الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

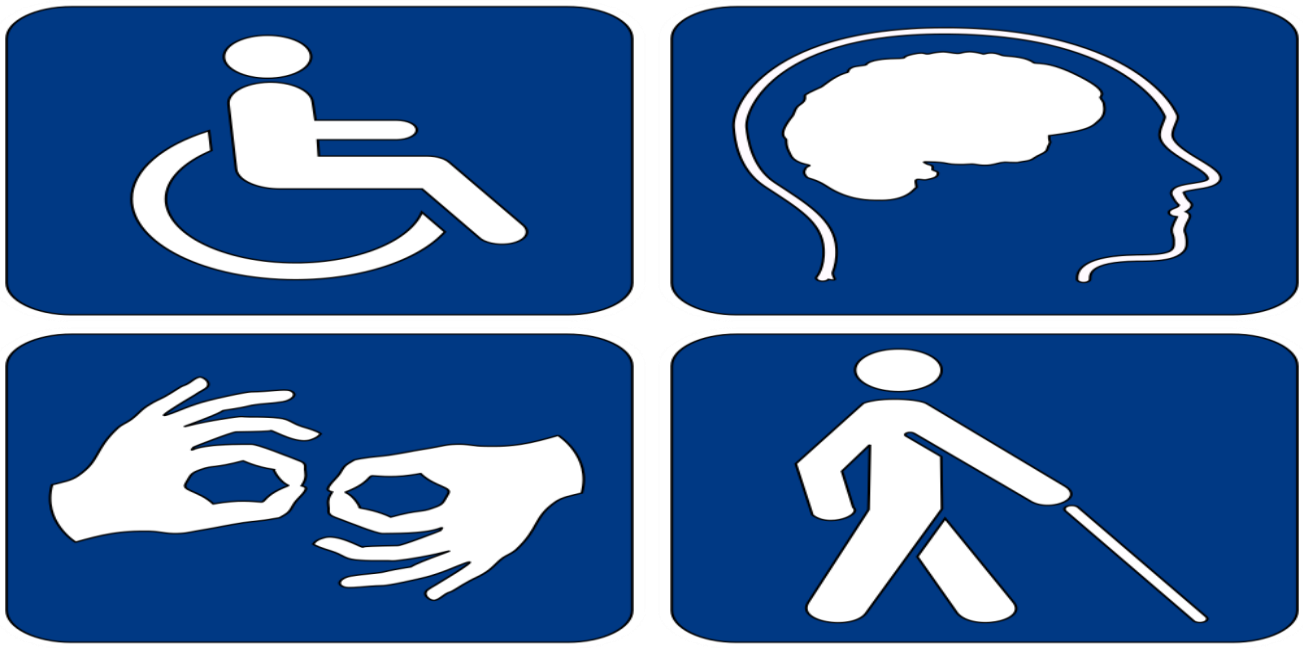
جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

مطبوعة محاضرات في وحدة التربية الخاصة

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر علم النفس المدرسي

اعداد : الاستاذ خليفة قدوري



المحاضرة الأولى: مدخل الى التربية الخاصة

تمهيد:

ان الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم فئة موجودة في كل مجتمع من المجتمعات ويطلق عليهم مصطلحات مختلفة كالأفراد غير العاديين وغيرها من المصطلحات وينطوي تحت مظلة ذوي الاحتياجات الخاصة الأفراد الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا في نموهم العقلي والانفعالي واللغوي والحركي والحسي عن الأفراد العاديين ويشمل مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة على الفئات التالية : المعاقون عقليا وبصريا وسمعيا وحركيا. وذوي اضطرابات التواصل والمضطربين سلوكيا وانفعاليا وذوي صعوبات التعلم. الموهوبون والمتفوقون، ويحتاج ذوي الاحتياجات الخاصة إلى برامج تربوية متخصصة تقدم لهم وذلك من أجل مساعدتهم على تطوير قدراتهم إلى أقصى درجة تسمح بها إمكاناتهم والعمل على تنمية استقلاليتهم ليصبحوا منتجين في مجتمعهم عن طريق توفير فرص التدريب والتشغيل لهم وحماية حقوقهم عن طريق إصدار التشريعات التي تكفل لهم حقوقهم وتضعهم على قدم المساواة مع الأفراد العاديين في المجتمع. ومن هنا يمكننا طرح التساؤلات التالية: ماهي التربية الخاصة ؟ أهم مراحلها التاريخية؟ مبادئها ومؤسساتها؟ كيف واقعها في الجزائر والعالم؟

1-المراحل التاريخية التي مرت بها التربية الخاصة:

- مرحلة العزلة :

في هذا المرحلة اعتقد المجتمع أن المعاقين مصابون بالشياطين والأرواح الشريرة ,لذلك دعوا الى عزلهم وقتلهم.

- مرحلة المؤسسات :

بدأ المجتمع باستيعاب فئة ذوي الاحتياجات الخاصة وبدأت الدول الاوربية والولايات المتحدة الأمريكية تظهر بصح الخدمات لإيواء المعاقين واقتصر ذلك على تقديم المأوي والغذاء ثم بدأت تقديم الخدمات التعليمية للصم والمكفوفين وذلك بوضعهم في مراكز يقضي فيها المعاق معظم حياته باعتباره مشكلة الأسرة اخفاءها قدر الامكان .

مرحلة التأهيل :

بدأ المجتمع في هذه المرحلة بالاعتراف بوجود تعليم وتأهيل هذه الفئة من الأفراد .تم انشاء مدراس ومراكز ومؤسسات خاصة بهم .

مرحلة الدمج:هذه المرحلة تتميز بأن المجتمع أصبح متفهما للجوانب النفسية للذوي الاحتياجات الخاصة ,فلم تعد النظرة الى الاعاقة على أنها وصمة انما المعاق هو شخص يعاني من صعوبات معنية وهو بحاجة الى العلاج والرعاية والمساندة .(القشاعلة 2018, 30)

2-مفهوم التربية الخاصة:

لقد عرف مفهوم التربية الخاصة من خلال تعاريف متعددة ومتباينة من قبل المنظريين في هذا المجال من قبيل الوظائف والخدمات التي تقدمها هذه الخيرة:

احمد ,1989) يعرفها بأنها" نوع من التعليم الذي يهتم بتقديم التعليم المناسب بكل فرد في ضوء (فنجد ظروفه وقدراته واستعداداته وميوله واهتماماته مستخدما في ذلك الوسائل والطرائق والأساليب كافة التي تمكن هذا التلميذ من إتقان ما يتلقاه من علوم على وفق ظروفه.

ويقصد بها كذلك (مجموعة من الإجراءات و الطرائق والأساليب التي تستخدم من اجل تقديم الخدمات التربوية لتلاميذ التربية الخاصة).

- فاروق الروسان، 1996 فيرى أن التربية الخاصة هي " مجموعة البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف" وأما (الوابلي، 2003)

التربية الخاصة على أنها "عبارة عن ترتيبات وإجراءات تعليمية خاصة مصممة لمواجهة احتياجات الأطفال غير العاديين، وهذه الترتيبات في نظري ترتبط بتلك الترتيبات الممارسة مع الأطفال العاديين ولكن وفقاً لمعايير تختلف عن للمعايير التالية:

المعيار الأولى: من هم هؤلاء الذين في حاجة إلى خدمات التربية الخاصة؟ إذن نحن نبحث عن طبيعة - هؤلاء الأطفال وعن تركيبة خصائصهم.

المعيار الثاني: ما هي الأشياء التي ينبغي تدريسها لهم؟ هل هي مهارات أكاديمية أم غير أكاديمية - . كالمهارات الاجتماعية ومهارات الحياة اليومية للتواصل إذن نحن نحاول من خلال هذا المعيار أن نحدد طبيعة المحتوى أو المنهج الملائم لهؤلاء الأطفال.

المعيار الثالث: كيف يمكن لمعلم التربية الخاصة أن يدرس لهؤلاء ببرا يل أو بلغة الإشارة أو عن طريق تحليل المهمة أو عن طريق أسلوب تعديل السلوك أو عن طريق تفريدي التعليم وهذا المعيار يثير طبيعة أساليب التدريس المناسبة.

المعيار الرابع: أين يمكن لهؤلاء الأفراد أن يتلقوا تعليمهم؟ هل هو ضمن فصول التعليم العام أم في - فصول خاصة أم من خلال غرف المصادر أم في المدارس الخاصة؟ إذن نحن في هذا المعيار نحدد موضع التعليم المناسب.

هذه المعايير الأربع هي الترتيبات التي أرى أنها تختلف عن تلك الترتيبات الموجودة في التربية العادية .

- عرفت التربية الخاصة علي أنها : ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع والموجهة إلى الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم ، وتأكيد نواتهم ، وتؤدي في النهاية إلى تكاملهم مع العاديين في المجتمع لكي نحقق لهم أكبر قدر من استثمار إمكانياتهم المعرفية ، والاجتماعية ، والانفعالية ، والمهنية طوال حياتهم ولصالح المجتمع.

- التربية الخاصة هي : التي تقوم أساسا علي تقديم مجموعة من الخدمات ذات الصلة ، أو الطبيعة الطبية ، والتربوية ، والتعليمية ، والتأهيلية ، والتدريسية وتعني بالصغار والكبار من ذوي الإعاقات البدنية ، والعقلية ، والتربوية ، والتعليمية ، والاجتماعية التي تميزهم كفئات خاصة.

- التربية الخاصة هي تربية وتعليم الأفراد الغير العاديين الذين ينحرفون عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي ، والحسي ، والانفعالي ، والحركي ، واللغوي.

- تعرف التربية الخاصة أيضا علي أنها : جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة ، التي تضمن وضعا تعليميا خاصا ، ومواد ، ومعدات خاصة ، أو مكيفة ، وطرائق تربوية خاصة ، وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية - الشخصية والنجاح الأكاديمي.

- تُعرف التربية الخاصة بأنّها مجموعة من النشاطات والبرامج التربوية التي تختص بتقديم الرّعاية والعناية الخاصة لفئة معينة من الأشخاص غير الطبيعيّين، ويكون الهدف من هذه البرامج تحفيز القدرات

العقلية والجسدية التي يمتلكونها لأكبر حد ممكن، ومساعدتهم على تحقيق ذاتهم وتكيفهم مع البيئة المحيطة بهم على أكمل وجه.

ومن خلال التعريفات السابقة للتربية الخاصة يتضح لنا أن التربية الخاصة هي نوعية متخصصة من الخدمات تشير إلى سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التي تستخدم في إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التي يتم إدخالها علي المنهج التعليمي العادي - بكامله أو في جزء منه - ليلائم طبيعة كل فئة من الفئات الخاصة من حيث نوعيتها - إيجابيا كان أم سلبيا ودرجة شدته - بسيطة أم متوسطة أم حادة وذلك لتمكين المعلمين من القيام بدورهم بفاعلية مع كل فئة.

تُعنى برامج التربية الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة اهتماماً خاصاً، إذ تبدأ بتعليمهم ضمن برامج التعليم الخاصة المراعية لظروف العجز، ويخضع لهذه البرامج الأفراد غير القادرين على الانخراط في برامج التعليم العادية، كما يُمكن تعريف التربية الخاصة بأنها الخدمات التي تسعى إلى تنظيم حياة الأفراد غير العاديين ومحاولة أقلمتها مع الظروف المناسبة حتى يكون إنساناً ينمو نمواً سليماً. وتشمل كل من طلاب الاعاقة العقلية – السمعية - البصرية – صعوبات التعلم- الاعاقات الجسمية والصحية – الموهبة والتفوق ....الخ

3-المصطلحات في التربية الخاصة :ان أشهر المصطلحات التي استخدمت في ميدان التربية الخاصة والتي تعني الخلل الإصابة .الضعف .الاعتلال الاعاقة العجز ,استخدمت أحيانا المصطلحات الثلاثة لتدل على الاعاقة ففي الكتب توجد الاعاقة البصرية ,الاعاقة السمعية ,الاعاقة التعلمية ,من هنا يظهر أن هناك اختلافات بين المصطلحات اذ استخدم مصطلح (impair ment) والذي يدل على معنى أكثر من :(بالضعف أو الخلل أو الاعتدال والذي يتعرض له الفرد قبل الولادة او بعد الولادة فمثلا يمكن أن تأخذ الأم التي قد تحدث تلف mycin) خلال فترة الحمل المضادات الحيوية وخاصة تلك التي تنتهي بالمايسين (في المناطق المسؤولة عن السمع.

أما مصطلح (disaibility) فقد ترجمت لتعني العجز أو الاعاقة وهب أكثر تحديدا من المصطلح الأول : والذي يدل على التأثير الذي يتركه الخلل أو الضعف أو الاعتدال في الاداء الوظيفي سواء كان فيزيولوجيا.

أما مصطلح (handicap) : فلم يستخدم الا بدلالة واحدة وهو الاعاقة وهو ما يفرزه العجز من تأثير على الفرد حين ينحرف الفرد انحرافا ملحوظا عن أقرانه في اداء وظائفه المادية والنفسية.(الظاهر,2008,30)

4-فرق بين التربية الخاصة والتربية العامة :

.الفرق بين التربية الخاصة والتربية العامة

تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين وهم المتفوقون والمعاقون في حين تهتم التربية العامة .بالأفراد العاديين

تتبني التربية الخاصة منهجا مختلفا لكل فئة من فئات التربية الخاصة والتي تشتق منه الأهداف التربوية .ألفردية أما التربية العامة تبني منهجا موحدا لكل فئة عمرية أو صف دراسي

تتبني التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في التدريس للأطفال غير العاديين في الغالب ،

في حين تتبني التربية العامة طرق تدريسية جماعية في التدريس للأطفال العاديين في المراحل التعليمية .المختلفة

تتبني التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة لكل فئة من فئات غير العاديين حيث أن الوسائل التعليمية التي تناسب المعاقين بصريا قد ال تناسب المعاقين سمعيا والعكس صحيح وهكذا بالنسبة لبقية فئات ألمعاقين في حين أن التربية العمة تتبني وسائل عامة في المواد المختلفة
كثافة الفصول في التربية الخاصة تكون صغيرة وفي حدود من 8 الي 10 تلاميذ في حين أنها في التربية العامة قد يصل إلى 30 تلميذا أو أكثر
المباني المدرسية والمرافق في التربية الخاصة البد أن تصمم بطريقة تتناسب مع خصائص كل فئة من فئات المعاقين من حيث عدم وجود الحواجز وإزالة كل ما يعوق حركة هؤلاء الأفراد سواء كانوا معاقين حركيا أو بصريا أو سمعيا ..... في حين أنها بالنسبة للعاديين يكون تصميم المباني والمرافق موحدة .لجميع الفئات العاديين في نفس المرحلة التعليمية الواحدة.
المعلمين يفضل في معلم التربية الخاصة أن يكون حاصل علي شهادة ليسانس بالإضافة إلى الدبلوم العاديين قد يكون .المهنية في التربية الخاصة أو الماجستير في فئة من فئات الإعاقة ، في حين أن معلم حاصل علي شهادة ليسانس فقط ومهما يكون من فروق بين التربية الخاصة والتربية العامة فإن كال منهما يهتم بالفرد ولكن بطريقته الخاصة ، ومع ذلك تشترك التربية الخاصة والتربية العامة في هدف هو مساعدة الفرد أيا كان، علي تنمية قدراته واستعداداته إلي أقصي حد ممكن والعمل علي تحقيق أهدافه وذلك من خلال تهيئة الظروف المناسبة لتحقيقها.

5- اسس ومبادئ التربية الخاصة :

1.5.الاساس الديني والاخلاقي :

ان تعليم ديننا الاسلامي الحنيف تحض على المساواة في الحقوق والتكفل الاجتماعي ورعاية المجتمع لأبنائه الضعفاء .وما من شك في تطور برامج التربية الخاصة يشكل ترجمة فعلية لهذه التوجيهات ,واذا ما أخذنا بعين الاعتبار أيضا الدساتير والمواثيق العالمية سواء ما يتعلق منها الحقوق الانسان أو الاعلانات العالمية لحقوق المعوقين وما تضمنتها من توجيهات اخلاقية ,توحدنا أن المجتمع الانساني بأسره يعتبر بأن خدمات المعاقين واحدة من المؤشرات الحضارية لأي مجتمع من المجتمعات.

2.5.الاسس القانوني:

ان الحصول على فرص التعليم المناسبة حق يكفله القانون ,بل انه في ظل الزامية التعليم يصبح واجبا على الفرد أيضا. كما ان الاخذ بمبدأ ديمقراطية التعليم يتطلب الالتزام المجتمعي بتوفير فرص التعليم لجميع فئات المجتمع بغض النظر عما يتطلبه ذلك من تعديلات في نمط الخدمات التربوية .وتمثل الاعلانات العالمية والنصوص التي تصدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحددة اعترافا واسعا بحقوق المعاقين. وهذا الاعتراف يقتضي بضرورة التزام دول العالم أجمع بتنفيذ تلك الاعلانات والسياسات من خلال اقرار تشريعات وقوانين تكفل هذه الحقوق وتضمن وضع خطط عمل وطنية لتنفيذها ,من الامثلة على تلك الاعلانات واللوائح التشريعية الاعلان العالمي لحقوق الانسان الذي ينص على أن جمع الافراد ولدوا أحرار يتمتعون بالكرامة الانسانية,ولهم نفس الحقوق في التعليم والعمل والراحة والاستمتاع .وكذلك ما صدر 1975من وجوب احترام الكرامة الانسانية للمعوقين وحماية حقوقهم الاساسية أسوة بأقرانهم في المجتمع ,بغض النظر عن مصدر أو الطبيعة أو شدة اعاقتهم . وقد عمد البيان العالمي الذي أقره المؤتمر العالمي حول التربية للجميع الى ابراز عدد من المبادئ ,منها:

الحق لكل طفل في مرحلة كاملة من التعليم الاساسي- الالتزام بمفهوم التعليم الذي يكون محوره الطفل, ويعترف فيه بالحقوق الفردية باعتبارها مصدرا للثراء والتنويع - ضرورة تحسن نوعية التعليم -زيادة مشاركة أولياء الأمور وخاصة الإباء وكذلك المجتمع المحلي في جهود التعليم.

3.5. الاساس الاقتصادي:

لما كانت أهم أهداف التربية هي أعداد الفرد للحياة وتزويده بالمهارات والمعلومات اللازمة لان يكون عضوا نافعا بالمجتمع ,قادرا على تحقيق درجة كافية من الاستقلالية والكفاية الذاتية ,فان اهمال تعليم الطلاب الذين يواجهون صعوبات مختلفة بحجة حاجتهم الى نمط خاص من التعليم ,سيحرم المجتمع من جزء غير يسير من طاقة أبنائه .كما سينجم عن ذلك خلق فئة معاقة ستكون عبئا على المجتمع وتتطلب رعايته المستمرة. ان تقدير تكاليف مثل تلك الرعاية المادية والبشرية المترتبة على تحويل قطاع من العاملين من مجالات الانتاج الى مجال تنظيم وادارة برامج الرعاية لذوي الحاجات الخاصة يعتبر هائلا .وهذا يعني أن حرمان هؤلاء الأطفال من فرص التعليم لا يترتب عليه خلق فئة معاقة فقط ,بل تحويل نشاط فئة أخرى من الافراد لتعمل في مجال رعاية هذه الفئة بدلا من الاسهام في الانشطة الانتاجية المختلفة ,مما يعني أن التكلفة المجتمع تصبح
مزدوجة. (عبد القادر الشريف 33،2014)

6-أهداف التربية الخاصة :تهدف التربية الخاصة إلى العناية بالألف ذوي الاحتياجات التربوية المتفوقين والموهوبين والمعاقين، وذلك من خلال اتخاذ كافة الإجراءات الكفيلة بمنع حدوث الإعاقة والكشف المبكر عن الاضطرابات و الإعاقات والعمل على التخفيف من شدة تأثيرها وتجنب الظروف التي من شأنها أن تعمل على تطور الإعاقة، كما تهدف إلى تنمية المهارات الأساسية واستثمارها لدى هذه الفئات كل حسب استعداداته وإمكانياته وفق خطة مدروسة وبرامج للوصول بهم إلى أفضل مستوى ممكن، وتمكينهم من الاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه بنجاح، وتتضح أهدافها فيما يلي:

أهداف وقائية :التي تقلل أو تساعد الفرد ذوي الاحتياجات الخاصة على عدم تفاقم الخلل أو عدم حدوثه الثقافية الصحية والتشخيص المبكر للإعاقة أو الخلل

أهداف علاجية :محاولة علاج (تأهيل وتدريب) الخلل والتشوه الذي يصاب به الفرد

أهداف وظيفية: يكون التأهيل الوظيفي لذوي الاحتياجات الخاصة (وسائل ومعدات)مكيفة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة لتطوير تحصيلهم الأكاديمي.

أهداف إنسانية : كضرورة تكافئ الفرص وتحقيق الرعاية التي يكفلها القانون.

6. أنواع الدمج في التربية الخاصة :

الدمج الشامل :هو أن ندمج الطفل الغير عادي مع الفصول ومؤسسات العاديين .

الدمج الجزئي: وهو أن نقيم فصولا خاصة للغير عادي داخل المؤسسات عادية

العزل: وهو أن نقيم للطفل الغير عادي مؤسسات خاصة به بالاحتياجات التي تليق به, حيث تكون هذه المؤسسة مكيفة حسب الاحتياجات. (العمري,2020 ،3)

7-مؤسسات التربية الخاصة واستراتيجياتها:

1.7. مراكز الاقامة الدائمة :

يقوم نظام هذه المراكز على وضع الأطفال العاديين في مراكز خاصة تكون الاقامة فيها دائمة تقدم فيها جميع الخدمات التربوية والتعليمية والنشاطات بجانب المبيت والتغذية ووسائل الترويح ولا يسمح لغير العاديين بالخروج منها انما يسمح لذويهم خلال العطلات الاسبوعية ,إلا ان التربويين لاحظوا أن هذه المراكز برغم ما تقدمه من خدمات –إلا انها تحرم الأطفال من المشاركة في الحياة الاجتماعية مما يسبب لديهم قصور في السلوك التكيفي.

2.7.المركز الخاصة النهارية:

أنشئت هذه المراكز لتجنب الانتقادات التي وجهت لمراكز الاقامة الدائمة فهي تستقبل الأطفال غير العاديين في الصباح وتصرفهم في وقت متأخر من النهار بعد تقديم البرامج المقررة لهم. لكن هذه التجربة ووجهت بانتقادات من حيث ضعف الخدمات المتعلقة بنقل الأطفال والعجز في اعداد المتخصصين وعدم اكتمال شروط المشاركة الاجتماعية لان عودة الطفل الى منزله لم تحقق له التفاعل مع زملائه من نفس السن.

3.7. الفصول الخاصة في المدراس العادية :

وجاءت التجربة تطويرا للمراكز السابقة وتلاقي سلبياتها .وتقوم التجربة على أساس تخصيص فصل داخل المدرسة العادية للتلاميذ غير العاديين بما يحقق لهم الاندماج الجزئي مع التلاميذ العاديين .ان نظام الدراسة في هذه الفصول الخاصة يسمح بتقديم برامج تربوية خاصة داخل الفصل لبعض الوقت وبرامج تربوية مشتركة مع التلاميذ مع التلاميذ العاديين الا أن هذه التجربة كسابقاتها لم تنجو من الانتقادات التي اعتبرت أن وضع التلاميذ غير العاديين في فصل خاص بالمدرسة يشكل حاجزا اجتماعيا ونفسيا بينهم وبين العاديين ,فضلا عن تعرضهم لاتجاهات سلبية من العاديين.

4.7.الدمج الشامل :

اتجهت السياسة التربوية بعد ذلك نحو تطبيق سياسة الدمج الشامل لغير العاديين في الفصول الدراسية مع العاديين مع التوجيه رعاية الخاصة بهم, وهذا الاتجاه يقضي على سلبيات التجارب السابقة ويحقق لغير العاديين تربية متوازنة مع العاديين وينتج لهم فرصة الانخراط الكامل مع اقرانهم بما يساعدهم على التكيف الاجتماعي السليم.

ويصبح الدمج في بعض الاحيان مضرا بالطفل المعوق عندما يكون وجوده شكليا بالمدرسة العادية اما احده اعاقته أو لعدم وجود الظروف الملائمة ,كما أن السلبية التي يحملها المجتمع اتجاه المعاقين بشكل صعوبة نحو تطبيق هذه السياسية وتنفيذها وقد يؤدي الى الاحباط لدى المعاقين بسبب عدم القدرة على مجاراة الطلبة العاديين.

الى زيادة القلق والخجل لدى المعاقين ,وقد يحدث في بعض الأحيان خلل أو فشل في النظام الادراي للمدارس العادية مما يؤدي بالضرورة الى نتائج وخيمة تضر بجميع التلاميذ داخل المدرسة سواء العاديين منهم والمعوقين ,بل اثارة سوف تمتد لتشمل المجتمع بجه عام.

8. استراتيجيات التربية الخاصة :

كما يشير اليها القريوتي وأخرون :

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

الخلو من المعيقات سواء كانت هذه العوائق طبيعة أو معمارية أو اتجاهات سلبية.
اللامركزية: وهو عدم اختصار التربية الخاصة وبرامجها على الأقسام والإدارات المركزية وإنما يجب أن تكون مرنة من خلال اعطاء الصلاحيات لاتخاذ القرارات ,وتنفيذ البرامج في مختلف المناطق.
الادماج : وبمعناه الشامل مجموعة من الاجراءات والممارسات التي تزيد من فرص المشاركة القصوى في الحياة الثقافية الاجتماعية والاندماج التعليمي بعد جزء من عملية الادماج الشاملة وهي الاجراءات المتخذة لتوفير خدمات التربية الخاصة من خلال المؤسسات التربوية العادية.
التنسيق: ويقوم على ضرورة اشراك الوالدين في مختلف البرامج المقدمة لذوي الحاجات الخاصة المهنية :تتطلب برامج التربية الخاصة توفير معلمين على درجة عالية من التأهيل والإعداد.
الواقعية: تسعى استراتيجية التربية الخاصة الى تطوير برامج تأخذ باعتبار المستوى الاجتماعي والثقافي والتقني والاقتصادي والسياسي. (عبد المجيد الشريف,22،2021)

9-واقع التربية الخاصة في الجزائر :

أصبح المعاقون في المجتمع الجزائري يشكلون شريحة هامة من حيث عددهم وطاقتهم ومؤهلاتهم وبما أن كل فرد ليس في مأمن من الوقوع في فخ الاعاقة مهما كان نوعها, فان المسؤولية الاجتماعية حتى الفردية تدعوا جميع المسئولين والمواطنين الى اعطاء هذه الفئة الأهمية التي تستحقها.
ومنذ استقلال الجزائر بدأت الدولة في اظهار العناية والاهتمام بالمسائل الاجتماعية عامة وبفئة المعاقين خاصة ,اذ استحدثت وزارة للحماية الاجتماعية سنة 1984أخذت على عاتقها حماية وترقية حقوق المعاقين والعمل على تحقيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في الحياة الوطنية ,كما تبنت الجزائر الاتفاقية الدولية للدفاع عن حقوق الاشخاص المعاقين 2007/03/31,وقبل ذلك حقق المعاقون أهم مكاسبهم التشريعية بعد نضال طويل من خلال صدور القانون رقم 09/02 المؤرخ في التاريخ 08/05/2002 المتعلق بحماية المعاقين وترقيتهم ,الذي كان تجسيدا لنص الاعلان الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في 1975/12/19 حول حماية المعاقين ,كذا الاعلان العالمي سنة 2006وكذا للنظرة الحديثة للمعاق بوصه شخصا ومواطنا له حقوق عليه واجبات كغيره من الاشخاص العادين ,وكذا استجابة لطموحات الكثير من المعاقين الذين عانوا من مرارة التهميش لسنوات طويلة.
استبشرت فئة ذوي الاحتياجات الخاصة بهذا القانون ,اذ جاء بمواد تكشف تقدما ملحوظا في نظرة السلطات العمومية الى مشكلة الاعاقة بكل تداعياتها ,حيث غطى هذا القانون في الفصل الأول منه تطرق الى الوقاية من الاعاقة في الفصل الثاني, ليتطرق في الفصل الثالث الى مواضيع التربية والتكوين المهني وإعادة التدريب الوظيفي ثم يأتي الفصل الرابع ليتعرض الى الادماج والاندماج الاجتماعيين, أما الفصل الخامس فقد خصص للحياة الاجتماعية للمعاقين ورفاهيتهم , في حين تطرق الفصل السادس والاخير الى دور الهيئات المشرفة على تطبيق هذا القانون ,وسوف تقتصر دراستنا حول مختلق حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تعتبر مكسبا هاما لها, سواء من حيث الاعتراف بصفة المعاق وكذا الحصول على المساعدة الاجتماعية أو من حق الاندماج المؤسساتي والاجتماعي لهذه الفئة في المجتمع.
تشكل خاصية الاعاقة أحد الأسس التي يمكن أن تبني عليها الاليات المقررة لحامة ذوي الاجتياجات الخاصة وقد قام المشروع الجزائري بتعريف المعوق من خلال قانون الصحة وترقيتها والقانون المتعلق بحماية الاشخاص المعوقين.
ويعرف المعاق من خلال القانون رقم 85/05المتعلق بحماية الصحة وترقيته جاء هذا القانون في اطار يتضمن الاحاطة بمجال الصحة وتنظيم العمل الصحي بشكل عام ,وقد تطرق في الفصل التاسع منه من

الباب الثاني الى تدبير حماية الاشخاص المعوقين ,حيث عرفت المادة 89منه الشخص المعاق بما يلي :"يعد شخصا معوقا كل طفل او مراهق او شخص بالغ أو مسن مصاب بما يلي:
-اما نقص نفسي أو فيزيولوجي
-اما عجز ناتج عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري
-اما عاهة تحول دون حياة اجتماعية او تمنعها
وتعرف المعاق أيضا من خلال القانون 09/2 المتعلق بحماية الاشخاص المعوقين وترقيتهم يشكل القانون 09/02 تشريعا متخصصا في مجال حماية الاشخاص المعوقين وترقيتهم وقد لتأكيد سياية الدولة في مجال حماية الانسان بما يؤدي الى حماية الفئات الخاصة ,حيث عرفت المادة02 منه المعوق بأنه ككل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من اعاقة او أكثر ,وراثية أو خلقية أو مكتسبة تحد من قدراته على ممارسة نشاط عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية أو الاجتماعية نتيجة اصابة وظائفه الذهنية او الحركية او العضوية الحسية.(رواب,4،2018)

10. واقع التربية الخاصة في العالم:

تنظر معظم المجتمعات العربية إلى ذوي الاحتياجات الخاصة نظرة شفقة، وهؤلاء يعتبرون في الكثير من الأحيان "فئة مهمشة غير مرغوب فيها" بسبب عقليات المجتمع أو القوانين الحاكمة.
قد شهدت أعداد ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي ارتفاعًا ملموسًا خلال السنوات ألأخيرة خاصة بعد انتشار أحداث الربيع العربي وانتقاله من دولة إلى أخري ومجابهة تلك الأنظمة الدكتاتورية لتلك التظاهرات بالقمع والتنكيل. حيث كانت آخر إحصائية يعوّل على صحتها أجرتها منظمة الصحة العالمية، عام 2012، خلصت إلى وجود أكثر من 34 مليون من ذوي الاحتياجات الخاصة في المنطقة. الآن يتوقع زيادة نسبة المعاقين والمحتاجين للرعاية الخاصة بنسبة كبيرة جدًا، خاصةً في العراق وسوريا بعد سنين الحرب الطويلة، وتسلط الفساد على رؤوس العباد، حيث يتوقع ازدياد نسبة المعاقين في العالم العربي لحوالي 40 مليون
وعلى سبيل المثال لا الحصر نتناول بعض الأرقام في الدول المستقرة في العالم العربي لبيان حجم هذه الفئة وما تعانيه، فمثلًا:

المغرب:

يتجاوز عدد ذوي الاحتياجات الخاصة في المغرب حاجز الـ2.2 مليون مواطن، ما يمثل 6.8% من إجمالي عدد السكان، ما يعني أن أسرة واحدة من بين كل 4 أسر معنية بالإعاقة، وفقًا للنتائج التي أوردتها وزارة الصحة المغربية. من جهتها طالبت التنسيقية المدافعة عن حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في المغرب، ضمن رسالتها، المنظمات بـ"قبول طلب اللجوء الإنساني في أحد البلدان، التي ترغب في احتضان هذه الفئة المنبوذة، و المحرومة من أبسط الحقوق الإنسانية في العيش الكريم".
وأكدت التنسيقية أن الحكومة لا "تحترم الاتفاقيات الدولية، وحقوق الإنسان، والمعاقين، بل ودستور البلاد وقوانينها، وفشلت في إيجاد حل لملف المكفوفين المعطلين، حاملي الشهادات"، وساقت مثالًا على ذلك بـ"نسبة 7% من عدد الوظائف التي يفترض تخصيصها لهم، والتي ما يقارب نحو 20 سنة ونحن ننتظر تفعيلها"

تونس:

في تونس قال الأمين العام للاتحاد العام التونسي للشغل نورالدين الطبوبي: "إن الأشخاص ذوي الإعاقة ما زالوا محرومين من حقّهم في الشغل مؤكدا أن نسبة البطالة في صفوفهم بلغت 40% حسب

الإحصائيات الرسمية و60% حسب المنظمات الممثلة لهم ممّا يجعلها تبلغ 3 أو 4 أضعاف مقارنة ببقية السكّان النشطين".

مصر:

تتصدر مصر قائمة الدول العربية الأكثر عددًا في معدلات ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ يقدر عددهم بنحو 12 مليون مصري حسب تقديرات أممية، تفنيدًا للأرقام المصرية التي تذهب إلى أن العدد الحقيقي يتراوح بين 3 و4 ملايين معاق. وتقول هبة هجرس ناشطة مصرية في حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، وعضو في المركز القومي لشؤون ذوي الاحتياجات الخاصة: "إن ما تخصصه الحكومة المصرية من حصة ذوي الاحتياجات الخاصة حسب "نظام الكوتا" في سوق العمل المصري لا وجود له على أرض الواقع"، إذ تسمح الحكومة المصرية بانتداب 5% من ذوي الاحتياجات الخاصة من نسبة الموظفين إلا أن هبة تؤكد أن النسبة لا تتعدى 0.5% فقط.

لبنان:

أما في لبنان فبحسب التقرير الأخير الذي صدر عن البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية فإن ذوي الاحتياجات الخاصة يشكلون نسبة 15% من سكان لبنان، ورغم مضي 13 عامًا على صدور القانون 2000/220 المتعلق بحقوق الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في لبنان فإن معظم بنوده لم تطبق بعد وهو ما يهدد حياة هذه الفئة.

فلسطين:

في فلسطين، هناك ما يقرب من 400 ألف شخص من ذوي الإعاقة، أكثر من نصفهم في سن العمل، ولكن لا بواكي لهم.

السعودية:

تصل نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة في السعودية 7% من إجمالي عدد السكان بتعداد قدره 1.5 مليون طه الراوي ,(.مواطن، وهم مهمشين بدرجة كبيرة، ويعانون من عدم توفر أبسط الخدمات المقدمة لهم 2019)

في الاخير يمكن القول بان: موضوع التربية الخاصة يعد من الموضوعات الحديثة في المجال السيكولوجي ,والميدان التربوي ,التي تقوم على تقديم مجموعة من الخدمات الطبية ,والتربوية ,والتأهيلية , و التدربية للأفراد غير العاديين . وان حركة التربية الخاصة المعاصرة وما تتخذه من استراتيجيات وتوجيهات ومما ترنو اليه من توقعات ,تؤكد أن التربية الخاصة ميدان ابداع للإنسان بقدر ما تنطوي عليه تحديات شتى لإنسانية الانسان ,واختبار لكفاءته ,ولكي تكو التربية الخاصة هكذا بحق ,بهذا رهن المعلم ولذلك فان فعالية أي برامج تربوية محتوم بالمعلم الفعال الكفء.

قائمة المراجع والمصادر:

- الراوي ,طه ,(2019): ذوو الاحتياجات الخاصة حقوقهم وواقعهم في العالم العربي
- الشريف عبد المجيد,(2011):التربية الخاصة وعلاجاتها .ط1,مصر ,للنشر والتوزيع
-العموري ,أبركان (2020):محاضرات التربية الخاصة , , قسم العلوم ألاجتماعية برج بوعريريج
- الظاهر, أحمد :(2008),مدخل لتربية الخاصة ,ط2,عمان ,دار وائل انشر وتوزيع
- بديع عبد العزيز القشاعلة الاساس في التربة الخاصة , فلسطين ,دار الهدى(2018)
- رواب ,عمار ,(2008):نظرة الاسلام لذوي الاحتياجات الخاصة ,مجلة كلية الاداب والعلوم الانسانية والاجتماعية ,جامعة محمد خصير بسكرة ,العدادان الثاني والثالث ,جانفي ,فيفيري

- عبد القادر ,الشريف (2014):مدخل الى التربية الخاصة ,القاهرة ,دار جوهرة لنشر والتوزيع

المحاضرة الثانية : الاعاقة الذهنية

تمهيد:

تعتبر الإعاقة العقلية من الظواهر الاجتماعية و النفسية و التربوية والطبيعية على مر العصور يتضح أثرها في كل المجتمعات كما تعتبر موضوعا هاما, حيث لم يعد النظر إلى المعاقين عقليا على أنهم بشر يجب إهماله وإغفال تربيته وتعليمه وتنمية مهاراته , وإنما أصبح ينظر إلى المعاقين عقليا على أنهم إفراد يستحقون امتلاك القدرة على التكيف مع مطالب الحياة وشق طريقهم فيها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقتهم حيث أن الفرد المعاق قبل أن يكون معاقا فهو مواطن عادي يعيش في مجتمع ديمقراطي يحترم القيم الإنسانية والاجتماعية ويتيح لإفراده بصرف النظر عن قدراتهم .
الفرص المتكافئة باعتبارها حقوقا وليست منحة من باب الشفقة أو الإحسان كما أن نظرة المجتمع وموقفه من الإنسان الذي يولد بضعف ما أو يصاب به في حياته هما اللتان تحولان هذا الضعف إلى إعاقة ولكن يعيش المعاقون حياة طبيعية ويسهمون في تنمية مجتمعاتهم علينا أن نركز على قدراتهم الباقية وما يستطيعون عمله من خلال ذلك تطرقنا في هذا العرض التعرف على هذه الإعاقة أكثر. وما هي أهم أسبابها ؟ وكيف يتم تشخيص هذه الإعاقة ؟ وما هي الأسس العامة لتدريب المعاقين ذهنيا ؟

1 - تعريف الإعاقة :

الإعاقة هي إصابة نفسية أو عقلية نفسية أو بدنية تسبب ضررا لنمو الإنسان وتطوره البدني والعقلي أو كلاهما، بحيث تترك أثرا على حالته النفسية والتعليمية والتدريبية. (ادموليد، 2014 ، 24)

تعريف الإعاقة الذهنية :

1 - حسب الاتجاه الطبي :

الإعاقة الذهنية تعرف بأنها تلف في المخ يؤدي إلى بطء الإثارة ونقص في القدرة على التعلم وعدم التكيف الاجتماعي. (العوادي ، 2014، 13) **2 - حسب**

الاتجاه القانوني :

الشخص المعاق ذهنيا هو الغير قادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة . (وادي ,2009 , 34)

3 - حسب الاتجاه السيكومتري :

اعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن الفرد الذي يقل ذكائه عن 70درجة فرد معاق ذهنيا .

4 - حسب الاتجاه الاجتماعي :

الإعاقة العقلية هي حالة عدم اكتمال النمو العقلي لدرجة تجعل الفرد عاجزا عن التكيف مع الآخرين مما يجعله دائما بحاجة لرعاية وإشراف ودعم الآخرين .

5 - تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :

عند هيبر الإعاقة تشير لمستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبط بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية: النضج، التعليم، التكيف الاجتماعي. (العوادي، 2014 , 14)

2 - التطور التاريخي للعناية بالمعوقين ذهنيا :

تشير مختلف المصادر إلى أن استجابة المجتمعات الإنسانية لظاهرة الإعاقة العقلية وموقفها من المتخلفين عقليا مرت بأربع مراحل أساسية وهي :

1 مرحلة الإبادة : كانت المجتمعات الإنسانية في العصور القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء , وابرز الأمثلة على ذلك ما ورد في " جمهورية أفلاطون " التي كانت تقوم على ارستقراطية العقل . حيث نادى أفلاطون بضرورة إخراج خراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا . وكذلك تفعل اسبرطة والإمبراطورية الرومانية اللتان كانتا تتخلصان من المعوقين بشتى الطرق .

2 - مرحلة الإهمال :

في هذه المرحلة خفت سلبية ردود الأفعال إزاء المعوقين عقليا .ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل حتى الموت بل كانوا يتركون في المجتمع مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا .وبطبيعة الحال فإن هذا الإهمال كان يعود إلى حدث تلقائي سريع لحالات الإعاقة الشديدة عقليا. (كوافحة , عبد العزيز, 2003 ,64) وقصر واضح في المدى العمري لمختلف فئات المعوقين.

3 - مرحلة الرعاية الأساسية :

يمكن القول إن هذه المرحلة بدأت وتأصلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية وأخلاقية تنادي برعاية الضعفاء والمرضى والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظا في المجتمع وخاصة الدين الإسلامي الحنيف .

واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعاقين عقليا وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء وشهدت هذه المرحلة إيجاد دور الإيواء للمعاقين عقليا . وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعاقين عقليا وأحيانا كان المعاقين عقليا يودعون في السجون إلى جانب المجرمين للاعتقاد بأنهم يشكلون خطر على المجتمع . وفي أحيان كثيرة يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى النفسيين والعقليين .

4 - مرحلة التربية الخاصة والتأهيل :

يمكن القول إن هذه المرحلة بدأت معا نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر. واتسمت هذه المرحلة ببدء المحاولات على تدريب المعاقين عقليا وتاهليهم . وتشكل جهود الطبيب الفرنسي ايتارد البداية الحقيقة لهذه المرحلة . عن طريق تدريب الطفل فكتور وتعليمه كيفية نطق وكتابة وقراءة بعض الكلمات . إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء .

* ثم قام سيجان وهو احد تلاميذ ايتارد سنة 1837م بافتتاح مؤسسة لرعاية المعاقين عقليا في باريس.

* وفي عام 1848م هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث افتتح في سنة 1854م أول مؤسسة داخلية للمعاقين عقليا.

* وفي الوطن العربي كان لميثاق حقوق الطفل العربي والذي صدر في عمان 1984م عن مؤسسة نور الحسين دورا بارزا في أهمية حماية الطفل العربي .حيث دعى الميثاق الئ احترام إنسانية الطفل وتوفير (عبد العزيز, 2003, 65)كوافحة المناسب لنموه نفسيا واجتماعيا وعقليا وأخلاقيا والى حمايته من. المعاملة السيئة بجميع أشكالها

3 - تصنيفات الإعاقة الذهنية :

مكن تصنيف الإعاقة العقلية إلى 3 فئات تعتمد كل منها على مجموعة من الجوانب عند المتخلفين عقليا وهذه التصنيفات هي :

أولا : تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

اعتمدت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نسبة الذكاء فهي ترى أنه يمكن تقسيم المتخلفين عقليا إلى أربعة فئات اعتمادا على نتائج اختبارات الذكاء وهي :

1 - فئة التخلف العقلي البسيط :

وحسب هذا المعيار تكون هذه الفئة للأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين 55-70 على اختبارات الذكاء .

2 - فئة التخلف العقلي المتوسط :

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ما بين 40-55على اختبارات الذكاء .

3 - فئة التخلف العقلي الشديد :

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين 40-25على اختبارات الذكاء.

4 - فئة التخلف العقلي الحاد :

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء متدنية جدا تقل عن 25على اختبارات الذكاء

(كوافحة , عبد العزيز, 2003 ,61)

ثانيا : التصنيف التربوي :

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة العقلية إلى الأقسام التالية وذلك حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية وهو ما يطلق عليه أيضا الصلاحية التربوية وهذه الأقسام هي

1 - القابلون للتعلم :

وهم من تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 50 - 55الى 75 - 79 وهم قادرون على تعلم بعض المهارات الأكاديمية لكنهم يحتاجون إلى رعاية وعناية واهتمام . (شريف , 20014, 85)

2 - القابلون للتدريب :

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين 55-25 درجة وهذه الفئة غير قادرة على تعلم المهارات الأساسية مثل القراءة والكتابة والحساب .ولكن يمكن تدريبهم على القيام ببعض المهارات الأساسية مثل العناية بالنفس واللباس والقيام بالأعمال البسيطة التي تتطلب ذكاء بسيطا . (كوافحة , عبد العزيز, 2003 , 62)

3 - من يحتاجون إلى رعاية وحماية:)

وهم الأفراد من ذوي التخلف العقلي الشديد أو الحاد ويطلق عليهم الأشخاص الاعتماديون .وهم غير القادرين على تعلم حتى المهارات الأساسية والاعتماد على النفس في اللباس وغير ذلك وهؤلاء يحتاجون إلى متابعة ورعاية دائمة .

ثالثا : التصنيف الطبي :

هذا التصنيف يعتمد على الخصائص الإكلينيكية المميزة لفئة التخلف العقلي يتضمن الفئات التالية

1 - الاستسقاء الدماغي :

سميت هذه الحالة بهذا الاسم لوجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ , أي ما بين القشرة الدماغية والدماغ , أو خارج القشرة الدماغية . في هذه الحالة تعتمد الإعاقة على سرعة اكتشاف هذا السائل فإذا تم اكتشافه مبكرا يمكن سحبه بعملية جراحية , أما إذا تأخر اكتشافه فانه يعرض الشخص للإصابة بالإعاقة العقلية لأنه لا يسمح بالنمو بشكل سليم .

2 - البول الفيتاليني :

يعود اكتشاف هذه الظاهرة إلى الطبيب النرويجي قولنج سنة 1934 م وسبب وجود هذه الظاهرة هو نقص كفاءة الكبد في إفراز أنزيم يساعد في عملية التمثيل الغذائي ويمكن اكتشاف وجود هذه الظاهرة عند الطفل إما بوضع نقاط من حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود حالة البول الفيتاليني لدى الطفل كما يمكن وضع شريط حامض الفيريك على فوطة الطفل وبعد ذلك يقارن اللون مع لوحة الطبيبة المختصة .

3حالة عرض داون أو المنغولية .

تعود هذه التسمية إلى الطبيب الانجليزي جون داون حيث بين في محاضرة عرضها عام 1866 بان هذه الحالة تشكل حوالي 10 من الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة .

4 - صغر حجم الجمجمة :

يعود السبب في وجود هذه الحالة إلى تناول الكحول والتدخين وتناول العقاقير أثناء الحمل وتعود أيضا للعوامل الوراثية وفي هذه الحالة يصعب على المعاق التآزر الحركي والبصري .

5 - القماءة :

القماءة الملحوظة مقارنة معا المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الشخص المعاق ويعود السبب في ذلك في إفراز حامض الثيروكسين والذي تفرزه الغدة (كوافحة عبد العزيز, 2003 , 63) إلى نقص الدرقية .

4 : أسباب الإعاقة الذهنية :

عوامل ما قبل الولادة:

هي مجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين و تسبب إعاقته العقلية، ويمكن اعتبارها عوامل وراثية، إلا أن وراثة الإعاقة الذهنية هذه قد تحدث مباشرة عن طريق المورثات والجينات التي تحملها كروموزمات الخلية التناسلية، كما قد تؤدي التغيرات المرضية التلقائية التي تطرأ على الجينات التي تحملها الكروموزمات إلى الإعاقة الذهنية أيضا وذلك أثناء انقسام هذه الخلايا

يضاف إلى ذلك أن الإعاقة الذهنية قد تحدث في فترة ما قبل الولادة نتيجة عوامل أخرى ليس لها علاقة في الجينات، وإنما هي عوامل يحدث تأثيرها بعد أن تتم عملية الإخصاب وتكوين الجنين سواء كان ذلك في بداية تكوينه أم أثناء فترة الحمل لذلك يمكن تقسيم عوامل ما قبل الولادة إلى قسمين رئيسيين هما :

1 - عوامل جينية :

2 - عوامل غير جينية :

العوامل الجينية وتنقسم هذه العوامل أيضا إلى قسمين هما :

أ- العوامل الجينية المباشرة: يرث الطفل الإعاقة الذهنية مباشرة من والديه و أجداده عن طريق الجينات الوراثية الذهنية ما بين (20 - 40 %) فقد وجدت بعض الدراسات أن 40 % من حالات الإعاقة الذهنية تعود إلى النوع العائلي .

و فيما يتعلق بالوراثة الجينية أيضا فإننا نعود إلى التذكير بأن الفرد يرث عددا متساويا من الكروموزمات من كلا الوالدين تساوي (23) كروموزما من كل منهما ، و بهذا فإن الفرد يرث (46) كروموزوم تترتب في 23 زوجا .

استطاع " لجوين و رفاقه " في سنة 1959 أن يكتشفوا أنه في حالة الإعاقة الذهنية التي أطلقوا عليها اسم المنغولية يكون لدى الفرد كروموزوم زائد و أن هذا الكروموزم ملتصق مع زوج الكروموزومات لا ثنائي و هناك حالات أخرى تسبب نوعا أخر من ..trisamy رقم 21 بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثي المنغولية لا يكون فيها كروموزوم زائد بل يكون لدى الفرد فيها 46 كروموزوم القسم إحداهما أو النقص mosaic " ذلك الجزء بكروموزم آخر . هذا الإضافة إلى نوع ثالث من المنغولية يطلق عليها اسم و هذا النوعان الأخيران من المنغولية يشكلان نسبة (4-5%) فقط من حالات mongolism المنغولية، جميعها في حين أن نسبة حدوث المنغولية بجميع أشكالها في المجتمع الكلي تشكل 1 - 2 ما بين كل (100) طفل. وتشير بعض الدراسات إلى أن مستوى الإعاقة الذهنية في هذه الحالات أما أن يكون متوسطا أو يكون شديدا .

ب - العوامل الجينية الغير المباشرة : تشمل هذه العوامل حالات الإعاقة الذهنية التي يرث فيها الجنين صفات مختلفة من الصفات التي ذكرت في العوامل الجينية المباشرة من حيث أن الإعاقة الذهنية لا تورث مباشرة هنا. و أما ما يورث هنا فهو نوع من المرض أو الخلل والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من أحد والديه أو كليهما وتسبب تلف لدماغ الطفل. وتصيب جهازه العصبي وتعيقه و تؤدي إلى تخلفه العقلي .

تشمل هذه الفئة من العوامل ما يلي :

1 - العيوب المخية تنتقل هذه العيوب إلى الجنين عن طريق الجينات يصاحبها أحيانا نمو شاذ في الجمجمة قد يرافقه إما صغر الدماغ أو كبره .

2 - لاضطرابات في تكوين الخلايا وهذا الاضطراب ينتقل إلى الجنين عن طريق جينات معينة تؤثر في سلامة الخلايا بشكل عام أو خلايا الدماغ على وجه الخصوص وفي هذه الحالة بالذات يؤدي إلى الإعاقة الذهنية . (عوادي خوله , 2013 , 16)

3 - اضطرابات التمثيل الغذائي أو عملية الهدم و البناء عملية الايض و يذكر "جيريتين انه أمكن التعرف حتى الآن على حوالي 90 نوعا من الأمراض التي تصيب الجنين نتيجة اضطرابات في التمثيل الغذائي و أن هذه الأمراض تنتقل إلى الجنين عن طريق الجينات.

4 - إصابة الأم الحامل بارتفاع درجة حرارة شديدة لمدة طويلة أثناء الأشهر الثلاثة الأولى.

. 5 - مشكلات سوء التغذية بالنسبة للام الحامل مما يسهم في حدوث تلف في الدماغ الجنين لو لم يصب بـ (PK) و لكن يتأثر فيه وهذا ما يسمى maternal ku
حيث أن 90 % من أطفال الأمهات المصابات ب (pu) لا يتبعن نظاما غذائي
مناسب يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة الذهنية أو صغر حجم الدماغ أو نقص الوزن عند الولادة .
ووجد أن حوالي 64 % من الأطفال المصابين ب (UKP) يعانون من إعاقة ذهنية شديدة.
و 23 % من إعاقة ذهنية متوسطة. و 13% تعاني من إعاقة ذهنية خفيفة .
6 - تعرض الأم الحامل لحوادث مفاجئة .
7 - قص هرمون الغدة الدرقية لكل من الأمهات الحوامل والأجنة .
8 - إصابة الجنين نفسه ببعض الأمراض النادرة التي يكثر انتشارها بين بعض الشعوب والأجناس دون الأخرى مثل: التهاب السحايا والأمراض الناجمة عن زوال المادة النخاعية .
العوامل غير الجينية تؤثر على الجنين في فترة الحمل عوامل متعددة أخرى غير تلك العوامل الجينية التي ذكرت سابقا ويطلق البعض على هذه المجموعة من العوامل البيئية قبل الولادة اسفكيس" وفي مثل هذه الحالة فإن انقطاع الأوكسجين و عدم وصوله إلى دماغ الوليد و لو
لفترة قصيرة جدا يؤدي إلى تلف في بعض خلايا الدماغ و يسبب الإعاقة الذهنية. تسمم الجنين أو انفصال المشيمة المبكر أو طول عملية الولادة أو عسر أو زيادة هرمون الذي ينشط عملية الولادة
2- 2 عوامل ما بعد الولادة: و تشمل الحوادث والأمراض المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره بشكل خاص. وتسبب تلف في الجهاز العصبي أو بعض أجزائه ومن بين هذه الحوادث والأمراض ما يلي :

* إصابة الدماغ على اثر الحوادث و الصدمات .
* نقص نشاط الغدة الدرقية احد الأسباب الرئيسية للإعاقة عند الأطفال .
* عرض الطفل لحوادث التسمم و الاختناق تؤثر على الدماغ .
* سوء التغذية له تأثير رئيسي في تطور الدماغ لدى الأطفال وينتج عنه إعاقة ذهنية دائمة .
* أخيرا بعض الأمراض التي تصيب الأطفال كالحصبة الألمانية والسعال الديكي و الحمى القرمزية

5 - خصائص الإعاقة الذهنية :

- خصائص الأكاديمية :

إن العلاقة القوية التي يرتبط بها كل من الذكاء وقدرة الفرد على التحصيل يجب أن لا تكون مفاجئة للمعلم عندما يجد الطفل المتخلف ذهنيا غير قادر على مسايرة بقية الطلبة العاديين في نفس العمر الزمني لهم، وخاصة في عملية تقصيره في جميع جوانب التحصيل، وقد يظهر على شكل تأخر دراسي .
في مهارات القراءة والتعبير والكتابة والاستعداد الحسابي، وقد أشارت "دونا" بأن هناك علاقة بين فئة المعاقين ذهنيا وبين درجة التخلف الأكاديمي، إذن من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المعاقين ذهنيا النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص الواضح في قدرة هؤلاء على اللطف .
من ناحية الانتباه : يعتبر الانتباه متطلب مهما لتعلم التمييز، وقد حاولت دراسات عديدة جدا للتعرف على هذه الصفحة لدى الأفراد المعاقين ذهنيا ، وقد خلصت النتائج إلى افتراض مفاده أن قدرة الشخص المعاق ذهنيا على الانتباه إلى المثيرات ذات العلاقة في الموقف أضعف أو أدنى من قدرة الأشخاص غير

المعوقين، وأن ضعف الانتباه هذا هو العامل الذي يكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها الأشخاص المعاقين ذهنيا .

أما بالنسبة للإدراك لديهم فهو غير واضح، وهناك عدم قدرة على التركيز والانتباه، ولذلك على المدرس الذي يقوم بتدريبهم أن يكون قادرا على الاستشارة وجذب انتباههم، أما ذاكرة المعاق ذهنيا ليس لديه القدرة على التذكر، فقد يعجز عن تذكر حتى الأشياء التي تحيط به، وليس لديهم قدرة على اكتساب المعلومات .

- الخصائص اللغوية :

تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهرا مميزا للإعاقة الذهنية، وذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال التخلف عقلي هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني، وقد أشار هالهان" و "كوفمان (1982م) إلى الخصائص التالية للنمو اللغوي للأشخاص المتخلفين ذهنيا :

1 - إن مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدو هذه المشكلات يرتبط بشدة التخلف الذهني ازدادت المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشارا .

2 - إن المشكلات الكلامية اللغوية لم تختلف باختلاف الفئات التصنيفية للتخلف الذهني .

3 - إن البنية اللغوية لدى المتخلفين ذهنيا تشبه البناء اللغوي لدى غير المتخلفين ذهنيا، فهي ليست شاذة، إنها لغة سوية وبدائية .

4 - لديهم الضعف في القدرات المعرفية و ذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة .

- الخصائص العقلية :

من المعروف أن الطفل المعاق ذهنيا لم يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي، كذلك إن النمو العقلي لدى الطفل المعاق ذهنيا أقل معدل نموه من الطفل العادي، حيث أن مستوى ذكائه قد لا يصل (80) درجة كما أنهم يتصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وإنما استخدامهم قد حصر على المحسوسات ، وكذلك عدم قدرتهم على التعميم .

- الخصائص الجسمية :

من الخصائص النهائية الحركية للمتخلفين ذهنيا لخص فالن و أمانسكي (1985) إلى ما يلي: هناك علاقة قوية بين العمر الزمني والأداء الحركي، فمع تقدم العمر يصبح المتخلف ذهنيا أكثر مهارة حركيا. هناك علاقة قوية بين شدة التخلف الذهني وشدة الضعف الحركي .

إن تسلسل النمو الحركي لدى المتخلفين ذهنيا يشبه التسلسل ألنمائي لدى غير المتخلفين ذهنيا، ومن المشكلات الرئيسية التي يعاني منها الأطفال المتخلفين ذهنيا المشكلات المتصلة بالمجاري البولية وبخاصة منها التسلسل البولي، فقد أشارت الدراسات إلى أن نسبة كبيرة منهم يعانون من مشكلة التسلسل وكذلك يواجهون صعوبة كبيرة في التحكم بحركة اللسان ويظهرون أنماط تنفسية شاذة مما قد يجعلهم عرضة للالتهابات مجرى التنفس، وكذلك اضطرابات عصبية بخاصة الصرع، فحوالي 10% يعانون من الصرع، ولدى الذكور أكثر منها لدى الإناث، وأشارت أن بلوغهم الجنسي مبكر. (عوادي خوله , 2013 , 22)

- الخصائص الانفعالية و الاجتماعية :

جعل الضعف العقلي المعاق الذهني عرضة لمشكلات اجتماعية وانفعالية مختلفة، فقد تبين أن

العجز في السلوك التكيفي يعتبر من أحد الخصائص المهمة للإعاقة الذهنية، ولا يعود ذلك للضعف العقلي فحسب بل كذلك إلى طرق معاملتهم، ونتوقع منهم تدني إلى مفهوم الذات يرتبط بخبرات الفشل والإخفاق الذي يواجهون . (عوادي خوله , 2013 , 22) كذلك يظهرون أنماط سلوكية - اجتماعية غير مناسبة، ويواجهون صعوبات بالغة في بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين .

- الخصائص الشخصية :

إن الأطفال المعوقين ذهنيا لديهم بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية و ذلك لسبب يعود إلى المعاملة والطريقة التي يعامل بها هؤلاء المعاقين في المواقف الاجتماعية، حيث قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون... الخ، وقد أشار " زغلر " من خلال الفرضيات التي وضعها في بحثه إلى أن السبب الحقيقي وراء تسميته أو الحكم على الأطفال المعاقين ذهنيا بأنهم غير اجتماعيين يعود إلى الخبرات السابقة لديهم ومن أصيبوا به من إحباطات نتيجة هذا التفاعل مع القادرين، وأكد " زغلر " بأن السبب يعود إلى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين، وكذلك لدى المعاق ذهنيا ضعف في مفهوم الذات .

- الخصائص المعرفية :

تعتبر الصفات العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل المعاق عقليا عن الطفل العادي ، حيث معدل النمو العقلي يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي، حيث نميز لديه الميل نحو تبسيط المعلومات فالمعاق عقليا، يتصف بقصور قدرته على التفكير المجرد ، أي أنه يواجه قصور في تكوين المفهوم مثل التجريد والتعميم فهو يلجا إلى استخدام المحسوسات في تفكيره، و ربط الأشياء بوظيفتها لذا يصعب عليهم تكوين المفاهيم المجردة .

كما يتميز المتخلفون عقليا بضعف الانتباه في نشاط معين لفترة طويلة بدرجة الطفل العادي, فسرعان ما يشتت انتباهه و ينتقل من النشاط الذي يقوم به إلى نشاط آخر. إضافة إلى قصور عمليات الإدراك كالتميز والتعرف . (عوادي خوله , 2013 , 23)

6 - نسبة انتشا ر الإعاقة الذهنية :

تختلف نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية ,من مجتمع إلى أخر ,كما تختلف تبعا لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع ,فهي تختلف باختلاف متغير الجنس يعني ذكور أو إناث ,والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية, والمعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية , والعمر ودرجة الإعاقة العقلية , كما تختلف تلك النسبة باختلاف البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية ,ومهما يكن من أمر اختلاف النسبة فإنها تتراوح من الناحية النظرية مابين2.5الى 3% من السكان, وذلك استنادا إلى مبدأ التوزيع السوي للصفات البشرية أو منحنى غوس سنة 2000.

ومن أهم العوامل التي تساهم في زيادة نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة أو خفضها في دول العالم المختلفة, فليس من المستغرب أن نجد اختلافا واضحا في نسبة الانتشار , ويعود هذا الاختلاف في تقرير نسبة الانتشار إلى مجموعة من العوامل أهمها :

* اختلاف المعايير المتبعة في تعريف الإعاقة العقلية والاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقليا.
* الاختلاف في المجموعات العمرية .
* معيار السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية .
* الاختلاف في المستوى الثقافي والاجتماعي والخدمات الصحية بين المجتمعات المختلفة .

7 - تشخيص الإعاقة الذهنية : (متولي , 2015 , 80)

توجد ثلاث معايير أساسية لتشخيص الإعاقة العقلية :

* مستوى عقلي وظيفي دون المتوسط اقل من 80 ٪
* قصور في السلوك التكيفي .
* أن يظهر خلال مراحل النمو (منذ الولادة حتى سن 18) .

- التشخيص الطبي :

يتم بواسطة طبيب الأطفال للتعرف على الحالة الطبية والعضوية الفيزيولوجية ومن الإجراءات الكشفية التي يقوم بها الطبيب لتشخيص الإعاقة العقلية حالات اضطرابات التمثيل الغذائي التي تكون من أسباب الرئيسية لإعاقة العقلية وهذه الاختبارات كما يلي :

- اختبار حامض الفيريك ferric choride حيث تخلط بعض من نقاط حامض الفيريك مع بول الطفل فيتغير لون البول إلى اللون الأخضر ,فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (pku) للطفل .
- اختبار نسبة وجود الفلنين فالدم.
- كذلك بعض القياسات التي يجريها الطبيب مثل قياس محيط الرأس مقارنة بمحيط الرأس للطفل العادي ,وبين صغر وكبر الدماغ وحالات متلازمة داون .كذلك التعرف على تاريخ الحالة الوراثية,وظروف الحمل ,ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها .

- التشخيص السيكومتري :

ويتم بواسطة أخصائي القياس النفسي والقدرة العقلية وذلك باستخدام المقاييس الخاصة بالذكاء مثل مقياس (وكسلر) أو مقياس (ستانفورد بينيه) أو مقاييس أخرى للقدرة العقلية , وقد استخدمت هذه المقاييس لتحديد نسبة ذكاء الطفل المعاق عقليا ومن ثم تحديد موقعه على منحنى التوزيع الطبيعي من اجل تصنيفيه في الفئة المناسبة من فئات الإعاقة العقلية

- التشخيص الاجتماعي:

والهدف من هذا التشخيص التعرف على المعوقات الاجتماعية و التكيفية لدى المعوق عقليا وذلك باستخدام مقاييس خاصة مثل مقياس السلوك التكيفي والنضج الاجتماعي ونقصد بالسلوك ألتكيفي في ميدان التربية الخاصة متغير أساسي في تعريف الإعاقة وتعتبر الإعاقة الذهنية فشل الفرد في التكيف الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية والتي قد ترجع إلي قصور في القدرة العقلية للفرد ويتضمن (السلوك التكيفي) مجموعة من المظاهر أهمها النضج الاجتماعي والتآزر البصري الحركي يعني القدرة على التعلم المتمثلة في تعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية النمائية والمهارات الاجتماعية المتمثلة في تعليم مهارات الحياة اليومية والمهارات اللغوية ومهارات معرفة الأرقام والوقت والتعامل بالنقود وتحمل المسؤولية والتنشئة الاجتماعية أما النضج الاجتماعي ويعني وصول الفرد لمحلة التكيف والتواصل مع المحيط لكافة فئاته وطبقاته بحيث تمكنه من تكوين العلاقات الاجتماعية المتينة مع الآخرين خالية من التعقيد و الصراعات والرهبة والخوف من الخوض في التعامل معهم وهذا قلة ما نجده عند المعاق عقليا.

- التشخيص التربوي:

ويتم بواسطة أخصائي التربية الخاصة حيث يستخدم مقياس المهارات اللغوية و التحصيلية المتمثلة في (الأعداد, الكتابة, القراءة) للتعرف على القدرة على التعلم لدى المعاق عقليا, حيث يتم التشخيص التربوي

اعتمادا على التقييم التربوي واعتمادا على ملاحظة جوانب وقدرات ومهارات معينة عند الطفل فعلى سبيل المثال يحدد المختص باللغة والكلام مهارات الطفل اللغوية و الكلامية و قدرته على التواصل ونوع التواصل الذي يقوم به ويستخدم في هذا الإطار اختبارات لغوية خاصة. (نفس المرجع , 2015 , 88)

- **التشخيص الفارقي** :

والذي نفرق من خلاله بين الإعاقة العقلية و الإعاقات الأخرى مثل التوحد ,واضطراب الكلام ,وغيرها لذا يجب البدء بالتشخيص في الوقت المبكر , وهذا يتطلب من الوالدين سرعة عرض الطفل على المختصين بمجرد ملاحظة أي أعراض غير عادية على الطفل , ويقود التشخيص المبكر إلى التدخل المبكر .

8 - الأسس العامة لتدريب المعاقين ذهنيا :

نذكر منها ما يلي :

1 - يجب أن تكون العمليات اللفظية واضحة وبسيطة وتتم إعادتها في وقت أخر .

2 - يجب تشجيع المعاقين عقلين على القيام بمجهود خاص لتعبير عن نفسه والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والمواقف .

3 - يجب ترتيب المادة في المواقف التعليمية المنظمة من المادي الحسي إلى المجرد ومن المألوف إلى المجهول لتسهيل عملية تكوين المفاهيم لإدراك العلاقات .

4 - يجب ترتيب المادة وتدريجها من السهل إلى الصعب لكي توفر إلى المعاق فرصة النجاح

5 - يجب تقديم المادة على أجزاء مرتبة وعدم الانتقال من جزء الإ بعد التأكد من إتقانه .

6 - لابد من استخدام وسائل تعليمية لجذب انتباه المعاقين عقليا أثناء عملية التعليم .

7 - يجب تقديم ما أمكن تقديمه من المواقف المتنوعة والخبرات التي تتصل بالتعلم والمفهوم وتعزيزه .

8 - يجب استخدام مواد تعليمية متنوعة بقدر الإمكان ويفضل استخدام أكثر من حاسة واحدة .

9 - يفيد التدريب والإعادة والتكرار في تعلم وأداء أعمال معينة وإتقانها عند العمل معا فئة المعاقين عقليا .

10 - يجب أن يستمر المدرس في جذب انتباه تلاميذ الفصل .(كوافحة , عبد العزيز, 2003 ,73)

قائمة المراجع :

1 - ادموليد محمد (2013) : الإعاقة الذهنية وأثرها على نفسية المعاق داخل جماعة الأقران العاديين , دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع , عمان .

2 - احمد وادي (2009) : الإعاقة العقلية " أسباب , تشخيص , تأهيل , " دار أسامة للنشر والتوزيع , ط 1 , الأردن .

3 - تيسير مفلح كوافحة و عمر فواز عبد العزيز (2003) : مقدمة في التربية الخاصة دار المسيرة للنشر والتوزيع , ط 1 , عمان .

4 - عوادي خولة (2014) : دراسة اثر الذهنية على مستوى اللغة الشفوية دراسة مقارنة بين المعاقيين ذهنيا درجة خفيفة والمعاقين ذهنيا درجة متوسطة , دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا - أم البواقي - , مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في الارطفونيا العامة , جامعة العربي بن مهيدي – أم البواقي – كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية قسم العلوم الاجتماعية .

5 - السيد عبد القادر شريف (2014) : مدخل إلى التربية الخاصة , دار الجوهرة للنشر والتوزيع , ط 1 , مصر .
6 - فكري لطيف متولي (2015) : الإعاقة العقلية المدخل – النظريات المفسرة – طرق الرعاية , مكتبة الرشد للنشر , ط 1 , الرياض .

المحاضرة الثالثة : الاعاقة البصرية

- تمهيد:

تلعب حاسة البصر دورا عظيما في حياة الإنسان وهي تنفرد دون غيرها من الحواس بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعي، ومعالم الواقع البيئي للإنسان إلى العقل.

وهي من أهم الحواس التي يعتمد عليها الفرد في التعليم والمعرفة واكتساب الخبرات المباشرة وغير المباشرة حيث يعطي الجهاز البصري للإنسان كمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عما يحيط به، بذلك يعتبر البصر الحاسة المهيمنة عند الإنسان وبناء على ذلك يمكننا القول أن الإنسان الذي يفقد بصره فانه يفقد قناة رئيسة من قنوات التواصل مع العالم الخارجي، مما يكون له الأثر الكبير في شتى المجالات الحركية والنفسية والسلوكية لدى الفرد وبالتالي فقدان معظم الخبرات اليومية المتعلقة بالصورة واللون والشكل، وحرمانه كذلك من الصورة الذهنية لمعظم الأشياء في الطبيعة والتي تعتبر من أهم مقومات عملية التعلم، كما أن الصعوبة البصرية للطفل لا تحد من قدراته على اكتساب المعرفة عن طريق البيئة فحسب بل أيضا تحد من قدراته على الاستفادة من المادة المكتوبة، وتقلص كذلك من قدرته على الانتقال والمشاركة في النشاطات والإعمال المختلفة.

وفي هذه المحاضرة سنتطرق الى التعرف على الاعاقة البصرية، على اهم الاسباب التي تؤدي اليها، وكذلك اهم الصفات التي يتصف بها ذوي الاعاقة البصرية، طرق الوقاية منها .

1/ التطور التاريخي للإعاقة البصرية:

أ_ في العصور القديمة: لم تكن هناك أي رعاية تربوية تذكر أبان تلك العصور حيث عاش المعاق بصريا عيشة بؤس وشقاء، ولقد ورد في الكتابات القديمة لأفلاطون وأرسطو ضرورة التخلص من المعاق بصرياً بالإعدام أو النفي خارج البلاد، وتظهر طبيعة ذلك النبذ الاجتماعي في رفض المجتمعات القديمة للمعاق بصرياً بممارسة أي عمل إلا في أضيق الحدود، ففي مصر القديمة مثلا عين المعاق بصرياً في بعض الأعمال البسيطة.

كما أن بعض المجتمعات القديمة كانت تعتبر المعاق بصرياً، عالة على المجتمع وأنه يضعف من قوتها وشأنها فيجدر الخلاص منه عملا بالمبدأ الذي كانوا يؤمنون به وهو ضرورة الاستغناء عن كل عضو ضعيف في المجتمع. (بركات،1982،38)

ب_ في المجتمعات الحديثة:

صدر في إنجلترا عام 1601 قانون اليزابيث للفقراء ولقد استفاد المعاق بصرياً من هذا القانون بحسبانه من الفقراء إلى جانب المنح التي كانت تمنح له من وقت إلى آخر حيث كان الإحسان فقط هو وسيلة

لتكيف المعاق بصريا آنذاك. أما في فرنسا فقد أتيحت له حرية البحث عن الطعام في الطرقات واستثارة الناس بشتى الوسائل حتى أسس الملك لويس ملجأ لإيواء 300 معاق بصرياً وكانت الخدمات التي تقدم له تستهدف رفع معنوياته وتكيفه مع من حوله وما حوله.

وكانت أول محاولة للرعاية التربوية للمعاق بصرياً في تلك الفترة على يد (فالنتين هوي) في باريس إذ التقط معاقاً بصريا من الشارع وادخله مدرسة أسسها هو بنفسه وأطلق عليها اسمه وسرعان ما أصبح عدد تلاميذها أثنى عشر تلميذا قامت بتمويلها جمعية رعاية ضعاف البصر في باريس، ولقد استخدم فالنتين مجموعة من الأحرف البارزة التي يتمكن المعاق بصريا بلمسها بأصابعه أن يقرأ، ثم أنشأت بعد ذلك عدة مدارس للمعاقين بصرياً في ليفربول، بريستول، لندن، وفي اغلب العواصم الأوربية.

وهكذا بدأت الرعاية التربوية للمعاق بصريا تنمو تدريجيا نتيجة مقالات (فولتير) التي أبرز فيها أن المعاق بصريا يستطيع الاعتماد على نفسه إذا ما أتيح له فرص التأهيل والتدريب المهني السليم.

وفي مطلع القرن التاسع عشر أصبح تعليم المعاق بصريا إلزاميا، وظهرت طريقة (لويس برايل) وطريقة (مون) وهما طريقتان للكتابة البارزة، أما بالنسبة لتعليم المعاق بصريا الراشد فقد أعد له نظام التعليم في المنازل وابتدعت (اليزابيث جلبرت) هذا النظام ودعمته بوسائل تربوية متعددة. (المرجع نفسه،40)

ج_ القرن العشرين والحالي:

مع بداية هذا القرن بدأت صيحات المربين تصل إلى كل مكان منادية بضرورة اطلاع الدولة بمسئوليتها نحو المعاق بصرياً حتى صدر في إنجلترا عام 1920 قانون للمعاق بصرياً يضمن له مستوى معيشي امنا ومن ثم أصبح عمل الجمعيات الخيرية وهيئات الإحسان الأهلية بمجرد تقديم المساعدات الثانوية للمعاق بصرياً.

وفي الوطن العربي كانت أول محاولة لتعليم المعاق بصريا في مصر في مدرسة خاصة أسسها معلم اللغة العربية (محمد أنس) بالقاهرة وسافر إلى أوربا للاطلاع على نظم وطرق تعليم المعاق بصريا واستيراد مطبعة لطبع الكتب بطريقة برايل وكانت هذه المدرسة توقفت برحيل صاحبها، وأنشأت بعد ذلك الجمعية الإنجليزية لرعاية العميان التي اهتمت بتعليم المعاق بصريا المهن المختلفة، وبعد الحرب العالمية الأولى بدأت وزارة المعارف في ذلك الوقت بالاهتمام بإنشاء معاهد خاصة للمعاق بصرياً كانت أولها مدرسة الجمعية الوطنية عام 1935، كما أنشأت في الوقت نفسه قسما إضافيا لخريجات مدرسة المعلمات للتخصص في تربية المعاق بصرياً ثم أخذت تتوسع بعد ذلك في إنشاء معاهد للمعاقين بصرياً في القاهرة

والأقاليم واقتصر التعليم في تلك الفترة على المرحلة الابتدائية التي تنتهي بالتعليم المهني. (المرجع نفسه ،42)

2 . تعريف الإعاقة البصرية:

ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، فمنها: *تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلبًا في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفًا أو عجزا في الوظائف البصرية. (العزة،2000،35)

*الإعاقة البصرية هي: قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان. (الخطيب،2009،166)

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: الزاوية القانونية والزاوية التربوية:

حيث يعتمد **التعريف القانوني (الطبي)** على حدة البصر، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز، بعبارة أخرى حدة البصر قدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يصبح مركزا على الشبكية، وحدة الإبصار العادية هي 20/20 فإن نقول إن حدة إبصار الشخص 60/20 مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد 60 قدم. وتبعا لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفا (طبيا) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من ،20/200، كذلك يتضمن التعريف القانوني الطبي للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه ومجال الإبصار يقاس بالدرجات وهو يبلغ حوالي 180 درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية فإذا كان مجال البصر.

أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق فقط ولذلك فإن بريل وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونيًا غالبًا ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي وأما ضعاف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 20/70 إلى 20/200 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة. (المرجع نفسه،167)

3. أسباب الإعاقة البصرية:

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية:

أ) أسباب ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.

ب) أسباب أثناء الولادة نفسها:

***العوامل الوراثية:** فكثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وغذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.

ج) أسباب ما بعد الولادة: وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث. (الحديدي،2004،180)

1.انفصال الشبكية:

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسية والسكري.

2.اعتلال الشبكية الناتج عن السكري:

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي التريف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه، ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حاليا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر. (الخطيب واخرون،170،2009-171)

3.انتكاس النقطة المركزية:

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث من أكثر الذكور، ويؤدي. هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال
اليدوية.

4.الماء الأسود:

الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرا، وتعالج الجلوكوما ويؤدي إلى لدى الأطفال جراحيًا في العادة، أما لدى الكبار فهي غالبًا ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيًا إلى مركز الشبكية مؤديا إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيدًا والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجيًا، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسين همها:

3- المياه السوداء الولادية:

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل

دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

4- المياه السوداء لدى الراشدين:

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين الجلوكوما الولادية، وجلوكوما الراشدين أوليا أي: ليس ناتجا عن مرض ما في العيون أو قد يكون ثانويا ناتجا عن مرض ما في العين. (المرجع نفسه،172)

5-.الماء الأبيض: هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار؛ ولكنه قد يحدث مبكرًا أيضًا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيدا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءاً تدريجيا ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، وعندما تزال العدسة جدا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 20/200 إلى 20/400 في العين إلى أجري لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية البصر ضعيفًا يصبح تقدر بحوالي 9590.

6.ضمور العصب البصري:

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين، وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعًا لدى الشباب، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيا، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي

7.التليف خلف العدسي:

مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة، وتتأثر الأوعية الدموية وتتلفف الشبكية، وأحيانًا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط وبشكل عام المرض بالعمى التام. (المرجع نفسه،173)

8.الحول:

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة ومن المهم أن تتحرك العينان معا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي ، فإذا كان هناك

خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينًا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل، وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم، ويعتبر الحول إلى الداخل ، وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعا بين الأطفال، وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف، وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج أو ما يعرف بالحول الوحشي ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث أن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

9.توسع الحدقة الولادي:

هو تشوه ولادة ينتقل على هيئة جين سائد تكون فيه الحدقة واسعة جدًّا نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدود وربما أيضا رأرأة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار، ويستخدم الأفراد المصابون أحيانًا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين 26.

10.التهاب الشبكية الصباغي:

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصى في الشبكية تدريجيا، ويحدث عمى ليلى (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودًا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقيا، وغالبًا ما يكون هذا المرض مرتبطًا بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة. (المرجع نفسه،174)

11.القصور في الأنسجة:

من العين مثل مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية، ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر رأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

12.القرنية المخروطية:

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي، وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين، وهذا الاضطراب أكثر شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور.

13.رأرأة العين:

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوار، وقد تكون حالة الرأرأة مؤشراً على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية.

14.العين الكسولة:

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدا طبيًا، ويحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين، ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر،

ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين، الضعيفة وأي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلبًا على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين. (المرجع نفسه،175)

15أخطاء الانكسار:

أ. قصر النظر: يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالبًا ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية 12 سنة ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكرًا جدًّا، ويزداد حسر البصر هذا تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية ، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر ويبدو أن هذه الحالة كيف تنتقل وراثيا فذلك أمر غير معروف.

ب. طول النظر: يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية. قد يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة، فسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة، وقد يحتاج الإنسان العادي وعند الكبار إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

ج. حرج البصر: تعتبر هذه الحالة أيضًا من حالات أخطاء الانكسار التي تؤثر على حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه عليها وبعضه الآخر خلفها، ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة. (المرجع نفسه،176)

16. التهاب القرنية:

هو التهاب ينتج عن البكتيريا، أو الفيروسات أو الفطريات أو نقص فيتامين أ، وفي هذا الالتهاب، الذي قد يظهر في حالات الإصابة بمرض الزهري والتراخوما، يتكون على القرنية سحابة، ويشكي الشخص المصاب من ألم شديد في العين، ومن حساسية للضوء ودماغ، وغالبا ما تتأثر كلتا العينين، ولكن الالتهاب يبدأ عادة بإحداهما، ويستطيع اختصاصي طب العيون تشخيص حالات التهاب القرنية، وتحديد أسبابه وبالتالي معالجته بالعقاقير الطبية المناسبة، أما إذا لم يعالج الالتهاب فقد تحدث مضاعفات، ومنها الجلوكوما، وفقدان البصر. (الدهمشي،2007،202)

17. البصر البعيد:

يشير هذا المصطلح إلى قدرة العين على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة، فعلى سبيل المثال، عندما يتم تقييم حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن، أو اللوحات المشابهة يطالب الشخص برؤية أشياء يبعد عنها مسافة 6 أمتار، وتوفر مقاييس حدة الإبصار التقليدية معلومات عن قدرة الإنسان على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة فقط.

18. حساسية للضوء:

الحساسية للضوء أو ما يعرف برهاب الضوء حالة شائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري ناتج عن نقص الصبغيات، وبعض أمراض العين الأخرى كالتهاب الملتحمة، أو الجلوكوما، الحادة أو تقرحات القرنية، ومن ناحية طبية، فالحساسية للضوء تعامل بوصفها مؤشرًا مرضيًّا وليس كمعيار تشخيصي، ويمكن التخفيف من هذه الحساسية عادة بارتداء نظارة سوداء.

19.الخلع العدسي:

اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين، ومن الأسباب الرئيسية، لذلك إصابة العين بجسم غير حاد، كقبضة اليد مثلاً، وكذلك العوامل الوراثية كما في متلازمة مارفان مثلاً، وقد يكون الخلع جزئيا أو كليًّا، وفي الخلع الجزئي، يمكن رؤية العدسة، وقد سدت جزءاً من الحدقة. (المرجع نفسه،203)

4 . تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف محمد السيد، إيهاب الببلاوي المعاقين بصرياً على أساس خمسة محاور هي:

أ) تصنيف الإعاقة البصرية حسب العمر عند الإصابة:

- فقدان البصر قبل سن الخامسة: وهنا إما أن يولد الطفل معاق بصرياً أو أن تحدث الإعاقة مع الميلاد أو قبل عمر الخامسة، إذ لا يستطيع هؤلاء الأشخاص الاحتفاظ بصورة بصرية مضيئة بل تميل تلك الصورة إلى التلاشي التدريجي ثم الاختفاء شيئاً فشيئاً من ذاكرته ومخيلته بمرور الوقت.

– فقدان البصر بعد سن الخامسة: تسمى هذه الحالة بالإعاقة البصرية المكتسبة إذ تحدث بعد أن يتعرف الطفل على المدركات والمفاهيم البصرية ويحتفظ بمخزون يمكنه من القدرة على تذكر أشكالها، فكلما كان العمر الزمني الذي تحدث فيه الإعاقة أكثر تأخرا كانت الصور والخبرات البصرية التي أختزنها الطفل في ذاكرته أكثر فاعلية مما يمكنه من الاستفادة بها. (الببلاوي،2004،35-36)

ب) تصنيف الإعاقة البصرية حسب سرعة الفقدان البصري:

- فقدان البصر الفجائي: وهناك حالتين له هما فقدان البصر الفجائي بإحدى العينين ويرجع لعدة أسباب منها العصب البصري، ونزيف في الجسم الزجاجي". وفقدان البصر الفجائي للعينين معاً وهو نادر الحدوث ويرجع أسبابه إما لحدوث تسمم دوائي أو الإصابة بمرض العمى الهستيري"

– فقدان البصر التدريجي: أو العمى التدريجي في إحدى العينين أو كلاهما معاً، ويترافق ذلك مع أغلب أمراض العين التي تصيب الشبكية كاعتلال الشبكية السكري وكذلك الإصابات التي تحدث في مركز الرؤية الدماغي.

ج) تصنيف الإعاقة البصرية حسب شدة الفقدان البصري:

- فقدان البصر الكلي: وهي التي يقل فيها حدة إبصار الشخص عن 20/200، ولا يمكنه رؤية أي مثير بصري ثابت أو متحرك على بعد ثلاثة أقدام من عينيه.

فقدان البصر الجزئي: أو ما يعرف بضعف البصر وهو ذلك الشخص الذي تتراوح حدة إبصاره ما بين 20/70 20/200 في العين الأفضل، وذلك بعد استخدام النظارات الطبية وضعاف البصر يعانون من صعوبات كثيرة في رؤية الأشخاص البعيدة أو التي على بعد أمتار قليلة منهم حيث يرون الأشياء القريبة منهم فقط.

د) تصنيف الإعاقة البصرية حسب موقع الإصابة:

- الجزء الواقي: يشتمل الجزء الواقي على الأعضاء الوقائية الخارجية للعين، والتي تعمل على حمايتها من الصدمات والغبار والشظايا وأشعة الشمس ومن أشكال هذه الإعاقة الرمد الصديدي التراكوما. (المرجع نفسه 36)

- الجزء الانكساري: ويشمل الأعضاء التي تعمل على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية ومن أنواع هذه الاضطرابات البصرية ذات الطابع الانكساري " طول البصر، الماء الأبيض.

- الجزء العضلي: ويشتمل على ست عضلات متصلة بمقلة العين ومرتبطة بالمخ، وتستخدم هذه العضلات في تحريك العين أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين وإلى اليسار ومن تلك الاضطرابات ذات الطبيعة العضلية " الحول، العمش"

-الجزء الاستقبالي: ويشتمل على الأعضاء المستقبلة في العين وهي الشبكية والعصب البصري ومراكز الإبصار في المخ، ومن أمثلة تلك الإعاقات " تلف العصب البصري، التهاب الشبكية، وعمى الألوان".

هـ) تصنيف الإعاقة البصرية حسب الأسباب:

-العوامل البيئية: يرتبط كف البصر بطبيعة الظروف البيئية، وخاصة انخفاض مستوى المعيشة وانخفاض المستوى الصحي والثقافي والتعليمي، مما يؤثر بطريق مباشر أو غير مباشر على الوعي الصحي وعدم العناية بصحة النظر، وكذلك الأمراض المعدية.

- العوامل الوراثية: هناك العديد من الأمراض التي تورث وتؤثر بطريقة مباشرة على قوة الإبصار، مثل مرض الزهري والسكري ومرض الجلوكوما وعمى الألوان، وكذلك هناك من يولدون وجسمهم خال من المادة السوداء ونسميهم " بعدو الشمس" لأن أقل ضوء يبهر عيونهم. (المرجع نفسه،38-39)

5. خصائص المعاقين بصريا:

-الخصائص العقلية: عند تطبيق الجزء اللفظي من اختبارات الذكاء، غالباً ما يتضح انه لا يوجد اختلاف كبير بين ذكاء المعاقين بصرياً وبين المبصرين. ومع ذلك يعاني المعاقين بصرياً من مشكلات في مجال إدراك المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة التي تتعلق بالحيز والمكان والمسافة. ولكن جانبي الانتباه والذاكرة السمعية يعد من العمليات العقلية التي يتفوق فيها ذوي الاعاقة البصرين على المبصرين بسبب اعتماده بشكل كبير على حاسة السمع.

وفيما يخص احتياجات المعاقين بصرياً في ذلك الجانب. فأنه لا يظهر احتياجاً كبيراً أو نقصاً شديداً لدي المعاق بصرياً عدا الحاجة إلى تبسيط وايضاح المفاهيم البصرية المجردة.

- الخصائص الجسمية: لا يختلف نمو المعاقين بصرياً كثيراً عن نمو المبصرين في الجانب الجسمي من حيث الطول والوزن. كما يسير كلاهما بشكل طبيعي، ولكن القصور يظهر في الجوانب الحركية عند المعاق بصرياً، والتي تتمثل في القدرة على التناسق الحركي، والتآزر البصري الحركي أي تادية الأنشطة التي تتطلب دمج المهارات البصرية والحركية لهدف واحد، توجيه الذات وحرية الحركة وكذلك تظهر لديهم سلوكيات نمطية ولزمات حركية. على سبيل المثال: الحركة المستمرة بالجزء العلوي من الجسم، فرك العينين، اللعب بالأصابع، ضرب الركبتين ببعض.

وفيما يخص احتياجات المعاقين بصرياً في ذلك الجانب. فأنهم يحتاجوا إلى تدريبهم على الانتقال في البيئة وتوفير الأنشطة الرياضية المعدلة التي تتيح للمعاقين بصرياً فرصاً أكبر للنشاط والفاعلية الحركية.

-الخصائص اللغوية: تشبه لغة المعاقين بصرياً إلى حد كبير لغة المبصرين، ولا يعانون من مشاكل واضحة في الاداء اللغوي. ولكن تختلف طريقة تعلم اللغة للمعاقين بصرياً وخاصة الأطفال عن المبصرين. فـ بينما يستطيع المبصر التعرف على المفاهيم اللغوية وإدراكها من خلال العديد من المدخلات البصرية والسمعية مما يجعل اكتسابها أمراً يسيراً. إلا أن المعاق بصرياً يعتمد في طريقه تعلمه على اسلوب فريد يحتاج فيه إلى العديد من الحواس كحاسة اللمس والشم والتذوق لدمج المعلومات وتكوين المفهوم الذي يميز شيء معين. ولصعوبة الأمر احياناً بعض المفاهيم البصرية المجردة، بعض البصرية **(WWW.superakhsaey.com)**المعاقين بصرياً لا يدركون بتاتا بعض المفاهيم. المرئية مثل وجود الألوان

وفيما يخص احتياجات المعاقين بصرياً في ذلك الجانب. فأنهم يحتاجوا إلى اثراء الجانب اللغوي لديهم بالوسائل والطرق المناسبة التي تعتمد على العديد من الحواس، وكذلك تبسيط المفاهيم البصرية المرئية التي ليس لها مدلول حسي، سمعي أو شمي أو تذوقي ومحاولة ايضاحها للمعاقين بصرياً.

-الخصائص الاجتماعية: يعاني بعض المعاقين بصرياً من مشكلات التوافق، والتي تتمثل في عزوفهم عن الانخراط في الجماعة. كما قد يشعر بأن الأخرين لا يهتمون به، وبجانب عدم شعور المعاق بصرياً

بالأمان واعتماده المعاق بصرياً على والديه واسرته بشكل اساسي في فترات عمره المبكرة وتأثير ذلك على نموه الاجتماعي، فأنه عندما ينتقل من بيئة الأسرة إلى مجتمع الزملاء وبيئات العمل، يلاحظ عليه تأخراً في بعض الجوانب الاجتماعية.

وفيما يخص احتياجات المعاقين بصرياً في الجانب فأنهم يحتاجوا إلى إشراكهم في مواقف اجتماعية مختلفة وفي بيئات مختلفة، مما يعزز قدرتهم على التفاعل الاجتماعي مع الأخرين.

-الخصائص الانفعالية: لا يختلف النمو النفسي للمعاقين بصرياً عن دونهم من المبصرين اختلافا كبيراً، ولكن قد تظهر عليهم بعض المشاعر نتيجة للتحديات التي يمر بها نظراً لإعاقتهم. وتتمثل في مشاعر عدم الثقة بالنفس والدونية وعدم احترام الذات، انخفاض مفهوم الذات ودرجة التوافق النفسي، وكذلك مشاعر القلق لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي.

وفيما يخص احتياجات المعاقين بصرياً في ذلك الجانب. فأنهم يحتاجوا زيادة اعتمادهم على أنفسهم وتقليل الحماية الزائدة، واشاركهم في انشطة مختلفة منذ الصغر لزيادة الثقة بالنفس والارشاد النفسي المستمر لجعل المعاق بصرياً ينظر إلى مشكلته نظره موضوعية تبعده عن شعور النقص والدونية.

-الخصائص الأكاديمية: التحصيل الأكاديمي لدي المعاق بصرياً أقل منه لدي الفرد العادي، ولكن إذا توافرت المواد التي تساعد المعاق بصرياً على استقبال المعلومات والتعبير عنها، قد يقترب حينها اداء الفرق المعاق بصرياً من اداء الفرد المبصر. وتظهر مشكلات التحصيل الأكاديمي لدي المعاقين بصرياً في صورة بطيء معدل القراءة واخطاء القراءة الجهرية، وصعوبة إدراك المفاهيم البصرية المرئية، وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

وفيما يخص احتياجات المعاقين بصرياً في ذلك الجانب. فأنهم يحتاجوا توفير المواد التي تساعدهم على اكتساب المعرفة، استقبال المعلومات المختلفة وسهولة التعبير عنها.

6 . نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

يتمتع حوالي 98.5% من الأفراد بالقدرة على الإبصار ولكن نسبة قد تصل إلى حوالي 3% تعاني من مشكلات في الإبصار لأسباب مختلفة».**(الروسان،1996،307)**

فإن نسبة المعاقين بصريا كبيرة إذا ما قورنت بالعدد الإجمالي للمعوقين وتتراوح هذه النسبة بين 4 من كل 1000 إلى 15 من كل 1000 شخص وهذا يعني أن عدد المعاقين بصريا في الدول العربية قد يصل إلى حوالي مليونين. **(الحديدي،1997،397)**

ورد حسب المكفوفين آنذاك، وبجمع الخبراء على أن «ما بين 15 من كل 1000 شخص لديهم إعاقة بصرية شديدة، وأن هذه النسبة تزداد مع تقدم العمر وأن 0.5%إلى 1.5 من أطفال سن المدرسة يعانون من اضطرابات بصرية ذات دلالة». **(العزة،2001،41)**

أما حسب منظمة الصحة العالمية لهيئة الأمم المتحدة سنة 1973 فإنه تقدر ب 10 مليون معاق بصريا، في حين الآن يقدر عددهم بـ 35 مليون معاق بصريا و120 مليون ضعيف بصر في العالم ونسبة

%80% في العالم الثالث وحده. أي أن مجمل العالم 20% فقط، وعلى سبيل المثال قارة أفريقيا وحدها حوالي 212 مليون نسمة منهم 1.484 كفيف لكل 1000 نسمة. **(المعايطة،2000،31)**

أما فيما يخص الجزائر فقد ذكر الدكتور تركي رابح في كتابه المعوقون في الجزائر بأن عددهم ضخم، فالإحصائيات التي قامت بها هيئة الأمم المتحدة بعد الثورة الجزائرية وجدت ما يقارب 10 الى 15% من المعوقين بسبب الاستعمار الفرنسي. والموضوع الذي ورد في هذا العمل هو 540.000 معوق في الجزائر منهم 80.000 مكفوف ومثله أصم وأبكم، و18.000 متخلف ذهني و20.000 معوق بدني هذا حسب وزارة الصحة. ومن بين 80.000 كفيف 50% منهم تقل أعمارهم عن 20 سنة، ويدرس منهم 10.000 فقط منهم 275 طفل في مدارس متخصصة والباقي في مدارس التعليم العادي».

وتجدر الإشارة أن نسبة انتشار الإعاقة في الجزائر لم تحدد بعد فحسب ما جاء في البيانات الوزارية الرسمية لوزارتي التكوين والتشغيل فإن عدد المعوقين قد يصل إلى 3 ملايين من سن الطفولة إلى غاية 40 سنة، وهذا يؤكد أن عدم وجود إحصائيات دقيقة للمعوقين في الجزائر، لأن جلهم لم يلتحقوا بالمراكز المخصصة لذلك، وبالتالي فإن 18 ألف معوق فقط له بطاقة التأهيل المسلمة الدولة، هذا ورغم أنه توجد آلاف الجمعيات الخاصة بالمعوقين من بين 56 ألف جمعية تنشط في الجزائر، وكخطوات منشطة لعمليات إدماج المعوقين في التمع وضعت الحكومة قانون خاص بالإدماج للمعوقين في سنة 2002 في المدارس ومؤسسات العمل ويوجد في الجزائر 134 مركز للمعوقين على مستوى الوطن.

وحسب تقارير هيئة الأمم المتحدة فإن الإعاقة البصرية تنتشر مع تقدم العمر، وفي الدول التي تكون فيها الخدمات الصحية ضعيفة ومستوى دخل الفرد، قليل وبالتالي تنتشر فيها الأمراض جراء سوء من طرف التغذية. **(تركي،1982،119)**

7. تشخيص الإعاقة البصرية:

فيما يلي عرض الأهم المظاهر السلوكية التي تدل على احتمال وجود اعاقة بصرية والتي من خلالها يتم التشخيص:

*احمرار العين المتكرر والمستمر.

*كثرة الإدماع ووجود افرازات غير طبيعية في العين.

*وجود عيوب واضحة في شكل العين ومظهرها.

*حركة زائدة في العين، وصعوبة التركيز.

*تقريب المادة المقروءة او ابعادها بشكل واضح.

*فرك العين عند محاولة تمييز الاشياء.

*التعثر واصطدام بالأشياء اثناء المشي.

*صعوبة التمييز بين الالوان المختلفة.

*تكرار الشكوى من الصداع.

الأخصائيون المؤهلون للقيام بالتشخيص: هناك نوعين من الأخصائيون يقوموا بإجراء التشخيص والعلاج هما:

***أخصائي أمراض العيون:** وهو بالأصل طبيب أخصائي في أمراض العيون، وهذا الأخصائي مؤهل في وصف الأدوية وإجراء الجراحة اللازمة للعين، ومعالجة المشكلات الصحية، المرتبطة بالعين كما يعمل على قياس حدة الإبصار والمجال البصري.

***أخصائي البصريات:** وهذا النوع يعمل على قياس حدة الإبصار، والمجال البصري ووصف النظارات الطبية والعدسات المصححة.

وهناك طرق أخرى تتمثل في قياس وتشخيص القدرة البصرية، لدى الأخصائي البصري حيث يحدد الأخصائي البصري نوع ومدى المشكلة البصرية، وذلك باستخدام الأجهزة الفنية في قياس وتشخيص القوة البصرية فقد ظهرت بعض المقاييس التي تقيس القدرة على الإدراك البصري وخاصة لذوي الإعاقة البصرية الجزئية أو الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري كالأطفال ذوي صعوبات التعلم. **(موساوي،2016،46)**

8.الكشف المبكر عن الإعاقة البصرية:

إن الكشف المبكر عن الضعف البصري في مرحلة الطفولة المبكرة هو مسؤولية الأسرة و معلمات رياض الأطفال إلى جانب الأطباء فليس هناك ما هو من الاطمئنان أولا على سلامة حاسة الإبصار لدى الأطفال و من ثم كشف أي ضعف فيها فسي أسرع وقت ممكن و مع أنه من غير المتوقع أن يقوم أولياء الأمور والمعلمات بتشخيص حالات الضعف البصري إلا أنهم قادرون على لعب دور بالغ الأهمية في تحديد الأطفال الذين تبعث استجاباتهم و تصرفاتهم على الشعور بعد الطمأنينة فيما يخص قدرتهم على الإبصار.

فإذا كان هناك ما يبرر الاعتقاد بأن الطفل ربما يعاني من ضعف البصر أو مرض عيني فلا داعي للانتظار و من الحكمة أن يراه طبيب العيون بالسرعة الممكنة وتحرص معظم الدول المتقدمة حاليا على توفير اختبارات بسيطة للنظر يستطيع أولياء الأمور و المعلمون استخدامها للتعرف إلى الأطفال الذين يظهرون أعراضا منذرة بالخطر.**(الحديدي، مرجع سبق ذكره، 123-124).**

8. الحاجات التربوية للمعوقين بصريا: الحاق الأطفال الكفيفين بمدارس خاصة لتعليمهم القراءة و الكتابة بطريقة برايل و هي طريقة تعتمد على النقاط الستة الظاهرة التي تشكل الحروف الهجائية والتي تمكن الكفيف من قراءتها عن طريق اللمس، وكل خلية تتكون من ستة نقاط تتشكل بأشكال مختلفة لتغطي الحروف الهجائية. استخدمت هذه الطريقة من قبل كثير من فاقدي البصر لكنها لا تعد الآن الطريقة الأساسية في تعلم الكفيف لأنها تحتاج إلى جهد كبير ووقت طويل بل يفضلون الطرق الشفاهية المتمثلة بالأشرطة و التسجيلات، و استغلال الحاسوب و ما يقدمه من تسهيلات للمعرفة كبرنامج إبصار. و هذا يتماشى مع التطور الكبير و اتساع دائرة المعارف المختلفة.

-طريقة الأبتاكون: هو أداة تستخدم تقنيات إلكترونية بالغة التعقيد تعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الشخص المكفوف الإحساس بها بإصبع واحد.

-الدائرة التلفزيونية المغلقة: أصبحت الدائرة التلفزيونية المغلقة تستخدم على نطاق واسع في الآونة الأخيرة من قبل التلاميذ ذوي الضعف البصري الشديد و ما تعمله هذه الدوائر هو أنها تعرض المادة المكتوبة على شاشة جهاز التلفزيون الأمر الذي يسمح للشخص ضعيف البصر بقراءتها بسهولة و بسرعة نسبيا.

-المسجلات: تستخدم لتدوين الملاحظات و للاستماع المكتب المسجلة وللاستجابة اللفظية لأسئلة الامتحانات.

-آلة كرزويل للقراءة: آلة تعمل بواسطة الكمبيوتر لتحويل المادة المطبوعة إلى مادة مسموعة و توضع المادة المطبوعة على مكان خاص للقراءة و يقوم جهاز الكشف عن المادة المكتوبة بالقراءة سطرا سطرا و للآلة مفاتيح خاصة للتحكم بالصوت من حيث علوه و سرعته كذلك هناك مفاتيح خاصة لتهجئة الكلمات و ما إلى ذلك. **(الخطيب و الحديد، 2009، 195-196).**

9. كيفية الوقاية من الإعاقة البصرية:

- ابتعاد الحوامل عن الحصبة الألمانية والأمراض الجرثومية.

- حماية عيون المواليد الجدد بوضع المرهم المناسب للطفل.

- التلقيح ضد الأمراض السارية.

- تغدية الحوامل بشكل جيد ونوعية جيدة.

- تحويل الأطفال للمركز الصحي عند حدوث احمرار في العين.

.A- إعطاء الأطفال المصابين بالحصبة فيتامين

- حماية الأطفال من الإصابات بالأشياء الحادة. **(المرجع نفسه،47)**

خلاصة:

وفي الاخير يمكننا القول أنه لابد وأن نعلم بأن الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية مثلهم مثل أي فرد في المجتمع يمكنهم أن ينتجون ويصلون أيضًا إلى مراكز عالية من شأنها رفع البلد إلى مكانة متميزة، وكذلك يجب أن تهتم الدولة بصورة مباشرة بالتأهيل النفسي والمجتمعي لهذه الفئة، حيث أن هذا قد يساهم في زيادة فئات جديدة تعمل على تطوير الاقتصاد والعلوم والمجتمع ككل فإذا كانت هناك فرص في جعل ذوي الإعاقة البصرية يشاركون في المجتمع فلابد وأن تستغل هذه الفرص وألا تهمل.

قائمة المراجع:

- جمال الخطيب، منى الحديدي(2005)، التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ط2، دار الفكر، عمان.

- سعيد حسني العزه(2000)، الإعاقة البصرية. ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والطبع والتوزيع، عمان.

- عتيقة موساوي(2016)، تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا.

- جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي(2009)، المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، الاردن.

- رابح تركي(1982)، المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم، ط1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- سعيد حسني العزه(2001)، التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.

- عبد الرحمان خليل المعايطة(2000)، علم النفس التربوي، ط1، دار الفكر، عمان.

- فاروق الروسان(1996)، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، عمان.

- محمد عامر الدهمشي(2007)، دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، عمان.

- منى صبحي الحديدي(2004)، مقدمة في الإعاقة البصرية، ط1، دار الفكر، عمان.

- 2023/10/20، على 15:46 www.superakhsaey.com/https/

المحاضرة الرابعة: الاعاقة السمعية

- تمهيد:

تعد السنوات الأولى من حياة الطفل ذات أهمية في تعلم الكثير من المهارات و اكتساب العديد من الخبرات الضرورية للمراحل اللاحقة ، و بما أن هذه الفترة حرجة الاكتساب و تطور اللغة فان الطفل بدوره يحتاج إلى مراحل نمو كاملة والى جميع حواسه ، فإذا كان هذا الطفل فاقد حاسة من حواسه ، فان ه سيؤثر على تعلمه و اكتسابه المعارف و العمليات العقلية ، فتعطل حاسة السمع يسبب ظهور إعاقة سمعية ، والتي تعتبر من اشد و أصعب الإعاقات الحسية التي تصيب الإنسان ، فيترتب عنها فقدان القدرة على الكلام ، و بالتالي يصعب على الشخص المصاب بها اكتساب اللغة المنطوقة

هذا ما يستدعي التشخيص المبكر خاصة لدى الأطفال، و تختلف الإعاقة السمعية من فرد لآخر و ذلك حسب نوع الإصابة و مكانها و شدتها و مع هذا التنوع نجد استراتيجيات مختلفة لإعادة التأهيل لهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة و للوصول إلى التكفل الجيد لهم ينبغي وضع تشخيص دقيق يعتمد على عدة تقنيات متخصصة و متكيفة مع نوع الإعاقة، و من خلال هذه سنحاول أن نبين التصنيفات المختلفة للإعاقة السمعية إضافة إلى أهم الطرق التشخيصية ووصولا إلى أهم التقنيات التكنولوجية المساعدة على تأهيلهم بغية الحصول على تواصل و اتصال مع محيطهم.

1 : مفهـوم الإعاقة السمعية:

يعرفه المعجم الطبي بأنه عجز سمعي راجع إلى إصابة في الأذن بمختلف أقسامها، أو في المنطقة السمعية في الدماغ آو في المسالك التي تربط بينها، أي انه نقص في السمع أو انعدامه فهو إعاقة متواجدة بكثرة ترجع إلى إصابة تمس أي نقطة من الجهاز السمعي .

تعريف " الروسـان " 1996:

الطفل الأصم : هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثالث الأولى من عمره كنتيجة لذلك فلم يستطيع اكتساب اللغة ، و يطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم.

الطفل الأصم جزئيا : هو ذلك الطفل الذي فقد جزاء من قدرته السمعية ، و كنتيجة لذلك فهو

يسمع عند درجة معينة كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب و درجة إعاقته السمعية (ماجدة عبيد , 2009، 167)

تعريف " عبد العزيز 2004:

يشير هذا المفهوم إلى تباين في مستويات السمع التي تتراوح بين الضعف البسيط و الشديد جدا

، تصيب الإنسان خلال مراحل نموه المختلفة وهي اعاقة تحرم الفرد من سماع الكلام المنطوق مع أو بدون استخدام المعينات السمعية ، و تشمل الأفراد ضعيفي السمع و الأطفال المعاقين سمعيا .(محمد قناوي ، 1998)

تعريف " الخطيب " 2005-:

يرى أن الإعاقة السمعية انحرافا في السمع يحد القدرة على التواصل السمعي ، اللفظي ، و يضيف أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع و تفاعله مع عوامل أخرى ،مثل : العمر عند الفقدان السمعي ، و العمر عند اكتشاف هذا الفقدان السمعي و مدى معالجته ، و المدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي ، و نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع ، و فاعلية الخدمات العوامل الأسرية. (الخطيب ، 2012 ، 201التأهيلية المقدمة و)

تعريف " القريوتي " 2006-:

هي انحراف في السمع يحد من قيام الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو يقلل من قدرته على سماع الأصوات مما يجعل الكلام المنطوق غير مفهوم لديه. (القريوتي، 2004 ، 27)

تعريف " هالان وكوفمان 2003:

يعرفها هالان وكوفمان على أن المعوق سمعيا هو الفرد الذي تكون حاسة السمع لديه وظيفية وفعالة لإعاقة s| للاستفادة منها في الحياة اليومية، وهذه الفئة تضم الصمم الخلقي، وهم الأفراد الذين ولدوا السمعية، والصمم العارض أو المكتسب وهم الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ثن فقدوها بسبب مرض أو .حادث.

2. تصنيف الإعاقة السمعية: أن التصنيفات المتعددة للإعاقة تختلف حسب الأساس الذي يعتمد عليه التصنيف

2. 1.التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية: الأثر الذي تتركه الإعاقة السمعية على نمو و اكتساب اللغة والتعرض لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة، من هنا تقسم الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف إلى:

- صمم ما قبل تعلم اللغة: هو حدوث الإعاقة السمعية في عمر مبكر وقبل أن يكتسب الطفل اللغة سواء كانت الإعاقة ولادية أو مكتسبة.

- صمم ما بعد تعلم اللغة: فئة فقدوا قدراتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة، ويطلق عليها مسمى الصم فقط.(الروسان ،2001)

2.2. التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة: يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي ويقسم إلى ما يلي:

- الفقدان السمعي التوصيلي: ينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) **ديسبل** ، ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة وتمييزها، ومن أسباب الفقدان السمعي التوصيلي ما يلي:

- التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو التعرض للالتهابات.

- تجمع المادة الصمغية التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن وتصلبها مما يؤدي إلى سد القناة السمعية.

- ثقب في الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مزعجة ومرتفعة ولفترات طويلة.

- تعرض الأذن للالتهابات المتكررة مما يؤدي إلى زيادة إفرازات السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى.

- العيوب الخلقية في الأذن الوسطى كالتشوهات الخلقية في الطبلة أو العظيمات الثلاث.

- الفقدان السمعي الحسي العصبي: تكمن المشكلة في هذا النوع من أن الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ، وعادة فان درجة الفقدان السمعي في هذا النوع تزيد عن (70) **ديسبل**.

ومن: أسباب الفقدان السمعي الحسي العصبي أسباب وراثية ، الإصابة لحصبة الألمانية، الحمى الشوكية ، الإصابة.

- نقص الأوكسيجين والولادة المتعسرة

- عدم توافق دم الوالدين (العامل الريزيسي .RH.)

- **الفقدان السمعي المختلط:** يحدث إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمع توصيلي وفقدان سمع حسي حس عصبي في الوقت نفسه، في مثل هذا النوع من الفقدان قد يكون هنالك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية، السماعات قد تكون مفيدة لهم.

- **الفقدان السمعي المركزي:** ينتج في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ أو عند إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، وفي هذه الحالة فان السماعات تكون محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من هذا الفقدان السمعي.

3.2. التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي:

وتصنف الإعاقة السمعية حسب هذا البعد إلى أربعة فئات بحسب شدة الفقدان السمعي (حسب درجات الخسارة السمعية) والتي تقاس بوحدة الديسبل وهي:

- **فئة الإعاقة السمعية البسيطة**: تتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (20 – 40) وحدة ديسبل

- **فئة الإعاقة السمعية المتوسطة**: تتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (40 – 70) وحدة ديسبل

- **فئة الإعاقة السمعية الشديدة**: تتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (70 – 90) وحدة ديسبل

- **فئة الإعاقة السمعية الشديدة جدا:** تزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة عن 90 وحدة ديسبل.

4.2. التصنيف التربوي:

يهتم هذا التصنيف بالربط بين درجة الفقدان السمعي وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه في الظروف العادية، وعلى نمو المهارات الكلامية واللغوية لدى الطفل، وما يترتب عليه من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة ويصنف التربويون الإعاقة السمعية إلى فئتين هما:

- **الأصم:** يقصد به ذلك الفرد الذي يعاني عجز سمعي (80) ديسبل فأكثر لا يمكنه من الناحية الوظيفية من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية، ويعجز عن التعامل بفاعلية في مواقف الحياة الاجتماعية

- **ضعيف السمع:** الفرد الذي يعاني من صعوبات أو قصور في حاسة السمع يتراوح ما بين (30) وأقل من (85) ديسبل ويمكنه الاستفادة من المعلومات المنقولة في صورة لغة منطوقة، وذلك باستخدام المعينات السمعية المناسبة. (القريطي، 1996)

3. نسبة انتشار الاعاقة السمعية : اثبتت الدراسات المسحية التي أجريت لتحديد انتشار الإعاقة السمعية في عدد من المجتمعات المختلفة أن هذه العملية تعاني من صعوبات عديدة تتمثل في كون أساليب التقييم غير دقيقة أو غير كافية ، وفي كون العينات غير ممثلة ، والافتقار لتحديد مستوى الفقدان إلى معايير

ثابتة لتحديد مستوى الفقدان السمعي وتقدر منظمة الصحة العالمية عدد المعوقين سمعيا في العالم بحوالي (120) مليون نسمة أي نسبة (4,7 %) ، أما في الدول الغربية فقد أشارت الدراسات أن حوالي (50 %) من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي ما، إلا أن هذا الضعف السمعي لا يصل إلى مستوى الإعاقة وأما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر نسبة انتشاره (0,5%) وتقدر نسبة انتشار الصم بحوالي (% 0,085)

أما في الدول العربية فانه لا توجد إحصاءات دقيقة وشاملة عن انتشار الإعاقة السمعية وتجاهل بعض الإحصاءات في معظم هذه الدول يدل على أن مشكلة الإعاقة السمعية لم تطرح نفسها كقضية اجتماعية تستحق التعامل معها على أساس من التخطيط الجيد لها لمواجهتها ، مواجهة بشكل علمي ، إنما تواجه بأسلوب جزئي. وفي المملكة الأردنية الهاشمية، فان الإعاقة السمعية تقع في المرتبة الثانية

الثانية من حيث الانتشار، حيث بلغ عدد المصابين بالإعاقات السمعية حوالي (35,000) شخصا،

وتشكل الإعاقة السمعية نسبة (1 %) من مجموع الاعاقات الأخرى وفقا لإحصاءات عام .2000

(الزريقات، 2003)

- وهناك دراسات تشير إلى أن ما لا يقل عن 85 % من الصم متزوجون من صم آ خرين

- وتشير نتائج قام كيرت ليفين أن 83 % من الاختصاصيين لا يتوفر لديهم أي تدريب - خالص كما أن 9 % منهم لا يجيدون استخدام الإشارة.

- وتشير الدراسات إلى أن 5 % من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية ولكنهم لا يحتاجون إلى خدمات تربوية. (الملاح،2016 ،05).

4. أسباب الإعاقة السمعية:

- الأسباب الخاصة العوامل الوراثية (الجينية): وأهم هذه الأسباب اختلاف العامل الريزيسي بين الأم

والجنين RH) وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين، ويحدث عندما يكون دم الجنين خال من العامل)

الريزيسي ويكون لدى الأب هذا العامل، فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الريزيسي عن الأب مما

يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى أمه وخاصة أثناء الولادة مما يجعل دم الأم ينتج أجساما مضادة لأن دم الجنين مختلف تماما عن دمها.

- الأسباب الخاصة العوامل البيئية : التي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل مرحلة الولادة،

وإثناءها، وبعدها ومنها:

- الحصبة الألمانية التي تصاب الأم الحامل:

في العين والأذن والجهاز العصبي وهي مرض فيروسي معد يصيب الأم الحامل ويتلف الخلايا المركزي والقلب للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

- التهاب الأذن الوسطى:

وهو التهاب فيروسي أو بكتيري يسبب هذا الالتهاب زيادة في إفراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى .مما قد يعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل ويحدث ضعفا سمعيا.

- التهاب السحايا:

التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب السحايا ويؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل . واضح في السمع.

- العيوب الخلقية في الأذن الوسطى:

كالتشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة والسندان والركاب، وأيضا التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضها للالتهاب والأورام.

- الإصابات والحوادث:

ومن أمثلتها ثقب الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جدا لفترات طويلة، أو إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة مما قد يحدث نزيف في الأذن الوسطى يسبب ضعف في السمع.

- تجمع المادة الصمغية: التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، ولتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى

انسداد جزئي للقناة السمعية يحول دون وصول الصوت إلى الداخل.

- سوء تغذية الأم الحامل: هذا يوجب اهتمام الأم أكثر للتغذية في فترة الحمل.

- تعاطي الام الحامل للأدوية والعقاقير من دون مشورة الطبيب

- نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة.(القمش، 2000)

- حسب مكان الإصابة في الأذن: تتمثل فيما يلي:

- إصابة طرق الاتصال السمعي - إصابة طرق الاتصال الحسي العصب

5.أعراض الإصابة لإعاقة السمعية: تعتبر قائمة هذه الأعراض مؤشرات على احتمال وجود صعوبة

سمعية:

- الصعوبة في فهم التعليمات وطلب اعدادها

- أخطاء في النطق

.- إدارة الرأس إلى جهة معينة عند الاصغاء للحديث.

- عدم اتساق نغمة الصوت.

- الميل للحديث بصوت مرتفع.

- وضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسين القدرة على السمع.

.- الحملقة في وجه المتحدث ومتابعة حركة الشفاه

- تفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث.

- ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو إحمرار في الصيوان.

- ضغط الطفل على الأذن أو الشكوى من الطنين (رنين) في الأذن . (القريوتي وآخرون، 115) ،2001

6.خصائص ذوي الإعاقة السمعية: أهم خصائص المعاقين سمعيا:

- الخصائص اللغوية: تتمثل أبرز مظاهر تأخر النمو اللغوي يكمن في مسألة الثروة اللغوية وتمركز ألفاظها حول الملموس وصعوبة فهم التعبيرات الاصطلاحية والمجردة وصعوبة إدراك الكلمات الوظيفية ، أي أن المعاقين سمعيا يعاونون من صعوبة في فهم اللغة الاستقبالية ، أما بالنسبة للغة التعبيرية فانه على الرغم من سلامة الجهاز النطق لدى المعاقين سمعيا إلا أم يلفظون أصوات للكلام بطريقة غير صحيحة ، فهم يجدون صعوبة في تكييف حجم أصواتهم ، فيكون الصوت على وتيرة واحدة إقاعه ضعيف ، ولديه صعوبة في اكتساب بدايات الكلام ونهايتها ، ومشكلات في عدم تشديد الكلمات.

- (فهمي، ،1989 ، 83)

- الخصائص النفسية والاجتماعية: تؤكد ولش أن الأطفال والمراهقين المعاقين سمعيا يتسمون بانخفاض البروفايل السيكولوجي للشخصية مقارنة بالأفراد العاديين ويتسم المعاقين سمعيا بالتصلب

والجمود وعدم الثبات الانفعالي والتمركز حول الذات وضعف النشاط العقلي والشعور بالنقص و أحلام اليقظة وهم أقل شعور بالحرية والانتماء، الاندفاعية والتهور وعدم القدرة على ضبط النفس والميل إلى الاشباع المباشر لحاجاتهم وارتفاع مستوى النشاط الزائد وكما يتصفون بالشك بالأخرين والشعور بالقلق

وعدم مشاركة الاخرين. (القريطي، ،2005 ، 317)

- **الخصائص المعرفية** :

تباينت الآراء ونتائج الدراسات حول أثر الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للأفراد المعاقين سمعياً مقارنة بعادي السمع، فقد أشارت بعض البحوث إلى أن النمو المعرفي لا يرتبط باللغة بالضرورة ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً، ويعزو هؤلاء اختلاف المعاقين سمعياً على العاديين في اختبارات الذكاء إلى عدم توافر طرق فعالة لتعليم المعاقين سمعياً، بينما أشار البعض الأخر إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، وبما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل كبير على القدرات اللغوية فليس من المستغرب أن نلاحظ تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء وذلك لتشبع هذه الاختبارات بالناحية اللفظية.

والجدير بالذكر وجود فروق في القدرات المعرفية بين المعاقين سمعياً والعاديين، فيعزو المخلافي (2005) هذه الفروق في القدرات المعرفية بينهم إلى الفارق الزمني، فما قد يتعلمه عادي السمع خلال ساعة قد يتعلمه المعاق سمعياً خلال ساعتين، ويضيف أن الطفل المعاق سمعياً لا يتعرض إلى ما يتعرض له الطفل العادي من رعاية وخدمات، ففاقد الشيء لا يعطيه، بالإضافة إلى ضعف كفاءة مع المعاقين سمعياً، وعدم ملائمة هذه التواصل القائمين على تطبيق اختبارات الذكاء في عملية الاختبارات لقياس ذكاء المعاقين سمعياً.

على أية حال، فيما يتعلق باختلاف الآراء حول تأثير الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للمعوقين من حيث ارتباطها بالجانب اللغوي أو عدم ارتباطها، فإن الباحث يرى أن الإعاقة السمعية تؤثر في أي حال من الأحوال على القدرات المعرفية سواء اعتمدت القدرات المعرفية على اللغة أم لا، وما يهم هو هذا التأثير الذي ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند التعامل مع المعاقين سمعياً سواء من حيث تدريبهم أو تعليمهم أو تأهيلهم، وبالتالي التقليل من حدة شعورهم بالعزلة الاجتماعية والاغتراب النفسي.

- **الخصائص الأكاديمية** :

بالرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم العملي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين، فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلاب- وبخاصة الصم منهم- من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي.

عموماً وبوجه خاص في التحصيل القرائي، والفارق التعليمي بين ذوي الضعف السمعي وذوي السمع العادي يتسع مع التقدم العلمي، وبذلك فإن تحصيل المعاقين سمعياً يأتي ضعيفاً، حيث يتناسب ضعف تحصيلهم الأكاديمي طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها ويزداد الطين بله بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس حيث أشارت بعض الدراسات بأن (50%) من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءاتهم تقاس بمستوى قراءة طلاب الصف الرابع الأساسي، وأن (15%) كانوا بمستوى الصف الثامن من التعليم الأساسي.

7- أنواع الخدمات المقدمة للمعاقين سمعيا :

- **الخدمات الطبية:** تقدم هذه الخدمات لعرض التشخيص الطبي بواسطة الطبيب لتحديد الجانب الطبي

المرتبط بالإعاقة التي تنجم عن حاجة الطفل للتربية الخاصة والخدمات المساندة له وتتضمن هذه الخدمات التاريخ الطبي والفحص الجسمي.

- **الخدمات السمعية** :يقدمها طبيب اخصائي سمعي بحيث يشخص اضطرابات السمع وقياسها وتقويمها ويساعد في تأهيل الصم وضعاف السمع عن طريق تحديد المعينات السمعية الملائمة.

- **الخدمات النفسية:** تقدم هذه الخدمات من أجل دعم السلوك الايجابي وتطوير أسلوب حياة الأصم وتغيير العلاقات وزيادة اندماجه الاجتماعي.

- **الحاجـــات الاجتماعية** : وتختلـف أهميتهـا مـن فـرد إلـى آخـر ومـن أمثلتهـا : الزمالـة – : الحـب.

ومن الحاجات النفسية والاجتماعية للطفل المعاق سمعيا:

- حاجة المعوق سمعيا الى الشعور بأنه محبوب ومرغوب فيه من الأشخاص المحيطين به.

- حاجتـه إلـى الشـعور بالنجـاح والتقدم في نواحي النشـاط التي يقـوم بهـا ولـذلك يجـب ألا يتطلـب منـه مستوى طموح أعلى من قدرته .

- حاجته إلى أن يكون مقيدا للمجموعة التي ينتمى إليها ومن هنا كان لزام على المسئولين أن يشركوه أعمال يمكن أن ينتج فيها.

- حاجة المعوق سمعيا إلى أن يشب في بيئة يستطيع ينمى فيها قدراته من غير إحباط .

- حاجته إلى مزاولة مهنة ملائمة مواهبة حتى يستطيع أن يقاوم شعوره بالنقص نتيجة لعاهته.

- حاجته إلى خدمات اجتماعية متى يشعر بتقبل المجتمع له دون تفرقه بينه وبين الأشخاص العـاديين.

-احتياجات تعليمية : إن لغة التفاهم هي أهم العوائق أمـام الطفـل المعـوق سـمعيا علـى حـين أن التعلـيم هو منقذه ، لكن وسائل التعليم العامة لا تستطيع النفاذ من خلال جدران السكون والصمت.

-احتياجات تأهيلية : ويقصـد بالتأهيـل عمليـة دراسـة وتقيـيم قـدرات وإمكانيات الطفـل المعـوق والعمـل علــى تنميــة هــذه القــدرات بحيــث يحقــق أكبــر ننفــع ممكــن لــه في الجوانــب الاجتماعية والشخصــية والبدنية.

احتياجات تدريبية خاصة : الأطفال المعوقون سمعيا يواجهـون مشـكلات فريـدة خاصـة بهـم ، فهـم لا يسـمعون أي نـوع مـن الكـلام منـذ مـيلادهم ولا يسـتطيعون استيعاب اللغـة المنطوقـة ولـذلك فهـم في حاجة إلى الاهتمام بتنمية وتطوير المهارات الخاصة بالكلام لديهم.

8. مشكلات ذوى الإعاقة السمعية:

- المشكلات النفسية: تظهر لدى ذوى الإعاقة السمعية ميول انسحابيه بعدم القدرة على التفاعل بشكل جيد مع المحيطين كما يشعر بالشك والقلق وأحيانا يشعر بالعدوان نتيجة لعدم القدرة على المتابعة والتفاعل كذلك يؤدى عدم القدرة من قبل المعاق على المشاركة مع الآخرين فيؤدى إلى الإحباط.

- المشكلات الاقتصادية: يحتاج المعاق سمعيا الى والعلاج الطبي وشراء الأجهزة والمعينات السمعية مما يعرض الاسرة لمشكلات اقتصادية ، كذلك فإنه يحتاج إلى نوع خاص من التعليم ومدارس للتربية الخاصة مما يرهق كاهل الأسر.

- المشكلات الاجتماعية: شعور الوالدين بالقلق واليأس ، تخبط الآباء في معالجة الحالة بشتى الوسائل وعدم قدرة الأصم على التكيف بسهولة وتأخر النضج الاجتماعي.

- المشكلات الشخصية للمعاقين: عدم قدرة الأصم على التمييز بين الصوت والكلام ، حرمان الطفل الأصم من التمتع بكميات الحب والحنان من الوالدين ، عدم القدرة على التعبير الرمزي ، عدم القيادة ، والشعور باليأس والانقباض ، وحياة الأصم في عالم من السكون التام.

- مشكلات التدريب والتأهيل: وتتمثل صعوبة وجود فرص التوجيه المهني المناسب والتدريب على مهنة تناسب ظروف الإعاقة وتلقى القبول من ذوى الإعاقة السمعية وما تستوجبه من تدريب كافي في مؤسسة تتوفر فيها الشروط لمناسبة من كفاءة مهنية وقرب المكان من السكن.

- المشكلات الترفيهية: سبق القول أن معاناة المعاق سمعيا من عدم قدرته على الاتصال بسبب مشاكل اللغة والكلام والسمع تحد قدرته في الاستماع بمباهج الحياة وقضاء وقت فراغه والترفيه عن نفسه بالمقارنة بالأطفال العاديين حيث يصعب عملية ممارسة الألعاب الجماعية والأنشطة الجماعية أو إشباع اهتماماته بطريقة مناسبة.

- مشكلات المعين السمعي: أن توفير واستخدام المعين السمعي بشكل إيجابي قد يواجه بعض المشكلات التي تصل إلى حد عدم الاستفادة من المعين السمعي لتعويض الفقد السمعي الموجود لدى الطفل لتقليل آثاره المحتملة عليه فنجد أن استخدام الأطفال الصغار للمعينات السمعية يواجه بهدة مشكلات منها عدم مناسبة المعين السمعي للمهام ، صعوبة استخدامه ، إصدار المعين السمعي أصوات مزعجة مفاجئة.

وأيضا من المشكلات التي يعانى منها المعاق سمعيا:

- **مشكلات التعليم** : وتضم التخلف العقلي ، الصعوبات الخاصة في الكلام.

- **مشكلات التوافق** : وتشمل على الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي.

- **مشكلات حسية :** وتشمل الاضطرابات السمعية والبصرية.

- **مشكلات التواصل :** وتشمل عيوب النطق وأمراض الكلام.

- **الاضطرابات الحركية :** كالشلل المخي والصرع وما إلى ذلك.

9.تعليم ورعاية المعوقين سمعيا: يمثل الاهتمام بالطفل المعوق سمعيا حد المقاييس التي توضح تقدم الأمم وتحضرها ، لذا يجب أن ينظر العالم العربي إلى تعليم تلك الفئة على أنها خدمة و استثمار في ذات الوقت ، فهو خدمة واجبة الأداء لكل فرد معوق سمعيا ، وهو استثمار في الموارد البشرية للدولة ، الأمر الذى يستوجب الاتجاه إلى تطوير سياسة تعليم الصم ليس تطويرا ً أفقيا في الكم والعدد ، ولكن تطوير رأسيا في المحتوى والكيف.

ان التطوير في تعليم المعوقين سمعيا قد حقق تقدما ملحوظا في العدد والكم أكثر مما اتصل بالمحتوى والكيف فلقد تقدمت في السنين الأخيرة برامج تعلم قوة النظر(باستخدام العين) وقوة اللمس (باستخدام الأنامل) فالعيون تلاحظ وتشاهد حركات الشفاه للمعلمات وأنامل الطفل الأصم تلمس حناجرهم والذبذبات الهوائية التي ترافقها وبذلك تقوم كل من العيون والأنامل مقام الأذن في التقاط الكلمات والحروف وطالما يتعلم الطفل الأصم كلمة من الكلمات مثل (ماما)ويفهم معناها ويطلب إليه أن يتفوه بهذه الكلمة ومن ثم يستعملها ، وهكذا تنمو ألفاظ الأصم ويكتسب مفردات اللغة يسمعها بعيونه وبأنامله في بعض الحالات حتى يغتنى قاموسه اللغوي ، فينمو تفكيره ، ويتفتح ذكاءه ، وفى كل ذلك نجد الصعوبة والبطء والمشقة في تعليمه ، ولكن الجهود التي تبذل مع الطفل تؤتى ثمارها. كل هذا يدعونا إلى عرض لبعض الإرشادات والتوصيات وأساليب الوقاية والعلاج اللازمة للطفل المعوق سمعيا.

10.الوقاية من الاعاقة السمعية:

- على الأم بل والأسرة أن تتقبل بسرور كلام طفلها وتشجيعه على النطق مهما كانت درجة إعاقته

مع تجنب التصحيح المتكرر لكلامه ، واحساسه بالسعادة عندما يتحدث.

- التحدث في أذن الأصم بهمسات حنونة أطول مدة ممكنة كل يوم ، مما يساعده في التحكم بكلامه.

- الصبر على اختلاف صوته بالارتفاع المفاجئ أو العكس ، والتذكر أنه عاجز عن سماع الآخرين مما يدعو إلى عدم التحكم بدقة في تأدية أصواته ، وأن كثرة العقاب والتأديب يقلل من فرص تقدمه.

- كلما وعى الطفل الأصم الكلام الذى يوجه إليه يصبح راغبا في الاستجابة للحديث ، وهذا يتطلب الصبر وأن يكون الكلام الموجه إليه مفهوما بقدر المستطاع.

- الحذر من الصوت المرتفع ، فلن يجدى حتى مع ضعف السمع ، وعلى الأم تحديد درجة الصوت التي يدرك بها الطفل ماذا تقول الأم ، وتتحدث بها معه.

- التحدث مع الأصم كما لو كان يفهم الكلام بعيدا عن الغمغمة أو طمس الكلمات وأهمها ، بحجة أنه لا يفهم ماذا تقولين.

- التحدث مع الأصم بجمل قصيرة مع قلة استعمال الكلمات التي لا داعى لها.

- محاولة عدم الاستسلام لإغراء استعمال الحركات بالأيدي أو الكتابة ، لتسهيل الاتصال بالطفل.

ومن الأساليب الوقائية والعلاجية التي أشار إليها شاكر قنديل (1995):

- تربية الأصم اجتماعيا ونفسيا بتوفير هيئات متخصصة لرعايته وذلك من خلال برامج هادفة ومنظمة ، وتشبع حاجات الأصم وتستجيب لمتطلباته وتتناسب مع قدراته.

- تشكيل جمعيات صداقة ونوادي خاصة للصم ، يمكن أن يكون الانتساب إليها متاحا للعاديين لتعريف المجتمع بشخصية الأصم ، وتنمية وعى الأفراد العاديين بمشكلات الأصم ، وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي في إطار حر بعيدا .ً عن جو المنافسة.

- تدريب أسرة الأصم على أساليب الرعاية المبكرة له ، وعلى تنمية حواسه ، وعلى معاملته بشكل طبيعي دون تطرف في الشفقة والتأهيل ، أو في الرفض والنبذ والإهمال.

- تنمية الحصيلة اللغوية للأصم ، وتدريبه على النطق والكلام ، أو تعليمه أسلوب التواصل الكلى ، أو أي صيغة أخرى تتناسب مع إمكانيات الطفل ومستوى إعاقته.

- تخليص الطفل الأصم من وحدته ، كسر حاجز العزلة الاجتماعية من حوله ، بتشجيع النشاطات الاجتماعية من خلال مجموعات صغيرة العدد.

- تشجيع الأصم على التعبير عن مشاعره ، لكى تمنع تراكم التوترات النفسية لديه ، ويتطلب التصريح المفتوح للمشاعر وجود جو من الثقة بين الطفل ووالديه.

- تقوية شعور الأصم بالكفاءة الذاتية والفاعلية ، لأن الأفراد الذين يشعرون بالعجز ينزلقون إلى هاوية اليأس والاكتئاب ولذلك لابد من تنمية شعور الكفاءة والاستقلال.

- التحدث الإيجابي مع الذات يعتبر عامل مضادا للخوف والعجز والقلق ، وتعويد الأصم وتدريبه على التفكير بطريقة إيجابية نحو ذاته.

- تعزيز ودعم الذات ، ولذلك من خلال التشجيع والثقة وتخفيض حدة اللوم والسخرية من الأصم.

المحاضرة الخامسة: الاعاقة الحركية

- تمهيد:

يتعرض الانسان في حياته الى حوادث خطيرة، قد تغير حياته ويفقد وحدة من جسده كما هو الشأن عند المعاق حركيا مما تعيق استقراره والقيام بأعماله. حيث تعتبر الاعاقة الحركية ذلك العجز الذي يعاني منه الفرد ويمنعه من القيام بعدة اشياء والاعاقة الحركية هي عدم القدرة القيام بالوظائف الحركية وتختلف اسبابها ودرجتها من معاق لأخر. ومنه ستنطرق في الفصل الى تعريف الاعاقة بصفة عامة و انواعها مع التعمق في الاعاقة الحركية و تعريفها , انواعها ،اسبابها ،تصنيف و اصل الاعاقة الحركية ، خصائصها ، المشكلات المترتبة عنها، احتياجات المعاقين حركيا تشخيصيها و الوقاية منها فماهي الاعاقة الحركية؟

1- لمحة تاريخية عن المعاقين

1-1المعاقون في العصور القديمة: إن مفهوم الاعاقة موجود منذ الالف السنين ولكن الفرق يكمن في نظرة المجتمع القديمة و الحالية المتناقضتين ؛ إذا عدنا لنظرة المجتمع للمعاق في العصور القديمة التي كانت نظرة احتقار ، بحيث أن المعاق شخص لا يمكنه العيش دون مساعدة غيره ، اي انه غير منتج فيعيش عالة على الاخرين 'بل لا يستطيع حتى حماية نفسه 'وبما أن المجتمعات البدائية يعتمد أفرادها على أنفسهم وعلى الاعمال اليدوية الشاقة لقضاء حاجتهم ,فأن المعاق يعجز على فعل ذلك فكان يترك جوعا بل يؤذى ويضرب بحجة انه غير سوي, ولقد شهدت ذلك عدة مجتمعات منها روما , اسبرطة ,الجزيرة العربية 'بينما كان المعاقون في كل من الهند ومصر يتمتعون بالرعاية.

1-2 في العصور الوسطى: حسب أحمد سلمان العوالمة فقد كانت نظرة المعاق نظرة خوف لما اعتقدوه أنه شخص حلت لعنة الاله عليهم لذا ينصح بعدم الاقتراب منهم وعدم الاحتكاك بهم والا لحقتهم هذه اللعنة.

3-1 المعاقين في صدر الاسلام: بالاعتبار الاسلام هو آخر الديانات وبما يحمله من تعاليم المحبة والتسامح والإخاء، حيث نادى الاسلام الى عدم التفرقة بين البشر، و طالب بإقامة المساواة بينهم وقد أكد على مسؤولية الانسان على سلوكه و تصرفاته دون تفرقة بين المعاق والسوي إلا في إطار الحدود التي تفرضها قيود الاعاقة نفسها .

هذا وقد تميز المجتمع الاسلامي بالاهتمام الشديد برعاية المعاقين وخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل ، واعتبرت الاعاقة اختبارا من الخالق سبحانه وقد اعتنى واعتبر الرسول صلى الله عليه وسلم المعاق كغيره من الناس وما أصابه هو ابتلاء من الله .

4-1 المعاق في العصر الحديث: نتيجة لتقدم الذي احرزته الانسانية في العلوم البيولوجية الاجتماعية والنفسية، تم خلق وابتكار وسائل جديدة افضل لمساعدة هؤلاء الافراد على علاج مشكلاتهم، والتخفيف من اثارها، وتم معالجة ودراسة مشكلات الاعاقة بطريقة علمية بغرض الوقوف على اسبابها، وبالتالي علاجها و ايجاد الوسائل المناسبة لمقابلة الاحتياجات المتزايدة لأفراد المجتمع، وكل ذلك ادى الى ضرورة تنظيم مختلف اوجه النشاط في شتي مجالات الرعاية تحت اشراف الهيئات العامة والخاصة، وادى ذلك الى وجود مبدا التخصص في تقديم مختلف الوان الرعاية، ونشأة الرعاية المنظمة في مختلف المجالات، وانتهى الامر الى تبني فكرة ايجاد فرصة ملائمة لظروف معيشية افضل في لحياة الانسانية لكافة افراد المجتمع وفئاته دون تمييز ومنهم فئة المعرقين عن طريق تأهيلهم مهنيا حتى يمكن إعادتهم الى عجلة الانتاج في المجتمع بدلا من ان يكون عالة عليه(شهيب،2019،7).

2-مفهوم الاعاقة الحركية:

الإعاقة الحركية عبارة عن الصعوبة أو عدم القدرة في استعمال احد أو عدة أطراف و ذلك بسبب إصابة فب الجهاز العظمي و إما بسبب العضلات، و ترجع كذلك الإعاقة الحركية على سبب عيب في عضو ما و الذي يكون مصدره خلقي أو ناتج عن بتر.

وقد تختلف وجهات نظر حول تحديد مفهوم الإعاقة و ذلك قد يرجع إلى عدة أسباب منها تعدد أنواع الإعاقة و تعدد أسبابها، و تنوع التخصصات المهنية العاملة في مجال رعاية و تأهيل المعاقين، فهناك على سبيل المثال تعريفات الإعاقة نذكر منها:

- يعرفها تشاينر و أبرومس الإعاقة بأنها العجز البدني أو العقلي الذي يعيق التفاعل الاجتماعي للفرد كما يعرفها **سليفا ويسلديك** بانها: عجز بدني او عقلي او انفعالي يحد بشدة من القدرات الفرد من القيام بالمطالب التي تتضمنها حياته اليومية.

- يعرفها **هيوارد** اولئك الاعاقة بانها ضعف بدني او عقلي يجعل من الصعب على الفرد منافسة اقرانه كما يعرفها **كور سيمي** بانها مجموعة من السمات والخصائص البدنية او العقلية او النفسية او الاجتماعية التي تحد من تكيف الفرد وتمنع تحس انجازه وتطوره، وايضا يتناول **هلاهان كوفمان** تعريف الاعاقة بانها عجز يمنع الفرد من احراز النجاح في بعض الاهداف التي يرغب فيها.

- تعريف المجلس العربي للطفولة والتنمية :الإعاقة حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسمية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو ببيئية تعوق الفرد عن تعلم أو أتعلم أو أداء بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد السليم المماثل له في السن

- تعريف منضمة الصحة العالمية:

إذ يطلق على كل شخص أو فرد بعد مدة من الزمن يجسد نفسه غير قادر بسبب حالته الجسدية أو النفسية على المشاركة الكلية في كل النشاطات التي تتناسب مع عمره في الميادين الاجتماعية والتربوية في التوجيه المهني (عكوش،2010،12).

3-خصائص الاعاقة الحركية

3-1الخصائص الجسمانية ؛ يتصف الفرد المعاق حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضراب ونمو عضلات جسمه التي تشمل البدن والاصابع والقدمين والعمود الفقري والصعوبات تتصف بعدم التوازن والجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن امراض مثل الروماتيزم والكسور وغيرها وقد تكون ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي ومن مشاكلهم الجسمية ايضا هشاشة العظام والتوائها ، القزامه احيانا ،انخفاض معدل الوزن ومشاكل في الحجم ومشاكل في العضلات الجسم كالوهن العضلي وعدم وجود توتر مناسب في العضلات وارتخائها ،الامر الذي يترتب عليه عدم قدرتهم على حمل الاجسام الثقيلة كالأسوياء وكذلك ينتج عنها عدم التآزر في الحركات واستعمال القلم عند الكتابة واستعمال اللسان عند الشرب والمضغ ،هنا فهم بحاجة الى وسائل تعويضية كي يتمكنوا من القيام بالنشطات الحياتية اليومية في مجال العظام والعضلات .

3-2الخصائص النفسية :

يتصف الافراد ذو الاعاقة الحركية بالخجل والانطواء والعزلة والاكتئاب والحزن وعدم الرضا عن الذات وعن الاخرين وبعدم اللياقة وبعدم الانتباه وتشتته وبالقهرية والاعتمادية والخوف والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية العصابية وعدم القدرة على حل المشكلات ولهم مشاكل في الاتصال مع الاخرين فهم بحاجة الى الارشاد الوقائي والنمائي والعلاجي للتعامل مع مراحلهم العمرية ودرجة الاضطراب النفسي ونوعه في البيت والمدرسة لذلك يجب توفير اجواء نفسية مريحة لهم في مجال الاسرة والمدرسة والعمل بحيث يبتعدوا عن التوتر والقلق والدخول في الصرعات الاسرية والمعاناة ، الامر الذي ينعكس على صحتهم النفسية كما يجب التعامل معهم بأساليب تعديل السلوك والابتعاد عن العقاب الجسدي والنفسي معهم لحل مشاكلهم.

3.3الخصائص التربوية والاجتماعية: .من بين الخصائص أن هؤلاء الافراد لديهم مشكلات في عادات الطعام واللباس وعادات في مشاكل التبول وضبط المثانة والامعاء والانطواء الاجتماعي وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب والافكار الهازمة للذات ويعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمي وعدم اللياقة البدنية وبحركات او ازمات حركية غير مناسبة تجلب استهزاء الاخرين ،بحيث تحتاج هذه الفئة الى تدريبهم على عادات النظافة والمحافظة على صحتهم العامة واستعمال الحمام وضبط المثانة والامعاء والابتعاد عن مشكلات سوء التغذية وفقدان الشهية او الافراط في تناول الاطعمة التي تسبب لهم البدانة.

4.3.الخصائص العصبية: لدى هؤلاء الافراد مشاكل تتعلق بتلف الدماغ او خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية فيه ولديه مشاكل خاصة بالحبل الشوكي ،مشكلات في المجال الرؤية والسمع ناتجة عن الاصابات العصبية المسببة للأمراض مثل التهاب السحايا والسل والحصبة الالمانية والزهري وغيرها المسؤولية عن احداث خلل في جهازهم العصبي كما ان لديهم مشكلات خاصة كالصراع والاضطرابات العقلية ،ويعانون من الشلل بجميع اشكاله والشلل الدماغي ،ان هذه الفئة بحاجة الى معالجة الامراض التي قد تكون مسؤولية عن اعاقتهم الحركية بداء بالتطعيم الثلاثي وبالتشخيص والعلاج والتدريب والتأهيل.

5.3. الخصائص التعليمية: تعتمد خصائصهم التعليمية على خصائصهم الجسمية والنفسية والعصبية حيث ان هؤلاء الافراد لديهم مشكلات في الانتباه وصعوبة في التركيز والتذكر ،واسترجاع والحفظ والنسيان ونقص في تآزر حركات الجسم ، كما لديهم صعوبات في مجال التعلم حيث انهم لا يتعلمون بسهولة وبسرعة، فهم بحاجة الى مناهج واستراتيجيات تربوية خاصة تراعي اعاقاتهم ، بحيث تعتمد على التبسيط والانتقال من السهل الى الصعب ومن البسيط الى المركب والاعتماد على النمذجة والتلقين وتشكيل السلوك وتسلسله وتقديم التعزيز الايجابي والتغذية الراجعة وتجزئة المهارات المطلوبة منهم.

6.3.الخصائص المهنية: ان المعاقين حركيا لا يستطيعون الالتحاق باي عمل بسبب العجز والقصور الجسمي لديهم بعكس الاسوياء فهم قادرون على القيام بالأعمال الشاقة مثل الحدادة او العمل في مجال البناء او سياقة الجارفة او الشاحنة ، كما تعمل اعاقتهم على الحد من قدراتهم واستعداداتهم المهنية التي يرغبون فيها وهذه المشكلات تدفع بهم للأحجام عن العمل وعدم الرغبة في تأهيلهم او تشغيلهم بسبب تدني انجازهم ، ففي البلدان المتقدمة يعمل هؤلاء في مهن كالتجارة وغيرها حيث ان الآلات تكون مبرمجة على الكمبيوتر وما على المعاق الا ان يضغط على الازرار لتشغيل الالة او ايقافها وهم اكثر انتاجا من الاسوياء في هذا المجال.

4.اسباب الاعاقة الحركية

1.4.الاسباب الوراثية الجنينية :هي مجموعة الامراض و العاهات التي تنتقل عن طريق الجينات الموجودة في كروموزمات الخلية من الاباء والاحفاد ، اي تنتقل من جيل الى جيل حسب قوانين الوراثة ،ومن امثلة ذلك الاستعدادات الموجودة عند بعض الاسر لسيولة الدم (عدم توقف النزيف) ،والاستعداد للإصابة بمرض السكر ،وكذلك ضمور العصب البصري وبعض حالات امراض القلب ،ونقص افرزات الغدة الدرقية ،وحالات الصم والامراض العقلية ، والضعف العقلي ، وبصفة عامة يمكن القول ان حالات الاعاقة الراجعة الى اسباب الوراثة الجنينية اقل من حالات الاعاقة التي ترجع الى الاسباب البيئية والاجتماعية , الاسباب الاجتماعية والبيئية وهي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة وتسير مع قوى الوراثة منذ نشأتها في علاقة تفاعلية ، وتشمل عدة مؤثرات منها ما قبل الحمل ومنها ما بعده ،ومنها الولادة واخيرا ما بعد الولادة ،وهي كما يلي:.

- مؤثرات ما قبل الحمل وتعني ان الضعف العام لصحة الام وسوء تغذيتها واهمالها في رعاية صحتها واكتسابها عادات صحية غير سوية قبل الحمل ،يؤدي بلا شك الى كثرة تعرضها واصابتها بأمراض مختلفة ، مما يكون له اكبر الاثر على صحة الجنين الذي سوف تحمله فيما بعد,

- مؤثرات ما قبل الحمل وقبل الولادة وتعني تأثر الجنين للإصابة نتيجة اصابة الام بمرض معين ،فمثلا اصابة الام بمرض الحصبة الالمانية في بداية الحمل يؤدي الى احتمال تعرض الجنين لإصابة العين والقلب ،كما ان نوع التغذية وحالة الام الصحية والنفسية من اهم العوامل التي يتوقف عليها ما اذا كان الطفل سوف يولد سويا او غير سويا.

- مؤثرات اثناء الولادة ويعني بها العوامل التي قد يتعرض لها الجنين اثناء عملية الولادة ذاتها، كالاستعانة بغير المتخصص في التوليد ،مما يؤدي الى مضاعفات غير حميدة للام والجنين ،او الاهمال في النظافة اثناء الولادة ،وتقدم موعد الولادة عن الموعد الطبيعي قد يؤدي الى اصابة الطفل بنزيف في المخ .

- مؤثرات ما بعد الولادة وتعني مجموعة من العوامل التي يتعرض لها الانسان اثناء ممارسته لحياته مثل الاصابة بالأمراض الشديدة كشلل الاطفال ،والحمى الروماتزيمية والدرن ، او الاصابة الناتجة عن حوادث العمل او الحرب وغير ذلك من الاصابات (بسرة،2018،32).

5-انواع الاعاقة الحركية:

1.5.الشلل الدماغي : هو مرض طارئ ومفاجئ تؤدي الاصابة به اما الى شلل خفيف لعضو او لعدة اعضاء، او للأعضاء الاربعة ويحتاج المصابون بالشلل الى مجموعة من الخدمات المتعددة منها الطبيعة والاجتماعية و النفسية و التعلمية، مما يستدعي اقامة المصاب في المستشفيات والمصحات والخضوع لبرنامج طبي علاجي من اجل تدريب العضلات وتقويتها ،او بالتصحيح الجراحي للعظام مع العلاج الطبي فيما بعد.

2.5.العجز الحركي الدماغي(الشلل المخي): يتمثل في صلابة الاعضاء او في الحركات اللاإرادية، فمنهاما يكثر فيه انقباض الاعضاء فتكون الحركات بطيئة جدا تتطلب جهدا كبيرا ، فيه اضطرابات الحركة مثل حركات لاإرادية يتعذر كبتها مع اخلال عام في وضع الجسم ،وعدم التناسق الحركي وتختلف الاعراض الاكلينيكية للعجز الحركي الدماغي المخي باختلاف الجزء او اجزاء المخ التي اصابها التلف ،ويتضمن هذه الاعراض اصابة بعض اعضاء الجسم.

3.5.سوء التركيب الخلوي: تشوه في الهيكل العظمي (كسر عظمي او كسور متكررة سببها هشاشة مرضية للعظام تشوه القدم تشوه اليد الاجتذاب العناية .توقف النمو في الجنين منها استسقاء النخاع الشوكي).

4.5.الكساح : شلل يصيب النصفي السفلي من الجسد ، او اربعة اعضاء ناجم عن رضوض تسبب ضرر في النخاع الشوكي.

5.5.الفالج الشقي : وتتمثل في اصابة الذراع والساق في الجهة التي يكون مصدرها جرحي ،وعند الشباب يتسبب في هذا النوع من الاعاقات حوادث الدرجات النارية.

6.5.البتر للعضو : ويكون خلقيا او مكتسبا ،وينجز عنه العائق الحركي ،ويتطلب اعداد الاجهزة الملائمة للتعويض والتدريب ،وفي الاخير يمكننا القول انه تتفاوت انواع الاعاقة الحركية والاثارة المرتبة عليها والمشاكل التي يواجهها الافراد المعوقين من مجتمع لاخر تبعا للخدمات الوقائية المتوفرة ،اذا يمكن ان يحول ذلك دون تحويلها الى عجز دائم(زواوي وآخرون،2020،47).

6. تشخيص الاعاقة الحركية :

تعتبر عملية التشخيص عملية مهمة ودقيقة ،من خلالها يتم معرفة قدرات الطفل المعاق من خلال استخدام مقاييس واختبارات مهمة ومختلفة والشخص الذي يقوم بعملية التشخيص يحمل مؤهلات عملية ولديه القدرة على استخدام الاختبارات والتدريب الميدانين فكلما كان التشخيص مبكرا للطفل كان تجنبا لحدوث الحالة اكثر او تقليلها او حصرها ، ولقد تطورت وسائل الكشف والتشخيص فبإمكان الاطباء عن طريق استخدام التحاليل المخبرية للمواليد الجدد واكتشاف بعض الاضطرابات الجسمية والعقلية ،وقد ادى ذلك على تطور اجهزة الكشف والتشخيص، فالكشف يهدف الى التعرف السريع على الاطفال الذين لديهم اعاقة او قابلية لحدوث اعاقة كونهم في حالة خطر للأسباب بيولوجية او بيئية، والتشخيص هي خطوة متقدمة ومن خلال التشخيص نستطيع ان ننفي او نؤكد وجود حالة تأخر او اعاقة وفي حالة وجودها يتم تحديد اسبابها واقتراح طرق العلاج(مرجع سبق ذكره.)

7. طرق الوقاية من الاعاقة الحركية :

ان الوقاية من الوقوع في الاعاقة الحركية تتطلب تصميم البرامج الوقائية الفعالة وفق معايير واضحة في ضوء المعرفة العلمية الحديثة وتجدر الاشارة الى ان الوقاية لا تقتصر على محاولة منع حدوث الاعاقة

ولنها يجب ان تشمل تنفيذ اجراءات عديدة على ثلاث مستويات موازية لتطور حالة الاضطراب الى انحراف حركي هو انحراف عن نمو الطبيعي يأخذ شكل الضعف اولا ثم التحول الى عجز والعجز يتطور الى اعاقة في نهاية الامر وتنصب الجهود لمنع حدوث الضعف اصلا وهذا ما يسمى بالوقاية الاولية التي نحاول ان تمنع تطور الضعف الى عجز وهذا ما يسمى بالوقاية الثنائية وتسعى اخير الى عدم وصول هذا العجز الى اعاقة وهذا ما يسمى بالوقاية الثلاثية حيث يتم تفسيرها فبي الاتي:

- الوقاية الاولية :

تشمل طرق الوقاية الاولية لمنع حدوث الاعاقة ما يلي

- اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد اجراء فحوصات عديدة تتعلق بالأمراض الدم والعامل الريزاسي تفادي لحدوث تشوهات خلقية في تسلمها لها علاقة بالإعاقة الحركية .

- تقديم الارشاد المستمر للام الحامل من دور الحضانة والرعاية الاسرية لأخذ التطعيمات الخاصة بأمراض الدفتريا والحصبة والجدري والسل وغيرها .

- رجوع الام الحامل للطبيب اثناء فترة الحمل وعدم تناولها للأدوية التي تحدث تشوهات خلقية لدى الجنين خاصة في مراحل الحمل في ثلاث شهور الاولى وعدم زيادتها لجرعات الدوائية .

- الاهتمام بصحة الام الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء وعدم تعاطيها للكحول والتدخين

- تجنب حدوث ولادة عسيرة كان تكون الولادة في المنزل.

- الوقاية الثانوية

وتنصب جهود المربين في هذه المرحلة على بذل جهود حثيثة بعد حدوث المرض وتقبل حدوث العجز والاعاقة وذلك للحد من شدة المرض وتقصير مدته ما امكن وتسعى الوقاية الى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحية بهدف خفض حالات العجز بين الاطفال وتشمل طرق الوقاية الثانوية

- الكشف المبكر عن حالات الاصابة بالعجز الجسمي

- التدخل العلاجي والجراحي المبكر- اثراء بيئة الطفل لمنعه من التخلف

الوقاية الثلاثية:

ان دور الوقاية يأتي بعد حدوث العجز وتهدف الى حد من تدهور حالة الطفل والحد من التأثيرات المرافقة والناجمة عن حالة العجز الحركي والسيطرة على المضاعفات ما امكن ذلك وتتضمن الوقاية الثلاثية ما يلي

- توفير خدمات الارشاد الجيني للأسرة - توفير خدمات الارشاد الاسري - استعمال الاطراف الصناعية

- تقديم العلاج النفسي للمصاب ولأسرته- مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته(نزاري،2021،59).

خلاصة:

وفي الاخير يمكننا القول بان للإعاقة الحركية تأثير كبير على شخصية الفرد، مما قد يؤدي الى الخجل والانطواء، وقد اشارت الدراسات الى ان طبيعة نظرة المعاق لنفسه هو العامل الحاسم في ميدان قبول الناس او رفضهم له، فالمعوق المتقبل لا عاقته يتقبله الناس اكثر من غير، فالإعاقة اختبار من

الخالق سبحانه وتعالى ،قال عليه الصلاة والسلام (ان الله اذا احب عبده ابتلاه، فاذا صبر اجتباه،واذا رضي عنه اصطفاه،ان بؤس نفاه واقصاه),

قائمة المراجع:

- شهيب هاجر، أثر الاعاقة الحركية لدى المراهق على تقدير الذات،مذكرة ماستر، جامعة البويرة الجزائر،2018.

- عكوش مريم، دور الاعاقة الحركية في ظهورالسلوكات العدوانية عند المراهق،شهادة الماستر،جامعة البويرة الجزائر،2010.

- بسرة صبرينة، مستوى جودة الحياة عند الطالب المعاق حركيا مذكرة ماستر ،جامعة بسكرة الجزائر،2018.

- زواوي سعيدة وأخرون ،تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين حركيا ،مذكرة مكلمة لنيل شهادة الليسانس ،جامعة المسيلة الجزائر،2020.

- سليمة بوسعيد، مجلة التقنيات والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة ورقلة الجزائر،2020.

- نزاري صليحة، واقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا في الجزائر،مذكرة ماستر،جامعة قالمة،2021.

المحاضرة السادسة: ذوي صعوبات التعلم

مقدمة

صعوبات التعلم هي حالات يمكن أن تجعل الفرد يواجه مشكلات عند تلقيه للتعلم التقليدي. وقد تؤثر هذه الصعوبات على تنمية مهارات القراءة والكتابة والرياضيات ويمكن أن يؤثر أيضًا على الذاكرة والقدرة على التركيز والمهارات التنظيمية. قد يحتاج الطفل أو البالغ الذي يعاني صعوبات في التعلم إلى وقت إضافي لإكمال المهام الدراسية ويمكن في كثير من الأحيان أن يستفيد من بعض الوسائل التعليمية في الفصل أو البيت لتجاوز هذه الصعوبات، كمواد مطبوعة بخطوط خاصة أو استخدام أجهزة الحاسوب لتدوين الملاحظات مثلًا.

نظرًا لأنه لا يمكن علاج صعوبات التعلم، فقد تمتد آثارها على أداء الفرد طوال الحياة في النواحي الأكاديمية وفي العمل وفي العلاقات الاجتماعية والحياة اليومية.

يُشار أحيانًا إلى صعوبات التعلم باسم "معوقات التعلم" أو "إعاقات التعلم" ويختلف تأثير هذه الصعوبات من شخص لآخر ولكن قد يكون لها آثار على نظرة الفرد الذي يعاني صعوبة التعلم إلى نفسه، حيث تشير كلمة "الإعاقة" إلى أن الشخص أقل قدرة من أقرانه وأنه في حالة حرمان دائمة. حيث سوف نتطرق في هذه المحاضرة إلى التعرف على هذه الصعوبات وأنواعها وطرق تشخيصها وعلاجها في شكل موضح وبالعودة للمراجع العلمية الخاصة بهذا الموضوع .

لنطرح الإشكال ماهي صعوبات التعلم؟ وكيف يتم تشخيصها ومعالجتها؟

- تعريف صعوبات التعلم:

تعددت الآراء في إيجاد تعريف موحد لصعوبات التعلم .حيث يعد هذا المجال من أكثر مجالات التربية الخاصة التي نمت بصورة سريعة ولاقت اهتماما واسع، وقد حيرت هذه الفئة من الطلاب ذوي الحاجات الخاصة العلماء المختصين ؛مما دفعهم إلى البحث عن استراتيجيات وطرائق تدخل مناسبة للصعوبات التي يواجهونها كل حسب النظرية التي ينطلق منها في فهمه لها. ولذلك ظهرت وجهات نظر مختلفة في تحديد مفهوم صعوبات التعلم وتفسيرها ،منها : النظرية الطبية التي ترى أن صعوبات التعلم أساسها عصبي ، ومنها تربوي تؤمن بتعديل السلوك .ومنها لغوي أساسها خلل في العمليات اللغوية الأساسية في اكتساب نظام القراءة .

وقد بدا الاهتمام بصعوبات التعلم في الولايات المتحدة الامريكية في عام 1963،فقد تم تأسيس منظمة وطنية في الولايات المتحدة تمثل منظمات أهلية تهتم بالأطفال المعوقين إدراكيا ،ومن لديهم تلف مخي في مدينة شيكاغو ،واستخدمت هذه المنظمة مصطلح الصعوبات الخاصة بالتعلم ،وسميت باسم منظمة الأطفال ذوي صعوبات التعلم ،وقد أشارت هذه المنظمة إلى أن مفهوم صعوبات التعلم يشمل مجموعة من الأطفال لا يقعون ضمن فئات الإعاقة ،ولكنهم بحاجة ماسة إلى المساعدة لاكتساب المهارات المدرسية ،واعتبرت المنظمة أن استخدام مصطلح الصعوبات التعلم أفضل من التسميات العامة أو المحددة السائدة مثل إصابة الدماغ أو الخلل الوظيفي الدماغي البسيط أو عسر الكلام أو عسر القراءة أو العجز عن إجراء العمليات الحسابية أو العجز في الكتابة.(فرح سهيل،18,2012).

وقد عرف صموئيل كيرك (samuel kirk) صعوبات التعلم بأنها :المصطلح الذي يستخدم لوصف مجموعة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات تطور اللغة والكلام والقراءة ومهارات التواصل الاجتماعي ،مع استثناء الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الحسية أو التخلف العقلي من فئة هؤلاء الأطفال ،واعتبر كيرك كذلك صعوبات التعلم بمثابة الحالة التي يعاني صاحبها من واحد أو أكثر من الأمور التالية (kirk&chalfant.1984):

1.عدم القدرة على استخدام أو فهم اللغة .

2.عدم القدرة على الإصغاء أو التفكير أو القيام بالعمليات الحسابية البسيطة.

3.عدم القدرة على الكلام أو القراءة أو الكتابة.(فرح سهيل,19,2012).

وعرفت جمعية الأطفال والراشدين ذوي الصعوبات التعليمة عام 1985 في الولايات المتحدة الأمريكية بأنها الحالة المستمرة الناجمة عن العوامل العصبية المتدخلة في نمو وتكامل القدرات اللفظية وغير اللفظية، وتشكل هذه الحالة إعاقة واضحة في ظل وجود قدرات عقلية متفاوتة تتراوح بين العادية وفوق العادية (نفس المرجع ،19،2012).

- وعرفت صعوبات التعلم بأنها عبارة عن اضطراب في العمليات العقلية أو النفسية الأساسية التي تشمل الانتباه والإدراك وتكوين المفهوم والتذكر وحل المشكلة ويظهر صداه في عدم القدرة على القراءة والكتابة والحساب وما يترتب عليه سواء في السنوات الأولى للمدرسة أو في ما بعد من قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة.(الأحرش،11،2018).

تعريف :باتمان(1965):

صعوبات التعلم: "هؤلاء الأطفال الذين يُظهرون اضطراباً تعلمياً واضحاً بين مستوى الأداء العقلي وبين المستوى الفعلي المرتبط بالاضطرابات الأساسية في العملية التعلميـــــة، وقد تنشأ تلك الاضطرابـــــات عن الاختلال الوظيفي للجهـــاز العصبي المركـــــزي، في حين أنها لا ترتبط بالتخلف العقلـــي العـــــام أو الاضطراب الوجدانـــــي الثقافي أو غيـــــاب الحواس".
جاء تعريف باتمان لاستكمال النقائص التي ظهرت في تعريف كيرك 1962الجديد فيه هو طرحه لفكرة التفاوت بين الاستعدادات وبين التحصيل الفعلي للتلميذ -محك التباعد-، والذي يظهر من خلال اضطراب في عملية التعلم، لكنه لم يتطرق لأسباب صعوبات التعلم وأنماطها.

تعريف سيد أحمد عُثمان (1990):

يُشير سيد أحمد عُثمان (1990) إلى أنَّ الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم الذين لا يستطيعون الاستفادة من الخبرات التعليمية المتاحة في الفصل الدراســـي أو خارجه ولا يستطيعـــون الوصول إلى مستوى زملائهم مع استبعاد المعاقين عقليـــاً وجسميـــاً والمصابيـــن بأمـــراض عيـــوب السمع والبصـر.

تعريف نبيل حافظ (2006):

يُعرِّف نبيل حافظ (2006) صعوبات التعلم بأنها: "اضطراب في العمليات العقلية أو النفسية الأساسية التي تشمل الانتباه والإدراك وتكوين المفهوم والتذكر وحل المشكلة يظهر صداه في عدم القدرة على تعلم القراءة والكتابة والحساب وما يترتب عليه سواء في المدرسة الابتدائية أساساً أو فيما بعد من قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة".

تعريف فردوس الكنزي (2006):

قدمت فردوس الكنزي (2006) تعريفاً لصعوبات التعلم ينص على أنَّ صعوبات التعلم هو: "مصطلح يُطلق على أولئك الذين يُعانون من وجود صعوبة أو أكثر في العمليات العقلية، وفي التحصيل، ولا يستطيعون الاستفادة من الأنشطة التعليمية داخل الفصل العادي، ولا يشمل هذا المصطلح الإصابات المخية، والإعاقات العقلية، والسمعية، والبصرية، والحركية".

تعريفClimentes (1966):

يُعرّفه صعوبات التعلم على أنها: "خلل وظيفي مخي بسيط لدى الأطفال الذين يقتربون من المتوسط أو أعلى من المتوسط من الذكاء، والذين يُعانون من صعوبات تعلم ترتبط بانحرافات في وظائف الجهاز العصبي المركزي. وقد تظهر هذه الانحرافات في قصور الإدراك وفي تكوين المفاهيم وفي اللغة وفي الذاكرة وفي الوظائف الحركية".

تعريفBraown et Al (1987):

يُعرّف صعوبات التعلم على أنها: "الإعاقة الإدراكية وإصابات المخ والحد الأدنى لخلل المخ ...".(كامل محمد،2016،22،21،20).

2- العوامل المسببة لصعوبات التعلم:

إن صعوبات التعلم بشكل عام ناتج عن عوامل البيئية والعوامل الفسيولوجية .

أولا: العوامل الفسيولوجية : وتشمل:

1-العوامل الوراثية:

من أصحاب هذه النظرية شيلور و فرنون وموني حيث يرجعون انخفاض قدرة الطفل على التعلم إلى الضعف العام في القدرة الذهنية وإمكانيته اللغوية والقدرة على الكلام والحركة والإدراك. ومن الذين أكدوا على أهمية العوامل الوراثية أون فقد دلت الدراسة التي قام بها عام 1978لحالات التوائم بأن بعض الصعوبات التعلم منتشرة بين أسر معينة وأنها وراثية .ولكن ظهور هذه الصعوبات بين أفراد الأسرة الواحدة قد لا يعود إلى العامل الوراثي وحده بل يمكن أن يعزى كذلك إلى العوامل البيئية ،واختيار المدرسة، وكفاية التعلم والدعم الأسري تقرر في النهاية درجة التحصيل .

2- عوامل جينية و ولادية:

قد تكون صعوبات التعلم لدى الأطفال نتيجة مشكلات تحدث قبل الولادة أو في أثنائها ،أو بعدها ،فهؤلاء الأطفال غالبا مايكونون نتاج فترات حمل و ولادة معقدة مثل تسمم الحمل والنزيف والولادة باستعمال الأجهزة الطبية ،والولادة المبكرة والاختناق بسبب قلة الأكسجين .(الاحرش،2018،15).

3- خلل وظيفي في الدماغ:

هناك افتراض يرى بأن تلف الدماغ البسيط و ما يتبعه من خلل وظيفي يؤدي إلى صعوبات في التعلم .ويقرر الفحص الإكلينيكي للأعصاب وجود نوعين من الأعراض ،الأولى :أعراض تتغير بمرور الوقت وتعتبر طبيعية لدى الأطفال الصغار، ولكنها تشير في الوقت نفسه إلى عدم نضج عصبي لدى الأطفال الكبار ، كالخلطبين إستعمال اليد اليمنى واليسرى ، والثانية: أعراض عصبية بسيطة تعتبر غير طبيعية عند أي مستوى عمري وقد تشير إلى عجز عصبي كالرجفة البسيطة أو الغمز بالعينين وغير ذلك في العادات العصبية المختلفة .

4- سوء التغذية:

إن سوء التغذية قد يكون سببا مهما لصعوبات التعلم، إذ قد يؤثر على نحو مباشر وغير مباشر في نمو الجهاز العصبي المركزي وتطوره .

5- الأمراض والعدوى:

إن الإصابة في فترة ما قبل الولادة يمكن أن تنتج آثار متعددة من الإعاقات من بينها ما ينتج عنه صعوبات التعلم ،وكذلك الأمر بالنسبة لأمراض ما بعد الولادة كالحساسية والتهاب الأذن الوسطى ومشكلات النظر وارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل.(الاحرش،2018،18،17).

ثانيا: العوامل النفسية : وتشمل:

1- القلق:

إن الطفل الذي تنتابه نوبات القلق الشديد في أثناء الدراسة ،غالبا ما يكون أقل كفاءة ودقة في تأدية الواجبات التعليمية من حفظ وتعلم وتذكر، وغالبا ما يرافق هذه الحالة انفعال عاطفي واضطراب جسمي وهرموني عام يسبب اضطرابا في التفكير والنمو اللغوي السلبي .

2- الخوف والفزع:

يؤثر الخوف تأثيرا مباشرا في قدرة الطفل على التعلم والتحصيل الدراسي والتقديم الدراسي ،وهو مرتبط إما بالمعلم أو بالطفل آخر أو بالأسرة .

3- ضبط السلوك:

غالبا ما يرتبط اضطراب السلوك بمشاكل التعلم في المدرسة فعملية التعلم تتطلب سلوكا متزنا واستقرارا عاطفيا ضمن أجواء تربوية هادئة وهادفة .واضطراب سلوك الطفل، مثل السلوك العدواني، أو السلوك الفوضوي داخل الفصل، والهروب من المدرسة و ينعكس هذا سلبا على عملية تعلم الطفل ويولد له صعوبات كثيرة في هذه العملية (نفس المرجع السابق ،18).

4- الاتجاهات الوالدية في التنشئة:

ليس هناك شك في أن الاتجاهات الوالدية غير السوية مثل استعمال القسوة في التربية والحماية الزائدة والإهمال وأسلوب التذبذب والتفرقة وحوادث الطلاق والخلافات الأسرية كلها تساهم في إعاقة النمو النفسي للطفل وتؤثر سلبا في تعليمهم ومن المؤكد أن ذلك يتوقف على مدى إدراك الطفل لمثل هذه الاتجاهات.

ثالثا: المدرسة: وتشمل:

1- المنهج والمقررات الدراسية:

من حيث ملائمة المنهج لقدرات التلاميذ وميولهم واتجاهاتهم وسماتهم الشخصية وظروفهم المعيشية ومن توفر خدمات التوجيه والإرشاد التربوي للطالب بقدر كاف.

2- الكتاب المدرسي والوسائل التعليمية:

من حيث عرض المادة العلمية عرضا جيدا متسلسلا ومتلائما مع قدرات المتعلمين ومن حيث استخدام وتوفر الوسائل التعليمية وتنوعها وكفايتها ومن حيث استخدمها استخدما فاعلا في العملية التعليمية.

3- المعلم:

من حيث شخصيته وإعداده العلمي والمهني والتربوي واتجاهه نحو مهنته ومدى إشباعها لتطلعاته المادية والمهنية. ومن الدراسات التي أكدت دور المعلم في صعوبات التعلم دراسة ليشت وكستنر1985التي هدفت إلى معرفة أسباب صعوبات التعلم، حيث أجريت الدراسة على عينة تكونت من مجموعتين بلغ عدد الأولى منها (38)طالبا ممن لديهم صعوبات التعلم وضمت الثانية (38)طالبا ممن ليس لديهم صعوبات التعلم. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في عزو وأسباب الفشل الدراسي وتمثلت في عوامل داخلية تتعلق بالمتعلم وأسباب خارجية تتعلق بالمعلم وهي مزاجه وكفاءته واتجاهاته السلبية.(نفس المرجع،20).

3 – علاقة صعوبات التعلم ببعض المفاهيم المشابهة :

يتقاطع مفهوم صعوبات التعلم بالعديد من المفاهيم أو المصطلحات المتشابهة، والتي نُوجزها في النقاط الآتية:

أ- صعوبات التعلم والعجز عن التعلم:

يُستخدم مصطلح صعوبات التعلم Learning Difficulties لوصف فئة معينة من الأفراد لديهم صعوبة تعلم في القراءة أو التهجي أو الكتابة أو الحساب، وقد تكون سيطرة لوظائف أحد نصفي المخ الكرويين على الآخر في معالجة المعلومات، أما مصطلح عدم القدرة على التعلم أو العجز عن التعلم فيصف فرد قد يكون لديه خلل أو اضطراب وظيفي في أحد نصفي المخ الكرويين. ويُعد مفهوم صعوبات التعلم Learning Difficulties من المفاهيم الأكثر تشابهاً مع مفهوم عدم القدرة على التعلم أو العجز عن التعلم Learning Disabilities وهو مصطلحٌ شائعٌ الاستخدام في انجلترا وأمريكا، وتُرجم إلى اللغة العربية ليُشير إلى صعوبات التعلم. وقد يكون هذا راجع إلى الترجمة الحرفية. ويُعتبر هذين المصطلحين مترادفين عند البعض بينما يذهب البعض الآخر إلى اعتبار أنَّ مشكلة التداخل بين المصطلحين هي في الأصل مشكلة في الترجمة ونقل المصطلحين إلى اللغة العربية. فكلمة Disabilities التي نقلت إلى اللغة العربية عليها أنها صعوبات، هي في الحقيقة تعني العجز، أما كلمة Difficulties فهي تعني بالدرجة الأولى صعوبات، مما يستلزم ترجمة مصطلح Learning Difficulties على وجه الدقة إلى صعوبات التعلم، فضلاً عن أنَّ صعوبات التعلم نعت ووصف الأفراد كبشر أخف وطأة وشدة من العجز عن التعلم، مما يجعل هناك اختلافاً بين المصطلحين الأجنبيين الأصليين.

ب- صعوبات التعلم ومشكلات التعلم:

يختلف مفهوم صعوبات التعلم عن مفهوم مشكلات التعلم Learning Problems في أنَّ صعوبات التعلم تُستخدم لوصف فئة من الأفراد لديهم صعوبة في فهم المعلومات التي تُقدم لهم، وفي استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، ولا ترجع الصعوبة إلى اضطرابات سمعية أو بصرية أو تخلف عقلي، أما الأفراد ذوو مشكلات التعلم هم الذين يُعانون من انخفاض في التحصيل الدراسي بسبب قصور في السمع أو الرؤية أو اضطراب الانتباه، أو إلى الإعاقة العقلية كما أنَّ الأفراد الذين لديهم مشكلات في التعلم أكثر قابلية للاضطرابات السلوكية الناتجة عن الفشل في الدراسة، كما أنهم أكثر بعداً عن الأنشطة التربوية بالمدرسة.

وعلى الجانب الآخر نجد أنَّ مفهوم صعوبات التعلم يُستخدم في انجلترا ليصف تلميذاً يُعاني من مشكلات تعلم مقارنة بأقرانه، تجعله لا يُواصل تعليمه بصورة جيّدة، وهذه المشكلات ترجع إلى المنهاج ومحتواه وطبيعته ومستواه، ويُستخدم هذا المفهوم في أمريكا بديلاً لمفهوم صعوبات التعلم، عندما يكون هناك فرقٌ في الإنجاز أو التحصيل أو في القدرة العقلية العامة (الذكاء) مقارنة بالأقران من نفس العمر.

ج- صعوبات التعلم واضطرابات التعلم:

يُشير مصطلح اضطرابات التعلم Learning Disorders إلى إعاقة أو تلف في الجهاز العصبي ترجع إلى تباين اختلاف في الجينات الوراثية، أو إصابة مخية، أو تلف في المخ أثناء الولادة، أو إلى الحرمان الحسي، أو لعيوب التغذية، بينما تدل صعوبات التعلم على عدم القدرة الفعلية على إنجاز مهمة معينة في حين أنَّ الفرد يمتلك قدرة عقلية كافية لإنجازها. وقد يستخدم بعض الباحثين مصطلح اضطرابات التعلم للإشارة إلى جميع مشكلات التعلم على اختلاف أنواعها، بينما يقتصر البعض استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى الأطفال الذين يُعانون من إصابات مخية إلا ما يُؤخذ على هذا الاستخدام هو التداخل الواضح بين هذا المصطلح، ومصطلحات أخرى مثل: الإعاقة العقلية، ومصطلح المضطربين انفعالياً.

وعليه، فإنَّ مصطلح اضطرابات التعلم تُشير إلى مجموعة من الإختلالات الناجمة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي الناتج بدوره عن ضرر أو عطب في الدماغ أو تشوه جيني أو عن طفرة في نمو الجهاز العصبي لذلك فهو يتصف بالديمومة ومقاوم لمحاولات التدخل العلاجي.
وقد أطلق هذا المصطلح Edgar Doll ليُشير إلى ما يُطلق عليهم الآن الأطفال ذوي صعوبات التعلم، لذلك نجد الباحثين في مجال صعوبات التعلم قد انقسموا إلى فئتين، منهم من يُطلق مصطلح اضطرابات التعلم على التلاميذ ذوي صعوبات التعلم ومنهم من يخص به الأطفال الذين يُعانون من إصابات دماغية.

د- صعوبات التعلم والتأخر الدراسي:

يختلف مفهوم صعوبات التعلم عن مفهوم التأخر الدراسيUnder Achievement ، فمصطلح صعوبات التعلم ينطبق على الأفراد الذين يتمتعون بذكاء عادي (متوسط أو فوق المتوسط) ترجع إلى أسباب نمائية أو أكاديمية أما مصطلح التأخر الدراسي فيُعرف على أنه تدني مستوى تحصيل التلميذ في مادة دراسية واحدة أو أكثر نتيجة لأسباب متنوعة ومختلفة، منها ما يتعلق بالمتعلم نفسه (مشكلات

صحية، جسمية، نفسية، عقلية)، ومنها ما يتعلق ببيئة المتعلم (الأسرية، المدرسية، الاجتماعية، جماعة الأقران). وقد ارتبط مصطلح صعوبات التعلم بالتأخر الدراسي لتماثل فئتي صعوبات التعلم والتأخر الدراسي من حيث المشكلات الدراسية وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي، وهما يُمثلان المظهر الخارجي لهاتين الفئتين.

كما يختلف مفهوم صعوبات التعلم عن مفهوم التأخر الدراسي الذي يتميز بالعمومية والشمولية، وأنَّ مصطلح التأخر الدراسي يعني أنَّ عجلة الإنجاز في المواد الدراسية تُعاني من وجود بعض المشكلات التي تُؤخر المتعلم عن مسايرة محطات الانتقال من مرحلة دراسية إلى أخرى، ويحدث التأخر الدراسي نتيجة لوجود أسباب متعددة من بينها وجود صعوبات التعلم أي أنَّ التأخر الدراسي مظهر من مظاهر صعوبات التعلم.

هـ - صعوبات التعلم وبطء التعلم:

رغم أنَّ الأفراد ذوي صعوبات التعلم يُظهرون انخفاضاً في التحصيل الدراسي في بعض المواد أو كل المواد الدراسية، فإنَّ قدراتهم العقلية تكون عادة متوسطة أو فوق المتوسطة، أما الأفراد بطئي التعلم Slow Learning فتُعد قدراتهم عن التعلم في كل المواد الدراسية متأخرة بأقرانهم في نفس المستوى العمري لكنهم ليسوا متخلفين عقلياً، كما أنَّ لديهم مستويات ذكاء تتراوح بين الحد الفاصل وأقل من المستوى المتوسط للذكاء مع بطء التعلم في التقدم والتحصيل الدراسي، ومن هنا لا يُمكن اعتبار بطئي التعلم كحالات صعوبات التعلم بسبب عدم وجود تباعد وتباين واضح بين قدراتهم العقلية وتحصيلهم الفعلي. ولكن إتباع برامج علاجية تربوية قد يُؤدي إلى تحصيل أفضل بالنسبة لذوي صعوبات التعلم عنه عند بطئي التعلم. وهناك من يعتبر بطء التعلم فئة حدية لا هي صعوبات تعلم ولا هي تأخر دراسي، بل هي وسطهما. وعليه فإنَّ مشكلة بطء التعلم تتمثل في الوقت، فهو يستغرق وقت أكثر من زملائه في اكتساب المهارة المراد تعلمها، أما بالنسبة للذكاء فهو يُعاني من انخفاض طفيف (أكبر من 70 وأقل من 85).

و- صعوبات التعلم والتخلف العقلي:

يختلف مفهوم صعوبات التعلم عن مفهوم التخلف العقلي Mental Retardation، وبخاصة فيما يتعلق بنسبة الذكاء فذوو صعوبات التعلم يكون ذكاؤهم عادة في المتوسط أو فوق المتوسط، مما يُفرقهم تماماً عن ذوي التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية الذين ينخفض ذكاؤهم بدرجة كبيرة عن المتوسط، إذ يرجع إلى عدم اكتمال النمو العقلي الذي يظهر بشكل واضح في نسبة الذكاء، وفي الأداء العقلي بحيث يكون الفرد عاجزاً عن التعلم والتوافق مع البيئة والحياة، ولذلك فإنَّ المتخلفين عقلياً أقل تعلماً ويصعب توافقهم اجتماعياً. وبالتالي فإنَّ مفهوم صعوبات التعلم يُستخدم للإشارة إلى مجموعة من الأفراد الذين لا يستطيعون الاستفادة من الخبرات والأنشطة الدراسية المتاحة داخل وخارج القسم بحيث لا يُمكنهم الوصول إلى المستوى الذي تُؤهله لهم قدراتهم، ويُستبعد من ذلك الأفراد المتخلفين عقلياً أو المعاقون جسمياً أو حسياً.

المجال	صعوبات التعلم	بطئ التعلم	المتأخر دراسيا
التحصيل الدراسي	منخفض في المواد التي تحتوي على مهارات التعلم الأساسية (الرياضيات - القراءة - الإملاء)	مخفض في جميع المواد بشكل عام مع عدم القدرة على الاستيعاب	منخفض في جميع المواد مع إهمال واضح ، أو مشكلة صحية
سبب التدني في التحصيل الدراسي	اضطراب في العمليات الذهنية (الانتباه ، الذاكرة ، التركيز ، الإدراك)	انخفاض معامل الذكاء	عدم وجود دافعية للتعلم
معامل الذكاء (القدرة العقلية)	عادي أو مرتفع معامل الذكاء من ٩٠ درجة فما فوق	يعد ضمن الفئة الحدية معامل الذكاء ٧٠-٨٤ درجة	عادي غالبا من ٩٠ درجة فما فوق
المظاهر السلوكية	عادي وقد يصاحبه أحيانا نشاط زائد	يصاحبه غالبا مشاكل في السلوك التكيفي (مهارات الحياة اليومية- التعامل مع مواقف الحياة اليومية)	مرتبط غالبا بسلوكيات غير مرغوبة أو إحباط دائم من تكرار تجارب فاشلة
الخدمة المقدمة	برامج صعوبات التعلم والاستفادة من أسلوب التدريس الفردي (تفريد التعليم)	الفصل العادي مع بعض التعديلات في المنهج	دراسة حالته من قبل المرشد الطلابي في المدرسة

4- تصنيفات صعوبات التعلم :

لعل أشهر تصنيف هو الذي قدمه (كيرك و كالفنت .) وعموما فإن أكثر أنواع صعوبات التعلم شيوعا "تشمل عسر القراءة وهي صعوبة 4891 قراءة الكلمة بطلاقة وكذلك ضعف الإملاء وقدرة فك التشفير .وعسر الحساب وهو ضعف حل المشكلات الحسابية واستيعاب المفاهيم الرياضية .وعسر الكتابة وهي ضعف في تشكيل الحروف أو الكتابة ضمن مسافة محددة، بالإضافة إلى اضطراب في التجهيز السمعي البصري رغم سلامة السمع والبصر .وكذلك صعوبات غير اللفظية مثل التنظيم والتقييم . يصنف (كيرك وجلجارد): صعوبات التعلم إلى قسمين رئيسيين هما : وتتضمن :

- صعوبات التعلم النمائية :اضطرابات الانتباه واضطرابات الذاكرة واضطرابات إدراكية حركية واضطرابات اللغة والتفكير.

- صعوبات التعلم الأكاديمية: وتتضمن صعوبات القراءة التهجي وصعوبات الحساب وصعوبات الكتابة وصعوبات التعبيرات المكتوبة .ويميز هذا التصنيف بين مجموعتين من صعوبات التعلم :صعوبات تعلم نمائية وصعوبات تعلم أكاديمية

- صعوبات التعلم النمائية:

(يشير حسن شحاتة)و(زينب النجار) في معجم المصطلحات التربوية النفسية إلى أن صعوبات التعلم النمائية هي" :صعوبات تتعلق بالوظائف الدماغية وبالعمليات العقلية المعرفية التي يحتاجها التلميذ في

تحصيله الأكاديمي مثل الإدراك الحسي البصري والسمعي والانتباه والتفكير واللغة والذاكرة وهذه الصعوبات ترجع إلى اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي. ويمكن أن تقسم بدورها إلى صعوبات أولية تتعلق بعمليات الانتباه والإدراك والذاكرة وصعوبات ثانوية مثل التفكير والفهم . واللغة الشفوية هي أيضا صعوبات تتعلق بنمو القدرات العقلية المسؤولة عن التوافق الدراسي للطالب وتوافقه الشخصي والاجتماعي والمهني و تشمل صعوبات الانتباه والإدراك والتفكير (تكوين المفهوم وحل المشكلة).(حسين العريش وآخرون،2013،33،32).

- ومن أسباب صعوبات التعلم الأكاديمية قصور في العمليات النفسية كالإدراك والانتباه و التذكر وإدراك الشكل والخلفية وتعود صعوبات التعلم إلى عدم نمو القدرات العقلية بطريقة منتظمة ، ويصاحب ذلك عجزا أكاديميا في المهارات الرئيسية كالقراءة والحساب (حسن العريشي ،2013،34،33). وفيما يلي توضيح لصعوبات التعلم النمائية:

- **صعوبات الانتباه**: هو عدم القدرة على اختيار العوامل المناسبة وثيقة الصلة بالموضوع من بين مجموعة من المميزات الهائلة (سمعية أو لمسية أو بصرية أو الإحساس بالحركة)التي يصادفها الكائن الحي في كل وقت يحاول فيه الطفل الانتباه والاستجابة لمثيرات كثيرة جدا فإننا نعتبر الطفل مشتتا ويصعب على الأطفال التعلم إذ لم يتمكنوا من تركيز انتباههم على المهمة التي بين أيديهم ، وتمثل صعوبات الانتباه (من 3% إلى 5%) من الأطفال في سن التمدرس منهم 50%من هؤلاء الأطفال يعانون من الفشل الدراسي .

- **صعوبات الإدراك**: تتضمن إعاقة في التناسق البصري الحركي والتمييز البصري والسمعي واللمسي والعلاقات المكانية وغيرها من العوامل الإدراكية.

- **صعوبات الذاكرة:** وهي عدم القدرة على استعادة ما تم مشاهدته أو سماعه أو ممارسته أو التدريب عليه فالأطفال الذين يعانون من مشكلات واضحة في الذاكرة البصرية أو السمعية قد تكون لديهم مشكلة في القراءة و التهجئة والكتابة والعمليات الحسابية .(نفس المرجع ،34).

- **صعوبات التفكير**: تتألف من مشكلات في العمليات العقلية تتضمن الحكم والمقارنة إجراء العمليات الحسابية والتحقق والتقويم والاستدلال والتفكير الناقد وحل المشكلات واتخاذ القرار.

- صعوبات اللغة الشفهية: وترجع إلى الصعوبات التي يواجهها الأطفال في فهم اللغة وتكامل اللغة الداخلية والتعبير عن الأفكار لفظا .

2- صعوبات التعلم الأكاديمية (المدرسية) :

ينطبق هذا الوصف على حالات التلاميذ الذين يعانون من الرسوب وضعف المستوى الدراسي دون أن يكون السبب في ذلك مشكلات طبية أو نفسية أو الإصابة بالتخلف العقلي، ورغم أن هذه الحالة ليست من الاضطرابات العقلية إلا أنها تعالج باستخدام الوسائل النفسية .

وتشمل صعوبات القراءة والكتابة والحساب في المدرسة الابتدائية وما يتبعها من صعوبات في تعلم المواد الدراسية المختلفة في المراحل التعليمية اللاحقة ومن ثم تعتبر صعوبات التعلم المدرسية نتيجة لصعوبات التعلم النمائية أو النفسية، وتظهر المشكلات غالبا بعد الدخول المدرسي وتتجلى في الصعوبات التي تواجه التلاميذ في تعلم المواد الدراسية. فقد بينت نتائج البحوث النفسية أن هؤلاء التلاميذ ليس لديهم انخفاض في مستوى الذكاء ولكن لديهم صعوبات حادة في تعلم اللغة سواء في القراءة أو الكتابة أو في النطق .كما توجد لدى البعض الآخر منهم صعوبات في تعلم العمليات الحسابية. وعموما يصنف

اضطراب صعوبات التعلم على أساس انخفاض في المجالات الأكاديمية محددة في القراءة والرياضيات والتعبير الكتابي لأن الأداء في كل واحدة من هذه العمليات يعتمد على العديد من العمليات المعرفية، لأن العجز المعرفي هو سبب ضعف الأداء الأكاديمي.

- إن صعوبات التعلم النمائية يمكن ملاحظتها قبل الدخول إلى المدرسة من خلال سلوك الطفل كفرط الحركة مثلا، أما الصعوبات الأكاديمية فإن ميدان اكتشافها هو المدرسة لأنها تتعلق بدرجة التحصيل التي يكتسبها التلميذ والتي تظهر خلال عملية التقويم حينئذ يظهر أن التلميذ يعاني عجز أو نقص في مادة معنية أو عدة مواد مما

يستدعي تشخيص حالته وفيما يلي شرحا لأهم الصعوبات الأكاديمية:

- **صعوبات الكتابة**: يشير(مايكلبسيت)أن الطفل ذو صعوبات الكتابة غير قادر على تذكر التسلسل الحركي لكتابة الحروف والكلمات وهو يعرف الكلمة التي يرغب في كتابتها ويستطيع نطقها وكذلك يستطيع تحديدها عند مشاهدته لها ولكنه مع ذلك غير قادر على تنظيم وإنتاج الأنشطة الحركية اللازمة لنسخ أو كتابة الكلمة من الذاكرة ويعانون من اضطراب في وضع الجسم وحجم الأحرف المكتوبة والتناسق بين شكل الأحرف والكلمات وبعضها واستقامة الأحرف حيث تكون غير متناسقة.

- **صعوبات القراءة**: يظهر هؤلاء الأطفال صعوبة كبيرة في تذكر الكلمة كاملة وهم لا يتعلمون بسرعة عن طريق الطريقة البصرية للقراءة إذ يحدث لهم اضطراب في الكلمات الصغيرة التي تتشابه في الشكل العام فهم ضعفاء في القراءة الجهرية والهجاء كما يظهرون اضطرابا في توجه الحروف وتعود إلى أسباب بصرية وصوتية (عدم التناسق بين المدركات البصرية والمدركات السمعية) وتعتبر صعوبة القراءة من أهم الصعوبات التي يعانيها الطفل في نظر المعلم والأولياء وهي أكثر أهمية في مجتمعنا الحالي لان الذي يعاني مشكلة القراءة يعتبر معاقا من الدرجة الأولى وهذا المشكل مطروح منذ 25 سنة في الدول المتقدمة ويعتبر المعلم هو الذي يتعرف على هذه الصعوبة.(نفس المرجع،2013،35).

- **صعوبات الحساب:** "صعوبات الحساب هي عجز في تكوين المفاهيم الرياضية وفي إستخدام الأرقام وأيضا صعوبة تخزينها في الذاكرة الرقمية".

يواجه ذوي صعوبات التعلم الحسابية مشكلات في العلاقة المكانية. المسافات الحجوم، الأشكال، التسلسل وهذا يعيق المهارات الرياضية كالقياس والتقدير وحل المسائل الهندسية فالطفل الذي يعجز عن التمييز بين الأحجام كالصغير والكبير والقصير والطويل وأكثر وأقل من الأشياء سيعجز عن تمييز أحجام الإعداد وتعلم مفاهيم العدد المجردة ومن يعجز عن تمييز الأشكال كالدائرة والمربع والمثلث سيعجز لاحقا عن التعرف عن الأعداد وتمييزها ورسم الأشكال الهندسية وذلك رجع إلى عدم القدرة على الربط بين الكلمة المكتوبة أو المسموعة ورمزها العددي فإذا ذكر المعلم كلمة أربعة يصعب على التلميذ أنها تشير إلى العدد4. .فصعوبات الإدراك السمعي هي التي تصعب من الربط بين الرموز المسموعة والرموز المنظورة.(المرجع السابق ،2013،37،36،35).

5- مظاهر وخصائص صعوبات التعلم:

- من أبرز مظاهر صعوبة القراءة :
  - ✓ صعوبة القراءة بشكل عام، وخاصة الحروف المشابهة.
  - ✓ صعوبة الكتابة بشكل عام، وخاصة الكتابة المعكوسة.
  - ✓ صعوبة الإصغاء بشكل عام.

- ✓ صعوبات التنظيم بشكل عام.
- ✓ صعوبات تحويل المعلومات من التعبير الكتابي إلى التعبير اللفظي أو العكس
- ✓ صعوبات في قراءة الحروف أو الأرقام أو الكلمات المتشابهة.
- ✓ صعوبات في القراءة الجهرية التي قد تبدو في صعوبة أو حذف نطق أجراء من الكلمة أو حروفها .

- خصائص صعوبة القراءة:

- ✓ ضعف في طلاقة القراءة الشفوية.
- ✓ قصور في فهم ما يقرأ واستيعابه.
- ✓ ضعف في القدرة على تحليل الكلمات إلى مقاطع وحروف.
- ✓ عكس الحروف والكلمات والمقاطع عند القراءة.
- ✓ عدم المقدرة على تركيب الحروف وتكوين الكلمات .
- ✓ عدم القدرة على تكوين جملة مفيدة وذات معنى من مجموعة كلمات .

- من أبرز صعوبات الكتابة:

- ✓ عكس الحروف أو الأرقام أو العكس المقاطع والكلمات والجمل بأكملها بصورة مقلوبة من اليسار لليمين فتكون كما تبدو في المرآة.
- ✓ الخلط بين اتجاهات حيث يبدأ الكتابة من اليسار بدلا من اليمين، من هنا تبدو الكلمات الصحيحة بعد كتابتها ولا تكون معكوسة.
- ✓ وجود صعوبة في التزام بنفس الخط من الورقة عند الكتابة.
- ✓ رداءة الخط وعدم مقروئيته.(كامل محمد،2016،37،36).

6- تشخيص وعلاج صعوبات التعلم:

إن عملية تشخيص صعوبات التعلم تمر بمراحل عديدة، ويترتب عليها اتخاذ قرارات تربوية مهمة، تُبنى عليها الخدمات والبرامج التربوية التي يجب تقديمها للطالب.

لا يمكن تشخيص صعوبات التعلم المحدد إلا بعد بدء مرحلة التعليم المدرسي؛ وذلك لأن صعوبة التعلم مرتبطة بمهارة القراءة والكتابة والحساب، وهذه المهارات يتم تعلمها واستخدامها بشكل كبير في المرحلة الدراسية، ولتشخص صعوبات التعلم يجب أن تتحقق أربعة معايير، وهي:

أن يواجه الطالب صعوبة في مجال واحد على الأقل لمدة لا تقل عن 6 أشهر على الرغم من حصوله على مساعدة خاصة، هذه المجالات:

- صعوبة في عملية القراءة، مشاكل في الدقة والسرعة بإضافة إلى بذل مجهود أثناء التهجئة .
- صعوبة في فهم المقروء.

صعوبة في مهارة التعبير الكتابي، وتشمل هذه الصعوبة مشاكل نحوية، ومشاكل في شكل ما يكتب من حيث التنظيم وعلامات الترقيم .

- صعوبة في تعلم المفاهيم أو حقائق الأرقام والحساب.
- صعوبات في المسائل القائمة على التفكير الرياضي، ومسائل حل المشكلات الرياضية.

- يَظهر ضعف مستوى بشكل كبير في المهارات الأكاديمية لما هو متوقع من عمرهم، وهذا الضعف يسبب مشكلات مدرسية أو مشكلات في العمل وفي أنشطة الحياة اليومية.

- تظهر هذه الصعوبات أثناء العمر المدرسي، إلا أن بعض الأشخاص من ذوي صعوبات التعلم لا يظهرون مشاكل حادة في التعلم حتى سن البلوغ.

- لا تنشأ صعوبات التعلم عن إعاقات أو ظروف أخرى، مثل: الإعاقة العقلية أو مشاكل في البصر أو السمع، أو الظروف الاقتصادية، والاضطرابات اللغوية(الجمعية الامريكية لعلم النفس، 2022).

- يتم تشخيص صعوبات التعلم من خلال جمع الملاحظات، ودراسة التاريخ الأسري، والتقارير المدرسية، كما يمكن استخدام الاختبارات النفسية للحصول على أفضل طرق التدخلات العلاجية، حيث يمكن تحديد الخلل في عملية التعلم إلى توجيه عملية التدخل العلاجي نحو هذا الخلل، فعلى سبيل المثال إذا أظهرت نتائج الاختبارات النفسية أن الطالب يواجه صعوبة في الإدراك السمعي، مثل التمييز بين صوت حرفي الحاء والهاء، فيجدر في البرنامج العلاجي التركيز على تقديم تدريبات تنمي التمييز السمعي.

7- وسائل تشخيص صعوبات التعلم :

السجلات المدرسية

الاختبارات الملاحظة

اختبارات التشخيص التقديرية

اختبارات التشخيص المقننة

- الملاحظة :هي وسيلة المعلم لاكتشاف الكثير من الصعوبات فى القراءة والكتابة والرياضيات لدى تلاميذه فيستطيع ملاحظة سلوك تلميذه في القراءة من حيث استمتاعه بالقراءة وجلسته وحركات عينيه أثناء القراءة وعاداته وكل ما يتعلق بالنطق والفهم والسرعة أثناء القراءة والكتابة وكذلك أثناء حل المسائل الرياضية وكيفية حله لهذه المسائل خطوة بخطوة الملاحظة التي تستخدم فيها البطاقات والجداول الخاصة بها أكثر دقة من الملاحظة العابرة.

- السجلات المدرسية :تشمل السجلات المعلومات التي توصل إليها القائم بالتشخيص عن التلميذ الذي يعانى من صعوبة من حيث مدى تقدمه في دراسته في المواد الدراسية المختلفة وفترات تغيبه عن المدرسة وانتقاله من مدرسة إلى أخرى واتجاهه نحو القراءة والرياضيات واهتماماته المختلفة و تكيفه الإجتماعي كما تشمل معلومات عن الخلفية الأسرية للتلميذ . تعد هذه السجلات باستمرار حتى تعين القائم بالتشخيص على تحديد الصف الذي بدأت فيه مظاهر الصعوبة عند التلميذ وحتى تساعده في وضع البرنامج العلاجي المناسب.

-الاختبارات :حتى يحصل القائم بالتشخيص على مقياس دقيق يقيس به ما يتوقعه من كل طفل على حده عليه استخدام الاختبارات التشخيصية فهي تمنحه بصيرة نافذة تجعله يدرك ما لدى الأطفال من قدرات وما لديهم من مشكلات دراسية أو اجتماعية أو جسمية يعانى منها التلاميذ أصحاب صعوبات التعلم .

وهناك نوعان من الاختبارات يتم استخدامها في قياس القدرات في القراءة والكتابة والرياضيات لدى التلاميذ الذين يعانون من صعوبات تعلم مثل هذه المواد.

-1- اختبارات التشخيص التقديرية:

وهي أساليب عادية غير مقننة لجمع المعلومات اللازمة عن احد الأطفال وحتى نحصل على معلومات عن مستوى المهارة لدى الأطفال في الوقت الذي يعطى فيه الاختبار وعادة ما يستخدم المعلمون الاختبارات المعيارية وهذه الاختبارات تعطى معلومات عن الأهداف التعليمية المباشرة التي يختارها المعلم واستخدامها يوفر معلومات محددة عن كل طفل وتتضمن تحقيق الأهداف التالية:

1- تحديد ما تم من تقدم في نشاط محدد .

2- ترسيخ مهارات المستوى الأساسي في مادة ما . التصفية الفعلية لتحديد الأطفال الذين يمكن أن يستفيدوا من خطط تعليمية محدده.

-2-اختبارات التشخيص المقننة:

معظم الأدوات المقننة يمكن تعريفها بأنها تلك التي تتطلب معلومات تتعلق بالأداء العام في علاقته بمجال المهارة مثل مستوى القراءة عند الطفل وهذا النوع من الاختبارات يعطى أول الأمر لعدد كبير من الأطفال ثم تستخدم درجاتهم كمحك لمقارنة أداء المجموعات التالية وهكذا.

8- محكات تشخيص الأطفال ذوى صعوبات التعلم:

تعددت الأدوات والأساليب التي يمكن أن تستخدم في التشخيص وجمع المعلومات عن الأطفال ذوى صعوبات التعلم، وقد أثرت الكتابة عرضها بشي من التفصيل نظرا لعلاقتها ببناء مقياسها الحالي، ولتميز حالات صعوبات التعلم من حالات الإعاقة الأخرى أو من أشكال التأخر التربوي الأخرى فمن الضروري إستخدام مجموعة من المحكات قبل إصدار الحكم بأن التلميذ من ذوى صعوبات التعلم، وقد حددها (كيرك وكالفانت 1988)في ثلاثة محكات هي:

أ- محك التباعد أو التباين :

ويذكر "محمد عواد،1998"أن محك التباعد يشير إلى أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم يظهرون تباعدا في إحدى الحالتين الأتيتين أو كليهما:

1- تباعد واضحا في نمو العديد من السلوكيات النفسية كالانتباه والتميز واللغة والقدرة البصرية والحركية والذاكرة وإدراك العلاقات ...وغيرها .

2- تباعدا بين النمو العقلي العام أو الخاص والتحصيل الأكاديمي.

ويرى "فتحي الزيات 1998"أن محك التباعد يعتمد في تحديده للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم على ما يظهرونه من تباعد في أحد الجوانب الثلاثة التالية:

1- تباعد مستوى النمو العقلي العام أو الخاص عن مستوى التحصيل الدراسي للطفل.

2- تباعد في نمو بعض الوظائف العضوية مثل اللغة والانتباه والذاكرة والحركة.

3- تباعد مستوى تحصيل الطفل عن معدل تحصيل الأطفال الآخرين من نفس السن.

ب- محك الاستبعاد:

تبعا لتعريف صعوبات التعلم فإنه يتم استبعاد الأطفال الذين يظهرون انخفاضا في التحصيل الأكاديمي نتيجة لتخلف عقلي أو إعاقة سمعية أو بصرية أو اضطراب انفعالي أو نقص فرص التعلم من فئة ذوى صعوبات التعلم.

يشير"أحمد عواد1997" إلى أنه على أساس هذا المحك فإن الأطفال الذين ترجع صعوبات التعلم لديهم بصفة أساسية إلى حالات العجز أو القصور سواء كانت حالات إعاقة سمعية أو بصرية أو حركية أو تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو عوامل بيئية يستبعدون من فئة الصعوبات الخاصة في التعلم ،ولا يعني استبعاد بعض الأطفال –المصابين بإعاقات أخرى- بأنه ليس بينهم من يعاني من صعوبات في التعلم، ولكن الاستبعاد يعني أن هؤلاء الأطفال المصابين بإعاقات أخرى يحتاجون إلى برامج تدريبية وتعليمية وعلاجية تناسب الإعاقة التي لديهم، وعلى أساس أن صعوبات التعلم التي يعانون منها مرجعها إلى الإعاقة التي لديهم.

ج- محك التربية الخاصة:

يشير هذا المحك إلى أن الخدمات التربوية المقدمة في المدارس العادية غير ملائمة أو قليلة الفاعلية مع التلاميذ ذوى صعوبات التعلم، فيصعب عليهم الاستفادة من أساليب التعلم المستخدمة مع الأطفال المعاقين لا تصلح لمواجهة مشكلاتهم، ومن ثم فهم في حاجة إلى برامج تربوية خاصة بهم تصلح لمواجهة مشكلاتهم التعليمية الخاصة والتي تختلف في طبيعتها عن مشكلات غيرهم من الأطفال. (حسن العريشي وآخرون، 2013، 59- 63).

9-علاج صعوبات التعلم:

يعد العلاج النفسي لصعوبات التعلم الخطوة الأهم و الأبرز التي يهدف إليها المختصون و ينتظرها الأولياء، كون التكفل و التخفيف من حدة الصعوبات سواء النمائية و الأكاديمية هو الهدف النهائي بعد اكتشاف و تحديد نوعية الصعوبة، حجمها و مدى تأثيرها، و تختلف أنواع العلاجات النفسية الموجه لذوي صعوبات التعلم باختلاف نوعية الصعوبة التي يعاني منها الطفل، إلى جانب طريقة التطبيق و حجم الأثر الناجم، فمنذ ظهور مصطلح صعوبات التعلم ظهرت عديد التقنيات العلاجية و استراتيجيات التكفل نفسية، تربوية، اجتماعية و أسرية، إضافة إلى تدخل عديد التخصصات في عملية التكفل فنجد إلى جانب النفسانيين مساهمات للمرشدين التربويين و البيداغوجيين جنب إلى جنب الأرط فونيين و حتى المرشدين الاجتماعيين، و هذا ما أدى إلى تنوع التقنيات العلاجية و استراتيجيات التدخل من جهة و جهة أخرى فوضويتها و عدم جدواها كون عديد التخصصات التي تحاول علاج صعوبات التعلم لا علاقة لها بهذه الأخيرة، و هذا ما صعب من مهمة العلاج النفسي الملائم لها.

- و من أهم التيارات العلاجية النفسية لصعوبات التعلم نجد التقنيات العلاجية السلوكية و التقنيات العلاجية المعرفية في أول الترتيب إلى جانب التقنيات العلاجية النفسية الحركية و الأدائية و حتى العلاج النفسي التحليلي و العلاج الأسري النفسي حاولا التكفل بصعوبات التعلم، و حاليا و نتيجة تطور

العلاجات النفسية اللا نظرية و خصوصا ذات المقاربات الانتقائية و التكاملية ظهرت تقنيات علاجية نفسية لصعوبات التعلم مزيجية متعددة الأقطاب.

- خلاصة:

ومن هذا نستنتج أن التربية الخاصة دور كبير وفعال في تحديد ومعالجة صعوبات التعلم حيث تعتبر التربية الخاصة هي تربية وتعليم الأفراد الذين لا يستطيعون الدراسة في برامج التعليم العام (العادي) دون تعديلات في المنهج أو الوسائل أو طرق التعليم أو مراعاة ظروف العجز لدى الفرد، وأيضا تعرف بأنها هي مجموع الخدمات المنظمة الهادفة التي تقدم إلى الطفل غير العادي لتوفير ظروف مناسبة له لكي ينمو نمو سليما يؤدى إلى تحقيق ذاته عن طريق تحقيق إمكاناته وتنميتها إلى أقصى مستوى تستطيع أن تصل إليه وان يدرك ما لديه من قدرات ويتقبلها في جو يسوده الحب والإحساس.

- **قائمة المصادر والمراجع:**

- تامر فرح سهيل(2012). صعوبات التعلم بين النظرية والتطبيق، عمادة البحث العلمي والدراسات العليا جامعة القدس المفتوحة ،رام الله /فلسطين.

- جبريل بن حسن العريشي ود. وفاء بنت رشاد و أ. عيد عبد الواحد علي(2013.1434).صعوبات التعلم النمائية ومقترحات علاجية ،الطبعة الأولى 1،دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم(2010).المرجع في صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية ،نشر مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة /جمهورية مصر العربية.
- محمد علي كامل محمد(2006).صعوبات التعلم الأكاديمية بين الاضطراب والتدخل السيكولوجي ،الجزء الثالث، دار الطلائع للنشر ،مدينة النصر/القاهرة.
- يوسف أبو القاسم الأحرش ود. محمد شكر الذبيدي (2018).صعوبات التعلم.

المحاضرة السادسة: اضطراب التوحد

- تمهيد:

تعد ظاهرة الإعاقة من الظواهر المألوفة على مر العصور ولا يكاد مجتمع يخلو، وهي من القضايا المهمة التي تواجه المجتمعات باعتبارها قضية ذات أبعاد مختلفة قد تؤدي إلى عرقلة مسيرة التنمية والتطور المجتمع، ومن هذا المنطلق فإن الرعاية بالأطفال المضطربين، وتوفير إمكانيات النمو الشامل من جميع النواحي يساعدهم، في إعدادهم لحياة شخصية والاجتماعية واقتصادية ناجحة.

يمكن أن يتعرض بعض الأطفال إلى الاضطرابات عديدة وتكون على شكل نقص أو قصور أو علة مزمنة تؤثر على قدرات الطفل وتكون على مستواه الجسدي أو الحسي أو العقلي أو الاجتماعي، ويتعرض الطفل لهذه الاضطرابات عند ولادته أو في مراحل عمرية ومن بين هذه الاضطرابات التوحد.

اضطراب التوحد(Autism) من أكثر الإعاقات النمائية غموضا وتعقيدا، فهو اضطراب نمائي شامل، ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ يظهر، في سنوات الثلاث الأولى من العمر، يؤثر

سلبا على العديد من المجالات يشمل التفاعل الاجتماعي وبالفشل في التواصل اللفظي مع الآخرين، وظهور سلوكيات وحركات نمطية والانشغال بأشياء واهتمامات غير عادية، إضافة إلى تأثيرها على الجوانب المعرفية، والأكاديمية بدرجات متفاوتة.

إن أطفال التوحد يعانون من عدة مشكلات ونذكر منها مشكلة مهارات الاجتماعية ويعتبر هذا الجانب أحد الجوانب قصورا لديهم ، هناك صعوبة في إشراكهم في تفاعلات الاجتماعية عادية بين الأم وطفلها إلا في حدود ضيقة جدا، و لديهم انسحابيه وعدم التفاعل والسلبية تجاه الآخرين، وعدم رغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم و قصور الشديدة في الاستجابة للمثيرات البيئية والضعف العام في المجالات الاجتماعية وهذا الانسحاب الطفل التوحدي من جميع أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي يؤدي إلى ظهور عدة مشاكل والصعوبات في تكوين الصداقات و إقامة العلاقات و تواصل وتفاعل مع الآخرين، أما مشكلات السلوكية تكون لديهم تصرفات غريبة في سلوكهم و في أغلب الأحيان سلوكيات نمطية ومتكررة دون أن يكون لها هدف وظيفي وواضح بالنسبة للآخرين، غالبا تنحصر في جرح الذات وإيذائها، السلوك العدائي ضد الأخر، الصراخ والبكاء الشديد المفاجئ، ورفض النشاطات والواجبات الحياتية اليومية ومن خلال غرابة هذا السلوك وشذوذه ، حيث يلفت نظر لآخرين له وبالتالي يصبح عرضه للسخرية وابتعاد من حوله عنه فإن طبيعة هذا السلوك تجعل منه عائقا ومشكلة أماما تفاعل مع البيئة التي يعيش فيها.

1. مفهوم اضطراب التوحد

التوحد لغة كلمة مترجمة من اليونانية حيث تنقسم هذه الكلمة إلى Ism وتعني النفس أو الذات، Autos قسمين:: بمعنى الحالة غير السوية أو الانغلاق. (لملومة،2019/2018، 20)

عرفه كاتر (1943)

اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر في التواصل مع الآخرين وفي اللغة ويتصف بالروتين ومقاومة التغيير.

وعرفته رذرفورد اضطراب نمائي يظهر قبل عمر ثلاث سنوات ويؤدي الى عجز في استعمال اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعيين.

وعرفه وليامز (1994،)

فترى أن التوحد هو" عجز في فهم المشاعر والانفعالات، وهو الانعزالية وتدني الإحساس بوجد الآخرين وتدني القدرة على الاستيعاب وقصور في التخيل وتسلسل الأحداث وتحليلها وتجميعها واسترجاعها ووجود مشكلات حادة في استعمال اللغة وتطورها."

أما الجمعية الأمريكية للتوحد

فترى أن التوحد يظهر في مظاهره الأساسية في الثلاثين شهرا الأولى من العمر وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية:

النمو، والاستجابة الحسية للمثيرات، النطق واللغة والقدرات المعرفية والانتماء للناس، وقد تشمل هذه الاضطرابات الخاصة بنسب ومعدلات النمو على تأخر أو توقف في المعرفة والمهارات الاجتماعية. (ندوة علمية، 2017: 25/24)

2. نسبة انتشار اضطراب التوحد في العالم:

أشارت التقديرات الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد بلغت ما يقارب(2_6) حالات من كل عشرة آلاف طفل طبيعي إي نسبة 0.02٪ _ 0.06٪ وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (1_2) عام (1966) إلى أن من بين الأعمار Middles،Lotterولغاية (1_5) وأشار كل من العالمان (8_9_10) سنوات هناك (4_5) أطفال مصابين بالتوحد ولكل عشرة آلاف طفل وأثبتت دراسة التي أجريت في الدنمارك عام (1970) ذات النتائج.Aurthus

المسؤولة عن المركز انديانا للتوحد أشارت إلى أن العشر سنوات الماضية ازدادت Cathy Prattأما فيها حالات التوحد من (5_15) حالة لكل عشرة آلاف حالة، أما في عام (2002) فوجدت أن عدد حالات التوحد تراوحت ما بين(7_48) حالة لكل عشرة آلاف حالة مشخصة كأعراض للتوحد أو اضطرابات النمو وأعراض مرض متلازمة اسبرجر.

وأشار مركز الأبحاث جامعة كامبريدج في تقرير له بازدياد عدد الحالات التوحد حيث أصبحت (75) حالة في كل عشرة آلاف من عمر(5_11) سنة وتعد هذه النسبة كبيرة عما كان معروف سابقا وهو (5) حالات في كل عشرة آلاف ولادة، وفي عام (2002) عقد مؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا وأشارت إلى أن حالات التوحد يمكن توزيعها كما يأتي: Marie Bristolالدكتورة

*هناك (1) من كل (1000) حالة طفل صنف بأنه توحد كلاسيكي.

*وهناك(1) من كل (500) حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد ويتضمن أعراض اضطرابات النمو PDD

.PDD* وهناك(1) من كل(200) حالة من أعراض طيف التوحد يتضمن أعراض اضطرابات النمو

وأشارت الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور غالبا ما تكون اكبر منها لدى الإناث ولقد لاحظ كانر زيادة الذكور أربع مرات في مجموعة الأطفال ممن لديهم أعراض توحدية كلاسيكية. أما في دراسة ميدل سيكس فكانت النسبة اقل بصورة طفيفة من ثلاث أطفال ذكور في مقابل طفلة واحدة. (الجلبي،2015: 21/20/19)

3. أنواع اضطراب التوحد:

فقد ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال المتوحدين، اقترح البعض تصنيفات مختلفة، اعتمادا على مستوى الوظيفي الذكائي، والعمر عند الإصابة، وعدد الأعراض وشدتها. ويرى البعض الأخر أنا لأعراض المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ. كما أكد ، بل انه مكون من ثلاث تصنيفات فرعية كما يلي:

1_ النوع الأول:

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة، كما تقول كولمان فإن الأطفال في هذه المجموعة يبدؤون بالتحسن تدريجيا ما بين سن الخامسة إلى السابعة.

2_ النوع الثاني:

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا بعد التلاميذ، تقول كولمان ، بأن أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراضا نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كاتر.

3_ النوع الثالث:

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات ايضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى). (الزريقات،2010: 48)

أما سفين وماتسون 1991 فقد اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي:

1_ المجموعة الشاذة: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2_ المجموعة التوحدية البسيطة :يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

3_ المجموعة التوحدية المتوسطة: ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية(مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفة محددة وتخلف عقلي.

4_ المجموعة التوحدية الشديدة: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (مصطفي الشربيني،2014: 32)

4. أسباب اضطراب التوحد :

-أسباب اجتماعية_ أسرية:

أ/ أسفرت الدراسات عن تعرض الطفل للعديد من العوامل التي تساعد في ظهور الاضطراب منها:

_ تعرضه للعديد من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية داخل الأسرة.

_ خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيدا عنها وانطوائه على نفسه.

_ تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل أسرته.

_ تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي، مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.

_ الضغوط الوالدية المتعددة.

_ هناك بعض الدراسات تشير إلى أن تعرض الأم لحالات النزيف أو حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية قد يتسبب في ولادة طفل توحدي.

_ تعرض الطفل للحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الرأس.

_ أثبتت بعض الدراسات أن الولادة العسرة تزيد من احتمالية ولادة طفل توحدي.

الأسباب النفسية والعضوية:

يتعرض الطفل التوحدي لانفعالات حادة وهنالك من يرى أن التوحد سببه مرض الفصام في الطفولة، ومع تزايد العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كامله في المراهقة وهذا احتمال ضعيف لحدوث التوحد.

أظهرت الفحوص والاختبارات التصويرية للدماغ لدى التوحدي ظهور اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ، وفروق واضحة بالمخيخ، وضهور في حجم المخيخ خصوصا في الفصوص الدورية أرقام) ظهور بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي E.E.G(6_7) كما اظهر الرسم الكهربائي(20_65٪ من حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع خصوصا مع تقدم الطفل في العمر.

وقد أرجع البعض السبب إلى وجود خلل في النظام البيولوجي للفرد، مما ينتج عنه الإصابة بالاضطراب. إذ لوحظ تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية والمعرفية والسلوكية. (خطاب،2005، 41-42)

- **أسباب إدراكية وعقلية**

ويرى أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى أن Leslie1987انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق واللغة ووجدت الباحثة المشكلة الرئيسة لأطفال التوحد هو افتقارهم للقدرة على فهم الناس الآخرين وفهم أنفسهم ومعظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم. كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الناس الآخرين؟ وبموجب هذه النظرية فإن أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي فضلا عن افتقارهم للجانب الاجتماعي والتواصل مع الآخرين ولديهم مشاكل في الجانب المعرفي والاجتماعي.

(مجيد،2010، 65)

- العوامل البيولوجية (الأسباب المتعلقة بالجهاز العصبي)

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتمثل في إصابة بالمخ أو الخلل الوظيفي في أحدا أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم. ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي:

أ_ إصابة المخ قبل أو في أثناء الولادة:

يرى سكوبلر أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو في أثنائها تهيئ الفرصة لحدوث الاوتيزم Tubrous، التصلب الحدبي Phenyl Ketonuriaمثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا ، Infantile Spasms، الاختناق في أثناء الولادة والتهاب الدماغ، تشنجات الرضع Sclerosis .Meningitis الالتهاب السحائي

ب_ الخلل الوظيفي في المخ:

يشير أنصار هذه النظرية إلى أن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس، وهذا ما يحدث لدى الأطفال الاوتيستك ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم.

ج _ التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي:

يرى بعض هذه النظرية أن التوحد يحدث نتيجة اضطراب أو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي، واتضح ذلك من خلال سؤال عدد كبير من أمهات الأطفال التوحدين عن مظاهر النمو لدى أطفالهن فكانت إجاباتهن أنهم متأخرون في النطق، رفع الرأس، التعرف على الأم، لديه تأخر في نمو الحديث البلع، عدم القدرة على الرضاعة في الطفولة المبكرة.

د_ عدوى الفيروسات:

قد ينمو الطفل طبيعيا ثم تظهر عليه أعراض التوحد كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس، فهناك حالات نقلت فيها العدوى للطفل من خلال الأم في أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية.

ه_ إصابة الجهاز المناعة:

إن جهاز المناعة يحمي الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها، فإذا حدث له إصابة أو ضعف يكون الطفل عرضه للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل، وقد يصاحبها لإصابة بالتوحد. (القمش،2011، 35-37)

5. أعراض اضطراب التوحد:

1_ الضعف أو القصور في التواصل الاجتماعي: ويشمل وهذا:

أ_ غياب أية رغبة في التواصل مع الآخرين ويميل الطفل إلى العزلة واللامبالاة بالآخرين ويقتصر التواصل مع التعبير عن الحاجات فقط.

ب_ إصدار التعليقات التي لا تكون جزءا من التبادل الاجتماعي، وغالبا ما تكون مقطوعة الصلة بالسياق الاجتماعي.

ج _ قد يتكلم الطفل كثيرا بغض النظر عن استجابة المستمعين، ولا ينخرط في أية حوارات أو محادثات متبادلة.

د _ تقبل اقتراب الآخرين منهم ومشاعرهم نحوهم بسلبية.

ه_ عدم القدرة على تكوين صداقات وعدم المبادرة بمشاركة الآخرين اهتماماتهم.

و_ عدم القدرة على القيام بالأوضاع والإيماءات الجسدية التي تنظم التفاعلات الاجتماعية.

ز_ عدم الوعي بأن هناك شيئا ما يدور في عقول الآخرين وعدم الإحساس بمشاعرهم.

2_ عدم القدرة على التواصل اللغوي (مثل الكلام والإشارة) وغير اللغوي (مثل القدرة على فهم تعبيرات وجوه الآخرين).

3_ السلوك التكراري ومقاومة التغير وعدم القدرة على التخيل:

ومن أمثلة السلوك التكراري القيام بحركات جسدية تكرارية لكل الجسم(مثل الاهتزاز الجسدي المستمر من الأمام للخلف أو من اليمين للشمال كبندول الساعة) أو تحريك جزء من الجسم مثل اليد أو الرأس وكثيرا ما يدور الطفل التوحدي حول نفسه أو يقوم بتدوير الأشياء. (مصطفي،2001 ، 15-18)

4_ خلل في الحواس، فأحيانا لدى هؤلاء الأطفال حساسية عالية جدا للمس أو المسك، وفي بعض الأحيان لا يهتمون لذلك ويضطربون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية كالمنكسة والخلاطات والمصاعد وما شابه ذلك وكذلك الحال بالنسبة للشم التذوق والبعض منهم يألف أصنافا محددة من الطعام لا يحيد عنها.

5_ ضعف في اللعب والتخيل، حيث أن معظم أطفال التوحد لا يوجد لديهم إدراك الأبعاد اللعب، وخاصة اللعب التخيلي، ويأخذ اللعب عادة شكل نمطي وتكراري محدود. وعدم مشاركة اقرانهم في اللعب.

6_ ظهور أنماط شاذة من السلوك، مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه، وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يفتقرون الوعي بأجسادهم والتحكم الإدراكي وإلى التكامل الحركي. (القمش، المعايطة،2007: 297-298)

6: تشخيص اضطراب التوحد:

تعتبر محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع والمعدل عام 2000 الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين من أفضل المحكات التشخصية قبولا في الأوساط العيادية والتربوية ، و هذه المحكات وردت حسب بن صديق (2005) وهي:

أولا: يشترط في تحديد اضطراب التوحد أن تتطابق ستة أعراض على الأقل، بحيث توزع كما يلي، عرضين من المجموعة الأولى، وعرض واحد على الأقل من المجموعة الثانية، وعرض واحد على الأقل من المجموعة الثالثة.

المجموعة الأولى:

وجود قصور نوعي من التفاعل الاجتماعي كما يظهر على الأقل في اثنين مما يأتي:

1_ قصور حاد في استخدام أنماط السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل: التواصل البصري مع الآخرين، تعبيرات الوجه، وضع الجسم وإيماءاته لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

2_ فشل الطفل في القيام بعلاقات مع الاقران تتناسب ومستوى نموه العلقي.

3_ قصور في البحث العفوي (التلقائي) لمشاركة الآخرين الأفراح، الاهتمامات، والانجازات (كالقصور في الإشارة إلى الأشياء المثيرة للاهتمام)

4_ الافتقار إلى التبادل الاجتماعي والانفعالي(تبادل العواطف، والمشاعر، والاهتمامات الاجتماعية).

(مجدي،2017، 15)

المجموعة الثانية:

وجود جوانب قصور نوعية في التواصل كما تظهر في واحد على الأقل مما يأتي:

1_ التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات.

2_ استخدام في اللغة بشكل تكراري نمطي أو استخدام لغة خاصة.

3_ خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات.

4_ نقص اللعب التلقائي من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

المجموعة الثالثة:

أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي:

1_ الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة الاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها.

2_ التمسك غير المرن بطقوس معينة وظيفية.

3_ سلوك حركي متكرر مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل جسم.

4_ الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات. (لمياء،2008، 26)

ثانيا: ظهور أداء وظيفي غير عادي على الأقل مما يأتي، مع ظهورها قبل سن الثلاث سنوات من العمر:

_ التفاعل الاجتماعي.

_ اللعب الرمزي أو التخيلي.

_ اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي. (مجدي،2007، 17)

7.العلاج اضطراب التوحد:

إن الاضطراب التوحد ليس بمرض، لهذا فإن هذا الاضطراب لا يمكن علاجه من خلال دواء محدد، ثم إن استخدام أي دواء لا يمكن أن يكون حلا ناجعا لجميع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ويتفق العديد من الباحثين على أن العلاج الطبي الذي يترافق مع العلاج التربوي والسلوكي هو الحل الأفضل لمساعدة جميع الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

1.العلاج الطبي: يهدف هذا العلاج إلى التخفيف من الأعراض و السلوكيات للطفل، ويقوم على فرضية أن التغيرات الفيزيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج يمكن أن تؤدي إلى التخفيف من أعراض التوحد، ويعد هذا النوع من علاج فعالا في حال توافقه مع البرامج السلوكية والتربوية.

2.العلاج النفسي: استخدم هذا المنهج العلاجي من قبل أصحاب النظرية التحليلية والذين يعتبرون أن التوحد هو اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين لإقامة علاقة قوية مع الطفل وبرودة مشاعرها.

إن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

المرحلة الأولى: يقوم معالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

المرحلة الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة من التدريب على تأجيل إرجاء الإشباع والإرضاء ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التوحدين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى ، وتقديم بيئة حية عن الناحية العقلية. (فاضل،2014/2015:43،44)

3. العلاج السلوكي: اقترح بعض الباحثين استخدام أساليب علاجية سلوكية كطرائق لتعديل السلوك في علاج إعاقة التوحد سواء تم ذلك في البيت أو بواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة لعدم استطاعة التوحديون في فصول عادية لسلوكهم الفوضوي وقصورهم الاجتماعي، ويمكن تقديم برامج تعديل السلوك لأنها:

- تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز عليها حاجات المتوحد.
- تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من المختصين

ويمكن تعليم الأطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت القصير، من السلوكيات التي يمكن تعليمها نذكر:

- مهارة تعلم اللغة والكلام.
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- اللعب بألعاب ملائمة.
- المزاوجة والقراءة.
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام.

4. **العلاج باللعب:** يساهم اللعب في بناء الجانب الجسمي، حيث يخرج الطفل انفعالاته حركيا كالجري، القفز وبعض الحركات، وأيضا جانب إخراج انفعالاته النفسية كالخوف، القلق ، التوتر من خلال الألعاب المتنوعة، فيصبح الطفل هادئا ومستعدا أي متداخلات تنمي مهاراته اللغوية.

ويتعلم أيضا من خلال اللعب مع الآخرين ومشاركتهم في أداء الأدوار والالتزام بقواعد الألعاب وقوانينها، وإقامة علاقة بينه وبين المعالج. ومن خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والأشخاص المحيطين به. (بوشلاغم،2015 -2016، 33-34)

قائمة المراجع:

- لملومة، ابتسام.(2019/2018). اضطراب التكامل الحسي وعلاقة بالحركات النمطية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي المعوقين ذهنيا الشهيد طاهر دباخ بن ساعد. جامعة محمد خيضر بسكرة.

- مصطفي، جيهان احمد.(2001). التوحد. منتديات مجلة الابتسامة جامعة عين شمس.

- الجلبي، سوسن شاكر.(2015).التوحد الطفولي أسبابه_ خصائصه_ تشخيصه_ علاجه. دار النشر دار رسلان. سوريا.

- القمش، مصطفي نوري، المعايطة، خليل عبد الرحمن.(2007). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.ط1. دار النشر المسيرة. عمان.

- القمش، مصطفي النوري.(2011).اضطراب التوحد.ط1. دار المسيرة . عمان.

- خطاب، احمد محمد.(2005). سيكولوجية الطفل التوحدي تعريفها- تصنيفها_ أعراضها_ تشخيصها_ أسبابها_ التدخل العلاجي.ط1. دار الثقافة للنشر. عمان.

- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج.(2010). التوحد الخصائص والعلاج.ط1. دار النشر وائل. الأردن.

- مصطفي، أسامة فاروق، الشربيني، السيدني على.(2014). التوحد أسبابه- التشخيص _ العلاج.ط2.دار النشر المسيرة. عمان.

- مجيد، سوسن شاكر.(2010). التوحد) أسبابه_ خصائصه_ التشخيص_ العلاج). ط1.دار النشر دينونو. عمان.

- الشامي، وفاة علي.(2004).خفايا التوحد أشكاله آسابه وتشخيصه.ط1.الرياض.

- ندوة علمية.(2017). اضطراب التوحد_ التشخيص_ العلاج. مركز أبحاث الطفولة والأمومة. جامعة ديالى.

- فاضل، ريما مالك.(2015/2014). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. لنيل درجة الماجستير في تقويم اللغة والكلام. جامعة دمشق.

- بوشلاغم، ابتسام.(2016/2015). واقع التكفل الارطفوني بالطفل المتوحد. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في الارطفونيا. جامعة العربي بن مهدي أم بواقي.

- غزال، مجدي فتحي.(2007). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان. قدمت هذه دراسة استكمالا لمتطلبات على درجة الماجستير في التربية الخاصة. جامعة الأردنية.

- بيومى، لمياء عبد الحميد.(2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص صحة نفسية. جامعة قناة السويس.

المحاضرة الثامنة : الموهوبون والمتفوقون

تمهيد:

يعد الاهتمام بالموهوبين والمتفوقين من المتعلمين بتوفير الإمكانات المادية والبشرية والتربوية اللازمة لاكتشافهم ورعايتهم وتلبية احتياجاتهم الخاصة ضرورة واستراتيجية مهمة من استراتيجيات التنشئة في المجتمعات اليوم، ذلك أنهم يعدون ثروة وطنية حقيقة يمكن استثمرها في تحقيق التقدم المنشود، خاصة في العصر الحالي، عصر العولمة.

فيتمتع المتعلمون الموهوبين والمتفوقين بنضج أعلى من زملائهم ، ويتميزون بالاستقلال الفكري ويملون إلى المناقشة الدائمة ، بما يثري لديهم الاكتشاف والابتكار واذا ما تم الاهتمام بهم من خلال الكشف المبكر عنهم ، وتقديم البرامج والخدمات التي تساعدهم على تكوين نظرة إيجابية نحو الذات، حتى يستمر تميزهم وتفوقهم وتحقيق التوافق النفسي والشخصي اللازم. إذا فمن هم الموهوبين

والمتفوقين وبما تتسم خصائصهم وكيف يتم الكشف عنهم وكيف يتم رعايتهم والتعامل معهم والاهتمام بهم؟

1.تعريف الموهوبين :

تعرف الموهبة عن مستوى عال من الاستعدادات في مجال معين , سواء كان علميا أو أدبيا أو فنيا أو غيرها من المجالات . ويعرف الموهوب بأنه الفرد الذي ستميز عن غيره بارتفاع مستوى الذكاء بالإضافة الى زيادة عوامل الدافعية والمهارية لديه , ويتبنى فكرة تعدد أنواع الذكاء , ويمكن الوصول الى فكرة تعدد المواهب أيضا مع الاخذ بالاعتبار أن الموهوب يحتاج الى خدمات خاصة توصله الى أكبر درجة من استثمار امكاناته وقدراته. (صادق،2001، 2).

والموهوب هو ذلك المتعلم الذي يثبت بما لا يدع مجال للشك بوجود قدرات عالية في التحصيل الأكاديمي , والتفكير العميق والأداء المتميز في مجال واحد أو أكثر من المجالات المعرفية والابداعية والقيادية والفنية والحركات الرياضية , ولا سيما عند مقارنته بأقرانه من ذوي العمر المتقارب والخبرات المتشابهة والبيئات البشرية المتقاربة (سعادة، 2009، 66- 67).

وبذلك فالمتعلم الموهوب هو المتعلم الذي يمتلك قدرات عالية ويظهر أداء متميز عن زملائه من العمر نفسه وذلك في مختلف المجالات العقلية والمعرفية والعملية .

2.تعريف المتفوقون :

ويعرف التفوق الى بلوغ الفرد مستوى أداء فوق المتوسط بالنسبة لأقرانه ممن هم في مثل عمره الزمني وبيئته الاجتماعية , في مجال نوعي أو أكثر من مجالات النشاط الانساني التي تقدرها الجماعة .

ويعرف المتفوقون بأنهم المتعلمون الذين يتمتعون بقدره استثنائية او انجاز أو دافعية تميزهم عن أقرانهم , ويستوفون المبادئ التي اتفق عليها مجتمعهم.

ويعرف المكتب الأمريكي المتفوقون أنهم المتعلمون الذين يتم تحديدهم والتعرف عليهم من قبل أشخاص مهنيين مؤهلين والذين لديهم قدرات عالية , ويحتاجون الى برامج تربوية مختلفة وخدمات اضافية , بالإضافة الى البرامج التربوية العادية التي تقدم لهم في المدرسة وذلك من أجل تحقيق اسهامات لأنفسهم وللمجتمع , فالمتفوقون يظهرون تحصيلا مرتفعا , او امكانات وقدرات منفردة أو مجتمعه في المجالات التالية : قدرة عقلية عامة عالية , تحصيل أكاديمي نوعي عالي , تفكير ابداعي منتج , قدرات قيادية , قدرات علمية وبصرية , قدرات حركية نفسية .(قطامي،2015، 52-53).

فيمكن تعريف المتفوق أنه من يتمتع بمستوى عالي من القدرات العقلية والأكاديمية تجعله ذو مستوى أعلى يفوق مستوى زملائه من المتعلمين العاديين .

الجدول التالي يوضح الفروق بين الموهبة والتفوق كما يراها جانيه:

الموهبة	التفوق
تظهر في أي مجال و منها التفوق	يرتبط بالمجال العلمي و الدراسي

تعني قدرة الفرد على الأداء العالي	**يعني أداء الفرد في المستوى العالي**
طاقة كامنة و نشاط مهيأ	**تحقيق لتلك الطاقة أو النتاج لذلك النشاط**
ترجع إلى أسباب وراثية إذ يولد الطفل موهوبا	**معظم أسبابه بيئية حيث يلعب البيت و المدرسة و المجتمع دورا هاما في تنميته**
ليس كل موهوب متفوق	**التفوق ينطوي على وجود موهبة**
تقاس باختبارات مقننة للتأكد من وجودها	**يشاهد على أرض الواقع**

3. خصائص الموهوبين والمتفوقين:

حيث يتميز المتعلمون الموهوبين بعدة خصائص على النحو التالي :

1.3. الخصائص العقلية :

- سريع التعلم والحفظ , الفهم قوي الذاكرة , دائم التساؤل .
- سريع الاستجابة , واسع الأفق يملك القدرة على التحليل والاستدلال .
- محب للاستطلاع والفضول العقلي الذي ينعكس على أسئلته المتعددة .
- اعطاء أولوية للخيال الابداعي على التفكير المنطقي واحتبار الأفكار والخبرات الجديدة .
- ارتفاع نسبة الذكاء والابتكار والابداع ومستوى التحصيل , اذ يفوق تحصيله المدرسي المستوى العادي للتحصيل بما يساوي 44 بالمئة .
- حصيلته اللغوية واسعه وخصبة وثرية .

2.3. الخصائص الاجتماعية :

- يشعر بالحرية ويعشقها, ويقاوم الضغوط الاجتماعية وتدخل الاخرين في شؤونه .
- يبادر للعمل , وعنده استعداد لبذل الجهد ويقدم العون للأخرين ويمكن الاعتماد عليه .
- يتمتع بسمات مقبولة اجتماعية , ويميل لمجاراة الناس ومجاملتهم .
- يملك القدرة على نقد ذاته والاحساس بعيوبه , ويتقبل الاقتراحات والنقد من الاخرين يتحمل المسؤولية ويملك القدرة على قيادة الاخرين , ولديه رغبة قوية في التفوق عليهم.
- لا يكترث بالنشاطات الاجتماعية التي من شأنها أن تضع عليه قيودا معينة .
- يبادر في اقتراح حلول للمواقف المشكلة , وقد يتسم سلوكهم في بعض الأحيان بالتحدي وعدم الخضوع .

3.3. الخصائص الانفعالية :

- يتمتع بمستوى من التكيف والصحة النفسية بدرجة تفوق أقرانه .
- يتوافق بسهوله مع التغييرات المختلفة والمواقف الجديدة .
- يعاني من بعض أشكال سوء التكيف والاحباط أحيانا لنقص الفرص في المدرسة لمتابعه اهتماماته .
- يتحلى بدرجة عالية من الاتزان الانفعالي ولا يضطرب أمام المشكلات التي تواجهه .
- سريع الغضب وعنيد , اذ لا يتخلى عن رأيه بسهوله .
- عصبي , لا يحب اطلاع الاخرين على افكاره , وتظهر عليه أحلام اليقظة .
- ارادته قوية , ولديه المقدرة على الصبر والتسامح .

4.3. الخصائص الجسمية :

- يتفوق في تكوينه الجسمي ومعدل نموه ونشاطه الحركي على أقرانه .
- طاقته للعمل عالية ونموه العام السريع .
- رياضي ويحب الجري ويمشي مبكرا .
- صحيح البنية وحسن التكوين ويتحمل المشاق .
- ينام لفترة قصيرة , ولديه طاقة زائدة باستمرار , ويتمتع بقسط وافر من الحيوية والنشاط (الخوالدة والقمش،2015، 91-96)

أما عن أهم خصائص المتعلمين المتفوقين بالمرحلة الاعدادية فيمكن ايجازها فيما يلي :

- الخصائص العقلية :

يتميز المتفوقين باليقظة العقلية , وحب الاستطلاع , الفهم , مولعون بالتمعن والتفكير في النظم والأفكار والأحداث , ولا يسلمون بما يطرح عليهم من معلومات وحقائق وأحكام بسهوله , وينتزعون الى التشكك , ومن ثم اثارة الأسئلة من قبيل : لماذا؟ كيف ؟ أكثر من غيرهم , كما ينزعون الى البحث والتجريب , ويستمتعون طرائق جديدة وأصيلة في حل المشكلات .

- الخصائص الانفعالية :

- التمتع بدرجة عالية من التوافق النفسي والاجتماعي, ولديهم ثبات انفعالي وثقة بالنفس.
- التمتع بمستوى طموح مرتفع, والتطلع الى الافضل في حياتهم الدراسية وفي أمورهم الحياتية الخاصة.
- البعد عن أساليب العنف والحالات العدوانية والسيطرة والاستئثار بالرأي والتعصب لا فكارهم .

- انخفاض معدل القلق لديهم مع التمتع بدرجة عالية من الاتزان الانفعالي والصدق والضمير الحي.
- التمتع بعدد من الحاجات النفسية مثل : ارتفاع الحاجة الى الانجاز, والنظام والتحمل والتأمل والتغير والاستقلال والمثابرة والاجتهاد وكثرة التأمل و الاستغراق في التفكير.
- اعتمادهم على انفسهم عند إنجاز اية مهمة تؤكل إليهم من المعلمين والآباء.
- الاتجاه الايجابي نحو المواد الدراسية و المعلمين والمستقبل المهني(مصطفى، 29،2009-30).
- الخصائص التعليمية: يتصف المتفوقون بقوة الملاحظة لكل ما هو مهم فلديهم نظرة ثاقبة لعلاقات الأثر و المؤثر' وقدرة على التفكير التجريدي والابتكار وبناء المفاهيم كما لديهم قدرة على اكتشاف أوجه التشابه والاختلاف . وغالبا ما يكونوا ناقدين مقيمين وسريعين في ملاحظة والتناقض والتضارب بين الأفكار والآراء ولديهم حب لطرح الأسئلة وعندهم قدرة على الالمام بكثير من المواضيع واسترجاعها بسهولة. ويستمتع المتفقون كثيرا بالنشاطات الفكرية. ولديهم قدرة على الفهم و الادراك العام.

- **الخصائص النفسية الاجتماعية:** يتميز المتفوقون بشخصية مرحة وحضور البديهة, فهم اجتماعيون ويميلون للسعادة ويعتمدون على أنفسهم ولديهم رغبة في تحقيق الذات والقدرة على القيادة ولهم أراءهم وشخصياتهم المتميزة ويمتلكون إرادة قوية ولكنهم قد يتصفون في بعض الأحيان بصلابة الرأي والعناد وعدم التنازل عن أفكارهم بسهولة كما أنهم يتميزون بالحساسية والشديدة و الحدة الانفعالية في أثناء استجابتهم للمثيرات والمواقف.

- الخصائص اللغوية:

- يقرأ الكتب المخصصة لمن هم اكبر منهم سنا.
- لديه اهتمامات للمطالعة في شتى المجالات.
- تفوق في المهارات الكتابية.
- يميل الى قراءة خارجية وتثقف بالكتب والقصص.
- يستمتع بقراءة القصص وكتابة القصائد الشعرية ويهتم بالأفكار اللغوية وتكون قراءتهم سريعة وفي وقت مبكر وعلى مستوى ناضج.(يوسف،2011، 90).

وتستدعي تلك الخصائص العقلية والشخصية والاجتماعية والانفعالية والتعليمية للمتعلمين الموهوبين والمتفوقين الالمام الدقيق بها من جانب القائمين على العملية التعليمية والمعلمين' وذلك لتقديم الرعاية التعليمية اللازمة لهؤلاء المتعلمين من خلال الانشطة التعليمية واستراتيجيات التعلم المختلفة التي تناسبهم بما يسهم في سقل وتنمية قدراتهم وامكاناتهم في مختلف المجالات وذلك يؤكد حاجة المعلمين الى امتلاك بعض المهارات العملية الكشف عن المتعلمين الموهوبين والمتفوقين ورعايتهم .

4. الكشف والتعرف عن الأشخاص الموهوبين والمتفوقين:

تعتبر عملية الكشف عن الموهوبين في غاية الأهمية لأنه يترتب عليها اتخاذ قرارات قد تكون لها اثار خطيرة ويصنف بموجبها الفرد على أنه موهوب أو متفوق بينما يصنف اخر على أنه غير موهوب او

غير متفوق، ومن جهة أخرى فان نجاح أي برنامج لتعليم الموهوبين والمتفوقين يتوقف بدرجة كبيرة على دقة التعرف عليهم. ولكن يبدو ان هذه العملية معقدة

ويرجع ذلك إلى ان الموهوبين والمتفوقين مجموعان متباينة ،فقدرتهم المرتفعة لا تعبر عن نفسها بطريقة واحدة بل نجد هناك تباينا في طرق التعبير عنها، وتبعا لهذا التباين في القدرة يجب استخدام وسائل متعددة ومتباينة في التعرف عليهم خاصة وان الاختبارات التحصيلية لا تكفي للتعرف على الموهوبين والمتفوقين.(القمش، 2013، 156).

- وتتعدد طرائق الكشف عن الموهوبين والمتفوقين كما يلي:

أ. الطرائق الموضوعية: وهي من أكثر الوسائل شيوعا في الكشف عن الفائقين بعد اختبارات الذكاء، على اساس أن ارتفاع المعدل التحصيلي يعد مؤشرا على تفوق المتعلم وسرعة فهمه وتعلمه ، ولكن المستوى التحصيلي يجب أن توضع معه طرائق أخرى في اكتشاف الموهوبين والمتفوقين.

ب. اختبارات الذكاء: وتنقسم إلى:

- اختبارات الذكاء الفردية: ومن أشهرها وأكثرها استخداما : مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وبطارية تقييم كوفمان للأطفال.

- اختبارات الذكاء الجمعية: ومن أهمها مصفوفات رافن التتابعية المتقدمة، حيث تتميز بسهولة تطبيقها وتصحيحها وتحويل الدرجات الخام إلى نسب ذكاء انحرافيه.

- اختبارات الإبداع والتفكير الإبداعي: تستخدم في قياس القدرة على التفكير الإبداعي، كاختبار تورانس للتفكير الإبداعي، ويتكون من الصورة اللفظية، والأشكال (الصورة الشكلية).

- اختبارات الاستعداد المدرسي: وهي اختبارات تقيس مهارات عقلية أو استعدادات ذهنية معرفية متطورة لها علاقة بخبرات المفحوص داخل المدرسة وخارجها، وتهدف إلى التنبؤ بقدرات التلميذ على التعلم في وقت لاحق، وهي تختلف عن اختبارات التحصيل لأن محتوى اختبارات الاستعداد بعيد عن المناهج المدرسية.

- مقاييس التقدير السلوكية: تركز هذه المقاييس على فحص الخصائص السلوكية التي أكدت الدراسات أنها تمثل الأشخاص الموهوبين أو المتفوقين، وذلك من خلال مجموعة من العبارات التي تصاغ بطريقة إجرائية تعكس هذه الخصائص، مثل مقياس رنزولي.

2. الطرائق الذاتية:

وهي الطرائق التي تعتمد في اختيارها للموهوبين والمتفوقين على الاشخاص، وما يصدرونه من أحكام بشأن التلاميذ المراد معرفتهم ومنها:

أ - ترشيح المعلمين: فالمعلم من أكثر الأشخاص معرفة بالتلاميذ، ولذلك يعد المعلم من المحكات التي تستخدم بكثرة في انتقاء المتفوقين، حيث يطلب من المعلمين ترشيح عدد من التلاميذ الذين يعتقدون أنهم يظهرون أو لديهم إمكانية أن يكونوا فائقين.

ب- ملاحظات الوالدين: تعد من المصادر المهمة في الكشف عن الفائقين، لأن الوالدين أكثر قربا منهم واحتكاكا بهم، ويلاحظون سلوكهم في المواقف المختلفة.

ج- ترشيح الأقران: ويتضمن أن يطلب من التلاميذ ذكر زميلهم الذي يساعدهم في بعض المهمات والمشاريع، أو زميلهم المتميز في موضوع أكاديمي معين، أو من لديه فكرة أصيلة، أو أي زميل سيذهبون إليه للمساعدة في موقف محدد.

د- التقارير والسير الذاتية: وتشمل كل ما يصدر عن المتعلم من إجابات لفظية، أو تقارير مكتوبة تكشف عن اهتماماته، وهوياته، وميوله وقراءاته، ونشاطاته وعلاقته الشخصية المتبادلة.(وهبة،2007، 55).

5. رعاية الموهوبين والمتفوقين:

بالنظر إلى النظم التربوية الحديثة ،يلاحظ حاجة المتعلمين الموهوبين والمتوقين إلى برامج تربوية خاصة تتناسب مع قدراتهم وميولهم واستعداداتهم العقلية، حيث يلحظ عدم كفاية برامج التعليم العادي ، وضعف مراعاة الواقع التعليمي لاختلاف مستويات النمو العقلي والانفعالي والتعليمي للموهوبين والمتفوقين. ومن البرامج والأساليب التي يمكن استخدامها في رعاية الموهوبين والمتفوقين:

- أسلوب الإثراء:

والإثراء هو تقديم برامج خاصة للمتعلمين الموهوبين والمتفوقين تختلف في الكيف والمستوى عن تلك المقدمة للعاديين، من خلال مناهج ومواد وخبرات تعليمية وقراءات وأنشطة إضافية مميزة ومتقدمة، تناسب مواهبهم وقدراتهم(أبو العز،2004 ،198).

- أسلوب التسريع:

والتسريع من الأساليب التي تقدم للمتعلمين الموهوبين والمتفوقين ضمن برامج الرعاية، حيث إنه يسمح للموهوب أو الفائق بالتقدم في مراحل السلم التعليمي حسب قدراته واستعداداته دون التقيد بزمن معين ، ويعني إتاحة الفرصة للتلميذ القادر على إتمام المناهج في مدة أقصر أو عمر أصغر من المعتاد، بحيث يتضمن تزويد الفائق بخبرات تعلمية تعطى عادة لمن هم أكبر منه سنا (القمش والمعايطة،2015، 285).

- أسلوب التجميع:

ويتم فيه تجميع المتعلمين الموهوبين أو المتفوقين داخل مجموعات متجانسة من الأنداد ذوي الاستعدادات أو الميول المتشابهة أو المتكافئة، مما يوفر لهم الدافعية والإثارة ويحملهم على الاستزادة في المعرفة والفهم واكتساب الخبرات الغزيرة(الكيلاني،2009 ،60).

كما أن هناك بعض الطرائق و استراتيجيات التدريس التي يرى المختصون أنها تناسب المتعلمين الموهوبين والمتفوقين ومنها: تفريد التدريس، والتعلم ذو الطابع الشخصي، التعلم الذاتي، استراتيجيات حل المشكلات (العصف الذهني).

وعلى معلم المتعلمين الموهوبين والمتفوقين استخدام الوسائل التعليمية، وأن يعمل على تنمية مهارات التفكير العليا، وأن يزود الطلبة بخبرات متنوعة، وأن يستخدم أسلوب المناقشة بكثرة، وأن يستخدم أسلوب المحاضرة بدرجة أقل ،وأن يطرح أسئلة تتحدى تفكير الطلبة.

6. دور المعلم في التعامل والاهتمام بالتلاميذ المتفوقون والموهوبون:

فبقدر ما تتعدد قدرات الموهوبين والمتفوقين وإمكاناتهم، تتعدد أدوار المعلم بشكل كبير وفيما يلي مجموعة من أدوار معلم الموهوبين والمتفوقين:

- الحث على التفوق والاستمرار فيه.
- تكوين مناخ صفي يسمح بالتفوق ونمو الموهبة.
- الاهتمام بأسئلة التلميذ الغريبة والغير المألوفة ، واحترامها وإشعارهم بأنها ذات قيمة.
- تنمية الاستقلالية في التعلم عند هؤلاء مع دفعهم في ذات الوقت للعمل في مجموعات.
- توجيه اهتمام الطلاب إلى موضوعات عميقة ومثيرة وغير مألوفة، ولها طابع خاص.
- استثارة الطلاب ودفعهم إلى بذل الجهد والمثابرة والتصميم والإرادة.
- تهيئة بيئة صفية غير تسلطية تتيح الحرية للتلاميذ الموهوبين للتعبير عن أفكارهم بحرية.
- إدارة المناقشة بطريقة مرنة.
- تشجيع وتوجيه المدح إلى الطلاب في أثناء التعلم، والتقليل من النقد.
- استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة.
- استخدام أسلوب الاكتشاف وحل المشكلات، مع إتاحة الفرصة لإنتاج الأفكار وتجربتها(الخطيب، 2003، الناقة، 2015)

وعلى المعلم عند القيام بالتدريس للموهوبين والمتفوقين مراعاة مجموعة من المبادئ وهي:

- قدرة الموهوب أو المتفوق على التعلم بسرعة، وعدم الحاجة للتكرار مع الشرح.
- كثرة الأسئلة والاستفسار الذاتي يطرحها الموهوب أو المتفوق والتي قد يعجز المعلم عن إجابتها.
- قدرة الموهوب أو المتفوق على التعلم الذاتي وإجراء البحوث والتجارب والزيارات.
- الموهوب أو المتفوق يتعلم عن طريق الفهم لا الحفظ.
- الموهوب أو المتفوق يتسم بالثراء اللغوي وزيادة المعلومات.
- لديه القدرة على الملاحظة واتساع الانتباه في الزمن والمدى.

- يتميز بالجدية في العمل والدافعية للإنجاز(عطا، 2004، 370).

- خلاصة:

وفي الأخير يمكن القول أن للموهوبين والمتفوقين مكانة مرموقة في الحياة سواء بنسبة للمدرسة أو للمجتمع بصفة عامة ويجب الاعتناء بهذه الفئة بشتى أنواع الطرق وتكوين المناخ المدرسي الملائم لهم وكذلك تدريب المعلمين عن كيفية التعامل مع هذه الفئة والاهتمام بها وتصميم البرامج والمخططات العلمية التي تتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم العقلية وإتاحة الفرص لهم كلما أمكن لتنمية تلك القدرات والمواهب والاستعدادات لانهم يعتبرون مكسب للمدرسة والمجتمع والوطن بصفة عامة وعليه من وجبنا حسن رعايتهم الاهتمام بهم قدر المستطاع.

قائمة المراجع:

_ أبو العز، عادل (2005)، تخطيط المناهج وتنفيذها بين النظرية والتطبيق، عمان: دار ديبونو للنشر والتوزيع.

_ الخطيب، عامر يوسف(2003): أدوار المعلم في التربية الإبداعية بمدرسة الموهوبين الأردن، عمان: دار الفكر للنشر والطباعة والتوزيع.

_ الخوالدة، فؤاد عيد، القمش، مصطفى نور(2015). التربية الخاصة الموهوبين، الأردن، دار الإعمار للنشر والتوزيع.

_ صادق، فاروق(2001)، نظرة مستقبلية لتربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في القرن الحادي والعشرين، القاهرة وزارة التربية والتعليم ، المؤتمر القومي للموهوبين.

_ قطامي، نايفة محمد (2015) ، مناهج وأساليب تدريس الموهوبين والمتفوقين،ط2،عمان :دار المسيرة للنشر والتوزيع.

_ المجلات:

_ عبد الرزاق مختار محمود.(2021)، مهارات اكتشاف ورعاية الموهوبين والمتفوقين ومدى توافرها لدى معلمي المرحلة الإعدادية، مجلة أريد الدولية للعلوم التربوية والنفسية، المجلد2،العدد4.