخاصة بتعليم هؤلاء المتعلمين الدروس الاكاديمية الاساسية وهي القراءة والكتابة والحساب، أما بقية المواد كالرياضة والفن والاجتماعيات فيندمج مع اقرانه الذين يماثلونه فاذا كان الصف الخاص يمثل مرحلة الصف الثاني الابتدائي فيذهب مع أقرانه في الصف نفسه. وقد وجدت من خلال زياراتي الميدانية لمعظم المدارس التي تتوفر فيها صفوف خاصة في المدارس العادية في العراق سلبيات كثيرة في هذا الجانب لا مجال للخوض فيها.

- المدرسة النهاية الخاصة: وهي المدارس الخاصة التي تلبي ذوي الاعاقات الشديدة الذين لا يكن دمجهم مثل الاعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً، يجري تعليمهم وتدريبهم في مجموعات صغيرة من قبل معلمين متخصصين في التربية الخاصة، وغالباً ما تتوفر في هذه المدارس الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والخدمات المساندة كالعلاج الطبيعي والعلاج النطقي والعلاج الوظيفي.

والأدوات الضرورية التي يحتاجها هؤلاء الافراد إضافة الى وسائط النقل لنقلهم من البيت الى المركز والعكس.

المدرسة الداخلية: وهي المدرسة التي تأوي المعاقين وخاصة ذوي الاعاقات الشديدة جداً، وتقوم المدرسة ذاتها بتعليم وتدريب وتأهيل هؤلاء المعاقين مع توفير مستلزمات العيش والمنام. وقد تفضل هذه الاماكن اذا كان الاطفال يعيشون في وضع بائس في البيت، او اذا كان الوضع الاقتصادي للفرد متدنٍ جداً او عندما يتعرض الفرد لاساءات متنوعة، او عندما لا تكون البدائل الاخرى قريبة من هؤلاء الافراد فتضطر الاسر الى وضعهم في مدارس داخلية.

موقف ودور الاسرة من الطفل المعاق

تختلف النظرة إلى الطفل المعاق باختلاف حالة الاعاقة ودرجتها ونوعها ودرجة وعي الاسرة وحجمها إضافة الى الجوانب الاجتماعية والاقتصادية، ولا يمكن بأي حال من الاحوال ان نعمم قولاً بغض النظر عن المتغيرات السابقة. فالاعاقة الجسمية البسيطة ليست كالاعاقة الشديدة، والكفيف ليس كحال الضعيف البصر، والاعاقة العقلية البسيطة ليست كالاعاقة العقلية الشديدة. كما ان معدل النمو والتطور يختلف باختلاف الاعاقة ودرجتها حتى في حال تقديم الرعاية والعناية الخاصة.

والاعاقة اياً كان نوعها لها تأثير سلبي في الفرد نفسه وأسرته ولكن بدرجات متفاوتة حسب نوع الاعاقة ودرجتها. وتختلف الاسر في موقفها تبعاً لذلك. وينسحب على ذلك نوع التعامل الذي تبديه مع الطفل الذي يجسد موقفها منه.

فمثلاً قد تلجأ كثير من الأسر الى اخفاء حالة الاعاقة العقلية اكثر من بقية الاعاقات الأخرى. وقد تتجاوز بعض الأسر غير الواعية الحد الى حجز الطفل بحيث لا يستطيع الاحتكاك مع الآخرين وأخذ دوره الانساني في الحياة.

وقد وصل الامر ببعض الاسر في السابق الى عدم عرض ابنائهم على الأطباء والاختصاصيين في مجال الاعاقة وخاصة البنات كي لا يظهرون إعاقتهن.

تعريف الاعاقة العقلية

لـــيس ســـهلاً ان نجـــد تعريفاً واحداً للاعاقة العقلية يكون مقبولاً لمختلف المهتمين في الحقل، وذلك لأسباب متعددة منها.

1- ان الاعاقـــة العقلية في أغلب الاحيان ليست شيئا نستطيع ان نمسكه أو نراه او نحدده، وانما تستدل عليه.

2- ان الاعاقة العقلية درجات متعددة وانماط مختلفة.

3- ان اســـباب الاعاقـــة العقلية كثيرة جدا حيث توصل المختصون الى ذكر 200 سبب وما زالت هناك اسباب كثيرة غير معروفة.

4- ان مشكلة الاعاقة العقلية ليست خاصة تهتم بها فئة دون غيرها، وانما هي محل اهتمام عالم النفس ورجل التربية ورجل الاجتماع والاطباء والمختص بالوراثة واولياء الأمور. لذلك يتأثر تعريف هذه المشكلة باختصاص كل منهم.

5- كمـــا انها تخضع للزمان والمكان حيث ان بعض حالات الاعاقة البسيطة قد لا تكون ملاحظة في المجتمعات الزراعية، وذلك لطبيعة الحياة فيها، وما تحتاجه من مهن بينما قد تكون تلك الاعاقة ملاحظة في المجتمعات الصناعية.

وبطبـــيعة الحـــال عندما يعرف عالم النفس الاعاقة العقلية فانه يركز على الجانـــب النفسي، بينما يؤكد رجل الاجتماع في تعريفه للاعاقة العقلية على الكفاءة الاجتماعية كما هو الحال في تعريف دول 1945 Doll في حين يؤكد الطبيب في تعـــريفه للاعاقة العقلية على الأسباب المودية لها. وعلى أية حالة فهناك تعريفات عديـــدة للاعاقـــة العقلية نبدأها بالتعريف البريطاني الذي قدم عام 1913 [1] والذي يقـــول إنه حالة عدم اكتمال او توقف تطور العقل قبل سن الثامنة عشرة من العمل سواء كان ذلك ناتجا عن أسباب داخلية أو بسبب أمراض او جروح.

---

(1) Mcmaster, J.M. (1973) Toward An Education Theory for Mentally Handicapped. London: Edward Arnold, p. 2.

امـــا تريدجولد Tredgold [1] فيرى الاعاقة العقلية "حالة عدم اكتمال النمو العقلي بالدرجة التي تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع البيئة كأقرانه الآخرين بحيث يحافظ على بقائه مستقلا عن الاشراف والمراقبة والمساندة الخارجية.

وتعـــد اختـــبارات الذكاء من أشهر المحكات التي استخدمت في تشخيص الاعاقة العقلية ويجري تعريفه على هذا الأساس. وهناك من عارض بشدة الاعتماد علـــى نسب الذكاء في تشخيص الاعاقة العقلية كتريدجولد (Tredgold) والذي أشار اليه ماك ماستر (Mc Master) [2] والذي اكد على الكفاية الاجتماعية، وذكر في هذا الشـــأن تعريف ادجار دول Edger Doll الذي يقول فيه ان الاعاقة العقلية هو حالة مـــن عدم الكفاية الاجتماعية نتيجة لتوقف مستوى الأداء العقلي لأسباب وراثية أو بيئية. ويستشف من التعريف السابق بان المعاقين عقليا يكونون:

1- اقل من العاديين في الأداء العقلي.

2- نقص في الكفاءة الاجتماعية.

3- يكون العوق وراثياً أو بيئياً في سن مبكرة.

4- سيكون متخلفا عن اقرانه عند بلوغه سن الرشد.

5- وحالته غير قابلة للشفاء.

أما كيرك (Kirk) [3] الذي يتميز بنظرته التربوية فيرى الطفل القابل للتعليم (Educable) وهـــو الطفـــل غـــير القادر من الاستفادة من برامج المدارس العادية كأقـــرانه الآخرين نتيجة لبطء نموه العقلي، ولكن يمكن تعليمه القراءة والكتابة في فصـــول خاصة. أما الطفل القابل للتدريب (Trainable) فهو الطفل غير القادر على الـــتعلم في فصول المعاقين عقليا القابلين للتعلم بسبب ذكاؤه المنخفض. ولكن يمكن

---

(1) Tredgold, A. F. (1937) A Testbook of Mental Deficiency (63d-d) Batt. P 3y.

(2) Mc Master مصدر سابق

(3) Kirk. S. A. (1972) Education of Exceptional Children. Boston: Houghton Mifflin-P.191-2.

تدريـــبه على بعض المهن البسيطة التي لا تحتاج الى قدرات عقلية عالية وخاصة تلك التي تعتمد على الجانب الجسدي.

وعلـــى أيـــة حـــال، فان الاعاقة العقلية ليست على درجة واحدة ايا كانت أســـبابها وراثية أم بيئية، ويرتبط بها ارتباطاً وثيقاً درجة نمو المعاق عقلياً فيكون نمـــوه بقـــدر اعاقته فالذي تكون اعاقته متوسطة يكون ابطأ في نموه من ذلك الذي تكون اعاقته بسيطة.

وللظـــروف التي يعيشها المعاق عقليا دور في ذلك فلو فرضنا ان س، ص كانـــت درجـــة اعاقـــتهما واحدة، ولكن هيئت ل (س) ظروف صحية غنية للنمو والاســـتثمار الافضل، بينما الثاني لم تهيء تماما تلك الظروف، فسيكون نمو الثاني اكثر بطئا من الأول.

ولكي يكون التشخيص اكثر صدقا لابد وأن تتعدد المحكات لانه لا يمكن ان يكـــون هناك توافق كامل بين الأداء العقلي للفرد ونضجه الاجتماعي إذ قد يحصل الفرد على درجة معينة في الذكاء تختلف عن درجته في النضج الاجتماعي.

فليس بالضرورة ان يأخذ المعاق عقليا درجة (50) في الذكاء ويأخذ الدرجة ذاتها في الكفاءة الاجتماعية وهذا الحال يصح حتى مع الاعتياديين والمتفوقين عقلياً.

ويعد تعريف الجمعية الامريكية للاعاقة العقلية اكثر التعريفات انتشارا في دول العـــالم المختلفة والذي تقول فيه "ان الاعاقة العقلية تشير الى انخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة والتي ترافقه نقص في السلوك التكيفي والتي تظهر خلال مرحلة النمو. (1)

يشـــير الـــتعريف الى جانبين الاول الوظيفة العقلية العامة والثاني مهارات السلوك التكيفي. تظهر في الأول نسب الذكاء ولها مستويات اربعة هي:

(1) Gardner, W. I. (1977) Learning and Behaviour Characteristics of Exceptional Children and Youth. A Humanistic Approach. NewYork: Allyn and Bacon, P. 41.

جدول (2) يبين مستويات الذكاء على اختباري بينيه ووكسلر

المستويات	درجات الذكاء على اختبار بينيه	درجة الاختبار على اختبار وكسلر
البسيط Mild	68-52	69-55
المتوسط Moderate	51-36	54-40
الشديد Severe	35-20	39-25
العميق Profound	19 وأقل	24 وأقل

أمـــا الســـلوك التكيفي فيظهر من خلال 1- النضج 2- التعلم 3- التكيف الاجتماعي.

ويوضح اريكسون Erikson [1] النضج بانه النمو التتابعي لمهارات الطفولة المتعلقة بالجلوس والوقوف والزحف والمشى والتحدث والتفاعل الاجتماعي.

أمـــا نقـــص القـــدرة علـــى التعلم فهي ترتبط بانخفاض مستوى التعلم عن الاعتيادي وحدودية القدرة على الاستفادة من التجارب لاكتساب المعارف. في حين ان الـــنقص فـــي التكـــيف الاجتماعـــي يـــتعلق بعدم القدرة على تكيف سلوكه مع المســـتلزمات المطلوبـــة للتماشى مع الاقران والآباء وبقية الراشدين، وعدم تكوين علاقات اجتماعية صحيحة وسليمة مع غيره ممن يعيشون معه.

ولابـــد من الاشارة الى التعريف المعدل للجمعية الأمريكية للاعاقة العقلية الذي صدر عام 1993 [2] والذي يعد اكثر توضيحا من التعريف السابق فهو يشير إلى أن الاعاقة العقلية "هو أداء ذهني وظيفي دون المتوسط مرافقا ذلك قصور فى اثنيـــن او اكـــثر فـــي مجالات المهارات التكيفية، الاتصال، الرعاية الاجتماعية،

(1) Erickson, M. J. (1965) The Mentally Retarded Child in Classroom, London: The Macmillan Co.

(2) Hunt, N. and Marshall, K. (1994) Exceptional Children and Youth: An Introduction to Special Education. Boston: Houghton Mifflin, p. 130.

المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الاكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ، والعمل.

تصنيف المعاقين عقلياً

لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المختصون في هذا المجال لان الاعاقـــة، كما قلنا سابقا ليست درجة واحدة او نمط واحد كما أن اسبابها كثيرة جـــدا، فضلا عن ان المهتمين بهذه المشكلة من شرائح مختلفة، وقد يعتمد التصنيف بشـــكل عام على واحدة من شدة الاعاقة Severity ، أو السبب Cause ، أو الشكل (الهيـــئة) Form ، أو مجموعة اعراض Clusters of symptoms . ولكن قد يساعد التصنيف التخطيط والبرمجة المعتمدة على الفهم الأوفر. اما اشهر التصنيفات فهي:

أ- **تصـــنيف القياس النفسي:** يعتمد هذا التصنيف على اختبارات الذكاء وتحدد كل فئة من فئات الاعاقة العقلية بناء على ما يحصل عليه من درجة.

ويعـــد تصـــنيف الجمعـــية الأمريكـــية للاعاقة العقلية [1] اشهر التصانيف المعـــتمدة علـــى مستوى الذكاء والذي لا يرتبط بالمعايير التي تعتمد على الجانب الاجتماعي او الطبي، ويصنف المعاقين عقليا الى خمسة مستويات هي:

1- الاعاقـــة العقلية الهامشية (Aborderline) وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 70-84 على مقياس وكسلر، وبين 68-83 على اختبار بينية. وتمثل هذه الفئة النسبة الأعلى من حالات الاعاقة العقلية.

2- الاعاقـــة العقلية البسيطة (Mild) وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 55-69 على مقياس وكسلر وبين 52-67 على اختبار ستانفورد- بينية، ويكونون اقل عـــددا مـــن الفـــئة الأولـــى، وهـــم يستطيعون اكتساب المهارات الاكاديمية والاجتماعية والمهنية الى حد مقبول اذا ما توفرت العناية والرعاية والاهتمام.

(1) Gunsberg, H.C. (1968) Social Competence and Mental Handicap. An Introduction to Social Education. London: Baillir Tiredall.

3- الاعاقـــة العقلية المتوسطة (Moderate) ونسب ذكائهن تتراوح ما بين 40-54 على اختبار وكسلر وبين 36-51 على اختبار ستانفورد- بينيه.

4- الاعاقـــة العقلية الشديدة (Severe) ونسب ذكائهن تتراوح ما بين 25-39 على اختبار وكسلر وبين 29-35 على اختبار ستانفورد بينيه.

5- الاعاقـــة العقلية العميقة (Profound) وتكون نسب ذكائهن من 25 على اختبار وكسلر واقل من 20 على اختبار ستانفورد بينيه.

وهناك من يرى أن المعاقين عقلياً هم من ينحرفون انحرافيين معياريين أو أكثر، أي تبدأ من درجة 70ْ فما فوق .

وقبل الانتقال الى تصنيف آخر لابد من التنويه ان نسب الذكاء قد لا تكون صـــادقة تمامـــا لانها تتأثر بمتغيرات كثيرة تجعل الخطأ فيها واردا يتعلق بتكنيك تطبيق الاختبار والحالة النفسية والصحية للمطبق عليه والظروف الطبيعية من حر وبـــرد، والاختـــبار ذاته، فقد يكون الاختبار الذي بني ليطبق في فرنسا لا يتطابق تماما مع المجتمع الليبي او العراقي أو الاردني.

أما النقطة الثانية فهي اننا لا نستطيع ان نتعرف على الكفاءة الاجتماعية من خـــلال اختبارات الذكاء بالرغم من ان هناك علاقة بينهما، لكن هذه العلاقة ليست قريـــبة الى الحد الذي نحكم من خلال الاول على الثاني. وقد يكون هناك تفاوت او اختلاف بين الكفاءة الاجتماعية للفرد المعاق ودرجة تحصيله على اختبارات الذكاء.

ب- التصـــنيف الـــتربوي: وهو التصنيف الذي وضعوه علماء التربية بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص. فهم يقسمون المهارات الذهنية المحدودة الى اربعة اصناف تربويا فمثلا كيرك Kirk [1] يصنفهم كالآتي:

(1) Kirk, S. مصدر سابق

1- بطيئي التعلم (The Slow Learners) وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (80-90)، وهـــم قريبون جدا من الاعتياديين، ويحتاجون الى رعاية خاصة لتقريبهم من اقرانهم الاعتياديين.

2- الاطفـــال المعاقيـــن القابليـــن للتعلم The Educable Mentally Handicapped children وتـــتراوح نسب ذكائهم ما بين (50-55 الى 75-79) وهم قادرون على تعلم المهارات الاكاديمية لكنهم يحتاجون إلى رعاية وعناية واهتمام.

3- الاطفـــال المعاقين القابلين للتدريب The Trainable Mentally Handicapped children وتـــتراوح نســـب ذكائهم ما بين (30-35 إلى 50-55) وهم غير قادرين على تعلم المهارات الاكاديمية كما هو الحال بالنسبة للفئة السابقة ولكن نســـتطيع تدريـــبهم علـــى بعض المهن التي لا تحتاج الى قدرات عقلية عليا وخاصة تلك التي تعتمد على الجانب الجسمي .

4- الاطفال المعاقين المعتمدين بالكامل The Totally Dependent or Profoundly Handicapped Children وتقـــل نسبة ذكائهم عن 35 أو 30 وهم غير قادرين علـــى تعلـــم المهارات الاكاديمية كذلك لا يمكن تدريبهم على بعض المهارات التي يمكن تعليمها الى الفئة السابقة.

جـــ- التصـــنيف الاجتماعي: يقسم المعاقون عقليا حسب هذا التصنيف الى اربع فئات هي:

1- المعتوهون (Idiots) وهو اسوء وأشد حالات الاعاقة العقلية اذ هم غير قادرين على الاعتناء بذاتهم، ولا يستطيعون حماية انفسهم من الاخطار الخارجية، وقد لا يســـتطيعون الـــتفاهم مع غيرهم بالكلام، كما لا يتمكنون من الوصول الى منازلهم اذا ما تركوا وحدهم، ولا يزيد عمرهم العقلي على ثلاث سنوات مهما بلغ عمرهم الزمني حيث تقل نسبة ذكائهم عن 25 .

وعلـــى الاغلـــب تكـــون اعاقتهم وراثية، كما تكثر العيوب الحسية، والعجز الحركـــي والخلـــل الفسيولوجي، فضلا عن التأخر في النمو، ونسبتهم أقل من الفئات الأخرى.

2- الـــبلهاء (Imbeciles) وهم افضل حالا من الفئة الأولى إذ لا يصل عوقهم الى مستواهم. فهم يستطيعون حماية انفسهم من الاخطار الخارجية كأن يبتعدوا عن الـــنار خوفـــا مـــن الحـــرق، وعن الانهار خوفاً من الغرق، ومن السيارات والقطـــارات خوفا من الدهس تتراوح نسبة ذكائهم بين 25%-50% ويتراوح عمرهم العقلي ما بين 3-7 سنوات.

يمكن لهذه الفئة تعلم بعض الاعمال الروتينية التي تعتمد على الناحية الجسمية وقـــد لا تعـــرف الاعاقـــة عـــند البعض لأول وهلة لمظهرهم العادي الا بعد الاحـــتكاك بهـــم، بينما البعض الاخر يمكن تشخيصهم بسهولة وخاصة اولئك الذيـــن تكون إصابتهم في المخ أو عندهم تشوهات جسمية، ان نسبة هذه الفئة أعلى من الفئة الاولى.

3- المارون (أو المأفون) Maron تتميز هذه الفئة بضعف عقلي لكنه لا يصل الى مســـتوى فئة البلهاء حيث يمكن تعليمهم المهارات الاكاديمية كالقراءة والكتابة وخاصـــة اذا كانـــت هناك رعاية وعناية واهتمام خاص بهم من حيث الطرق والاســـاليب والوسائل، كما يمكن تدريبهم على القيام بأعمال مفيدة تمكنهم من كســـب رزقهـــم وخاصـــة اذا ما وجد الاشراف المصحوب بالعطف والصبر والرغبة الحقيقية في مساعدتهم. تتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70)

4- ضـــعاف العقل (feebleminded) وقد اضاف هذه الفئة القانون الانكليزي حيث يقـــول ان هـــذه الفئة عندهم ضعف عقلي مصحوب بنزعات ملتوية أو ميول اجرامية، ويحتاجون من اجل ذلك رعاية وإشراف وضبط لحماية غيرهم منهم. يتصـــفون بالســـلوك غير المرغوب فيه يكون احياناً مستمراً حتى مع التوجيه

والارشاد. كما تتصف هذه الفئة بعدم الانتظام في أي عمل يسند إليهم لذلك فهم اكثر تشرداً وضياعاً وانحرافاً.

د- التصنيف الطبي الاكلينيكي

يعــتمد هــذا التصنيف على الجانب الطبي وفق الاعراض الجسمية واهم الأنواع التي تمثل هذا التصنيف هي:

أ- المنغولــية (Mongolism) أو ما يطلق عليه (Down Syndrome) عرض داون نسبة الى مكتشفها الدكتور داون.

وقــد سميت بالمنغولية من صفاتها الجسمية تشبه صفات الجنس المنغولي. تتصف بإنحراف العينين، وسمك الجفون، وصغر حجم الرأس واستدارتها، ونعومة الجلد ورطوبته، وتشقق اللسان وكبره، وانف قصير أفطس، والاذنين قصيرتين أو كبيرتيــن. امــا اليد فعريضة متورمة والارجل مفرطحة القدمين واحياناً يوجد شق واسع بين ابهام القدم والأصبع المجاور له.

تــبلغ نســبة هــذه الحــالات 001% من مجموع السكان، وقد اوضحت الدراســات[1] التــي اجريت مثل دراسات بروسو Brousseau وبراينرد Brainerd ودراسات مالزبيرج Malzberg ان نسبة المعتوهين بين هذه الحالات تتراوح ما بين 24% و38% وان نســبة الــبلهاء بينهم تتراوح ما بين 61% و 72% ، كما ان نسبة المورون بينهم تتراوح ما بين 1% و4% وقد يكون هذا الاختلاف في درجة الاعاقة بالرغم من أن السبب واحد يعود الى المتغيرات المرافقة للمنغولية كالوضع الصــحي لــلام، التغذية، الحالة النفسية وغيرها. تتميز هذه الفئة بأنها متشابهة في جميع أنهاء العالم لان سبب الاعاقة هو زيادة كروموسوم واحد يكون اكثر احتمالا فــي الــزوج الحادي والعشرين، ومتأت في الأغلب من الام فيكون ثلاثيا بدلا من

(1) الشيخ، يوسف، وعبد السلام عبد الغفار، مصدر سابق، ص 59 .

يكـــون ثنائـــيا. لذلـــك تكـــون في خلية المنغولي (47) كروموسوم بدلا من (46) كروموسوم.

ولا يقتصـــر حدوث الخلل الكروموسومي على الزوج (21) بل قد يحدث احـــيانا فـــي الزوج 18 او 15 او 13 وقد يكون بزيادة y أو x أي قد يولد xyy او xxy او xxx ونوضح من خلال الجدول التالي [1]

جدول (3) يبين الحالات الاكلينيكية للمنغولية ونسبة احتمالية الحدوث

الزوج	الحالة الاكلينيكية	نسبة احتمالية الحدوث
21	عـــرض داون منغولـــي ويـــرافقه اعاقة عقلية بدرجات متفاوتة	1 من كل 700
18	اعاقـــة عقلية شذوذ في جوانب متعددة، قد يؤدي به الى الموت المبكر	1 من كل 4500
15 ، 13	تأثـــير سلبي كبير على اجزاء متعددة من الجسم وخاصة المخ قد يؤدي إلى الموت خلال الأشهر الثلاثة الاولى	1 من كل 14500
xyy 23	ازديـــاد مظهـــر الذكـــورة، طويـــل، خصيب، قد يتسم بالعدوانية	1 من كل 100-250
xxy	ازديـــاد مظهر الانوثة قد يتسم بالاعاقة العقلية وغالبا ما يكون عقيما	1 من كل 400-600
xxx	انوثة فائقة وتتسم بالاعاقة العقلية	1 من كل 670
x	شكل انثوي، نعومة عميقة	1 من كل 3500

أما الأسباب التي تؤدي إلى حدوث المنغولية فهي ليست واضحة تماماً حيث يشـــير جلال [2] الى أن أسباب هذه الحالة اختلال نظام تغذية الجنين اثناء الحمل، والتســـمم واضـــطرابات نشـــاط الغدد، وقد يكون لعمر الام اثر في ذلك فكثير من الحالات كانت لامهات يزيد اعمارهن عن 40 سنة.

(1) Neisworth, J. T. and Smith, R.M. (1978) Retardation: Issues Assessment and Intervention. NewYork: Mc Graw Hill.

(2) جلال، سعد (1970) مصدر سابق.

2- القمـــاءة أو القصـــاع (Cretinism) يتصـــفون هؤلاء الأطفال بقصر القامة المفرط،وقد لا يتجاوز الفرد منهم مترا واحدا، اما بقية صفاته الجسمية فهي ضخامة الـــرأس وفطاسة الانف وضخامة الشفتين وترهل الجلد. وقد لا تظهر هذه الصفات في الاشهر الثلاثة الاولى، ولكنه قد يتأخر في الوقوف أو المشي أو النطق.

مـــن العوامل المسببة للقماءة نقص هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية. يتمـــيز هـــؤلاء الأطفال بالخمول والكسل، والحركة البطيئة، والبلادة، ولون الجلد المائل الى الاصفرار مع كثرة التجاعيد والاجفان الغليظة والشفاه كذلك.

ان هـــذه الحـــالات قابلة للتحسن اذا كان التشخيص مبكرا باعطاء خلاصة افـــرازات الغـــدة الدرقـــية وبشـــكل خاص اذا كانت الاسباب مكتسبة، اما اذا كان الضـــعف العقلـــي تكوينيا او ولاديا فلا يفيد العلاج رغم تحسن الاعراض الجسمية نتيجة نشاط الغدة الدرقية.

3- غائـــر الرأس (Microcephalic) اطلق هذا الاسم لانه يتصف بصغر جمجمة الرأس وصغرها، وخاصة بعد الحاجبين وفوق الاذنين، وقد يكون سبب هذه الحالة التـــي تنتمـــي إلى فئة البلهاء والمعتوهين كما أشارت بعض الدراسات[1] إلى حالة الـــرحم أثـــناء الـــولادة، او قـــد يكـــون نتيجة تعرض الام للاشعة او الصدمات الكهربائـــية، او حدوث عدوى او التهابات اثناء فترة الحمل، او وجود جين متنحي يســـبب هذه الحالة، أو إلتحام عظام الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً، حيث لا يزن المخ اكثر من نصف كيلوغرام رغم نمو الفرد الجسمي التام احيانا، وقد يكون المخ سليماً وخالياً من العاهات والاصابات مع صغر حجمه، لذلك يكون صغر حجم الجمجمة يكون نتيجة وليس سبباً لصغر حجم المخ، لذلك لا يفـــيد العـــلاج فـــي زيادة حجم المخ. وقد يكون جلد الرأس غليظا ومتجعدا نتيجة للتقلصـــات التـــي تحدث فيه لصغر عظام الجمجمة قياسا بالجلد التي يكسوها، وقد

(1) زهران، عبد السلام (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة: عالم الكتب، ص495.

يكـــون بعضهم عاديا في نموه العضلي وبصحة جيدة بالرغم من ان بعضهم يكون عرضة الى الموت في سن مبكرة.

4- الاستسقاء الدماغي Hydrocephaly

يتميز هؤلاء الأطفال بكبر حجم الجمجمة حيث تتراوح بين 22 و 28 إنج، وقد تكون حجم الجمجمة طبيعية عند الولادة ثم تنمو بشكل شاذ في الأسابيع الأولى، ويعود ذلك الى تجمع السائل المخشوكي لاسباب مرضية ولادية او مكتسبة ويؤدي إلـــى ازديـــاد وتراكم السائل المكون، وانسداد في القنوات المخية وعدم امتصاص السائل. (1)

ويمكن علاجه بشكل مبكر عن طريق الجراحة لتصريف السائل الى الوريد العنقي.

5- كبر الجمجمة Macrocephaly

يتمـــيز هـــؤلاء الاطفال بكبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ. ولابد من الإشارة الى ان زيادة حجم الجمجمة لا يعني دائما وجود قصور عقلي. تكون نسبة ذكـــائهم تـــتراوح مـــا بين 25-69 أي يقعون ضمن الاعاقة المتوسطة والاعاقة الشديدة. وقد يكون سببه عيب في المورثات التي تؤثر في نمو المخ.

أسباب الاعاقة العقلية

إن اســـباب الاعاقة العقلية كثيرة جدا منها ما يعود لعوامل وراثية واخرى لعوامل بيئية، وما زالت هناك أسباب غير معروفة للاعاقة العقلية، وقد اشار هيوز Hughes (2) فـــي هـــذا الصدد الى وثيقة تحتوي على (250) سبباً للاعاقة العقلية وهـــي تشكل ربع الاسباب المعروفة، وان ثلاثة ارباع الاسباب غير معروفة. وقد يكون الأمر مبالغا فيه لبعض الشيء، وقد اختلف المختصون في تصنيف الاسباب

---

(1) عبد الغفار والشيخ، مصدر سابق، ص 63 .

(2) Hughes, J. M. (1980) Educational Services for mentally retarded children in Developing Commonwealth Countries with special reference to Srilanka. Unpublished ph.D Thesis. University of Wales.

المؤديـــة الى الاعاقة العقلية، فمثلا اشار كيرك وجونسون Kirk and Johnson [1] الى ان أسباب الاعاقة العقلية يمكن ان تكون تحت سبع فئات هي بالتحديد:

1- اسباب تتعلق بنواة البلازما.

2- أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة.

3- أسباب ترتبط بزراعة الجنين Implantation

4- اسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الاولى Embryo .

5- أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة Fetus .

6- أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة.

7- اسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة.

أما منظمة الصحة العالمية (who) [2] فصنفت الاسباب المؤدية الى الاعاقة العقلية الى خمس فئات هي:

1- عوامل ما قبل الولادة

جينية وهي تتعلق بـــ :

أ- جين واحد .

ب- عوامل متعددة.

جـــ- الكروموسومات.

2- عوامل ما قبل الولادة.

الاصابة بالزهري، الحصبة الالمانية، التسمم، اختلاف فصيلة الدم، اضطرابات عملية الايض، اضطرابات في الغدد عند الام، عوامل جسمية.

3- عوامل اثناء الولادة:

كالاختناق، الولادة الجافة، الولادة المبكرة.

---

(1) Kirk, S. and Johnson. G. O. (1952) Education The Retarded Child. London: George G. Harper and Co. Ltd.

(2) هيوز، مصدر سابق، ص 71.

4- عوامل ما بعد الولادة :

عوامل الحرمان الثقافي، الابوي، النفسي.

5- عوامل غير معروفة

ولابـــد من الاشارة إلى ان النظرة حول العوامل الوراثية والعوامل البيئية المؤديـــة للاعاقة العقلية قد اختلفت عقب العقود السابقة حيث كانت النظرة في بداية القـــرن العشـــرين إلـــى ان معظم حالات الاعاقة العقلية ترجع لأسباب وراثية ثم تغيرت النظرة عبر السنين وقد اشار الشيخ وعبد الغفار [1] إلى عدد من الدراسات التي توضح نسب الحالات التي ارجع فيها الاعاقة العقلية الى عوامل وراثية.

جدول (4) يوضح نسب الدراسات التي أرجعت أسباب الاعاقة العقلية الى عوامل وراثية

الباحث	النسبة المئوية للاعاقة العقلية التي ترجع لاسباب وراثية	السنة
جودارد	%77	1914
هولنجورث	%90	1920
تريدجولد	%80	1929
لارسون	%76	1931
دول	%30	1934
بروز	%29	1934
كرانز	%45	1960
بانت	%40	1961

وعلى اية حال يمكن تصنيف الأسباب المؤدية الى الاعاقة العقلية الى ثلاث فئات هي:

(1) عبد الغفار والشيخ، مصدر سابق، ص 38 .

أ- أسباب ما قبل الولادة:

ويمكن تقسيمها الى عوامل جينية وعوامل غير جينية

العوامل الجينية :

- اضـــطرابات تتعلق بالكروموسومات اذ ان زيادة كروموسوم او نقصانه يؤدي إلـــى الاعاقـــة العقلية فزيادة كروموسوم واحد يسبب حالة المنغولية والتي سميت بعرض داون نسبة الى الدكتور داون الذي اكتشفها وقد وضحت ذلك سابقا، واشرت الى اسبابها وقلت قد يكون هناك ارتباط بين الحالة وعمر الام. وقد اشار ستيفنسون وآخرون Stevenson and others [1] الى احتمالية الاصابة بالمنغولية المرتبط بعمر الأم.

جدول (5) يوضح احتمالية حدوث المنغولية وفق عمر الأم

عمر الام	الاحتمالية
تحت سن 30	1 من 500
30	1 من 450
32	1 من 350
34	1 من 200
36	1 من 130
38	1 من 65
40	1 من 50
42	1 من 35
44 فما فوق	1 من 25

وقد وجدت إختلافاً في هذه النسب بمصادر أخرى .

(1) Stevenson, A and Others (1976) Genetic Counseling. William Heine mann Medical Books. Ltd .

وقد تحدث الاعاقة العقلية عن طريق الجينات الخاملة المتنحية التي يحملها الاب او الام والتي لا تظهر آثارها عليهم وانما تظهر على وليدهم، وقد يكون الخلل في الجينات احد العوامل المسببة للاعاقة العقلية والتي تؤدي الى النمو الشاذ والذي يسبب صغر او كبر حجم الجمجمة. كما ان حالات (RH) قد تسبب الاعاقة العقلية، فقـــد دلت الدراسات [1] على ان 86% من الادميين يحتوي دمهم على هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (RH+) وان 14% منهم لا يحتوي دمهم هذا المكون ويرمز لهم بالرمـــز (RH-). وقـــد وجد ان اختلاف دم الام عن دم الجنين يؤدي إلى إن جهاز المـــناعة في دم الام سيفرز أجسام مضادة لدم الجنين وبالتالي يؤثر في تكوين المخ ممـــا يســـبب الاعاقة العقلية. فمثلا اذا كان دم الام (RH-) ودم الاب (RH+) واخذ الجنيـــن دم ابيه فسيكون هناك اضطراب بين دم الام (RH-) ودم الجنين (RH+) ، أما اذا كان الدم لدى الام والاب سالبا فلا توجد مشكلة، كذلك الحال اذا كان دمهما موجبا او اخذ الجنين دم امه ايا كان. ولابد من الذكر بان الحمل الاول قد لا يتأثر كثـــيراً فـــي حالـــة اختلاف الدم بين الاب والام واخذ الجنين دم ابيه لان الاجسام المضـــادة قـــد لا تصـــل في الغالب الى الحد الذي يكفي للاضرار بالجنين. ولكن ســـيكون له تأثـــير كبـــير في الوليد الثاني إذ يؤدي إلى الاعاقة العقلية وأحياناً الى الموت.

والاضـــطرابات فـــي عملية الايض هي الاخرى قد تسبب الاعاقة العقلية وتحـــدث عـــن طـــريق طفـــرات في الجينات التي تؤدي الى اضطراب او اختفاء الانزيمات المتعلقة بهضم البروتينات والكربوهيدرات او الدهون.

ومـــن العوامـــل الوراثية التي قد تسبب الاعاقة العقلية زواج الاقارب لذلك نجد ان القانون الروسي يمنع زواج ابناء الاعمام.

---

(1) عبد الغفار والشيخ، مصدر سابق، ص 40 .

العوامل غير الجينية

وهي كثيرة جداً

1- تعـــرض الام الحـــامل الـــى أشعة أكس وخاص في الأشهر الثلاثة الاول او الاشعاعات النووية.

2- تعاطي المضادات الحيوية وخاصة في الأشهر الاولى، ولعل عقار الثاليدومايد (Thalidomide) الـــذي اخذ لفترات طويلة كمهدأ للاعصاب دون معرفة آثاره الجانبية التي كان لها اثر كبير على الجنين في حدوث تشوهات متعددة.

3- اصـــابة الام ببعض الامراض المعدية كالزهرى، الحصبة الالمانية أو الاصابة بمـــرض الصفراء المخية علما أن الحصبة الالمانية قد تؤدي إلى صغر حجم الجمجمـــة، واستســـقاء الدمـــاغ، والشـــلل المخي، والعمى، وازدياد الصفراء (اليرقان) وقد يسبب الصمم.

4- اضطرابات الغدد الصماء

5- سوء التغذية او نقص التغذية وقد يكون هناك فرق بين المصطلحين في الأول قـــد يعني توفر الاغذية الكمية لكنها تفتقد الى عناصر غذائية مهمة كالبروتين والمعادن أو غير المتكاملة بالفتياميناتـ. أما نقص الاغذية فهو عدم توفر الغذاء نوعـــا وكما . كما يحدث في بعض البلدان الافريقية الفقيرة. لذلك فإن التغذية الكاملـــة الصـــحية اثـــناء فترة الحمل يكون لها التأثير الكبير في نمو الجنين وخاصة في مراحله الأولى. ويمكن القول في هذا المجال ان شرب الام للحليب بشكل كافٍ في الاشهر الثلاثة الاولى يكون اكثر نفعاً للجنين من الحليب نفسه اذا شـــربه الطفل نفسه وهو بعمر سنتين. فالبروتينات وتوفرها يؤثر في بناء الخلايـــا لكـــل من الام والجنين لان الاحماض الامينية التي توفرها تدخل في ذلك. والتغذية وما فيها من فيتامينات كافية تساعد على البناء وعمل الهرمونات كالانسولين وهرمون الثيروكسين وغيرها.

6- مرض السكري

7- امراض القلب

8- الربو

9- ضغط الدم

10- التعب والاعياء المستمر

11- الحالة النفسية المزرية والمستمرة للام

12- تعاطي التدخين أو الخمور أو المخدرات

13- التسمم

14- تلوث الماء والهواء

ب- أسباب أثناء الولادة وتشمل

1- الولادة المبكرة جداً أو المتأخرة جداً.

ان الـــولادة المـــبكرة قـــد تسبب القلق العصبي وقد تعرض الطفل الى الموت ويرتبط ذلك بعمر الام، وسوء التغذية، التدخين، المخدرات، الكحول.

2- عسر الولادة.

3- الاختناق بسبب قلة وصول الاوكسجين الى الوليد او انقطاعه.

4- طول الحبل السري غير الطبيعي كأن يكون اطول من المعتاد او اقصر منه.

5- الولادة الجافة.

6- انفصـــال المشـــيمة المـــبكر الذي قد يؤدي الى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية او وصول كفاية من الاوكسجين للوليد.

7- التوليد غير الصحي واستخدام ادوات صلبة غير معقمة.

جـــ- أسباب ما بعد الولادة:

وتشمل الحوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة والتي تؤثر فـــي تلـــف بعض اجزاء المخ كحالات التهاب الجهاز العصبي المركزي، الالتهاب

الدماغي، الحمى القرمزية، مضاعفات الحصبة، الامراض المعدية مثل التهاب الغدد النكفية والجديري اضافة الى المبيدات التي تستخدم في الزراعة، او قتل الحيوانات، وسوء استخدام العقاقير او المعادن وخاصة الرصاص الذي اذا تناوله الطفل يؤدي الـــى تلف الجهاز العصبي، نقص كمية الاوكسجين، سوء التغذية. وتشكل العوامل البيئـــية كالثقافة والاجتماعية والنفسية سبباً للتاخر العقلي وخاصة الهامشي والبسيط منه.

وقبل ان انهي النقطة لابد من الإشارة الى ان أسباب الاعاقة المادية والتي ترتـــبط بعوامـــل وراثـــية قد تناقصت عبر الأعوام السابقة وهي في طريقها الى النقصـــان مـــا زال هناك تزايد في الوعي نتيجة للتطورات واتساع أبواب المعرفة وتعمقهـــا، وزيـــادة الدراســـات والبحوث في المجالات المختلفة وخاصة في مجال العلـــوم الطبية لان كثير من حالات الاعاقة وخاصة الشديدة منها تعود في الأغلب لاسباب ناتجة عن اللاوعي ما عدا تلك الاعاقات المتأتية من الاشعاعات والتلوثات البيئية كما حدث في العراق.

أمـــا فـــي حالات الاعاقة البسيطة فكثير منها يعود لأسباب ثقافية وبما ان هـــناك تفاوتـــاً فـــي العالم في هذا المجال. لذلك لا يمكن القول ان حالات الاعاقة البسيطة في طريقها الى التناقص لان التصريح بذلك لا يكون بأي حال من الأحوال مطلقـــا، فالاعاقة البسيطة قد تكون ملاحظة في المجتمعات الصناعية بينما لا تكون كذلك في المجتمعات الزراعية، وبما ان الحياة تتعقد يوما بعد آخر لذلك نحتاج الى مطالـــب ومستلزمات كثيرة قد لا يستطيع الجميع تحقيقها الأمر الذي يجعل بعضهم يتخلف عن بعض.

ويشـــير هيوز Hughes [1] الى ان اللجنة التي أمر رئيس الولايات المتحدة الامريكـــية بتكوينها توصلت الى ان 75% من المعاقين عقليا هم من عوائل فقيرة سواءا في مناطق الحضر او الريف.

تشخيص الاعاقة العقلية

لقـــد اشـــرنا ســـابقا الى ان الاعاقة العقلية درجات متعددة وأنماط مختلفة وأسبابها كثيرة جدا لذلك لا يمكن البت برأي قاطع في مجال تشخصيهم، فقد يكون ســـهلا للوهلـــة الأولى وخاصة لبعض أنماط المعاقين كالمنغولين وبعض درجات الاعاقة كالشديدة والعميقة التي تظهر واضحة من خلال السلوك الملاحظ.

ولكـــن فـــي حالات اخرى قد يكون التشخيص في غاية الصعوبة وخاصة عـــندما تكـــون درجة الاعاقة هامشية او بسيطة اذ تحتاج الى متابعة دقيقة وتطبيق اختـــبارات الذكاء وخاصة عندما لا يظهر على الطفل صفات جسمية ظاهرة ككبر الجمجمة او صغرها او القزامة.

وتـــزداد صعوبة التشخيص بشكل كبير جدا عندما يكون الطفل في أشهره الأولـــى، ولكن قد نعتمد على بعض المؤشرات التي تثير الانتباه في مثل هذا العمر كفشـــل الطفـــل في الاستجابة لابتسامة أمه، وعدم اعطاء اهتمام لما يجري حواليه سواء تعلق الأمر بالأشخاص او ما موجود من ماديات، ويكون اقرب الى السكون بحيـــث لا يحـــرك يديـــه ليمسك أشياء، أي لا ينتبه الى المثيرات التي تدعو قرينه العادي الى الانتباه.

كمـــا ان الاعاقة التربوية والانفعالية قد لا تكون ملاحظة في مرحلة ما قبل المدرسة وخاصة الاعاقة البسيطة.

وعلـــى أيـــة حال لا يوجد اتفاق عالمي بين المختصين على المحكات التي تعتمد في تشخيص الاعاقة العقلية. وفي أي مرحلة عمرية تبدأ عملية التشخيص..

---

(1) هيوز Hughes مصدر سابق.

وهل هناك مختصون يمكن ان يغطوا كل حالات الاعاقة العقلية. وهل هناك مراكز للتشخيص يمكن ان تكون في كل مدن البلاد.

وبالتأكـــيد سيكون الجواب بالنفي إذ ان هناك تفاوتاً كبيراً فيما اشرت إليه. فالاهـــتمام يخـــتلف مـــن دولة لأخرى كما هو واضح بين الدول الغنية المتحضرة والـــدول الفقـــيرة غـــير المتحضرة في مدى الاهتمام بالطفولة بشكل عام والطفل الخاص بشكل خاص.

كمـــا تتأثر المحكات المستخدمة في تشخيص الاعاقة العقلية بدرجة الوعي والتقاليد السائدة في أي مجتمع وفلسفته.

إن التشـــخيص بشـــكل عـــام يعتمد اساساً على دراسة حالة الطفل (Case Study) اما المحكات التي تعتمد في عملية التشخيص فهي:

1- الفحـــص الطبـــي: ويقوم به طبيب الاطفال أو فريق من الاطباء الاخصائيين لمعرفة النواحي الجسمية، وتاريخ الطفل الصحي، والأمراض، والحوادث التي تعـــرض لها، وحالة الوالدين الصحية وحالة الام خلال فترة الحمل، وظروف الـــولادة، وفحـــص الحواس، والغدد والجهاز العصبي. فمثلاً من الاجراءات الكشفية التي يقوم بها الطبيب لمعرفة اضطرابات التمثيل الغذائي والتي تسمى (الفينـــيل كيتونـــيوريا) (PhenylKetonuria) (PKU) التـــي تكون من الأسباب الرئيسية للاعاقة العقلية ما يلي:

أ- اختـــبار حـــامض الفيريك (Ferric Chloricle Test) حيث تخلط نقاطاً من حـــامض الفيريك مع بول الطفل فاذا تغير لون البول الى اللون الاخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (PKU) .

ب- اختـــبار نســـبة وجود الفينلين بالدم الذي توصل اليه العالم غاتري والذي سمي باسمه، وهو ان تؤخذ عينة من دم الطفل (من كعب القدم) فاذا وجد 20 ملغرام مقابل كل 100 ملم في الدم، فهذا يعني وجود اضطراب تمثيل غذائي (PKU)

والان اصـــبحت مســـألة طبيعـــية عندما نأخذ اطفالنا الى الصغار الى اطباء الاطفـــال يقـــاس محيط الرأس والطول والوزن من قبل الممرضة قبل دخول الطفل الى الطبيب لان هذه قد تعطي مؤشرات على وجود خلل.

2- **تطبـــيق الاختـــبارات العقلـــية والنفســـية**، ويعتمد بشكل أساسي على تطبيق اختـــبارات الذكـــاء لمعرفة نسبة الذكاء شريطة أن يكون التطبيق دقيقاً. ومن أشهر الاختبارات التي طبقت لقياس القدرات العقلية للفرد هو اختبار ستانفورد بينـــيه الـــذي يتسم بأنه مشبع باللفظية، واختبار وكسلر الذي يتسم بأنه يحتوي علـــى جانـــب لفظـــي وجانب ادائي، ويكون اصلح لمن لا يمتلك قدرة لفظية كالمعاقين سمعياً والمضطربين لغوياً.

وقد لا نعتمد بشكل كامل على نتائج اختبارات الذكاء لبعض التحفظات التي تـــتعلق بالاختـــبار نفســـه وبالتطبيق، ووضع الطفل وحالته الصحية وقت تطبيق الاختـــبار والظـــروف المحـــيطة خلال فترة التطبيق. فمثلاً ان إختبارات الذكاء لا تغطـــي جمـــيع القـــدرات فهـــي مثلا لا تقيس القدرات الفنية والقدرات الميكانيكية والقـــدرات القـــيادية والقدرات الاجتماعية، اضافة الى تحيزها فهي تصلح للطبقة الاجتماعـــية الوســـطى، وان البعض حصلوا على درجات أعلى من السود. وهناك مقـــياس جـــود أنف – هاريس للرسم (Good enough Haris Drawing Test) الذي يمكن تطبيقه بشكل فردي او جماعي وهو بسيط جداً اذ يستغرق تطبيقه بين (10-15) دقيقة ويستغرق تصحيحة (10-15) دقيقة كذلك وهو اختبار ادائي غير لفظي.

كمـــا يســـتخدم في هذا الجانب اختبارات الشخصية والنضج لمعرفة النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل.

3- **التشـــخيص التربوي:** ويقوم به اخصائي التربية الخاصة، ويمكن ذكر تجربة العراق في هذا المجال. إذ تنسب معلمة التربية الخاصة لمدرسة عادية أو اكثر لتشـــخيص الأطفـــال الذي يحتاجون الى تربية خاصة. حيث تتعاون المعلمة المذكـــورة مـــع المعلمة العادية لاطفال السنة الاولى ومتابعتهم بشكل تفصيلي

لمعـــرفة مـــدى الصعوبات التي تواجههم في عملية التعلم، وملاحظة سلوكهم داخل الصف وخارجه لمعرفة التكيف الاجتماعي والانفعالي، واذا ما توصلت معلمـــة التربـــية الخاصـــة الى ان بعض الأطفال يحتاجون الى رعاية خاصة ستكتب تقريراً شاملاً عن كل طفل، ويعرض على لجنة تتكون من فريق عمل ليقرروا قراراً نهائياً في وضع الطفل بصف خاص، لذلك تلعب معلمة التربية الخاصـــة دورا كبـــيرا في التشخيص من خلال معرفة سلوك الطفل وصحته ومشـــاكله التعليمـــية وعلاقاتـــه الاجتماعية واهتماماته الخاصة ومدى نضجه وفهمه ولغته مقارنة باقرانه الاخرين.

وعلـــى أية حال فهناك مقاييس مقننة ظهرت مؤخراً كمقياس المهارات اللغوية للمعاقيـــن عقلـــيا والتـــي تشمل خمسة ابعاد هي الاستعداد اللغوي والتقليد اللغوي والمفاهـــيم اللغويـــة واللغـــة الاستقبالية واللغة التعبيرية. ومهارات القدرة العددية للمعاقين عقليا والذي عدل ليتلائم مع البيئة الاردنية، ويحتوي على ثماني مهارات وهـــي الـــتآزر البصـــري الحركي، مطابقة الأشكال والألوان والاحجام والاوزان والكميات، تصنيف الاشكال والالوان والاحجام والاوزان والكميات، ومهارات العد الآلـــي، ومهارات تمييز الاعداد وفهمها، والتعرف على الأشكال الهندسية والالوان والاحجـــام والارقـــام والـــنقود وايام الاسبوع، ومهارات تسمية الأشكال الهندسية والالوان والاحجام والاوزان والاطوال والنقود وايام الاسبوع واشهر السنة، وكتابة الارقام وجمعها وطرحها. [1]

وهناك كذلك مقاييس لمهارات القراءة للمعاقين عقليا وكذلك مهارات الكتابة.

4- دراســـة الحالـــة الاجتماعـــية: ومـــن الوسائل التي يمكن ان تعين في عملية التشخيص دراسة الحالة الاجتماعية للطفل من خلال معرفة نموه قياساً بأقرانه مـــن الناحـــية الجســـمية والحركية واللغوية، وكذلك حالة الاسرة من الناحية

(1) لمـــزيد مـــن المعلومات انظر الروسان، فاروق (1999) اساليب التشخيص والقياس في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.

الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي لها أثر كبير في عملية تطور الطفل إذا ان كثـــير من الحالات الاعاقة العقلية الهامشية والبسيطة تكون نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الحالكة التي يعيشها الأطفال.

وبعد منتصف القرن العشرين ظهرت عدة مقاييس للسلوك الاجتماعي التكيفي ومـــن هـــذه المقايـــيس مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي The Vineland Social Maturity Scale لدول (Doll, 1953) ومقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية Cain Levine Social Competancy Scale لكيـــن وليفيـــن (Cain and Levine,1963) ومقـــياس الســـلوك التكيفـــي للجمعـــية الامريكية للتخلف العقلي The American Association on Mental Retardation Adaptive behaviour Scale والـــذي اعـــده نهيرا وزملاءه ولامبرت Nihira, et al, 1975 and Lambert, 1981 . [1]

واخـــيراً لابـــد مـــن القـــول كلما كثرت المحكات التي استخدمت في القياس والتشخيص كلما كانت الصورة أوضح، لذلك فإن الاتجاه الحديث يؤكد على أهمية اســـتخدام الجوانـــب الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية للحصول على تصور مـــتكامل يســـاعد على التخطيط والبرمجة ووضع العلاجات الكفيلة بتحسين الطفل المعاق عقلياً.

خصائص المعاقين عقلياً

نعـــود ثانية الى القول أن التحدث عن خصائص المعاقين عقلياً ليس بالأمر الســـهل لان التفاوت بينهما كبير جداً فمنهم من يكون قريباً من الاعتيادي وآخرين بعيداً جداً عنه.

فالفـــروق الفـــردية بيـــن المعاقين عقلياً كبيرة جداً اذا ما قورنت بالفروق الفـــردية بين الاعتياديين. لذلك فأننا عندما نتحدث عن الخصائص الجسمية والعقلية

(1) الروسان، فاروق، مصدر سابق، ص 141 .

والاجتماعية والانفعالية عن فئة المعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً فأننا لا نستطيع تعميمه الى الاعاقات الشديدة والعميقة.

وسيجري الحديث عن خصائص المعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وبطبيعة الحال كلما ازدادت درجة الاعاقة العقلية كلما ازدادت هذه النواحي سوءاً.

1- الخصائص الجسمية، هناك مقولة مشهورة تستخدم في حياتنا اليومية تقول العقل السليم في الجسم السليم. ويستدل منها على وجود علاقة بين الجانب العقلي والجانب الجسمي إذ لا يمكن الفصل بينهما تماماً.

وتشير أدبيات الموضوع الى وجود فرق بين الاعتياديين والمعاقين عقلياً في النمو الجسمي والحركي والمهاري. فالمعاقون عقلياً أقل طولاً ووزناً اذا ما قورنوا بالاعتياديين، كما انهم لا يرقون ان يكونوا بمستوى الاعتياديين في المهارات الحركية كالمشي والقفز والشد وحركاتهم اقل تناسقاً من الاعتياديين. وقد يظهر الفرق واضحا جليا عند اصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يعود التأخر من الناحية البدنية إلى الضعف العام، أو أسباب بيئية بعد الولادة كسوء التغذية والامراض التي يتعرض لها الطفل، وقلة النوم بحيث يعوق نمو الطفل نمواً سليماً.

وقد اوضح آيرسلب (Ayerslp) [1] في دراسته عن أثر القصور الجسمي في التقدم الدراسي بأن متوسط العيوب بالنسبة للطفل بطيئ التعلم تبلغ 16.5% مقابل 1.3% للاعتياديين، وتتمثل تلك العيوب الجسمية بعيوب البصر، عيوب في التنفس، تضخم اللوزتين، زوائد انفيه، عيوب في الاسنان، عيوب في السمع، تضخم اللوزتين. ويمكن أن تزداد هذه العيوب كلما ازدادت درجة الاعاقة العقلية.

ويشير جليفورد (Guliford) [2] إلى ان الكسل وعدم الانتباه من الصفات التي يتميز بها المعاقون عقلياً عوقاً بسيطاً ويعود ذلك لأسباب تتعلق بالصحة

---

(1) عبد الرحيم، فتحي السيد (1980) سيكولوجية الطفل غير العادي واستراتيجية التربية الخاصة، الكويت.

(2) Guliford, R. (1971) Special Education Needs. London: Routledge and Kegan Paul .

البدنـــية، ضعف أو قلة النشاط العام نتيجة لفقر الدم الحاد، القصور الجسمي، عدم النضج العقلي.

ينتمـــي بعـــض المعاقين عوقاً بسيطاً الى فئة المنغولية ولو ان نسبتهم كما تقـــول الدراســـات 01%-04% وهـــي نسبة قليلة جداً اذا ما قورنت بفئة البلهاء والمعتوهين. ولكن ومن خلال وجهة نظرنا فان المنغولية تتأثر بتقدم البلد وتحضره والخدمات المقدمة للامومة والطفولة وفي مجال التربية الخاصة، وبهذا يمكن القول ان درجـــة اعاقـــة المنغوليين في الدول المتحضرة اقل من درجتهم في الدول غير المتحضرة والفقيرة.

الخصائص العقلية

يتمـــيز هؤلاء الأطفال بمعدل نمو عقلي أقل من الاعتياديين فهم لا يصلون الى المستوى العقلي الذي يصل اليه اقرانهم الاعتياديون. ومن المظاهر العقلية التي يتصف بها الطفل المعاق عقلياً عوقاً بسيطاً هي:

1- سرعة نسيانه وضعف الذاكرة.

2- قصور في القدرة على التركيز.

3- ضعف القدرة على الانتباه.

4- ضعف القدرة على حل المشكلات .

5- ضـــعف القدرة على التفكير المجرد لذلك يجري التأكيد في تعليم المعاقين عقلياً علـــى المحســـوس والملمـــوس بالـــرغم من ان الاتجاه العام لجميع الأطفال باعمارهم المبكرة ان يعلموا وفق المحسوس الا ان المعاقين عقلياً اكثر احتياجاً لها.

6- ضـــعف القدرة على التعميم فقد يجيب الطفل عندما يسأل 1+1 كم لكنه قد يجد صعوبة عندما يسأل 1 و 1 كم ؟

7- قصور في القدرة على التحليل والتركيب والتقويم حتى في اعمار متقدمة.

8- يتصـــف بالافكار المشتتة وعدم الانتقال المنظم في افكاره بشكل يتسم بالتسلسل الموضوعي والمنطقي.

9- صـــعوبة التمييز بين المتشابهات وأوجه الاختلاف بين الأشياء، فقد لا يستطيع التفريق بين المربع والمثلث والدائرة.

10- ضـــعف القدرة على التمييز البصري، فقد يجد صعوبة في ادراك المتشابهات من الكلمات مثل أسنان وسنان، طير وطبر، وقد يخلط بين الحروف المتشابهة مثل خ، خ، ج، او ب، ت ، ث .

11- صعوبة تعلمه القراءة والكتابة والخط.

الخصائص اللغوية

غالـــباً ما يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من اضطرابات وتأخر لغوي، وقد تكـــون هذه المسألة طبيعية لان اللغة نشاط عقلي لذلك فان تأخر واضطرابات اللغة تـــتأثر بشـــدة بالاعاقة، حيث تشتد كلما اشتدت الاعاقة العقلية فتكون عند المعاقين عوقـــا شديدا اكثر من المعاقين عوقا متوسطا وهكذا بالنسبة للمعاقين عوقا بسيطا. وتعد الاعاقة العقلية من اسباب اضطرابات النطق والكلام المتعلقة بمرحلة المعالجة إذ قد تكون أعضاء الاستقبال سليمة لكن الخلل في عملية المعالجة، وقد يتصف بكل أنـــواع اضـــطرابات النطق والكلام وهي اضطرابات النطق واضطرابات الصوت وانسيابية الكلام.

ان الاطفال المعاقين عقلياً بالإضافة الى قلة حصيلتهم اللغوية قياساً بالأطفال الاعتياديـــن فهم يتأخرون في الاستجابة للأصوات والتفاعل معها، وقصورهم في الفهـــم والتقليد والمحاكاة ويسوء الأمر اكثر في الانتاج التلقائي، فتكثر في كلامهم عـــدم الاتساق والتفكك والاخطاء واضطرابات النطق كالتشويه والتحريف والحذف والابـــدال، كمـــا يتصـــفون بـــالكلام الطفولي (Childish) نتيجة لعدم تطور لغتهم كالاطفـــال الاعتياديـــن اضافة الى اضطرابات الصوت حيث يكون صوتهم نمطياً

وبوتـــيرة واحدة. وهذه العيوب ليست على درجة واحدة وانما تختلف باختلاف شدة الاعاقة فهي أقل في الاعاقة العقلية البسيطة.

ولابد من الذكر ان اللغة مهمة جداً للتطور الذهني إذ ان هناك علاقة وثيقة بينهما، كما ان هناك علاقة تفاعل بين اللغة والفكر وقد أثير نقاش طويل حول أيهما أســبق هل اللغة تسبق الفكر او الفكر يسبق اللغة ولا مجال للتطرق لهذه المسألة، وانمـــا يمكن القول اجمالاً بأن العلاقة بين اللغة والفكر هي علاقة تفاعل فكل منهما يؤثر في الاخر فكأنهما وجهان لعملة واحدة، فالقصور في جانب يؤثر في الثاني.

الخصائص الانفعالية والاجتماعية

ابـــتداء لابـــد مـــن القول بأن هناك ارتباط بين الجوانب العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية التي تشكل الذات الانسانية، ولا يمكن بأي حال من الأحوال الفصـــل بينهما تماماً فاي تطور أو قصور في احدها سيؤثر في الجوانب الاخرى ولكن بدرجات متفاوتة.

ومـــن الخصـــائص التـــي يتصـــف بهـــا المعاقون عقليا كما تشير أدبيات الموضوع التي تحدثت عن الاعاقة العقلية هي:

1- العـــدوان (Aggression) اشـــارت الادبـــيات الـــى ان المعاقين عقلياً يتصفون بالســـلوك العدواني الذي يميزهم عن الاعتياديين، ولكن لا يمكن ان نعمم ذلك علـــى جمـــيع فئات الاعاقة العقلية، فالعميق والشديد قد يكون ساكنا يعيش مع حاله دون أي شكل من أشكال العدوان. كما اننا لو تحدثنا مثلاً عن المنغوليين فـــي هـــذا الجانب لنراهم مسالمين، مرحين، اجتماعيين، متعاونين، مبتسمين، يحبون مصافحة الاخرين لذلك يطلق عليهم "الاطفال السعداء". (1)

ان الســـلوك بشكل عام مكتسب نتيجة لمتغيرات بيئية وأساليب التربية المتبعة لذلـــك فـــان الطفـــل المعـــاق عقلـــياً عوقاً بسيطاً حالة كحال تربية الأطفال

(1) زهران، عبد السلام (1977) مصدر سابق، ص 492 .

الاعتياديين، ولكن نتيجة للاحباط والفشل الذي يتعرض له هؤلاء الأطفال تجعل استجاباتهم سلبية، فيلجأون إلى السلوك العدواني كحالة من التنفيس أو التعويض عن عدم قدرتهم على المشاركة. كما ان معظم اولياء الامور يطالبون ابنائهم بسلوك يتناسب مع عمرهم الزمني وليس مع عمرهم العقلي، لذلك فهو يجاهد على جبهتين جزء من طاقته النفسية والحيوية تتمركز حول مقاومة توتره الداخلي، وجزء من طاقته يتجه نحو كسب رضا أولياء الأمور والمدرسين، وقد يجد صعوبة في ذلك الأمر الذي يؤدي به الى الشعور بأنه أدنى من أقرانه الآخرين مما يترتب على ذلك الوان من الضغوط النفسية والاجتماعية، وقد يؤدي الى السلوك العدواني، واحياناً تكون الاعاقة العقلية نتيجة للعطب المخي الذي يسبب في بعض الحالات السلوك النمطي وغير الاجتماعي تتخلله شكل من أشكال العدوان.

2- القصور في انشاء علاقات اجتماعية فعالة وهي نتيجة طبيعية لقصوره العقلي، لذلك لا يستطيع الطفل المعاق عقلياً ان يتكيف بشكل مثمر مع اقرانه الاعتياديين، وقد يبتعد اقرانه الاعتياديون عنه، وقد يكون احياناً بتشجيع أولياء امورهم لانهم ينظرون الى مصلحة ابنائهم قبل كل شيء، اذ يفضل الآباء ان يصادق ابنائهم من هم افضل منهم ليستفيدوا منهم ويقلدوهم في جوانبهم الايجابية، لأن عملية التقليد بشكل منطقي تكون في الغالب من الافضل فمن غير المنطق ان يقلد طفل ذكي طفلاً أقل من الاعتيادي.

ومن هذا المنطلق نجد الأطفال المعاقين عوقاً بسيطاً يميلون الى صداقة أو مشاركة الاطفال الذي يماثلونهم بالعمر العقلي أكثر من اقرانهم الذين يماثلونهم بالعمر الزمني.

3- الانسحاب withdrawn ان الانسحاب قد يكون من الخصائص التي يتميز بها المعاقون عقلياً بشكل عام. وتلك مسألة منطقية لما يتصف به الطفل المعاق عقلياً من قصور في القدرات العقلية والنضج الاجتماعي لذلك فهو يميل الى

الانسحاب. وهذا الحال ينطبق حتى على الاعتياديين فقد ينسحب الاعتيادي من المجموعـــة المتفوقة لأنه لا يستطيع أن يواكبهم في قدراتهم ووجوده معهم قد يفرز نوعاً من عدم الرضا عن الذات الذي يسبب بدوره الألم النفسي.

كذلـــك فإن المعاق عقلياً ينشغل بنفسه تاركاً المجموعة أو قد يراقبهم عن بعد. وقد توصـــل كـــيرك وجونســـون Kirk and Johnson [1] في دراستهما السوسيرمترية (Sociometric study) التـــي شملت عينة من الأطفال الاعتياديين والمعاقين عقليا بمدارس المرحلة الأولى بلغ عددهم (689) طفلاً إلى ما يأتي:

1. ان ثلثى الأطفال المعاقين عقلياً يتصفون بأنهم معزلون (Isolates) في حين أن نســـبة المعزولين عن الجماعة بين الاعتياديين تبلغ نصف ما بلغته بين المعاقين عقلياً.
2. بلغت نسبة الأطفال التي ترفضهم الجماعة ما بين المعاقين عقلياً 15،46% في حين بلغت النسبة بين الأطفال الاعتياديين نسبة 4.4% وكان من أسباب رفض الجماعة هؤلاء الأطفال هو ما يبدونه من سلوك عدواني وما يقومون به من أعمال تضايق الجماعة وتزعجهم.

4- النشاط الزائد Hyperactivity يتمثل ذلك بنشاط غير عادي وأكثر من المألوف مـــن حيث الحركة وعدم الاستقرار والجهد العضلي المبذول. وقد يظهر ذلك واضـــحاً جلـــياً عـــند الأطفال المصابين بتلف في الجهاز العصبي المركزي. يتصـــفون هؤلاء الأطفال بعدم الاستقرار، والحركة المستمرة، والتكرار الممل لبعض الحركات التي لا تتسم بالاتساق.

وقـــد يقتصـــر هـــذا العرض، الذي لا يمكن ان نطلق عليه مرض، على المعاقين عقلياً وانما يتميز به كذلك بعض الأطفال الاعتياديين لأسباب مختلفة.

---

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق،ص 70 .

واذا ما وضع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً في الصف فهم كثيرو الحركة والتـــنقل، ولا يستقرون على حال كما يكونون مشتتى الانتباه بشكل مميز عن بقية الأطفال الاعتياديين.

نقص الثقة بالنفس

ابـــتداءاً لابـــد من القول ان هناك ارتباطاً بين القدرات العقلية العامة والثقة بالـــنفس، فكلمـــا كانت القدرات العقلية عالية انعكس ذلك بشكل ايجابي على الثقة بالـــنفس والعكس صحيح. وبما أن الطفل المعاق عقلياً يتميز بقصور قدراته العقلية فإنه معرض أكثر من غيره إلى حالة الفشل والاحباط الذي يزعزع ثقته بنفسه، هذا مـــن جهـــة ومـــن جهـــة أخـــرى فهـــو اقل تقبلا في البيئة الاجتماعية من أقرانه الاعتياديين. لذلك يمكن القول بشكل عام ان نقص الثقة بالنفس بالنسبة للطفل المعاق عقليا احدى الخصائص المميزة له.

مفهوم الذات المنخفض

يشـــير هذا المصطلح الى رؤية الفرد لنفسه من النواحي العقلية والجسمية والاجتماعـــية والانفعالية زائداً رؤية الآخرين له. فهو يتصف بالتردد والتكرار وقد يصـــعب الحصـــول على استجابة منه الا بعد ان يشعر بالأمن والطمأنينة، كما ان الطفـــل المعاق عقلياً يتعرض لكثير من الفشل والشعور بعدم الكفاءة وعدم التقبل الصريح أو المستتر، وهذا ما يجعله يشعر بعدم تقدير الذات.

التكرار الممل

يتصـــف بعـــض المعاقيـــن عقلياً بميلهم إلى تكرار بعض السلوكات بشكل مستمر دون ملل او ضجر أو قد يكرر بشكل كبير جداً جواب لسؤال وخاصة اولئك الاطفال الذي يعانون من تلف في الدماغ.

إن قصـــور الطفـــل المعـــاق عقليا تحدد سلوكه في إطار ضيق بعيداً عن الشمولية التي يمكن من خلالها ان يوزع جهده.

فمحدوديـــة الامكانـــيات والقدرات والميول التي تجعله يركز على سلوكيات بسيطة يميل الى تكرارها بشكل مستمر حتى يصل الامر احياناً الى حد الاصرار.

الدمج والفصل

يرتـــبط المصطلحان بشكل اساسي بدرجة الاعاقة فلا يمكن ان نتحدث عن الدمـــج في حالات الاعاقة الشديدة، ولكن يمكن ذلك في حالة الاعاقة البسيطة إذ ان معظـــم دول العالم تتخلى تدريجيا عن الفصل وخاصة بالنسبة للمعاقين عوقا بسيطا او هامشيا.

وتخـــتلف دول العالم في صيغ الادماج المعمول بها إذ لا يوجد اتفاق دولي على صيغ الادماج.

وقد اشار الخطيب [1] الى دراسة حول تعليم ذوي الحاجات الخاصة نفذتها اليونســـكو مـــنذ بضـــع سنوات قدمت سول (Saulle, 1995) تقريراً عنها. تضمن التقرير تبني تسع وثلاثون دولة من اثنتين وخمسين دولة للدمج، ولكن ذلك لا يعني بالضرورة ان هذه الدول جميعاً تضع مبدأ الدمج موضع التنفيذ فبعضها تطبق الدمج بســـبب سياســـات اجتماعية بالغة التطور، وبعض الدول تمارس الدمج لانه يمثل افضل البدائل المتاحة والقابلة للتنفيذ لان المدارس والمؤسسات الخاصة ذات كلفة اقتصادية كبيرة جداً، ولا تتوفر اعداد كبيرة من الافراد المعاقين بينما تبنت سبع من هذه الدول الاثنتين والخمسين الفصل الذي تعده اكثر ملاءمة لحاجات المعاقين.

أمـــا الأشـــكال التي تقدمها التربية الخاصة فتمثل بعضها الفصل وبعضها الاخر الدمج بأشكال مختلفة ومن هذه الأشكال:

1- مؤسسة أو مدرسة ينام بها الأطفال ويتعلمون بها كذلك.

2- مؤسسة أو ملجأ يأوى المعاقين أما تعليمهم فيكون في مكان آخر.

3- مدرسة نهارية خاصة.

---

(1)الخطيـــب ، جمـــال (2004) تعلـــيم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

4- الصفوف الخاصة في المدارس العادية.

5- فصول خاصة في مدارس عادية ويختلط بفترات مع التلاميذ الاعتياديين.

6- يوضع في صف عادي مع توفير مساعدات داخل المؤسسة كأن تكون عيادات خارجية او مركز تعليمي.

7- دمـــج الأطفـــال المعاقيـــن عوقا بسيطا مع الاعتياديين واشراك معلمة التربية الخاصـــة لمصاحبة المعلمة الاعتيادية من أجل تسهيل عملها واستيعاب هؤلاء الأطفال.

8- وضع الطفل في صف عادي ويستعين المعلم بمشرف او مختص ليساعده على كيفية التعامل والطرق الفنية للتعليم والوسائل وغيرها.

تمـــثل الأشـــكال الـــثلاثة الأولى حالات الفصل بينما بقية النقاط الاشكال المخـــتلفة للدمـــج، وهـــي تختلف من دولة لأخرى لاسباب عديدة ترتبط بسياستها الـــتربوية وامكانياتها الاقتصادية، ومدى توفر المختصين في هذا المجال، والحالة الاجتماعية والثقافية. ان الهدف الاساسي من دمج الطفل مع الاعتياديين هو التفاعل وكســـب كثير من الخبرات من خلال الاحتكاك اليومي مع اقرانه الامر الذي يؤدي الى التكيف الاجتماعي، ولكن من أهم الصعوبات التي تواجه هذه العملية هو كيف نجعل الأطفال الاعتياديين يقبلون ويتكيفون مع هؤلاء الأطفال وخاصة مع الكبار اذ ان عملـــية الدمـــج تكون أوفر حظا للنجاح عندما يكون الاطفال صغارا لان مدى الفـــروق الفـــردية بينهم لم تتسع بعد بالقدر الذي نراه عند تقدم العمر، والصعوبة الكبـــيرة الاخـــرى هي معلمات المتعلمين الاعتياديين اللواتي لم يعدن للتعامل مع الاطفال المعاقين.

ومن الدراسات التي اجريت في هذا الجانب دراسة سانسون وزنجمويد (Sansone & Zigmond) [1] التـــي هدفـــت تقييم فاعلية برنامج الدمج على عينة من المعاقين

(1) Sansone, J. and Zigmond, N. (1986) Evaluating mainstreaming through analysis of student's schedules. Exceptional Children. Vol. 52, No. 5, PP. 455-458 .

عقلـــياً عوقـــاً بســـيطاً. شملت عينة البحث (844) طفلاً من ذوي الاعاقة البسيطة موزعين على (61) صفا من صفوف المدارس الاعتيادية التي بلغت (38) مدرسة ابتدائية.

توصلت الدراسة الى ان 14.5% من الوقت امضاه ذوو الحاجات الخاصة فـــي الصـــفوف الاعتـــيادية وان المـــواد التـــي نجح فيها البرنامج هي مواد الفن والموسيقى والتربية الرياضية والمكتبة، وتراوحت نسبة المعاقين عوقا بسيطا الذي الـــتحقوا بـــتلك 56-75% بيـــنما تراوحت نسبتهم في الجوانب الاكاديمية "القراءة والحساب والانكليزية والعلوم والاجتماعيات ما بين (3% - 7%) ويعني أن اكثر مـــن 90% من العينة لم يلتحقوا في الجوانب الاكاديمية وقد يكون تفسير الامر ان هـــذه الجوانب تظهر ضعفهم اكثر من المواد الأخرى، وقد يكونون في تلك المواد افضـــل حـــالاً مـــن الجوانب الاكاديمية (القراءة والحساب واللغة واللغة الانكليزية والعلوم).

ففي التجربة العراقية في مجال الصفوف الخاصة لبطيئي التعلم ومن خلال زيـــارات الكاتـــب لكثـــير من المدارس التي تحتوي صفوفا خاصة لم يجد النفس الحقيقي الصادق في التعامل مع هؤلاء الأطفال، وسمعت تصريحا واضحا من عدد لـــيس بقليل من معلمات المتعلمين الاعتياديين عند دمج أطفال التربية الخاصة في صـــفوفهن علـــى انهـــن لسن مسؤولات عن التعامل من هؤلاء التلاميذ وانما هي مسؤولية معلمات التربية الخاصة فقط.

ويقتصـــر دور معلمات التربية الخاصة في هذه التجربة على تعليم الأطفال بطيئى التعلم القراءة والكتابة والحساب، اما بقية المواد فيدمجون مع اقرانهم وحقيقة الأمـــر ان معلمـــات التربية الخاصة لا يذهبن مع هؤلاء الاطفال خلال دمجهم في الدروس الاخرى، ويقتصر الامر على معلمات الاطفال الاعتياديين، لذلك فانهم في أغلـــب الاحـــيان لا يعطـــون العناية والرعاية والاهتمام الكامل اذ تركز معلمات

الأطفـــال الاعتياديـــن علـــى اطفالهن واحيانا لا يعطي بطيئ التعلم حتى كرسي للجلوس عليه ويقفون جانبا احيانا او يجلسون على الأرض.

فضـــلاً عن ان معلمات التربية الخاصة لم يصلن الى درجة الوعي الكافي الذي يدركن فيه الجانب الانساني للتعامل مع هؤلاء الأطفال وعند مقابلتي لكثير من معلمـــات التربـــية الخاصـــة فـــي هذه المدارس كن يفضلن التحول لتعليم الاطفال الاعتياديين بالرغم من ان عدد اطفال الصف الخاص يتراوح ما بين (6-12) طفلا في حين يتجاوز الصف العادي في اغلب الأحيان (30) طفلاً.

وكـــأن النظرة اليهن اجتماعيا يرتبط بالأطفال الذين يعلمونهم وخاصة وقد صـــرحت الـــبعض منهن عندما سألتهن عن سبب رغبتهن للانتقال لتعليم الأطفال الاعتياديين فأجبن احيانا وعن طريق المزاح الذي قد يشوبه ما يشوبه تقول معلمة الاعتياديين لمعلمة التربية الخاصة يا معاقة اذهبي الى اطفالك المعاقين.

لذلك قلما وجدت دافعية ترقى لان تكون ومستوى متطلبات هؤلاء الأطفال واحيانا حتى من قبل الادارة ذاتها لأن فتح الصف في أغلب الاحيان لم يكن برغبة ادارة المدرسة وانما بأمر من المديرية العامة للتربية.

كمـــا لـــم اجد في كثير من الأحيان صفا يرقى لأن يكون بمستوى الصف الخـــاص الذي يبعث على استغلال القدرات والطاقات الى اقصاها، وهذا يعكس ما اســـلفت. لذلك يمكن القول ان عملية الدمج ليست عملية سهلة يكون طريقها سهلاً معـــبداً يملـــؤه الازهـــار والرياحين وانما هو طريق صعب، ويحتاج الى شروط ومستلزمات وتهيئة واعداد لنجاح هذه العملية. فعلى سبيل المثال كيف نهيئ معلمات الاعتياديـــن ان يتقبلـــن هؤلاء الأطفال ويتعاملن معهم تعاملا دقيقا يجسد الجانب الـــتربوي والانســـاني في حالة دمجهم بدون معلمات التربية الخاصة، وكيف تهيئ معلمات الاطفال الاعتياديين اطفالهن لقبول هؤلاء الأطفال في حالة دمجهم والتعامل معهم بشكل سليم.

وقبل ان انهى النقطة لابد من الاشارة الى أني وجدت من الادارات نماذج فـــي هـــذا المجال كما وجدت معلمات على درجة عالية من الوعي بحيث اصابهن الاســـتغراب عندما سألتهن السؤال التالي: هل ترغبن للانتقال من معلمات التربية الخاصـــة الى معلمات الاطفال الاعتياديين؟ واعتبرن ذلك نقلة الى درجة أدنى لان معلمـــات التربية الخاصة عندهن من المعلومات ما عند معلمات الاعتياديين والذي يمكـــن ان نطلـــق علـــيه (س) وعندهم الخاص في مجال الاعاقة من حيث أسبابها وطـــرق تشخيصها وقياسها وطرق تعليمهم ومتطلباتهم الى غيرها والتي يمكن ان نطلق عليها (ص) لذلك يكون الآتي:

- معلمة الاطفال العاديين عندها (س) فقط.
- بينما معلمة الصف الخاص عندها (س + ص)

مستويات الدمج

إن للدمج مستويات هي : [1]

أ- المســـتوى المادي: هو ان يلحق الطفل المعاق بمدرسة عادية ولكنه قلما يشارك في انشطة الفصل، وقلما يتواصل مع المتعلمين الاعتياديين.

ب- الادماج الوظيفي: ويشترك الطفل بنشاطات اقرانه او بعض منها مثل التربية، الدينية، الموسيقى، الاشغال اليومية، نشاطات الايقاظ .

جـــــ- الادمـــاج الاجتماعـــي: ويتحقق ذلك عندما يلعب المعاق بصفة فعلية دورا اجتماعـــيا في المجموعة التي يشكلها الفصل، ويكون هناك تفاعل حقيقي بينه وبيـــن اقرانه بحيث يحس بشعور من الانتماء الى المجموعة، وان يكون هناك قبول حقيقي من قبل اقرانه.

يعـــد الادماج الاجتماعي اصعب مستوى لانه لا يتحقق الا بتحقيق المستويين السابقين كما ان الوظيفي لا يتحقق الا بعد الادماج المادي.

---

(1) عـــبد الرزاق، عمار (1988) تربية المراهقين المعوقين، الادماج في المدرسة (مترجم) تونس: المنظمة العربية للثقافة والعلوم التربوية، ص 46 .

الأساليب العلاجية للمعاقين عقليا

لـــم يقتصر علاج المعاقين عقلياً على أسلوب واحد وانما تعددت الأساليب التي تعاملت معهم . ومن أشهر الأساليب العلاجية هي:

1- العلاج الطبي Medical Therapy

وهـــو أحد الأساليب التي استخدمت قديماً وحديثاً لعلاج كثير من الحالات التي تؤثر في الاعاقة العقلية وخاصة تلك المتعلقة بالنواحي العضوية والمتعلقة منها فـــي الســـمع والبصـــر والعيوب المتعلقة بالغدد التي لها أثر كبير في عملية النمو الطبيعـــي، وكذلك معالجة بعض حالات الاعاقة البسيطة التي سببتها سوء التغذية، فعلـــى سبيل المثال استخدمت العقاقير الطبية في معالجة مشكلة النشاط الزائد حيث بلغت نسبة النجاح كما اشار بيكر Baker [1] (65%-70%) وتعد عقاقير الريتالين Retalin والســـايلرات Cylert والدكســـدرين Dexederine اكـــثر العقاقير استخداما لمعالجة هذه المشكلة.

واســـتخدم هرمون الثيروكسين في علاج القصاع (القزامة)، ونقل الدم في حالات العامل RH ، كما استخدمت الجراحة لتلقى نجاحا كبيرا في معالجة حالات عيوب الرأس وخاصة في حالات التشخيص المبكر.

وقـــد أثبت حامض الجلوتاميك تحسنا في الاداء الكلي للشخص في الحالات المزمـــنة للاعاقـــة العقلـــية حيث اصبح الاطفال اكثر انتباه وكفاية. وقد يكون هذا العـــلاج قد نشط الخلايا المخية وبالرغم من الارتفاع الذي وصلوا الا انه لم يصل الـــى مستوى الدلالة الاحصائية، وعند توقف العلاج انخفض مستواهم الى ما كانوا عليه.[2]

(1) Baker, A 1976 Hyperactivity Methods of Treatment: Division for Children with Learning Disabilites CEC: Reston Verginina.

(2) ياسين عطوف محمود (1981) اختبارات الذكاء والقدرات العقلية. بيروت: دار الاندلس، ص 142.

2- العلاج الاجتماعي Social Therapy

يركز هذا العلاج على المتغيرات البيئية التي لها أثر كبير في سلوك الفرد وفي رؤيته لنفسه، وهل يؤدي ذلك الى شعور الرضا او عدم الرضا؟

فكثـــير من الاعاقات العقلية البسيطة هي نتاج ظروف بيئية يعيشها الطفل وأســـاليب التربـــية المقدمـــة له لذلك يجري التركيز على كيفية استثمار الجوانب الايجابـــية لـــدى الطفـــل المعـــاق واعطاؤه ادواراً اجتماعية وهو في الأسرة وفي المدرســـة وبين اقرانه، وكيفية المشاركة الفعالة في هذه الاجواء دون التركيز على الجوانب السلبية او على الاخطاء والسلوكيات غير المرغوبة والتأكيد عليها. ويسعى العـــلاج الاجتماعي على تقبل الطفل المعاق عقليا لحالة عوقه، والقبول الاجتماعي من قبل الاخرين الذين يتعاملون معه.

3- العلاج النفسي Psycho Therapy

ويتضمن العلاج النفسي شقين الشق الأول هو محاولة فهم الطفل لنفسه وما هي مشاكله؟ وكيف يستغل امكانياته الذاتية في تحقيق أهدافه؟

أمـــا الشق الثاني فيتعلق بأولياء الأمور ودورهم الكبير في فهم الطفل فهماً كاملاً. يكون للتوجيه والارشاد من قبل المختصين دور كبير ليمكنوا اولياء الأمور من تفهم ابـــنائهم، وكيف يتعاملون معهم بشكل ايجابي من خلال توفير الظروف الاجتماعية الســـليمة الكفـــيلة بتهيئة الأمن والتوافق النفسي المقبول، ويمكن القول ان للمرشد النفســـي والاباء دوراً كبيراً في رفع دافعية الأطفال، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم وتغيير الاتجاهات السلبية المؤثرة في جوانب النمو المختلفة.

4- العلاج التربوي: Educational Therapy

إن الأســـاليب التربوية الخاصة هي أساليب هادفة يمكن من خلالها استثمار قدرات وطاقات الطفل بشكل سليم من خلال تعليمه المهارات الاكاديمية والاساسية او لبعض المهن التي تتناسب مع قدراته الامر الذي يمكنه الاعتماد على نفسه بدلا

مـــن الاعـــتماد علـــى الاخرين ويكون له مردود ايجابي على الفرد نفسه واسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

لذلـــك فقد انشات المدارس الفصول الخاصة التي استوعبت ضعاف العقول ووفـــرت المواد واعدت معلمي الصفوف الخاصة على مختلف الوسائل والأساليب والطرق التدريسية التي من شأنها دفع المعاقين عقليا الى الامام كما هيئت البرامج الخاصة التي تتناسب مع قدراتهم وامكانياتهم.

يـــتم ذلك بشكل فردي في أغلب الأحيان، عن طريق تحديد مستوى الاداء الحالـــي للطفل من خلال المحكات المختلفة او ما يسمى بالتشخيص التكاملي، ومن ثـــم وضـــع خطة تربوية فردية وخطط تعليمية فردية ثم تصاغ الاهداف السلوكية مراعيـــن فـــي ذلك الأسس العامة للتدريس وهو البدء بالسهل البسيط الى الصعب المركـــب ومـــن المادي المحسوس الى غير المحسوس يتخللها التقويم ثم بعد ذلك الـــتقويم الختامـــي، علمـــاً بـــان مـــا يمـــيز التربـــية الخاصة كونها مرنة قابلة للتعديل والتغيير والاضافة ولا توجد قوالب ثابتة وانما يجب ان تكون الانطلاقة من المتعلم.

العلاج بالتعزيز:

لقـــد اثبـــت هذا النوع من العلاج فاعليته مع المعاقين عقليا على اختلاف درجـــاتهم في الجوانب الاكاديمية والسلوكية والمهارية. يتميز هذا النوع من العلاج بالمنهجية العلمية والموضوعية من خلال قياس السلوك المستهدف ثم يجري اختيار احد أساليب التعزيز. كما يتميز هذا العلاج بمرونته للتغيير اذ ان المعززات ليست علـــى درجة واحدة من الفعالية فقد يكون معزز فاعلا مع (س) لكنه اقل فاعلية مع (ص) او قـــد يكـــون غير فاعل بالمرة مع (ع). ان القياس في البرنامج التعزيزي مستمر واذا لم يثبت فاعليته في التغيير نتيجة للاسلوب العلاجي او اختيار المعزز المرغوب سيصار الى تغيير الاسلوب العلاجي أو المعزز المستخدم.

الاعاقة السمعية

مقدمة

تعــد الاعاقة السمعية ظاهرة قديمة حديثة موجودة في كل بقاع العالم، فلم تكــن حكــرا على بلد دون آخر. ولكن في ذات الوقت، مدى انتشار هذه الظاهرة يخــتلف عبر الزمان والمكان حيث يمكن القول ان هذه الظاهرة تكون اكثر انتشارا في المجتمعات البدائية والمتخلفة قياسا بالبلدان المتحضرة لانها ترتبط ارتباطا وثيقا بدرجــة الوعــي. فتحدث كثير من هذه الاعاقة نتيجة لعدم وعي المرأة خلال فترة الحمل.

كمــا يمكــن القول أنه نتيجة للتطور العلمي والتقني والطبي، وتزايد وعي الانسان تجاوز كثير من الأسباب التي تؤدي إلى هذه الاعاقة.

ولقــد شهدت السنوات الأخيرة ازدياداً في عدد المعاقين سمعياً المتواجدين في المدارس العادية او مدارس التربية الخاصة، وهذا ليس مؤشراً على ازدياد هذه الاعاقــة، وانما هو دليل على ابتكار وتحسن طرق الكشف عن هذه الاعاقة فضلا عن درجة وعي الاسر في الكشف المبكر، وعرض ابنائهم على المختصين ليتعرفوا تمامــا على سلامتهم، لأنهم ادركوا اكثر من ذي قبل أهمية هذه الحاسة في التطور اللغوي والذهني والاجتماعي.

وقــد ادرك التربويون بشكل عام واخصائي التربية الخاصة دور المعلم في عملــية التشــخيص والــتدخل المــبكر لمعرفة حالات الضعف السمعي من خلال الاختبارات الطبية والتربوية وخاصة في مرحلة الروضة والتمهيدي، لانه كلما كان اصــلاح العــيوب الســمعية مبكرا كلما كان له بالغ الأثر في تطور الطفل اللغوي والكلامي.

وفــي هــذا الصــدد، لابد من الإشارة الى احدى نظريات نشأة اللغة وهي الــنظرية التوليدية التحويلية لتشومكي Chomisky الذي يعتقد ان اللغة قدرة فطرية

مخلوقة لدى الانسان وهي خاصية انسانية، وهذه القدرة قد تغمر بعد سن السادسة، وقد تختفي نهائياً بعد سن البلوغ.

لذلك لا يستطيع الطفل بعد هذه الفترة تعلم اللغة بأصولها وقواعدها. وخير دليل على ذلك الطفل فكتور الذي وجد في غابة أفيرون الذي كان يمشي على اربعة، ويصرخ كالكلاب، ويأكل أكلهم. لم يستطيع إيتارد تعليمه اللغة والقراءة حيث كان عمره آنذاك عشر سنوات، وهذا ما يؤيد نظرية تشومسكي.

لذلك فان التشخيص المبكر وعلاجه يعتبر في غاية الاهمية للطفل الذي يعاني من مشاكل سمعية.

مم تتكون الأذن

تتكون الأذن من ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

1- الأذن الخارجية The Outer Ear

تتكون الاذن الخارجية من:

أ- الصيوان (Auricle) وهو الجزء الخارجي الظاهر الغضروفي المفلطح الشكل وظيفته استقبال التموجات الصوتية، وتوجيهها عبر القناة السمعية والتي تنتهي بغشاء رقيق يسمى الطبلة.

ب- القناة السمعية الخارجية (External Auditory Canal) يوجد في القناة السمعية الخارجية مادة الصملاخ المكون من مادة دهنية تفرز شحفا طرياً يمنع التشقق والجفاف لغشاء الطبلة. واذا ازدادت كمية الصملاخ في الأذن فهي تؤدي الى ضعف سمعي مؤقت.

جـ- الطبلة (Tympanic membrane) أو (Eardrum) وهو غشاء رقيق جلدي من الظاهر ومخاطي من الداخل، يسد النهاية الداخلية لمجري السمع ويفصله عن الاذن الوسطى.

2- الأذن الوسطى (The Middle Ear) وتتكون من ثلاثة عظيمات هي :

أ- المطـــرقة (Malleus) احـــدى العظيمات الثلاث حيث ينطمر جزء منه في طبلة الاذن، أما الجزء الآخر فيتصل بالسندان من الرأس.

ب- الســـندان (Incus) احد العظيمات الثلاث التي تشترك في آلية السمع فيصل من جانب بالمطرقة ومن جانب آخر بالركاب.

جـــ- الـــركاب (Stapes) احـــد العظـــيمات الثلاث التي تشترك في نقل الذبذبات الصـــوتية من طبلة الاذن الى النافذة البيضاوية، وتتصل قاعدة عظمة الركاب بالـــنافذة البيضـــاوية. وتوجد عضلة صغيرة متصلة بعظمة الركاب، تنقبض بطـــريقة أوتوماتيكـــية عندما تزداد شدة الصوت عن قوة تحمل الأذن الداخلية فتصـــل الاذن الوســـطى بالبلعوم عن طريق قناة تسمى قناة استاكيوس (بوق اســـتاكيوس) وظيفـــتها ايجاد التعادل بين الضغط الخارجي والضغط الداخلي الواقعين على طبلة الأذن.

3- الأذن الداخلية (The Enner Ear) وتتكون من ثلاثة أجزاء هي :

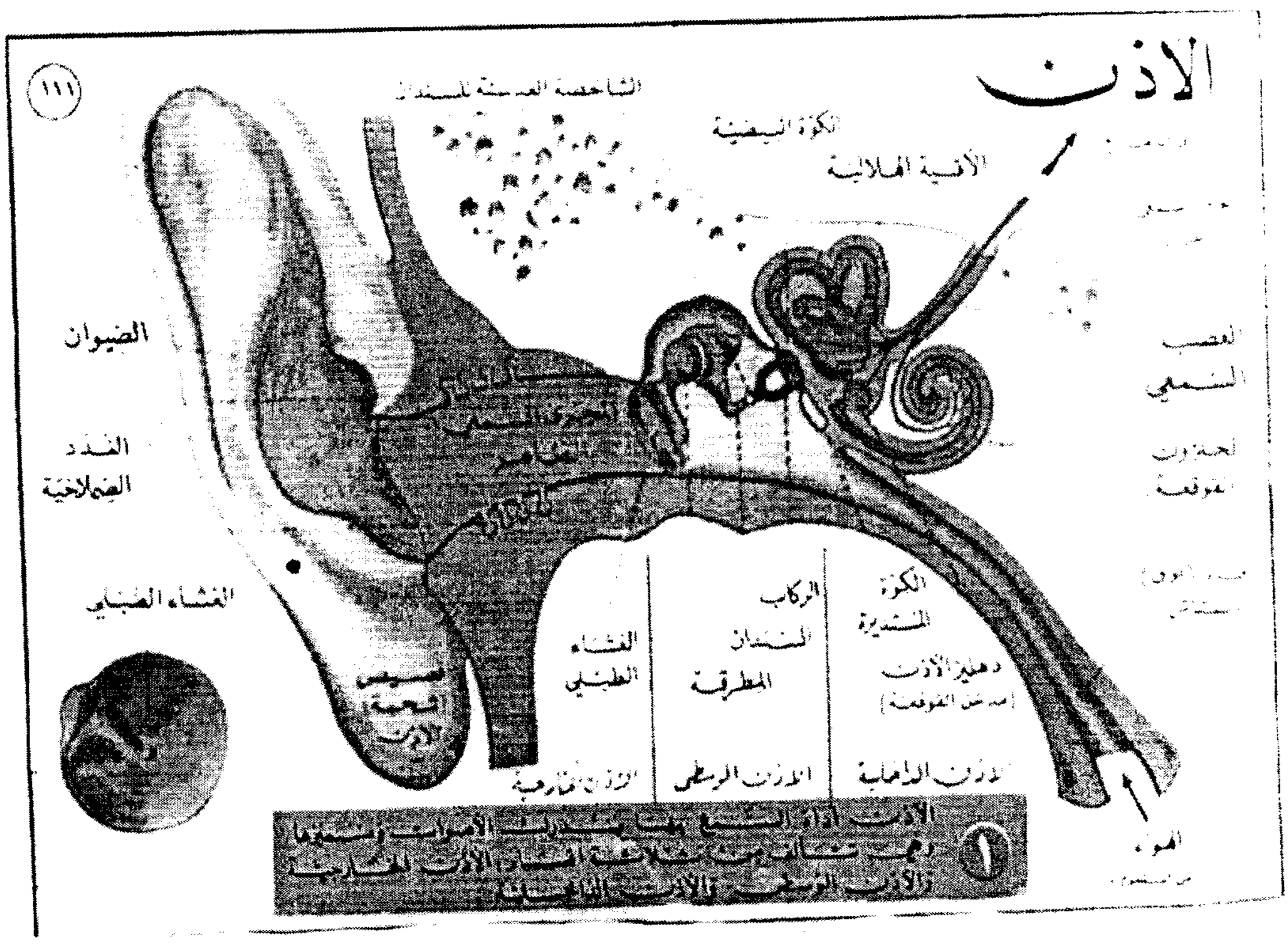
1- الدهلـــيز (Vistibule) وهـــو الـــذي يوصل ما بين القوقعة الحلزونية والقنوات الهلالية، ووظيفته هو توازن الجسم في الفراغ.

2- القوقعـــة (Cochlea) وهو الجزء الخارجي من الاذن الداخلية سميت بهذا الاسم لأنها تشبه من حيث الشكل غطاء الحلزون الذي يشكل دورتين ونصف مملوء بالسائل الغني بالبوتاسيوم والصوديوم، وللقوقعة فتحتان هما النافذة البيضاوية والنافذة الدائرية. يوجد فيها العصب السمعي المتكون من ألياف عصبية مهمته نقل الاحساس السمعي الى المراكز العليا في المخ.

3- القنوات شبه الهلالية (Semicircular Canals) وهي عبارة عن عقد ثلاث ذات تركيـــب عظمي نصف دائري يتخللها سائل وظيفتها المحافظة على التوازن، وتتصل هذه العقد بكل من القوقعة والدهليز، وخللها يؤدي إلى الدوار والدوخة والقصور السمعي.

والشكل الآتي يوضح ذلك

شكل (1) لأجزاء الأذن



كيف يحدث السمع

يحـــدث الصوت كنتيجة لاهتزاز أجسام مادية، وتكون هذه الاهتزازات في الهـــواء، يقـــوم الصـــيوان بجمعها، وتوجيهها الى الأذن عن طريق القناة السمعية الخارجـــية. ثـــم تصـــل هـــذه الموجات الصوتية الى طبلة الاذن التي تؤدي الى اهتزازها، ثم تنتقل هذه الحركة الاهتزازية أولاً الى المطرقة ثم السندان والركاب امـــا وظـــيفة 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 الى القشرة الدماغية الذي يقوم بمعالجتها ليكون معنى صوتياً.

تعريف الصمم وضعف السمع وتصنيفه

لا يخـــتلف اثـــنان على ان الاعاقة السمعية تؤثر سلباً في التطور اللغوي وعملية الاتصال الطبيعي، وهذا يرتبط بشكل أساسي بالتطور العقلي والشخصي.

وقـــد اختلفت التعريفات تبعا لتعدد المهتمين لهذه الظاهرة والأسباب الكثيرة المؤديـــة الـــى هـــذه الاعاقـــة، فالتعريف الطبي يؤكد على ما فقده الفرد من سمع باختـــبارات الســـمع حيـــث يعرف الاصم على انه من يفقد سمعا قدره 90 ديسيبل (وحدة صوتية) أو أكثر، والطفل الاصم هو الذي لا يستطيع السماع حتى لو استخدم مكبرات صوت أو معينات صوتية. أما الطفل ضعيف السمع فهو ما يقل عن 90 ديسيبل ويمكنه الاستفادة من مكبرات الصوت أو المعينات الصوتية.

امـــا التعريف التربوي للأصم فهو الطفل الذي لا يستطيع أن يكتسب اللغة سواءاً استخدم المعينات الصوتية أو بدونها لان حاسته السمعية لا تؤدي وظيفتها.

أما الضعيف السمع فهو الطفل الذي يستطيع ان يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمع وخاصة اذا استخدم المعينات الصوتية.

تصنيف الاعاقة السمعية:

هــنالك عــدة تصــنيفات للاعاقة السمعية بعضها يعتمد على شدة الاصابة والاخــر موقــع الاصــابة وثالثاً العمر عن الاصابة. فمثلاً تصنف منظمة الصحة العالمــية الاعاقة السمعية حسب شدة أو درجة الخسران كما يشير إلى ذلك سويد[1] الى ما يلي:

1- الضعف السمعي الخفيف ويقع بين (40-26) ديسيبل.
2- الضعف السمعي المعتدل ويقع بين (55-41) ديسيبل.
3- الضعف السمعي معتدل الشدة ويقع بين (70-56) ديسيبل.
4- الضعف السمعي الشديد (Severe) وهو ما بين (90-71) ديسيبل.
5- الضعف السمعي العميق (Profound) وهو ما يزيد عن 91 ديسيبل.
6- فقدان السمع الكلي (الصمم الكلي).

وهــناك تصنيف آخر يعتمد بشكل أساسي أسباب الاعاقة او موقع الاصابة وهي:

1- الاعاقــة الســمعية التوصيلية Conductive Hearing Loss وتتعلق هذه الاعاقة بشــكل أساسي بالأذن الخارجية (وتشمل الصيوان والقناة التي تنتهي بالطبلة) والإذن الوســطى (تجويــف عظمي متكون من ثلاث عظيمات هي المطرقة والركاب والسندان متصلة بغشاء رقيق) ، وان أي خلل فيها قد يعرقل وصول الموجــات الصوتية الى الاذن الداخلية مما قد يسبب عطلاً في السمع، وتكون الاعاقة في أغلب الأحيان مؤقتة، ويمكن معالجتها طبيا او قد تعالج بالمعينات الطبية.

(1) ســويد، عبد الله، ودقدق، علي مصطفى (1987) رعاية الطفل المعاق سمعياً، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الثالث للاسرة، ليبيا، طبرق.

وقــد تســد الاذن عن طريق الوذق (wax) أو بسبب عيب في التكوين، وربما حــدث خلل في الطبلة، او حركة العظيمات الثلاث في الاذن الوسطى، وربما يكون الخلل في قناة اوستاكي التي تصل الأنف بالأذن.

2- الاعاقــة الســمعية – الحســية العصبية Sensorineural Hearing Loss ويكون العطــل في الاذن الداخلية اما في العصب السمعي المسؤول عن نقل الصوت الــى مراكــز السمع في المخ، أو الاذن الداخلية المتكونة من القنوات الهلالية والدهلــيز والقوقعة. ويكون العطل في هذا الحال دائما وقد لا تجدى استخدام المعينات السمعية.

وقد توصل العلم الحديث حالياً الى معالجة بعض عيوب الاذن الداخلية كزراعة القوقعة الحلزونية الاصطناعية التي يمكن ان ترجع للفرد القدرة على السمع.

3- الصــمم المركزي Central Deafness ويحدث الخلل في هذا النوع من الاعاقة في المخ بحيث لا تشكل الاصوات للفرد أي دلالة وغير مفهومة. واحيانا يعود سبب ذلك إلى حالات نفسية او اضطرابات في اللغة والكلام.

أمــا التصنيف الذي يعتمد العمر عند الاصابة فيصنف الاعاقة السمعية الى قسمين:

1- الصــمم مــا قبل اللغوي (Prelingual Deafness) وهو الصمم الذي يحدث قبل اكتســاب اللغة والكلام أي ذلك الصمم الذي يحدث منذ الولادة او بفترة يسبق تعلم اللغة والكلام أي قبل عمر ثلاث سنوات.

2- الصــمم ما بعد اللغوي (Postlingual Deafness) وهو الصمم الذي يحدث بعد تعلم الطفل اللغة والكلام.

ويؤخذ على هذا التصنيف بأنه لا يغطي ضعاف السمع وانما هو مقتصر فقط علىا الصمم، بينما غطى التصنيفان السابقان جميع درجات الاعاقة السمعية.

أسباب الاعاقة السمعية

هنالك اسباب كثيرة يمكن أن تسبب الاعاقة السمعية وتشمل:

أ- اسباب ما قبل الولادة وهي عديدة اشهرها هي:

1- اصـــابة الأم بالحصـــبة الالمانية خلال فترة الحمل وخاصة في الاشهر الثلاثة الاولى.

2- ســـوء تغذيـــة الام خلال فترة الحمل الأمر الذي يؤثر في الجنين بحيث يكون وزنـــه اقل من العادي بكثير مما يسبب اعاقات مختلفة قد يكون احدها الاعاقة السمعية.

3- اختلاف عامل (RH) حيث تشير الدراسات كما سبق ذكره ان (86%) من بين البشـــر يحملـــون هذا المكون ويطلق عليه (RH+) و (14%) لا يحملون هذا المكـــون ويطلق عليه (RH-) وعندما يكون دم الاب (RH+) ودم الام (RH-) واخذ الطفل دم ابيه، قد يؤدي الى حدوث اعاقات وخاصة في الوليد الثاني اذا لم تعالج وتكون احدهما الاعاقة السمعية.

4- اصابة الام بالامراض الزهرية قبل واثناء الولادة.

5- نقـــص الاوكســـجين الواصل الى الجنين خلال فترة الحمل واثناء الولادة مما يؤدي الى تلف الخلايا وقد يكون منها المسؤولة عن السمع.

6- تعاطي الام العقاقير كالمضادات الحيوية والتي تؤثر احيانا في الخلايا المسؤولة عـــن الســـمع وخاصة تلك التي تنتهي بمايسين (Mycin) التي تصيب الخلايا القوقعية وقد حدثت كثيراً في مجال الاعاقة السمعية نتيجة لعدم الوعي الكافي للمرأة.

7- تصلب عظيمات السمع (Otoslerosis)

أسباب ما بعد الولادة

1- اصابة الطفل بالحصبة الالمانية قد تسبب الاعاقة السمعية.

2- اصابة الطفل بالتهاب السحايا الذي يؤثر في الاذن الداخلية او الغدة النخامية.

3- الحمى القرمزية.

4- الاصوات او المتفرقات العالية والمستمرة قد تؤثر سلباً في الاذن الوسطى.

5- الـــتهاب نخاع العظام والذي قد يؤثر سلباً في عظام الجمجمة المحيطة بالاذن الداخلية.

6- تعـــرض الطفـــل الى الاصابات والحوادث التي تصيب الأجزاء المسؤولة عن السمع في الدماغ.

7- الاصابة بالنكاف.

8- ارتفاع درجة الحرارة.

9- تكون المادة الصمغية.

10- ثقب الطبلة .

وهـــناك تصنيف آخر لاسباب الاعاقة السمعية الذي يعتمد مكان الاصابة فالأسباب المـــتعلقة بـــالاذن الخارجية والوسطى والذي يطلق عليه الفقدان السمعي التوصيلي كالالـــتهاب والاورام التـــي تصيب الاجزاء الخارجية والوسطى التي تعيق وصول الموجـــات الصوتية الى الاذن الداخلية كتكدس المادة الصمغية، ثقب الطبلة، تصلب العظيمات الثلاث، التهاب قناة إستاكيوس، تشوه الصيوان، عدم وجود القناة السمعية وهـــناك أســـباب تؤدي إلى الاعاقة الحس عصبية في الاذن الداخلية كاصأبة الام بالحصـــبة الالمانـــية، ونقص الاوكسجين، الالتهاب السحائي، التهاب الغدد النكفية، عدم توافق الدم.

الكشف عن الاعاقة السمعية

ان الكشف عن فقدان السمع في الأشهر الأولى تكون صعبة جداً. وبالرغم مـــن ذلـــك فان التشخيص المبكر يساعد على معالجة الأمر في حالة وجود امكانية لذلك وفق الأسباب التي أدت الى الخلل.

وقـــد يمكن التعرف على السمع الطبيعي للطفل من خلال بعض المؤشرات على سبيل المثال يفترض ان يجفل الطفل عند سماعة الأصوات العالية المفاجئة في الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الطفل.

كمـــا يفـــترض ان يديـــر رأســـه باحثاً عن مصدر الصوت خلال الثلاثة التالـــية من (3-6) أشهر ، ويفترض كذلك أن يستجيب عند مناداته بأسمه في عمر (6-10) أشهر.

وينصح المختصون في هذا الجانب ان يجري الفحص عن فقدان السمع ما بين الشهر الثامن والشهر العاشر من العمر وذلك لأن الطفل العادي في هذا العمر يستجيب لمثيرات متنوعة تتعلق بالجانب السمعي عند سماعه صوتا معين من مكان مـــا، يحس بوقع اقدام، أو يسمع صوت لعبة، أو طفلاً آخر حيث يلتفت إلى مصدر الصوت.

بيـــنما الطفل غير الاعتيادي سمعيا لا يستجيب للمثيرات الصوتية أياً كانت هذه المثيرات فضلا عن تأخره بنطق الكلمات. وتوجد عدة اختبارات لقياس القدرة الســـمعية تبدأ بالبسيط التي يمكن ان يستخدمها أي انسان اعتيادي وتنتهي بالاجهزة التي لا يمكن ان يستخدمها الا المختص.

فقـــد يستخدم مع الوليد الشوكة الرنانة، او ملعقة صغيرة يدق بها قدح من الـــزجاج دقـــات بطيـــئة، ويـــنظر الى استجابة الوليد هل يوجه نظره الى مصدر الصـــوت. نـــتحكم بالصـــوت لمعرفة قدرة الوليد السمعية بالابتعاد والاقتراب من الطفل، وهي طريقة يمكن لأي شخص اعتيادي استخدامها.

كذلـــك يمكـــن للانسان الاعتيادي كالأب أو الأم ان يستخدم اختبار الهمس المتمثلة بالهمس بأحدى اذني الطفل دون أن يرى شفتيك وتطلب منه الاعادة سواء كان ذلك بكلمات او حروف أو أرقام ثم تكرر الحالة مع الاذن الثانية.

وهـــناك طريقة أخرى هي ان نضع الطفل على مسافة معينة واحدى اذنيه مـــتوجهة نحـــو الشخص المختبر، وتقفل الاذن الثانية بأحكام عن طريق قطعة من القطـــن أو المطـــاط. يتكلم الفاحص الكلام العادي على بعد 20 قدم بصوت عادي وهـــي المســـافة التـــي يسمع منها الفرد السامع، وعندما لا يسمع نقربه قدما قدماً لنستطيع ان نتعرف على درجة سمعه، فاذا سمع على بعد 12 قدم حصل على $\frac{12}{20}$ وعندما يسمع على بعد 7 أقدام يحصل على $\frac{7}{20}$ وهكذا..

ومن الطرق الحديثة التي يمكن ان تقيس القدرة السمعية بشكل دقيق والتي يمكـــن اســـتخدامها مـــع الأطفـــال الذين يزيد اعمارهم عن ثلاث سنوات بجهاز الاوديومـــتر طـــريقة قياس القدرة السمعية للنغمات الصافية (النقية) (Pure Tone Audiometry) لمعـــرفة عتبة السمع (Hearing Threshold) حيث يستخدم اخصائي قـــياس الســـمع نغمات بمستوى حدة صوت مختلفة، وترددات مختلفة، وتقاس شدة (حـــدة) السمع بالدسيبل من صفر–110 ونقطة الصفر هي اصغر درجة يمكن ان تستثير المفحوص. أما التردد (Frequency) فيتراوح ما بين 125–8000 دورة في الثانية الواحدة.

وهي من الطرق المستخدمة في كثير من مراكز الصم وضعاف السمع التي زرتها تســـتخدم اما سماعة للتوصيل الهوائي لمعرفة اعضاء التوصيل في الأذن الخارجية والوســـطى، او الفحـــص العظمي من خلال وضع قطعة على الرأس لمعرفة عمل الاذن الداخلية الحس عصبية. ويقوم الاخصائي بفحص كل إذن على حدة.

وهـــناك طـــريقة تســـمى طريقة إدراك الكلام والتي يمكن ان يتعرف من خلالها اخصـــائي الســـمع علـــى عتبة السمع، وهي الشدة التي يستطيع ان يستقبلها الطفل

ويفهمهـــا. يتم ذلك من خلال اصوات كلامية مسجلة على أدوات تسجيل وبذبذات وشـــدة مـــتدرجة، ويطلب من المفحوص ان يعبر عن مدى سماعه هذه الأصوات واعادتها.

ومـــن أشـــهر الاختبارات التي استخدمت مع ضعاف السمع (Partially Herning) لقـــياس القـــدرة على التمييز السمعي وهو اختبار رسمي مقنن مقياس (Wepman Auditory Discrimination Test) الـــذي يصـــلح لاعمـــار ما بين (5–8) سنوات ويتميز بسهولة تطبيقه وتصحيحه.

يهـــدف هـــذا المقـــياس الى قياس قدرة الفرد على التمييز السمعي الدقيق بين أربع مجموعات من المفردات المختلفة والمتشابهة، والذي يتكون من:

1- (13) زوجاً من المفردات تختلف كل واحدة عن الثانية في الحرف الأول.

2- (13) زوجاً من المفردات تختلف واحدة عن الثانية في الحرف الاخير.

3- (4) ازواج تختلف واحدة عن الثانية في الحرف الوسط.

4- (10) ازواج من المفردات المتشابهة لغرض تموية المفحوص.

يســـجل الفـــاحص اشـــارة (+) اذا كانت الإجابة صحيحة أو اشارة (–) اذا كانت الاجابة خاطئة. ويسجل علامة اذا كانت الاشارة (+)، وصفر اذا كانت الاشارة(–) تتراوح الدرجة التي يمكن ان يحصل عليها المفحوص من صفر– 30 علامة.

امـــا الاختـــبار الثانـــي فهـــو مقياس جولدمان – فريستو– ودكوك للتمييز السمعي (Goldman- Fristo – Woodcock Test of Auditory Discrimination) [1]

يهـــدف هـــذا المقـــياس قياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجموعات من المفـــردات المتشـــابهة مـــن حيـــث اللفظ، ويحتاج هذا المقياس الى 20–25 دقيقة لتطبيقه، اما تصحيحه فيستغرق ما بين (10–15) دقيقة .

(1) الزبيدي، محمد شكر (2001) تربية الأطفال الصم وضعاف السمع. ليبيا، طرابلس: دار النخلة، ص 41 .

يتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة على شكل سلسلات ، حيث تضم كل سلسلة اربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثل Night, Bite, Write, Hight بالاضـــافة الـــى ذلـــك يضـــم المقياس كتيباً خاصاً مؤلفاً من مجموعة من الصور الموجـــودة في الكتيب مع المفردات التي يسمعها من الفاحص والتي تقدم له بشكل سلسلات.

أما الاختبار الثالث فهو مقياس ليدامود للادراك والفهم السمعي. يهدف هذا المقياس الـــى قياس مدى الفهم والتمييز السمعي للفرد، يتفرع المقياس الى أربعة اختبارات، كـــل اختبار فرعي يتكون من مجموعة من الفقرات، وكل فقرة تضم مجموعة من الأحـــرف الابجديـــة الانجليزية مرتبة ترتيباً خاصاً تبعاً للاختبار الفرعي، والمثال التالي يوضح ذلك

الاختبار الأول

1- (B – B – B) 2- (A – A – A) أحرف متشابهة

الاختبار الثاني

1- (T – M) 2- (Q – U) أحرف مختلفة وهكذا

ويضم المقياس أيضاً مجموعة من المكعبات بألوان مختلفة يصلح لاعمار ما بين (5 -15) سنة.

يقوم الفاحص بقراءة أحرف متماثلة (الفقرة الأولى من الاختبار الأول)

وعلى المفحوص اختيار ثلاثة مكعبات بلون واحد للتعبير عن دلالة تشابه الحروف، أو قـــراءة حرفيـــن مختلفيـــن (الفقـــرة الأولى من الاختبار الفرعي الثاني) وعلى المفحوص إختيار مكعبين مختلفين في اللون للدلالة على اختلاف الحروف وهكذا حتى نهاية الاختبار.

يعطي المفحوص علامة واحدة لكل استجابة صحيحة لكل فقرة من فقرات المقياس لتشكل في النهاية درجته الكلية في ذلك المقياس.

أثر الاعاقة السمعية في الفرد

للاعاقة السمعية تأثير في جوانب عدة سيجري توضيحها بشكل وافٍ

1- أثر الاعاقة السمعية في الجانب اللغوي

تؤثر الاعاقة السمعية بشكل كبير جداً في عرقلة النمو اللغوي للطفل الأمر الـــذي يـــنعكس ســـلباً على مظاهر الاتصال بينه وبين أسرته وخاصة في سنواته الأولى. وان هذه المشكلة تتفاقم بعد فترة اكتساب اللغة أي تبدأ من السنة الثانية. ان الاعاقة السمعية للطفل تفقده كثير من المثيرات المهمة في التطور الذهني لان هناك علاقـــة وثـــيقة بيـــن التطور اللغوي والتطور الذهني. وبطبيعة الحال كلما اشتدت الاعاقة السمعية كلما ازداد تأثيرها سلباً في النمو اللغوي.

فـــالطفل مثلا لا يستلم تغذية راجعة من الوالدين في مرحلة البأبأة أو المناغاة، ولا الـــتعزيز لان ذلـــك يتوقف على استجابة الطفل للمثيرات السمعية التي لا يستطيع محاكاتها بشكل طبيعي كما هو الحال بالنسبة للطفل القادر على السمع.

كما أننا نعرف بشكل عام دور اللغة ومهارتها في القبول أو عدم القبول الاجتماعي إذ يمكن القول انه كلما كان متمكنا من اللغة كلما كان أقدر على الاتصال والتفاعل الاجتماعـــي. لذلـــك فان عدم اكتساب الطفل المعاق سمعياً اللغة سواء كان بشكل كامل أو بشكل جزئي سيفرز بظلاله السلبي على سماته الشخصية فيلجأ الى الجمود والانسحاب والعدوان.

وأرى ان هـــناك فـــرقاً بيـــن الطفل الذي يولد اصماً والطفل الذي تصيبه الاعاقة السمعية في أوقات لاحقة إذ تكون تأثيرها من الناحية الانفعالية على الثاني أكثر من الأول لانـــه عـــرف قـــيمة اللغة في التلاقي والاتصال والتعبير عن الذات بينما لم يعرف الاول ذلك.

إن التطور اللغوي في حالة الاعاقة السمعية الجزئية تعتمد على عوامل منها نوع ودرجة الاعاقة، عمر الطفل عند حدوث الاعاقة، وكيفية التعامل معه، وتهيئة ظروف صحية مشبعة بالمثيرات التي تشجع على تعديل واكتساب أكبر قدر ممكن

من اللغة، وهذه ترتبط بشكل أساسي بمستوى الوعي والمعرفة للوالدين اضافة الى الجانب الاجتماعي والاقتصادي.

وفي هذا السياق فقد لخص ريد (Reed) في الزبيدي [1] أهم العوامل التي تؤثر في تطور اللغة عند الطفل المعاق سمعياً وهي كما يأتي:

أ- العوامل المتعلقة بالطفل نفسه وأهمها:

1- سنة ظهور الاعاقة السمعية عند الطفل.

2- فترة اكتشاف الاعاقة السمعية.

3- نوع الاعاقة السمعية أصم أم ضعيف السمع.

4- شدة الاعاقة السمعية ضعف سمع شديد أو متوسط أو بسيط.

5- فاعلية استخدام المعينات السمعية.

6- سمات وخصائص شخصية الطفل.

7- قدرات الطفل العقلية.

8- تعـــدد الاعاقـــات عند الطفل كالاعاقة العقلية، فقدان البصر، الشلل المخي وغيرها الى جانب اعاقته السمعية.

ب- العوامل المتعلقة بالبيت وأهمها :

1- اوضاع البيت الاجتماعية كأنسجام الابوين والحالة الاقتصادية.

2- حالات الاعاقة السمعية بين افراد الاسرة.

3- القدرة اللغوية عند الأسرة

4- حجم الاسرة

5- العلاقة بين الطفل المعاق سمعياً وبقية أفراد الأسرة.

6- الارشادات التربوية التي تتلقاها الاسرة من المختصين.

7- مدى التزام الاسرة بتنفيذ الارشادات.

---

(1) الزبيدي، محمد شكر، مصدر سابق، ص 50-51 .

8- صحة الابوين.

9- التوافق الاجتماعي والاتزان العاطفي لافراد الاسرة.

جـ- العوامل المتعلقة ببيئة الطفل خارج البيت وأهمها:

1- نـــوع المدرســـة التي يدرس بها الطفل هل هي خاصة بالمعاقين سمعياً أم اعتيادية ام فصول خاصة في المدارس العادية.

2- التأهـــيل العلمي والتربوي للمعلمين الذين يقومون بتعليم الأطفال المعاقين سمعياً.

3- علاقة الطفل بأقرانه في المدرسة والبيئة المحلية.

4- علاقة الطفل بمن هو اكبر سنا منه.

5- وسائل الاعلام المسموعة والمرئية والمقروءة.

ان العوامـــل السابقة الذكر يمكن ان تحسن أو تخمد التطور اللغوي للطفل فاذا كانت ايجابية فمن شأنها تنمية قدرات الطفل اللغوية، أما اذا كانت سلبية فهي تطفئ الجذوة التي يمتلكها الطفل.

ولابـــد مـــن الاشارة اخيراً إلى اعتقاد خاطئ يتناوله كثير من الناس وهو ان الصـــمم يـــؤدي بشكل اوتوماتيكي الى عدم القدرة على الكلام، والرد على ذلك ان معظـــم المعاقيـــن ســـمعياً لديهم بقايا سمع يمكن استغلالها بالرغم من ان الاعاقة الســـمعية، وخاســـة الفقدان السمعي ذات الدرجات الشديدة هو معوق للنمو اللغوي الطبيعـــي لكـــن أكثر الافراد الصم يمكنهم تعلم بعض الفهم اللغوي، او القدرة على الـــتكلم مـــن خـــلال الـــرعاية والعـــناية والتدريب السمعي الصحيح في البيت أو المؤسسات ذات العلاقة.

أثر الاعاقة السمعية في الجانب العقلي

لقد تضاربت الآراء أو نتائج البحوث حول علاقة الاعاقة السمعية بالقدرات العقلـــية فبعض الدراسات تشير إلى عدم وجود أثر للاعاقة السمعية في ذكاء الفرد. وقد أشار القريوتي والسرطاوي والصمادي [1] الى ما توصل اليه فرنون (Vernon) فـــي Hewtt and Forness, 1984 الذي يعد من أشهر المهتمين في دراسته للاعاقة السمعية الى انه بعد مراجعته للدراسات المختلفة حول ذكاء المعاقين سمعياً استنتج عدم وجود أثر للاعاقة السمعية في ذكاء الفرد.

فـــي حيـــن توصـــل بنتر وباترسون (Pinter and Paterson) [2] بتطبيقهما بينيه– ســـيمون (الـــذي عدلـــه جودارد Goddard) على 18 طفلاً من الصم ان متوسط الذكـــاء 63 وعـــندما استبعدت حالات الاعاقة العقلية الواضحة بين هؤلاء الاطفال ارتفع متوسط نسبة الذكاء الى 73 .

وفـــي هـــذا السياق فقد طبقت ليفين (Levine) اختبار وكسلر بلفيو على (31) فتاة مراهقة من الصم. فكان متوسط ذكائهن في المقياس اللفظي هو 89.6 وهو أقل من المتوســـط وبالرغم من ان دراسة بنتر وباترسون لا يعتد بها في البحث العلمي لقلة العينة. ولكن يمكن القول ان كثير من الاختبارات تعتمد على المهارات اللغوية، ولا يمكـــن الاعتماد على هذه الاختبارات وخاصة تلك المشبعة باللفظية لذلك نقول في مجال التربية الخاصة ان اختبار وكسلر اصلح في اختبار المعاقين سمعياً من اختبار بينيه لاحتوائه على جانبين اللفظي والادائي.

لذلـــك فان الدراسات التي قامت بها كلية جالوديت (Galloudet College) على عينة واسعة جداً شملت (19698) مفحوصاً من المعاقين سمعياً غالبيتهم من الصم تبين

---

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي (1995)، مصدر سابق، ص 154 .

(2) الشيخ، عبد الغفار (1985) مصدر سابق، ص 156 .

ان مستوى ذكائهم الأدائي بلغ 100.38 أي لا يقل عن مستوى درجة الذكاء الادائية لأقرانهم السامعين [1]

من هنا يمكن القول ان الاختبارات غير اللفظية مثل اختبار رافن قد تتخطى عقبات اللغة. نرجع ونناقش الأمور بموضوعية فنبدأ القول ان جزءاً كبيراً من النمو العقلـــي والـــنمو اللغوي يكتمل في السنوات الخمس الأول فالطفل عندما يتعلم من خـــلال حاستين افضل من حاسة واحدة كما إنَّ هناك علاقة وثيقة بين النمو اللغوي والنمو الذهني. يقول تشومسكي أن اللغة قدرة فطرية مخلوقة.

ويفترض أن تنمو هذه القدرة خلال السنوات الأولى والاَّ قد تضمر. وهناك من جهة أخرى علاقة تفاعلية تبادلية بين اللغة والتفكير إذ يعتبر البعض اللغة للفكر كالارقام للحساب، ولا تتم عملية حسابية بلا أرقام وكذلك لا يمكن تصور فكر بدون الفاظ.

ومن هنا يمكن القول ان الاعاقة السمعية لها تأثير سلبي في نمو المهارات اللغويـــة، واللغـــة تؤثر في تعلم الفرد وتدريبه، لان التعليم والتدريب يكون افضل عندما تشترك به اكثر من حاسة والنتيجة التي اود استخلاصها مما سبق ان الاعاقة الســـمعية لا يمكـــن إلا أن تفـــرز بظلالها السلبي في الذكاء العام من خلال بعض الأنشـــطة التـــي تتطلب مهارات لغوية إذ ان كثيراً من المختصين يرون ان الذكاء لـــيس نمطاً واحداً وانما أنماط متعددة فهذا كاردنر Gardner [2] يرى ان الذكاء لا يقل عن نمائية انماط هي الذكاء اللفظي اللغوي، والذكاء المنطقي الرياضي والذكاء البصـــري المكاني، والذكاء الموسيقى الايقاعي، والذكاء الجسمي الحركي، والذكاء الاجتماعي، وذكاء التعرف على الذات، والذكاء المتعلق بالطبيعة.

فلـــو اخذنـــا بعـــض هذه الانماط كالذكاء اللفظي اللغوي، والذكاء المنطقي الرياضي والذكاء الموسيقي/ الايقاعي والذكاء الاجتماعي وهي جميعها تعتمد بشكل

---

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي، مصدر سابق، ص 155 .

(2) Gardner, H (1993) Multi Intelligence: The Theory In Practice. NewYork: Wiley.

اساســـي علـــى اللغة هل يستطيع المعاق سمعياً ان يحصل على درجات في هذه الأنماط كما هو الحال بالنسبة للسامعين؟ الجواب بالتأكيد سيكون كلا.

ولكنـــي اقـــول في ذات الوقت ان الجانب الادائي للمعاق سمعياً ليس عادياً فحسب وانما قد يفوق اقرانه السامعين، وسأشير في الجانب الاكاديمي حال المعاقين سمعياً عـــندما أتحـــدث عـــن المهارات التي تعتمد الأداء وبشكل خاص التناسق البصري الحركـــي. وقـــد يكـــون اضافة الى قانون الاستعمال والاهمال نوعا من التعويض للنقص اللغوي.

واخـــيراً لابـــد من الإشارة الى ان هناك اعتقاد خاطئ لدى الناس وهو ان الصمم يلازمة انخفاض في القدرة العقلية. وهذا ليس بصحيح إذ ان القابليات الذهنية للطفـــل الاصم والطفل السامع لا تختلف وفقاً للحالة أي هي واحدة أو متقاربة عند الـــولادة ولكـــن قـــد يكـــون أداء الاصم ضعيفاً في بعض المهمات بسبب صعوبة التواصل مع الأفراد السامعين.

أثر الاعاقة السمعية في الجانب الاجتماعي والانفعالي

تعـــد اللغـــة احـــد الأشكال الأساسية للتواصل والتفاعل الاجتماعي إذ أن القصـــور اللغوي قد يؤثر سلباً في النضج الاجتماعي ابتداءاً من الأسرة الى البيئة المحلـــية التي يعيش فيها ثم المدرسة. فهي التي تؤدي الى توثيق الصلة والاتصال البشـــري بمختلف الإنشطة الاجتماعية والتكيف وفق متطلبات السلوك الاجتماعي المقبول. لذلك فان احد وظائف اللغة هي الوظيفة الاجتماعية بالاضافة الى الجانب الفكري حيث يمكن للفرد من خلال اللغة ان يترجم العمليات العقلية المتنوعة.

لذلـــك يمكن القول أن ادائهم اجتماعياً اقل من أداء اقرانهم السامعين، كما أن قبولهم بشكل عام اقل من اقرانهم السامعين.

واذا اســـتقرأنا الواقع الذي نعيش فيه فنحن نرى أن الطفل الذي يمتلك قدرة لغوية والـــذي يطلق عليه في لغتنا العامية (ملسون) اكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية من

قرينة الاخر الاقل لغة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة . فكيف الحال اذا قارنا بين المعاقين سمعياً واقرانهم السامعين.

والفـــرد كائـــن اجتماعـــي يجب ان يتعامل مع من يريحه دون عناء والتعامل مع المعاقيـــن سمعياً من حيث قصورهم اللغوي قد يجعل الآخر السامع يعاني من حالة التواصـــل، فكلاهمـــا لا يستطيع ان يفهم الثاني فهماً كاملاً مما يؤدي بكليهما الى الـــتراجع عـــن الثانـــي. لذلك نجد ان المعاقين سمعيا وخاصة الصم ينسحبون من اقـــرانهم الســـامعين، وقد يتصفون بالعزل لكنهم وفي ذات الوقت يقتربون جداً من بعضهم البعض للغة المشتركة بينهما (لغة الاشارة) اضافة الى انهم يعانون من نفس المشكلة لذلك فهناك قول غالباً ما نردده وهو "شبيه الشيء منجذب اليه"

وقـــد وجـــدت خـــلال زياراتي لدول عدة مجموعات من الصم معاً، وغالباً ما أجد المعاقين سمعياً في كليتي معاً يتجاذبون أطراف الحديث بمواضيع شتى.

ولابـــد مـــن ذكر ما سمعته من احد مدراء مراكز الصم والبكم والذي قضى فترة طويلـــة في منصبه والذي يبين مدى العلاقة الحميمة بينهم. يقول اذا حدثت مشكلة في مدينة أخرى أياً كان بعدها للمعاقين سمعياً فيمكن حلها عن طريق معاقين سمعياً آخريـــن فـــي مدينة أخرى وللتوضيح لو حدثت مشكلة للمعاقين سمعياً في معان فيمكـــن للمعاقيـــن سمعياً في عمان أن يأخذوا وفداً منهم لفض النزاع وهو ما يشبه (الجاهه) ويكون تأثيرهم اكثر بكثير من أي شخص آخر أو مجموعة من الاشخاص السامعين مهما كان شأنهم.

ان العلاقة الوثيقة بين الجانب الاجتماعي والجانب الانفعالي تجعل كل منهما يصب فـــي الثاني كما هو الحال بالاواني المستطرقة. فالمعاق سمعياً قد يعاني من الناحية الانفعالية لافتقاره اللغة التي تؤدي وظيفة نفسية تعبيرية ذاتية ومن خلالها يستطيع ان ينفس عن مشاعره واحاسيسه وانفعالاته.

لذلك فقد يؤدي به الحال إلى العزلة والانسحاب والشعور بالشك نتيجة لعدم فهمه ما يقـــال والشـــعور بنقص الثقة، وأمر طبيعي أن يؤدي ذلك الى الشعور بشكل عام

بمفهوم ذات منخفض. وقد يميل الى السلوك العدواني وخاصة الجسدي كتعبير عن الأنـــة الداخلـــية، وأكثر عرضه للاضطرابات النفسية من أقرانهم السامعين حيث ينتابهم احياناً سورة الغضب، والقلق، واللاتوازن في مواجهة المشكلات.

أثر الاعاقة السمعية في الجانب الأكاديمي

ان التحصـــيل القرائـــي يعتمد بشكل اساسي على اللغة، واللغة هو العامل الحســـم وبما أن المعاقين سمعيا يعانون من قصور في المهارات اللغوية. وان هذا القصـــور ســـيفرز بظلالـــه السلبي على تحصيلهم الاكاديمي وخاصة في القراءة والكتابة والحساب.

وقـــد أشار كلهان وكوفمان [1] الى احدى الدراسات التي طبق فيها اختبار ســـتانفورد للتحصـــيل على عينة بلغت (6871) معاقاً سمعياً. وتوصلت الى وجود ضعف شديد في القدرة القرائية.

لذلـــك فـــان الكتاب المقرر للقراءة في المدارس العادية الذي يؤخذ بسنة دراسية واحدة، يؤخذ في مراكز المعاقين سمعيا بسنتين وهو إجراء رسمي يتبع في جميع مدارس ومؤسسات المعاقين سمعياً.

ولابـــد من الاشارة الى ان الحال يختلف باختلاف درجة الاعاقة السمعية فضـــعاف السمع قد يختلفون عن الصم إذ يمكن لضعاف السمع وباستخدام المعينات الســـمعية التـــي ظهـــرت حديـــثاً والتي تسمى (الديجتال) ان يواصلوا مع أقرانهم الاعتياديين تحصيلهم الدراسي مع رعاية تتناسب درجة اعاقتهم في البيت والمدرسة ولكـــن قد يتعرض المعاقون سمعياً إلى احباطات في المؤسسات التعليمية وخاصة تلـــك الاعاقات البسيطة وخاصة عندما لا يدرك المعلم ضعف سمعة. ويصدف ان يكـــون مقعـــده الاخير، وقد يسأله المعلم ولا يعرف الاجابة بسبب ضعفه السمعي وليس لعدم الفهم الحقيقي، وقد يعاقبه على ذلك. وقد لا يستطيع الطفل الافصاح عن

(1) Hallahan, D and Kauffman, J. (2003).

وضعه لذلك يكون وقع العقاب شديداً، وقد يتكرر الحال الأمر الذي يؤدي أحياناً الى الاضـــطراب النفســـي، وقد يسبب هروب الطفل في المدرسة، وقد يكون ذلك بداية الانحراف.

وقد يتعرض الأطفال ذوو الاعاقة السمعية الضعيفة الى معلمين لا يمتلكون الحس التربوي والانساني بحيث يكون موقفه من هؤلاء الأطفال سلبياً، ونحن نعرف كتربويين ان العلاقة بين المعلم والمتعلم علاقة تفاعلية، وقد يتأثر موقفه من المتعلم بمدى تحصيله الدراسي وهناك احتمالية عالية ان تكون نظرة المعلم الى مثل هؤلاء الاطفـــال لا ترقى ان تكون بمستوى اقرانهم الاعتياديين الاخرين الامر الذي يؤدي الـــى شـــعورهم احياناً بالدونية مما ينعكس بشكل سلبي على رؤيتهم لأنفسهم لان المعلم من المتغيرات الأساسية التي تساهم في تشكيل مفهوم الذات لدى الأطفال.

وهـــناك متغيرات اخرى قد تؤثر في تحصيل المعاقين سمعياً هي المستوى الثقافـــي للوالديـــن الـــذي لـــه الأثر في مدى التعاون والدعم المقدم للابناء، الحالة الاقتصـــادية والاجتماعـــية، القدرات العقلية للمعاق، الفترة الزمنية التي حدثت فيها الاعاقة هل هي ولادية أو مكتسبة .

ولابد من الاشارة الى نقطة مهمة وهي ما توصلت اليه من خلال زياراتي الميدانـــية لمراكـــز الصم وضعاف السمع في أكثر من بلد، وهي ان خط المعاقين سمعياً بشكل عام افضل من اقرانهم السامعين الذين هم بنفس الصف الدراسي، وقد يعـــود ذلـــك في تقديري الى انهم أكثر نضجاً من اقرانهم في الصفوف ذاتها لانهم اكبر سناً منهم، وأن النضج يكون واحداً للجميع أي لا يتأثر كثير بالتعلم والتدريب كمـــا ان استخدام الايدي من خلال لغة الإشارة يجعلهم اكثر مهارة فيها من اقرانهم القادرين على السمع.

تعليم المعاقين سمعياً

يجـــب ان نفـــرق بادئ ذي بدء بين فئتين، الأطفال الصم (Deaf) الذين لا يســـتطيعون بشـــكل عام تعلم اللغة المنطوقة، والأطفال ضعاف السمع (Partially Hearing) الذين يستطيعون تعلمها.

أما الأطفال الصم فيجرى تعليمهم في مدارس خاصة بطرق تعليمية مبتكرة خاصة بهم بوسائل صورية (شكلية) وتدريبهم على الكلام، وقراءة الشفاه، واستخدام أجهزة تكبير الصوت لمن له فضله بسيطة من السمع.

أما ضعاف السمع فيمكن تعليمهم في المدارس العادية أما من خلال دمجهم مع أقرانهم الاعتياديين وخاصة هؤلاء الذين تكون درجة فقدانهم بسيطة إذ يمكن أن تجعلهـــم المعينات السمعية الحديثة والمسماة (بالديجتال) يتعلمون بشكل طبيعي مع الاعتياديين برعاية بسيطة من قبل المؤسسة التعليمية وبشكل خاص المعلم. ويمكن وضـــع بعضهم في صفوف خاصة ضمن المدرسة العادية، وتكون الرعاية المقدمة فـــي هذه الصفوف اكثر من وضعهم في صفوف عادية، ويجري تعليمهم وتدريبهم من قبل معلم تربية خاصة أو اختصاصي علاج نطق وكلام.

ان الاتجـــاه الـــتربوي الحديث الأكثر قبولاً المتعلق بضعاف السمع هو ان يجـــري تعليمهم في صفوف خاصة ضمن المدارس العادية لان ذلك يفسح المجال كبيراً للاتصال بأقرانهم الاعتياديين، والاستفادة منهم في اكتساب اللغة، ويكون الجو مشـــبعاً بالمثـــيرات التـــي لها تأثير ايجابي في تطورهم الذهني واللغوي. بينما اذا وضـــعوا فـــي مـــدارس خاصة للصم فأنهم سيستخدمون لغتهم (لغة الإشارة) دون اســـتخدام اللغة المنطوقة لان اختلاطهم سيكون محصورا بينهم وبين اقرانهم الصم والمعلمين والعاملين معهم، لذلك تكون فرص استخدام اللغة المنطوقة محدودة.

لذلك يمكن حوصلة الأطر التربوية للمعاقين سمعياً كالآتي:

1- مراكز الاقامة الداخلية.

2- المدارس (المراكز) النهارية الخاصة.

3- الصفوف الخاصة ضمن المدارس العادية.

4- الصفوف العادية ضمن المدارس العادية.

أن مراكز الاقامة الداخلية والمدارس النهارية الخاصة تمثل الفصل، وتكون اكثر تلائماً مع الصم مع ان الأول (مراكز الاقامة الداخلية) اكثر تلاؤماً مع الأطفال الذيـــن يعيشون ظروفاً سيئة في البيت كعدم وجود الرعاية والعناية والحب والحنان او الوضع الاقتصادي المتدني، حجم الأسرة كبير والبيت ضيق لا يسعهم وغيرها.

أمـــا الصـــفوف الخاصـــة أو العادية ضمن المدارس العادية فتمثل الدمج والصـــفوف العاديـــة أكثر صعوبة من الصف الخاص لان الأول يحتاج الى قبول الآخريـــن (القادرين على السمع) والمعلمين وهي مسألة ليست بسيطة إذ يمثل هذا الـــنوع مـــن الدمـــج (الدمج الاجتماعي) وهو أصعب من الدمج الوظيفي أو الدمج المادي.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً

هنالك ثلاث طرق استخدمت مع المعاقين سمعيا هي:

أ- **الطـــريقة الشـــفهية:** وهـــي احـــدى طرق التواصل التي يمكن أن تستخدم مع المعاقيـــن ســـمعياً والتي تتضمن استخدام الكلمات المنطوقة من خلال استخدام البقايا السمعية التي تتطلب تدريبا سمعياً اضافة الى قراءة الشفاه.

تتضمن هذه الطريقة

1- التدريب السمعي (Auditory Training) : تعد استغلال البقايا السمعية ضرورة ملحـــة، ويمكن عن طريق التدريب السمعي استغلالها بشكل مثمر، كما تكون هذه الطـــريقة فاعلـــة مـــع ضعاف السمع البسيط والمتوسط، حيث يركز المعاق سمعياً بصرياً لكي يعي الأصوات ويميزها، ويحتاج الى انتباه وتركيز، ويفضل أن يكون التدريـــب بعـــيداً عن المشتتات، ويبدأ بشكل مبكر. ويمكن لأولياء الأمور حضور جلســـات التدريـــب السمعي التي يقوم بها اخصائي التدريب السمعي للوقوف على التدريـــبات الصوتية، ومواصلة ذلك في البيت. ان التدريب السمعي لا يحسن حدة

السمع وانما يدرب الطفل المعاق سمعياً على التركيز والانتباه، وتدريب الطفل على التمييز بين وجود الصوت وعدمه، وتدريبه كذلك على تحديد مواقع الأصوات، وتمييز الأصوات البيئية والكلامية ثم تدريبه على النطق من البسيط المألوف إلى الأصعب.

ب- قراءة الشفاه (Lip Reading) أو قراءة الكلام (Speech Reading)

تعرف طريقة قراءة الشفاه بأنها فن معرفة أفكار المتكلم بملاحظة حركات فمه، وهي عبارة عن فهم أو ترجمة الرموز البصرية من خلال حركات الفم والشفاه الصادرة من المتكلم، ويمكن للمعاق بصرياً أن يستعين من الايماءات والتغيرات الوجهية التي تظهر على المتكلم. وقد يطلق على هذه الطريقة بالطريقة البصرية.

أما خطوات التدريب على قراءة الشفاه فهي: [1]

1- التدريب على النظر لوجه المتكلم.

2- التطلع للوجه ليجد طريقة لفهم تعبيرات الوجه.

3- فهم الفكرة من تعبيرات الوجه عن طريق:

أ. فهم الموقف

ب. تعبيرات الوجه

جـ. ما يظهر فقط على الشفاه من كلمة أو كلمات.

أما الخطوات التي يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار عند التدريب على قراءة الشفاه فهي :

1- يجب أن تكون تعبيرات وحركات الشفاه واضحة جدا، وان يسقط الضوء على وجه المتحدث حتى تكون حركات الوجه والشفتين واضحة ليتسنى للطفل ملاحظتها بسهولة.

---

(1) الزبيدي، محمد شكر، مصدر سابق، ص 98 .

2- يجب أن تنطق الكلمات اثناء تطلع الطفل الى الوجه، ويفترض أن يكون الضوء مركزاً على المعلم.

3- يجـــب ان تـــتكلم العينان كما تتكلم الشفاه مظهراً اهتمامك بموضوع الحديث، وتجنب الالتفات إلى جهة أخرى أو تغطية الوجه.

4- يجب أن يكون الكلام بطيئاً قياساً بالكلام الاعتيادي على ان لا تغالي في النطق أو في حركات الشفاه او فتح الفم.

5- تـــبدأ من السهل الى الصعب باختيار الكلمات البسيطة بالنسبة للطفل من حيث اللفظ والمعنى.

6- يمكـــن تجـــزئة الكلمة الى مقاطع، ويعلم الطفل مقطع مقطع ثم يجمعها ليكون الكلمة بكاملها.

7- يفـــترض تعلـــيم الطفـــل كلمة واحدة في الوقت الواحد مستخدمين في التدريب الأشياء المرغوب فيها بالنسبة للطفل كالدمى والالعاب.

ولابـــد مـــن الإشـــارة الى ان بعض الحروف الحلقية مثل ع ، خ، الهاء، الهمـــزة، غ، خ لا تظهر على الشفتين، وهذا يتطلب من الاخصائي او المدرب ان يســـتخدم حركات اليد أمام الوجه لاعانة الطفل على تمييز هذه الأصوات الصعبة. والذي يسمى الكلام بالتلميحات (Cued Speech) .

ويفضل تعليم الأطفال قراءة الشفاه من خلال ربطها بالفعل أو الحدث فمثلاً تســـد الباب وتقول للطفل (سدَّ) او يخرج طفل، ونقول خرج، أو يسقط شيئاً ما من المنضدة على الأرض وتقول (سقط) وهكذا.

ب- الطريقة اليدوية (Manual Method) والتي تتضمن:

1- لغـــة الإشـــارة (Sign Language) : هي أشهر الطرق استخداماً بين المعاقين سمعياً التي تعتمد على اليد أو الذراع للتعبير عن الأفكار والمفاهيم اضافة الى ما يستخدم معها من إيماءات وحركات وسكنات توضيحية، وهي وسيلة ملائمة للصـــغار الذين يفتقرون إلى المهارات اللغوية اللفظية. لا يوجد اتفاق على لغة

الإشـــارة فـــي جميع دول العالم فمثلاً عندما يضع يده على وجهه ليقصد يوم الاثنيـــن لانه عطلة الحلاقين، بينما تكون هذه الاشارة لتدل على يوم الاربعاء لانـــه عطلـــة الحلاقيـــن في البلد الآخر ، وعندما تضع اليد اليمنى على اليد اليسرى لتكون كاشارة (X) لتدل على يوم الثلاثاء وهو يوم زيارة المساجين قد يكـــون فـــي بلـــد آخر يوم الجمعة. فلغة الاشارة لها دلالات قد ترتبط بالبيئة المحلـــية المعاشـــة. وغالباً ما يستخدم الاشارات التي تدل على الاشياء بالبيئة المادية والاجتماعية، ولكن قد تكون هناك قواسم مشتركة.

وقـــد تكـــون الاشارات وصفية (مادية) كما هو الحال بالنسبة للطول والوجه وغير وصفية (غير مادية) كما هو الحال عندما نرفع السبابة والوسطى للدلالة علـــى النصـــر لذلـــك فان بعض الجامعات الغربية وخاصة بالولايات المتحدة اصدرت القواميس للاشارات في مجالات التعليم المختلفة.

2- **التهجئة بالأصابع Finger Spelling** وهي الطريقة التي تستخدم نظام الأصابع وعملها بأشكال مختلفة وكل شكل يعني حرفاً من الحروف الهجائية، وقد تشكل اصـــابع الـــيد بحيث تعطي شكل الحرف الهجائي وتتميز بسهولة تعلمها، ولا تحتاج الى جهد عضلي للقيام بها. كما سيتوضح ذلك بشكل الحروف الهجائية.

ان هذه الطريقة تستخدم في مراكز ومؤسسات الصم وضعاف السمع لتهجئة الاســـماء، ولا تســـتخدم فـــي الحديث العام فكل معاق يذكر اسمه بطريقة التهجئة بالأصـــابع، وعندما أزورهم ولا يعرفون اسمي فهم يستخدمون لغة الإشارة للدلالة على كوني دكتور في الجامعة.

تستخدم اليد الأولى لتمثل الحروف الهجائية بينما تمثل الثانية للحركات.

والشكل (2) يوضح ذلك

آلية البصر

تقــع الاشـــعة علـــى العين وأول من يستلمها هو القرنية التي تعمل على انكســـاره فيمر بالبؤبؤ الذي يتحكم في كمية الضوء الداخل الى العين، ثم تصل الى العدسة التي تعمل على تجميع الضوء وتركيزه على الشبكية عبر السائل الزجاجي الذي يساعد على انكسار الضوء وتمريره الى الشبكية.

تتكون الصور في الشبكية وتكون مختلفة في كل عين ثم تنتقل عن طريق الالياف العصبية الى العصب البصري الذي ينقلها الى المخ (الفص الخلفي) الذي يـــترجم هـــذه الشـــفرات الى إبصار من خلال دمج الصورتين لكلا العينين ليكون صورة واحدة.

ما هي الاعاقة البصرية

تشـــمل الاعاقـــة البصـــرية الكفـــيف وضعاف البصر ويعرف الكفيف هو الشـــخص الذي لا يزيد قوة ابصاره عن 6/ 60 وقسم آخر يستخدم 20/ 200 بعد التصحيح. وهذا هو التعريف القانوني للاعاقة البصرية.

أمـــا ضـــعاف البصـــر فهـــم الذيـــن تتراوح قوة الابصار عندهم ما بين $\frac{20}{70} - \frac{20}{200}$ في احسن العينين وباستخدام المعينات البصرية.

امـــا ما تعنيه النسب $\frac{6}{60}$ أو $\frac{20}{200}$ أي ان الفرد المعاق بصريا يمكنه رؤية الشـــيء على بعد 6 امتار وهذا الشيء يمكن ان يراه الاعتيادي على بعد 60 متر، كذلك الحال بالنسبة للنسبة الثانية أي ان الشيء الذي يراه المعاق بصريا على بعد 20م يراه الانسان المبصر على بعد 200م .

أمـــا الـــتعريف التربوي للكفيف هو الفرد الذي يستطيع القراءة والكتابة الا بطريقة برايل.

ويـــرى هـــنري Henry [1] أن الكفـــيف هو الفرد الذي لا يستطيع ان يجد طـــريقه بدون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الابصار عديمـــة القـــيمة اقتصاديا، أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادي.

وقـــد تكون الاعاقة البصرية في وظيفة او اكثر من وظائف البصر، ولكن اكثر الاعاقات شيوعاً هي تلك المتعلقة بالبصر المركزي والتكيف البصري وانكسار الضوء .

لذلـــك فان الاعاقة البصرية وخاصة من الوجهة التربوية تحتاج إلى تربية خاصة إذ تتطلب تعديلات خاصة في أساليب التدريس والمناهج لكي يستطيع فاقدو البصر من مواكبة تحصيلهم الدراسي.

اما نسبة انتشار المعاقين بصريا، فانه يمكن القول ان الضعاف بصريا اكثر مـــن المكفوفين وتختلف نسبتهم من دولة إلى أخرى تبعا لدرجة التطور والتحضر حيث تزداد نسبتهم في الدول غير المتطورة وغير المتحضرة، فهم في العالم الثالث أكثر من العالم المتمدن بكثير، كما تختلف النسبة في ذات الوقت داخل البلد الواحد لان مدن أي دولة لا تكون بنفس الدرجة من التقدم والتحضر.

أسباب الاعاقة البصرية

إنَّ أسباب الاعاقة البصرية عديدة منها ما يرجع الى أسباب جينية وراثية أو غـــير جينية كتلك التي تسببها سوء التغذية، اصابة الام بالحصبة الالمانية وخاصة خـــلال الأشـــهر الـــثلاثة الأولـــى والامراض الزهرية، وتعرض الام لاشعة اكس وخاصة خلال الاشهر الثلاثة الاولى .

وقـــد تكـــون اســـبابها بيئية عندما يصاب الفرد ببعض الأمراض المزمنة كالتراخوما والرمد المخاطي الصديدي وعمى النهر، والماء الازرق **(Glaucoma)**

(1) هنري، ب Henry.b حياة المكفوفين، ترجمة جمال بدران وآخرون. بيروت: دار النهضة العربية.

التي تسببه الزيادة الحادة في الضغط الداخلي في العين مما يحد من كمية الدم الذي يصـــل الـــى الشبكية، ويتلف الخلايا العصبية وتصيب الاولاد والراشدين، وتعالج جراحيا لدى الاطفال وبالعقاقير لدى الكبار.

أما الماء الابيض **(Cataract)** الذي غالبا ما يحدث للكبار، ويؤدي الى عدم القـــدرة علـــى الـــرؤية نتيجة للعتمة في عدسة العين وفقدان الشفافية. وقد يصاب الاطفـــال الصـــغار كذلك **Congenital Cataract** التي تؤثر في قدرة الطفل على رؤيـــة الاشـــياء البعـــيدة. يكـــون الماء الابيض نتيجة لعوامل وراثية او الحصبة الالمانـــية، وقـــد يكـــون لتقدم العمر أثراً في ذلك. أما اعراضها فهي عتمة العين والاحســـاس بغشاوة على العينين مما يؤدي بالفرد الى الرمش المتكرر، تعالج هذه الحالة جراحياً.

وقـــد تنفصـــل الشبكية **Retinal Detachment** عن جدار مقلة العين نتيجة ثقـــب فـــي الشـــبكية مما يؤدي إلى تجميع السائل الذي ينجم عنه في نهاية الأمر انفصـــال الشـــبكية عن الأجزاء التي تتصل به. ويعالج جراحيا عن طريق اغلاق الثقب واعادة ربط الشبكية بجدار مقلة العين.

إعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy)

وقـــد تحدث الاعاقة البصرية بسبب مرض السكر الذي يؤدي الى حدوث نزيف في الاوعية الدموية وعن ضمور العصب البصري. (1)

ويحـــدث نتيجة لزيادة نسبة السكر في الدم بسبب نقص هرمون الانسولين التـــي تفرزه غدة البنكرياس، وهذا الهرمون يساعد على امتصاص السكر في الدم، وهـــو المســـؤول عن احتراق الجلوكوز الذي يعد مصدر الطاقة للانسجة المختلفة للجسم. ان ذلك يؤدي الى نقص في كمية السكر اللازمة لخلايا الشبكية والذي يؤثر في تدهور تدريجي للقدرة البصرية للفرد.

---

(1) الخطيب، جمال محمد (1993) مصدر سابق ، ص24-25 .

الحول (Strabismus)

هنالك عضلات ست تتحكم بحركة العينين بشكل طبيعي، فاذا حدث خلل او ضعف في هذه العضلات سوف لن تتحرك العينان معاً بنفس الحركات، وقد يكون في احدى العينين أو في كلتا العينين، وقد يكون الحول الى الداخل وهو الحالة الأكثر شيوعاً وتسمى (Esolropia) وفي حالات قليلة تكون الى الخارج وتسمى (Exotropia). ان هذا الأمر قد يجعل الفرد يستخدم عيناً واحدة وقد يؤدي إلى ارهاقها والى كسل الثانية. ويمكن معالجة حول الاطفال عن طريق العدسات التصحيحية او قد تكون بالجراحة.

البهق (Albinism)

هو اضطراب ينتج عن خلل في البناء حيث تكون الصبغة قليلة او معدومة مما يؤدي الى عدم امتصاص الضوء عند وصوله الى الشبكية، ومن مظاهره الشعر الابيض والعينان زرقاوان، وحساسية مفرطة للضوء نتيجة شحوب القزحية، وعدم منعها للضوء الزائد من دخول العين مما يتطلب وبشكل ضروري استخدام النظارات الشمسية او الطبية.

يتميز هؤلاء بضعف البصر اذ تتراوح حدة البصر عندهم ما بين 70/20 – 20/ 200 وقد يرافقه طول النظر او قصر النظر أو حرج البصر او الرأرأة.

التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa)

وهو تلف يحدث للعصي والمخاريط بشكل تدريجي، يصيب الذكور اكثر من الاناث حيث يعاني الافراد المصابون بهذا المرض بالعشى الليلي، وفيه يضعف البصر بشكل تدريجي الى أن يصبح البصر نفقيا، وقد يرتبط بالوراثة لكنه قد يظهر بعد مرحلة متأخرة من العمر. وقد توصلت الولايات المتحدة الامريكية في الوقت الحالي الى علاج بعض الحالات لفاقدي البصري بسبب هذا المرض عن طريق زراعة الشبكية الصناعي من السيلوكوز ويكون سمكها نصف الورقة بينما تكون الشبكية الاصلية بسمك الورقة، وهذه تحفز بعض الخلايا التي يمكن ان تقوم بنقل

الضوء الى العصب البصري، ولكن يجب ان يتوفر شرطان للقيام بهذه العملية وهما ان يكون فقدان البصر ليس ولادياً والعصب البصري سليم.

التراخوما (Trachoma)

هـــو مرض معدٍ يصيب الملتحمة يؤدي الى رهاب الضوء وزيادة الدمع قد يؤدي احياناً الى العمى، قد يكون نتيجة للاوساخ وقلة النظافة.

الرمد (Conjuntivitis)

ويسمى كذلك التهاب الملتحمة، يحدث في عين واحدة، أو في عينين، وهو على درجات منها الحاد ومنها المزمن نتيجة للجراثيم او التخدش بأجسام خارجية ليست في العين، يؤدي إلى افرازات قيحية مخاطية. ومن اعراض الرمد[1] احمرار العيـــن والاحساس بوجود رمل تحت الجفن، الحكة، والافرازات، والتصاق الجفنين في الصباح بسبب هذه الافرازات. اما انواعه فهو الصديدي الذي يسببه الميكروبات والرمد الحبيبي الذي ينتج عن الفيروسات وتبدأ اعراضه بالدّماع والاحساس بوجود حـــبات رمـــل فـــي العيـــن والحكة والحرقة في العين. والرمد الربيعي وهو كثير الانتشار في الشرق الاوسط ويعالج بالنظارات الشمسية واستعمال قطرات .

وهـــناك امراض اخرى مثل الرأرأة ، عمى الألوان، القصور في الانسجة، وضمور العصب البصري.

واخيرا قد تحدث الاعاقة البصرية بسبب الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الفرد وخاصة بالمناطق المسؤولة عن الابصار.

وهـــناك عيوب تحدث عند كثير من الناس نتيجة للعوامل الوراثية والجهد المستمر في رؤية الأشياء الدقيقة. ومن هذه العيوب التي يكون علاجها بسيطا عن طريق المعينات البصرية وهي: [2]

---

(1) الحديدي، منى صبحي (1998) مقدمة في الاعاقة البصرية. عمان: دار الفكر.

(2) عبد الغفار والشيخ (1985) ، مصدر سابق، ص 132-133 .

1- طول النظر: تحدث عندما تكون كرة العين قصيرة من الامام الى الخلف، وأن أشعة الضوء التي تدخل العين تجمع الصورة خلف الشبكية، وفي هذه الحالة لا يستطيع الفرد رؤية الاشياء القريبة، وقد تسبب رؤيتها اجهادا للعين، ويمكن تصحيح هذا العيب عن طريق عدسة محدبة الوجهين التي تعمل على تجميع الصورة على الشبكية.

2- قصر النظر: وتكون كرة العين في هذه الحالة طويلة جدا لذلك تكون الصورة أمام الشبكية، ويمكن تصحيح هذا العيب عن طريق عدسة مقعرة الوجهين والتي تؤدي إلى تكوين الصورة على الشبكية.

3- الاستجماتزم (اللابؤرية) (حرج البصر) Astigmatism يحدث هذا العرض نتيجة لعدم انتظام سطح القرنية او عدسة العين، ويسبب هذا العرض الاجهاد الشديد للعين إذ تقع اشعة الضوء مرة قبل الشبكية ومرة بعد الشبكية، ويمكن معالجته بالعدسات الطبية.

قياس وتشخيص الاعاقة البصرية

تعد عملية قياس وتشخيص الاعاقة البصرية ركناً أساسياً ليس في هذه الفئة فقط وانما في جميع فئات التربية الخاصة، لان الكشف عن القصور يؤدي إلى معالجته وبشكل مبكر وخاصة اذا كان التشخيص مبكراً أو الحد من تفاقم المشكلة من خلال اختيار الفنيات والاساليب والبرامج التربوية المختلفة وتحديد المكان التربوي المناسب (Placement)

ان الاعاقة البصرية كغيرها من الاعاقات قد تكون سهلة لتحديدها واكتشافها اذا كانت شديدة وعميقة، بينما تكون صعبة اذا كانت طفيفة وبسيطة .

ان عملية الكشف (Screening) تبدأ من الأسرة إذ يفترض من أولياء الأمور ان ينتبهوا الى المؤشرات التي تكون دلائل على وجود مشكلة بصرية ومنها:

- احمرار العينين
- انتفاخ العيون

- الرمش غير الطبيعي
- احولال العين
- الدّماع غير الطبيعي
- تبسمر العين نحو مصدر الضوء
- صعوبة رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة
- عدم استقرار العين وتحركها بشكل لا إرادي
- غلق العينين وفتحها بشكل متكرر
- وجود افرازات على الرموش والجفون
- الشكوى من الحرقة والحكة

ويمكـــن لاولـــياء الامـــور والمعلمين الكشف عن الصعوبات البصرية من خلال:

- كثرة الأخطاء التي يقع فيها في القراءة والكتابة.
- تقريب العينين من الكتب والدفاتر بشكل ملحوظ
- الميل بالرأس الى أحد الجانبين عند القراءة
- التعرض الى السقوط او الاصطدام
- صعوبة التمييز بين الألوان.
- التخلف عن الاقران في المجال الاكاديمي.
- ينتابه الصداع عند القراءة.
- الحملقة على السبورة بشكل شديد.
- التذمر والشكوى من الاضواء الشديدة.
- الشعور بالتعب والارهاق عند قيامه بالمهام التي تتطلب بصراً.
- يقترب الى الأشياء بشكل ملفت للنظر.

امـــا الأدوات التي استخدمت في تشخيص الاعاقة البصرية فهي متعددة، ولكن تعد طـــريقة لوحة سنلن (Snellen Chart) هي الطريقة التقليدية الأكثر شيوعاً في تحديد درجـــة البصـــر حيث تحتوي ثمانية أسطر من الحرفين (C,E) والتي تتناسب في حجمها مع المسافات الاتية 6، 12، 18، 24، 30، 36

تـــبدأ من الحرف الكبير الى اصغر حرف والذي لا يمكن رؤيته الا من لديه حدة بصـــر 6/ 6 . يطلب من المفحوص ان يتعرف على فتحة هذين الحرفين هل هي إلى الاعلى، الاسفل، اليمين، اليسار.

وأحـــياناً تســـتخدم مـــع الأطفال الصغار اشياء مألوفة كالحيوانات مثلاً من خلال تصغيرها وتكبيرها.

أمـــا المقاييس المقننة التي استخدمت مع المعاقين بصريا فهي متعددة منها ما تعلق بشكل أساسي بالمكفوفين والتي تعتمد على حاستي السمع واللمس.

ومن هذه الاختبارات [1]

1- اختبار بيركنز لذكاء المكفوفين

Perkins-Binet Test of Intelligence for the Blind

2- اختبار القابلية لتعلم للمكفوفين Blind Learning Aptitude Test

وهو اختبار فردي لاعمار تتراوح ما بين (6-16) سنة.

3- اختبار الذكاء اللمسي للمكفوفين الراشدين

Tactile Intelligence Scale for Adult Blind

وهو صورة معدلة (لمسية) من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين لتقييم القدرات العقلية للمكفوفين الذين تزيد اعمارهم على (16) سنة .

4- اختبار ستانفورد كوخ لتصميم المكعبات

Standford-Kohs Block Design Tests

يستخدم مكعبات ذات ملمس مختلف لاعمار تزيد عن (16) سنة.

---

(1) الحديدي، منى (1998)، مصدر سابق، ص 125 .

ومـــن الاختبارات التربوية والنمائية التي استخدمت مع المعاقين بصريا لمرحلة ما قـــبل المدرسة الاختبار اللمسي للمفاهيم الأساسية Tactile Test of Basic Concept واختبار تميز الخشونة Roughness Discrimination Test .

أما المقاييس التي استخدمت مع ضعاف البصر (Partially Sighted)

- مقياس فروستج للادراك البصري

Frostig Development Test of Visual Perception

وهـــو مـــن أشهر المقاييس الرئيسية التي تستخدم مع ضعاف البصر، كما يســـتخدم ايضـــاً مـــع الأطفـــال ذوي صعوبات التعلم لان احد المظاهر الرئيسية لصعوبات التعلم هو القصور في الإدراك البصري.

يمكـــن اســـتخدامه بشكل فردي أو جماعي لاعمار تتراوح ما بين (3-8). يـــتعلق هـــذا المقياس بالتآزر الحركي البصري، والشكل والارضية، وثبات الشكل والوضع في الفراغ، والعلاقات المكانية.

- مقياس بندر البصري الادراكي الكلي

The Bender Visual Gestalt Test by Bender

- مقياس الإدراك البصري الحركي

Motor Free Visual Perception Test by Colarusson Rondd and Hammill, Donald

- مقياس بيري بكتنيكا للتآزر البصري الحركي

The Beery Buktenica Development Test of Visual Motor Integration

أثر الاعاقة البصرية في الفرد

ان للاعاقة البصرية تأثيراً في الفرد وليس في جانب واحد وانما في جوانب عـــدة. وهـــي ليســـت درجـــة واحدة، لذلك فان تأثيرها في الفرد يتأثر الى حد ما بمتغيرات عدة منها درجة الاعاقة، العمر عند الاصابة، وردود الفعل بالنسبة للفرد وكذلـــك لأولياء الأمور، اساليب التعامل الوالدية وما فيها متغيرات (حجمها، الحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية).

ويمكن تقسيم اثر الاعاقة الى ما يلي:

1- أثر الاعاقة البصرية في الجانب العقلي

بالـــرغم من ان كثير من الدراسات تشير إلى عدم وجود فروق كبيرة بين المعاقيـــن بصرياً والمبصرين وخاصة فيما يتعلق بالجانب اللفظي وفي اختبار بينيه الذي يتميز باللفظية، والجانب اللفظي في اختبار وكسلر. ولكن اذا ناقشنا الأمر من زاويـــة هـــل ان القدرات العقلية وراثية أو مكتسبة (بيئية). اذا اعتبرنا ان القدرات العقلـــية وراثية فهي تتماشى بشكل اكبر مع اشارت اليه الدراسات السابقة علماً أن الوراثـــة تـــتأثر بالبيئة، اما اذا اعتبرنا القدرات العقلية بيئية فهذا لا يتماشى مع ما جـــاءت به الدراسات لان الفرد المبصر يطور حاله من خلال البيئة اكثر من غير المبصر على اعتبار ان الأول يستغل منهلين أساسيين في التعلم هما حاستي البصر والســـمع بيـــنما غير المبصر يستغل السمع بشكل رئيسي. وقد تكون حاسة البصر اوفـــر حظـــاً مـــن حاسة السمع، وقبل أن استرسل في الحديث لابد من القول أن القـــدرات العقلـــية هـــي استعدادات وراثية تتطلب بيئة صحية غنية لكي تنمو هذه الاستعدادات بشكل سليم، أي أن هناك ربط وثيق بين الوراثة والبيئة.

نـــرجع ثانية الى الموازنة بين أثر فقدان حاسة البصر في نمو القدرات العقلية. ان مـــن أهـــم نظريات التعلم في ميدان علم النفس هي نظرية التعلم الاجتماعي والتي تقـــول ان لدى الفرد ميل طبيعي لتقليد سلوكات الآخرين، ولعل كثير من سلوكاتنا مقلـــدة، وبطبيعة الحال لا يستطيع الكفيف ان يقلد أمور كثيرة تتعلق بالبصر، ففي البيئة الأولى للطفل لا يستلم كثير من المثيرات التي تخلق جواً انفعالياً ايجابياً لديه كالابتسامات وعلامات الرضا والحب والحنان مما يؤثر في نموه النفسي. كما تتأثر الـــى حـــد مـــا عمليتـــي التمثل او الاستيعاب Assimitation والتكيف او المواؤمة Accommadation كما أنه لا يدرك الالوان والاحجام.

ولابـــد مـــن الاشـــارة من أن الذكاء أنماط متعددة وليس نمط واحد فمثلا جاردنـــر (Gardner) [1] يرى ان الذكاء لا يقل عن ثمانية انماط هي الذكاء اللفظي واللغـــوي، والذكـــاء المنطقـــي/ الرياضـــي، والذكاء البصري/ المكاني، والذكاء الموسيقي/ الايقاعي، والذكاء الجسمي/ الحركي، والذكاء الاجتماعي، وذكاء التعرف على الذات والذكاء المتعلق بالبيئة.

فلـــو أخذنا على سبيل المثال احد هذه الأنمطة الذكاء الموسيقي الايقاعي وقارنا بين المبصـــرين وغير المبصرين لقلت وفي تقديري الخاص ان غير المبصرين أمهر بشكل عام من المبصرين لما يتميزون من قدرة على الاصغاء والاستماع لانه يعتمد بشـــكل أساسي على حاسة السمع. اما اذا اخذنا الذكاء البصري المكاني وقارنا بين المبصرين وغير المبصرين لقلنا بما لا يدع مجالاً للشك ان المبصرين افضل حالاً من غير المبصرين.

ومـــن الجدير بالذكر ان الطفل الكفيف لا يمكن أن يكون تصوراً كاملاً عن الشـــيء عـــن طـــريق اللمـــس، وخاصـــة ان كثير من الأشياء لا يستطيع لمسها لخطورتها، ولا يمكن أن يكون اللمس بديلاً كاملاً عن الاحساس البصري، لذلك فان فقدان الفرد لبصره قد يحد من عمليات عقلية كالتصور والتخيل.

ولقـــد اوضح هايز (Hayes) في هذا السياق نتائج الدراسات التي طبق فيها اختبار هايز بينيه (1930) في سبع عشرة مدرسة للمكفوفين. وتضمن تقريره اكبر عـــدد مـــن الأطفال الذين تمت دراستهم وهو (2372) تلميذاً . كان متوسط الذكاء (98.8) وكانـــت محصورة بين (92) و (108) تراوحت قيم الانحراف المعياري (15.24) الـــى (22.26) ووجـــد أن 10% من المجموع الكلي للتلاميذ يصل الى نسب ذكائهم الى 120° او اكثر، بينما تقل نسبة ذكاء 9.2% عن 70° . ولقد تابع الباحـــث المذكـــور اعـــلاه توزيع ذكاء التلاميذ الذين التحقوا بمدرستين خاصتين

---

(1) Gardner, H. (1993) مصدر سابق .

للمكفوفيـــن بيـــن عـــام (1914-1940) ووجد ان متوسط نسب الذكاء في جميع السنوات يزيد قليلاً عن 93 ° . [1]

أمـــا جيلفورد Gulliford [2] فقد ذكر احدى الدراسات المسحية التي شملت (1153) مكفوفاً. ومن ضمن ما توصلت اليه هذه الدراسة المتعلقة بالذكاء ان نسب ذكـــاء 18% مـــنهم أعلى من المتوسط و 59% منهم ضمن المعدل، بينما 23% يمثلون ذكاء منخفضاً.

وأخيراً لابد من القول ان الذكاء يختلف بشكل عام بين فاقدي البصري كلياً وفـــاقدي البصـــر جزئـــياً، كمـــا يختلف في ذات الوقت بين ضعاف البصر نظراً لاخـــتلاف درجـــة الضـــعف اضافة الى المتغيرات الاخرى المتعلقة بالبيئة الغنية الصـــحية ونقيضها، والفرد فاقد البصر لا يستطيع الاستفادة بشكل كامل من البيئة المحيطة له حتى وان كانت غنية صحية كقرينة المبصر.

واشـــير في النهاية الى انه يمكن لبعض المعاقين بصريا ان يتميزوا إذ أن الشـــعور بالنقص قد يكون حافزا للتفوق في المجالات التي يستطيع ان يتفوق فيها ولا أدل علـــى ذلك من ابو العلاء المعري وابو تمام وطه حسين وديموستين. وقد اشـــرنا الـــى ذلك بشيء من التفصيل في النظريات التي فسرت التفوق التي ستأتي لاحقاً.

أثر الاعاقة البصرية في الجانب الاجتماعي والانفعالي

ان للاعاقـــة البصـــرية تأثيراً في اكتساب المهارات الاجتماعية وتطورها فالمعـــاق بصـــرياً لا يستطيع ان يكتسب كثير من السلوكات عن طريق الملاحظة كالملـــبس والمـــأكل والمشـــرب والسلوك الاجتماعي المقبول، لذلك فقد يكون اكثر عرضه الى السلوكات غير المقبولة.

---

(1) الشيخ، يوسف، عبد الغفار عبد السلام، مصدر سابق، ص 143.

(2) Gulliford, R (1971) Special Education Needs. London: Routledge & Kegan Paul. P.165.

كمـــا أنـــه لا يـــدرك الحـــرارة والحماس والانفعال الذي يظهر من خلال الســـكنات والحركات والايماءات والاشارات التي تظهر على المتحدث لان التفاعل لا يتم فقط عن طريق اللغة المنطوقة وانما اللغة غير المنطوقة كذلك.

ان بـــناء علاقـــات اجتماعـــية متبادلة تعتمد بشكل عام على متغيرات عدة احدها الاستقلالية (عدم احتياج المساعدة)، وقد يكون الكفيف بحاجة الى من يوجهه ويعيـــنه علـــى قضاء حاجاته، وقد لا يكون جميع الناس بهذا الشكل الا من يمتلك الحس الانساني.

كمـــا تـــتأثر العلاقـــات الاجتماعية بالعمر الزمني حيث لا يتعامل الأطفال المبصـــرين الصـــغار مـــع فـــاقدي البصر من اقرانهم بدرجة من الوعي والحس الانساني، كما هو الحال بالنسبة للكبار الذين يدركون تماماً الجانب الإنساني. لذلك فقد يكون الطفل في المراحل العمرية الدنيا عرضه للاعتداء والسخرية والتهكم.

ان التكيف الاجتماعي يتأثر الى حد ما في اتجاهات الفرد نفسه نحو اعاقته واتجاهات الاخرين كذلك ليكون الصورة التي يراها عن نفسه.

أمـــا من الناحية الانفعالية فان الفرد الكفيف قد يميل بشكل عام لأن يتسم بضـــعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن والأمان والعزلة والانطواء، ومتردداً وخائفاً وخاصة اذا ما سخر منه لسلوك غير طبيعي او غير مألوف، وهو كثير ما يكـــون معرضـــاً لمثل هذه المواقف، وخاصة عندما لا يدرك الافراد المحيطون به ســـماته الشخصـــية، وقـــد يـــتفاقم الأمر الى الاسوأ اذا لم يكن هناك تدخل علمي وموضوعي لمعالجة الموقف المعالجة الحقيقية التربوية.

ان الاحـــباط والفشـــل الـــذي يتعرض له الفرد الكفيف قد يدفعه احياناً الى العدوانـــية للتنفيس عن هذه الأنة الداخلية. يظهر واضحاً ما لفقدان البصر من أثر ســـلبي فـــي الســـلوك الانساني للفرد الأمر الذي يجعله لا يتسم بالقبول الاجتماعي كأقرانه الآخرين، وهذا ما قد يضعف شعوره بالانتماء الى المجموعة.

كما أن هذه الاعاقة تقلل من ميوله وهواياته وتطلعاته، فهو مثلاً لا يمارس أشـــكالاً كثـــيرة مـــن الألعاب التي يمارسها المبصرون، وكثير من الانشطة الفنية والعلمية والخط والنحت والقيام بتجارب علمية وبحثية.

ومـــن الدراسات التي تناولت بعض العوامل المؤثرة في شخصية المراهق الكفـــيف دراســـة ســـومرز (Sommers) [1] التـــي حاولت الكشف عن العلاقة بين الاتجاهات والتصرفات الوالدية وبين سلوك إبنهما الكفيف واتجاهه نحو عجزه.

ومن الإجراءات التي قامت بها الباحثة هي:

1- طبق اختبار كليفورنيا للشخصية للحصول على المعلومات.

2- طـــبق استبيان على (120) كفيفاً من المراهقين، كما اعطي استبيان آخر على (72) من العينة الأولى .

3- أجريت مقابلات مضبوطة مع (50) كفيفاً ومع آبائهم .

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

1- أظهرت درجات اختبار كليفورنيا للشخصية ان التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقيـــن المكفوفيـــن منخفض اذا ما قورن بالتوافق الشخصي والاجتماعي لاقرانهم المبصرين.

2- أظهر الاختبار كذلك ان الاناث احسن توافقاً من الذكور.

3- أظهرت الاستفتاءات مدى كبيراً من الاتجاهات والمشاعر بين المعاقين بصرياً الذين أوضحوا ان الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق النفسي إنما تحدث في الغالـــب نتيجة للظروف والاتجاهات الاجتماعية لبيئة الكفيف أكثر مما تحدث نتيجة للعجز البصري نفسه.

وقـــد بين 33% من المكفوفين انهم لا يستمتعون بأوقاتهم في المنزل مثل اخوتهم وبين 0.5% من المكفوفين ان اهلهم يفضلونهم على اخوتهم.

---

(1) الشيخ، يوسف، عبد الغفار، عبد السلام، مصدر سابق، ص 143 .

ولقد توصلت سومرز (Sommers) في دراستها فيما يتعلق بالسلوك التوافقي للمراهقيـــن المكفوفين المرتبط بالاتجاهات الوالدية أن هناك ستة أنماط من المواقف هي:

1- اســـتجابات تعويضـــية ســـليمة: حيث يعترف (14%) من المكفوفين بنواحي قصـــورهم الناتجة عن عجزهم، ويتقبلونها، ويحاولون ان يقللوا من ذلك عن طريق التعويض، فقد يظهرون مثلا روح التنافس حتى يحققوا ما يصبون اليه مـــن أهداف معقولة. وعند مناقشة المشكلات المتعلقة بعجزه فانه لا يبدي أي تجنب لها.

2- اســـتجابات تعويضية مفرطة: حيث ابدى (14%) من المكفوفين عدواناً زائداً واستياءً من النقد.

3- اســـتجابات الانكـــار: يعترف (12%) من المكفوفين بنواحي قصورهم العقلية الناتجة عن فقدان البصر، ويتجلى ذلك في خططهم التعليمية والمهنية ونواحي نشـــاطهم المخـــتلفة وميولهم. وينكرون ان فقدان البصر معوق لهم، ويتجنون مناقشة المشكلات المتصلة بعجزهم.

4- اســـتجابات دفاعـــية: حيث استخدم (28%) من المكفوفين التبرير أو الاسقاط لاعطـــاء اســـباب معقولة اجتماعياً لسلوكهم لكي يحمون أنفسهم من ضرورة الاعـــتراف بالأســـباب الحقيقـــية لاخفاقهم، ويلومون المجتمع لتحيزه ضدهم، ويشعرون انهم يعاملون بطريقة غير عادلة.

5- وقد أبدى (18%) من المكفوفين استجابات انسحابية حيث تتركز أفكار الشخص الكفـــيف ونشـــاطاته حـــول عجزه البصري، ويتراجع انفعالياً أو على أساس منطقي.

ويتمـــيز بتجنـــبه الاتصـــالات الاجتماعية والتنافس مع غيره فيما عدا الذين يتشـــابهون معه في ناحية العجز، ويسيطر عليه الشعور بالدونية ويستغرق في ألوان من الأنشطة الفردية واحلام اليقظة.

6- وقــد أظهــر (14%) من المكفوفين استجابات لسلوك غير متوافق حيث يظل الشخص الكفيف غير متوافق وغير قادر على مواجهة مشكلات الحياة، ويظهر ســوء الــتوافق فــي أعــراض كثيرة منها التمركز على الذات وعدم الثبات الانفعالي، والقلق الشديد.

3- أثر الاعاقة البصرية في الجانب الحركي

ان عملــية النضج واحدة لكل من المبصرين وغير المبصرين اذ لا يوجد فروق بين النمو الجسمي من حيث الطول والوزن، بينما تؤثر الاعاقة البصرية في تنمية المهارات الحركية وهي بالتالي تؤثر في استقلالية الفرد.

ان الفرد الكفيف يكون محدود الحركة والتنقل، وقد يعتمد في كل نقله على آخريــن ممــا يؤدي إلى عدم النمو السليم حركياً فضلاً عن الحركات التي لا تتسم بالاتساق.

تستلزم الحركة نوعين من الطاقة [1] أولهما طاقة طبيعية عضوية وثانيهما طاقــة نفسية. فالحركة ليست مجرد انتقال من مكان إلى آخر بقدر ما يتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يترك بينها.

والفــرد الكفــيف عندما ينتقل من مكان إلى آخر يستخدم جميع حواسه عدا حاسة الابصار. فهو يستخدم حاسة الشم لتمييز الروائح المختلفة التي تواجهه، ويتحسس الأرض بقدميه ليتعرف على طبيعتها، ويتحسس مصدر الهواء ليتعرف على اماكن الأبواب والشبابيك، ويستخدم حاسة السمع في تمييز الأصوات التي يتعرض لها.

ونجــد بين المكفوفين فروقاً فردية في حركتهم فهناك البطئ الحذر، وهناك الــذي يــتحرك بسرعة، وهذا يعتمد بشكل أساسي على قوة الترابطات التي كونها الفرد، ومدى احتفاظه بالصور الذهنية. وقد يميل البعض من المكفوفين على الاتكال علــى الغــير وخاصة أولئك الذين لم يعطوا دفعاً من الآخرين على قهر الصعاب

(1) الشيخ، يوسف، عبد الغفار، عبد السلام، مصدر سابق، ص 143 .

وتجـــاوز إعاقـــتهم بقدراتهـــم الاخرى، وتعويدهم قدر الامكان على الاعتماد على الذات، وعدم الحماية المفرطة، وزرع الثقة بالنفس، والتشجيع المستمر لأي حركة يقـــوم بها الطفل المعاق بصرياً، وتوفير فرص التدريب والمحاكاة، والمشاركة مع الاقران قدر الامكان.

وقـــد ينتاب المعاق بصرياً بعض الحركات اللاارادية النمطية او ما يسمى (Blindism) نتـــيجة للقصـــور في عملية النمذجة والتقليد مثل فرك العين، او مسك الانـــف، او هـــز الجســـم للأمام، او الخلف، او التعبيرات الوجهية، او في طريقة المشي.

وقـــد أشار القريوتي والسرطاوي والصمادي [1] الى ثلاثة اتجاهات نظرية حاولت تفسير ظاهرة السلوك الحركي النمطي وهي:

1- **الاتجاه الأول:** يؤكد على ان الحرمان الحسي (Sensory Deprivation) المتمثل في انخفاض مستوى الاثارة الحسية نتيجة لفقد البصر أو ضعفه يؤدي بالطفل الى محاولة التعويض عن طريق الاثارة الذاتية.

2- **الاتجـــاه الثاني:** يؤكد على ان السبب الكامن وراء السلوك الحركي النمطي هو الحـــرمان الاجتماعـــي (Social Deprivation) ويرى أصحاب هذا التفسير ان العزلة الاجتماعية تدفع الفرد الى الاثارة الذاتية عن طريق السلوك النمطي.

3- **الاتجـــاه الثالـــث:** ويـــرى ان الضغوط والتوترات الانفعالية هي السبب وراء استسلام الفرد المعاق الى أنماط مألوفة من السلوك الحركي.

وأجـــد أن الســـلوكات النمطية قد تظهر على الأفراد الاعتياديين عندما يكونوا في وضع نفسي متوتر وقلق، ويستمر الحال اذا كان التوتر والقلق مستمراً.

---

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي، (1995) مصدر سابق .

4- أثر الاعاقة البصرية في الجانب اللغوي

ان اللغـــة كلمـــة واسعة فهي تشمل اللغة المنطوقة وغير المنطوقة والثانية مـــتعددة مـــنها الايمـــاءات والاشارات والتعبيرات الوجهية ولغة الاشارة وابجدية الاصـــابع والاشـــارات الضوئية فضلا عن المسميات المرئية كالسبورة والكرسي والكتاب وغيرها تعد لغة.

لذلـــك فـــان الاعاقـــة البصرية تؤثر سلبا في اللغة غير المنطوقة أما اللغة اللفظـــية فقـــد يمهر الافراد الكفيفون فيها لما يتميزون من تركيز وانتباه للمثيرات الحسية، ويكونون بعيدين عن التشتت، وأن كثيراً منهم يطورون مهارات الاستماع الجيد التي يعتمدون عليها في تعلم الكثير من المعلومات.

ولكنهم يختلفون عن المبصرين في كتابة اللغة المنطوقة فهم يكتبونها بطريقة برايل بينما يكتبها المبصرون بالرموز الهجائية المعروفة.

ونتـــيجة لقدرتهـــم اللغوية المنطوقة فهم يفرطون في اللفظية، أو يمكن القول انهم يتميزون بالاسهاب.

أثر الاعاقة البصرية في الجانب الأكاديمي

يـــتأثر التحصـــيل الاكاديمي الى حد كبير بحاسة البصر لانها تعد من أهم الحـــواس في التعلم. وقد اشارت الدراسات الى ان الحواس تسهم في التعلم بالنسب الاتية: [1]

حاسة البصر 83%

حاسة السمع 11%

حاسة الشم 3.5%

حاسة اللمس 1.5%

حاسة الذوق 1%

---

(1) عزيز، صبحي خليل (1985) اصول وتقنيات التدريس والتدريب، العراق. بغداد: الجامعة التكنولوجيا، ص263-264 .

صعوبات التعلم *

مقدمة

تعد صعوبات التعلم من الموضوعات المهمة في الوقت الحاضر في مجال التربية الخاصة والتي اعطيت اهتمام كبير من المهتمين على اختلاف تخصصاتهم، كالأطباء، وعلماء النفس وعلماء التربية وعلماء الاجتماع والمعلمين وأولياء الأمور وغـــيرهم لتزايد اعدادها نتيجة وبشكل أساسي للتطور الحاصل في عمليات الكشف والتشخيص والتقييم والوعي المتزايد لأولياء الأمور الذين أصبحوا يقارنون أبناءهم بأقـــرانهم حتى في الأمور البسيطة، كما أن مظاهر صعوبات التعلم قد تشترك مع مظاهر فئات أخرى كالعقلية والسمعية والبصرية واللغوية.

تعد هذه الفئة من الفئات الحديثة نسبياً قياساً بالفئات التقليدية الأخرى لكنها تشكل شريحة تفوق كل فئات التربية الخاصة، وقد يمكن القول أن هذه الفئة شائكة لتعدد أسبابها ومظاهرها، فقد يكون أحدهم لديه صعوبة تعلمية لسبب قد يكون لسبب آخـــر مـــع فرد آخر لنفس الصعوبة. وقد يكون متأخراً في مظهر أو اكثر لكنه قد يكون مبدعاً في جوانب أخرى.

ماهية وتعريف صعوبات التعلم

يعد مصطلح صعوبات التعلم من المصطلحات الشائكة والذي يتسم نوعا ما بعـــدم الوضـــوح ويتطلب تحديداً دقيقاً لكونه يشترك في مظاهرة مع فئات أخرى كالمعاقيـــن عقلـــياً وذوي اضطراب السلوك، وذوي اضطراب اللغة، وهي شريحة غـــير متجانســـة مـــن حيـــث الصعوبات والأعراض والأسباب. لذلك فان مظاهر صعوبات التعلم كثيرة ومتنوعة، وهي ليست مشتركة لكل فرد ذي صعوبات تعلم، فقد يكون عند (س) بعض المظاهر التي قد لا تكون هي ذاتها عند (ص).

---

* للمزيد أنظر الظاهر، قحطان احمد (2004) صعوبات التعلم، عمان، دار وائل للنشر.

ويتبيـــن أشكالية المصطلح واضحاً جلياً من خلال تعدد المصطلحات التي ذكـــرت لتدل على صعوبات التعلم فقد تصل الى (50) مصطلحاً كالخلل الوظيفي الدماغي البسيط (Minimal Brain Dysfunction) ،واصابة الدماغ (Brain Injured) او الاعاقـــة الخفية (Hidden Handicap) ،أو عسر أو احتباس الكلام (Dysphasia) أو عســـر القـــراءة (Dyslexia) ، أو الحبسة الرياضية (العجز من اجراء العمليات الحسابية) (Dyscalculia) ، أو عسر الكتابة (Dysgraphia) وغيرها من المسميات.

ونتـــيجة لاخـــتلاف وجهـــات النظر حول مصطلح صعوبات التعلم قامت الجمعـــية الأمريكية بتكوين لجنة لوضع تعريف لصعوبات التعلم، وقد توصلت الى ان صـــعوبات التعلم مفهوم عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تتمـــثل في درجة دالة من الصعوبة في اكتساب واستخدام أي من مهارات الاصغاء والكلام والكتابة والحساب وتتصل بمشكلات داخلية. (1)

وقد تختلف النظرة تبعاً للاختصاص فالأطباء على سبيل المثال يؤكدون في نظـــرتهم الـــى الأطفـــال ذوي صعوبات التعلم على الجانب الطبي حيث يرجعون صـــعوبات التعلم الى أسباب فسيولوجية وظيفية والمتمثلة بالخلل العصبي أو تلف الدمـــاغ. فـــي حيـــن يركـــز اخصائي التربية الخاصة على القدرات العقلية للطفل التـــي لا تـــنمو بشـــكل منـــتظم كحال اقرانه الاعتياديين مما تؤثر في تحصيله الاكاديمـــي. ويؤكـــد الاختصاصـــي النفسي على الاضطراب في العمليات النفسية الأساسية.

وقد تكون صعوبات التعلم مرتبطة بمنطقة الخلل، فعندما يكون الخلل في نصـــف المخ الايسر سيؤثر في اكتساب اللغة والنطق والعمليات التي تتطلب فهماً وتحليلا لفظيا، ولكن يمكن أن يتميزوا في الانشطة الزراعية والبنائية.

---

(1) كيرك وكلفانت (1988) صعوبات التعلم الاكاديمية والنمائية، ترجمة زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي. الامارات: مكتبة الصفحات الذهبية.

بيــنما اذا كان الخلل في الجزء الايمن من المخ فانهم يشكون من صعوبات في التصور المكاني لكنهم قد يمهرون في الجانب اللغوي.

ان الصعوبة التعلمية ليست مقتصرة على مرحلة عمرية دون غيرها بالرغم مــن انهــا تختلف في اشكالها وفق المرحلة العمرية. لكنها تتضح كلما تقدم الطفل بالعمــر فهي أكثر وضوحاً في المرحلة الابتدائية منه في مرحلة ما قبل المدرسة، ويفترض معالجتها بشكل مبكر وإلا يمكن ان تستمر لمراحل لاحقة.

أما نسبة انتشار صعوبات التعلم فهي متفاوتة من باحث إلى آخر لكنها اكثر من أي فئة من فئات التربية الخاصة. وتشير الدراسات الى ان نسبة انتشارها لدى الذكــور اكثر من الاناث لاسباب قد تتعلق بتعظيم المراكز العظمية والنمو العصبي وقد تكون أسباب بيئية.

المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم

لقد استخدم اكثر من محك لتحديد صعوبات التعلم ولكن اكثر المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم هي :

1- محك التباين (Discrepancy Criterion)

اشــارت إلى ذلك تعريفات عديدة وهي التباين بين القدرات الحقيقية للفرد والاداء، وقــد يكون التباين في الوظائف النفسية واللغوية، إذ قد ينمو بشكل طبيعي في وظيفة ما، ويتأخر في أخرى فمثلاً قد ينمو بشكل طبيعي في اللغة ولكنه يتأخر فــي الجانب الحركي، وقد يكون العكس فينمو في الجانب الحركي لكنه يعاني من قصــور فــي اللغة. أو قد يكون التفاوت بين القدرة العقلية العامة او القدرة العقلية الخاصة والتحصيل الدراسي. فمثلا قد يكون تباين بين المستوى التحصيلي والقدرة العقلــية فــي واحدة أو اكثر من القدرة على التعبير اللفظي، أو التعبير الكتابي، أو القــدرة على فهم المهارات الأساسية للقراءة، أو فهم واستيعاب المادة المقروءة، أو القدرة على القيام بالعمليات الحسابية.

ولابـــد من الذكر ان هناك تحفظات حول جانبي هذا المحك المتمثل بالقدرة العقلـــية والتحصيل الدراسي. فليس سهلاً أن نحدد بدقة القدرات العقلية للفرد، فاذا اعـــتمدنا مـــثلاً على اختبارات الذكاء فهي لا تغطي كل القدرات للفرد، فهي على سبيل المثال لا تقيس القدرات الفنية والقدرات القيادية والقدرات الميكانيكية والتفكير الابـــتكاري. امـــا بالنسبة للتحصيل فهو يتأثر كذلك بالدافعية والعوامل الاجتماعية والاقتصـــادية والثقافـــية، كما قد لا تتسم الاختبارات بالموضوعية، وقد تفتقر الى الصلاحية والموثوقية.

ولابـــد من الاشارة الى ان محك التباين للصعوبات التعلمية يزداد اذا كانت المقارنة بين القدرات العقلية للمتفوقين عقلياً والجانب الاكاديمي وخاصة فيما يتعلق بالقراءة والكتابة والحساب.

2- محك الاستبعاد (Exclusion Criterion)

وهـــو المحـــك الـــذي يعتمد على التشخيص الدقيق بين صعوبات التعلم والاعاقـــات الاخـــرى لان مظاهر صعوبات التعلم والاعاقات الاخرى مثل الاعاقة العقلـــية والاعاقـــة الانفعالـــية مشتركة، أي عندما يجري تعريف صعوبات التعلم يســـتثنى مـــن ذلـــك الاعاقـــات الاخرى ذات المظاهر المشتركة كالاعاقة العقلية والانفعالـــية والحسية ويمكن الاستفادة من هذا المحك كموجه ومرشد للتعرف على صعوبات التعلم، ولابد من الاشارة الى انه يمكن ان يرافق صعوبات التعلم إعاقات أخرى كفقد البصر او السمع او الاضطرابات السلوكية.

3- محك التربية الخاصة

ان الفكرة التي يعتمد عليها هذا المحك هو أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يصـــعب علـــيهم الـــتعلم وفق الطرق التقليدية المتبعة مع الأطفال الذين ليس لديهم صـــعوبات تعلم. كما أن الطرق الأخرى الخاصة بالاعاقات الأخرى قد لا تتناسب كذلك مع ذوي صعوبات التعلم وانما يحتاجون الى طرق خاصة.

وارى ان هــذا المحك ضعيف لكون صعوبات التعلم ليست عامة وانما قد تكون في جانب ما، وقد يحتاج الطفل الى نوع من أنواع التعليم الفردي الذي يغطي هذا النقص.

لذلــك فقد استبعد عبد الرحيم محك التربية الخاصة عند تصنيفه صعوبات التعلم، واضاف الى محكي التباين والاستبعاد محكين آخرين هما محك النضج الذي يعــد أحــد الأســباب الرئيسية لصعوبات التعلم معتمداً في ذلك على الباحثين بندر (Bender, 1957) وســلنجر (Slinger, 1971) حيــث ذكرا ان الذكور أبطأ في اتجاه النضج من الاناث. وقد ذكر سابقاً في هذا السياق ان نسبة من يعاني صعوبات تعلم مــن الذكور اكثر نسبة من نسبة تعلم الاناث. ويذكر الباحثان ان كثير من الذكور وبعــض الاناث في سن الخامسة أو السادسة يعانون من مشكلات ادراكية أو حسية أو حركية لها الأثر الكبير في تعلم التمييز بين الحروف الهجائية. (1)

أمــا المحك الرابع الذي ذكره عبد الرحيم فهو محك العلامات النيرولوجية (العصبية) حيث يركز هذا المحك على التلف العضوي او النيرولوجي للتعرف على صعوبات التعلم. ويكون الطبيب هو القطب الفاعل في هذه المسألة.

تصنيف صعوبات التعلم

ان تصــنيف صعوبات التعلم يرتبط بمفهومه، وسبق أن قلنا أنه لا توجد وجهة نظر واحدة متفق عليها لمفهوم صعوبات التعلم. وهذا ينسحب على تصنيف صعوبات التعلم ايضاً للأسباب الآتية:

1- ان صعوبات التعلم ليست ذات مظهر واحد وانما عدة مظاهر وليس بالضرورة ان تتواجد هذه المظاهر في فرد بذاته.

2- درجاتــه مخــتلفة إذ ان المظاهر التي ذكرت في مجال صعوبات التعلم ليست بدرجة واحدة وبالتالي تتأثر الصعوبة بدرجة مظاهره.

---

(1) عبد الرحيم، فتحي (1992) مصدر سابق.

3- ان اسبابه متعددة

4- ان المهتميــن بهــذه الفــئة شرائح مختلفة كاخصائي الطب والاجتماع والنفس والتربية الخاصة.

أما التصنيف التقليدي لصعوبات التعلم فهي:

1- صعوبات التعلم النمائية او النفسية.

ان الــنظرة العلمــية والموضوعية للإنسان بأنه كل متكامل وليس أجزاء متفرقة. لذلك يمكن القول ابتداءً بأن أي قصور في أي جانب سوف لا يقتصر أثره فــي الجانــب ذاته وانما ينعكس على جوانب اخرى فالقصور في عمليات الانتباه والادراك والذاكرة والتفكير، وهي عمليات عقلية على غاية من الاهمية، سيكون لها تأثيرها السلبي في اكتساب اللغة والمعرفة.

ان الصعوبات النمائية ستفرز بصداها السلبي على اكتساب القراءة والكتابة والحســاب. فالانتــباه يرتبط ارتباطا وثيقاً بالمثيرات الحسية الصادرة من الآخر، والقصور في عملية الانتباه يقلل من الافادة من هذه المثيرات سواء كانت سمعية أو بصرية أو لمسية، كما يؤثر في ذات الوقت في عملية الاتصال مع الآخرين والتي ترتبط ايضاً بالتكيف الاجتماعي.

كمــا ان للــتذكر دوره في استرجاع الخبرات المخزونة في الذاكرة سواء كانــت بصــرية أو ســمعية أو سمعية بصرية، وهي الأخرى تؤثر في التحصيل الدراســي. أمــا الادراك فــيؤثر في عمليات التمييز البصري والسمعي واللمسي والتناسق البصري الحركي والغلق والعلاقات المكانية.

2- صعوبات التعلم الاكاديمية

ان صــعوبات الــتعلم الاكاديمــية ترتبط كما اسلفنا من قبل بشكل أساسي بصــعوبات الــتعلم النمائية إذ يمكن القول انها نتيجة للقصور في عمليات الانتباه والادراك والتذكر والتفكير حيث يتعرض الطفل الى صعوبات في القراءة والكتابة

والتهجـــئة والتعبير الكتابي والاملائي والعمليات الحسابية. فمثلاً قد لا يلاقي الطفل صعوبة في تذكر الكلمات والحروف التي سبق أن تعلمها لقصور تذكره البصري او لقصـــور تذكـــره الســـمعي، او قصـــور في تنظيم التصور الجسدي. لذلك يحدث اللاتوافق بين مستوى ذكاء الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم والمستوى القرائي والكتابي والحسابي له.

مظاهر صعوبات التعلم

ابـــتداءاً لابـــد من الإشارة الى ان مظاهر صعوبات التعلم متعددة لكنها لا تظهـــر جميعها على كل فرد يعاني من صعوبات التعلم، وانما قد يظهر مظهراً او اكـــثر مـــن هـــذه المظاهر، وقد تختلف هذه المظاهر من فرد إلى آخر نوعاً وكماً وحسب الأسباب التي أدت إليها.

أما أهم مظاهر صعوبات التعلم فهي:

1- المظاهر السلوكية

ان المظاهـــر التـــي يتصـــف بها ذوو صعوبات التعلم كثيرة منها ضعف التركيز والانتباه الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بشرود الذهن والتشتت مما ينعكس بشكل ســـلبي على تعلمه، وقد يقترن بذلك صعوبة الادراك البصري والسمعي والحركي، فهو لا يستطيع ان يميز بين الأشياء سواء كانت فروقاً أو اشكال هندسية.

كمـــا يظهر ذوو صعوبات التعلم استمراراً ونشاطاً حركياً زائداً فهم كثيرو الحـــركة ولا يســـتقرون على حال، وبالرغم من انهم ينزعون الى الحركة الزائدة المستمرة فانهم يتصفون بعدم التوازن في الحركة والمشي، ولا يعود ذلك الى خلل جسماني، ان ذلك قد يؤدي إلى اتصاف ذوي صعوبات التعلم بالسلوك غير المقبول اجتماعـــيا، وقد يعمم ذلك بحيث لا تستطيع هذه الفئة من الايفاء بالتزامات السلوك المقبول.

وقـــد يتصف كذلك هؤلاء الاطفال بالاستمرار والمداومة (Perseveration) وهـــي صـــعوبة الانتقال من مهمة إلى أخرى، فيمكن ان يستمر بكتابة كلمة واحدة اســـطر مـــتعددة دون ملل، ويمكن إختبار الطفل لمعرفة هل يتصف بالاستمرارية؟ ويطلب منه ان ينسخ الأشكال الآتية:

ولكن الطفل يمكن أن يشكل الأول ثم يستمر بالثاني طويلاً فيكون كالآتي:

Δ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ وهكذا

2- المظاهر اللغوية

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

أ- صـــعوبة فـــي القـــدرة علـــى القراءة أو عسر القراءة او ما تسمى الديسلكسيا (Dyslexia) وتتمثل في ضعف او صعوبة في تعلم القراءة والتهجي، وقصور فـــي الـــتعامل مـــع ما هو مكتوب. قد تكون اسبابها عضوية تتمثل في الخلل الوظيفي للدماغ.

ب- الصـــعوبات الخاصة بالكتابة والتي تسمى (Dysgraphia) والتي تتمثل بالخطأ في ترتيب الحروف، أو إبدال حرف بحرف آخر، والتي تعود الى اسباب تتمثل بالقدرة الحركية الدقيقة، او عجز في التآزر البصري الحركي، أو عجز القدرة على ادراك الرموز.

ان مـــن مظاهـــر صـــعوبات الكتابة ان الطفل لا يستطيع ان يكتب بشيء من التلقائـــية كأقـــرانه الآخرين، وربما يظهر ذلك جلياً في إملائه وكثرة اخطاءه اللغويـــة والـــنحوية فضـــلاً عن عدم التنسيق والتنظيم بين الاحرف والكلمات والسطور.

جـــ- الصـــعوبات الخاصـــة بالحســـاب والتي تسمى (Dysculculia) فالطفل ذو الصعوبات التعلمية قد يخلط بين الأحاد والعشرات، وقد يغير الرقم، فبدلاً من ان يكتـــب (24) يكتـــبها (42)، ولا ينهي العمليات الحسابية الاربعة (الجمع والطرح والضرب والقسمة).

د- تأخر ظهور الكلام Language delay

ويعنـــي تأخـــر ظهور الكلمة الأولى عند الطفل ذي صعوبات التعلم حتى سن الثالـــثة أحـــياناً أو يـــزيد، علما ان ظهور الكلمة الأولى عادة يكون في السنة الأولـــى. ويقصد بالكلمة التي تمثل جملة فعندما يسأل الطفل أين ذهب أبوك؟ فيجب سوق أي ذهب أبي إلى السوق.

وقد يظهر احياناً صعوبات في اللغة العامة التي يتصل بها مع الآخرين أو فـــي التعبير الشفوي، أو أخطاء في النطق كالحبسة الكلامية أو التأتأة أو التلعثم، أو تغيير في الكلمة عن طريق ابدال حرف أو أكثر او حذف حرف أو اكثر او إضافة.

3- مظاهر الإدراك ا لبصري

يجـــد الافراد ذوو صعوبات التعلم مشاكل على درجات مختلفة في الادراك البصـــري والـــذي يرتـــبط ارتباطاً وثيقاً بمدى الخسارة المخية. فقد يصعب عليهم ترجمة ما يرونه، كما يجدون صعوبة في التمييز بين الاشياء وإدراك العلاقات بين الأشـــياء وربطهـــا بعضها ببعض، ويعانون أيضاً من ضعف في التذكر البصري، ويظهر ذلك من خلال ضعف القدرة على سلسلة الأحداث.

وقـــد يصـــعب على ذوي صعوبات التعلم أيضاً التركيز، وقد يعجزون في تحقـــيق الـــتكامل بيـــن الابصار وحركة أجزاء الجسم. لذلك قد يحدث الخلط بين الحروف والأرقام وخاصة المتشابهة منها مثل (ب، ت) ، (ق، ف)، (د، ذ) إضافة الـــى بطـــئهم فـــي تعلـــم الحروف الهجائية، كما يجدون صعوبة في النسخ إذ لا يســـتطيعون تذكـــر القواعـــد التي تعلموها في الاملاء والتهجئة، وقد يرتبط بهذه

الصـــعوبات كذلك مشكلات في العلاقات المكانية فيصعب عليهم التعامل مع مفاهيم الشكل والحجم والمسافة.

4- مظاهر الإدراك السمعي

ان الإدراك الســـمعي كما هو الحال بالنسبة للإدراك البصري يؤثر بشكل كبـــير في تعلم الفرد، وفي تكيفه مع البيئة التي يعيش فيها، فعندما يعاني الطفل من صعوبات في الإدراك السمعي فهو يجد صعوبة في التذكر السمعي والتمييز السمعي الأمـــر الـــذي يؤدي إلى عدم الانتباه اثناء الدرس، أو يكثر التلفت لمن حوله. ان الطفـــل يجـــد صـــعوبة فـــي تذكر أصوات الحروف التي تشكل الكلمات، وتذكر المعلومـــات الشـــفهية، وصـــعوبة تسلسل المعلومات، وصعوبة تركيب الاصوات بعضها البعض لتشكل الكلمات.

5- الاضطراب الانفعالي والاجتماعي.

ان الاضـــطراب الانفعالـــي والاجتماعي هو نتيجة طبيعية للأطفال الذين يعـــانون من صعوبات تعلم، فهم لا يستطيعون ان يواكبوا اقرانهم من حيث تعلمهم وبناء علاقات اجتماعية بناءة الأمر الذي يجعل رؤيتهم الى أنفسهم قد تختلف عمن هـــم بمستوى اعمارهم، فهم قد يميلون الى معاشرة من هم اقل منهم سناً. وقد يميل الطفل ذو صعوبات التعلم احياناً الى الانعزال وعدم الانخراط مع أقرانه الامر الذي يجعله يكون مفهوماً منخفضاً عن نفسه، وقد يؤدي ذلك الى مشاعر سلبية منها عدم الاحساس بالأمن، وعدم القدرة على أداء متطلبات الحياة الاجتماعية.

ان هـــؤلاء الأطفـــال لا يحصلون على التشجيع الاجتماعي بسبب ضعف انجازاتهم التعليمية في الصف، فانهم يعانون من الاحباط، ويبدأ الشعور بالانفصال والابتعاد عن المجموعة، وقد يرفضون المشاركة في الجماعة، وربما يلجأ البعض الى السلوك العدواني كحالة من التعويض.

6- تدني التحصيل الاكاديمي

ان تدنـــي التحصـــيل الاكاديمي هي احدى المظاهر التي يتصف بها ذوو صعوبات التعلم، وهي ليست عامة في جميع المواد.

أسباب صعوبات التعلم

ان اســـباب صعوبات التعلم كثيرة منها ما هو وراثي ومنها بيئي، والمدخل الطبي الذي يعد من المداخل التقليدية ينظر الى صعوبات التعلم من خلال الأسباب الوراثـــية وبشـــكل خـــاص ما يتعلق بالجهاز العصبي للطفل. بينما ينظر المدخل الســـلوكي إلى الأسباب البيئية من خلال العلاقة بين الطفل والبيئة المحيطة به بكل متغـــيراتها. وهذا الاخير يتماشى مع دور المعلم لانه لم يعد لمعالجات طبية وانما أعـــد لمعالجات تربوية. لذلك يمكن القول أن المدخل الطبي يحد من دور المعلم في حين ان المدخل السلوكي يفسح المجال أمامه لابتكار أساليب علاجية للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

إن كثير من الباحثين يشتركون على ان صعوبات التعلم هي ناتجة عن خلل دماغي وهذا ما أشار اليه كل من ليرنر (Lerner) [1] وهلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [2] ذلـــك الجـــزء المسؤول عن العمليات الحيوية في الجسم، فهو المســـتقبل للمثيرات الحسية والجلد والعضلات، وهو الذي يقوم بإرسال الاشارات العصـــبية للجســـم، كما يقوم بتخزين وتفسير المعلومات، لذلك فان تلفه يؤثر كثيراً وخاصة في النمو العقلي وقد يحدث ذلك التلف قبل الولادة واثناءها وبعد الولادة.

وعلى أية حال يمكن تقسيم الأسباب التي تؤدي الى صعوبات التعلم إلى:

- أســـباب مـــا قـــبل الولادة ومنها اضطراب عملية التمثيل الغذائي ، إصابة الام بالحصـــبة الالمانـــية وخاصـــة خلال الاشهر الثلاثة الاولى، وقد يؤدي الخلل

---

(1) Lerner, J. W (2000) Children with Learning Disabilities, Theories, Diagnosis, and Teaching Strategies. Eight Edition, U.S.A: Mifflin Company.

(2) Hallahan, D, and Kauffman . J. (2003) مصدر سابق .

الكرموســومي الى صعوبات التعلم فمثلاً قد تظهر على الذكور صعوبات قرائية وكلامــية وحركــية نتيجة لزيادة كروموسوم (X) فيصبح (xxy) والتي يطلق عليها متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter's Syndrome) .

أمــا اذا كانــت الــزيادة (y) فــتؤدي الى الاندفاعية والنشاط المفرط والسلوك العدوانــي، وزن الوليد عند الولادة إذ ان هناك علاقة بين الوزن غير الطبيعي ومشــكلات الــتطور والتعلم مستقبلا. تعرض الام لأشعة أكس وخاصة خلال الأشــهر الــثلاثة الاولى، تعاطي الام المضادات الحيوية القوية وخاصة خلال الأشــهر الــثلاثة الأولــى، اصــابة الام بالامراض الزهرية، التهاب السحايا، اضطراب الغدد الصماء. ومن أهم الأسباب التي تؤدي الى صعوبات التعلم سوء الــتغذية، نقــص الاوكسجين لأسباب مختلفة، كما قد يكون للتدخين والمسكرات والمخدرات أثر في ذلك.

أما الأسباب التي تحدث اثناء الولادة فهي:

- الولادة المتأخرة جداً والولادة المبكرة جداً وخاصة تلك المتعلقة بعمر الام.
- عســر الــولادة قــد ينــتج اما عن قلة الماء الذي يسبح فيه الجنين او الحالات النفســية الشديدة التي تؤدي الى حالات من التشنج الذي لا يساعد على الولادة الطبيعية.
- الاختناق بسبب قلة الاوكسجين او انقطاعه.
- الولادة الجافة.
- انفصال المشيمة المبكر الذي قد يؤدي الى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية.
- عدم وصول كفاية من الاوكسجين.
- التوليد غير الصحي.
- استخدام ادوات صلبة أو غير معقمة.
- طول فترة المخاض قد يؤدي الى تلف الدماغ.

أسباب ما بعد الولادة فهي:

- الحـــوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة والتي تؤدي الى التلف الدماغي.
- وقـــد اشـــار الخطيب والحديدي [1] الى وجود علاقة بين ردود الفعل التحسسية الـــناتجة عـــن الاغذية وصعوبات التعلم حيث اهتم أطباء ومربون لسنين عديدة دراسة هذه العلاقة. كما ذكر المؤلفان دراسة أخرى قد راجعت البحوث العلمية التـــي تعلقـــت بهـــذه المسألة، وتوصلت الى أن الدور الذي تلعبه الحساسية في الصعوبات التعلمية دور معقد يتداخل مع متغيرات أخرى.
- التســـمم بالرصـــاص إذ يجري التأكيد على خطورة الامر في احداث صعوبات تعلمـــية حيـــث قارنت دراسات بين أطفال ذوي نسب عالية من الرصاص في اســـنانهم بآخريـــن تقل نسبة الرصاص عن الاولى، ووجدوا ان هناك فرقاً بين المجموعتين في الجوانب النفسية والتربوية والاجتماعية ولصالح المجموعة التي تقل نسبة الرصاص في اسنانهم.
- نقص سكر الدم قد يؤدي الى اضطرابات سلوكية ونفسية .
- كمـــا ان الـــتهابات الاذن وخاصة الوسطى قد يؤثر في عملية التعلم لأنها ترتبط ارتـــباطاً وثـــيقاً بمهـــارات التعلم السمعي، لذلك تؤثر بشكل خاص في مهارة القراءة والتهجئة.
- كما ان حوادث السقوط والدهس والضرب القوي الذي قد يحدث خللاً في الجهاز العصبي.
- وتغذيـــة الطفـــل وخاصة في مراحل الطفولة المبكرة لها أثرها في تطور الطفل ونموه. وهناك متغيرات بيئية قد تساهم في صعوبات التعلم أو تعمق من الأسباب التـــي تـــؤدي الـــى صـــعوبات الـــتعلم كالأسرة من حيث وضعها الاجتماعي

(1) الخطيـــب، جمال، الحديدي، منى (1998) التدخل المبكر، مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر، ص 168 .

والاقتصـــادي والثقافـــي، وهـــل هي ممتدة أو ضيقة؟ وعدم وجود النماذج التي تحـــتذى، او نماذج التعلم الضرورية في مرحلة الطفولة المبكرة، أو عدم استلام الطفـــل نمـــاذج كمـــية ونوعـــية من الأنشطة اللغوية قد يسبب قصوراً تعلمياً، والأســـاليب المســـتخدمة فـــي عملـــية التنشئة كالأساليب غير التربوية كالشدة، والـــتفرقة، والحماية الزائدة، والرفض الصريح أو المستتر، والتذبذب والاهمال وغيرها.

أمـــا المدرســـة فهـــي عامل قد يساعد او يزيد من صعوبات التعلم لما فيها من متغـــيرات مهمة كالمعلم باساليبه غير التربوية والطرق التعليمية القديمة والمناهج. ان التفاعل الحقيقي بين المعلم والمتعلم والانتماء الى الصف بشكل خاص والمدرسة بشكل عام يتأثر الى حد كبير بالأساليب والطرق والوسائل التي يستخدمها المعلم.

أساليب قياس وتقييم صعوبات التعلم

ان القـــياس والتقييم للأطفال ذوي صعوبات التعلم من المحاور المهمة التي تتوقف عليها جميع الأنشطة من تخطيط ووضع أهداف، ومحتوى، وطرق ووسائل وأساليب أخرى، ونحن لا نستطيع ان نتحرك بشكل صحيح وفعال ما لم يكن هناك قياس وتقييم كامل للصعوبات التي يعاني منها ذوو صعوبات التعلم.

ولكـــن قـــياس وتقييم صعوبات التعلم ليس أمراً سهلاً لما يكتنف هذا المصطلح من غموض حتى اطلق عليه الاعاقة الخفية. لذلك يتطلب استخدام وسائل متعددة للقياس والتقييم اكثر من أي فئة أخرى من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

ان الكشف المبكر في غاية الأهمية لتحديد وتعيين المشكلات التي يعاني منها الطفل دون ان تـــتفاقم اذ لا يمكـــن ان تـــبقى المشـــكلة علـــى حالهـــا دون تدخل علمي وموضوعي.

يشير ليرنر وآخرون Lerner, et al في كيرك وكلفانت [1] إن تشخيص الأطفال في سن ما قبل الدراسة هو الخطوة الأخيرة لعملية تتالف من ثلاث خطوات:

الخطوة الأولى: تتمثل في تحديد الأطفال الذين يعانون من تلك المشكلات ويعد ذلك بحد ذاته مشكلة مجتمعية تتطلب زيادة في وعي العامة من خلال وسائل الاعلام.

الخطوة الثانية: تتمثل بأجراء مسح اولي لأطفال ما قبل المدرسة لتحديد من يشكون بوجـــود مشكلة لديهم، وممن لديهم قابلية كبيرة للتعرض للمشكلات المختلفة. ويقوم المســـح الأولي بفحوص سريعة للقدرات الحسية، والحركية والاجتماعية والانفعالية واللغوية والادراكية.

الخطوة الثالثة: هي مرحلة التشخيص الفردي، وتهدف هذه المرحلة تحديد فيما اذا كانت هناك مشكلة جادة تتطلب علاجاً مبكراً أو إجراءات وقائية.

إن الكشـــف المبكر عن صعوبات التعلم قبل دخول الطفل المدرسة له أثره الايجابـــي الكبير في تهيئته بشكل حقيقي لمتطلبات المرحلة اللاحقة، وهي مرحلة الدراســـة للســـير بخطـــى سليمة بعيدة عن التعثرات التي قد يكون له أثر كبير في الطفل ومستقبله الادائي.

يـــتم ذلـــك مـــن خلال القياس والتقييم المبكر الذي يؤدي الى وضع برامج تـــربوية صـــحيحة لعلاج الصعوبات التي يعاني منها الطفل. فمثلاً قد يجد الطفل صـــعوبات في التواصل اللغوي المتأتي من الاستقبال السمعي والذي لا يعزى الى اعاقـــة سمعية، او عدم الافصاح عن نفسه من خلال التعبير اللفظي مقارنة بأقرانه الآخرين.

ان الكشـــف المبكر يؤدي الى علاج مبكر بشكل أسهل بكثير مما لو تأخر فضلاً عن التهيئة الحقيقية لمتطلبات المدرسة. ويفترض ان يكون التشخيص فردياً لمظاهر النمو المختلفة الحركية والعصبية والنفسية واللغوية والاجتماعية. وقد يكون

---

(1) كيرك وكلفانت، مصدر سابق.

اســـتخدام المدخـــل الطبي من الأساليب الاولى في تشخيص صعوبات التعلم التي تتبعها الأساليب النفسية والتربوية. ومن الأساليب الطبية المستخدمة.

1- رسم الدماغ الكهربائي (Electroencephalogram) (EEG) ويتمثل بوضع اقطاب علـــى فـــروة الـــرأس لتشـــمل الفصوص المخية الاربعة (الجبهي والجداري والصدغي والقذالي) لمعرفة فيما اذا كان هناك خلل في هذه الفصوص.

2- رســـم خـــريطة المخ (Brain Mapping) ويستخدم لتحديد الموجات السائدة في الفصوص الاربعة الآنفة الذكر.

3- جهاز الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging) ويظهر هذا النوع من الفحص لنشاط المخ والاختلافات فيه والتي لها علاقة بصعوبات التعلم من خلال الاشعة التي يظهرها الحاسب الآلي.

وقد لا يوجد اتفاق بين المهمتين على خطوات محددة في تشخيص صعوبات التعلم بالـــرغم من ان هناك قواسم مشتركة بينها. فمثلاً يذكر كيرك (Kirk) [1] الخطوات التي يمكن حوصلتها بالشكل الآتي:

أولاً: تقييم أداء الطفل عن طريق

1- معرفة وضع الطفل الحالي من خلال جانبين

أ- القدرة العقلية من خلال تطبيق اختبارات الذكاء المعروفة كأختبار بينيه أو وكسلر، للتأكد من قدرات الطفل العقلية بشكل عام تنحرف انحرافاً معيارياً واحـــداً زيـــادة أو نقصـــاناً، وهذا ما يميز معظم الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

ب- التحصـــيل الاكاديمـــي الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالفرع (أ) والذي يتعلق بمدى التباين بين الاداء الاكاديمي الحالي والأداء المتوقع.

(1) Kirk, B.A (1972) مصدر سابق .

2- معــرفة وضــع الطفل في الجوانب الاكاديمية وخاصة في القراءة والكتابة من خلال كتابة تقرير عن ذلك يتم عن طريق الملاحظة النظامية مستخدماً في ذلك المقاييس المسحية السريعة المقننة.

3- المعــرفة الدقــيقة لجوانب القوة والضعف في تعلمه، والتركيز على المشكلات التي يعاني منها الطفل، فهل هي تتمثل في الاستقبال أو في الفهم.

ثانــياً: معرفة الأسباب التي أدت الى صعوبات التعلم وهل هي عضوية؟ نفسية؟ بيئــية؟ عــن طريق استخدام أدوات متعددة كدراسة الحالة أو الملاحظة المقننة او تطبيق اختبارات .

ثالثاً: بناءً على ما سبق يمكن وضع الفرضيات التشخيصية .

رابعــاً: وضــع خطــة تتضــمن أهداف تعليمية ومحتوى وطرق ووسائل تعليمية وأنشطة.

أدوات قياس وتقييم صعوبات التعلم

هناك أدوات عديدة يمكن أن تستخدم في قياس وتقييم صعوبات التعلم سوف نتطرق اليها ابتداءاً من البسيط وهي:

1- الملاحظة:

وهــو أســلوب تقييمي يمكن أن يستخدم من قبل شرائح مختلفة ابتداءً من الأســرة الــى المدرســة بتدريــب بسيط، فقد يقوم به أولياء الأمور والمعلمون او غــيرهم. يتطلــب من هذه الاداة تسجيل السلوك المستهدف المرتبط بتاريخ معين وظرف بيئي.

ان الملاحظة من الأدوات التي يمكن ان نحصل من خلالها على معلومات مهمــة عن الطفل ذي الصعوبات التعلمية في مواقف كثيرة الصفية والبيئية وخلال الأنشــطة الحرة في الجوانب الحركية والانفعالية والاجتماعية والمعرفية، ونستطيع التعرف على المشكلات اللغوية المتعلقة بالمهارات السمعية أو البصرية والتي تشمل

علـــى مـــدى استيعابه للنقاش الصفي، وقدرته على التذكر السمعي، والفهم، وعدم الخلط بين الاصوات المتشابهة.

كمـــا يمكـــن أن نتعرف من خلال الملاحظة الاكلينيكية القصور في اللغة التعبيرية للطفل وخاصة ان من المظاهر التي يتصف بها ذوو صعوبات التعلم هي صعوبات في النمو اللغوي. ونستطيع ان نعرف من خلال الملاحظة النظامية كيف يـــتعامل الطفل مع المتغيرات البيئية؟ وهل يتسم ذلك بالاتساق؟ والى أي مدى ينتبه الطفل ويدرك بما يتناسب مع عمره الزمني؟

2- المقابلة Interview

مـــن الأدوات التـــي يمكـــن استخدامها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم للحصـــول على معلومات مهمة. تهدف المقابلة التشخيص او الارشاد او العلاج او الاستشارة وخاصة عندما تكون المقابلة فردية.

ويجب ان يراعي الشخص الذي يجري المقابلة خلق جو ايجابي ودي، وان يحرص على جعل الفرد في وضع نفسي جيد لكي يستطيع أن يتكلم بحرية وامان.

تتمـــيز المقابلة بأنها افضل الادوات التي يمكن ان تحصل من خلالها على بعـــض المؤشـــرات لسمات الطفل الشخصية من خلال ما يظهر عليه من حركات وســـكنات وايمـــاءات وانفعالات، كما انها تتسم بالمرونة إذ قد يسأل الشخص الذي يقوم بالمقابلة اسئلة يتوصل اليها من خلال التفاعل الذي جرى بينه وبين الطفل.

3- دراسة الحالة

وهـــي من الطرق الرئيسية للتعرف على مظاهر صعوبات التعلم إذ تزود الاخصـــائي بمعلومات على غاية من الأهمية تتعلق بمظاهر النمو المختلفة المتعلقة بالجوانـــب الرئيســـية الأربعـــة وهـــي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية. والمتغـــيرات الاساسية التي تؤثر في انطلاقة الطفل بشكل سليم وصحي كالأوضاع السكنية، وحجم الأسرة ، والوضع الصحي للطفل، والام والاب وتاريخهم الصحي،

ووضـــع الطفل قبل واثناء وبعد الولادة، والأمراض التي تعرض اليها وخاصة بعد الولادة وغيرها.

4- اختبارات التحصيل

وقـــد تكـــون هذه الاختبارات مدرسية يقوم باعدادها معلم التربية الخاصة وتطـــبق داخل اطار الصف، وقد تصمم لقياس مهارة واحدة أو عدة مهارات. فمثلاً قـــد يصـــمم (س) مـــن معلمي التربية الخاصة في احدى مدارس التربية الخاصة إختـــباراً فـــي القـــراءة قد يكون خاصاً بمرحلة واحدة، أو يكون اوسع ليشمل عدة مـــراحل. وآخر يصمم اختباراً في الحساب لمرحلة واحدة او عدة مراحل. تعد هذه الاختـــبارات بمـــثابة الكشف المبدئي، أو يمكن ان نستشف منها بعض المؤشرات التشخيصية عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم. وبالرغم من أنها تزودنا بمؤشرات عـــن حالـــة الطفل، ولكن لا يفترض ان نعتمد عليها بشكل كلي، ويفضل ان يكون التقييم كاملاً وشاملاً لحاجات الطفل ذي صعوبات التعلم.

وهـــناك اختـــبارات تحصـــيل مقنـــنة يمكن ان تستخدم مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم. ومن الاختبارات المقننة التي استخدمت في مجال القراءة والتهجئة والحساب.

- اختبار جراي للقراءة الشفهية.
- اختبار بيبودي للتحصيل الفردي.
- اختبار مونرو لتشخيص الرياضيات.
- اختـــبار التحصـــيل ذو المدى الواسع والذي يتضمن ثلاثة اختبارات فرعية هي القراءة والتهجئة والحساب والذي يمكن استخدامه مع شرائح متنوعة في مراحل الروضة والابتدائية والثانوية.

5- اختبارات القدرة العقلية

سبق ان ذكرنا ان هناك مظاهر مشتركة بين الاعاقة العقلية وصعوبات التعلم، لذلك تعد اختبارات القدرات العقلية من الاوليات التي يجب ان نستخدمها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم للتعرف على عدم وجود اعاقة عقلية. وان معدل ذكاؤه يكون ضمن المعدل بانحراف معياري واحد زيادة أو نقصاناً. وفي هذه الحالة يكون القصور في التحصيل الاكاديمي ناتجاً عن صعوبات تعلم لاسباب متعددة منها الوراثية والبيئية والتي اسلفنا توضيحاً لها.

6- الاختبارات محكية المرجع

وهي من أدوات التقييم غير النظامية والتي يمكن أن يقوم بها المعلم والحكم على أداء المتعلم. فمثلاً اذا اتقن مهمة بنسبة نجاح معينة كأن تكون 90% كقراءة نص يتكون من عشرين كلمة على أن لا يتجاوز اخطاءه عن اثنتين. يمكن أن يتبع في المواد الاساسية القراءة والرياضيات. تتميز هذه الاختبارات بكونها متحررة من التحيز التي تؤخذ على الاختبارات المقننة والمتمثلة بالعرقية والثقافية.

الاختبارات التي استخدمت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم

من الاختبارات التي استخدمت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم

أ- اختبار الينوي للقدرات السيكولوجية Illnois Test of Psycholinguistic

يعد هذا الاختبار من أشهر الاختبارات الفردية التي طبقت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم. وهو يصلح لأعمار تتراوح ما بين (2-10) سنوات. اما الوقت اللازم لتطبيقه فهو ساعة ونصف ، ومدة تصحيحه تتراوح ما بين (30-40) دقيقة يتكون المقياس من اثنا عشر إختباراً فرعياً هي:

1- اختبار الاستقبال السمعي Auditory Reception Subtest

2- اختبار الاستقبال البصري Visual Reception Subtest

3- اختبار الترابط السمعي Auditory Association Subtest

4- اختبار الترابط البصري Visual Association Subtest

5- اختبار التعبير اللفظي Verbal Expression Subtest

6- التعبير العملي (اليدوي) Manual Expression Subtest

7- اختبار تكملة الجمل من حيث القواعد والمعنى Grammatic Closure Subtest

8- اختبار الاكمال البصري Visual Closure Subtest

9- اختبار التذكر السمعي Auditory Memory Subtest

10- اختبار التذكر البصري Visual Memory Subtest

11- اختبار الاكمال السمعي (اختبار احتياطي) Auditory Closure Subtest

12- اختبار التركيب الصوتي (اختبار احتياطي) Sound Blending Subtest

ومـــن مظاهـــر القـــوة في هذا الاستبيان انه غطى مجالات على غاية من الأهمـــية فـــي التطور النمائي للطفل، وخاصة فيما يتعلق بالتذكر والانتباه والتفكير واللغة بنوعيها الاستقبالية والتعبيرية.

وفي تقديري ان فقرات المقياس اكثر إنسجاماً مع عمر (10) سنوات منه مع المستويات العمرية الدنيا إذ تكون صعبة مع أعمار (2) و (3) و (4) سنوات. وبالـــرغم من إننا نؤكد كثيراً على الكشف المبكر لصعوبات ومشاكل الأطفال لان علاجهـــا أســـهل الا اننا نجد صعوبة كبيرة في التعرف تماماً على أطفال بأعمار (سنتين) أن لديهم صعوبات تعلم، وخاصة انهم لم يخبروا القراءة والكتابة والحساب والتهجـــئة بالـــرغم مـــن انهـــا تابعة للعمليات النمائية (التذكر والانتباه والادراك والتفكير).

ومـــن المـــآخذ على هذا المقياس انه يستغرق وقتاً طويلاً (ساعة ونصف) بالنسبة لأعمار دنيا من (2-10) سنوات.

اختبار مايكل بست للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم

طور هذا المقياس مايكل بست عام 1969 الذي يهدف الكشف عن الأطفال الذيـــن يعـــانون من صعوبات تعلم. يطبق هذا الاختبار على المراحل العمرية التي

تتراوح ما بين (6–12) سنة، وهي مرحلة اكثر تماشياً لقياس صعوبات التعلم من مقياس الينوي النفس لغوية والذي يطبق مع اعمار (2–10) سنوات.

كمـــا أن الفـــارق للفـــئة العمرية لمقياس مايكلبست اقل من الفارق لمقياس اليـــنوي للـــنفس لغويـــة، وبالتالي يمكن أن تكون الصورة اكثر وضوحاً عن أداء الطفـــل. يـــتكون هذا المقياس من (24) فقرة موزعة على خمسة اختبارات فرعية هي:

1- الاستيعاب السمعي: ويشمل اربع فقرات تتعلق بـــ

أ- فهم معاني الكلمات

ب- المحادثة

جـــ- التذكر

د- اتباع التعليمات

2- اختبار اللغة ويتضمن خمس فقرات تتعلق بـــ

أ- المفردات

ب- القواعد

جـــ- تذكر المفردات

د- سرد القصص

هـــ- بناء الأفكار

3- المعرفة العامة: وتتضمن اربع فقرات تتعلق بـــ

أ- ادراك الوقت

ب- ادراك العلاقات

جـــ- معرفة الاتجاهات

د- ادراك المكان

وتعد هذه الاختبارات الثلاثة الاولى لفظية

أما الاختبارات غير اللفظية فهي

4- التناسق الحركي العام: ويتضمن ثلاث فقرات تتعلق بـــ

أ- التناسق الحركي العام

ب- التوازن

جـــ- الدقة في استخدام اليدين

5- السلوك الشخصي والاجتماعي: ويتضمن ثماني فقرات تتعلق بـــ

أ- التعاون والاتجاه

ب- التركيز

جـــ- التنظيم

د- التصرفات في المواقف الجديدة

هـــ- التقبل الاجتماعي

و- المسؤولية

ز- انجاز الواجب

ح- الاحساس بالآخرين

يتميز هذا الاختبار في اننا يمكن ان نستخلص اربع درجات وهي:

أ- الدرجة الكلية

ب- درجة الاختبار اللفظي

جـــ- درجة الاختبار غير اللفظي

د- درجة أي اختبار لوحده

ان هـــذه المرونة مفيدة جداً في مجال التربية الخاصة الذي قد يعاني بعض فـــئاته من صعوبات لفظية كالمعاقين سمعياً، وهناك من يعاني من صعوبات ادائية كالمعاقين بصرياً.

وبهذا يمكن ان يكون هذا المقياس ارضية يمكن الانطلاق منها لبناء مقاييس اخـــرى تـــتعلق باعاقات أخرى. يستغرق تطبيق هذا الاختبار (45) دقيقة والوقت الـــلازم لتصحيحه حوالي نصف ساعة، وهكذا لو قارنا بين مقياس الينوي للنفس لغويـــة ومقياس مايكلبست فيما يتعلق بالزمن المحظ نجد انه اسهل في هذه الناحية مـــن الاول. ولكن لا يفوتنا القول بأن مقياس الينوي اكثر شمولية من مقياس مايكل بســـت. يتسم هذا المقياس بان كل فقرة من فقراته لها مستويات خمسة مرتبة حسب الصعوبة تبدأ من المستوى الادنى الى المستوى الاعلى فمثلا يشير الروسان[1] الى رقم الفقرة (2) المتعلقة بالانتباه والتشتت من اختبار السلوك الشخصي والاجتماعي

1- قدرته على الانتباه والتركيز ضعيف جداً فهو سهل التشتت.

2- نادراً ما يصغي أو يستمع للآخرين كثيراً ما يفقد الانتباه.

3- قدرته على الانتباه والتركيز تتناسب مع مستوى عمره وصفه.

4- قدرته على الانتباه والتركيز تفوق المتوسط فهو دائما منتبه.

5- دائما ينتبه للأمور المهمة ولديه قدرة عالية على التركيز طويل المدى.

أمـــا كيفـــية حساب الدرجات فتكون حسب المتغيرات الاربعة التي ذكرت ســـابقاً. فـــاذا اردنـــا حساب الدرجة الكلية للاختبار، تجمع الدرجات لكل فقرة من فقرات المقياس ونقسمها على (24) حيث ان أعلى مجموع للدرجات يمكن الحصول عليه هو (120)

(1) الروسان، فاروق (1998) اساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر، ص 298 .

الصعوبات النمائية وعلاجها

1- صعوبات الانتباه

كيف ينظر إلى نقص الانتباه

ابتداءً، لابد من القول، ان نقص الانتباه ما هو الا نتيجة لمتغيرات كثيرة إذ لـــم يـــتفق المختصون في هذا المجال على سبب بذاته فهناك اسباب فيزيولوجية وأخرى كيميائية عضوية، وأسباب بيئية وتربوية كذلك . لذلك وجدت وجهات نظر مـــتعددة فمثلاً عندما يكون نقص الانتباه هو نتيجة لتلف دماغي فان ذلك يؤدي في كثير من الاحيان الى النشاط الزائد المضطرب، والتشتت، وعدم التركيز، وصعوبة ضـــبط الـــنفس نحو مثير بذاته لوجود عوامل تشتت داخلية وخارجية، وقد يتصف ســـلوكه بعـــدم الاتســـاق. واذا كان سبب نقص الانتباه ناتجاً عن اسباب كيميائية عضوية فان ذلك يؤدي الى الخمول والكسل.

كمـــا ان الـــتلف الدماغي هو نتيجة لاسباب متعددة وليس لسبب بذاته وما زالـــت اســـباب الانتباه متعددة، وانماطه ليست واحدة والشرائح التي تعاملت معه متعددة إذ كان اهتمام عالم الاعصاب وعالم النفس والتربوي وغيرهم. لذلك تعددت وجهات النظر في تعريفه كما اشرنا الى ذلك من قبل وتصنيفه.

أما اشهر التصنيفات لنقص الانتباه كما يشير الى ذلك كيرك وكلفانت [1] هو

أ- التصنيف الطب النفسي الذي وضعته جمعية الطب النفسي الامريكية عام 1980 والذي يشير الى نمطين من نقص الانتباه.

1- نقص الانتباه المرتبط بنشاط زائد (او مفرط) والذي يتضمن المظاهر الاتية :

أ- قصور الانتباه في ثلاث مما يلي:

1- الفشل في انهاء المهمات التي بدأها.

2- غالباً ما يبدو على الطفل عدم الاستماع.

---

(1) كيرك وكلفانت، مصدر سابق، ص 112-115 .

3- يتشتت انتباهه بسهولة.

4- يعاني من صعوبة في التركيز.

5- صعوبة الاستمرار في انشطة اللعب

6- غالبا ما ينسى انشطته اليومية.

ب- الاندفاعية وتكون على الاقل في ثلاث من الجوانب الآتية :

1- يتصرف في الغالب بلا تفكير.

2- يتطفل على الاخرين ويقاطعهم.

3- الانتقال من نشاط إلى آخر بشكل مستمر.

4- الخروج من المقعد.

5- يعاني من صعوبة في التنظيم.

6- يحتاج الى مزيد من المراقبة والاشراف.

7- يصرخ او ينتابه نوبات غضب.

8- يعاني من صعوبة في الانتظار، واخذ دورة في الالعاب والانشطة الجماعية.

جـ- النشاط الزائد وذلك في اثنين مما يلي

1- يتسلق الاشياء او يقفز عليها.

2- يعاني من صعوبة بالغة في الالتزام بهدوء.

3- يعاني من صعوبة في البقاء في المقعد.

4- يتحرك بشكل ملفت للنظر خلال نومه.

5- دائما ما يقوم بأنشطة حركية مستمرة.

د- تبدأ قبل سن السابعة من العمر.

هـ- تستمر على الاقل لمدة ستة اشهر إذ لا يجوز ان ننعت الطفل أي نعت من خلال سلوك وقتي فمثلا لا يجوز ان نطلق على طفل بانه عدواني من خلال

سـلوكه هـذا لبعض الوقت او من خلال ايام معدودة، وانما يجب ان يتصف السلوك بالاستمرارية والثبات لكي نطلق عليه ذلك النعت.

و- لا تعود الى عوامل أخرى كفصام الشخصية او اضطرابات إنفعالية او اعاقات عقلية شديدة او حادة.

2- نقص الانتباه غير المرتبط بالنشاط الزائد ويكون هذا النمط اقل وطأة من الاول لانه لا يكون مصحوباً بحركة زائدة فهو يتسم بانه بسيط بالرغم من ان هناك تشـابهاً فـي السلوك بين النمطين الا ان الثاني اكثر قبولا من الاول لانه أقل ضرراً على الفرد نفسه وعلى الآخرين الذين يتعامل معهم.

ب- التصنيف النفسي والتربوي

يـرى هـذا التصنيف ان الاطفال الذين يتصفون بالحركة الزائدة يظهرون بعضـهم عـدم القدرة على ضبط انفسهم، وفقدان السيطرة لاسباب داخلية، بينما لا يظهر اولئك الذين يتصفون بالخمول والكسل تلك السلوكات. وتكون أسبابها عصبية كيميائية حيوية وانفعالية، وكلا النوعين يؤثر بشكل خاص في الانتباه الانتقائي الذي يؤثر في التحصيل الدراسي.

ان مكونات النشاط الزائد يتمثل بالحركة الدائمة في جميع الاوقات وخاصة لاعمـار مـا بيـن سن الميلاد والسنة الخامسة، وعدم القدرة على الاستمرار في المهـارة بحيـث يتمكـنون من اكمالها، وهذا يتعلق بالجانب المعرفي. اما المكون الثالث فهو الجانب الاجتماعي الذي يظهر بشكل شديد جدا في مرحلة المراهقة.

امـا الخمـول والكسـل فيتمثل في ضعف الاستجابة للمثيرات البيئية، وقد يصنف هؤلاء الاطفال ضمن فئات فصام الطفولة أما البسيطة منها فتتمثل في احلام اليـقظة وكذلـك عـدم انجاز المهمات الموكلة اليهم، وقلة المشاركة في الانشطة الجماعية مع أقرانهم، وقد يثبتون هؤلاء الأطفال انتباههم الى مثيرات لا علاقة لها بالمهمة التعليمية.

اما الاندفاعية فهو مظهر من مظاهر نقص الانتباه والذي يؤثر بشكل خاص في الانتباه الانتقائي والذي يؤثر بدوره في التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية. وتتمثل الاندفاعية بالاستجابات المتسرعة غير العقلانية بلا تفكير بنتائجها، او أثرها في الآخرين والتي تفتقد كذلك الى التنظيم.

علاج نقص الانتباه

هنالك اكثر من وسيلة علاجية استخدمت لعلاج نقص الانتباه اختلفت في درجة فاعليتها ومنها:

1- المدخل الطبي Medical Approach

يعد المدخل الطبي من العلاجات التقليدية التي استخدمت بشكل كبير لعلاج كثير من الحالات في مجال التربية الخاصة ابتداءاً من الاعاقة العقلية والانفعالية والحسية إلى حالة نقص الانتباه، وما زال المدخل الطبي مستخدماً حتى يومنا هذا بالرغم من ظهور علاجات نفسية وسلوكية والتي تكون اكثر تلاءماً مع دور المدرس لانه لم يهيئ لمعالجات طبية، لكنه هيئ لعالجات تربوية.

ومن أشهر الأدوية التي استخدمت في هذا الجانب دواء الريتالين Retalin وهو من الأدوية الجينية وهذا هو الاسم التجاري، اما الاسم العلمي لهذا الدواء فهو المثيل فنياديت (Methel phenidate) . وهناك أدوية أخرى استخدمت مع الأطفال الذين لديهم نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المضطرب مثل دأمفيتامين d'amphetamine وبنزدرين Benzedrine وبيمولين Pemoline اضافة إلى أدوية خافضة للنشاط الحيوي مثل انافرانيل Anafranil وديسبرامين desipramine .

تعديل السلوك Behaviour Modification

لقد استخدم المدخل السلوكي في تذليل كثير من المشكلات والصعوبات التي تواجه الأطفال سواء ذلك في اطار الصف أو البيت أو أي مكان يحدث فيه.

ان اســـاليب تعديـــل السلوك التي تعتمد الثواب والعقاب بشكل أساسي تمد المعلميـــن والآبـــاء بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع الأطفال بشكل علمي بعيداً عن العشوائية والتجريب.

يشـــير مصـــطلح تعديـــل السلوك الى مجموعة من الإجراءات التي تشكل قوانين السلوك، تلك التي تصف العلاقة الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك.

وقد استخدمت أساليب التشكيل والحث والنمذجة والتوجيه المادي في زيادة الانتـــباه وخاصـــة مع أطفال التربية الخاصة. كما استخدمت كذلك أساليب الاطفاء وتجـــاهل الســـلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه، وتكلفة الاستجابة، والابعاد المؤقت، والتصحيح المفرط في معالجة كثير من المشكلات ومنها نقص الانتباه.

3- تعديل السلوك المعرفي Cognitive Behaviour Modification

لقد استخدم تعديل السلوك المعرفي مع الأطفال الذين يتميزون بنقص الانتباه المصـــحوب بالنشـــاط الـــزائد المضـــطرب وخاصة أولئك الذين لديهم قصور في المهارات التخطيطية والتنظيم الذاتي.

فمثلا الاندفاعية التي هي مظهر للسلوك المضطرب هو ان يتصرف الطفل بلا تفكير وهو نقيض للحديث الذاتي عن السلوك المزمع القيام به. لذلك يعد الحديث الذاتي عن أي سلوك نقوم به وخاصة الشائك منه او في حل مسائل اكاديمية يؤدي الى التحكم به.

لذلـــك يسعى المختصون في هذا الجانب الى تدريب الطفل التحدث الذاتي الذي يحمل في طياته تحكما في السلوك وخاصة اذا استخدم خلاله الحكمة والتعقل. ان المحـــاورة الذاتـــية تتطلب تعريف المشكلة، تقييم الحل، مراقبة الحل، والتعزيز الذاتي.

ويمكن ان يستخدم مع المحاورة الذاتية أساليب الثواب والعقاب كأن يستخدم التعزيز الموجب للسلوك المرغوب فيه، وتكلفة الاستجابة كشكل من أشكال العقاب

مـــن السلوك غير المرغوب فيه. كأن يفقد شيئا ما لانه لم يتصرف تصرفاً صحيحاً كأن يكون نقود، درجات ، نشاط أو ما شابه ذلك.

4- تدريب والدي الطفل

ان التواصـــل بيـــن البيت والمدرسة من الأمور التي يؤكد عليها في حقل التربية بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص لأبعاده المهمة في حياة الطفل. إن الـــتدخل المبكر يكون اكثر فاعلية بمشاركة الأسرة لأن الأشخاص المتواجدين مع الطفل باستمرار هم أولياء الأمور (أو الاشخاص الموجودين في الأسرة).

وأصـــبح أولياء الأمور اكثر ادراكاً من أي وقت مضى للدور المنوط بهم، وخاصة اولئك الذين لديهم أطفال يعانون من صعوبات، إذ ان البرامج التي تقدم في اطـــار المؤسسات التعليمية قد لا تحقق الاهداف كما ينبغي بلا تواصل البيت لكي يحقق البناء المتكامل عبر المكان والزمان. ولا يقتصر على مكان وزمان بذاته.

5- التقليد ولعب الأدوار

إن كثـــيرا مـــن الـــتعلم يحدث عن طريق التقليد والمحاكاة وقد تؤدي إلى اكتسابه سلوكات جديدة او تعديل سلوكات قائمة.

وقـــد اســـتخدم أسلوب التقليد ولعب الأدوار كثيراً واثبتت فاعليته في تعليم جوانب سلوكية واكاديمية ومهارية.

يمكـــن ان نشرك الطفل الذي يتميز بنقص الانتباه بانشطة تتخللها مثيرات مـــرغوبة مـــع مجموعة من الاقران، أو لعبة مرغوب فيها لمجموعة من الأطفال يكـــون الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه واحداً منهم، وتتطلب تلك اللعبة انتباهاً وتركـــيزاً. إن الطفـــل قد يتأثر بأقرانه وخاصة اذا كانوا نماذج مؤثرة إذ أن التقليد يـــتأثر بجاذبـــية النموذج. ان الاستمرارية على مثل هذه الانشطة يمكن ان نحسن الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه.

6- المعلم كمعالج

ان العلاقـــة بيـــن المعلم والمتعلم علاقة تفاعلية يؤثر كل منهما في الآخر، ويعـــد الأول محوراً أساسياً فاعلاً ومؤثراً في المتعلم، فهل يمكن له أن يحسن انتباه المـــتعلم ســـواءً كان مصحوباً بالنشاط الزائد المضطرب أو غير مصحوب بذلك؟ الجواب نعم من خلال الأساليب التربوية والفنيات التعليمية التي يستخدمها المعلم.

صعوبات الذاكرة

تعريف الذاكرة

تعـــد الذاكرة من المرتكزات الأساسية في عملية التعلم إذ هي الجزء الذي يقوم بتصنيف المعلومات وتخزينها والاحتفاظ بها.

لذلك فان التقارب بين التذكر والتعلم قريب حتى استخدم احدهما ليدل على الثانـــي، وهـــناك من يعتبرهما متطابقين، او قد يكونان وجهين لعملة واحدة. وقد اخـــتلف الباحـــثون في النظر الى الذاكرة، فقد اشار باور وهيلجارو (Bower and Hilgard) [1] الى ان الذاكرة بأنها القدرة على الاحتفاظ واسترجاع الخبرات السابقة او القدرة على التذكر.

ويمكن ذكر الاستراتيجيات المهمة التي تساعد على التذكر

1- الـــربط (Connection) وهـــي استراتيجية تساعد الفرد على تذكر المعلومة أو المعلومات عندما تربط بحدث معين أو تاريخ معين، او اسم معين فمثلا عندما تـــربط القاف في قابيل للتذكر من قتل الآخر هل هو هابيل أو قابيل؟ أو وجود القـــاف فـــي العدســـة المقعرة لمعالجة قصر النظر " حيث توجد القاف في المقعرة وقصر، أو يمكن ربط رقم التلفون بميلاد أخ، أو أخت ، أو أب، أو أم. وفـــي اللغة الانجليزية يمكن ان نربط بكلمات معروفة كأن نضيف (ary) الى كلمـــة (Station) والتـــي تعنـــي محطة لتصبح (Stationary) وتعني ثابت أو

(1) Bower, G.H., and Hilgard, E. R. (1981) Theories of Learning. Enlge Wood Eliffs, N. J., Prentice Hall.

مستقر، واذا أضفنا (ery) اليها لتصبح (Stationery) وتعني قرطاسية أو أدوات مكتبية.

2- التكرار: ان التكرار المستمر يساعد على طبع المعلومة في الذاكرة وبقاءها حية في الذهن يسترجعها الفرد متى اراد ذلك، وهو اسلوب يتبع لمراعاة الفروق الفردية بين المتعلمين . فمنهم من يتعلم من أول مرة، وآخرين لا يتعلمون الا بتكرار المعلومة مرة ثانية، وقد يحتاج قسم آخر الى تكرار كثير، وخاصة اولئك الذين يعانون من صعوبات تعلم. كما ان الاعادة تجعل المادة اكثر وضوحاً واسهل فهماً واطول استقراراً في الذهن، فهي تزيل الشوائب العالقة والغموض واللبس بحيث تكون المعلومة واضحة ناصعة فضلا عن أهمية التكرار والاعادة في التأكيد على المهم من النقاط والتي تحتاج الى تركيز.

كما ان تكرار كتابة المتعلم للمادة التعليمية يساعد على بقاءها في الذهن فترة أطول. ويمكن القول أنه كلما ازدادت تكرارية كتابة المادة التعليمية كلما ساعد ذلك على إطالة بقاءها في الذاكرة.

3- استراتيجية التجميع: يكون التجميع اما عن طريق حروف أو أرقام في وحدات صغيرة تسهل عملية التذكر، وهو وضع المعلومات في نظام ذي معنى، وان الفرد يميل الى تذكر الاشياء التي تتسم بانها منظمة متناغمة. فمثلا عند تعليم الحروف القمرية والشمسية يمكن جمعها من الحروف لتشكل كلمة او كلمات ذات معنى فمثلا الحروف القمرية تجمع في (إبغ حجك وخف عقيمة)، والحروف التي تزاد على جذر الكلمة تجتمع في كلمة "سألتمونيها" أو اليوم تنساه

4- استراتيجية الكلمة المفتاحة: تعتمد هذه الاستراتيجية على اختيار كلمة أو كلمات تكون بمثابة مفاتيح لتذكر المعلومة، وخاصة في مواد اللغات والشعر فيمكن للمتعلم يجمع كلمة واحدة لتذكر الوان الطيف الشمسي، او كلمة (رسم) لتذكر العظيمات الثلاث في الاذن الوسطى وهي ركاب، سندان، مطرقة.

5- استراتيجية الحرف الأول First letter Technique : وهي بناء كلمات ذات معنى من الحروف الاولى لكل كلمة او جملة او بيت من الشعر لتذكرها. فمثلا المتعلم قد يجمع الحروف الخمسة الاولى من الابيات الشعرية الخمسة في كلمة واحدة، وهذه تساعده على التذكر. ويمكن تذكر أعراض نقص المناعة المكتسبة في اللغة الانجليزية من خلال Aids والتي هي Acquired Immunity Deficiency Syndromes . وكلمة (Vakt) التي تعد اشهر الأساليب استخداما في التربية الخاصة بشكل عام وصعوبات التعلم بشكل خاص. يشير حرف (V) الى الحاسة البصرية (Visual) والحرف (A) الى الحاسة السمعية (Auditory) والحرف (K) على الحاسة الحسية الحركية (Kinesthetic) والحرف (T) على الحاسة اللمسية (Tactual)

6- استراتيجية القصة: إن القصة التي تمثل مجموعة من الأحداث المترابطة زمنياً ومكانياً تساعد الفرد على تذكرها. لذلك عندما نتحدث عن الطريقة الألقائية في كونها لا تناسب صغار السن، ولكن يمكن اتباعها عندما تستخدم بأسلوب قصصي لانه يساعد على الفهم، كما أنه يساعد على التذكر فمثلا في الشعر العربي هناك من يتميز بوحدة البيت، وهو عندما يستقل البيت عن القصيدة، أي يؤخذ دون ان تختل القصيدة، وهناك الأسلوب القصصي في الشعر الذي لا يمكن حذف بيت أو أكثر منه لانه بمثابة سلسلة من الاحداث، فلو كان هناك عشرة ابيات تمثل وحدة البيت وعشرة اخرى هي كالقصة، فسيكون تذكر العشرة التي تتميز بالاسلوب القصصي أفضل من الاخرى، لذلك نوصي كمختصين في التربية الخاصة ان يستخدم الاسلوب القصصي مع الاطفال الصغار حتى في موضوع الحساب فعندما نريد تعليم الاطفال الارقام من 1-5 على سبيل المثال فيمكن سرد قصة بسيطة عن الحيوانات مثلا وربط ما فيها بالارقام من 1-5 حيث نبدأ بالحسي الملموس وننتقل الى المجرد.

7- استراتيجية التأمل Midiation Technique : وهي ترتبط بقدرة الفرد على تكوينه صورة ذهنية تخيليه للمثيرات التي يواجهها، وهي تتضمن الجهد الذهني الذي يبذله المتعلم للافادة من الخبرات المخزونة، وجعلها خبرات حياتية قابلة للتذكر.

8- كتابة الملاحظات: ان كتابة الملاحظات يساعد على استرجاع المعلومات بمعدل يفوق عدم التسجيل، إذ يقدر من خلال التجارب التي اجريت في هذا الصدد ان استرجاع المعلومات يفوق سبع مرات في حالة كتابة الملاحظات.

صعوبات الإدراك

ماهية الإدراك

الإدراك هي العملية النمائية (العقلية والمعرفية) التي يعاني منها كثير من الأطفال ذوي صعوبات التعلم والمتمثلة باعطاء معنى للمثيراته الحسية أياً كانت هذه المثيرات سواءً بصرية أو سمعية أو لمسية وغيرها.

علاج صعوبات الإدراك

وتتضمن :

أولاً: علاج صعوبات الإدراك البصري

يمكن تقسيم الأنشطة التي من شأنها علاج صعوبات الإدراك البصري إلى

أ- الانشطة المتعلقة بالتمييز البصري

ب- تحسين الذاكرة البصرية

جـ- تحسين التركيز البصري

ثانياً: علاج صعوبات الإدراك السمعي

ويمكن تقسيم الأنشطة التي من شأنها تحسين الإدراك السمعي

أ- التمييز السمعي

ب- الذاكرة السمعية

جـ- التركيز السمعي

ثالثاً: الإدراك الحركي

وتتضمن الأنشطة المتعلقة بالحركات الدقيقة والحركات الكبيرة.

رابعاً: الإدراك اللمسي

من خلال عرض أشياء ملساء وخشنة، حارة وباردة ودافئة وأشكال باحجام مختلفة وغيرها .

الصعوبات الاكاديمية وعلاجها

عسر القراءة Dyslexia

اســـتخدمت لفظة Dyslexia ديسلكسيا اليونانية الأصل والتي تعني صعوبة تحليل الكلمة المكتوبة أو (صعوبة القراءة) اصطلاحاً في اللغة الانجليزية.

وكـــان المدخل الطبي أول من استخدمها معتقداً أنها نتيجة لقصور عصبي وظيفي. لم يتفق الباحثون في هذا المجال على تعريف محدد لمفهوم الديسلكسيا فكان يـــنظر إلـــيها فى السابق على انها صعوبات قرائية، كما أشار إلى ذلك فريرسون Friersion فـــي الستينات على انها عجز جزئي في القدرة على القراءة، أو فهم ما يقوم بقراءته قراءة جهرية أو صامتة. (1)

وهناك من يعد الديسلكسيا بأنها صعوبة تعلمية ذات جذور بنيوية، وآخرين يعـــتقدونها خلل عصبي، وقسم آخر يضيف إلى الخلل العصبي أساليب التربية غير السليمة.

ويمكـــن القـــول ان صعوبة القراءة تتمثل في تباين ملحوظ في قدرة الطفل على القراءة وعمره الزمني تختلف في درجتها باختلاف السبب الذي أدى إلى ذلك ســـواء تعلق بالجانب البنيوي، أو الخلل العصبي المتمثل بصعوبات ادراكية سمعية أو بصرية، أو ظروف غير سليمة في البيئة الاسرية أو البيئة المدرسية.

---

(1) عبد الرحيم، فتحي السيد، مصدر سابق .

قد يكون العسر القرائي في بعد واحد، أو قد يكون في ابعاد متعددة في وقت واحد، لذلك فان العلاج لا يكون بدرجة واحدة من الصعوبة.

ومـــن الأســـاليب التـــي استخدمت كطرق علاجية لقراءة وتفسير الرموز اللغوية.

أ- الطريقة الحسية الحركية

تعـــتمد هذه الطريقة التي ابتكرها جريس فرنالد وهيلين كيلر على استخدام اكثر من حاسة اضافة إلى الحركة حتى سميت بالطريقة الحركية، وخاصة للأطفال الذيـــن يعـــانون من صعوبات قرائية، ونحن نعرف بشكل عام ان الملموس افضل للـــتعلم والفهـــم من غير الملموس، وخاصة بالنسبة للأطفال الذين يحتاجون رعاية خاصـــة. ويطلق عليها اختصاراً (VAKT) ليشير كل حرف من هذه الحروف إلى حاســـة معيـــنة فالحـــرف V يعني استخدام الحاسة البصرية (Visual) حيث يشاهد الطفـــل الكلمة المراد تعليمها. والحرف A يمثل الحاسة السمعية (Auditiory) حيث يسمع الطفل الكلمة وينطقها. والحرف K وتعني استخدام الحركة Kinesthetic حيث يتـــبع الطفـــل الكلمة بالحاسة الحركية، والحرف T يمثل الحاسة اللمسية (Tactual) حيث يتبع الطفل الكلمة بأصبعه.

وتـــبدأ مـــن البسيط الى الصعب حيث تبدأ بالحروف غير المتقاربة في الأصوات وبعدها الاصوات الاكثر تقارباً مثل س ، ص

الربط بين الحرف وصوته الشائع: ويمكن ان يتبع الحرف في البداية ومن ثم جمع اصوات الحروف ليكون الكلمة.

ان عملـــية التتبع تساعد المتعلم على معرفة الاتجاه الصحيح في قراءة الكلمات من اليمين الى اليسار.

ب- طريقة جلنجهام Gillingham Method

وهذه الطريقة تستخدم عادة أكثر من حاسة لتعليم القراءة والكتابة والتهجئة مستخدما الرموز الصوتية حتى سميت هذه الطريقة بالطريقة الصوتية، او الطريقة الهجائية.

تبدأ هذه الطريقة بتعلم الحرف ثم الكلمة ثم الجملة عن طريق عملية الربط اذ يجـــري اولا ربط الرمز البصري مع اسم الحرف، ثم ربط الرمز البصري مع صوت الحرف، ثم ربط احساس اعضاء كلام الطفل في تسمية الحروف واصواتها كمـــا يســـمع نفســـه عـــند قراءتها. فتحاول هذه الطريقة ربط النماذج البصرية، والسمعية، والحسية- العضلية. وهي طريقة صالحة مع المتعلمين ذوي الصعوبات الشديدة في تعلم القراءة.

جـــ- طريقة هيج - كيرك- كيرك للقراءة العلاجية

The Hegge- Kirk – Kirk Remedical Reading drills

طورت هذه التدريبات أساساً للأطفال المعاقين القابلين للتعلم

The Educable Mentally Handicapped children

والـــذي يعـــتمد استخدام الطريقة الصوتية بطريقة منظمة باستخدام التعليم المبرمج (Programmed Instruction) ، ويقســـم كل تدريب الى أربعة أقسام، ويجري تغيير بسيط فيه. في القسم الاول يتم تغيير الحرف المتحرك الاول مثل زال ، قال، حال، وفـــي القســـم الثاني يغير الحرف الاخير مثل فار ، فاز ، فاق وفي القسمين الثالث والرابع يتم تغير الحرف الأول والأخير مثل كتب، فتق، ستر.

صعوبات الكتابة

ماهية الكتابة:

مـــن المهارات التي تعطى انتباها كبيرا من قبل التربويين لأهميتها للتعبير عـــن الذات إذ هي احد أشكال اللغة، وتسمى اللغة المكتوبة، وهي كذلك احد أشكال التواصل.

وتعد الكتابة احد الأبعاد الأساسية للبعد المعرفي، وهي عملية رسم حروف او كلمـــات بالاعـــتماد على كل من الشكل والصوت للتعبير من خلالها عن الذات الإنسانية بما فيها من مفاهيم ومعاني وتخيلات.

يعتمد الطفل في تعلم رسم الحروف والكلمات بشكل أساسي على التقليد والنمذجة.

لذلـــك نؤكـــد على أهمية اختيار المعلم ليكون نموذجا يقتدى وخاصة في المراحل الأولـــى لما له من تأثير كبير في تشكيل رسم الحروف والكلمات للطفل الصغير، لأن السنوات الأولى في غاية الأهمية إذ هي بمثابة بناء اللبنات الأساسية للمهارات بشكل عام وخاصة لمهارة الكتابة.

وقـــد يتعرض الأطفال الى مشاكل في الكتابة قد تعود إلى ضعف السيطرة على الحركات الدقيقة، أي ان المهارات الحسية الحركية المطلوبة لتشكيل الحروف ضـــعيفة، وقـــد لا يكـــون هـــناك ســـبب واحد قطعي لهذه المسألة فقد يعود الى الاضـــطرابات العصبية، أو تأخر النضج، وربما تكون نتيجة لعدم خبرة الطفل في كيفية كتابة الحروف بشكل صحيح، أو تكون المشكلة في مسك القلم بشكل صحيح، أو فـــي حـــركة الـــيد، أو في الادراك البصري، أو قصور في التغذية الراجعة في فحص تشكيل الحروف، او السيطرة الحسية الحركية.

ولابـــد مـــن الإشـــارة إلـــى ان هناك علاقة بين الكتابة الضعيفة والتهجئة الضـــعيفة فهـــي تخفي ورائها تهجئة ضعيفة، كما أن السرعة وعدم الاهتمام عند الكتابة قد يخفي كذلك تهجئة ضعيفة.

علاج صعوبات الكتابة

إن صعوبات الكتابة هي نتيجة لأسباب متعددة ذاتية وموضوعية بيئية ووراثية، ونتـــيجة لـــتعدد الأسباب المؤدية الى صعوبات الكتابة، فإن العلاج قد يتحدد وفق الســـبب الـــذي أدى الـــى صـــعوبات الكتابة، لذلك تعددت الأساليب المتبعة لعلاج صعوبات التعلم الكتابية وهي:

1- العـــلاج الطبي: قد تكون صعوبات الكتابة نتيجة قصور حسي أو عضوي وبالتالـــي يمكـــن عـــلاج هذه الأسباب من خلال الوسائل المعينة السمعية والبصـــرية، لأن القصور السمعي والبصري يؤثر سلبا في تعلم كثير من المهـــارات ومـــن ضمنها الكتابة. وقد يكون السبب عضويا مرتبطا بخلل مخـــي، ممـــا يتطلب استخدام اجهزة تعويضية او اطراف صناعية، او قد تحتاج الحالة الى عقاقير طبية وفق الحالة التشخيصية للفرد.

2- العلاج الحركي: ان اضطراب الضبط الحركي يعد من الأسباب التي تؤدي الـــى صعوبات الكتابة. لذلك يجري التأكيد على كيفية الضبط الحركي من خـــلال وضع الجسم واليدين والذراعين والرأس، وكيفية الجلوس الصحيح علـــى المنضـــدة بحيث تكون القدمان مستقرتين على الأرض، وأن تكون الـــيدان فـــوق المنضدة، وان تتحرك بحرية وسيطرة ليستخدم احداها في مســـك القلم والثانية في ضبط الورقة. كما يجري التأكيد على كيفية مسك القلـــم بالشـــكل الصـــحيح الـــذي يمكـــنه من السيطرة وتحريكه بمختلف الاتجاهات.

يصـــار بعد ذلك الى الطلب من الطفل كتابة خطوط واشكال مختلفة ويمكن مساعدته عن طريق التنقيط او الكتابة الباهتة، او اكمال الناقص بالنظر إلى النموذج الكـــامل. وتتـــبع نفـــس الفنـــيات عند الانتقال الى كتابة الحروف بشكل منفصل، واستخدام التعزيز والنمذجة والتوجيه وكل اشكال الترغيب، ثم الانتقال الى المرحلة

التـــي تليها وهي كتابة الحروف المتصلة، ووضع الفواصل المناسبة بين الحروف والكلمات.

ويجب التأكيد على المبدأ الأساسي في طرق التدريس وهو البدء بالسهل الى الصـــعب، ومن البسيط الى المركب في كل مرحلة من مراحل تعليم الطفل مراعيا قدراته وامكانياته وميوله.

3- عـــلاج القصور البصري: ان الجانب البصري بما فيه الادراك البصري والذاكـــرة البصـــرية والتميـــيز البصري، والتناسق الحركي البصري من العوامل المسببة لصعوبات الكتابة.

ويمكـــن لمعلم التربية الخاصة من اجراء تدريبات متنوعة لتحسين الجوانب الآنفة الذكر.

ولتحسين الادراك البصري يمكن اتباع تدريبات متعددة يتعرف الطفل على الشيء ضـــمن مجموعـــة اشياء يمكن ان تزداد هذه الاشياء المعروضة أمام الطفل بشكل تدريجـــي. أو أوجـــه الشـــبه والاختلاف بين الاشياء المختلفة كالحجوم والحروف والكلمات والاعداد.

ويمكن تحسين الذاكرة البصرية من خلال إجراءات كثيرة، وما يبتكره معلم التربية الخاصـــة مـــثل عـــرض حرف أو كلمة امام الطفل ثم تعرض عليه مجموعة من الحـــروف من ضمنها الحرف الذي شاهده، وتطلب منه تعيين الحرف، كذلك الحال بالنسبة للكلمة.

أو تعـــرض عليه مجموعة من الحروف او الكلمات وحسب قدرة الطفل كأن تكون ثلاث او اكثر ثم يخبئ احدها ويسأل المعلم عنه.

أو يعرض المعلم على الطفل حرفا او كلمة بسيطة، ويطلب منه كتابتها، أو يعرض على الطفل كلمة ثم تبعثر حروفها، ويطلب من الطفل ترتيبها بشكل صحيح وفق ما رآها.

ويمكـــن تحسين التمييز البصري من خلال عرض متشابهات ومختلفات من أشكال كالحـــروف، الكلمـــات، الأشـــكال، الأحجام، ويطلب من الطفل أن يميز بين هذه الأشياء.

فمثلا يعرض المعلم بالونات مختلفة الألوان والأحجام، ويسأل الطفل أسئلة متنوعة حول الحجم والعدد والشكل، أو التمييز بين الحروف المتشابهة مثل (ب، ت، ث)، (ر،ز)، (س،ش)، (ح،خ،ج) وهكذا.

4- العلاج بالتعليم الصحيح

يتطلـــب ذلـــك تقييما حقيقيا لمستوى الأداء للطفل، ووضع الأهداف الكفيلة بتحقيق الكتابة المطلوبة التي تتناسب مع عمره الزمني قياسا بأقرانه الآخرين، وان يجـــري التركيز كما أسلفنا سابقا على مبدأ أساسي هو البدء من السهل الى الصعب ومن البسيط الى المركب.

حيث يعلم الطفل كيفية تشكيل الحروف من الأسهل إلى الأصعب مستخدمين أسلوب التشكيل (النسخ على النقاط المشكله للحرف)، ويمكن استخدام الوان مختلفة للترغيـــب والتحبيـــب، وتنقيص النقاط بشكل تدريجي يصاحب ذلك كتابة الحرف بشكله النموذجي لكي يكون هناك ربط بين النموذج والحرف المراد كتابته، يراعى في ذلك الفروق الفردية بين الأطفال إذ لا يخضع تعلم الحرف مثلا إلى زمن محدد، وإنما يختلف من طفل إلى آخر حسب قدراته وامكانياته.

صعوبات التعلم بالرياضيات

ان القصـــور في تعلم المفاهيم الرياضية وما يتعلق بها من عمليات حسابية أطلق على هذه الصعوبة مصطلح (Dyscalculia) الذي يعني صعوبة تعلم واستخدام المفاهيم الرياضية والتي ترادف في القراءة مصطلح (Dyslexia)

استراتيجيات التهيئة لتعلم الرياضيات

وتقوم على الأنشطة الآتية:

1- المطابقة

2- الفرز

3- التصنيف

4- الترتيب والتنظيم

5- العلاقات

6- العد من خلال مطابقة الأشياء المادية

7- تسمية الاعداد من 1-10

8- كتابة الاعداد من 1-10

الاستراتيجيات التي يمكن ان تذلل الصعوبات التعلمية في الرياضيات

1- دقة تحديد الصعوبة التعلمية او المجال المنهجي.

2- تحديد الأهداف بدقة اعتماداً على التقييم النظامي وغير النظامي.

3- اختـــيار المحـــتوى المناســـب للأهداف الموضوعة واختيار الفنيات والأساليب والطرق الكفيلة والخدمات والوسائل لتحقيق الأهداف.

4- البدء من السهل الى الصعب ومن البسيط الى المركب ومن المحسوس إلى غير المحسوس.

5- مـــنح المتعلم فرص متعددة للتدريب والمراجعة والتمرين لتعلم مكثف للمفاهيم الرياضية.

6- علم المتعلم تعميم المهارة التي تعلمها الى عدة حالات.

7- يجب ان يتعلم المتعلم المفاهيم ومعاني المفردات الرياضية.

8- بناء أسس متينة للمفاهيم والمهارات التدريسية من خلال التدريس الفاعل.

9- بناء برنامج رياضي متوازن يتسم بالموضوعية والمنطق ومتسلسلاً من البسيط الى الأصعب.

الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances

مقدمـــة

لقد استخدمت عدة مصطلحات لتدل على الاضطرابات الانفعالية، والعنوان المذكور هو احدها، كما استخدمت الاعاقة الانفعالية (Emotional Handicap) والاضطرابات السلوكية (Behavioural Disorders)، وسوء التوافق (Maladjustment) ، والاعاقة الانفعالية الاجتماعية (Social Emotional Handicap) والاضطراب (الصراع) الانفعالي (Emotional Conflict) ، والاعاقة السلوكية (Behavioural Impairment) ، وهي تدل جميعاً على السلوك غير السوي أو غير الطبيعي والذي لا يكون مقبولاً اجتماعياً، والذي يؤثر في الفرد والمجتمع كذلك ويحدث بشكل متكرر.

ان هذه المصطلحات لا تكون متطابقة تماماً واذا عاملناها بلغتنا العربية وتفحصنا الامر لوجدنا اختلافاً واضحاً بينها.

وقد يمكن القول ان الاضطراب السلوكي يتماشى مع دور المعلم إذا ما قورن بالاعاقة الانفعالية على اعتبار ان هذا المصطلح يمثل المدخل السلوكي الذي يفسر السلوك السوي وغير السوي على أنه متعلم او مكتسب من البيئة، وما زال متعلم فيمكن تعديله من خلال التحكم بالمتغيرات البيئية التي سببت ذلك.

بينما قد يقترب مصطلح الاعاقة الانفعالية من مدخل التحليل النفسي الذي يصعب على المعلم تطبيقه في اطار المؤسسات التعليمية إذ يتطلب جواً هادئاً ومكاناً خاصا ووقتا وجهدا كبيرا لا يتوفر لدى المدرس فضلا عن قصور خبرته في مجال التحليل النفسي إذ هو من اختصاص الطبيب النفسي أو الاخصائي النفسي.

يحدث الاضطراب الانفعالي للصغار والكبار أي لا يرتبط بعمر زمن محدد، وغالباً ما يفشل هؤلاء الأفراد من اقامة علاقات حميمة ومقبولة مع أقرانهم،

وقد لا يقترب الكثير منهم الا إلى أولئك الافراد المنحرفين أو الذين يماثلونهم في السلوك المضطرب.

ان الاضطراب لا يكون شكلاً واحداً او مظهراً واحداً وإنما هو أشكال ومظاهر كثيرة قد تختلف بأختلاف الأسباب التي أدت إليه من حيث الشدة، كما يختلف وفق العمر الزمني إذ قد تكون الانفعالات في مرحلة الطفولة ذاتية او موجهة نحو الذات بينما يختلف الحال في الأعمار اللاحقة حيث تكون أغلبها موجهة نحو الآخرين.

ان كثير من هؤلاء المضطربين انفعالياً يكونون مبعدين عن المجموعة ليس بسبب انهم منعزلون ولكن قد يكون أحياناً بسبب عدائيتهم وعدوانيتهم.

تعريف الاضطراب الانفعالي

ابتداءاً لابد من القول ان السلوك السوي وغير السوي متعلم، وللمجتمع دور كبير في تحديد ذلك إذ ان المجتمعات تضع افرادها في مكانات او مواقع مختلفة تتطلب كل مكانه دوراً متميزاً، وهذا الترابط بين المكانة والدور يخضع للنسبة الاجتماعية، كما يخضع كل دور في كل مجتمع لمواصفات يتوقعها الناس من الأشخاص الذين يمتلكون المكانة واذا تصرف الفرد بطريقة تخرج عن مواصفات هذا الدور نقول بأنه خرج عن الصيغة السلوكية المقبولة في مجتمعه.

ان الاضطراب الانفعالي ليس شيئا مادياً محدداً بشكل أو حدود وانما هو حالة معنوية يمكن أن نستدل عليها من خلال السلوك، لذلك لا يوجد اتفاق كامل بين المهتمين على تعريف محدد في هذا المجال.

ويشير هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] إلى العوامل التي تؤدي إلى صعوبات تعريف جيد ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية وهي

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 225 .

1- نقص في التعريفات الدقيقة للصحة العقلية والسلوك السوي والتي تساعد على تحديد السلوك المغاير او النقيض.

2- الاختلافات في الرؤى النظرية.

3- صعوبة قياس الانفعالات والسلوك .

4- الارتباط او العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية وبقية الاعاقات.

5- الفروق بين المختصين الذي يقومون بتشخيص وتقديم الخدمات للأطفال والشباب.

ان اختلاف وجهات النظر نتيجة لتعدد النظريات، وصعوبة قياس الانفعالات والاضطرابات بدقة، وعدم توفير تحديد دقيق للصحة العقلية والسلوك السوي إذ يخضع بشكل أساسي للمعايير الاجتماعية، كما ان المشاكل والاضطرابات ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة أو سبب بعينه، لذلك نجد اختلافاً بين تعريف وآخر.

يرى وودي (Woody) [1] ان الطفل المضطرب انفعالياً وهو ذلك الطفل الذي لا يستطيع ان يتكيف مع معايير السلوك المقبولة اجتماعيا مما يؤدي إلى تدهور تقدمة الدراسي والتأثير في زملائه في الفصل، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين.

أما شيا (Shea) [2] فقد اعتمد بشكل أساسي على المعيار الاحصائي في تعريفه للطفل المضطرب انفعاليا، حيث يرى ان الطفل المضطرب هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه عن المتوسط. وهذا الانخفاض يعمل على تخفيض قدرته على أداء واجباته المدرسية بفاعلية.

(1) Woody, R. (1969) Behaviour Problems Children in the Schools, Recognition, Diagnosis and Behaviour Modification, NewYork, Prentice Hall Inc .

(2) Shea , T. (1978) Teaching Children and Youth Behaviour Disorders, Saintlouis, V.C Mosby.

أما هويت وفورنس (Hewett and Forness) في السرطاوي والسالم[1] فيريان ان الطفل المضطرب سلوكيا هو طفل غير منتبه في الفصل، ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المعلم او المدرسة.

يظهر من خلال التعريف انه محدود التأثير في الطفل نفسه في حين يكون تأثيره قليلاً في الاقران اذا ما قورن بسلوكات العدوان، وهذا لا يعني ان نترك الحال كما هو عليه وإنما يكون من واجبنا كتربويين ان نتدخل لمعالجته والا قد تتسع وتتعمق .

وفي هذا السياق، فقد اشار هلهان وكوفمان [2] الى تعريف المضطرب انفعالياً وفقاً للانظمة والقوانين الفدرالية والمقترح من قبل باور (Bower) والذي يرى

1- إنّ هذا المصطلح هو الذي يظهر واحدة او اكثر من الخصائص الاتية التي تكون ملازمة للفرد لفترة طويلة والتي تؤثر سلبا في الانجاز الاكاديمي.

أ- قصور القدرة على التعلم والذي لا يرتبط بالعوامل الذهنية والحسية او الصحية.

ب- قصور القدرة على تحقيق علاقات طبيعية مع اقرانه ومعلميه.

جـ- انماط من السلوكات غير الملائمة (المقبولة) في الظروف الاعتيادية.

د- مزاج عام موصوف من التعاسة او الاكتئاب.

هـ- الميل لظهور أعراض جسمية او الخوف المرتبط بمشاكل شخصية ومدرسية.

(1) السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987) المعاقون اكاديميا وسلوكيا خصائصهم وأساليب تربيتهم، المملكة العربية السعودية، دار الكتاب للنشر.

(2) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 226-227 .

2- يتضمن التعريف الأفراد ذوي انفصام الشخصية (الشيزوفرينا) ولا يتضمن هذا المصطلح الافراد ذوي سوء التكيف الاجتماعي ما لم يكونوا محددين على انهم مضطربون انفعالياً.

أما التعريف الثاني لاتحاد الصحة العقلية القومية للتربية الخاصة فيعرف الاضطراب السلوكي والانفعالي هو

1- عدم القدرة التي تتصف بالاستجابات العاطفية والسلوكية في المدرسة غير المقبولة وغير الملائمة وفق معايير العمر والثقافة والعرق والتي تؤثر بشكل سلبي في الانجاز التربوي. ويتضمن الانجاز التربوي الجانب الاكاديمي والاجتماعي والمهني والمهارات الشخصية.

2- يمكن ان يتواجد مع إعاقات أخرى

3- يمكن ان تتضمن هذه الفئة الاطفال والكبار الذين يعانون من اضطرابات انفصام الشخصية، اضطراب القلق، الاضطراب العاطفي.

وفي تقديري ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تؤثر في طاقات الفرد وقدراته الحقيقية بحيث تعرقل استغلالها استغلالاً فعالاً لذلك قد يكون عرضة للفشل والاحباط والتي تؤثر بدورها في مفهوم الذات.

كما لابد من الاشارة الى انه لا توجد معايير مطلقة لتشخيص السلوك المضطرب وانما يتأثر بالمعايير البيئية إذ يعد السلوك غير مقبول بقدر انحرافه عن تلك المعايير، فلكل موقف اجتماعي سلوك متوقع، ويعد سلوكاً شائكاً اذا لم يتلاءم مع ذلك الموقف، كما يتأثر الحكم على السلوك بالعمر الزمني.

ولعلي اخاطر بالقول بأن الاضطراب السلوكي أبسط من الاضطراب الانفعالي من حيث النتائج المترتبة، والعلاج، والوصمة بالرغم من التقارب بينهما ويمكن ان يحدث كل منهما بشكل منفصل او يحدثا معاً. ولكن غالباً ما يقترن الاضطراب السلوكي بالاضطراب الانفعالي وليس بالضرورة ان يقترن الاضطراب الانفعالي بالاضطراب السلوكي وسبق أن اشرنا الى أيهما اكثر اقتراباً من المدرس.

نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية

غالباً ما أتردد في طرق موضوع نسبة الانتشار في هذه الفئة أو بقية الفئات، وكثير ما ذكرت ذلك في محاضراتي لان النسب لا تكون دقيقة تماماً، ولكن قلت في الفئات الاخرى انه قد تختلف النسبة وفقاً لشدة الاعاقة، والمقياس المستخدم، درجة تحضر وتمدن ذلك البلد أو احيانا داخل البلد الواحد حيث نجد ان هناك فارقاً بين البيئة الصناعية والبيئة الزراعية. اضافة الى عدم وجود تعريف دقيق مقبول لدى جميع المهتمين بهذه الاعاقة حيث ان الاعاقة الانفعالية لا يمكن تحديدها وفق الحجم او المساحة او الشكل.

كما أنه وفي ذات الوقت قد يكون هناك تفاوت في النسبة بين المضطربين سلوكياً والمضطربين انفعالياً ويمكن انه يكون المضطربون سلوكياً بشكل عام اكثر نسبة من المضطربين انفعالياً.

وقد يختلف الحال بالنسبة للجنس فالسلوك المضطرب كالعدوانية مثلاً اكثر ظهوراً عند الذكور منه عند الاناث اذ غالبا ما تشجع الأسر او الامهات بشكل خاص أبناءهم الذكور على السلوك العدواني، ولا يكون ذلك مشجعاً بالنسبة للبنات واذا اخذنا الاكتئاب الذي يمثل الاضطراب الانفعالي فهو اكثر ظهوراً عند الاناث منه عند الذكور.

وعلى اية حال، يشير هلهان وكوفمان [1] على أن 1% "من اطفال المدارس مشخصون على انهم مضطربون انفعاليا ويحتاجون الى التربية الخاصة" ولا تكون النسبة كذلك إذا كانت تتعلق بالكبار والصغار، كذلك يختلف الحال اذا كان الأمر متعلقا بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والنسبة تزيد بالتأكيد اذا تعلق الأمر بالاضطرابات السلوكية.

---

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 229 .

تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية

ليس سهلاً ان نجد تصنيفاً واحداً يكون مقبولاً لجميع المهتمين في هذا الحقل ما زالت الاضطرابات السلوكية والانفعالية انواعا متعددة منها البسيط والصعب ومنها ما يكون داخلياً لا يؤثر بشكل عام في الآخرين، وما هو خارجي كالعدوان الذي يؤثر في الاخرين، ومنه ما يحد من القدرات العقلية بدرجة اكبر من مشكلات اخرى، ويحد في ذات الوقت من طاقة الفرد.

كما إنه درجات متباينة فهناك اضطرابات سلوكية وانفعالية بسيطة، وهناك اضطرابات انفعالية متوسطة وشديدة، ولا يمكن ان يكون تأثيرها واحداً كما أنه أشكال مختلفة ويمكن ذكر كثير من السلوكات التي تدل على الاضطراب السلوكي والانفعالي سواء كانت ظاهرة او غير ظاهرة للعيان، وما يتعلق بالسلوكي بشكل خاص فمنه ما هو وسيلي او عدائي مباشر او غير مباشر، مادي وغير مادي. ويتأثر التعريف والتصنيف كذلك بتعدد الاختصاصات التي اهتمت في هذه الاضطرابات.

وعلى أية حال، فان التصنيف الطب النفسي للجمعية الامريكية من أقدم التصنيفات الذي ظهر في الستينيات ثم اعيد النظر اليه نتيجه للانتقادات التي وجهت اليه الذي أصبح يشتمل على الجوانب العقلية (التخلف العقلي) والانفعالية كالقلق والجسمية كاضطراب الحركة والسلوكية كاضطراب التصرف والذهانية كالتوحد.

ان هذا التصنيف قد يكون بعيداً في بعضه عن دور المدرس الذي يود ان يتعامل مع السلوك الواضح الظاهر وليس الخفي اذ يظهر هذا التصنيف كثير من السلوكات الخفية او تلك التي يصعب على المعلم التعامل معها.

اما تصنيف كوي Quay [1] الذي ظهر في السبعينات والذي يعتبر من أفضل الانظمة التصنيفية للاضطرابات الانفعالية والسلوكية، يتكون من أربعة أبعاد

1- اضطرابات التصرف (Conduct disorders) وتشتمل على المشاجرة، وعدم التعاون، عدم الطاعة، التخريب، واستخدام الفاظ نابئة.

2- اضطرابات الشخصية (Personality disorders) وتشتمل على القلق والخوف، البكاء باستمرار، الانسحاب، عدم الثقة بالنفس.

3- عدم النضج (Immaturity) ويشتمل على قصر مدة الانتباه، الكسل، ضعف التركيز، الفوضى، أحلام اليقظة.

4- الجنوح الصبياني (Social delinquency) ويشتمل على السرقة، التهرب من أداء الواجبات، الهروب من المدرسة.

ان هذا التصنيف يشكل معنى للمعلم، ويكون له دور أفضل من التصنيف الطب نفسي الأمريكي.

ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تختلف اختلافاً كبير في شدتها سواء كان ذلك سلوكاً خارجياً أو داخلياً، فالفرد ذو انفصام الشخصية يعاني من اضطراب شديد في التفكير إذ لا يستطيع ان يميز بين الحقيقة والخيال، وينتابه هلوسات، وهذاء، والانطواء والاستغراق في احلام اليقظة وغيرها، بينما العدوانية هو سلوك ظاهري، وهنا يمكن القول ثانية ان للمعلم دوراً في السلوك الظاهري الذي يمكن ان يتعامل معه وعلاجه، في حين من الصعب جداً على المعلم ان يتعامل مع حالات الفصام.

(1) Quay, H (1975) Classification in the treatment of delinquency and antisocial behaviour. In N. Hobbs (Eds) Issues in the Classification of Children. Vol. 1. Sanfrancisco Jossey-Bass .

معايير الحكم على السلوك من حيث كونه سوياً أو غير سوي:

بـــادئ ذي بدئ لابد من القول، إنه ليس سهلاً وصف السلوك إنه سوى أو غـــير ســـوي لأنها مسألة نسبية تخضع للزمان والمكان. فقد يكون سلوكاً ما غير سوى في الوقت الحاضر لكنه سوي عبر السنين السابقة، وقد يكون سلوكاً ما غير سوى في مجتمع ما، ولا يكون كذلك في مجتمع آخر فعلى سبيل المثال خجل البنت فـــي المجـــتمع الغربـــي يعد سلوكا غير سوي بينما يكون سلوكا سويا ايجابيا في المجتمع الشرقي.

أما السلوك السوي فهو السلوك المعبر عن تكيف مناسب، ويكون فيه تفاعل بين الفرد ومحيطه وبين نفسه تفاعلاً مثمراً.

وهـــناك عـــدة معايير مستخدمة بهذا الشأن فيها مواطن ضعف ولا يمكن الاعـــتماد علـــى احدهـــا كلياً لتحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي ومن هذه المعايـــير: (جونستون وبنيباك Johnston and Pennypack, 1980) [1] (الرفاعي، 1987).

(أ) المعيار الاجتماعي:

وهـــو يعـــتمد على تحديد السلوك وفق معايير المجتمع من عرف وعادات وتقالـــيد وقـــيم، والسلوك الذي يوافق ذلك يعتبر سلوكاً سوياً، وما يتعارض وهذه الأعراف والتقاليد والقيم والعادات يعد سلوكاً غير سوي، أي ما يقبله المجتمع فهو سلوك سوي، وما يرفضه المجتمع فهو سلوك غير سوي.

ومـــن مواطن ضعف هذا المعيار أنه لا يكون ثابتاً وعاماً فهو يختلف من مجـــتمع إلى آخر، كما أن هذا المعيار يلغي فردية وشخصية الإنسان لأن يتصرف

(1) Johnston , J. M. and Pennypack, H. S. (1980) Strategies and Tactics of Human Behavioural Research. NewJersy: Hillsdale Lawerewace Erlbaum Associate Pub.

الرفاعي، نعيم (1987) دراسة سيكولوجية التكيف والصحة النفسية. دمشق: جامعة دمشق.

وفق رؤيته الخاصة، وعليه الامتثال لتقاليد المجتمع بغض النظر عن كونها صحيحة أو خاطئة.

(ب) المعيار الذاتي:

وهـــو الحكـــم على السلوك من خلال الذات، فما يشعره الفرد من رضا أو عدم رضا خلال سلوكه هو المعيار الذي يميز به السلوك السوي من غير السوي، فـــإذا كان الإنسان راضياً عن سلوكه يعتبره سلوكاً مقبولاً، أما إذا كان غير راض عن سلوكه فهو سلوك غير مقبول.

ومواطـــن الضـــعف فـــي هـــذا المعـــيار أنه يفتقر إلى الموضوعية، كما أنـــه لا يعطـــي وزنـــا للجانـــب الاجتماعي، ولا يمكن تعميم هذا المعيار، اضافة إلـــى أن الفـــرد قد يكون لديه سلوكات شاذة، ولكنه يعتبرها من وجهة نظره سوية تماماً.

(ج) المعيار النفسي الموضوعي:

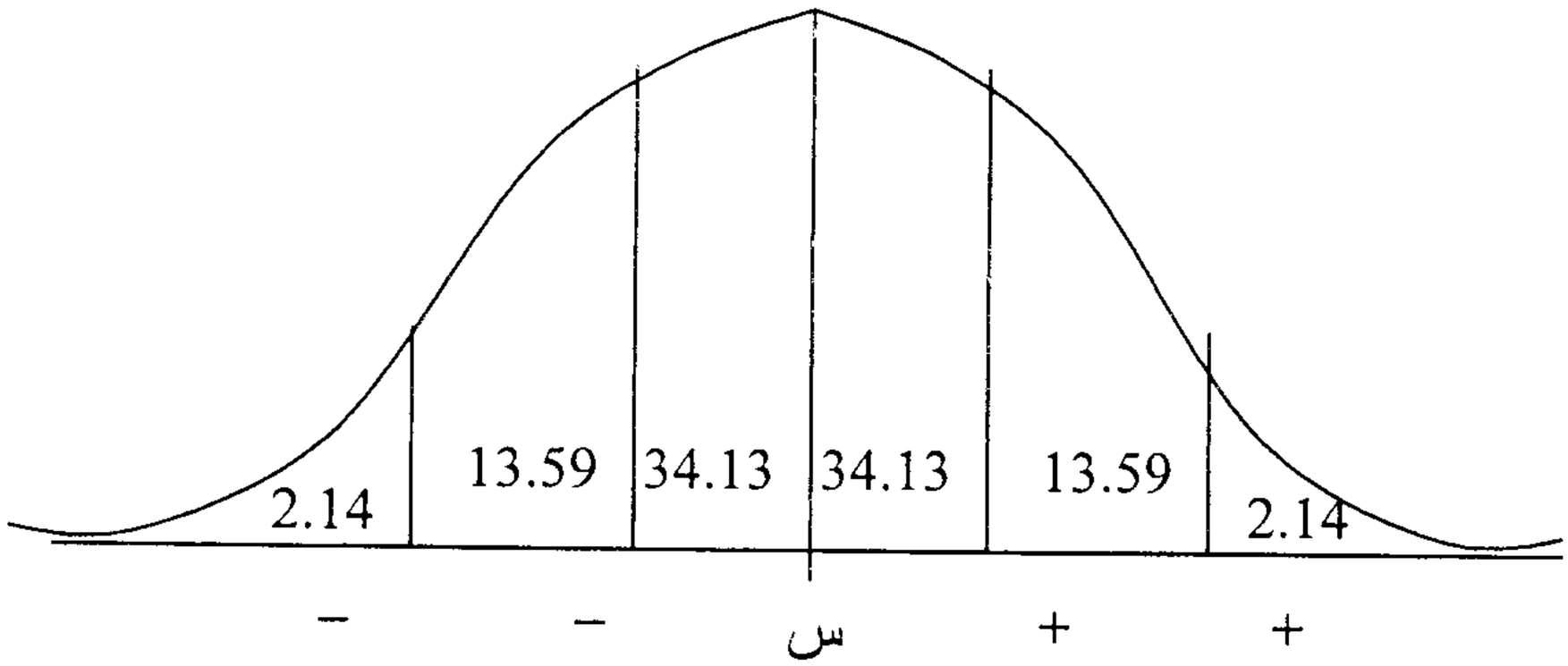
إن الســـلوك وفـــق هـــذا المعيار له مظهر وظيفي فلابد لكل سلوك وظيفة يؤديها، و غرض يرمي إليه، لذلك وصف أي سلوك أنه غرضي، فإذا حدث اختلال او اضطراب في هذه الوظيفة وصف السلوك بأنه سلوك غير سوي. أما إذا استطاع ان يـــؤدي السلوك الوظيفة المنشودة والغرض المطلوب دون خلل واضطراب قيل أن هذا السلوك سوي.

(د) المعيار الاحصائي:

يعـــتمد هـــذا المعيار على فكرة التوزيع الطبيعي للسلوك الانساني السوي وغـــير السوي كما يوزع الذكاء وفق التوزيع الطبيعي، والسلوك الذي ينحرف عن المتوسط الحسابي (لما يفعله اغلبية الناس) يعد سلوكاً غير سوي.

شكل (12)

يمثل التوزيع الطبيعي للسلوك



حيث نلاحظ من خلال هذا الشكل ان 68% من الافراد يقعون في الوسط. والسلوك السوي حسب هذا المعيار هو الذي يقع في الوسط.اما السلوك الذي يكون حدوثـــه نادرا، فينظر اليه على انه سلوك غير سوي. والانتقاد الذي يوجه الى هذا المعـــيار هو انه بغض النظر عن طبيعة السلوك فهو يعد سلوكاً سوياً أو طبيعياً اذا كـــان شـــائعاً احصائياً، ويعد سلوكاً غير طبيعي وغير سوي اذا كان حدوثه نادراً احصـــائياً أو أكـــثر بكثير مما هو متوقع. وبالرغم من اختلاف وجهات النظر الى السلوك غير السوي، فإن النظرة الشمولية تتطلب الحكم على السلوك السوي أو غير السوي من خلال هذه المعايير مجتمعة، لا أن يعتمد على معيار واحد. وبالتالي فإن الـــنظرة المتكاملة تقترب كثيراً من الوصف الاجتماعي لمعنى السلوك غير السوي فـــي اطار الفروق الفردية والنظرة السليمة للسلوك في ضوء متغيرات فسيولوجية واجتماعـــية وثقافـــية ونفسية. وفي تحديد المشكلات السلوكية لابد من وجود محك لتحديد الأطفال الذين يعانون من مشكلات ومن هذه المحكات:

- انحـــراف الســـلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات والعمر والجنس.

- تكـــرار السلوك وهو عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة حيث يعد السلوك غير سوي اذا تكرر حدوثه بشكل غير طبيعي في فترة زمنية معينة.
- مدة حدوث السلوك حيث تكون بعض اشكال السلوك غير عادية، لان مدة حدوثها قد تستمر فترة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو متوقع.
- طبوغرافية السلوك: وهو الشكل الذي يأخذه الجسم عندما يقوم الانسان بالسلوك.
- أما المحك الآخر شدة السلوك حيث يكون السلوك غير عادي إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو ضعيفاً وفق الزمان والمكان.

ويذكـــر دافـــيدوف (1992، ص 658) في هذا الصدد محكات بشكل آخر والتي غالباً ما تحدد السلوك غير السوي:

1- قصـــور النشـــاط المعرفي: فحينما تحدث اعاقة للقدرات كالاستدلال والإدراك والانتـــباه والحكم والتذكر والاتصال، وتكون هذه الاعاقة الشديدة يمكن وصف السلوك بأنه غير سوي.

2- قصور التحكم الذاتي: ليس للأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن الـــبعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً في سلوكه "فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عادة بأنه سلوك غير سوي".

3- قصـــور السلوك الاجتماعي: لكل مجتمع مجموعة من التقاليد الاجتماعية التي تـــنظم السلوك، وحينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك "غير سوي".

4- الضيق الشديد: إن مشاعر الآسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والخوف كلها انفعالات سوية وحتمية، ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة تؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها "غير سوية".

يلاحظ من خلال النقاط السابقة، إن التفريق بين السلوك السوي غير السوي يعـــتمد بشـــكل أساسي على درجة الاضطراب فقط، وقد لا يكون مقبولاً تماماً، بل

يفترض أن ينظر إلى الملامح النوعية إضافة إلى الملامح الكمية في تحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

سبق أن أشرنا في التعريف والتصنيف الى أن اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية عديدة لكنها ليست بدرجة واحدة في التأثير فمنها البسيط والمتوسط والشديد تبعاً للأسباب التي أدت الى ذلك. أما الأسباب التي تؤدي الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية فيمكن تقسيمها الى ما يلي :

العوامل البيولوجية Biological factors

لقد اشارت الدراسات في هذا الجانب الى وجود علاقة بين العوامل الجينية والعصبية والبيوكيميائية والاضطرابات السلوكية والانفعالية، وقد تكون هذه العوامل مجتمعة لتؤدي الى الاضطراب السلوكي والانفعالي.

فمثلا يشير زهران [1] الى ما توصل اليه كالمان (Kallman) في ان عاملاً وراثياً متنحيا يرثه الفرد يهيئة للفصام، وهذا يعني وفقاً لذلك ان الفصام لا يورث وانما يهيئ للفصام. وقد يوجد علاقة بين مزاج او طبع الفرد الذي يرثه والاضطرابات السلوكية والانفعالية، فهناك من يكون سهل الطباع، ومن يكون صعب الطباع.

ويشير هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [2] الى انه غالباً ما توجد اشارات بين العلاقة بين الخلل العصبي وحالات الفصام.

وقد تكون هناك علاقة بين عوامل ما قبل الولادة والاضطرابات السلوكية والانفعالية كوضع الام النفسي خلال فترة طويلة، سوء التغذية، تناول الكحول

---

(1) زهران حامد (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2 . القاهرة: عالم الكتب، ص 452 .

(2) هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) مصدر سابق .

والمخدرات التي ذكرت في كل الاعاقات، وقد تسهم كذلك في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

العوامل البيئية

ان للعوامل البيئية اثراً كبيراً في الاضطرابات السلوكية والانفعالية وخاصة الاسرية وقد أشرنا في مكان آخر الى ان الاضطرابات الانفعالية قد تكون هي نتاج العلاقة السلبية بين الام وطفلها . وعلى اية حال فالاسرة لها الأثر الكبير في تنشئة الطفل وخاصة في سنواته الاولى ومن المتغيرات المتعلقة بالاسرة ما يلي:

أ- **أســـاليب المعاملـــة الوالدية:** إن لاساليب المعاملة الوالدية أثراً كبيراً في سلوك أبنائهم، إذ هي تشكل المناخ الاسري الذي يعد العنصر الأساسي في تكوين شخصية الطفـــل. فالمعاملـــة التي تتسم بالتدليل والحماية الزائدة تؤدي احياناً الى العصيان، ونوبات الغضب، وكثرة المطالب، ومحاولة السيطرة على الآخرين، وعدم الشعور بالمســـؤولية والاتكالـــية. أما الاطفال الذين تتسم معاملتهم بالتسلط فهم اكثر طاعة واذعانا للسلطة، وعدم الشعور بالامن، وجبناء مع أقرانهم.

وهـــناك أســـلوب التذبذب الذي يتصف بعدم إتباع منهجية ثابتة ، وقد يخلق القلق والخـــوف عند الأطفال إذ يستخدم أسلوب العقاب والثواب بشكل عشوائي بعيداً عن العلمية والموضوعية فقد لا يعرف الآباء متى يكافأ الطفل حقيقة؟ ومتى يعاقب؟ مما يجعله في حيرة وقلق من أمره مما قد يتسبب في خلق شخصية غير مستقرة.

كما قد يكون هناك أسلوب التفرقة التي تتسم بعدم المساواة بين الأبناء نتيجة لأســـباب مختلفة كالجنس، أو العمر الزمني، أو الترتيب الميلادي، أو الصحة، أو الشـــكل الخلقي ولها تأثيرها في بناء الشخصية سواء كان ذلك من الاب أو الام او كلـــيهما. وهذا الاتجاه يعزز في النفوس الحقد والرفض الذي قد يعبر عنه بسلوكات عدوانية موجهة نحو الذات أو نحو الاخرين بأساليب متعددة.

ب- حجـــم الاسرة: ان عدد أفراد الأسرة يؤثر في أساليب الرعاية الوالدية المقدمة للأبـــناء إذ تشير الدراسات كما ذكر المصدر السابق ان معظم الأطفال المضطربين سلوكياً يأتون من أسر ذات أعداد كبيرة.

جـــــ- الترتيب الميلادي للطفل: وهو من العوامل التي تؤثر في سلوك الفرد إذ ان البيئات النفسية للابناء ليست واحدة بالرغم من أنهم يشتركون بمتغيرات واحدة فمثلا الطفل الأول يعطي الرعاية والعناية والاهتمام والاخير مدلل من الجميع الأمر الذي يجعـــل الترتيـــب الـــرابع او الخامس يشعر بالاهمال مما قد ينفس عنه بشكل من الســـلوك العدوانـــي او العناد وما شاكل ذلك، أو قد يثبت موجودية خلال استغلال طاقاته وقدراته الى اقصاها للتميز.

د- حـــوادث الفراق والخلاف الابوي: وهي من العوامل التي تفرز بظلالها السلبي في نفسية الأطفال وخاصة في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل إذ ان هناك علاقـــة بين غياب الاب والام او كلاهما والمشاكل السلوكية، وكذلك الحال بالنسبة للخلاف الابوي. فعندما يفشل الآباء في إشباع حاجاتهم النفسية كل منهما نحو الاخر فانهما يجدان الراحة في تفريغ انفعالاتهما نحو ابنائهم.

و- المـــرض الابـــوي: إذ ان هـــناك علاقـــة بين الحالة الصحية للآباء والمشاكل السلوكية والانفعالية للأطفال.

2- المدرسة:

ان للمدرســـة دوراً فـــي جعـــل المتعلم متكيفاً او غير متكيف. والمعلم هو القطـــب الفاعل في جعل المتعلم محباً للدراسة او كارهاً لها وذلك من خلال الطرق والأســـاليب والفنـــيات والوسائل المستخدمة. كما للآباء أساليب فللمعلمين أساليبهم فهـــناك الاسلوب الاستبدادي الذي يكون فيه المعلم الآمر الناهي مستخدماً الأساليب القسرية بأنواعها، والأسلوب المتهاون الذي يفتقد الحل والربط حيث تسود الفوضى وتـــنعدم الضـــوابط والاسلوب المتذبذب الذي تسوده الشدة واللين بعيداً عن العلمية والموضوعية.

كمـــا أن للمنهج الدراسي أثره في تكيف المتعلم، فهناك المنهج الذي يراعي رغـــبات ومـــيول المتعلمين، أي يتمحور المنهج حول المتعلم بينما هناك آخر غير مبال بميول ورغبات المتعلمين وعلى المتعلم ان يتمحور حوله.

والجو المدرسي وسياسة المدرسة، وحجمها، احادية او مختلطة، حكومية أو خاصـــة، الصفوف وما يتوفر فيها من ماديات كلها عوامل لها تأثيرها في تكيف او عدم تكيف المتعلم.

العوامل الثقافية :

ان للـــثقافة التـــي ينشـــأ فيها الفرد أثراً في التطور الانفعالي والاجتماعي والســـلوكي بمـــا فيها من قيم ومعايير سلوكية، ومطالب ومحرمات، ودور وسائل الاعلام المختلفة في تشجيع العنف، الخمور والمخدرات، الاقران وتأثيرهم.

كمـــا ان كل طبقة اجتماعية تشكل بعض القيم والتقاليد والثقافة الخاصة بها وهي تلعب دوراً هاماً في تشكيل وتحديد أساليب المعاملة الوالدية وأساليب أفرادها فـــي تنشئة الأطفال وفق قيم الثقافة التي تتسم بها الطبقة. ان التباين القيمي المتأتي مـــن الانـــتماء الطبقـــي يشكل اختلافاً في الرؤية، وكل منهما يعد أبناؤه لممارسة أوضاع اجتماعية وطبقية مماثلة.

وقد توصل روتر وكوينتون (Rutter and Quinton) [1] الى ان هناك علاقة وثيقة بين الطبقة الاجتماعية ومشاكل السلوك. ويقول الباحثان ان 45% من الأطفال الذين يتميزون باضطرابات نفسية يأتون من أسر يكون الاب فيها عاملاً غير ماهر او شبه ماهر.

ان عـــدم الكفايـــة الماديـــة والثقافية لها الأثر الكبير في عدم توفر الفرص والظـــروف الطبيعـــية للتطور والنمو كما تتطلبها التربية الحديثة حيث ان الأسرة

(1) Rutter, M. and Quinton, D. (1976) Psychiatric disorders ecological factors and concepts of causation. In, H. M. McGurk, Ecological Factors In Human Development, Amsterdam. Applied Holland Publishing Company.

الفقــيرة لا تستطيع تأمين الحاجات الأساسية من اجل نمو اطفالهم نمواً سليماً. فهي مثلا لا تستطيع توفير الالعاب الضرورية للطفل والتي تعتبر بشهادة جميع المربين أفضــل وســيلة للــتعلم. فاحتمالية وجود مسببات لفشل الطفل الفقير الحال عالية. والجمــيع يدرك ما للفشل والاحباط من تأثير سلبي في نفسية الطفل والتي قد تدفعه في كثير من الأحيان الى سلوكات خاطئة غير صحيحة.

وقــد يخــتلف مــن جانب آخر التعامل مع الطفل وفق ثقافة المجتمع. ففي ثقافتنا نجد وبشكل عام الى ان هناك بعض التفرقة في التعامل وفق متغير الجنس، فيميل الآباء بشكل عام الى الاولاد اكثر من الاناث لاسباب تفرزها ثقافتنا، وقد يقل ذلك في المجتمع الغربي.

كما ان العرف الاجتماعي يشجع السلوك العدواني عند الذكور ولا يستحسنه عند الاناث حيث يلاقي الذكور التشجيع من امهاتهم للمقاتلة، والتعبير عن العدوان ضــد الاطفــال الاخريــن بيــنما لا يلقى العدوان الصريح للبنات تشجيعاً من قبل الأمهــات [1] والاســاءة للاطفــال ترتبط بشكل رئيسي بثقافة المجتمع والتي تسهم اسهاماً كبيراً في الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية

ان الــتعرف علــى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ليست على درجة واحدة من السهولة والصعوبة، وانما هي مختلفة فمنها ما هو اكثر وضوحاً من الاخرى.

ان الاضــطرابات الســلوكية (مــثل اضطرابات التصرف) اكثر وضوحاً وتشخيصــاً بشــكل عــام من الاضطرابات الانفعالية لانها خارجية وموجهة الى الآخرين، بينما هناك ما تكون موجهة نحو الذات كالقلق والاكتئاب.

(1) موسى،رشــاد علــى عــبد العزيــز (1991) سيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر والتوزيع، ص 27 .

ان للآبـــاء والمعلميـــن دوراً كبـــيراً في عملية التعرف على الاضطراب السلوكي والانفعالي، ولكنهما يختلفان بالكفاءة ففي اغلب الأحيان يكون تقدير المعلم اكـــثر خصوصية من تقدير الآباء لانهم لهم الخبرة التخصصية في معرفة السلوك المـــتلائم مـــن غـــير المـــتلائم اولا، ولانهم يتعاملون مع اطفال آخرين وبالتالي يستطيعون المقارنة بين الطفل واقرانه. ولكن قد تكون خبرة الاباء عن ابنائهم اكثر من المعلمين لانهم يعرفون التطور التاريخي للطفل وكل السلوكات التي تحدث في البيـــت اذ ان الفترة التي يقضيها الطفل في البيت اكثر من الفترة التي يقضيها في المدرســـة. لذلـــك قلنا ونقول ضرورة تلاقي الآباء والمعلمين ومد الجسور بينهما لتحقـــيق الاهـــداف المـــرجوه فضلا عن ان الاباء هم احد اعضاء فريق العمل في التربية الخاصة .

وقـــد تـــتأثر عملية التعرف والكشف في العمر الزمني للطفل إذ كلما كبر الطفل اتضحت معالمه، أي ان الفروق الفردية تتضح كلما تقدم الطفل بالعمر سواء الاضـــطرابات الســـلوكية والانفعالية او المتغيرات الاخرى الايجابية والسلبية، كما تـــتأثر عملية التعرف والكشف بمدى كفاءة المعلم وحساسيته إذ ان هناك فروقاً بين المعلمين.

وجديـــر بالذكـــر ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية قد تحدث في مكان دون آخـــر، او قـــد تختلف شدته وفق المكان والزمان، فقد يحدث ان يكون الطفل مشـــكلاً ســـلوكياً فـــي البيت لكنه غير ذلك في المدرسة، وقد يكون العكس كما قد تخـــتلف شـــدة الســـلوك غير السوي في وقت من اليوم كأن يكون في الظهيرة أو الصباح.

ان تقدير الآباء والمعلمين تعد من المحكات غير الرسمية للتعرف والكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وقـــد اشار هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] في هذا الصدد الـــى أن تقديـــر المعلمين غير الرسمي عدت الى حد ما كوسيلة تتسم بانها صالحة وموثوقة للكشف عن المشاكل السلوكية والانفعالية مقارنة مع تقدير الاختصاصيين النفســـانيين والاطـــباء النفســـانيين. ان التعرف والكشف بمحكات رسمية لغرض التخطيط التربوي ليس بالأمر السهل لما ينطوي عليه من صعوبات قد ترتبط بشكل أساسي بتعريفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وقـــد أشار المصدر السابق ان والكر وزملاءه (Walker and Colleagues) ابتكروا نظام للكشف معتمداً على الافتراض السابق الذي يقول ان تقديرات المعلمين صـــالحة وفاعلـــة، يستخدم في التعرف والكشف عن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً في المدرسة الابتدائية.

لقد استخدم والكر وزملاءه ثلاث خطوات عملية لهذا الغرض

1- قوائـــم المعلمين ورتب المتعلمين ذوي المشاكل الداخلية والخارجية مع افضل الاوصاف المناسبة للمشاكل الخارجية والداخلية للمتعلمين متدرجة بشكل مرتب من الاكثر تشابها الى الاقل تشابهاً.

2- يكمـــل المعلمـــون استمارتين للرصد لأعلى ثلاثة رتب للمتعلم على كل قائمة. القائمـــة الاولـــى تسأل المعلم ليؤشر فيما اذا اظهر كل متعلم سلوكات خاصة خـــلال الشهر الماضي (كالسرقة، سورات الغضب استخدام لغة بذئية، السب، الشـــتم) والاســـتمارة الاخرى تتطلب من المعلم ان يقدر كم مرة (ابداً، احيانا، غالبا) أظهر خصائص معينة مثل اتباع التعليمات الصفية، التعاون مع اقرانه في الانشطة الجماعية والمواقف.

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 236 .

3- يلاحظ المستعلمون، الذين يظهرون سجلاً يفوق المعايير الاعتيادية على استمارتي الرصد، في الصف وفناء المدرسة عن طريق مهنيين اخرين كالاخصائي النفسي، المرشد، معلم غرفة المصادر) .

تؤشر المراقبة الصفية الى أي مدى يفي المتعلم بتوقعات الأداء الاكاديمي، اما المراقبة في فناء المدرسة فيقيم نوعية وطبيعة السلوك الاجتماعي.

تستخدم هذه الملاحظة المباشرة وتقديرات المعلمين لتقرير فيما اذا كان لدى المتعلمين مشاكل تستحق لتحويلة للتربية الخاصة.

ان هذا النظام الكشفي يمكن ان يساعد في تحسين الخدمات المقدمة للمتعلمين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وفي بحث قام به الكاتب [1] لمعالجة السلوك العدواني للمتعلمين اعتمد في تشخيص السلوك العدواني

أ- مرشده الصف (مربي الصف او قائد الصف)

ب- معلمات الفصل

جـ- الاقران

د- البطاقة المدرسية

هـ- إدارة المدرسة

و- الزيارات الميدانية للباحث وملاحظاته التشخيصية للسلوك.

ومن المقاييس المقننة التي استخدمت في قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية

- مقياس بيركس لتقدير السلوك Burks Behavior Rating Scale
- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي Adaptive Behaviour Scale
- مقياس الشخصية لايزيك Eysenek Personality Inventory

(1) الظاهر، قحطان احمد (2000) تأثير أساليب تعديل السلوك في معالجة السلوك العدواني ، ليبيا: الهيئة القومية للبحث العلمي، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية ، السنة السادسة، العدد السادس.

- مقياس رورشاخ والمعروف بمقياس بقع الحبر وهو من الاختبارات الاسقاطية Rorshach Spot of Ink Scale
- اختبار تفهم الذات للكبار Thematic Apperception Test
- اختبار تفهم الموضوع للاطفال Children Apperception Test

وقــد اســتخدمت طريقة في فرنسا تسمى العلاج من خلال البيئة Milieu (theory وذلك بوضع المريض في بيئة متعاونة لكي يقوم المريض بأنشطته العادية حيث تكون البيئة داعمة من خلال تعاون الجميع لانجاح معالجته.

ومن المقاييس التي استخدمت لقياس المشاكل السلوكية قائمة الشطب لكوي وبيترسون Quay and Peterson التي تقيس الابعاد الاربعة الاتية وهي:

1- الاضطرابات السلوكية مثل عدم التعاون، التخريب، العدوان.

2- اضطرابات الشخصية مثل القلق، الخوف، عدم الثقة بالنفس، الانسحاب.

3- عدم النضج مثل ضعف التركيز، الفوضى، احلام اليقظة .

4- الانماط الثقافية والاجتماعية (Lazarus and Strichart) [1]

أما مقياس بيركس لتقدير السلوك (Burks Behaviour Rating) [2] فهو من المقايــيس المشهورة لقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي صممه بيركس (Burks) (1975-1980) ويصــلح من اعمار ست سنوات فما بعد يتألف المقياس من (110) فقرات موزعة على (19) مقياساً فرعياً وهي

1- الافراط في لوم الذات Excessive self Blame (5 فقرات)

2- الافراط في القلق Excessive Anxiety (5 فقرات)

3- الانسحابية الزائدة Excessive Withdrawal (6 فقرات)

4- الاعتمادية الزائدة Excessive Dependency (6 فقرات)

---

(1) Lazarus, P. and Strichart, S . (1986) Psychoeducational Evaluation of Children and Adolescent with Low Incidence Handicaps. Orlando, NewYork. Incidence Handicaps : Gurne and Straton. Inc.

(2) الروسان، فاروق (1999) مصدر سابق، ص 350-357 .

5- ضعف قوة الانا Poor Ego Strength (7 فقرات)

6- ضعف القوة الجسمية Poor Physical strength (5 فقرات)

7- ضعف التآزر الحسي الحركي Poor Coordination (5 فقرات)

8- تدني القدرة العقلية Poor Intelluallity

9- تدني التحصيل الدراسي Poor Academic Achievement (5 فقرات)

10- ضعف الانتباه Poor Attention (5 فقرات)

11- ضعف القدرة على ضبط الاستجابات Poor Impluse Control (5 فقرات)

12- ضعف الاتصال مع الواقع Poor Reality contact (8 فقرات)

13- ضعف الاحساس بالهوية Poor Sense Identity (7 فقرات)

14- المعاناة المبالغ فيها Excessive Suffering (7 فقرات)

15- صعوبة ضبط الغضب Poor Anger Control (5 فقرات)

16- الاحساس بالظلم المبالغ فيه Excessive persecution (5 فقرات)

17- العدوانية المبالغ فيها Excessive aggressiveness (6 فقرات)

18- العناء المبالغ فيه Excessive Resistance (5 فقرات)

19- صعوبة الانضباط الاجتماعي Poor Social conformity (8 فقرات)

خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا

ليس سهلاً ان تغطي الخصائص النفسية والسلوكية التفصيلية للمضطربين انفعالياً وسلوكياً لانها تختلف بشكل كبير جداً وخاصة بالذكاء والتحصيل الدراسي، وظروف الحياة والخصائص السلوكية والانفعالية. ويمكن ان نستعرض اهم خصائص المضطربين انفعاليا وسلوكيا.

1- الذكاء

يشـــير الاعـــتقاد الخاطـــئ كمـــا يذكره هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] إلـــى ان الأطفال المضطربين انفعاليا عادة لامعون. وقد يصح أن تكـــون نســـبة قليلة منهم ذات ذكاء أعلى من المتوسط. والحقيقة ان معظم الأطفال ذوي الاضـــطراب البســـيط والمتوســـط لديهـــم ذكـــاء حوالي 90ْ . أما الأطفال المضطربون انفعالياً اضطراباً شديداً أو عميقاً والذين يمكن اختبارهم فان سجلاتهم تكون في خانة المعاقين عقلياً أي حوالي 50ْ .

وعلـــى أية حال فقد اظهرت الدراسات وجود علاقة بين الذكاء والتكيف حيث يؤثر الذكاء في تكيف الفرد النفسي والاجتماعي، وربما يكون عاملاً في تكوين أعراض الاضطرابات السلوكية. [2]

وارى أن مشـــاكل الســـلوك لا تقتصـــر على الذكاء المنخفض فحسب وانما الذكاء العالـــي كذلك. فالذكاء المنخفض قد يجعل الفرد من ان يكون بطيئ التعلم، كما ان الـــناس يطالـــبونه بأشـــياء قد تكون فوق طاقته، كما أنه قد لا يستطيع ادراك قيمة الحدود أو القواعد التي تفرض عليه من ناحية النظام والسلوك والترتيب.

وقد يتعرض الى فشل واحباط مما يجعله يشعر بخيبة الامل والقلق والسلبية الشـــديدة. اما الفرد المتميز بالذكاء العالي فقد يكون عرضه لعدم التوافق، إذ يتميز بســـمات شخصـــية كالاســـتقلالية، والميل الى المبادأة، والتفكير الناقد والابداعي، والحساســـية المـــرهفة، وعدم الخضوع، وحب الاستطلاع، والفضول العلمي، وقد تصطدم هذه السمات بأساليب والدية غير سوية في البيت، كما يحدث عدم تقبل من الـــناس يطالـــبونه بأشـــياء قد تكون فوق طاقته، كما أنه قد لا يستطيع ادراك قيمة الحدود أو القواعد التي تفرض عليه من ناحية النظام والسلوك والترتيب.

وقد يتعرض الى فشل واحباط مما يجعله يشعر بخيبة الامل والقلق والسلبية الشـــديدة. اما الفرد المتميز بالذكاء العالي فقد يكون عرضه لعدم التوافق، إذ يتميز بســـمات شخصـــية كالاســـتقلالية، والميل الى المبادأة، والتفكير الناقد والابداعي، والحساســـية المـــرهفة، وعدم الخضوع، وحب الاستطلاع، والفضول العلمي، وقد تصطدم هذه السمات بأساليب والدية غير سوية في البيت، كما يحدث عدم تقبل من قبل المعلمين في المدرسة مما يترتب على ذلك عدم التوافق.

---

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 223 .

(2) Upton. G. (1983) Education Children of Behaviour Problems. Cardiff: faculty of Education. University College Cardiff .

كما ان الفرد ذا الذكاء العالي له حاجاته النفسية الأساسية التي يلزم اشباعها كالحاجة الى التعبير عن الذات، والحاجة الى الشعور بالأمن وعدم التهديد، والحاجة إلـــى المـــؤازرة، والـــى التقبل، والى الفهم والتقدير ولا سيما مع احساسه المتزايد باخـــتلافه عـــن غـــيره من الاقران (كالاشقاء والاقارب والرفاق) سواء من حيث اهتماماته وافكاره أو من حيث اداؤه السلوكي، وما قد يترتب على ذلك من مشاعر القلق والتوتر والنزوع الى العزلة والانسحاب.

التحصيل الاكاديمي

ان العلاقة وثيقة بين مشاكل السلوك والتحصيل الاكاديمي، وكل منهم يؤثر في الآخر، فعندما يكون المتعلم مشكلاً سلوكياً ومضطرباً فانه غالبا ما يكون منشغلا عـــن الدرس، وقد يعيش بعضهم مع نفسه، او سارحا في احلام اليقظة الامر الذي يلاقـــي موقفاً سلبياً من المعلم مما يؤثر في تحصيله الاكاديمي، وقد تكون المشاكل الســـلوكية نتيجة لعدم التحصيل لأسباب تتعلق بالتلميذ نفسه، او المعلم أو الظروف البيئـــية ممـــا تجعـــل المتعلم يشعر بعدم الارتياح، وقد يعبر عن ذلك بسلوك غير مقبول.

سامسون (Sampson) [1] استعرض (44) دراسة اجريت خلال خمسين سنة أكدت جميعها العلاقة بين الفشل في القراءة والمشاكل السلوكية.

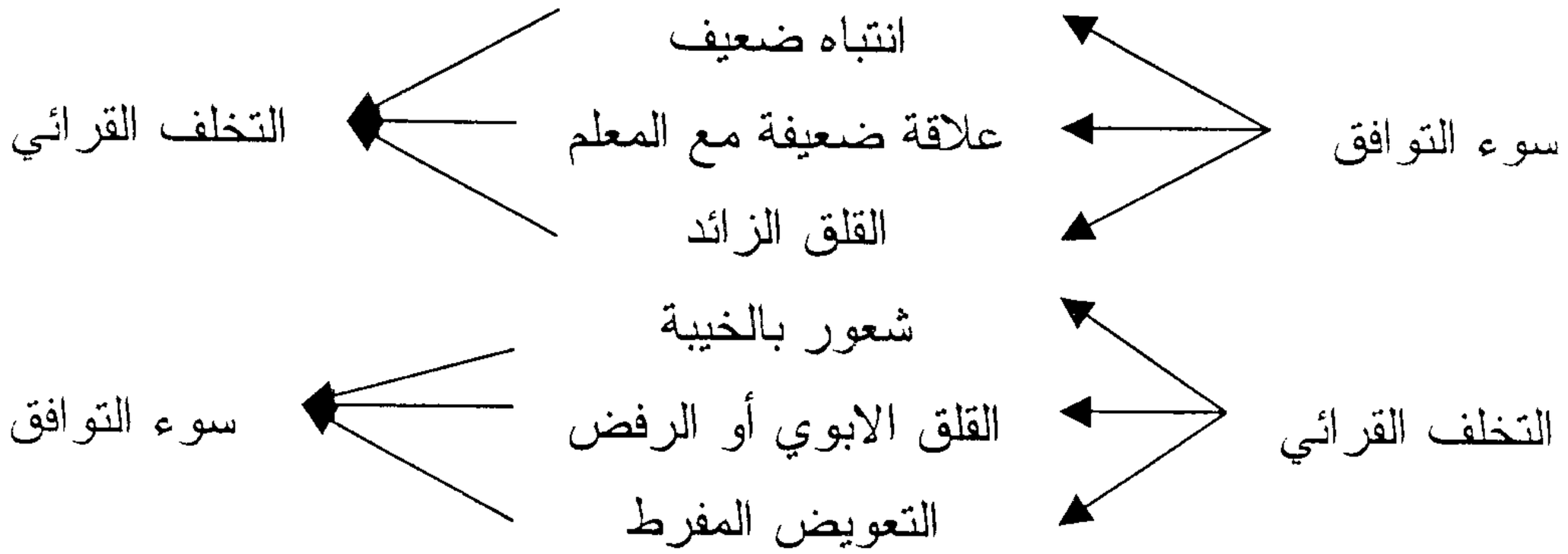
وقـــد توصل ديفي وآخرون Davie and Others [2] الى ان هناك علاقة بين القدرة القرائية والتكيف حيث رأى ان اربعة من عشرة متخلفين في القراءة كانوا يتميزون بمشاكل سلوكية مقارنة الى واحد من عشرة لفئات أخرى.

(1) Sampson, O.C. (1966) Reading and adjustment: A review of literature. Educational Research. 8, pp. 184-190 .

(2) Davie, R. Rutter. N and Goldstein. H. (1972) From Birth to Seven. London: Longman.

ان العلاقة بين المشاكل السلوكية والتحصيل الاكاديمي جعل النقاش دائراً في أيهما يسبب الآخر. هل التأخر الاكاديمي يسبب المشاكل السلوكية أو المشاكل السلوكية تسبب التأخر الاكاديمي.

وقد وضح ديفي وأقرانه Davie and Others ذلك من خلال ما يأتي :



وقد اشار كوفمان (Kauffman) [1] الى ان معظم المضطربين سلوكيا وانفعاليا كان تحصيلهم اقل من الفرد الاعتيادي خلال الاختبارات المقننة، وكانت انجازاتهم اقــل من المتوقع بما يتناسب مع اعمارهم العقلية. اما المضطربون اضطرابا شديداً فكــان قصــورهم واضحا في المهارات القرائية والمهارات الحسابية. والقليل منهم يعرف هذه المهارات القرائية والحسابية لكنهم لا يستطيعون وضعها موضع التطبيق في الحياة العملية. وفيما يلي أشهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

العدوان [2]

وهــو مــن اضــطرابات السلوك الخارجية الأكثر شيوعاً من اضطرابات التصــرف وهو ليس شكلاً واحداً او مظهر محدداً وانما هو أشكال ومظاهر كثيرة ومتنوعة. ان هذا المصطلح استخدم من قبل كثير من الاختصاصيين كعلماء النفس

(1) Kauffman, T. M. (2001) Characteristics of Emotional and Behavioural Disorders in Children and Youth (7th ed) Upper Saddle River, NJ. Merril Prentice-Hall.

(2) للمزيد انظر الظاهر، قحطان احمد (2003) مصدر سابق، ص 115-132 .

والأطباء النفسيين والاختصاصي الاجتماعي واختصاصي التربية. ومن الصعب ان نجد حداً فاصلاً بين صور العدوان.

فمـــن معايـــير الســـواء ان يمتلك الفرد قدراً من الميل للعدوان بما يكفيه لمواجهة مشكلات بيئية، والتغلب على عقباتها، وعدم الركون الى اليأس والخنوع او الشعور بالاحباط المعوق امام تحدياتها لكنه من غير الملائم ان يزيد هذا القدر لدرجة تعوق نجاحه لأن يكون متكيفا اجتماعيا، وما يعكسه ذلك على توافقه النفسي .

يـــرى كـــود وماركـــيل (Good and Markel) [1] بأن العدوان هو خصومه، عداء، تـــنافر، قضـــاء، حقـــد، واتجـــاه معـــاد مفـــرط الى جنون الاضطهاد أو الشعور الاضطهادي التخيلي، كما انه سمة شخصية يمكن التعرف عليها لدى الأطفال غير المتوافقين اجتماعيا.

امـــا بـــندورا (Bandura) [2] فيعتقد ان العدوان المستهدف يهدف الى احداث نتائج تخريبـــية، او مكـــروهة، او الى السيطرة من خلال القوة الجسدية او اللفظية على الاخرين.

وهناك عدة تصنيفات استخدمت للعدوان نذكر تصنيف الظاهر [3] للعدوان وهو:

1- عـــدوان وســـيلي لفظي مباشر: وهو عدوان غير بدني لغرض الحصول على شـــيء ما ولا يقصد به إيذاء الغير، ويكون العدوان وجها لوجه (او يحدث في موقف تفاعلي).

2- عدوان وسيلي لفظي غير مباشر: كأن يذيع اخبار سيئة من غير علم الشخص لمنعه من الحصول على مركز او وظيفة يرغب فيها المعتدي.

(1) Good , C.V and Markel , W. R . (1973) Dictionary of Education. Third Edition, NewYork: McGraw Hill.

(2) Bandura, A. (1973) Aggression : Asocial Learning Analysis. N.Y: Prentice Hall.

(3) الظاهر، قحطان احمد (2003) مصدر سابق.

3- عدوان وسيلي مادي مباشر: وهو العدوان الجسدي او على الممتلكات من أجل تحقيق أسباب مادية.

4- عـــدوان وســـيلي مـــادي غير مباشر: وهو الاعتداء على الغير بدنيا أو على الممتلكات من خلال شخص آخر لغرض منع المعتدى عليه من الحصول على شيء يبغيه المعتدي.

5- عـــدوان عدائـــي لفظي مباشر: وهو استخدام الفاظ مؤلمة لغرض ارضاء دافع داخلي متأتٍ من أسباب قد تكون وراثية أو بيئية.

6- عـــدوان عدائـــي لفظي غير مباشر: مثل استخدام إشاعات مغرضة للحط من الاخرين ارضاء للذات.

7- عـــدوان عدائـــي مادي مباشر: الاعتداء على الآخرين سواء كان بدنيا او على الممتلكات لغرض العدوان والشعور بالنشوة .

8- عـــدوان عدائـــي مـــادي غـــير مباشر: الاعتداء على الآخرين بدنياً أو على الممتلكات من خلال وسيط أو بدون وجود المعتدي عليه اذا كان الاعتداء على الممتلكات.

ولابد من الاشارة الى ان هناك تفاوتاً كبيراً بين العدوان الوسيلي والعدوان العدائـــي مـــن حيـــث النوع والكم إذ ان العدوان الوسيلي اكثر بكثير من العدوان العدائي، كما انه في الغالب اخف وطأة من العدوان العدائي.

وقـــد فســـر العدوان وفق النظرية البيولوجية على انه سلوك فطري او له علاقة باضطرابات الجهاز الغدي.

أما نظرية التحليل النفسي لفرويد فقد أكد على أن هناك علاقة بين الغريزة الجنسية والعدوان وخاصة في المراحل المبكرة للطفولة حيث يقول ان جميع صور العدوان ذات مصدر جنسي موجه نحو السيطرة على دفعات الجنس. وهناك نظرية الاحباط المؤدي إلى العدوان ويعد على انه استجابات طبيعية للاحباط والفشل الذي يتعرض له الفرد. لذلك نوصي الآباء والمعلمين ان يجعلوا الاطفال في وضع نفسي

جيد بعيداً عن الفشل والاحباط لان الفشل والاحباط وخاصة المتكرر ينفس بأساليب عدوانية متنوعة .

أمـــا النظرية السلوكية فترى ان العدوان متعلم من خلال البيئة التي يعيشها الفـــرد عـــن طـــريق التقليد من خلال الوالدين او الاقران، او النماذج التي يراها بالتلفاز، او الأشخاص المهمين في حياة الطفل.

وقد يتدرج العدوان الى حالة من الجنوح عندما يخرج الأطفال والمراهقون عن القانون او القيم الاخلاقية.

النشاط الزائد Hyperactivity :

ويتمـــثل بالحـــركة الجسمية المفرطة وقد يقترن به نقص في الانتباه، وقصور في التركـــيز، وهو سلوك حركي مضطرب يفتقد التنظيم. فالطفل الذي يتصف بالنشاط الـــزائد يجـــد صـــعوبة جدا في الاستقرار، ويعاني من صعوبة بالغة في الالتزام بالهدوء. أما اسبابه فهي عوامل جينية، او عوامل عضوية او عوامل نفسية اضافة إلـــى العوامـــل البيئية. استخدم في علاجه المدخل الطبي من خلال عقار الريتالين والدسكدرين، والعلاج السلوكي الذي اثبت فاعليته في تخفيف النشاط الزائد. (1)

السلوك الانسحابي Withdrawn Behaviour

وهو من الاضطرابات السلوكية الداخلية الذي يختلف عن السلوك العدواني الـــذي يعـــد مـــن الاضطرابات السلوكية الخارجية أي موجهة نحو الاخرين بينما السلوك الانسحابي موجة نحو الذات، وقد يكون نتيجة لعدم قدرة الفرد على التكيف الاجتماعـــي ومتطلباته، او الابتعاد والهروب من المواقف المحبطة، ومصادر القلق والتوتر فيفضل الابتعاد تخلصاً من هذه الحالات.

(1) الظاهـــر، قحطـــان احمـــد (2003) مصطلحات ونصوص انجليزية في التربية الخاصة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

ويعـــد الســـلوك الانسحابي احد مظاهر الفصام والتوحد. اما مظاهره فهو الاســـتغراق فـــي احـــلام اليقظة، وعدم الفاعلية والنشاط، والخمول والتقولب حول الذات، الابتعاد عن الانشطة الجماعية والتعاونية، وعدم تكوين علاقات صداقة مع أقرانه، كما يتظاهر المرض.

القلق Anxiety

احد الاضطرابات السلوكية الداخلية وأحد الأعراض للاضطرابات الانفعالية يتمـــثل بأحاســـيس من الفزع والخوف لخطر او تهديد غير واضح فهو يختلف عن الخوف في كون الاخير استجابة لمثير واضح معروف، بينما القلق لا يتسم بوضوح المثـــيرات التي سببته، وهناك من القلق ما هو عادي ويتعرض له كثير من الناس فالطلـــبة قـــد يصيبهم القلق في أيام الامتحان، وقد يكون القلق البسيط دافعاً للعطاء وبـــذل الجهد أي قد يكون دافعاً الى مزيد من المثابرة والجد، ولكن اذا إزداد القلق عـــن حـــده الطبيعـــي فله مردود سلبي على الفرد إذ قد يؤدي إلى كف في عملية الاسترجاع.

فـــالقلق العصـــابي كما يشير إلى ذلك زهران [1] داخلي المصدر وأسبابه لاشـــعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له، ولا يتفق مع الظروف الداعية اليه، ويعـــوق الـــتوافق والانتاج والتقدم والسلوك العادي. أما اسبابه فهي وراثية وبيئية وخاصة تلك الظروف التي عاشها الطفل في مراحله الاولى.

أمـــا اعراضـــه فتظهر من خلال الاعراض الجسمية كالنحول والحركات النمطية، والنشاط الحركي المفرط ، قضم الاظافر، عض الشفاه، والتعرق والرعشة واضطراب التنفس وغيرها.

أمـــا الاعـــراض النفسية فمنها الشك والتردد، والحساسية المفرطة، والهم والاكتئاب، واعطاء الموضوع اكثر مما يستحقه وغيرها.

---

(1) زهران، حامد (1977) مصدر سابق، ص 398 .

الفصام Schizophrenia

وهـــو مـــن الاضـــطرابات الانفعالـــية الشـــديدة ، قلـــيل الحـــدوث قياساً بالاضـــطرابات الاخـــرى، وهو من الأمراض الذهانية الذي يتصف بالاضطراب العقلـــي إذ يبـــتعد الفصـــامي من واقع ليعيش في عالمه الخاص. يتصف بالتشاؤم والانطواء والفردية والسلبية والانقلاب على النفس، والحساسية، والخجل، والعناد، وعـــدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية عادية، والاهمال، والهلوسات الحسية، والهذيان. أما اسبابه فهي وراثية وبيئية ونفسية وجسمية وفسيولوجية.

التدخل العلاجي للاضطرابات السلوكية والانفعالية

نظـــراً لكـــثرة وتعدد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وطبيعتها وشدتها وأثـــرها في الافراد، أصبح من غير الممكن أن يكون هناك علاج واحد شاف لها، لذا نجد أن هنالك اكثر من مدخل استخدم مع المضطربين سلوكياً وانفعالياً ومن هذه المداخل.

1- المدخل الطبي Medical Approach

يعـــد المدخـــل الطبـــي مـــن اقدم المداخل التي استخدمت مع الأفراد غير الاعتياديـــن بشـــكل عام حيث استخدم مع فئات متعددة كالاعاقة العقلية، والاعاقة الحركية، وصعوبات التعلم.

استخدمت الادوية مثل ستيلازين (Stelazine) كمهدئ، وليبريوم (Librium) للقلق، والتوفرانيل (Tofranil) وتريتبزول (Tryptizol) لعلاج حالات الاكتئاب.

واســـتخدم اضـــافة الـــى ستيلازين الذي أشرنا إليه سابقا مليريل Melleril كمهدئات في حالات الفصام. [1]

كمـــا اســـتخدمت الفيتامينات في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وخاصة فيتامين B6 والمواد المعدنية، كما يوصى بالابتعاد عن بعض الاغذية التي

(1) زهران، حامد (1977) مصدر سابق.

يتحســـس مـــنها بعض الافراد والتي قد تسبب التهابات مخية مما يؤثر في السلوك والتعلم.

2- **العـــلاج السلوكي:** يعد المدخل السلوكي أنسب المداخل التي يمكن تطبيقها في اطار الصف لما له من سمات تفاؤلية منها:

1. كل سلوك متعلم سواء كان مقبولاً او غير مقبول وبالتالي يمكن تغييره أو تعديل غير المرغوب فيه.
2. يمكـــن معالجة البيئة الصفية التي تسهل عملية تغيير السلوك غير المرغوب فيه عند المتعلم.
3. التعلم يحدث وفق السياق الاجتماعي من مكآفات وعقوبات.
4. يمكن تعديل المشاكل الاجتماعية للمتعلم اذا ما حدثت داخل الصف.

ويـــتعامل المدخل السلوكي مع السلوك الظاهر غير المقبول على انه المشكلة ذاتها وليس انعكاس لعوامل داخلية.

يقـــول (Eysenek) [1] في هذا الصدد ان نظرية العلاج السلوكي ترى أنه لا توجد امـــراض وراء الأعـــراض وان هذه الأعراض، لا تخبئ شيئاً مخفياً فان استطعت معالجة العرض تخلصت من المرض.

استخدم في علاج الاضطرابات الانفعالية أساليب متعددة من أساليب تعديل السلوك وخاصـــة تلك المعتمدة على النظرية البافلوفية كأزالة التحسس التدريجي، والعلاج بالافاضة، والعلاج الانفجاري، والعلاج المنفر.

كمـــا اســـتخدمت أساليب اخرى بالاعتماد على نظرية الاشراط الاجرائي، ونظرية الـــتعلم الاجتماعـــي كالممارســـة الســـلبية، والاشباع، والتصحيح المفرط، وتكلفة الاستجابة والابعاد والتعزيز التفاضلي والتعزيز السلبي، والتعزيز الموجب. [2]

---

(1) Eysenek, H. S. (1978) Argon and Neurosis. Glassgow: William Collins.

(2) للمزيد انظر الظاهر، قحطان احمد (2003) تعديل السلوك: عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

وقـــد اثبتت كثير من التجارب التي طبقت فيها هذه الأساليب فاعليتها في اطفاء او تقليل كثير من الاضطرابات السلوكية والانفعالية

يتسم المدخل السلوكي بالتفاؤلية في حين ان مدخل التحليل النفسي يتسم بالتشاؤمية، كمـــا انه يعطي البيئة المعاشه أهمية كبيرة في حين لا يعطي مدخل التحليل النفسي البيئة تلك الاهمية.

كما أنه يمكن تطبيق المدخل السلوكي مع الأطفال في اعمارهم المبكرة اضافة الى الاعمار المتأخرة، بينما مدخل التحليل النفسي لا يمكن تطبيقه مع صغار السن.

3- العلاج النفسي

وهـــو العـــلاج الـــذي يعتمد الطرق النفسية في علاج المشكلات السلوكية والانفعالية، وهو أقدم من العلاج السلوكي لكنه ليس سهلا في التطبيق وخاصة في اطار المؤسسات التعليمية، كما يحتاج الى جهد ونفس طويل، ووقت كثير، كما انه لا يمكـــن تطبيقه على الصف كله، او مجموعة كثيرة من المتعلمين في حين توجد امكانـــية تطبيق المدخل السلوكي مع الصف كله او مجموعة من المتعلمين. كما ان المدخـــل السلوكي يعالج المشكلة حال وقوعها في الزمان والمكان، بينما في العلاج النفســـي مـــن خـــلال جلسات اسبوعية قد تتراوح ما بين (3-5) جلسات اسبوعية واحياناً يأخذ العلاج سنوات.

ان مدخـــل التحلـــيل النفســـي كأحد اشكال العلاج النفسي الذي أسسه فرويد لعلاج الاضـــطرابات النفســـية والتـــي تتطلـــب ان يـــتعمق المعالج وينقب عن الأسباب اللاشـــعورية المكبوتة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لكي تطفو على السطح ليتعرف على الأسباب الحقيقية للاضطرابات النفسية.

فهـــو يختلف عن المدخل السلوكي بشكل أساسي في تركيزه على معالجة الأسباب ولـــيس الأعـــراض من خلال الكشف عن اللاشعور المكبوت اضافة الى الجوانب الشعورية.

يهــدف العــلاج النفسي تحقيق التوافق النفسي من خلال تكيف الفرد مع نفسه ومع المجــتمع الــذي يعيش فيه وبالتالي يمكن ان يستخدم قدراته وطاقاته بما يتلائم مع متطلبات الحياة.

يتطلب العلاج النفسي تهيئة المناخ المناسب للعلاج إذ يفترض أن يكون مريحاً هادئاً بعيداً عن المشتتات، وان تكون العلاقة مشبعة بالقبول غير المشروط والامن والفهم وان يبتعد تماماً عن الاجبار، كما يفترض ان تسود الثقة بينهما، وان يؤكد المعالج للفرد على سرية المعلومات.

ومن الأساليب العلاجية التي يمكن ان تستخدم في هذا المدخل

أ- التداعي الحر Free Association

يتبيــن من العنوان أن المعالج يسعى الى أن يهيئ الظروف الايجابية التي من شأنها ان يسترسل الفرد بافكاره وخواطره وصراعاته متجاوزاً الزمن الماضي فــيظهر المكــبوت (اللاشعوري) من الاحداث. ويمكن للمرشد من خلال يقظته ان يستغل شطحات اللسان، او ما يعتري الفرد من شعور من القلق او توقف، او حرج او تلجلج عندما يصل الى بعض النقاط الهامة في حياته.

ويمكن للمعالج ان يتعرف من خلال هذا الأسلوب، ما هي الأسباب الحقيقية وراء الاضطرابات الانفعالية للفرد.

ب- الاستبصار (Insight)

عــندما يــتعرف الفــرد دوافع السلوك من خلال ما يطفو على السطح من انفعــالات، يمكن ان يتفهم نفسه ضعفها وقوتها، فيتجاوز حالات الضعف، وللمعالج دور في ذلك من خلال التوجيه والارشاد والمناقشة الموضوعية.

جـ- التفريغ (التنفيس الانفعالي) Emotional Catharsis

وهــو أحد أنواع العلاج النفسية التي من خلالها يستطيع الفرد افراغ النفس من التوتر خلال استدعاء الاشياء المكبوتة.