

مطبوعة محاضرات مقياس سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة سنة ثالثة ليسانس

تخصص : تربية خاصة

إعداد : الدكتورة كوثر غالي

الموسم الجامعي : 2025-2024

برنامج محاضرات مقياس سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة سنة ثالثة تربية خاصة

المحاضرة الأولى: مدخل عام للتربية الخاصة

المحاضرة الثانية: الإعاقة العقلية

المحاضرة الثالثة: الإعاقة السمعية

المحاضرة الرابعة: الإعاقة البصرية

المحاضرة الخامسة: الإعاقة الحركية

المحاضرة السادسة: التوحد

المحاضرة السابعة: التفوق العقلي

المحاضرة الثامنة: الدمج التربوي و الإجتماعي لذوي الإحتياجات الخاصة

◀ المحاضرة الأولى: مدخل عام للتربية الخاصة

01 - تعريف التربية الخاصة:

التربية الخاصة هي جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً ومواد ومعدات خاصة أو كيفية وطرائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية والشخصية والنجاح الأكاديمي. (اللالا وآخرون، 2011، 19)

كما تعرف على أنها مجموعة من البرامج المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن لتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف. (الروسان، 2003، 17)

يرى هلهان و كوفمان أن التربية الخاصة التعلم المصمم بشكل خاص ليلبي الحاجات غير العادية للمتعلمين غير العاديين من خلال المواد الخاصة والمعدات والتسهيلات المطلوبة.

(قحطان، 2008، 28)

02- تاريخ التربية الخاصة:

الإعاقة ليست ظاهرة حديثة بل هي ظاهرة عرفتتها المجتمعات البشرية منذ أقدم العصور ، ففي المجتمعات الإنسانية البدائية كان البقاء هو الهدف الأساسي في الحياة ، ولذلك كان المعاقون مهملين بل وأحياناً يقتلون .

فالإغريق والرومان القدامى كانوا يرسلون المعاقين إلى أماكن نائية ليلاقوا مصيرهم المحتوم .

ففي عصر الإغريق (1552، ق م)، وعصر الرومان (449 ق م) أشار بار (Barr 1913). ولندمان و مسينتر (lindman.Mcintyer،1961) أن اليونانيين والرومان كانوا من أوائل الشعوب التي إهتمت بالفئات الخاصة، مثل التعامل مع المغفلين (Fools)، والمنحرفين سلوكياً.

فقد دعا أفلاطون الدولة اليونانية إلى ضرورة الإهتمام باكتشاف المتفوقين عقلياً في وقت مبكر لتنم العناية بهم بشكل خاص ويرى أفلاطون أيضاً (347 ق م) في كتابه الجمهورية والقوانين أنه من الممكن التعرف إلى قابليات الأفراد عن طريق التربية الخاصة، وإجراء الإختبارات في المراحل العمرية المختلفة لتصنيفهم بشكل يساعد ذوي القدرات المتميزة في الإرتقاء إلى المراكز العليا. (الزعيبي، 2003، ص26)

أما في الحضارة الرومانية فقد تعرض الأفراد المعوقين وضعاف العقول لأساليب المعاملة القاسية من قبل الدولتين الإثنية و الإمبراطية بسبب رغبتهما في جعل مجتمعيهما خاليين من الأشخاص

المعوقين ،حيث كانوا ينظرون إليهم على أنهم ليسوا بشرا كالأخرين ،ولا يتمتعون بالحقوق المدنية نفسها التي يتمتع بها الأشخاص العاديين .كما أن اليونانيين كانوا لا يترددون في إلقاء الأطفال الضعفاء والمرضى و الناقصي النمو في العراء لتأكلهم الوحوش.

أما في عهد الإسلام فقد حضي الأفراد المتفوقون والمعوقون بإهتمام خاص ،حيث كان يخصص جزء من واردات بيت المسلمين إلى المحرومين والمعوقين ليتمكنوا من مواصلة حياتهم الإجتماعية والتعليم . (الزعيبي،2003، 25، 26)

ولكن الجهود العلمية المنظمة للاهتمام بالأفراد غير العاديين ، بدأت منذ أواخر القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر ،حيث بدأها الطبيب الفرنسي إيتارد (Jean marrc itard)(1774-1838) وكانت جهوده نحو الطفل الذي إصطاده ثلاثة صيادين فرنسيين في غابة أفيرون (1799) وكان عمر الطفل حوالي (12-13)سنة وقد سمى إيتارد هذا الطفل فكتور وحاول تعليمه لمدة خمس سنوات من خلال إثارة رغبته في الحياة الإجتماعية ، إيقاظ أعصابه الحسية وتوسيع مداركه العقلية وتشجيعه على الكلام .

أما سكويين Quin Edouerd cse الطبيب الفرنسي المشهور ، فقد تتلمذ على يد إيتارد ، وكان يقوم بتعليم طفل متخلف عمره (18)شهرًا ويرى سكويين أن التخلف العقلي ينجم عن عجز الأعضاء في الجهاز العصبي مما يجعلها غير قادرة على الإستجابة لمثيرات البيئة وهذا ما يحرم المتخلف عقليا من التعلم والتعليم أما في الولايات المتحدة الأمريكية فيعد الطبيب هوي Samuel g Hawe من رواد التربية الخاصة في أمريكا حيث أسس أول مدرسة للمكفوفين .

أما في إيطاليا فإن العالمية منستوري (1870,1952) تعد من رواد تربية المتخلفين عقليا وكان أسلوبها في التدريس يعتمد على إحاطة الطفل بالأدوات المختلفة وتسمح له باللعب بها وهذا ما يتيح للأطفال إظهار قدراتهم من خلال ما يختارونه من أدوات معقدة أو بسيطة كما أنها تستطيع إكتشاف حاجاتهم وكانت تؤمن بمبدأ الفروق الفردية بين الأطفال .

وفي النصف الثاني من القرن العشرين نادى جيلفورد إلى ضرورة العناية بذوي القدرة على التفكير الإبتكاري من خلال دعوته للمربين الأمريكيين في عام 1956 لدراسة هذه الظاهرة.

03- المصطلحات الأساسية للتربية الخاصة:

3 - 1 الإعتلال أو القصور: الإعتلال أو القصور أو الضعف يستخدم للإشارة إلى أدنى درجات الإختلاف عما هو طبيعي وقد يكون هذا الإختلاف نفسيا أو جسميا وقد يكون مؤقتا أو دائما ويجب معالجته مبكرا لكي لا يتحول إلى عجز .

3 - 2 العجز: يستخدم مصطلح العجز للإشارة إلى الحالة التي تنجم عن الإعتلال أو القصور والعجز حالة قابلة للقياس طبيا بطريقة موضوعية(مثلا فقدان اليد أو جزء منها).

3- 3 الإعاقة: لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز .

وعلى أي حال فهناك مصطلحات أخرى تستخدم للإشارة إلى حالات العجز وهي الأكثر قبولا حاليا وهو مصطلح (الأفراد ذوو الإحتياجات الخاصة) لما للمصطلحات السابقة من مدلولات سلبية . (الخطيب وآخرون،2009، 14 -15)

04- مبادئ التربية الخاصة:

4 - 1 حق الرعاية والتعليم لذوي الحاجات الخاصة .

4- 2 تأكيد مبدأ الفروق الفردية بين من هم بحاجة إلى التربية الخاصة على الرغم من وجود حاجات متشابهة بين الفئات المختلفة

4 - 3 وضع الخطط التربوية الفردية منها والجماعية لمواجهة الإحتياجات التربوية الخاصة بكل فئة ،مع عدم إغفال دور الأسرة في هذا الجانب .

4- 4 تحديد السبل والوسائل و الأدوات التي يمكن إستخدامها للمساعدة في تحقيق هدف إحداث التغيير في حياة التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة ،التي منها ما يخص تقويم الأداء لديهم.

4 - 5 فسح المجال أمام التلاميذ لإشباع هوياتهم وممارساتها من خلال تجمعاتهم بوصفه أسلوبا علاجيا لتجاوز حالة الشعور بالنقص ومساعدتهم على تنمية الأداء الإجتماعي من خلال الممارسات السلوكية الإيجابية.

4 - 6 توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل أخصائي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة وغالبا ما يشمل الفريق (معلم التربية الخاصة، المعالج النفسي، أخصائي العلاج النطقي، أخصائي التربية الرياضية المكيفة ،أخصائي العمل الإجتماعي). (الشمري،2017، 3,4,5)

05 - فئات التربية الخاصة:

الموهوبون :الطفل الموهوب هو من لديه قدرات متميزة في مجال الفنون والألعاب الرياضية والمجالات الحرفية المختلفة وليس فقط في المجالات الأكاديمية وقد يكون أيضا في مجال القيادة الإجتماعية .

5 - 1 **الإعاقة العقلية**: هي ظاهرة وليست مرض كمرض السل حيث يتأخر الطفل في تطوير بعض المهارات مثل مهارة إستقبال وإرسال اللغة .

5 - 2 **الإعاقة البصرية**: هي حالة العجز أو الضعف في الجهاز البصري تعيق نمو هذا الفرد كإنسان .

5 - 3 **الإعاقة السمعية**: فقدان قدرة الفرد على السمع لذلك فهو غير قادر على إكتساب اللغة وفهمها.

5 - 4 **ذوي صعوبات التعلم**: إضطراب عصبي نفسي في مجال التعلم .

5 - 5 **الإعاقة الإنفعالية**: سلوك متطرف ومتكرر يتصف بالديمومة.

5 - 6 **الإضطرابات اللغوية**: إضطراب ملحوظ في مجال النطق أو الصوت أو التأخر اللغوي أو الطلاقة الكلامية .

5 - 7 **الإعاقة الحركية**: إصابة جسمية شديدة تؤثر على قدرة الفرد على إستخدام عضلاته كما تؤثر على أدائه الأكاديمي (العزة، 2002، 24-194)

5- 8 **التوحد**: إضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة ويؤثر في التفاعل الإجتماعي. (اللالا وآخرون، 2011، 392).

06 - مؤسسات التربية الخاصة: تتمثل في:

6 - 1 **مراكز الإقامة الدائمة**: يقوم نظام هذه المراكز على وضع الأطفال غير العاديين في مراكز خاصة تكون الإقامة فيها دائمة حيث تقدم فيها جميع الخدمات التربوية والتعليمية والنشاطات بجانب المبيت والتغذية ووسائل الترويح ، ولا يسمح لغير العاديين بالخروج منها إنما يسمح لذويهم بزيارتهم من خلال العطل الأسبوعية .

6 - 2 **المراكز الخاصة النهارية**: أنشأت هذه المراكز لتجنب الإنتقادات التي وجهت لمراكز الإقامة الدائمة ، من حيث ضعف الخدمات المتعلقة بنقل الأطفال والعجز في إعداد المتخصصين وعدم إكمال شروط المشاركة الإجتماعية لأن عودة الطفل إلى منزله لم تحقق له التفاعل مع زملائه من نفس السن.

6 - 3 **الفصول الخاصة في المدارس العادية**: تقوم هذه التجربة على أساس تخصيص فصل داخل المدرسة العادية للتلاميذ غير العاديين بما يحقق لهم الإندماج الجزئي مع التلاميذ العاديين.

6 - 4 الدمج الشامل: هذا الإتجاه يحقق لغير العاديين التربية المتوازنة مع العاديين ويتيح لهم فرصة الإنخراط الكامل مع أقرانهم بما يساعدهم على التكيف الإجتماعي السليم، حيث تقوم سياسة الدمج الشامل على عدة أسس منها: أن يتعلم الطفل غير العادي ويمارس نشاطاته المختلفة مع أقرانه العاديين في المدارس العامة والخاصة، كذلك أن يتسم نظام الدراسة في الفصل العادي الذي به أطفال غير عاديين بالمرونة والحرية بعيدا عن التعقيدات التي تفرضها المؤسسات والمراكز الخاصة بغير العاديين.
(الشريف، 2011، 23، 24)

07 - إستراتيجيات التربية الخاصة: تصنف أساليب التدريس المستخدمة في التربية الخاصة إلى فئتين رئيسيتين هما:

7-1 التربية التصحيحية أو العلاجية: تهدف إلى مساعدة الطلاب ذوي الحاجات الخاصة على إكتساب المهارات اللازمة للتغلب على الصعوبات التي تفرضها حالات الإعاقة. وتطوير أدائه وكبح الإستجابات غير المناسبة وتشجيع المناسبة منها.

7 - 2 التربية التعويضية: تتضمن توظيف أدوات ومعدات و وسائل مكيّفة أو معدلة لتحقيق الأهداف التي يتعذر تحقيقها عن طريق البرامج العلاجية والتصحيحية .

(الخطيب وآخرون، 2009، 17)

المحاضرة الثانية : الإعاقة العقلية



01 - تعريف الإعاقة العقلية: هناك عدة تعريفات للإعاقة العقلية نذكر منها:

1 - 1 تعريف هيبير: أما هيبير فقدم في عام 1961 تعريفا للإعاقة العقلية حظي بقبول الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي آنذاك و ينص التعريف على أن التخلف العقلي يشير إلى انخفاض عام في الأداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحبا بقصور في السلوك الكيفي وكما هو الواضح من هذا التعريف أنه يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمحك أساسي للتخلف العقلي .

(مصطفى ، 2011، ص 20-21)

1 - 2 تعريف جروسمان : لقد جاء تعريف جروسمان للتخلف العقلي بوصفه تعديلا للتعريف الذي وضعه هيبير عام 1961 ، وينص تعريف جروسمان الذي وضعه عام 1973 على أن التخلف العقلي هو الانحراف الشديد أو الإعاقة للوظيفة العقلية مع وجود أو مرافقة عدم التكيف أو انحراف في السلوك التكيفي للفرد، ويظهر هذا خلال مراحل نمو الفرد وتطوره. ويشير هذا التعريف بوضوح إلى ثلاثة نقاط مهمة وهي:

- وجود الإعاقة أو الانحراف في الوظيفة العقلية
- تنطوي الإعاقة العقلية على انحراف أو عدم التكيف في السلوك الاجتماعي
- تظهر هذه الانحرافات خلال مرحلة النمو ومن ثم تستمر

(مصطفى ، 2011، ص 21-22)

02- تصنيفات الإعاقة العقلية:

1 - 2 التصنيف القائم على أسباب الإعاقة : من بين التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلة (السبب) ما يلي:

أ (تصنيف تريديجولد: صنف هذا العالم الإعاقة العقلية على أساس الأسباب إلى الفئات التالية:

- ✓ **إعاقة عقلية أولى:** وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية .
- ✓ **إعاقة عقلية ثانية:** وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة، كالمرض والإصابات والتشوهات التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة
- ✓ **إعاقة عقلية مختلطة (وراثي بيئي):** وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئة معا
- ✓ **إعاقة عقلية غير محددة الأسباب:** وتشمل هذه الفئة الأغلبية العظمى من الأفراد المعاقين عقليا وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى وجود هذه الإعاقة.

ب) تصنيف سترأوس: يقسم سترأوس ذوي الإعاقة العقلية إلى فئتين هما:

✓ **النمط الداخلي:** وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الوراثية ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كلاهما أو أحد الإخوة أو بعضهم، ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني

✓ **النمط الخارجي:** وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، فقد تكون الإعاقة ناتجة عن إصابة أحدثت تلفا في الدماغ قبل أو أثناء الولادة، وتتصف هذه الحالات باضطرابات التفكير وعدم الاتزان الانفعالي كما قد يصاحبها ظهور العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للمصاب. (مصطفى، 36، 2011-37)

ج) **التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية:**

يمكن اعتبار هذا التصنيف نوعا آخر من أنواع التصنيفات المعتمدة على مصدر العلة، ويعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفيزيولوجية المميزة لكل فئة بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي. تركز هذه الطريقة في تصنيف المعاقين على الخصائص الجسمية والمظهر الخارجي للمعاقين وبحسب هذا الأسلوب في التصنيف يمكننا تقسيم المعوقين عقليا إلى :

✓ فئة المنغوليين

✓ فئة كبار الجمجمة

✓ فئة المصابين بحالات pku (phenylketonuria)

إن التصنيف بحسب هذه الطريقة لا يفيد كثيرا في مجال التربية الخاصة والتأهيل ولذلك لا يؤخذ به كثيرا في البرامج التربوية الحديثة

د) **التصنيف على أساس الذكاء أو التصنيف التربوي:**

ينظر علماء النفس إلى القدرة العقلية (الذكاء) على أنها قدرة تتوزع بين الناس توزيعا سويا. وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسبة الذكاء المقاسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية (الذكاء) كمقياس ستانفورد أو مقياس ويكسلر للذكاء وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية:

✓ **الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة:** وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70 كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم ويرمز له

emr (educable mentally retarded) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث من التعليم الأساسي أو يزيد، وهذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

✓ **الإعاقة العقلية المتوسطة:** وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 40-50 كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب ويرمز له

tmr (trainable mentally retarded) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي ولكن يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي و الوقوف. كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة

✓ **الإعاقة العقلية الشديدة:** وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 25-40 درجة كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة ويرمز له

smr(severly mentally retarded) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة، مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني وكما تتميز هذه الفئة باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

✓ **الإعاقة العقلية العميقة:** وتقل نسبة الذكاء في هذه الفئة عن 25 درجة ويرمز له pmr(profoundly mentally retarded) كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدراتهم الحسية والحركية وغالبا ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو في المؤسسة الخاصة برعايتهم.

ه (تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من أكثر التصنيفات قبولا بين المختصين في هذا المجال، نظرا لأن المسميات التي يتضمنها لا تحمل درجة عالية من السلبية كما في التصنيفات السابقة خاصة التصنيفات القديمة التي تستخدم مسميات كالغبي والأبله والمعتوه . يتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الفئات التالية: التخلف العقلي البسيط والمتوسط والشديد و الشديد جدا. (مصطفى، 2011، 37-38-39)

03 - خصائص المعوقين عقليا:

3 - 1 الخصائص العامة: هنالك صعوبة كبيرة للتوصل إلى تعميم يتصف بالدقة فيما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقليا فكما أشرنا فإن هنالك مستويات مختلفة من درجات الإعاقة تتباين فيما بينها بشكل واضح.

وحيث أن معرفة الخصائص العقلية والانفعالية ومظاهر النمو المختلفة أساسية للتوصل إلى مؤشرات عامة تسهم في رسم الخطوط العريضة للبرنامج التعليمي وأن هذه الخصائص المشتركة في طبيعتها بين الغالبية العظمى من المعوقين عقليا ولكن تختلف في درجتها بين معوق وآخر تبعا

لعوامل متعددة أبرزها: درجة الإعاقة والمرحلة العمرية ونوعية الرعاية التي يتلقاها المعوق سواء في الأسرة أو من برامج التربية الخاصة. (القيوتي وآخرون، 1995)

3 - 2 الخصائص الجسمية والحركية:

يميل معدل النمو الجسدي والحركي للمعوقين عقليا إلى الانخفاض بشكل عام وتزداد درجة الانخفاض بزيادة شدة الإعاقة. فالمعوقين عقليا أصغر في أحجامهم وأطولهم من أقرانهم غير المعوقين.

كما أن الحالة الصحية العامة للمعوقين عقليا تتسم بضعف عام مما يجعلهم يشعرون بسرعة الإجهاد والتعب. حيث إن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم أقل وتعرضهم للمرض أكثر احتمالا من العاديين فإن متوسط أعمارهم أدنى.

وفيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني بطنًا في النمو تبعا لدرجة الإعاقة ونجد في الغالب أن المعوقين عقليا يتأخرون في إتقان مهارة المشي ويواجهون صعوبات في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة، كعضلات اليد والأصابع والتي يشير إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة.

3 - 3 الخصائص المعرفية:

✓ **الانتباه:** يعاني المعوقين عقليا من ضعف القدرة على الانتباه والقابلية العالية للتشتت وهذا يفسر عدم مثابرتهم أو مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي إذ استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة أو مناسبة للعاديين. وتزداد درجة ضعف الانتباه بزيادة درجة الإعاقة. (مصطفى

، 2011، ص41-42)

✓ **التذكر:** يواجه المعوقين عقليا صعوبات في التذكر مقارنة بأقرانهم غير المعوقين، ويمكن القول إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر ولذا فإنه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة.

✓ **التمييز:** لما كانت عملية الانتباه والتصنيف والتذكر لدى المعوقين عقليا تواجه قصورا، فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين، هذا وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة وتكون صعوبات التمييز واضحة بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة.

✓ **التخيل:** يلاحظ أن المعوقين عقليا بشكل عام ذوي خيال محدود حيث أن عملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على استدعاء الصور وترتيبها في سياق منطقي ذا معنى، وإن القصور في القدرة على التخيل تزداد بزيادة درجة الإعاقة.

✓ **الإدراك والتفكير:** أشارت الأبحاث المعتمدة في مجال الإدراك عند المعوقين عقليا أن لديهم قصورا في عمليات الإدراك ثم أثبتت هذه الأبحاث أن المعوقين عقليا لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة، كما أنهم لا يستطيعون التعبير عن الأسس العامة.

3 - 4 الخصائص اللغوية:

يعاني المعوقين عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة فالطفل المعوق عقليا يتأخر في النطق واكتساب اللغة. ومن أهم المشكلات اللغوية التي تواجه المعوقين عقليا ما يتعلق بفصاحة اللغة وجودة المفردات. ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني وكثيرا ما يستخدم المختصون في وصف لغة المعوقين عقليا باللغة الطفولية إشارة إلى جمود النمو اللغوي عند المعوقين عقليا.

3 - 5 الخصائص الشخصية والاجتماعية:

تتأثر الخصائص الشخصية والاجتماعية للأطفال المعوقين عقليا بعوامل متعددة تؤثر في نمو شخصية الطفل العادي، ولكن الطفل المعوق يعاني من خصائص وميزات سلبية ذات تأثير كبير على نمو شخصيته وسلوكه الاجتماعي. فانخفاض مستوى قدرته العقلية وقصور سلوكه التكيفي يضعه في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه من الأطفال ويطور لديه إحساسا بالدونية ويجب أن لا تغفل أن الطفل المعوق عقليا أكثر عرضة لخبرات الفشل من الطفل العادي بحكم انخفاض مستوى قدرته.

(القيوتي وأخرون، 1995)

04 - أسباب الإعاقة العقلية:

ظهرت الكثير من التصنيفات التي تناولت مسببات الإعاقة العقلية، ومنها على سبيل المثال التصنيف الذي قسم مسببات هذه الإعاقة حسب زمن تأثرها أو ظهورها إلى ثلاث أقسام رئيسية هي:

4 - 1 عوامل ما قبل الولادة:

وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل ولادته وخلال أشهر الحمل وتتمثل في:

- ✓ حالة المنغوليا (متلازمة داون) : ومن الجدير ذكره أن هذه الحالة تحدث نتيجة اضطراب في الجينات حيث أن الفرد يرث عددا متساويا من الصبغيات (الكروموزومات) من كل من الوالدين، 23 كروموزومات من كل منهما وبهذا فإن الفرد يرث 46 كروموزوما تترتب في 23 زوجا. أما حالة الإعاقة الذهنية المتوسطة والتي يطلق عليها المنغوليا يكون لدى الفرد كروموزوما زائدا، وأن هذا الكروموزوم ملتصقا مع زوج الكروموزوم 21 بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثيا لا ثنائيا.
- ✓ الأمراض التناسلية: مثل مرض الزهري ويكون تأثير هذا المرض على الجنين عادة في المراحل المتأخرة يؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود.
- ✓ الحمى الصفراء: وهي من الأمراض المعدية والتي إذا تعرضت لها الأم فقد يؤثر ذلك على الجنين ويؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود.

✓ فقر الدم لدى الأم الحامل: حيث إن ذلك يؤثر على الجنين وقد يؤدي إلى الإعاقة إذا استمر ذلك الحال عند الأم.

✓ سوء التغذية: من الأسباب المهمة في حدوث الإعاقة العقلية سوء تغذية الأم الحامل وخصوصا في شهور الحمل المبكرة، ويندرج تحت سوء التغذية عدم التوازن الغذائي. (مصطفى، 2011، ص 27-32)

4 - 2 عوامل أثناء الولادة:

وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الولادة وتؤدي إلى الإعاقة:

✓ نقص الأوكسيجين أثناء عملية الولادة: قد تؤدي حالات نقص الأوكسيجين لدى الأجنة أثناء عملية الولادة إلى موت الجنين، أو إصابته بإحدى الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين.

✓ الصدمات الجسدية: قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوية الخاصة بالولادة. أو استخدام طريقة الولادة القيصرية بسبب وضع رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم، مما يسبب الإصابة بالخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين وبالتالي تكون إعاقة ومنها الإعاقة العقلية.

✓ العدوى التي تصيب الطفل: إذا تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات وخاصة التهابات السحايا ومن العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته أو إصابة الأجنة إذا عاشت بإعاقة عقلية أو غيرها من الإعاقات .

4 - 3 عوامل ما بعد الولادة:

لقد أثبتت الدراسات المختلفة ان الكثير من حالات الإعاقة تحدث في مراحل الطفولة المختلفة نتيجة لإهمال الأسرة من إعطاء المطاعيم الواقية من الأمراض، التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة والتي قد تؤدي إلى إعاقة وقد يكون السبب فيها إهمال الأسرة في الرعاية والعناية اللازمة للطفل في هذه المرحلة المهمة الحساسة في حياته مما يتعرض إلى حوادث مختلفة قد تؤدي إلى إعاقات وأمراض متعددة وفيما يلي أهم هذه الأمراض:

✓ الأمراض :

- التهاب سحايا الدماغ الشوكي الوبائي
- شلل الأطفال
- السعال الديكي
- الحمى القرمزية
- الحصبة

✓ الحوادث:

- سقوط الطفل على مناطق حساسة من جسمه
 - إصابات الصعقة الكهربائية
 - الحروق
 - الادوية الخاطئة
 - استعمال القسوة في عقاب الطفل.
- (الصمادي وآخرون، 2003، 48-49)

05 - قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

يعتبر التشخيص عنصراً أساسياً في عملية تعليم الأطفال المعوقين ومن الصعب إهماله برغم تعدد أساليب التشخيص وأدواته والتي لا يتفق عليها جميع العاملين في المجال، فلكل فلسفته في أسلوب التشخيص وهذا لا ينفي أن الغالبية متفقة على أن عملية تشخيص المعاق تحتاج إلى تشخيص من النواحي التالية:

5 - 1 التشخيص من الناحية الطبية:

يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال، تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، أسباب الحالة، ظروف الحمل، مظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها، والفحوص اللازمة.

5 - 2 التشخيص السيكومتري :

يقوم بهذا العمل أخصائي في علم النفس، ويتضمن تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية مثل مقياس ستانفور بينيه أو مقياس وكسلر أو مقياس الذكاء المصور. ويهدف استخدام أي من هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص يعبر عنها بنسبة الذكاء.

5 - 3 التشخيص الاجتماعي:

يتضمن التشخيص الاجتماعي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة، تقريراً عن درجة السلوك التكيفي، ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي للمعاق عقلياً بسبب تقنيته على البيئة العربية.

5 - 4 التشخيص التربوي :

ويتضمن التشخيص التربوي والذي يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص وذلك باستخدام أحد مقاييس المهارات الأكاديمية، كمقياس المهارات اللغوية ومقياس مهارات الكتابة ومقياس مهارات القراءة.

لقد وضع ثروندايك وهاجان ثلاث خطوات أساسية لأي عملية قياس أو تشخيص وهي:

- وصف أو تحديد السلوك أو الخصائص التي ينبغي قياسها
- وضع الخصائص المراد قياسها في قالب يمكن ملاحظته
- تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته

وقد أضاف ديفز نقطة رابعة إلى النقاط الثلاث المذكورة مسبقا وهي:

- التأكيد على أن أسلوب القياس المراد إتباعه يتناسب مع الواقع العلمي

5 - 5 أهداف التشخيص: لقد حدد زوبين أهداف عملية التشخيص كالتالي:

- معرفة مواطن القوة والضعف في شخصية الفرد موضوع القياس
- اختيار العلاج (البرنامج التربوي) المناسب

أي أن عملية التشخيص تفيدنا في تحديد :

- ما هو السلوك المطلوب تعديله عند الفرد
- ما هي الطريقة أو الأسلوب الأكثر فاعلية في تعليم المعوق وتدريبه

(سالم، ياسر، 1994، 157-159)

06 - الوقاية من الإعاقة العقلية:

6 - 1 برامج الوقاية من الإعاقة:

- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل
- برنامج توعية الأمهات حول السن المناسب للحمل
- برنامج توعية الأمهات للحد أو التقليل من فرص الولادة المبكرة
- برنامج توعية الأمهات حول العناية الطبية والولادة في المستشفى
- برنامج توعية الأمهات حول أهمية التشخيص المبكر
- برنامج توعية الأمهات حول التطعيم
- برنامج توعية الأمهات والآباء حول موضوع زواج الأقارب
- برنامج تعميم مراكز الأمومة والطفولة
- برامج تدريب القابلات الغير مؤهلات
- برنامج توعية الأمهات والآباء حول موضوع السلامة العامة

(مصطفى، 2011، 65-66)

المحاضرة الثالثة: الإعاقة السمعية

الجهاز السمعي: لا يمكننا وصف الإعاقة السمعية وفهمها دون معرفة آلية السمع الطبيعية ، ودون معرفة تشريح الجهاز السمعي و فيزيولوجية فالأذن تتكون من ثلاثة أقسام هي:

الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية

✓ **الأذن الخارجية the outer ear :** تتكون الأذن الخارجية من الصوان auricle وقناة الأذن الخارجية external auditory meatus الصوان هو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن وهو هيكل غضروفي مغطى بالجلد يعمل على تجميع الأمواج الصوتية وإدخالها إلى قناة الأذن الخارجية أما قناة الأذن الخارجية فهي ممر ضيق يبلغ طوله إنشا واحدا وفي الجزء الخارجي من هذه القناة توجد الغدد الصملاخية ceruminous glands التي تفرز المادة الصمغية wax وتتمثل وظيفة هذه المادة في حماية طبلة الاذن وذلك من خلال إزالة الجلد الميت والجراثيم والأوساخ ونقلها إلى خارج الأذن ،أما الجزء الداخلي من قناة الأذن الخارجية فهو يفصل عن تجويف الأذن الوسطى من خلال طبلة الأذن eardrum (جمال،منى،2009،ص131)

✓ **الأذن الوسطى:** هي تجويف مليء بالهواء يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية من أجل الحفاظ على توازن الضغط على طبلة الأذن من الجانبين وهذا التوازن يتحقق بفعل قناة أستاكيوس eusta chian tube وهي قناة تهوئة تربط الأذن الوسطى بالحلق فعندما يتغير الضغط يمر الهواء إلى الداخل أو إلى الخارج عبر هذه القناة و تكون هذه القناة مفتوحة عند التثاؤب أو البلع وتغلق عند الراحة وتعتبر قناة أستاكيوس الممر الأساسي الذي تدخل منه الإلتهابات إلى الأذن الوسطى من الأنف وبما أنها أكثر إتساعا لدى الأطفال ،فهم أكثر عرضة من غيرهم لإلتهابات الأذن الوسطى .ويوجد في الأذن الوسطى عظيمات ثلاث ossicles هي:

- المطرقة hammer of malleus

- السندان anvil or incus

- الركاب stapes of stirrup

وتقوم هذه العظيمات بنقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى النافذة البيضاوية oval window وهي فتحة في الجزء العلوي من غشاء يوجد بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية

أما في الجزء السفلي من هذا الغشاء توجد النافذة الدائرية round win dow وتتمثل وظيفة العظيمات الثلاث بنقل الذبذبات الصوتية من غشاء الطبلة إلى النافذة البيضاوية.(جمال،منى،2009،ص132)

✓ **الأذن الداخلية:** غير مرئية وتحتوي على جزئين إحداهما خاص بالسمع والآخر خاص بالتوازن ،وتشمل الأذن الداخلية على عظم يعرف بالتيه العظمي يحتوي بداخله تجاويف أغلبها أنبوبي الشكل ذات جدران غشائية رقيقة تعرف بالتيه الغشائي وهي مملوءة بسائل يسمى الليمف الداخلي . ويفصل بين التيه الغشائي وجدران التيه العظمي يوجد سائل آخر يعرف بالليمف الخارجي .
و يتكون التيه العظمي من القوقعة وعظم الدهليز .

أ- **القوقعة:** تقع أمام الدهليز وهي تشبه -الصدفية الحلزونية-وهي أنبوب ملتف حلزونيا يدور حول نفسه (مرتان ونصف مرة) يشمل بداخله ثلاثة أنابيب، يمتلىء الأنبوب الأوسط بالليمف الداخلي في حين يمتلىء الأنبوبان الآخران بالليمف الخارجي ،وفي قاعدة الأنبوب الأوسط توجد خلايا حسية ذات زوائد شعيرية تعرف بالخلايا الشعرية .

- تتأثر هذه الخلايا بالاهتزازات فيتولد فيها نبضات عصبية خاصة .

- تتصل بهذه الخلايا ألياف حسية تقوم بنقل النبضات العصبية عبر العصب السمعي إلى المراكز الحسية الخاصة بالسمع في المخ.

ب- **عظم الدهليز:** وهي غرفة صغيرة ،دائرية الشكل ،طولها نحو 5ملم ،وهو يمثل الجزء الأوسط من الأذن الداخلية ،و تربط جدرانها العظيمة بين القنوات الهلالية الثلاث والقوقعة

(الميلادي،2014، 16، 17)

01 مفهوم الإعاقة السمعية:

يشير مصطلح الإعاقة السمعية hearing inpairment إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جدا.

وخلافا لإعتقاد البعض من أن الضعف السمعي ظاهرة يعاني منها الكبار في السن ،تؤكد الإحصائيات على أن مشكلات سمعية متنوعة تحدث لدى الأطفال والشباب ،ولذلك يصف كثيرون الإعاقة السمعية بأنها إعاقة نمائية بمعنى أنها تحدث في مرحلة النمو. (جمال،منى،134)

الإعاقة السمعية درجات متباينة من حيث الشدة ،حيث تتراوح بين ضعف سمعي بسيط ، وضعف سمعي شديد جدا .وهي مشكلة نمائية تحدث في مراحل النمو المختلفة .

وبناء على ذلك يعرف كيرك وجالاجارت (1986) الإعاقة السمعية الصمم بأنها العجز الكلي عن السمع حيث لا يمتلك المعوق سمعيا القدرة الكامنة التي تمكنه من فهم الكلام أو الأصوات الأخرى بدون توجيه أو تعليم .

أما محمد عبد المؤمن فيعرف الطفل الأصم بأنه الذي فقد حاسة السمع لأسباب وراثية أو فطرية مكتسبة، سواء منذ ولادته أو بعدها، فالطفل الأصم هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع السمع منذ ولادته، أو الذي لا يستطيع النطق أو تعلم اللغة إلا عن طريق المحاكاة نتيجة لإصابته السمعية في الطفولة المبكرة. (الزعيبي، 2003، 149-150)

أما رمضان القذافي فيعرف الصمم بأنه فقدان السمع الذي يتعدى 70 ديسيبييل عادة، أو عدم القدرة على التعرف على الأصوات في حالة استخدام الأجهزة السمعية المعينة من دون اللجوء إلى استخدام الحواس الأخرى للاتصال بالآخرين .

ويعرف فاروق الروسان الطفل الأصم كلياً بأنه ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، وكنتيجة لذلك فهو لم يستطيع إكتساب اللغة .

أما ثقيل السمع فهو ذلك الشخص الذي يعاني من نقص في حاسة السمع لدرجة تجعل من الضروري استخدام أجهزة أو أدوات مساعدة حتى يتمكن من فهم الكلام . المسموع.

(الزعيبي، 2003 ، 150)

02 تصنيفات الإعاقة السمعية:

جرت العادة أن تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة معايير هي :

- العمر عند الإصابة

- موقع الإصابة

- شدة الإصابة

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى إعاقة سمعية قبل اللغة وهي الإعاقة التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل وإعاقة سمعية بعد اللغة وهي الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة ، كذلك تصنف الإعاقة السمعية حسب هذا المعيار إلى إعاقة سمعية ولادية وإعاقة سمعية مكتسبة وفي الإعاقة السمعية الولادية يكون لدى الطفل ضعف سمعي منذ لحظة الولادة ولهذا فهو لن يستطيع تعلم الكلام تلقائياً (جمال، منى، 136)

أما في الإعاقة السمعية المكتسبة فإن الضعف السمعي يحدث بعد الولادة، وفي هذه الحالة قد يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التي تكون قد تطورت لديه إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة

من أكثر التصنيفات اعتماداً للإعاقة السمعية هي تلك التصنيفات التي تعتمد العمر الزمني عند حدوث الإصابة، وكذلك مقدار الخسارة السمعية ومكان الإصابة وفيما يلي شرح هذه التصنيفات:

تصنف الإعاقة السمعية تبعا للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى إعاقة سمعية قبل اللغة وهي الإعاقة السمعية التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل وإعاقة سمعية بعد اللغة وهي الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة .

وتصنف الإعاقة السمعية تبعا لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى:

- إعاقة سمعية توصيلية

- إعاقة سمعية حسية عصبية

- إعاقة سمعية مركزية

وفي الإعاقة السمعية التوصيلية تكون المشكلة في عملية توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية بسبب مشكلات في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى ومن هذه المشكلات تجمع المادة الصمغية أو تجمع السوائل أو الإلتهابات وفي كثير من الأحيان يمكن تصحيح هذا النوع من التلف بالأساليب الطبية أو الجراحية أما إذا تعذر فيمكن استخدام المعينات السمعية لتضخيم الصوت أو تحسين مستوى السمع.

وبالنسبة للإعاقة السمعية الحسية العصبية فالمشكلة ترتبط بالأذن الداخلية أو بالعصب السمعي فإما أن تخفق الداخلية في استقبال الصوت أو أن تخفق في نقل السيالات العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ وهذا الضعف لا يقتصر على تخفيف في نقل شدة الصوت فقط ولكنه يشمل تشويبه أيضا ولذلك يدرك الإنسان صوتا مشوشا . وهذا النوع من الضعف ليس قابلا للتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية والصوت قد لا يصبح واضحا حتى في حالة تضخيمية ولذلك فالمعينات السمعية ذات فائدة محدودة .

(جمال، منى، 2009، 137)

(

أما الإعاقة السمعية المركزية فيحدث تفسير خاطئ لما يسمعه الإنسان مع حاسة السمع ذاتها قد تكون طبيعية فالمشكلة ترتبط بتوصيل السيالات العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ وذلك نتيجة الأورام أو أي تلف دماغي آخر . وفي هذا النوع أيضا تكون المعينات السمعية ذات فائدة محدودة .

وأخيرا فالإعاقة السمعية تصنف حسب شدة فقدان السمعي إلى خمس فئات هي :

- الإعاقة السمعية البسيطة جدا

- الإعاقة السمعية البسيطة

- الإعاقة السمعية المتوسطة

- الإعاقة السمعية الشديدة

- الإعاقة السمعية الشديدة جدا

في الإعاقة السمعية البسيطة جدا يتراوح فقدان السمع بين (27-40) ديسيبل والشخص الذي لديه إعاقة سمعية من هذا المستوى قد يواجه صعوبة في سماع الكلام الخافت أو الكلام عن بعد أو تمييز بعض الأصوات، لا يواجه هذا الشخص صعوبات تذكر في المدرسة العادية ولكنه قد يحتاج إلى ترتيبات خاصة في غرفة الصف، قد يستفيد من المعينات السمعية ومن البرامج العلاجية لتصحيح النطق.

وفي الإعاقة السمعية البسيطة تتراوح شدة فقدان السمع بين (41-55) ديسيبل ويستطيع الشخص الذي لديه هذا المستوى من فقدان السمع أن يفهم كلام المحادثة عن بعد (3-5) أمتار ولكن وجهها لوجه وقد يفوت الطالب حوالي 50% من المناقشة الصفية إذا كانت الأصوات خافتة أو عن بعد، وقد يحدث لديه بعض الانحرافات في اللفظ والكلام. ويجب إحالة هذا الشخص إلى التربية الخاصة لأنه قد يحتاج إلى صف خاص مكيف، وقد تكون المعينات السمعية ذات فائدة.

أما في الإعاقة السمعية المتوسطة فإن شدة فقدان السمع تتراوح بين (56-70) ديسيبل ولا يستطيع هذا الشخص فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عال ويواجه صعوبات كبيرة في المناقشات الصفية الجماعية وقد يعاني هذا الشخص من اضطرابات كلامية ولغوية ويحتاج هذا الشخص للإلتحاق بصف خاص لمساعدته في إكتساب المهارات الكلامية واللغوية ويحتاج إلى معينات سمعية

(جمال، منى، 2009، 138)

وبالنسبة للإعاقة السمعية الشديدة فإن شدة فقدان السمع تتراوح بين (71-90) ديسيبل، لا يستطيع الشخص الذي لديه هذا المستوى من الضعف السمع أن يسمع حتى الأصوات العالية، ولذلك فهو يعاني من اضطرابات شديدة في الكلام واللغة، وإذا حدث هذا فقدان السمع منذ السنة الأولى من العمر فإن الطفل لا تتطور لديه القدرة اللغوية تلقائياً.

وهذا الشخص قد يحتاج إلى الإلتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين سمعياً ليحصل على تدريب نطقي وتدريب سمعي وتدريب على قراءة الشفاه. كذلك فهو بحاجة إلى سماعة طبية.

وأخيراً فإن مستوى فقدان السمع في الإعاقة السمعية الشديدة جداً يزيد عن 90 ديسيبل وهذا المستوى من الضعف السمع يشكل إعاقة شديدة حيث أن الشخص لا يستطيع أن يسمع سوى بعض الأصوات العالية، إنه يعتمد على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع ويكون لديه ضعف واضح في الكلام واللغة وهو يحتاج إلى دوام كامل في مدرسة الصم تكون مزودة بالوسائل الخاصة وتستخدم أساليب خاصة لتطوير الكلام واللغة وتوظيف طرق التواصل اليدوي والتدريب السمعي.

(جمال، منى، 2009، 139)

03 أسباب ضعف السمع:

أ - أسباب وراثية عائلية : وهي قد تكون خطأ في تركيب الجينات أو الكروموزومات كذلك قد تكون ظاهرة عند الولادة أو تظهر في سن متأخرة .

تزداد الحالات بزواج الأقارب مثال، تلازمية ورانديرج وفيه ضعف سمع حسي عصبي شديد بالأذنين مع إختلاف في لون العينين (القرحجية) أو أكثر من لون في العين الواحدة مع خصلة شعر أبيض في مقدمة الرأس وهو مرض وراثي سائد بحيث إذا كان أحد الأبوين مريضا فإن نصف الأولاد يعانون من المرض.

ب - أسباب مكتسبة :

ج - أسباب أثناء الحمل: مثل الحميات التي تصيب الأم أثناء الحمل وخاصة في الشهور الثلاث الأولى ومن أهمها الحصبة الألمانية التي قد تؤدي إلى ضعف سمع حسي عصبي وعيوب خلقية بالإبصار والقلب.

- تسمم الحمل و ارتفاع ضغط الدم وإصابات الكلى .
- الإصابات المباشرة والنزيف والتعرض للإشعاعات .
- الأدوية الضارة بالجنين وكذلك التعرض للدخان والتدخين. (بطرس، 2007، 243)
- إستمرار القيء ونقص السوائل الشديدة للأم أثناء الحمل وخصوصا في الشهور الأولى.

د - أسباب أثناء الولادة :

- مثل الولادة المتعثرة والتي تؤدي إلى نقص الأكسجين للجنين (إلتفاف الحبل السري حول الرقبة النزول بالمقعدة)
- إصابة الجنين أثناء الولادة (إستخدام الآلات الجراحية مثل الجفت)
- التوائم أو صغر وزن الجنين (أقل من 1500 غ)

ح - أسباب بعد الولادة :

- الإصابة بالصفراء بعد الولادة (خاصة إذا وصلت 20 مجم بالدم) مثل عدم توافق الدم rh.
- الإصابة بالحمات المختلفة (الحصبة الجدري، الحمة الشوكية، الغدة النكفية، الأنفلوانزا)
- إصابات الرأس (مثل إدخال أجسام صلبة في الأذن إلى كسر في قاع الجمجمة)
- إلتهابات الأذن الحادة والمزمنة سواء إرتشاح خلق الطبلية أو إلتهاب صديدي أو الدرن.
- تعاطي الأدوية الضارة بالعصب السمعي مثل الجرامسين والأسبرين

- التعرض للضوضاء (مسموح بالمصانع شدة ضوضاء 85 ديسيبل لمدة 8 ساعات يوميا)

ج - أسباب دموية وعائية مثل ارتفاع الضغط الدم، والأنيميا)

- الضمور و التليفات بالجهاز السمعي الطرفي والمركزي مثل المتصلبة المتناثرة .
- الأمراض المناعية العامة أو الخاصة بالأذن.
- الأورام بمنطقة الأذن.

خ - أسباب أخرى: الصملاخ، الأجسام الغريبة ، تيبس عظمة الركاب، كبر السن، الدوار، اضطراب الهرمونات، أمراض عامة مثل البول السكري.

04 الخصائص السلوكية والتعليمية للمعوقين سمعيا:

4 - 1 الخصائص اللغوية: إن لغة الأطفال المعوقين سمعيا تتصف بفقرها المدقع قياسا بلغة العاديين، حيث تكون لديهم ذخيرة لغوية محدودة وتكون لها علاقة باللموسات، وعادة ما تكون جملهم قصيرة ومعقدة، علاوة على بطئهم في الكلام، ولعل إنخفاض أداء المعوقين سمعيا على إختبارات الذكاء اللفظية لأكبر دليل على قصورهم اللغوي في حين أن أدائهم على إختبارات الذكاء الآدائية يكون أفضل. (العزة، 2002، 114)

إن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية البسيطة على سبيل المثال يواجهون مشكلات في سماع الأصوات الخافتة والبعيدة أو في فهم موضوعات الحديث المختلفة ويواجهون صعوبة في فهم 50% من المناقشات الصفية وتكوين المفردات اللغوية .

في حين أصحاب الإعاقة السمعية المتوسطة يواجهون مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية وبفقر مفرداتهم اللغوية ومن مشكلات في اللغة التعبيرية .

أما ذوي الإعاقة السمعية الشديدة فيواجهون مشكلات في اللغة التعبيرية وهم أحوج من غيرهم للتدرب على قراءة الشفاه والإتصال اليدوي. (العزة، 2002، 115)

4 - 2 الخصائص المعرفية:

إن ذكاء أفراد هذه الإعاقة لا يتأثر بها، وكذلك لا تتأثر قابليتهم للتعلم، مالم تكن لديهم مشاكل في الدماغ، وإن قصورهم في إختبارات الذكاء تعود للمشاكل اللغوية، لذلك يجب تكييف وتعديل إختبارات الذكاء لتكون أكثر دقة في قياس ذكاء أفراد هذه الفئة وأن تخصص لهم إختبارات ذكاء غير لفظية لقياس ذكائهم بشكل دقيق. (العزة، 2002، 115)

4 - 3 الخصائص الجسمية والحركية:

يعاني أفراد هذه الفئة من مشكلات في الإتصال تحول دون معرفتهم على البيئة و إكتشافهم لها والتفاعل معها، لذلك يجب تدريبهم على رسائل الإتصال غير اللفظي، مثل لغة الإشارة، إنهم محرومون من اللغة الراجعة الإيجابية السمعية، لذلك يجب تدريبهم على تلقي رسائل الآخرين بطرق تعبيرية مختلفة، كما أن نموهم الحركي يعتبر بطيئا قياسا بالعاديين وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة، وإن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء حيث يمتازون بحركة جسمية بطيئة.

(العزة، 2002، 115)

4 - 4 التحصيل الأكاديمي:

مع أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعيا منخفضا إلا أن تحصيلهم الأكاديمي عموما منخفضا بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين، فغالبا ما يعاني هؤلاء الطلاب مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموما وفي التحصيل القرائي . (جمال، منى، 2009، 146)

4 - 5 الخصائص الإنفعالية الإجتماعية: تتمثل في :

- عدم النضج الإجتماعي وعدم القدرة على التفاعل الإجتماعي.
- التمرکز حول الذات ولا يكونون صداقات حقيقية.
- تدني مفهوم الذات .
- أقل تأكيدا لذواتهم وأقل سيطرة من الأطفال السامعين.
- التهور والسلوك العدواني .
- الإنسحاب الإجتماعي بسبب تدني قدراتهم اللغوية .

- العزلة والوحدة.
- نقص القدرة على التوجيه الذاتي .
- الشك في الآخرين.
- الميل إلى الإختلاط بجماعات من الأفراد المعوقين سمعياً. (عربيّات، 2011، 125)

4 - 6: قياس وتشخيص القدرة السمعية:

يمكن قياس وتشخيص القدرة السمعية وفق عدد من الطرق أو الأساليب حيث تنقسم تلك الطرق أو الأساليب إلى مجموعتين :

✓ **المجموعة الأولى:** تمثل الطرق التقليدية ومنها طريقة مناداة الطفل بإسمه وطريقة سماع دقات الساعة .

✓ **المجموعة الثانية:** تمثل الطرق العلمية الحديثة وغالبا ما يقوم بإجرائها أخصائي في قياس وتشخيص القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح audiologist وهي :

4 - 7 طريقة القياس السمعي الدقيق:

في هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة/عتبة القدرة السمعية بوحدات تسمى هرتز hertz ، والتي تمثل عدد الذبذبات في وحدة زمنية وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى الديسيبل decibel حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد بوضع سماعات الأذن على أذني المفحوص وعلى كل أذن على حدى، ويعرض على المفحوص أصواتا ذات ذبذبات تتراوح ما بين 125-8000 وحدة هرتز وذات شدة تتراوح ما بين 0 إلى 110 وحدة ديسيبل. وعلى ضوء ذلك يقرر الفاحص مدى سماع المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة وبالتالي يعين نوع الإضطراب السمعي.

4 - 8 طريقة إستقبال الكلام وفهمه:

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

*طريقة الإختبارات التربوية المقننة: في هذه الطريقة يستخدم الأخصائي إختبارات التمييز السمعي المقننة ومنها مقياس ويبمان للتمييز السمعي ومقياس جولدمان فرستودأوك للتمييز السمعي ،ومقياس لندامود للتمييز السمعي. (الروسان، 1996، 329)

05 : طرق تعليم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية

تشتمل هذه الطرق تدريب الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على إستخدام طرق التواصل الشفوية (لغة الشفاه)،أو إستخدام إستراتيجيات التواصل اليدوي التي تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من نفس الإعاقات ومع المعلمين والأشخاص المهمين في حياتهم و فيما يلي وصفا لطرق التواصل مع هذه الفئة:

5 - 1 التواصل الشفوي:

يقصد بالتواصل الشفوي تدريب الطفل على مهارة قراءة الشفاه وفهمها ،أي أن نعلم المعاق سمعيا حركة الفم والشفاه أثناء الكلام مع الآخرين الذين يتحدثون إليه الأمر الذي يجعل الأشخاص الصم أكثر قدرة على فهم الكلمات المنطوقة .

ومن الممكن تنمية مهارة قراءة الشفاه أو الكلام من خلال تدريب الطفل على تحليل حركات شفاه المتحدث وتنظيمها معا لتشكل المعنى المقصود أو تدريبيه على تركيب الكلام المنطوق وعلى فهم المثيرات البصرية المصاحبة للكلام مثل تعبيرات الوجه، وحركة اليدين (لغة الجسد)ولكن هناك صعوبة في طريقة التواصل عن طريق لغة الشفاه حيث أن بعض الأصوات عندما تلفظ تكون متشابهة على الشفاه .

5 - 2: التدريب السمعي:

تلخص هذه الطريقة في تعليم أطفال الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة على مهارة الإستماع وتطويرها لديهم ، ومن ثم التمييز بين الأصوات أو الكلمات بإستخدام الوسائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد على نجاحها بهدف توعية الطفل الأصم بالأصوات ، وتنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم بين الأصوات العامة والأصوات الدقيقة ويشمل التدريب الصوتي على تحقيق الأهداف التالية:

- إستدارة الطفل الأصم نحو مصدر الصوت .
- جذب إنتباه الآخرين من خلال إصدار بعض الأصوات .
- تقليد كلمة بسيطة.
- التعبير عن السرور .
- الإستجابة لتعابير الآخرين .
- إستخدام كلمة في جمل.
- إستخدام الأسماء .
- كتابة موضوع تعبير مكون من فقرتين. (العزة، 2002، 129)

5 - 3: التواصل اليدوي/لغة الإشارة والأصابع

تهدف هذه الطريقة إلى تنمية مهارة إرسال و إستقبال لغة الإشارة أو الأصابع لدى المعوق سمعياً ليتمكن من فهم الآخرين والتواصل معهم والتعبير عن مشاعره وأفكاره ولغة الإشارة هي عبارة على إتصال بصري يدوي يعمل على مبدأ الربط بين الإشارة والمعنى.

وتستخدم هذه اللغة في فهم العلاقات الأسرية والتعرف على الوقت والمشاعر والإنفعالات والنقود وحركات الجسم والأماكن والاتجاهات والأقطار والمدن والحيوانات...الخ

وتعتبر لغة الأصابع إشارات حسية مرئية يدوية للحروف الهجائية.

وتستخدم التهجئة بالأصابع كطريقة مساندة للغة الإشارة إذا كان الأصم لا يعرف الإشارة المستخدمة لكلمة ما إذ لم تكن هناك إشارة للكلمة.

5 - 4 الإتصال الكلي: تعتمد هذه الطريقة على دمج الطرق السابقة أو توظيفها معا من أجل أن يتمكن الأصم من التواصل مع الآخرين، فهي تشمل إشارات التهجئة بالأصابع والتدريب السمعي (العزة، 2002، 130)

06 الوقاية من الإعاقة السمعية :

الوقاية مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرص للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع إجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

(عبد المجيد، 2014، 74)

07 برامج الوقاية من الإعاقة السمعية:

نستعرض بعض برامج الوقاية من الإعاقة السمعية وأكثرها أهمية :

برنامج الإرشاد الجيني: برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معوق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتحفية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الريزيبي بين الأم و ابنها وهو برنامج توعوي.

- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل: برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات والراحة النفسية.

- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى :من أسباب الإعاقة السمعية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الإختناق وغيرها.
 - برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر:
- يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته ، وأن إكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكرا يساعد في تقليلها أو إنقاذها مثل (إضطرابات التمثيل الغذائي).

(عبد المجيد،2014، 75، 76)

المحاضرة الرابعة: الإعاقة البصرية

01 مفهوم الإعاقة البصرية :

لم يكن من السهل على الباحثين تحديد تعريف للإعاقة البصرية سواء من المنظور اللغوي أو القانوني أو التربوي أو المهني، حيث أم المعاقين بصريا يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة من الأفراد و إن اشتركوا جميعا في المعاناة من المشاكل البصرية بدرجة أو بأخرى إذ أن مثل هذه المشاكل قد تختلف كثيرا من فرد إلى آخر وفقا لما يكمن خلفها من أسباب و درجة شدة تلك الإعاقة و التوقيت التي حدثت فيه، و من المؤكد أنه سيتضح مدى التباين و الاختلاف أو التقارب بين تلك التعريفات عند عرض بعض منها فيما يلي:

(سيسالم،1997، 44)

1 - 1 الإعاقة البصرية و التعريف القانوني :

يري الداھري أن التعريف القانوني يؤكد على حدة الإبصار ويشير إلى أن الشخص المعاق بصريا هو الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن (20 / 200) قدم في العين الأقوى بعد التصحيح، و معنى ذلك أن الشخص الكفيف يحتاج لتقريب الشيء الذي يراه الشخص العادي من مسافة (200 قدم إلى 20 قدم) حتى يراه الشخص الكفيف.

1 - 2 الإعاقة البصرية و التعريف التربوي:

أما المعاق بصريا من الناحية التربوية و بحسب تعريف هيئة اليونسكو التابعة لجمعية الأمم المتحدة فهو: الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره للحصول على المعرف.

تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر، بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام هذه الحاسة بفاعلية واقتدار و تشمل هذه الإعاقة ضعفا أو عجزا في الإعاقة البصرية. بحيث يصبح الفرد بحاجة للمساعدة، و لبرامج تربوية و خدمات متخصصة في مجال هذه الإعاقة لا يحتاجها سليمو البصر. (عامر و آخرون،2008، 2012).

1 - 3 الإعاقة البصرية و التعريف المهني:

و من الناحية المهنية فيعرف المؤتمر الطبي الاسترالي 1934 كف البصر على أنه العجز عن عد الأصابع على مسافة متر واحد في كل الظروف، و أن يكون سبب الإعاقة ذا طبيعة دائمة مع عدم إمكانية التحسن بالعلاج الطبي أو الجراحي.

و العمى بلغة الطب هو الحالة التي يفقد فيها الكائن الحي القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض و هو العين.

ومن خلال التعريفات السابقة نستنتج أن المعاق بصريا: هو الشخص الذي لديه عجز جزئي أو كلي في الرؤية بحيث تكون حدة الإبصار لديه في أحسن العينين أقل من

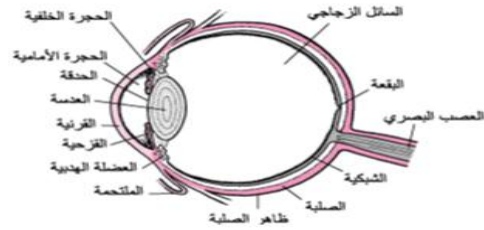
(60/ 6) بعد التحسين، مما يلزم استخدام معينات و أدوات مساعدة لأداء أنشطته الحياتية اليومية.
(خير الله و بركات، 1967، 08)

02 مكونات الجهاز البصري (أجزاء العين):

تتألف العين من الأجزاء الأساسية التالية :

- **جفنا العين :** وهما الجفن العلوي والسفلي ، ووظيفتهما حماية العين من المؤثرات الخارجية .
- **الملتحمة :** وهي عبارة عن غشاء يبطن العين وكرة العين نفسها .
- **القرنية :** وهي عبارة عن غشاء شفاف يغلف الجزء الأمامي من مقدمة العين ، و تقوم القرنية بكسر الضوء بهدف تركيزه على الشبكة .
- **الصلبة :** وهي الجزء الصلب الأبيض اللون الذي يكسو العين ويحمي أجزائها الداخلية .
- **القرحزية :** وهي عبارة عن الغشاء الملون المستدير خلف القرنية والذي يعطي العين لونها المتميز ، و يوجد في وسط القرحزية فتحة صغيرة تسمى البؤبؤ ، وتقوم القرحزية بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ .
- **السائل المائي :** وهي عبارة عن سائل مائي يوجد بين العدسة و القرنية ويقوم بتغذيتها ، كما أنه يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكة ، حيث إن الشعاع الضوئي عندما يمر في هذا الوسط المائي يتعرض للانكسار .
- **العدسة :** وهي عبارة عن نسيج شفاف محدب يقع خلف القرحزية وتقوم العدسة بدور مهم جدا في تركيز الضوء على الشبكة .
- **السائل الزجاجي :** وهو عبارة عن سائل هلامي يملأ تجويف العين خلف العدسة ينكسر الضوء عندما يمر من خلاله ليتم تركيزه على الشبكية ، هذا ويمكن القول أن كلا من القرنية و السائل المائي و العدسة ، والسائل الزجاجي تقوم بتنسيق وظائفها بحيث تعرض الشعاع الضوئي لعمليات انكسار مختلفة ، حتى يتم تركيزه على شبكة العين ، ومن هنا يصطلح البعض على تسمية هذه الأجزاء بالتركيبات الانكسارية .
- **الشبكية :** وهي عبارة عن نسيج حساس للضوء ، يغلف الجزء الخلفي للعين من الداخل ، وتقوم مقام الفيلم في كاميرا التصوير، إلا أن الصور لا تنطبع على الشبكية ، كما هي الحال في الفيلم بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري .

- **العصب البصري** : يتكون العصب البصري من خلايا عصبية وتتخلص وظيفته في نقل الإشارات و الإحساسات البصرية من الشبكة إلى مناطق الإبصار في الدماغ ، وكما يلاحظ فإن وظيفة الشبكية و العصب البصري هي استقبال الإثارة الضوئية ونقلها إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها ، ولذا يشار إلى الشبكية و العصب البصري على أنهما التركيبات المستقبلية .
- **عضلات العين** : إن بعض هذه العضلات الخارجية تتحكم بحركة كرة العين إلى الأعلى و الأسفل و الجانبين ، وهي عبارة عن ستة عضلات تعمل بتناسق ، ويتحكم الإنسان فيها بشكل مناسب ومن هنا يأتي تحكما في حركة كرة العين ، وفي بعض الحالات التي يحدث فيها خلل في الأداء الوظيفي لهذه العضلات فإننا نلاحظ اضطرابات في نشاط العين وفقدانها، كحالات الحول أو التذبذب اللاإرادي لمقلة العين أو عدم وضوح الرؤية بسبب عدم توازن عمل تلك العضلات ، ويشار إلى هذه الحالة باسم العمش التعطلي، أما العضلات الداخلية فهي التي تتحكم في شكل عدسة العين بدرجة تحد بها بشكل يضمن انكسار الضوء على الشبكية (القريوتي و آخرون ، 1995، 111)



(كوافحة و عبد العزيز ، 2010، 84)

03 تصنيفات الإعاقة البصرية :

يصنف المعوقون بصريا إلى فئتين رئيسيتين :

1- الفئة الأولى :

✓ **أكفاء البصر** : وهم تلك الفئة من الأطفال الذين فقدوا درجات الإبصار كليا ، ووصلت إلى أقل من (20) درجة ولو باستخدام النظارة ، ومثل هذه الفئة لا يمكن الاستفادة من الخبرات التي تقدمها البرامج التربوية والتعليمية للأسوياء .

2- الفئة الثانية :

✓ **ضعاف البصر** : وهم تلك الفئة من الأطفال الذين فقدوا جزء من أبصار ووصلت درجة القدرة البصرية إلى حوالي (70/20) بعد مرحلة من العلاج .
ومن وجهة النظر التربوية و الاجتماعية فإن الطفل الكفيف هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يشق طريقه دون معاونة ، وخاصة في الأوساط غير المعروفة وهو الذي تصل قدرته على الإبصار إلى درجة عديمة الجدوى و الاقتصادية ، ويعرفه البعض - أيضا- بأنه الطفل الذي لا يقوى على عد أصابع اليد على مسافة 2م تقريبا .
(عنان،1996،47)

04 أنواع الإعاقة البصرية :

للإعاقة البصرية أشكال وأنواع متعددة نذكر منها:

4 - 1 اضطراب شبكية العين : وله عدة أشكال :

✓ **التهاب شبكية العين** : الناتج عن عوامل مركزية في الجهاز العصبي تؤدي إلى تلف في ثنايا الشبكية مما يضعف من قدره الفرد على الرؤية خاصة في الليل وهو ما يسمى (الغشى الليلي) وهذا النوع من الإعاقة يستمر مع الفرد نظرا لعدم وجود علاجات فعالة لمثل هذه الحالة .
✓ **مرض الشبكية** : وهي حالة يحدث فيها تلف الأوعية الدموية للشبكية يتبعه نزيف دموي ناتج عن بعض الأمراض المزمنة كالسكري وتعالج هذه الحالة بالليزر .
✓ **انفصال الشبكية** : ويعني أن تنفصل الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب فيها يسمح هذا الثقب بمرور السائل الزجاجي إلى خلف الشبكية فيحدث ضغط على الشبكية من الخلف يبعدها عن الأجزاء المرتبطة بها ويصاحب هذه الحالة ضعف بصري والآم شديدة (الثقب الذي يحدث في الشبكية ينتج عن إصابة في الرأس أو القصر في النظر أو إهمال علاجه أو نتيجة لمضاعفات مرضى السكري)

4 - 2 التجمعات المائية داخل العين : وهي نوعان :

النوع الاول المياه البيضاء (عتامة العين) (cataract)

وهو تجمع مائي حول عدسة العين بسبب العتمة التدريجية مثل بخار الماء الذي يتراكم على الزجاج إذا لم يعالج بسرعة وفي هذه الحالة يعاني المعاق من صعوبات في رؤية الأشياء البعيدة وصعوبة التعرف على الألوان و نادرا ما تحدث هذه الحالة في الصغر ولكنها تكثر عند كبار السن وتعالج بسحب الماء من العين وتحتاج بعض الحالات لتغيير عدسه العين

النوع الثاني المياه الزرقاء الجلاкома (Glacoma)

وهو تجمع مائي داخل العين يعمل على زيادة الضغط على العين من الداخل مما يمنع تدفق الدم إلى شبكية العين وبالتالي تحد من الوصول الصور إلى المخ وإذا لم تسحب المياه الزرقاء من العين قد يتعرض المصاب لفقد البصر ويعالج هذا النوع بالجراحة عند الأطفال أما كبار السن فيمكنهم تناول العقاقير الطبية حيث أن عين كبير السن لا تتحمل العملية الجراحية .

4 - 3 حالات خلقية : أي يولد بها الطفل ومنها :

- **(Ahirida) اتساع حدقة العين :** وهو خلل وظيفي في قزحية العين يبقيا مفتوحة باستمرار فيتسرب ضوء زائد - ولادي - على الحاجة إلى العين تنتج عنه حساسية للضوء ويضعف البصر خاصة في النهار. ويمكن علاج هذه الحالة باستخدام نظارات ذات عدسات مضللة تقلل من كميته الضوء الداخل إلى العين .

- **القرنية المخروطية (Keratoconus) :** وهي حالة من عدم انتظام سطح القرنية يولد بها الطفل فتسبب عدم وضوح الرؤية رغم سقوط الصورة على الشبكية إلا أنها تكون مشوشة .

- **البهق (Albinism) :** وهي حالة ولادية تحدث نتيجة نقص أو انعدام المادة الصبغية الموجودة في الشبكية.

يصاحب هذه الحالة مظاهر مختلفة مثل اصفرار لون البشر وأيضاً في الشعر و زرقا العينين وشحوب في القزحية فلا تتمكن بدورها من تنظيم حركة دخول الضوء للعين بالانقباض فيصاب الشخص بحساسية مفرطة للضوء.

ويمكن التغلب على الحالات البهق باستخدام العدسات التصحيحية أو العدسات الشمسية حسب الحالة

- **العيوب الوظيفية :** وهي أربعة أنواع :

1 الخلل النسيجي (Coloboma) :

وهو عبارة عن شق أو نتوء في حدقة العين ناتج عن خلل وراثي . وهو بسبب إعاقات بصرية مختلفة كالضعف البصري وارتعاش الجفنين والماء الأبيض والحساسية المفرطة للضوء.

2 الحول (Strabismus) :

وهو اختلال في حركة كره العين ومن المعروف أن كرتي العين تتجهان معا وبشكل مستقيم في كل الاتجاهات حتى تعطي انطبعا بصريا موحدا في المخ . لكن يحدث أحيانا خلل في وظيفة العضلات المحركة لكرتي العين . فقد يحدث بها ارتخاء فتتجه كرتي العين للداخل، وقد يحدث بها تقلص فتتباعد كرتي العين للخارج ، والنوع الأول هو الأكثر انتشارا عند الأطفال. وفي حالات قليلة يحدث الحول في عين واحدة. إن الحول يسبب ازدواج في رؤية الأشياء. فالطفل المصاب بالحول يرى الشيء وكأنه شيئين. ويعالج الحول بالجراحة والإجراءات الطبية نظرا لعدم فعالية النظارات الطبية في معالجه هذه الحالات .

3 ضمور العصب البصري (Optic Nerve Art Ophy):

ويحدث في هذه الحالة ضمور في العصب البصري المسؤول عن النقل المرئيات إلى الدماغ مما يسبب الإعاقة البصرية الجزئية وقد تتطور الحالة فيحدث العمى . ترجع أسباب هذه الحالة إلى عدة عوامل منها الالتهاب السحائي والأورام وحالات النزيف الناجمة عن اصطدام الدماغ .

4 صعوبة تركيز البصر (Astigmatism) :

ويحدث نتيجة لعدم انتظام سطح القرنية أو القزحية أو العدسة مما يؤدي إلى خلل في انتشار الضوء فيقع بعضه على الشبكية والبعض الآخر أمامها والجزء المتبقي منه يقع خلف الشبكية فتظهر الصورة مشوشة ، ويمكن علاج هذه الحالة باستخدام العدسات الاسطوانية.

- أخطاء انكسار الضوء (Refractions Errors) :

ذكرنا في معرض حديثنا حديث عن تركيب العين أن المسافة بين العدسة و الشبكية محدده تحديدا دقيقا (24 مليمترا) بحيث تسقط الصور الضوئية كلها على الشبكية لكن في بعض الأحيان يحدث تغيير في طول كره العين بزيادة أو النقصان فتحدث إحدى الحالتين التاليتين :

- الحالة الأولى طول النظر (Hype Ropia) :

ويعني عدم قدره الفرد على رؤية الأشياء القريبة في حين يرى الأشياء البعيدة بسهولة ، ويحدث طول النظر عندما يقل طول كره العين عن وضعها الطبيعي فتقترب العدسة من الشبكية مما يؤدي إلى سقوط الضوء خلف الشبكية ، ويمكن تصحيح الوضع باستخدام العدسة المحدبة . علما بأن الكثير من كبار السن يعانون من طول النظر ويحتاجون إلى نظارات خاصة للقراءة .

- الحالة الثانية قصر النظر (Myopia) :

ويحدث نتيجة لطول كره العين عن حجمها الطبيعي فتتباعد العدسة عن موضعها فتسقط الصور أمام الشبكية فيصعب على الفرد رؤية الأشياء البعيدة في حين يرى الأشياء القريبة بوضوح. ويعالج قصر النظر باستخدام العدسات المقصرة .

- الرأرأة (Vnystagmus) :

وهي عبارة عن تذبذب السريع والدائم في حركه المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي . (الشريف ،2016،188،191)

05 أسباب الإعاقة البصرية :

للإصابة البصرية أسباب عديدة قسمها المختصون باعتبارات مختلفة إلى :

- أسباب خارجية : تتعلق ببكرة العين نفسها ، وتشمل العيوب التي تصاب بها الطبقات والأجزاء المكونة للعين .

- أسباب داخلية : تتعلق بالعصب البصري الموصل وبالمراكز العصبية في الدماغ ، المخصصة لتلقي الإحساسات البصرية . (كامل، 1996، 198)

- أسباب متعلقة بزمان وقوع العاهة : وتنقسم إلى مجموعتين رئيسيتين هما :

مجموعة أسباب مرحله ما قبل الميلاد:

ويقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام. (الروسان، 1996، 119)

وتأتي في مقدمه العوامل المسببة للإعاقة البصرية حيث أنها تمثل حوالي 65 % من الحالات : ومنها - على سبيل المثال - العوامل الجينية سوء التغذية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، والعقاقير، والأدوية والأمراض المعدية، الحصبة الألمانية، الزهري ... إلخ
مجموعة أسباب بعد مرحلة الميلاد:

ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية، أي الإبصار، كالعوامل البيئية و التقدم في السن و سوء التغذية و الحوادث و الأمراض التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر، إلى الإعاقة البصرية .

ويسجل في هذا الصدد أن ما يقارب من 16 % من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب يرجع إلى عوامل غير محددة وتحدث في ما بعد الميلاد، ومن هذه العوامل المياه البيضاء، المياه السوداء، مرض السكري، أمراض الشبكية، أمراض العدسة، التهابات العين، الحول، الحوادث وأسباب أخرى .

06 خصائص المعاقين بصريا :

بشكل عام يتميز المعاقين بصريا بالخصائص التالية :

6 - 1 الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعوقين بصريا الأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس لذكاء الأطفال وكذلك الحال على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ودعم تلك الدراسة التي قام بها سامويل هيز و أشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعوقين بصريا هو ضمن المعدل الطبيعي للفرد العادي .

6 - 2 الخصائص اللغوية :

لا تؤثر الإعاقة البصرية تأثيرا مباشرا على اكتساب اللغة لدى المعاق بصريا ولكن يواجه المعاقين بصريا مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية، فهم لا يستطيعون رؤية تعابير الوجه والإيماءات والحركات الصادرة على الآخرين، ولذلك فهم يواجهون مشكلات في التواصل معهم، وبالرغم من أنه لا توجد فروق بين المعاقين بصريا والعاديين في طريقة اكتساب اللغة المنطوقة، إلا أنه لا يوجد اختلاف في طريقة كتابته اللغة، حيث يستخدم المعوقين بصريا طريقة برايل في الكتابة ويواجه المعوقين بصريا مشكلات في تكوين المفاهيم والمهارات التصنيف للموضوعات المجردة، خاصة مفاهيم الحيز والمكان والمسافة والألوان .

6 - 3 الخصائص الحركية :

يواجه المعوقين مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المعوقين بصريا مظاهر جسميه نمطيه مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكات النمطية. ومع أن الأطفال المعوقين بصريا لا يختلفون عن العاديين في ما يتعلق بتطور النمو الحركي لديهم إلا أن المشكلات في الإبصار تحد من قدرتهم على الوصول إلى الأشياء لأنهم لا يعرفون بوجودها.

6 - 4 الخصائص الأكاديمية :

يعتمد تأثير الإعاقة البصرية على التحصيل الأكاديمي للفرد المعاق على شدة الإعاقة والعمر عند الإصابة حيث أن الأطفال الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف واضحة ومكبرة. وإلى بعض العينات البصرية . أما الأطفال المكفوفون فهم يحتاجون إلى استخدام طريقه برايل للحصول على المعرفة، وتواجه هذه الفئة مشكلات جمة وخصوصا في التعبير الكتابي خلال الاختبارات المدرسية .

6 - 5 الخصائص الاجتماعية والانفعالية :

تلعب اتجاهات الأشخاص المقربين من الطفل المعاق بصريا دورا كبيرا في بناء ثقته بنفسه أو تكيفه مع إعاقته . فالاتجاهات الاجتماعية الايجابية نحو المعاق بصريا والتي يرافقها تقديم الخدمات والبرامج التدريبية لنشاطات الحياة اليومية، وخصوصا فيما يتعلق بمهارة التعرف والتنقل في البيئة والعناية الذاتية . تعمل على تعزيز ثقة المعاق بصريا بنفسه. وتقليل درجة اعتماده على الآخرين، أما إذا كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال المعاقون بصريا تمتاز بالرفض وعدم القبول وعدم تقديم الخدمات لهم، فإن ذلك سيؤدي إلى شعور المعاق بصريا بتدني في اعتبار الذات وإحساسه بالفشل والإحباط وذلك بسبب إعاقته . (كوافحه وعبد العزيز، 2010، 89، 90)

07 الأدوات الخاصة بالمعاقين بصريا : يستخدم المعاقون بصريا العديد من الأجهزة والأدوات منها

7 - 1 آلة برايل : وتقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة، وتتكون الخلية من ست نقاط حيث تعطي كل نقطة من النقاط رقما معيناً يبدأ من 1 وينتهي 6 وقد يستخدم المكفوفون آلة المسطرة والمخرز للكتابة في بعض الأحيان وتكتب الكلمات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين .



آلة برايل

7 - 2 الأبتكون:

ويستخدم هذا الجهاز للقراءة ويتكون من كاميرا و وشاشه صغيره وجهاز بحجم مسجل صغير وتوجد فيه فتحة يتم من خلالها إدخال أصبع السبابة فيه , ويعمل هذا الجهاز على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الشخص الكفيف الإحساس بها عن طريق الكاميرا ، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشه صغيره يستطيع المعلم من خلالها مراقبه ما يقرأه الكفيف

7 - 3 آلة الكتابة البيركتر :

وتسمى بآلة برايل للكتابة حيث تعمل هذه الآلة يدويا تحتوي على ستة مفاتيح وهي تطبع الحروف والكلمات بلغه برايل وطريقه عمل هذه الآلة تقوم على ما يلي:

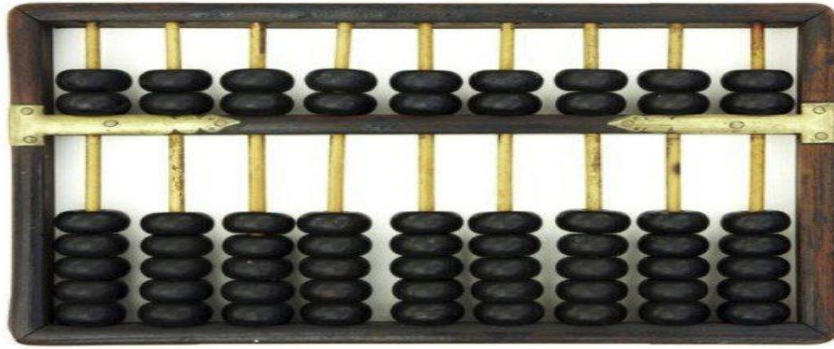
7-3-1 يضع الكفيف الورقة بين فكي مفعلة لها فرع علوي عبارة عن مسطرة معدنية مقسمة إلى خانات في صفوف ومفرغة وكل خانه مقسمة إلى ست أقسام تمثل أرقام 1-6 والتي من خلالها يعمل الكفيف على تكوين جميع الحروف وتحتوي المفعلة على فرع سفلي مقسم إلى خانات غير مفرغة في المسطرة مقابل الخانات الست في المسطرة العليا ويعمل الكفيف على أقفال المفعلة على الورقة الخاصة بالطباعة والتي تكون سميقة ومن نوع خاص بحيث تظهر الحروف عليها بشكل بارز حيث يستطيع الكفيف أن يلمسها وبالتالي معرفة الحروف والكلمات .

7-3-2 تتحرك هذه المسطرة على لوحه خشبية عريضة ثم يضع الكفيف ثم يضع الكفيف القلم في وضع رأسي مبتدئا في الخانة الأولى في الصف الأول من اليمين ثم يقوم بالضغط على الورقة بالقلم

من الرقم (1) إلى الرقم (6) ويستمر حتى تنتهي الصفوف على المسطرة ثم يبدأ بتحريك المسطرة إلى الأسفل ويقوم بتثبيتها وهكذا حتى تنتهي من الكتابة على الورقة كلها. أما إذا أراد الكفيف التأكد من صحة ما كتبه فيقوم بتمرير أصابعه على النقاط البارزة على الورقة المطبوعة من اليسار إلى اليمين حيث يقوم بقراءة تلك الكلمات.

7 - 4 المعداد الحسابي:

ويستخدم هذا المعداد من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين ويتكون من 13 عمود بشكل متوازي ويقسم إلى جزأين علوي ويحتوي على كره مثقوبة واحدة في كل عمود وسفلي ويحتوي على أربع كرات مثقوبة في كل عمود وتم مؤخرا إصدار وسيلة إلكترونية حديثة بإجراء العمليات الحسابية عن إصدار الأصوات.



المعداد الحسابي

7 - 5 مواد التكبير:

وتستخدم خصوصا من قبل الأفراد ضعيفي البصر حيث يحتاجون إلى تكبير الأحرف حتى يتمكن نسبة من المعاقين بصريا من قراءة الكلمات المطبوعة ، بما تبقى من القدرة البصرية لديهم ، وهذه المعينات يحددها الطبيب لكل حاله وتشمل مواد التكبير أنواع تستخدم باليد (المكبر اليدوي) ونوع آخر يوضع على قاعدة محمولة ويستخدم مع الأشخاص الذين لا يستطيعون التحكم في حمل المكبر اليدوي، وقد يستخدم البعض الميكروسكوب لرؤية الأشياء وقراءتها عن طريق تقريب المادة المقروءة.

7 - 6 الحاسوب :

وهو نظام لغوي يقوم على استخدام المعاقين بصريا للحاسوب كوسيلة للحصول على المعرفة عن طريق استخدام اللغة الصناعية ، ويهدف مشروع اللغة الصناعية إلى تطوير نظام صوتي بديل عن

نظام الصوت الإنساني الطبيعي حيث يساعد الأفراد من ذوي المشكلات اللغوية على تنمية مهارة الاتصال مع الآخرين كالمكفوفين والصم وغيرهم . ويعمل الحاسوب على تحويل المواد المطبوعة إلى مواد منطوقة بطريقه لفظيه ومن خلالها يستطيع المكفوفين الحصول على المعرفة بهذه الطريقة. (كوافحة و عبد العزيز، 2010، 94، 64)

7 - 7 الكتب الناطقة :

هناك أجهزة خاصة لإعداد نسخ مسجله من الكتب أو المجلات التي يحتاج الطالب لقراءتها، فالكتاب الناطق هو كتاب منهجي صوتي يسمح الطالب الكفيف ليكون بديلا عن المساعدة في القراءة من قبل شخص مساعد.



الكتب الناطقة

7 - 8 آلة كرزويل للقراءة :

جهاز يحول المادة المكتوبة إلى مادة مسموعة، وتوضع المادة المطبوعة على مكان خاص للقراءة ويقوم جهاز الكشف عن المادة المكتوبة بالقراءة سطرا سطرا ، و للآلة مفاتيح خاصة للتحكم في الصوت من حيث علوه وسرعته ، كذلك هناك مفاتيح خاصة لتهجئة الكلمات وما في ذلك .

(الخطيب وصبحي الحديدي 2009، 194، 196)

08 طرق الوقاية من الإعاقة البصرية : هناك العديد من الإجراءات التي يمكن إتباعها للوقاية من الإصابة بالإعاقة البصرية، ومن أهم هذه الإجراءات :

- 8 - 1 الكشف الطبي على راغب الزواج من الأقارب خاصة .
- 8 - 2 توعية العامة عن طريق الوسائل المختلفة، بالإجراءات الوقائية اللازمة لتحاشي إصابات العين وانتقال العدوى، وبمسببات الإعاقة البصرية، واتخاذ الإجراءات العلاجية للسيطرة عليها .

- 8 - 3** تعميم التطعيمات والتحصينات الواقية من الإعاقة البصرية في مواعيدها المحددة.
- 8 - 4** حث الوالدين على الاهتمام بالتشخيص والعلاج المبكرين للإعاقة البصرية قبل استفحالها
- 8 - 5** التوعية الإعلامية بكيفية تحسين الظروف التي يمكن أن تعمل فيها العين بأفضل أداء ممكن دون إصابتها بالمزيد من الأضرار.
- 8 - 6** التبكير في تدريب الطفل الكفيف على اكتساب المهارات الخاصة بالتوجيه والحركة والتنقل بشكل مستقل، مما يزيد من تكيفه .
- 8 - 7** الإسراع في إلحاق الطفل الكفيف بدور الحضانة، ورياض الأطفال، لاكتسابهم المهارات الأساسية اللازمة لنموهم، و تأهيلهم للدراسة بالمدرسة.
- 8 - 8** استمرار الرضاعة الطبيعية لأن ذلك يوفر فيتامين (أ) طبيعياً .
- 8 - 9** الإكثار من الأغذية التي تحتوي على فيتامين (أ) عند الفطام .
- 8 - 10** تأمين الخدمات الصحية اللازمة للأطفال وتلاميذ المدارس، والكشف الطبي الدوري عن طريق مراكز الرعاية الطفولة والأمومة، والمراكز الصحية .
- 8 - 11** توفير النظارات الطبية والعدسات اللاصقة المناسبة للحالات المختلفة من فقدان البصري. (عامر وآخرون 2008، 299، 297)

09 إرشاد المعاقين بصريا:

إن المعاقين بصريا بحاجة إلى الإرشاد وتأكدت لنا هذه الحاجة من خلال ما يعانيه المعاق بصريا نتيجة لظروف إعاقته، مما يحتم ضرورة تقديم استراتيجيات عملية الإرشاد بطريقه صحيحة وعلى أسس علميه وفي مجالات كثيرة يحتاج إليها المعاق بصريا لمساعدته ، ومن هذه المجالات:

9 - 1 الإرشاد النفسي:

يتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصي ومساعدته في مواجهه ما يتعرض له من مشكلات، وتصحيح مفهوم الذات وفكره المعوق بصريا عن نفسه واتجاهاته نحو إعاقته والتوافق معه حتى لا تزداد حالته سوءاً، وتشجيعه على الاستغلال والاكتفاء الذاتي حتى لا يشعر باعتماده الكامل على الآخرين والقلق والتهديد عندما يتركونه مع مساعدتهم على تجنب المواقف المحيطة بقدر الإمكان ولكن بدون الحماية الزائدة ، وإخراج المعاق بصريا من عزته النفسية وسلبياته ومساعدته عن طريق الرعاية الجماعية أو الرعاية الفردية لتحقيق التكيف الاجتماعي في الطريق الصحيح المؤدي إلى التوافق .

9 - 2 الإرشاد الاجتماعي :

توجد بعض اتجاهات الناس الخاطئة نحو المعاق بصريا ، فأحيانا نلاحظ الشفق الزائدة ، وأحيانا نجد القسوة ، وهناك بعض الممارسات والاتجاهات الوالدية الخاطئة تجاه الطفل المعاق بصريا .

و مجال الإرشاد الاجتماعي يهدف أساسا إلى تقليل آثار ظهور الحالة غير العادية في المواقف الاجتماعية بقدر الإمكان، وتعديل الاتجاهات الاجتماعية السالبة والأفكار الخاطئة الشائعة لدى بعض المواطنين في المجتمع الكبير تجاه المعوقين بصريا، ويجب تشجيع الاهتمامات المناسبة لدى المعاق بصريا، ويجب العمل على تعديل الظروف الاجتماعية بما يؤدي إلى التوافق الاجتماعي، ويجب تهيئة البيئة الاجتماعية المناسبة للتنشئة الاجتماعية السليمة .
كذلك يجب تعديل نظام واتجاهات أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بما يحقق للفرد المعوق بصريا أقصى إمكانيات النمو العادي على أساس نظام الإرشاد الدوري مدى الحياة .

9 - 3 الإرشاد التربوي :

للطفل المعاق بصريا حق التربية والتعليم مثل زميله المبصر، فالمعاق بصريا له نفس الاستعدادات والقدرات العقلية التي يملكها الطفل العادي، وفقدان البصر ربما يغير من بناء الخبرة المقدمة للمعاق بصريا، ولكن هذا لا يعني عدم فهم رئيسي من جانبه، وعلى هذا فالمعاق بصريا له الحق في أن يشترك في ثقافة مجتمعه وحياته، وأن يقوم بالعمل المناسب لظروفه ليصبح عضوا نافعا مفيدا في المجتمع كأبي مواطن آخر، وليس على عليه أو عنصر خاملا فيه .
وحتى نقوم بتقديم خدمات الإرشاد التربوي للمعاقين بصريا لا بد أن نوفر لهم المناهج والبرامج الدراسية المناسبة والمدرسين المتخصصين في مجال إعاقاتهم، وتوفير الوسائل والأجهزة التعليمية المساعدة التي تزيد من خبرات ومهارات المعاق بصريا بطريقة ايجابية، وتوفير وسائل المواصلات من المدرسة إلى البيت، وتهيئة المباني لتناسب مع إعاقاتهم من ملاعب ودرج ودورات مياه .
(مرسي، 1975، 411)

9 - 4 الإرشاد الصحي :

يهتم بالعلاج والتصحيح الطبي إلى أحسن درجه ممكنه، وتحويل المعاق بصريا إلى المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة والتي تعالج الأمراض التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية، وإجراء العمليات الجراحية اللازمة والتأكد من سلامته الصحية ومتابعتها بشكل مستمر، وتوفير الأجهزة التعويضية والمساعدات البصرية مثل العدسات والنظارات التي قد تؤدي إلى تحسين درجة الإبصار، بالإضافة إلى تدريبهم على استخدام العصا البيضاء حتى يتحقق لهم الأمن الجسمي والنفسي .

9 - 5 الإرشاد المهني :

إن الخطوة الأساسية في الإرشاد المهني هي معاونة المعاق بصريا على فهم نفسه والتعرف على طاقاته وإمكانياته حتى يستطيع أن يستقلها في الناحية التي تعود عليه على مجتمعه بالنفع، ومعاونته على تحقيق التوافق والإشباع المهني، وذلك بالتوفيق بين حاجات المعوق بصريا والفرص المهنية المكفولة له في ضوء مطالب الأعمال وإمكانياته الذاتية.

وكذلك يهتم الإرشاد المهني بالتعليم والاختيار والتدريب والتأهيل المهني والتشغيل على أساس أن المجتمع يجب أن يكون به مكان لكل فرد أيا كان درجة إعاقته، ويجب آثاره دافع العمل والإنتاج إلى أقصى حد ممكن بما يفيد في تدعيم الثقة في نفس المعوق بصريا والقدرة على الإنتاج والعمل وكسب العيش .
(زهران ، 1980 ، 434)

10 قياس وتشخيص الإعاقة البصرية :

هناك بعض المؤشرات غير المطمئنة تصدر عن الطفل وهي تدل على وجود مشكلة بصرية عنده ، والتي يجب أن ينتبه إليها الأهل والمعلمون في المدرسة وخصوصا عند الأطفال الذين لديهم مشكلات بصرية أقل حدة ، ومن هذه المؤشرات ما يلي :

- احمرار العين .
- فرك العين بشكل مستمر .
- كثرة إدماع العين.
- ظهور عيوب ظاهره للعينين مثل الحول .
- تكرار رمش العينين.
- تحاشي الضوء أو طلب زيادة الضوء.
- تقريب أو إبعاد الأشياء لرؤيتها .
- اصطدام بالأشياء بشكل متكرر.
- الشعور بالتعب بسرعة أثناء القراءة .
- الصداع المستمر .
- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة .
- مشكلات في التمييز بين الألوان .
- صعوبة تلقف الأشياء التي ترمى باتجاهه .
- وضع غير طبيعي للرأس أثناء المشي .

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقاييس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام طريقة لوحة سنلن (snellenchart) من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يسارا أم يمينا ويقف الفرد عادة على مسافة 6 أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة 6 أمتار فإننا نستطيع القول إن النتيجة الفرض في الإبصار هي 6/6 أما إذا استطاع الفرد اجتياز اتجاه الحروف، حتى الصف السابع من مسافة 6 أمتار بنجاح فإننا نستطيع القول أن قدرته على الإبصار هي 12/6 .

1- مقياس فروستج للإدراك البصري : يعتبر هذا المقياس من المقاييس الرئيسية لذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقات البصرية الجزئية، ويصلح للأفراد من 3-8 سنوات ويمكن استخدامه بطريقة فردية / جماعية ويقاس هذا الاختبار جوانب محددة متصلة بالإدراك البصري ويتألف من 57 فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية التالية :

✓ اختبار تآزر العين مع الحركة Eye Hand Coortion Subtest

ويقاس هذا الاختبار قدرة الطالب على رسم خط مستقيم أو منحنى أو رسم زوايا ذات اتساعات مختلفة دون توجيه من الفاحص ويتكون من 16 فقرة .

✓ اختبار الشكل والأرضية : Figure Ground Subtest

يقاس هذا الاختبار قدرة الطالب على إدراك الأشكال على أرضيات متزايدة في التعقيد ويتألف من 8 فقرات .

✓ اختبار إثبات الشكل : Constancy Of Shap Subtest

يقاس هذا الاختبار قدرة الطالب في التعرف على أشكال هندسية معينة، تظهر بأحجام مختلفة و بفروق دقيقة، وفق سياق أو نسب معينة وفي مواقع مختلفة، ويستخدم للتمييز بين الأشكال الهندسية المتشابهة (دوائر، مربعات، مستطيلات، أشكال بيضاوية، متوازي الأضلاع) ويتألف من 19 فقرة .

✓ اختبار الوضع في الفراغ : Position In Space Subtest

يقاس هذا الاختبار قدرة الطالب على تمييز الانعكاسات والتعاقب في الأشكال التي تظهر بتسلسل وتستخدم رسوم تخطيطية تمثل موضوعات عامه ويتألف من 8 فقرات .

✓ اختبار العلاقات المكانية : Special Relations Subtest

يقاس قدرة الطالب على تحليل النماذج والأشكال البسيطة التي تشتمل على خطوط مختلفة الأطوال والزوايا، إذ يطلب من المفحوص نسخها أو تقليدها باستخدام التنقيط ويتألف من 8 فقرات كما يمكن استخدام المقاييس التالية والتي تقيس القدرة على الإدراك البصري وهي :

- مقاييس بندر البصري الإدراك الكلي .
- مقياس بيرى بكتنيك التآزر البصري الحركي .
- مقياس الإدراك البصري الحركي .

(كوافحة و عبد العزيز ، 2010 ، 86- 88)

المحاضرة الخامسة: الإعاقة الحركية



01 تعريف الإعاقة:

هي عبارة عن صعوبة تصيب فرد معين ينتج عنها اعتلال او عجز يمنع الفرد من قيامه بعمله الطبيعي. (عبيد ، 1999 ، 41)

✓ تعريف الإعاقة الحركية:

تمثل الإعاقة الحركية حالات الافراد الذين يعانون من خلل ما في قدراتهم الحركية او نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والانفعالي ويستدعي الحاجة الى التربية الخاصة. (الروسان ، 2006 ، 139)

الإعاقة الحركية هي حالة من عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية كالمشي والجري والوثب والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري وعضلاته أو الجهاز العصبي او نتيجة لعوامل وراثية وتؤثر هذه الإعاقة في نموه العقلي والانفعالي وتحد من قدرته على التكيف الاجتماعي. (الشريف.2011.418)

✓ تعريف المعاق حركيا:

المعاق حركيا هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض او اصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كليهما معا في الأطراف السفلى أو العليا أحيانا أو الى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف. ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق اهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

(الدهمسي .2007. 218)

02: تصنيفات الإعاقة الحركية :

صنف رمضان القاذفي الإعاقة الحركية إلى أربع فئات هي:

- 1-المصابون بإضطرابات تكوينية :ويقصد بها توقف نمو الأطراف.
- 2-المصابون بالشلل المخي : وهو إضطراب عصبي يحدث بسبب الخلل الذي يصيب بعض مناطق المخ وغالبا ما يكون مصحوبا بالتخلف الذهني على الرغم من أن كثير من المصابين به قد يتمتعون بذكاء عادي .

3- **المصابين بشلل الأطفال** : وهم المصابون في جهازهم العصبي ، مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم وخاصة الأطراف العليا والسفلى .
(الزعيبي، 2003، 232)

4- **المعاقون حركيا بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل** :
وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر من أطرافهم ، و إفتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم ، بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة أو بسبب فقد بعض الأنسجة أو بسبب الصعوبات التي تواجهها الدورة الدموية كما قد يعود السبب إلى الأضرار التي تصيب الجهاز العصبي نتيجة حدوث النزيف الدماغي والعدوى وإصابات الحوادث وتمزق العصب أو قطعه ، وقد ترجع الإصابة إلى حوادث العمل التي يتعرض لها الفرد خلال مزاوله نشاطه المهني .
(الزعيبي ، 2003 ، 233)

في حين يقسم يوسف القريوتي وآخرون الإعاقات الجسمية والصحية حسب الأجهزة المصابة على النحو التالي :

1- إصابات الجهاز العصبي المركزي مثل:

الشلل الدماغي ، الشق الشوكي أو الصلب المفتوح ، إصابة الحبل الشوكي ، الصرع ، إستسقاء الدماغ ، شلل الأطفال ، تصلب الأنسجة العصبية

2- إصابة الهيكل العظمي مثل :

تشوه وبتر الأطراف ، تشوه القدم ، إلتهاب الورك ، عدم إكتمال نمو العظام ، إلتهاب العظام ، الخلع الورك ، إلتهاب المفاصل ، إلتهاب المفاصل الرثياني ، شق الحلق والشفة ، إنحراف العمود الفقري

3- الإصابات المتعلقة بالعضلات مثل:

ضمور العضلات ، إنحلال وضمور النخاع الشوكي

4- الإصابات الصحية مثل :

الربو ، التليف الحويصلي ، إصابات القلب ، متلازمة داون

والإعاقات الحركية الأكثر إنتشارا هي:

أولا- الشلل الدماغي :

هو أحد مظاهر الإعاقة الحركية الناجمة عن إصابة الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخاصة في فترة عدم إكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة، تحدث الإصابة بالشلل الدماغي نتيجة لأسباب جينية (وراثية) وأسباب أثناء الحمل وأثناء الولادة وما بعد الولادة في بعض

الحالات النادرة، أما الأسباب الناتجة أثناء الحمل فهي إصابة الأم بالأمراض المعدية وخاصة الزهري والحصبة الألمانية وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية وعدم توافق دم الأم ودم الجنين (العامل الريزيسي) والولادة المبكرة (الخدج)، وسوء التغذية وإصابة الأم بالسكري، وتعاطي الأدوية دون إستشارة الطبيب وتسمم الكحول، أما الأسباب الناتجة أثناء الولادة فتتمثل في نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة وصعوبة عملية الولادة، أما الأسباب ما بعد الولادة فتتج من الصدمات الجسمية و الإلتهابات ويصنف هالاهان وكوفمان حالات الشلل الدماغي إلى أنواع حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي منها :

ثانيا - الشلل النصفي الجانبي :

هو عبارة عن شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم

ثالثا - الشلل الكلي السفلي :

هو شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم .

رابعا - الشلل الرباعي للأطراف:

ويمثل شلل الأطراف الأربعة من الجسم ويتركز في الرقبة والجذع .

خامسا - الشلل الأحادي:

و يمثل شلل طرف واحد من أطراف الجسم .

سادسا - الشلل الثلاثي للأطراف :

ويمثل شلل ثلاثة أطراف من أطراف الجسم .

ثامنا - الشلل الكلي :ويمثل شلل نصفي الجسم معا.

تاسعا - شلل الأطفال:

يعد العالم الألماني (هانية) أول من سمى هذا المرض عام 1840 وهو شكل آخر من أشكال الإعاقة الحركية تؤدي الإصابة به إلى اضطراب في النمو الحركي للفرد، تحدث إصابة الفرد بهذا النوع من الشلل نتيجة إصابة أنسجة الخلايا العصبية الحركية بفيروس في جزء من النخاع الشوكي بفيروس، مما يضعف العضلات، ويؤدي إلى تشنجات قوية وشلل كامل، وتشوهات في الهيكل العظمي وبما أن الإصابة تحدث للأعصاب المسؤولة عن الحركة فإنه لا يؤدي إلى الإعاقة العقلية واللغوية والسمعية والبصرية عند الفرد المصاب، وهذا ما يجعله قادرا على الإستمرار في حضور المدرسة. تحدث الإصابة بشلل الأطفال في المراحل العمرية للإنسان جميعها، لكنها أكثر حدوثا عند الأطفال قبل سن الخامسة.

وللوقاية من الإصابة بشلل الأطفال لابد من إعطاء اللقاح اللازم في ثلاث جرعات ، بحيث تكون الجرعة الأولى في عمر شهرين والجرعة الثانية في ثلاثة أشهر والجرعة الثالثة عندما يتم الطفل عمر أربعة أشهر .

عاشرا - ضمور العضلات :

تم إكتشافه عام 1968 وهو عبارة عن وهن أو ضمور لعضلات الجسم و إستبدالها بأنسجة لحمية تالفة ، بحيث يبدأ من القدمين ويستمر تدريجيا نحو منطقة الرأس ، تظهر الأعراض المبكرة لهذا المرض في حوالي السنة الثالثة من عمر الطفل حيث يلاحظ الأهل إستخدام الطفل لمشط القدم أو رؤوس الأصابع عند الوقوف أو المشي مما يؤدي إلى كثرة تعثره وسقوطه ، أما الأعراض المتأخرة لهذا المرض فتتمثل في إرتكاز الطفل على يديه وقدميه معا عند محاولة الوقوف ، كما يلاحظ تضخم في العضلات و إنفتاح وتشوهات في القدم وتمدد عضلات الفخذ و إنحراف مفصله عن موضعه الأصلي وضعف عضلات الوجه السفلية وتشوه عضلات الرقبة والهيكل العظمي وقد تصل الحالة إلى عدم قدرة الطفل على الحركة مما يستدعي إستعمال الكرسي المتحرك .

وبالنسبة للقدرات العقلية للمصابين بضمور العضلات تكون عادية مما يسمح لهم بالإلتحاق بالصفوف العادية في المدرسة مع ضرورة تخفيف الواجبات المدرسية التي يكلفون بها والإبتعاد عن المهارات الحركية في الحالات الشديدة حتى لا يصابوا بالإحباط ، والتأكيد على ممارسة الأنشطة الترفيهية و الإجتماعية حتى يشعروا بأهمية الحياة.

حادي عشر - تشوه الأطراف:

تحدث هذه الإصابة بنسبة كبيرة في الأطراف العليا من الجسم مقارنة بالأطراف السفلى وتكون غالبا في طرف واحد بنسبة 85 من حالات تشوه الأطراف ، أما أسباب الإصابة بتشوه الأطراف فمعظمها وراثية حيث يمكن للطفل أن يفقد أحد الأطراف جزئيا أو كليا أو أن تكون الإصابة شاملة لأكثر من طرف واحد ومن أبرز الأسباب التي تؤدي إلى تشوه الأطراف أيضا الإصابة بالحصبة الألمانية والتسمم بالمواد الكيميائية والتعرض للأشعة وتعاطي الأم الحامل للمخدرات والأدوية المهدئة. وقد تكون بعض حالات تشوه الأطراف نتيجة عوامل مكتسبة كحوادث السقوط أو حوادث الطرق أو الحرائق ، ومع التقدم العلمي و التكنولوجي تم توفير أطراف صناعية مناسبة تشابه في مظهرها الأطراف الطبيعية ، مما خفف على المصابين الآلام النفسية الناجمة عن هذه الإعاقة.

03: خصائص المعاق حركيا:

تتميز الإعاقات الحركية والجسمية في التفكير المعاصر بأنها متفاوتة ومتغيرة . ذلك أن كل إعاقة حركية موجودة في شخص ما تعطيه تميز عن الأشخاص الآخرين وتتمثل خصائص المعاق حركيا فيما يلي:

3 - 1 الخصائص الجسمية للمعاق حركيا :

اضطراب في نمو عضلات الجسم - ضعف في التآزر والتوازن الحركي - تعابير وجه غير عادية ومشكلات في القدرة على العناية بالذات ونشاطات الحياة اليومية - سيلان اللعاب من الفم - صعوبة في الحراك الاجتماعي - ضعف المهارات الدقيقة (مثل عدم مسك القلم بطريقة صحيحة او استخدام المقص) - ضعف المهارات الكبيرة (مثل عدم القدرة على المشي بطريقة طبيعية و ضعف التآزر البصري الحركي) (غنيم و غنيم.2016. 44- 45)

3 - 2 الخصائص العصبية للمعاق حركيا :

لدى هؤلاء الاطفال مشاكل تتعلق بتلف الدماغ او خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية. كما ان لديهم مشاكل خاصة بالحبل الشوكي، ومشكلات في مجال الرؤيا والسمع ناتجة عن الاصابات العصبية المسببة بأمراض مثل: التهاب السحايا، والسل، الحصبة الألمانية، الزهري ... وغيرها مسؤولة عن احداث اتلانف في الجهاز العصبي ان مثل هؤلاء الاطفال بحاجة الى معالجة الامراض التي قد تكون مسؤولة عن اعاقتهم الحركية بدءا بالتطعيم الثلاثي، والتشخيص، العلاج، التأهيل، التدريب وقد تنتج المشاكل العصبية لديهم عن سوء التغذية والحرمان وتعرضهم لإصابات الرأس والرضوض والكسور في الجسم. (العزة.198.2009)

3 - 3 الخصائص الاجتماعية للمعاق حركيا:

لديهم مشكلات في عادات الطعام والملبس وقضاء الحاجة (عدم التحكم في البول ومشاكل المثانة)، الانطواء الاجتماعي والعزلة وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب، نظرة المجتمع بالدونية بهذه الفئة، حدوث مشاكل مع الإخوة والآخرين، الانسحاب والاعتماد على الغير. (النوايسة.2013.211)

3 - 4 الخصائص النفسية للمعاق حركيا:

تتباين الخصائص السلوكية عند الأطفال المعوقين حركيا حسب نوع الإعاقة، وبالرغم من ذلك توجد خصائص سلوكية مشتركة بينهم وتتأثر هذه الخصائص بأراء الآخرين وأحكامهم التي يصدرونها على الشخص المعوق فنوعية معاملة الآخرين للشخص المعوق ونظرتهم إليه وكيفية إدراكه لإعاقة كلما زاد القلق والتوتر واضطراب الشخصية ويمكن تقسيمها الى: الانسحاب والخجل، الانطواء على الذات، الاكتئاب والحزن، عدم الرضا عن الذات، الشعور بالعجز والاعتمادية والقلق.

(غنيم و غنيم.2016. 41- 42)

3 - 5 الخصائص التعليمية للمعاق حركيا: تعتمد الخصائص التعليمية على خصائصهم الجسمية

والنفسية والعصبية، حيث ان هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات في الانتباه وتشتيته، وصعوبات في التركيز والتذكر والاسترجاع، الحفظ والنسيان، نقص في تآزر حركات الجسم وصعوبات في مجال التعلم حيث انهم لا يتعلمون بسهولة كما انهم لا يتعلمون بسرعة حيث ان لديهم مشكلات في حاسة

السمع والبصر أحياناً، لذلك فهم بحاجة الى مناهج واستراتيجيات تربوية خاصة تعتمد على التبسيط والانتقال من السهل الى الصعب، ومن البسيط الى المركب وتقديم التعزيز الإيجابي.

(العزة، 2009، 198)

3 - 6 الخصائص المهنية للمعاق حركياً:

لا يستطيعون الالتحاق بالأعمال التي تحتاج الى مهارات عالية، ولا يستطيعون القيام بالأعمال الشاقة، وتؤثر الإعاقة البدنية على الميول المهنية للمعاقين... وهذه المشكلات هي التي تدفعهم للإحجام العمل وعدم الرغبة في تأهيلهم أو تشغيلهم، لهذا فان على الموجهين المهنيين الاخذ بعين الاعتبار قصورهم هذا ومساعدتهم على اختيار مهن تناسب قدراتهم الحركية .

(النوايسة.2013.212)

04: أسباب الإعاقة الحركية

لقد تعددت أسباب الإعاقة الحركية نذكر منها:

- ✓ الأورام الخبيثة في الدماغ والسرطان العظمي.
- ✓ الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم والسكري
- ✓ التهاب العظام والكسور التي يستحيل إعادة العظم إلى وضعه وتعفن الأنسجة المحيطة.
- ✓ الحوادث والإصابات المختلفة فعندما يتعرض الفرد لظروف كهذه فانه يفقد فيها بعض أجزاء جسمه أو تفقد القدرة على القيام بوظيفتها مثل: حوادث المرور، حوادث العمل بسبب الآلات والعمل في المصانع وحوادث المنزل.
- (الصفدي، 2007، 91)
- ✓ الحروب وأشكال الدمار المختلفة والأوبئة والمجاعات الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات
- الإصابات الرياضية السموم مثل التي تنتج عن دخول ثاني أكسيد الكربون إلى الجسم أو عن طريق استنشاق مواد اللصق أو التعرض للرصاص.
- ✓ الحروق الشديدة على مستوى بعض الأطراف ما يفقدها القدرة على تلبية وظيفتها بشكل سليم.
- (أبو نصر 2005، 79، 80)

05: بعض المشكلات التي تواجه المعاق حركياً

5 - 1 مشكلة السكن:

فلا بد من يكون السكن في الدور الأرضي ولا يكون مرتفع وفيه عتبات كثيرة فالخيارات لديه تكون محدودة إذا أراد ان يستأجر منزلاً.

5 - 2 مشكل النقل والمواصلات:

لابد ان يكون للمعاق سيارة خاصة تسير له وتسهل تنقلاته وذهابه للعمل او المدرسة، وايضا قيامه بواجباته تجاه منزله واسرته إذا كان متزوج.

5 - 3 مشكلة السائق الخاص او الخادم لشديدي الإعاقة:

شديدي الإعاقة الحركية يحتاجون الى سائق او مرافق يرافقه مثل ظلّه فهُة يعتمد عليه في كل شيء حتى انه قد يحتاجه في هس الذباب عن وجهه وهذا أصعب شيء الحصول على سائق فاهم ومدرّب على التعامل مع المعاق حركيا.

5 - 4 مشكلة العمل:

بعض المعاقين قادرين على العمل والإنتاج ولكن بعضهم غير قادر على الجلوس لمدة طويلة على الكرسي المتحرك لأنه يسبب له التقرحات الجلدية في المقعدة وكذلك التقوس في العمود الفقري وتورم الاقدام وجميعها لها تأثير على صحة المعاق العامة وتسبب له مشكال في العمل من حيث الاجازات المرضية او التغيب عن العمل.

5 - 5 مشكلة الحصول على اللوازم الطبية والأدوية الضرورية للحياة اليومية :

فهي النسبة للمعاقين مثل الانسولين لمرضى السكر ويعاني الكثير من المعاقين حركيا مشكل الحصول على هذه اللوازم فأحيانا تكون غير متوفرة حتى في السوق كما انها غير متوفرة لدى وزارة الصحة مشكلة الزواج

5 - 6 مشكلة صيانة الكرسي والأجهزة الطبية المساعدة :

تقدم الحكومة وبعض الجهات الخيرية كثير من الأجهزة للمعاقين ذات جودة متوسطة وحتى لو كانت ذات جودة عالية فإنها تتطلب صيانة دورية حتى تستمر في العمل بشكل جيد الا انهم يغفلون عن موضوع الصيانة وهذا ما يتعب المعاق ويجعله محط استغلال من قبل بعض الشركات او الورش حتى أصبح في بعض الأوقات الحصول على كرسي أسهل من صيانتة

06 حاجات ذوي الإعاقة الحركية :

إن احتياجات الأساسية الفرد المعاق حركيا كثيرة وتتعدد نذكر أهمها:

6 - 1 الحاجة للحب، الحاجة الى موافقة الأقران، الحاجة الى علاقات الأمن مع السلطة.

6 - 2 تصنيف (إبراهيم الغمري) الى ثلاث اقسام:

- الحاجات الفيزيولوجية: الغذاء، الماء، الراحة، المأوى.

- الحاجات الاجتماعية: التعاطف، القبول.
 - حاجات إشباع الذات: التحكم، الاستقلال، الإنجاز.
- (غنيم و غنيم.2016. 128-130)

6 - 3 حاجيات صحية وتأهيلية:

العلاج، الرعاية البدنية، أجهزة تعويضية، الحركة والتنقل استعمال المرحاض، ارتداء الملابس.
(غزال.2016. 187-191)

6 - 4 حاجات نفسية للمعاق حركيا:

الحاجة الى الارشاد النفسي، الحاجة الى توفير أجواء نفسية مريحة للمعاقين بدنيا، تقديم التشجيع والدعم النفسي، إشراكهم في خبرات سارة، الحاجة للتأهيل المهني.

6 - 5 الحاجات التربوية للمعاق حركيا:

هم بحاجة الى مناهج دراسية واساليب تعليمية مناسبة، الحاجة الى التعزيز الايجابي والبعد عن اساليب العقاب المختلفة، تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة إليهم.

(النوايسة.2013، 211-212)

07: تأهيل المعاقين حركيا

عرفت منظمة الصحة العالمية التأهيل على أنه مساعدة الافراد الذين لديهم إعاقة للوصول الي أعلى مستوي من الوظائف الجسدية التقني يستطيع العالج الطبقي تقديمها، ومساعدته فقي النواحي النفسية والجماعية والمهنية مقع التربية بحيث يصبح قادر على تحقيق الشعور بالذات والامن مع الرضا في حياة الاسرة والجماعة والمجتمع الذي يتمني إليه وتكون خطوات التأهيل كالتالي:

التعرف على الحالة ، التشخيص الطبي ، البدء بالتأهيل

وتتمثل أهدافه في:

- المساواة بين أبناء المجتمع وهذا يحتم تقديم خدمات لمختصي المصابين بالإعاقة
- الحركية أن التأهيل عملية فردية يقوم البرنامج العلاجي فيها على أساس معرفة حاجات الفرد ومشاكله الخاصة والسعي لحلها بالطرق المناسبة
- أن نواحي التشخيص الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والتربوية تتكامل تحت مفهوم التأهيل الشامل لتحقيق أعلى قدر ممكن من الاستقلالية للفرد دون أن تتضارب خدماتها

- تبدأ عملية التأهيل الشامل مند التحقق من أن لدي المصاب إعاقة دائمة أو تحتاج لوقت طويل للشفاء في بعض الأحيان
 - التعديل الوظيفي حيث يستطيع المصاب حركيا العناية بنفسه وتجنب مقا ينتج عن الاعاقة الحركية من مشاكل طبية
 - العمل على دمج هذه الفئة بالمجتمع بأكبر قدر ممكن
 - يجب أن يصبح التأهيل أحد مصادر المجتمع في نشر الثقافة الصحية والاجراءات الوقائية
- (عبيد، 1999، 135، 136)

08: الوقاية من الإعاقة الحركية

- على الام فحص الدم عند بداية الحمل وفي الاشهر الاخيرة منه لتجنب ضغط الدم
 - الامتناع عن الاجهاض المفتحل
 - التأكيد على دور الاساليب التربوية و النفسية المناسبة في الوقاية من الاعاقات السلوكية و الانفعالية وفي الحد من المشكلات المصاحبة للإعاقات الاخرى
 - توفير المعلومات الكافية حول الارشاد المهني من حيث أهدافه و أساليبه و الجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة إلي الاسر التي أنجبت معوقين في الماضي
 - على الام الحامل أن تتجنب التعرض الاشعة اكس خلال فترة الحمل
 - الاكتشاف المبكر من قبل الوالدين للإعاقة عند أبنائهم و مراجعة المؤسسة المختصة لمعالجة العوامل المؤدية للإعاقة إذا كانت قابلة للعلاج أو التخفيف مقن حجم الاعاقة بقدر الامكان
 - تجنب تناول الادوية مهما كانت الظروف الا باستشارة الطبيب
 - إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال فالمتابعة الصحية قد تحول دون حدوث حالات إعاقة محتملة
 - بدل جهود مكثفة لإعداد الشباب و البنات للأبوة.
 - الوقاية من الحوادث و المحافظة على سلامة الاطفال سواء في المنازل أو في رياض الاطفال وذلك يتضمن حمايتهم و عدم تعريضهم لإساءة المعاملة و كذلك عمل كل ما من شأنه منع حدوث إصابات كإبعاد الادوية و المنظفات و اختيار أدوات اللعب غير خطيرة
 - توعية المجتمع بمخاطر تناول العقاقير دون وصفة طبية
 - تحليل دم كل من الزوجين والتأكد من أن دم الام ال يحمل العامل الرايزيسي RH وإذا كانت تحمله فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة
 - يفضل تلقيح الام ضد مرض الحصبة الالمانية بفترة شهرين قبل الحمل على الاقل.
- (عصام حمدي الصفدي، 2007، 21، 23)



◀ لمحاضرة السادسة: التفوق العقلي

01 مفهوم التفوق :

لغويا: من فوق وهي ظرف مكان يفيد العلو و الإرتفاع ، والفائق هو الجيد من كل شيء والممتاز على غيره من الناس ، ويقال فاق أصحابه أي فضلهم وصار خير منهم ،وتفوق على قومه فاقهم .

إصطلاحيا : هو الشخص الذي يتفوق على زملائه في الأنشطة العقلية التي يقوم بها الفرد و بالمفهوم الإحصائي ، فالتفوق يعني الارتفاع الملحوظ عن المتوسط العام للجماعة.

(قطامي، 2015، 48)

02 تعريف التفوق العقلي :

لقد تعددت المصطلحات التي تعبر عن مفهوم الطفل المتفوق *child suj rwor* مثل مفهوم الطفل الموهوب *child gifted* أو مصطلح الطفل *talented child* ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات فإننا نجد أن هذه المصطلحات تعبر عن فئة من الأطفال غير العاديين و التي تندرج تحت مظلة التربية الخاصة ومن هنا ظهرت المبررات التي تدعم أن موضوع تربية المتفوقين موضوع رئيسي من موضوعات التربية الخاصة .

(سبيه ، 2017 ، 17)

يعرفه **باسو** : بأنه القدرة على الامتياز في التحصيل بصورة مستمرة في أي مجال من المجالات

(الأشول ، 2013، 114)

03 مستويات التفوق

- ✓ فئة الممتازين : وهم الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (120 أو 125) إلى (135 أو 140) إذ أطلق عليهم اختبار ستانفورد بنيه.
- ✓ فئة المتفوقين : وهم من تتراوح نسبة ذكائهم بين (135 أو 140) إلى 170 على نفس المقاس السابق .
- ✓ فئة المتفوقين جدا (العباقرة) : هم الذين تبلغ نسبة ذكائهم 170 فما فوق .

أما تصنيف كرونشانك فيقسمه إلى مستويات ثلاثة كما يلي :

- الأذكياء المتفوقين : وهم الذين نسبة ذكائهم بين (120 أو 135) ويشكلون ما نسبته 5 – 10
- الموهوبين : تتراوح نسبة ذكائهم (136 أو 140) إلى 170 ما نسبته 1 – 3

- العباقرة (الموهوبين جدا) : تتراوح نسبة ذكائهم 170 وهم يشكلون 0,00001 أي ما نسبته واحد في كل مئة ألف نسبة قليلة جدا (يوسف ، 2012 ، 88)

04 أشكال التفوق

- التفوق في مجال الذكاء
- التفوق في مجال الرياضيات
- التفوق في مجال العلوم
- التفوق في مجال الهندسة
- التفوق في مجال الفنون البصرية (رسم- نحت- الخزف - الديكور)
- التفوق في مجال الموسيقى
- التفوق في مجال اللغة
- التفوق في مجال الدراما
- التفوق في مجال الرياضة
- التفوق في مجال القيادة
- التفوق في مجال الإبداع (يوسف ، 2014 ، 87)

05 أعراض التفوق العقلي:

- مستوى مرتفع من الإستعدادات للتحصيل الأكاديمي.
 - مستوى مرتفع من الإستعدادات العلمية .
 - الموهبة الممتازة في الفن أو حرفة من الحرف المختلفة .
 - الإستعداد المرتفع في القيادة الإجتماعية .
 - مستوى مرتفع في المهارات الميكانيكية .
- (عبد السلام عبد الغفار، 22)

06 خصائص المتفوقين عقليا

6 – 1 الخصائص التعليمية:

✓ السرعة في التعلم :

الأطفال الموهوبين أسرع من الطلبة العاديين في عملية تعلمهم المواد الدراسية والمهارات اللازمة لها ، وهم أسرع من العاديين في القدرة على الإستدلال و الإستنتاج والتعميم وتحليل الأفكار و إستيعاب الأفكار المجردة . (العزة ، 2002، 32-33)

✓ السهولة في التعليم :

يتعلم الأطفال الموهوبين بسهولة أكبر قياسا مع الأطفال العاديين من نفس أعمارهم وهم قادرون على الاستفادة من خبراتهم وربط ما يتعلمونه حاليا بالمواقف الحياتية المستقبلية الأمر الذي يسهل عليهم عملية التعلم .

✓ التنوع في الإهتمامات و القدرات:

لدى الطلبة الموهوبين إهتمامات وقدرات عديدة فالواحد منهم قد يكون مهتم بالشعر والطب والفن ولديه قدرات بأن يكون شاعرا وطبيبا وفنانا.

✓ التعمق في مجال معين :

لديهم ميل إلى التعمق في مجال معين من مجالات الحياة وعلاوة على ذلك فإن لديهم قدرة عالية على التركيز ، وفهم المجردات ، والتذكر والحفظ قياسا مع العاديين وقوة الملاحظة والإهتمام بكل المشكلات وحب الحقيقة ، وبتطبيق القوانين وحب النظام وطرح الأسئلة الكثيرة والتفكير الناقد والإعتماد على النفس. (العزة، 2002، 33)

6 - 2 الخصائص العقلية :

تشير الدراسات أن المتفوقين عقليا يتميزون بالخصائص العقلية التالية :

- ✓ سرعة في النمو العقلي على غيره من الطلاب العاديين .
- ✓ قدرته على حفظ كمية كبيرة من المعلومات وقوة التركيز.
- ✓ حب القراءة و تعلمها في سن مبكرة وحب الاستطلاع ووضوح التفكير وخصوبة الخيال .
- ✓ القدر على التعامل مع النظم الرمزية و الأفكار المجردة .

6 - 3 الخصائص الاجتماعية :

يتميز المتفوقون عقليا بالتالي :

- ✓ المبادرة للعمل ومساعدة الآخرين
- ✓ مقاومة الضغوط الاجتماعية وتدخل الآخرين في شؤونهم
- ✓ القدرة على كسب الأصدقاء و الميل لمصاحبة الأكبر سنا و التفاعل مع المجموعة
- ✓ الميل إلى المرح و البهجة و الدعابة و النكتة و تقبل وجهة نظر الآخرين
- ✓ تحمل المسؤولية و القدرة على قيادة الآخرين

6 - 4 : الخصائص الانفعالية :

يتميز المتفوق عقليا بالتالي :

- ✓ الثقة بالنفس حيث يكون قوة العزيمة و يتكلم باطمئنان ، ويتصرف بقوة و ارتياح
- ✓ الإتزان الوجدان (العصابي) تجاه مجموعة من المنبهات حيث يظهر ثابتا انفعاليا نحو الغضب وعدم الاتفاق و المعارضة له.

6 - 5 : الخصائص السلوكية :

يتميز المتفوق عقليا بالتالي :

- ✓ القيادة ، حيث أن لديهم القدرة على التخطيط و التنظيم و إرشاد و توجيه و إدارة الآخرين .
- ✓ توكيد الذات ، وتقديره لقيمه كشخص ، و بالأحكام التي يطلقها على نفسه الآخرين و قدرته على التعبير عن مشاعره ، و بالأحكام التي يطلقها على نفسه و الآخرين أو الدفاع عن آرائه الشخصية .
- و على ما سبق فيري كل من المعاينة و البواليز أن المتفوقين عقليا يتصفون بمستويات عالية من الثقة بالنفس ، و المثابرة و التعاطف مع الآخرين ، و غالبا ما يختارهم أقرانهم في السن لمواقع قيادية ، في حين يرى كل من محمود أن الشخص المتفوق عقليا لا يسعى إلى مراكز السلطة و النفوذ ولا يميل إلى التباهي و استعراض المعلومات و المفاخرة بنفسه.

(التربية ، 2015 ، 124)

07 النماذج النظرية المفسرة للتفوق العقلي :

هناك العديد من النماذج النظرية التي حاولت فهم و تفسير التفوق العقلي و الموهبة نذكر منها :

7 - 1 النظرية الأحادية للذكاء (نظرية العامل الواحد) :

تصور وجهة النظر هذه القدرات العقلية على أنها فطرة تعود للوراثة أكثر مما تعود للتربية ، لذا يعد الذكاء تبعا لذلك عبارة عن كيان عقلي موحد ، مبني في الأساس على قدرات الاستدلال و القدرات اللغوية و ينعكس في إختبارات الذكاء المقننة التي تصنف الأشخاص على أنهم ذو قدرات عقلية مرتفعة أو منخفضة أو متوسطي الذكاء حسب منحني التوزيع الإعتدالي.

تبني هذه النظرية بينيه وتيرمان وهي من أولى النظريات التي تبنت مفهوم الذكاء وقياسها وهي تقوم افتراض أن الذكاء أحادي الأصل أو هو قدرة عامة تقف خلف جميع النشاطات العقلية .

7 - 2 نظرية ألفريد بينيه للذكاء :

يعتبر بينيه أول من وضع مفهوم العمر العقلي الذي يعني نمو الذكاء ، وفي سنة 1905 توصل بينيه بمساعدة " سيمون " إلى أن وضع أول اختبار فردي متكامل للذكاء ، يقيس العمليات العقلية مثل : الانتباه الذاكرة ، الحلم ، الاستيعاب و الفهم ، و بابتكار " بينيه " اختبار الذكاء الذي قاده إلى قياس القدرات العقلية المرتفعة يكون قد مهد الطريق للبحث في مجال المتفوقين .

7 - 3 نظرية لويس تيرمان :

اعتبر أن الذكاء عمل أحادي غير قابل للتحليل و بالتالي فإن قياسه كسمة موحدة هو الخيار الوحيد ويرتبط اسم تيرمان بعلم النفس الموهبة و تعليم المتفوقين عقليا فقد كان رائد في الدراسات التي استهدفت تحديد وسائل التعرف على المتفوقين عقليا.

7 - 4 نظرية العاملين :

حيث أكد " سبيرمان " أن أفضل الطرق للتعرف على طبيعة الذكاء و مكوناته هو دراسة الذكاء على ماذا تقيس ، حيث يؤكد " سبيرمان " أن الذكاء هو ما تقيسه اختبارات الذكاء للتعرف على المعاملات الارتباط بينها ومن تم التعرف على العوامل المشتركة و اختصارها إلى عوامل الأساسية المكونة لهذه الاختيارات العقلية و طبقها على عينة من الأطفال ، ثم أوجد معاملات الارتباط بين هذه الاختيارات واستخراج منها مصفوفة المعاملات و الارتباط والتي أخضعها للتحليل العاملي واستنتج منها نظري العاملين .

7 - 5 نظرية بيرت :

قام العالم بيرت بإجراء عدة تعديلات على نظرية سبيرمان حيث طورها الى صورتها النهائية و أطلقت عليها اسم جديد وهو " النظرية الهرمية للقدرات " والتي تقترح أن هناك عاملا هام له أهمية الأولى في تنظيم القدرات العقلية يأتي بعدها من العوامل الطائفية ويتضمن كل عامل طائفي عدد من العوامل الخاصة عامل خاص يتضمن عدد من العوامل النوعية.

7 - 6 نظرية العوامل المتعددة :

نظرية تيرسون : في الوقت الذي كانت تجري في التحليلات العاملية لإختبارات الذكاء في بريطانيا والتي تنتج عنها نظرية العاملين لي " سبيرمان " ثم النظرية الهرمية للقدرات لي " بيرت " كانت تجري بحوث مماثلة في امريكا استخدمت منهج التحليلي العاملي في دراستها للذكاء ولكنها خرجت بنتائج تختلف عن نتائج البحث في بريطانيا والتي تنتج عنها نظرية أخرى هي نظري العوامل المتعدد للقدرات عقلية أولية مستقلة عن بعضها البعض ، أنه لا وجود لما يسمى بالعامل العام ،

والذي يربط هذه القدرات جميعا وقد اقترح " تيرسون " ست قدرات عقلية وهي الاستيعاب و الطلاق اللفظية، والقدرة العددية، العلاقات المكانية و الذاكرة و الإدراك و الاستدلال .

7 - 7 نظرية جيلفورد :

يعتبر النموذج الذي اقترحه " جيلفورد " للتكوين العقلي عام 1959 هو أحدث النماذج لنظرية العوامل المتعددة سماه نموذج المضغوطة والذي أكد من خلاله أن النشاط العقلي يكون من ثلاثة أبعاد ، البعد الأول يتعلق بمحتوى النشاط العقلي ، و البعد يتعلق بكيفية عمل النشاط العقلي ، و البعد الثالث يتعلق بنواتج النشاط العقلي .

7 - 8 نظرية ستيرنبرج :

تقوم على تحليل مكونات الذكاء استلهمها من تحليله للأساليب التي يستخدمها الإنسان عندما يقوم بحل المشكلات و التفوق العملي و الذي يستخدم في مواقف الحياة اليومية وليس من السهل قياسه لعدم سهولة حصر مواقف الحياة وقياسها نظريا و التفوق الإبداعي والذي يتجلى في اكتشاف حلول جديدة أو اكتشاف حلول مختلفة غير مألوفة ، ويؤكد " ستيرنبرج " على أن التفوق العقلي يتوقف على التفاعل الشخصي متمثلا في وظائف السيطرة المخبئة التي يقوم بها .

7 - 9 نظرية الذكاء المتعددة لجاندر :

حدد جاندر مفهوم التفوق في النقاط التالية :

- القدرة على حل المشكلات لمواجهة الحياة الواقعية
- القدرة توليد الحلول جديدة للمشكلات
- القدرة على انتاج أو ابداع شيء ما قيمة داخل ثقافة جديدة

(التربوية،2019، 137,116)

08 : أساليب التعرف على المتفوقين عقليا و الموهوبين و تطورهما :

يذكر karucu g alkon 2012 أن مصطلحات التفوق و الموهبة غالبا تستخدم بالتبادل باعني نفس الشيء تقريبا نظرا لأنها تمثل قدرات لا تنفصل عن بعضها البعض حيث يمكن التعرف على الأطفال المتفوقين عقليا (مرتفعي الذكاء) في ضوء ارتفاع مواهبهم من خلال الأداء الفعلي في مجال أو أكثر ، كما أن الموهبة تعتبر نتاج تفاعل مجموعة من العوامل الجينية و البيئية .

ومن جهة أخرى يرى pluckr calloham 2014 أن مفهوم التفوق و الموهبة يعتبر انعكاسا لوجهة نظر المتخصصين و الباحثين في مجال فيما يتعلق بقدرات الطفل وكيفية قياسها و الغرض منها لذلك ركزت الأبحاث التي أجريت في مجال خلال النصف الأول من القرن العشرين (مثل دراسة

1942) على إختبارات الذكاء في التعرف على المتفوقين و الموهوبين، كما استندت العديد من البرامج التربوية التي تم إعدادها لهؤلاء الأطفال على التوجيه السيكومترى ومع بداية النصف الثاني من القرن العشرين تطورت النظرة للتكوين العقلي للإنسان ، حيث تم التأكيد على أنه يتضمن العديد من القدرات ، لذلك حدث تغير في تعريف التفوق العقلي و الموهبة ومن ثم ظهر تعريف الفيدرالي الأمريكي الذي أكد على ضرورة التعرف على المتفوقين و الموهوبين في ضوء ستة مجالات تشمل :

- القدرة العقلية العامة
- الاستعداد الأكاديمي
- التفكير الإبتكاري أو الإنتاجي
- القدرة على القيادة
- القدرات و الاستعدادات في مجال الفنون المنظورة و التشكيلية
- القدرة الحسية – الحركية

ومع نهاية السبعينات من القرن العشرين قدم نموذج الحلقات الثلاثة التي تشمل قدرة عقلية فوق المتوسط و القدرة الابتكارية و الالتزام ، و ربما تكون الإضافة الأساسية التي قدمها هذا النموذج هو أنه جعل الإنتاج الابتكاري بمثابة الهدف الأساسي لبرنامج الرعاية التربوية للمتفوقين و الموهوبين و خلال الثمانينات من القرن العشرين نظرية الذكاءات المتعددة وقد أثرت بدورها في أساليب التعرف على المتفوقين و الموهوبين و برامج رعايتهم حيث تم التأكيد على دور البيئة الثقافية و الاجتماعية المحيطة بالطفل في هذا الصدد.

وخلال السنوات الأخيرة من القرن العشرين قدم نموذج أطلق عليه " النموذج الفارق للتفوق و الموهبة "

وفي ضوء ذلك التعريف التفوق العقلي بأنه قدرات أو طاقات داخلية في بعض المجالات العقلية أو الإبتكارية أو الاجتماعية الوجدانية أو الحسية الحركية ، تؤهل الطفل لأن يكون ضمن أعلى أو أفضل 10 بالمئة بين أقرانه في ذلك المجال .

وهكذا فقد فرق أو ميز هذا النموذج بين التفوق و الموهبة و التي تعني التميز (التفريق) بين الطاقة أو القدرة الداخلية و العائد أو الأداء الفعلي في الحياة ، و بعبارة أخرى إذا لم يتم ترجمة التفوق إلى موهبة (أداء فعلي في مجال أو أكثر) فإنه غالبا ينخفض مستوى الإنجاز الذي يمكن أن يحققه الطفل كما أشار هذا النموذج إلى وجود عوامل بيئية و شخصية يمكن أن تساعد على تنمية مواهب الأطفال أو قد تعوقها ، وهذا يتفق مع ما سبق أن ذكره رينزولي في نموذجه .

ومع بداية القرن الحادي و العشرين ظهرت بعض وجهات النظر الجديدة بشأن عملية التعليم و الموهبة وما إذا كانت ترتبط أكثر بالعمليات العقلية أو العوامل البيئية وقد قام بمراجعة وجهات

النظر ونتائج الأبحاث المتعلقة بخمس من تلك التوجهات تشمل ، علم النفس البيئي ، و الإدراك الواقعي و الإدراك الموزع ونظرية النشاط ، و الاشتراك الفعلي بين الوحدات أو مكونات وقد خلصوا إلا أنه لا بد من وجود تأثير متبادل بين الفرد و البيئة فيما يتعلق بما نمو التفوق و الموهبة .

وفي ضوء ذلك يرى الباحثون ضرورة العمل على اكتشاف مواهب الأطفال وتوفير البرامج المناسبة واستثمارها في صورة إنتاج فعلي ، و تقديم حلول ابتكارية لمشكلات التي يواجهها المجتمع وذلك في مرحلة مبكرة من حياة الفرد (الشخص ، د.س ، 256)

09 تربية المتفوقين عقليا:

تربية المتفوقين عقليا مسألة بالغة الأهمية بالنسبة للفرد المتفوق وبالنسبة للمجتمع الذي ينتمي إليه ، ففيما يتعلق بالفرد المتفوق عقليا قد تؤدي التربية الملائمة إلى تحقيقه لذاته وإلى توافقه النفسي ، في حين قد تؤدي التربية غير الملائمة إلى إحساسه بالإحباط والضياع ووقوعه فريسة للإضطراب النفسي.

(سيد ، غازي، 2001، 156)

10 مراحل تربية المتفوقين عقليا:

10 – 1 أساليب الكشف والتعرف على المتفوقين عقليا:

✓ في رياض الأطفال:

يشير كل من بول وبيتي ، مها زحلق أنه لكي نستطيع أن نقرر ما إذا كان للطفل علامات ودلائل على التفوق وهو لم يزل بعد في مرحلة رياض الأطفال فلا بد أولاً أن نعرف بعض الصفات التي يتميز بها معظم الأطفال المتفوقين عقليا وهم في هذه المرحلة . وفيما يلي بعض الأسئلة التي قد تساعدنا في التعرف على هذه الصفات :

1-هل يفوق الطفل أقرانه ممن هم في سنه في الكلام؟ وهل يدقق في استخدام حصيلته اللغوية الوفيرة ؟

2-هل يظهر قدرة على الابتكار والتحليل والخيال في أثناء مواجهته للمشكلات ؟

3-هل هو شغوف بأكثر من شيء واحد وهل يسعى إلى المزيد من المعرفة عن هذه الأشياء ؟

4-هل يسأل أسئلة عديدة ذات مغزى ودلالة؟ وهل يهتم حقا بالإجابة عنها ؟

5-هل يحب الكتب؟ وهل يمكنه تمييز بعض الكلمات المكتوبة وهل يفهمها؟

(عبد الرحمان ، صفاء، 2001 ، 111)

-هل يرغب في القراءة ؟ وهل يطلب المساعدة في تعلم القراءة قبل سن السادسة ؟

6-هل يبدي اهتماما مبكرا بالزمن وساعات الحائط والتقويم التي تعلق على الحائط ؟

7-هل يمكنه التركيز على موضوع ما لفترة أطول مما يستطيع معظم أقرانه؟

8-هل هو من الناحية الجسمية أطول وأكبر حجما وأصلب عودا من معظم زملائه في نفس السن ؟

ويمكننا الكشف عن الأطفال الموهوبين في رياض الأطفال عن طريق الملاحظة المباشرة لعدد من الأنشطة والفعاليات والسلوكيات التي يقوم بها الأطفال وهم في ساحات اللعب أو حجرات الدراسة فإذا لاحظنا على سبيل المثال أو إكتشفنا أن هناك من يتعلم يتعلم بسرعة دون الحاجة إلى الإعادة أو التكرار أو أن هناك من يفكر بشكل من المنطقية ما يلفت النظر إليه ،أو أن هناك من يميل ميلا شديدا للدعابة وحب الفكاهة ،أو أن لديه حب للزعامة وميلا للقيادة ،يمارسها على أقرانه أو عند الإلتقاء مع أطفال يكبرونه سنا . (عبد الرحمان ،صفاء،2001 ، 112)

وترى مها زحلوق أنه لا بد من تدعيم هذه الملاحظة المباشرة لعدد من السلوكيات التي يقوم بها الأطفال في هذه المرحلة النمائية الباكرة بعدد من المقاييس الخاصة التي تساعد في الكشف عن هؤلاء الأطفال في رياض الأطفال على سبيل المثال لا الحصر.

(عبد الرحمان ،صفاء،2001 ، 113)

11: العوامل المؤثرة على التفوق العقلي :

ينشابه الناس فيما لديهم من إستعدادات ولكنهم يختلفون في مقدار امتلاكهم لهذه الاستعدادات وطبق لمفهوم منحى التوزيع الإعتدالي نستطيع ان نقول : أن كل إستعداد موجود عند معظم الناس بدرجة متوسطة أو قريبة من المتوسط وهم فئة العاديين و عند فئة قلة بدرجة منخفضة أو منخفضة جدا وهذه الفئة هم المختلفون عقليا وعند قلة أخرى بدرجة عالية أو عالية جدا وهم فئة الأفراد المختلفون عقليا .

وقد ترجع الفروق في هذه القدرات الى عوامل كثيرة و متعددة على الفرد ومن أهمها :

✓ أولا العوامل الوراثية :

تعني الوراثة انتقال صفات وخصائص النوع من جيل إلى جيل عن طريق عمليات التناسل من الأجداد ثم الآباء ثم إلى الأبناء و إن آليات الوراثة هي المسؤولة أساسا عن الاختلافات الموجودة عند الأفراد إلى غير حد في كل سمة من سمات الشخصية.

✓ ثانيا العوامل البيئية :

إن البيئة تشمل كل العوامل الخارجية التي تؤثر تأثيرا مباشرا و غير مباشر على الفرد منذ أن ثم الإخصاب وتحددت العوامل الوراثية وتشمل البيئة بهذا المعنى العوامل المادية و الاجتماعية و الثقافية و الحضارية ،وللبينة دور إيجابي كبير حيث تتمثل في تشكيل شخصية الفرد النامية وتعيين وتحديد أنماط سلوكه و البيئة الأولى للطفل هي رحم الأم منذ الإخصاب .

✓ ثالثا : عوامل أخرى

- الغذاء

- النضج

(سببه، 2017 ، 19)

- التعلم
- العمر و الدين
- التاريخ الصحي للفرد

12 : المشكلات التي يعاني منها المتفوقين عقليا

يري " كيتان وان " الخصائص التي يتميز بها الموهوبون و المتفوقون مثل الحساسية الزائدة و قوة العواطف و الكمالية و الشعور بالاختلاف و عدم التوازن في النمو العقلي و الاجتماعي و العاطفي قد تعرضهم للمجازفة و المواقف الصعبة مع أنفسهم و مع الآخرين مما يجعلهم عرضة للعديد من المشكلات ، و من أبرز المشكلات التربوية التي يعاني منها الموهوب و التي تناولتها الأدبيات التربوية ما يلي:

12 - 1 مشكلات مصدرها البيئة الأسرية : كغياب الوعي بمعنى الموهبة و قلة الاحتياجات النفسية و العقلية و الاجتماعية للموهوبين و ما يترتب عن ذلك من تجاهل و إحباط لطاقات الموهبة و قدراته.

12 - 2 مشكلات النابعة من تفاعل مع المعلمين : حيث أن صفاتهم الشخصية و الاجتماعية كالاستقلالية و الثقة بالنفس و حب المناقشة و الاستطلاع تعتبر في كثير من الأحيان مصدر انزعاج للمعلمين .

12 - 3 المشكلات الناتجة من التفاعل مع الزملاء : نظرا لشعور التلاميذ الآخرين نحوهم بالغيرة لتفوقهم و كذلك نظرتهم إليهم بنظرة غريبة ، فالطلاب العاديون ينظرون إلى الموهوب على أنه مختلف عنهم فتنشأ مشكلات بينه و بين زملائه.

12 - 4 المشكلات المتعلقة بالمدرسة : نتيجة لعدم توفر التشجيع و الأنظمة المتنوعة في المدارس و عدم وجود وسائل لتشخيص الموهوبين و التعرف عليهم مبكرا مما يشعر الموهوب بالضيق و الملل و يدفعه للتمرد أو التغيب عن المدرسة .

12 - 5 المشكلات النابعة عن المنهج الدراسي : نظرا لان المنهج الدراسي بخبرائه المتنوعة وضع يتلائم مع قدرات المتوسطين بشكل عام فهي لا تثير حماس الموهوبين و دافعيتهم للتعلم .

12 - 6 المشكلات الناتجة عن استخدام أساليب التقويم : والتي لا تقيس سوى مهام محدودة و ضيقة و غياب الأساليب التي تفسح مجالا أوسع للتفكير الإبداعي و الناقد كالتقويم الأصيل (الحقيقي) و التقويم الذاتي .

12 - 7 المشكلات الناتجة عن انعدام الاختيار و التوجيه التربوي و المهني :

الموهوب يشعر أنه قادر على النجاح في أي دراسة أو تخصص أو مهنة و بأنه يميل إلى عدد كبير منها وهذا يكون لديه صراعا نفسيا يشعره بالضيق .

وكما يرى أن القلق و المشكلات الانفعالية التي يشعر بها الأطفال الموهوبين ناتج عن توقعات غير الواقعية و المتوخاة منهم من قبل الأهل و المعلمين كما تنتج عن عدم التكيف الاجتماعي ، و عدم تكيف الطفل مع أقرانه .

ويمكن تصنيف تلك المشكلات في ثلاث مجموعات :

- ✓ **المجموعة الأولى :** مشكلات ذات طابع معرفي تتعلق بالدراسة و التحصيل
- ✓ **المجموعة الثانية :** مشكلات ذات طابع انفعالي تتعلق بالتكيف مع الذات ومع الآخرين
- ✓ **المجموعة الثالثة :** مشكلات تتعلق بتحديد الأهداف المهنية المستقبلية ومن الاتجاهات العامة لحل تلك المشكلات :

- الالتحاق بالمدارس الودودة (ذات الاتصال بالوالدين)
- مرونة التعليم و إيجاد فرص التسريع
- المخيمات الصيفية و التجمعات الأخرى
- الإرشاد المهني
- التوعية المجتمعية و بناء اتجاهات في التأييد و الدفاع عن هذه الفئة
- بناء اتجاهات في الإرشاد و العلاج النفسي
- بناء اتجاهات في القياس و التقويم لتشخيص المشكلات صحيح و واقعي

(الأشول، 2013 ، 117)

13 أهمية الكشف عن المتفوقين عقليا

أشار " القريطي " إلى أن العمل بمجال التفوق العقلي و التعامل مع هذه الفئة يتم من خلال مرحلتين تكامليتين لا يمكن فصل أحدهما عن الأخرى ، حيث أن الهدف النهائي من الاستثمار في مجال التفوق عقليا يتمثل في الاستغلال الأمثل و الكامل للقدرات العقلية المتميزة التي يمتلكها المتفوق ، ولا يمكن تحقيقها إلا من خلال تكامل هاتين المرحلتين وهما مرحلة الكشف و مرحلة الرعاية ، وما يهنا هنا هو مرحلة الكشف .

حيث تتمثل أهمية الكشف و التعرف على الأطفال عقليا في النقاط التالية :

✓ أن جميع نظريات الذكاء تؤكد على أهمية مرحلة التنشئة المبكرة للأطفال بصفة غامضة و للمتفوقين ومنهم بصفة خاصة حيث يؤدي الاهتمام المبكر بالطفل إلى تنمية القدرات كما يؤدي إلى احتمالية أكبر ظهور القدرات .

✓ إمكانية و سهولة التعرف على القدرات و السلوكيات التي تعكس التفوق ، و تزداد في حالة وجوده بشكل لافت حيث يكشف التفوق عن نفسه في مرحلة الطفولة .

✓ أن نتائج البحوث و الدراسات انتهت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة و إيجابية بين الدافعية المرتفعة في مرحلة الطفولة و تطور القدرات العالية في مرحلة المراهقة .

✓ أن الباحثون يؤكدون على ضرورة الكشف عن المتفوقين مبكرا حيث كشفت تجاربهم و بحوثهم عن وجود قدرات غير عادية عند الأطفال تبدأ في الظهور في السنوات الأولى من العمر و إن الأطفال يكونون قادرين على حل أعقد الألغاز و تذكر أدق التفاصيل لأحداث مرو بها .
✓ يذكر التربويون أن عملية الكشف و التعرف يتعين أن تتم في مرحلة مبكرة فإذا لم يتم بسهولة في مرحلة رياض الأطفال فيجب أن تكون قد ظهرت بوضوح في الصف الثالث ابتدائي .

ان التعرف المبكر على الأطفال المتفوقين عقليا ، يعتبر خطوة مهمة نحو تثمين طاقاتهم و الاستفادة من إمكانياتهم وإذا لم يتم الكشف و التعرف عنهم في وقت مناسب فانه يصبح من العسير مواجهة احتياجاتهم وقد يتعرضون لخبرات تسيئ الاستغلال الأمثل لقدراتهم قد يضيع وقتهم داخل حجرة الدراسة دون جدوى
(وآخرين ، 2019 ، 123)

14 البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين و المتفوقين :

هناك برامج تربوية خاصة يحتاج إليها الطلبة الموهوبين و المتفوقين و ذلك للوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو بالمقدار التي تسمح به طاقاتهم و قدراتهم ، و قد أشارت العديد من الدراسات إلى مبررات وجود مثل هذه البرامج الخاصة نوجزها بما يلي :

14- 1 مبررات البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين و المتفوقين :

1 - عدم كفاية برامج التعليم العادي : إذ تتصف برامج التعليم المدرسي العادي بأنها جماعية و ذلك لمحدودية الوقت المخصص لكل مادة دراسية و الأعداد الكبيرة للطلبة في معظم الصفوف و بالتالي التركيز على الوسط و عدم الإهتمام بالطلبة المتميزين .

2 - التربية الخاصة حق للطفل الموهوب و المتفوق : من حق الأطفال الموهوبين و المتفوقين

الحصول على عناية تربوية خاصة و أن يحصلوا على فرص مكافئة كغيرهم من الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة .

3 - التربية الخاصة للموهوبين و المتفوقين ضمان لرفاه المجتمع و تتميته : فالأطفال الموهوبين و المتفوقين ثروة وطنية يجب الإهتمام و العناية بها و عدم إهمالها. إن وقوف المجتمع في وجه التحديات التي تفرضها طبيعة العصر يعتمد بدرجة كبيرة على مدى الرعاية التي تقدم لهذه الفئة و توفير فرص التربية المناسبة التي يمكن أن تساعد هؤلاء الأطفال في الوصول إلى أقصى طاقاتهم. (القمش، المعاينة، 2010، 281)

4 - التربية الخاصة للموهوبين و المتفوقين تطبيق لمبدأ تكافؤ الفرص : إن القوانين و التشريعات المختلفة حول حقوق الإنسان في الجوانب الإنسانية و التربوية تتأدى بالمساواة و العدالة و تكافؤ الفرص بين أفرادها ، إن تطبيق مبدأ تكافؤ الفرص التربوية يعني أن تهيأ الظروف الملائمة لكل طالب لكي يتقدم بأقصى طاقاته و أن يحقق ذاته .

5 - التربية الخاصة ضرورة للنمو المتوازن للطفل الموهوب و المتفوق : إن التفاوت في مستويات النمو الحركي و العقلي و الإنفعالي للطفل الموهوب و المتفوق تجعله عرضة لمشكلات تكيفية من شأن البرامج التربوية الخاصة أن تساعده في التخلص من هذه المشكلات و أن تجعل النمو في الجوانب المختلفة يسير بتوافق مع حاجات الطفل الخاصة (القمش، المعاينة 2010 ، 281)

14-2 أنواع البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين و المتفوقين :

بعد عملية الكشف و التعرف الدقيق على الطلبة الموهوبين و المتفوقين تقدم لهم الخدمات على شكل بدائل تربوية متنوعة تناسب الطفل الموهوب أو المتفوق و ذلك ضمن نوعين رئيسيين هما :

الإثراء ، التسريع

الإثراء : هو تزويد الطلبة الموهوبين و المتفوقين بخبرات متنوعة و متعمقة في موضوعات أو نشاطات تفوق ما يعطي في المناهج المدرسية العادية إنه يتضمن إدخال تعديلات و إضافات على المناهج المقررة للطلبة العاديين و التعديلات يمكن أن تكون مواد دراسية لا تعطى للطلبة العاديين أو بزيادة صعوبة المواد الدراسية التقليدية دون أن يترتب على ذلك إختصار للمدة الزمنية اللازمة عادة للإنتهاء من مرحلة دراسية .

(القمش، المعاينة 2010 ، 282)

الإسراع : إن التسريع يعني إتاحة الفرص للطالب القادر على إتمام المناهج المدرسية المقررة في مدة أو أقصر عمر أقصر من المعتاد بحيث يتضمن تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات تعليمية تعطى عادة للأطفال الأكبر منه سنا و من الجدير بالذكر أن برامج الإسراع هي من أقدم الممارسات التربوية مع الطلبة الموهوبين و المتفوقين و قد سبقت برامج الإثراء بفترة ليست بسيطة .
(القمش، المعاينة، 2010 ، 285)

15 الإتجاهات العامة السائدة في تربية الطلبة الموهوبين و المتفوقين :

لقد ظهرت العديد من الإتجاهات العامة الخاصة بتربية الطلبة الموهوبين و المتفوقين و يمكن تلخيص هذه الإتجاهات بثلاثة إتجاهات هي :

الإتجاه الأول : و هو الإتجاه الذي ينادي بدمج الموهوبين مع الطلبة العاديين في المدارس العادية .
الإتجاه الثاني و هو الإتجاه الذي يفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين و وضعهم في مدارس خاصة بهم .
(القمش، المعاينة، 2010 ، 286)

الإتجاه الثالث : و هو الإتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدارس العادية و لكن في صفوف خاصة

01 تعريف التوحد Autism:

مشتق من كلمة Autos وتعني النفس او ذاتي او ذاتي الحركة Ism وتعني الحالة الغير سوية وهذا المصطلح Autism مأخوذ من اللغة الإغريقية وتنقسم الى شقين Autos وتعني النفس وكذلك Ism وتعني الحالة الغير سوية وغير مستقرة فهي حالة اضطراب ولا تعني كما يعتقد البعض ان التوحد هو الانطواء وبفهم التوحد هو الشخص المصاب بهذه الحالة فهو متوحد بخياله يعاني من ضعف الترابط الاجتماعي مع الغير فضلا عن التوحد ناتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

و تعريف التوحد مثلما يقترحه kanner خلال 1943 يبقى متغير نوعا ما مقارنة مع التي تقاس في وقتنا الحالي ، مثلما لاحظنا كثيرا ،فهم ومعرفة التوحد ليس بالأمر السهل مما يفرض علينا أن نكون واضحين في إختيار مشترك للكلمات التي لها علاقة بهذا المرض في نسق سلبي .

فالإضطرابات التوحديّة تسجل دائما قصور ونقص على مستوى الربط والعلاقة والتواصل والفكر والتصرف أو السلوك أو التحرية أو الذاكرة أو الإنتباه أو اللغة أو القدرات على التجرد والتعميم.

(Dunod–marie–dominique amy.2009,23)

كما عرفته أيضا الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين (NSAC1978) إلى أن اضطراب التوحد يشتمل على المظاهر التالية:

- اضطراب في معدل النمو والسرعة .
 - اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
 - اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص .
 - اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة .
- (الزراع، 2005، 17)

ويعرفه أحمد بدوي 1987 على أنه اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته ، وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين.

وقد حدد والف 1988 الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال التوحد يون بالاتي:

ينقصهم الاتصال الانفعالي ، ينقصهم الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع شذوذ في اللعب والتحليل .

النمطية و التقولب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغير .

(نصر ، 2002 ، 16)

إذا التوحد اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية ، والتخيل والمهارات المعرفية.

02: انواع التوحد :

2 - 1 متلازمة اسرجر:

في هذا النوع يكون الطفل طبيعياً من ناحية الذكاء، وبإمكانه أن يتعلم ويتحدث بالشكل السليم لغوياً، لكن يكون عنده مشكلة في التواصل مع الآخرين، حيث إنه لن يستطيع أن يستعمل الكلمات التي يتعلمها بالحديث مع الآخرين، وتكمن مشكلته في هذا النوع على التواصل الاجتماعي، فهو يقرأ ويتعلم ويهتم بالكثير من الأمور، لكنه لا يتعامل بالمزاح والضحك.

2 - 2 الانحلال الطفولي :

يتعلم الطفل المهارات ويكون طبيعياً كغيره من الأطفال، ولكن بعد العامين من عمره يصبح الطفل عدوانياً، ولا يستطيع أن يمارس المهارات التي كان يمارسها من قبل، ويتملكه الغضب كغيره من الأطفال المصابين بالتوحد.

2 - 3 متلازمة ريت:

هذا النوع لا يصيب الذكور فهو متخصص بالإناث فقط، ويحدث بشكل مبكر في عمر الثمانية شهور، وتحدث للطفلة المصابة أعراض جسمانية مختلفة، كعدم مقدرتها على التحكم بيديها بالإضافة إلى صغر محيط الرأس، وهذه الحالة لها علاقة بالجينات ويمكن علاجها بشكل نسبي، في حال تم الكشف عنها والاهتمام بها بشكل سريع.

2 - 4 اضطراب النمو الشامل:

في هذا النوع يكون عند الأطفال المصابين مشاكل في النمو والتواصل الاجتماعي، بحيث لا يستطيع النظر للآخرين بأعينهم، ولا يستطيع أن يُظهر أي استجابة عاطفية مع الآخرين.

(القذافي ، 1993 ، 160،161)

03: أسباب التوحد:

لم يتفق المهتمون في هذا المجال على سبب بعينه يؤدي إلى حالة التوحد وإنما تعددت وجهات النظر حول الأسباب التي تؤدي إلى التوحد ولا يوجد دليل علمي قاطع على سبب بعينه. و من أهم الأسباب:

3 - 1 الأسباب السيكلوجية:

وهي من أقدم أشهر النظريات التي فسرت حالات التوحد التي بدأها كانز والتي تفسر التوحد على انه حالة من الهروب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود والفتور في العلاقة بين الأم و ابنها، وأنه يعد علاقة مريضة لا يتخللها القبول والحب والحنان .فالتنشئة الأولى هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية، ولا احد ينكر ما دور التنشئة الأولى في تشكيل الذات ، و لكن السؤال هل أن حالة التوحد هي نتيجة لهذه الظروف المعتمة التي يعيشها الطفل؟ وقد يثير القول بعض الأفكار التي قد تعطي تبريرا لهذه النظرية كالعلاقة بين الزوج والزوجة؟ وضع الأم الصحي ؟ وخاصة تلك المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية؟

وعلى اية حال ،فقد لاقت هذه النظرية رفضا من قبل كثير من المهتمين في هذا الشأن .

(.قحطان ، 2008 ، 329)

3 - 2 الاسباب الجينية:

وتشير هذه النظرية بأن سبب التوحد وراثي جيني،جاء ذلك من خلال دراسات الجينات الموجودة الكروموسومات ،وافضل الطرق لمعرفة ذلك هو المقارنة بين التوائم المتطابقة والتوائم الاخوية حيث

وجدوا ان وجود التوحد فيحالات التوأم المتطابقة اكثر بكثير من التوأم الاخوية .وقد يصل في الحالة الاولى الى درجة عالية جداوقد يكون سبب التوحد خلا وراثيا عند الجنين.

(.قحطان ، 2008 ، 330)

3 - 3 الاسباب العصبية:

وهي الاسباب التي تغزو التوحد الى الخلفي الجهاز العصبي المركزي فقد اظهرت الدراسات الى وجود خلل دماغي عند اجراء التخطيط الدماغي وقد اشار الزريقات اعتمادا على باحثين عددا من الفرضيات التي بحثت الشذوذ العصبي ، ففرضية ريملاندي تقول ان التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفل التوحدي ربما يفشل في التزويد بدرجة اثاره مناسبة.وقد افترض كل من ديمير وبارتون ديمير ان موقع التلف في القشرة الدماغية الطبقة الاكثريعدا عن الدماغ قد تكون هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفي اللفظي والادراكي ونظرية اخرى تقول ان الخلفي النصف الايسر للدماغ والذي يؤدي الى اختلال وظيفته المعرفية والخلل اللغوي.

وقد تكون اصابات الدماغ نتيجة للتسممات الكيميائية نتيجة لفشل الكبد من تنقية الدم من الترسبات الضارة وخاصة العناصر المعدنية الصلبة مثل الرصاص،والزئبق، والزنك والتي تنتقل عن طريق الدم الى الجهاز العصبي الامر الذي قد يسبب حالات التوحد. (قحطان ، 2008 ، 331)

3 - 4 الاسباب الغذائية:

وقد تكون بعض الاطعمة التي تسبب الحساسية لها علاقة باعراض التوحد ويمكن ان يكون عدم التوازن الغذائي يساعد اسباب اخرى تؤدي الى ظهور اعراض التوحد ،وهي المواد الكيميائية ولمعادن الثلاثة مثل الزئبق والرصاص والزنك ،او الخلل الوظيفي في جهاز الكبد بسبب التسمم الذي يؤدي الى عدم قدرة الكبد على تنقية السموم او عدم التوازن في الكيمياء الحيوية في الجسم.

ويمكن ان تكون هناك اسباب اخرى تسبب حالات التوحد التي تحدث قبل او اثناء الولادة كاصابة الام بالحصبة الالمانية وخاصة خلال الاشهر الثلاثة الاولى او الولادة المبكرة.

04: خصائص التوحد :

4 - 1 قصور التفاعلات الاجتماعية:

ترجع معظم مشكلات التفاعل الاجتماعي، التي تظهر لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد في واقع الأمر الى اوجه القصور التي يعانون منها، وذلك في السلوك الاجتماعي، وفي هذا الإطار غالبا ما يلاحظ الآباء الأطفال التوحديين، أن أطفالهم الرضع أثناء مرحلة المهد لا يستجيبون بطريقة عادية لحلمهم أو احضانهم لهمو وان الطفل الصغير الذي يعاني من اضطراب التوحد قد لا يظهر استجابة فارقة، يميز بها بين استجابة الآباء أو الأقارب أو المعلمين ، قياسا باستجابته للغرباء ،كما انهم قد لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة أو قد يبتسمون أو يضحكون عندما يكون هناك شيء مضحك، فضلا عن ذلك فإن تواصلهم البصري يختلف بدرجة دالة عما يحدث من جانب الآخرين حين يقومون أحيانا بتجنب الاتصال بالعين مع الآخرين أو قد لا يكثرثون بالآخرين أو يهتمون بهم بينما يبديون الاهتمام والانشغال بالأشياء المختلفة والتي غالبا ما تكون أشياء لا قيمة لها .وقد لا يتعلمون كذلك ان يلعبوا بشكل عادي .

4 - 2 قصور التواصل:

ان معظم الأطفال التوحديين تعوزهم النية التواصلية أو حتى الرغبة في إقامة التواصل، وذلك في سبيل تحقيق اغراض اجتماعية معينة .ويعتقد البعض ان 50 بالمئة من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اللغة اطلاقا ،اما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظرا لتعلمهم بعض الكلمات فيبدون اوجه الشذوذ في نغمة الصوت أو معدل التحدث أو طبقة الصوت أو محتوى اللغة الشفوية التي يتحدونها وقد يبدو كلامهم اليا، أو يقومون بالترديد المرضي للكلام، أو التقليد البيبغوي لما يسمعون أو يقلبون الضمائر .ويعتبر استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي امرا صعبا بصفة خاصة بالنسبة لمعظم الأطفال التوحديين والى جانب ذلك فأنا نجد انهم اذا اكتسبوا بعض المفردات اللغوية فانهم قد يجدو صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة ،نظرا لانهم لا يدركون ردود افعال أولئك الأفراد الذين يستمعون اليهم.

(هالاهان ، كوفمان ، 2008 ، 652 ، 656) .

4 - 3 الخصائص المعرفية والتعليمية:

ييدي معظم الافراد الذين يعانون من اضطراب التوحد العديد من اوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يديه الافراد المتخلفون عقليا، ومع ذلك فان هناك بعض المشكلات الخاصة بالتجهيز المعرفي ، يبدو انها تميز الافراد التوحديين دون سواهم حيث ان اولئك الاطفال التوحديين يجدون صعوبة في تشفير وتصنيف المعلومات وتبويبها ومن هنا يمكننا تناول الخصائص المعرفية على النحو:

- الانتباه:

الانتباه لدى الاشخاص التوحديين غير طبيعي، وما يبدو سليم لديهم هو تمكنهم من تركيز انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهتمهم ،الا انهم يواجهون مصاعب في اشكال الانتباه الاخرى واولى هذه المصاعب هي صعوبة التوجه نحو الاشخاص او الاشياء. فالأفراد المتوحدين ينتبهون الى اجزاء بدلا من النظرة الكلية للمهمة او الموقف.

- الادراك:

ان ردود فعل الطفل التوحدى لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا فهو قد لا يدرك الضوضاء او المناظر المحيطة به او يشم ما حوله ومن الممكن ان يظهر عدم استجابة للضوضاء او لا يبالي بالألم او البرودة وفي اوقات اخرى يظهر الطفل التوحدى احساسات سليمة وكما ان احساسات الطفل التوحدى قد لا تكون واضحة مثل الطفل العادي .فعلى سبيل المثال من الممكن ان يغطي الطفل عينيه عندما يسمع صوتا يقلقه ، والمهارات البصرية المكانية لدى الطفل التوحدى تكون

جيدة في تذكر اماكن الاشياء وبناء اللعب والتي من الممكن ان تعكس بعض هذه القدرة.

- الذاكرة:

يتذكر بعض الاطفال التوحديين المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعونها ،ويلاحظون حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة، مثل ترتيب الكتب على الرفوف كما يمكنهم تذكر المعلومات المخزنة بصورة دقيقة .والتوحديين يعانون من مصاعب في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عاليا من المعالجة وكرواية القصص وتسلسل النشاطات والاحداث التي وقعت لهم و تذكرهم للمعلومات التي شاهدها بصريا، وهناك صعوبة في تذكر سلاسل معلومات لفظية طويلة تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون.

- **الذكاء:** ان ذكاء التوحديين لا يقف عند حد معين من معرفة المفردات وعدم التجانس واتساع التباين في المضمون المعرفي فحسب بل يمتد الى حجم مساهمة كل مكون من هذه المكونات العقلية في الدرجة الكلية للذكاء وذلك حسب مستوى الذكاء الخاص بهذا التوحدي وان عدم التجانس في مكونات الذكاء لا يقتصر فقط على نوعية القدرات التي يفهمها التوحدي بل يمتد الى عوامل اخرى قد تكون وراثية او قد تكون ذات عامل بيئي.

(مصطفى، الشريبي، 2011، 95، 94).

4 - 4 الخصائص اللغوية:

يعاني الطفل المتوحد من النقص النوعي في الاتصال اللفظي و اللا لفظي ، كما يعاني من صعوبات في الفهم والاستيعاب لما يقول .وبميل الى ترديد الكلمات ، و احيانا شبه جمل دون الوعي أو الادراك لمعناها او مدلولاتها او الظروف التي تستخدم فيها تلك الكلمة او الجملة ، وتتصف اللغة عنده بالتالي:

- هناك صعوبة في النطق عند الطفل التوحدي ليست ناتجة عن الاصابة بالتوحد، بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب التوحد في حالات كثيرة.
- صعوبة جملة في علم دلالات الالفاظ وتطورها.

- إن لغة الطفل التوحدي تنمو ببطء أو لا تنمو على الإطلاق وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدلا من الكلمات.

- وجود كلمات خاصة بهم للدلالة على اشياء معينة.

- كما يتصف في الاستخدام المتقطع للغة فقد يمتلك المتوحد رصيذا كبيرا من الكلمات لكنه لا يمتلك القدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى.

(مصطفى، الشربيني، 2011، 99)

4 - 5 الخصائص الحركية:

يصل الاطفال المتوحدين الى المهارات الحركية الرئيسة مثل اقرانهم الاسوياء ،على الرغم من بعض التأخر البسيط ،وهم يكررون نفس الحركات عدة مرات ،وتبدو هذه السلوكيات المتكررة في الاوقات التي تتم فيها استثارة الطفل او عندما يكون منغمسا في بعض الخبرات الحسية.

والقدرات الحركية لدى الاشخاص التوحديين تتباين بدرجة كبيرة، فبعض الاطفال يعانون من قصور او عجز جوهري في قدراتهم الحركية الدقيقة او الكبيرة ومن الممكن عند البعض الاخر ان يظهروا مهارات نمائية جيدة .

ويمكن ان نلاحظ مجموعة من العيوب في النمو الحركي لدى الاشخاص المتوحدين ، وتشمل هذه العيوب :

- الايماءات النمطية.

وعد القدرة على التقليد الحركي ، وقد يظهر الاطفال واحدة او اكثر من والشقلبة على الراس وضرب الراس بعنف.

(مصطفى، الشربيني ، 2010 ، 72).

05: نمط حياة الشخص المتوحد:

لمعرفة كيفية تحسين نوعية حياة الشخص المتوحد وعائلته ،الأفضل أن يسأل كل واحد منهم لأنهم المسؤولون الأوائل عن ما يفكرون ، من هنا نقوم بنقل مجموعة مكثفة من وجهات النظر :

- يظهر لنا جليا أن ما يتمناه كل العائلات التي لديها طفل متوحد أن يعيش طفلهم داخل المجتمع و هو فرح و مندمج داخل محيط ثقافي و منفتح إلى أبعد الحدود.

تستحضر العائلات ضرورة تكيف إبنهم عن طريق الإدماج أهمية تطوره العام ، ضرورة التقليل من الإضطرابات الأكثر مرض من الإضطرابات المرضية التي تدل على العجز عدم إهمال أي وسائل كمساعدة و إستراتيجيات لكي نحسن من سلوكيات و معارف و مدركات هذا الطفل يوميا.

هذا المنهج الحياتي تعتبره هذه العائلات هو المرحلة الأولى لنتحصل على التشخيص في أقرب وقت ممكن معرفة و العلم بالتطور الحاصل في الحياة مع مرض التوحد لكن التشخيص الأوحد ليس كاف بل يجب أن يكون مرفوق بتكوين مدقق و آلي و مجهز و مرافق لفريق عمل مستكشف من أجل هذا تطفوا متطلبات جديدة تخص الوالدين.

Carole tradif , Bruno gepner , 2009 P 105 – 104

06: تشخيص اضطراب التوحد:

يعتبر تشخيص التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة ، من اكثر العمليات صعوبة وتعقيدا وخصوصا في المراحل الاولى، لوجود اختلافات في الاعراض وتتطلب هذه العملية تعاون فريق متعدد التخصصات من اطباء ومختصين نفسيين واجتماعيين ، ومختصين في التخاطب وغيرها من تخصصات اخرى.

وهناك صعوبة تشخيص التوحد ،حيث لا يزال تشخيص التوحد من اكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة ، وربما يرجع السبب في ذلك الى ان خصائص

الاضطراب او صفاته غالبا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات اخرى ، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الاعراض بدقة ، وبالتالي تمييز الاشخاص التوحديين عن غيرهم من الافراد المصابين بالاضطرابات اخرى.

ويتفق العديد من الباحثين في ان اضطراب التوحد يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات ، وقليلًا ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة او السادسة من العمر ، وغالبا ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعتنون بالطفل قادرين على اعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة ، والتفاعل الاجتماعي . فالظاهر في مرحلة الرضاعة (العامين الاولين من العمر) ان يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيهما، ففي الشهور الاولى قد تأخذ الاعراض صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده ولا يخاف الغرياء ، ولا يتفاعل معهم مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في اول شهرين من حياة الطفل ، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في الشهر الرابع ، فتشكو الام من ان الطفل لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تأخذين من فراشه ، أي لا يأتي بالحركات المتوقعة التي يأتي بها الطفل العادي السوي في الشهر الرابع تقريبا ، وقد لاحظ الاباء الاضطراب لدى الطفل الا عندما يوجد مع اطفال آخرين ، الا ان التاريخ التطوري المفصل والدقيق سوف يكتشف غالبا بداية مبكرة عن ذلك ، وقد يرجع الوالدان التغيير الى حدث معين ، مثل ولادة طفل اصغر ، او اصابته بمرض شديد او حادثة او صدمة عاطفية.

07 : علاج مرض التوحد

تتعد العلاجات بتعدد الأسباب التي أدت الى حالات التوحد لذلك فهناك عدة مداخل استخدمت مع حالات التوحد و هي :

7 - 1 المدخل الطبي : MEDICAL APPROACH

لقد أشار الأدب في ميدان التوحد الى مشكلات الغذائية والهضمية التي تسبب أعراض التوحد فمثلا اديلسون الذي أكد على النظرة الى اللب أو الأسباب الداخلية التي تؤدي الى أعراض التوحد بأن من الأسباب التي تؤدي الى التوحد المواد

الكيميائية والمعادن مثل الزئبق والرصاص الزنك و الخل الوظيفي في جهاز الكبد

نتيجة التسمم وبذلك يكون الكبد غير قادر على تنقية الدم ،أو قد يسبب التسمم الى حساسية زائدة تضعف من الجهاز المناعي ، او عدم التوازن في الكيمياء الحيوية في الجسم .

ان هذه الأسباب المؤدية الى أعراض التوحد تجعل المدخل الطبي من المداخل الحيوية في علاج التوحد .

7 - 2 المدخل السلوكي : BEHAVIOURAL APPROCH

لقد استخدم العلاج السلوكي بشكل كبير وخاصة مع الأسباب البيئية أو الظروف البيئية المشجعة للاستعدادات الوراثية .

ويعد لوفاس أستاذ الطب النفسي في جامعة كاليفورنيا والذي يدير مركزا متخصصا لدراسة وعلاج التوحد من الاعلام في هذا المجال الذي استخدم علاج التحليل السلوكي .

نشر لوفاس LOVAAS نتائج أبحاثه عام 1987 التي حققت نجاحا كبيرا مع الأطفال الصغار الذين تقل أعمارهم عن أربع سنوات ،والتي شكلت نسبة 47 بالمئة من عينة ، و صرح لوفاس بأنك لو قابلت هؤلاء الأطفال الان الـين وصلوا مرحلة المراهقة لا يمكن أن تعرف أنهم كانوا يعانون من حالات التوحد وقد أشارت الكاتبة كاترين مورليس في كتابها "دعني اسمع صوتك " كيف تحقق الشفاء الكامل لطفليها الـين كانا يعانيان من توحد شديد خلال معالجة لوفاس . تعتمد هذه الطريقة على الثواب و العقاب وبشكل خاص على نظرية الاشرط الاجرائي لسكينر

يتطلب البرنامج معرفة المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد الاستجابة ثم تحدد سلوكيات الطفل القوية او الضعيفة ويتم تعزيز الطفل ايجابيا بعد كل سلوك حميد أو استبعاده عن السلوك غير المرغوب فيه عن طريق معززات غذائية واجتماعية .

- العلاج الحسي :

يعتمد العلاج الحسي على النظرية التي تقول أن الأطفال والبالغين المتوحدين لديهم جهاز حسي مختل وظيفيا . أي هناك خلل في الربط أو التجانس بين الحواس (البصر السمع و الشم واللمس والذوق) والذي يؤدي إلى ظهور أعراض التوحد .

فقد استخدم جاي بيرارد طريقة التدريب بالدمج السمعي التي تعتمد لفترة الترددات المحددة في الخريطة السمعية الذي يقلل من ارتفاع الصوت الذي يؤدي كما يعتقد إلى العدوان واعاقة تفاعل الأطفال مع الآخرين ، واعاقة قدرتهم لحضور المواقف التعليمية .

تكون فترة العلاج عادة عشر ساعات لمدة أسبوعين وتتوقف جميع النشاطات العلاجية أو التعليمية الأخرى خلال هذه الفترة .

وقد أجرى ريملاندر وادلسون أول تقييم للتدريب بالدمج السمعي على عينة مكونة من ثمانية عشر فرد مصاب بالتوحد تتراوح أعمارهم ما بين (4-21) سنة في مجموعة زوجية على أساس :

أ/ العمر

ب/الجنس

ج/تاريخ اصابات الأذن

د/ندرة المشكلات المتعلقة بفرط الحساسية كما افترضها اباؤهم . تلقى طفل من كل اثنين وباختيار عشوائي التدريب بالدمج السمعي (موسيقى المعالجة) . بينما تلقى الثاني معالجة وهمية .

أظهرت النتائج تحسن المجموعة التي عولجت بالتدريب الدمج السمعي بشكل أفضل من مجموعة الأخرى إذ لاحظ الآباء انخفاضا في تكرارية السلوكيات (النشاط الزائد و العصبية) كما تحسن انتباههم .

7 – 3 المدخل النفسي : PSYCHOLOGICAL QPPROACH

يعد المدخل النفسي من العلاجات التقليدية المتبعة مع الاضطرابات الانفعالية والتوحد . وأشرنا سابقا كيف تتم معالجة الاضطرابات الانفعالية عن طريق اللعب أو الفن بأشكاله والذي يركز على التنفيس عن الارهاصات والادوات الداخلية ، بحث الطفل على المشاركة في اللعب وخاصة الذي يرغبه ليستطيع أن يعبر و ينفس عن ذاته ، وقد يسعده اللعب عما يشغل تفكيره السلبي وقد يتخلص من توتره وصراعاته الداخلية والدراما النفسية هي أحد الأساليب العلاجية التي يمكن أن يستخدم مع الأطفال المتوحدين . (قحطان ، 2008، 337، 339)

المحاضرة الثامنة: الدمج التربوي و الإجتماعي لذوي الإحتياجات الخاصة

01: تعريف الدمج :

هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الأسوياء في الفصول العادية والجزء من اليوم الدراسي على الأقل .

(عبادة ، 2006 ، 9)

تعريف آخر :

الدمج هو إتاحة الفرص للأطفال المعوقين للانخراط في نظام التعليم الخاص كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم ويهدف الدمج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة للطفل المعوق ضمن إطار المدرسة العادية ووفقا لأساليب ومناهج ووسائل دراسية تعليمية وبشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص اضافة إلى كادر التعليم في المدرسة العامة .

وضع الاطفال ذوي القدرات والإعاقات المختلفة في صفوف تعليم عادية وتقديم الخدمات التربوية لهم مع توفير دعم صفي كامل .

كما يعرف بأنه اجراء لتقديم خدمات خاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أقل البيئات تقيدا وهذا يعني ان يوضع مع أقرانه العاديين ، وأن يتلقى خدمات خاصة في فصول عادية ، وأن يتفاعل بشكل متواصل مع أقران عاديين في أقل البيئات تقبيدا (صخري، 2015 ، 39)

02 : أنواع الدمج

2 - 1 الدمج التعليمي :

ويعتبر شكلا من أشكال الدمج الأكاديمي ، حيث يلتحق الطلاب بالمدارس العامة ، وفيه يتم التحاق الطلاب الأسوياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد ، يتلقى الجانبين عملية التعليم فيه ، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا

استقبال الطلاب الأسوياء والمعاقين على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي ، وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية .
(عبادة ، 2006 ، 29)

2 - 2 الدمج الاجتماعي social Inclusion:

هو مشاركة الطلاب المعوقين عقليا الملتحقين بالصفوف الخاصة مع زملائهم الأطفال العاديين من نفس المدرسة بالأنشطة المختلفة كاللعب ، الرحلات ، حصص الفن ، الأنشطة الاجتماعية المختلفة.

2 - 3 الدمج الوظيفي Eunctional inictusion:

يتم تحقيقه بتحقيق الشكليات السابقين حيث يتم هنا دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين تحت نفس المنهاج والبرنامج الدراسي سواء أكان كل الوقت أو بعضه .

2 - 4 الدمج المجتمعي social iniclusion:

دمج ذوي الاحتياجات الخاصة إلى المجتمع بعد تخريجهم من المدارس أو مراكز التأهيل بحيث تضمن لهم حق العمل وتكوين الأسرة .
(القمش ، 2011 ، 188,189)

03 عناصر عملية الدمج

العامل الأول :

_ التعامل الشامل والمنظم بين المسؤولين جميعهم عن عملية الدمج :

_ لقد حدد كل من stone and collicott 1994 الجهات الثلاثة المسؤولة عن عملية الدمج وهي:

1. فريق تقديم الخدمات على مستوى المدرسة .
2. فريق تقديم الخدمات على مستوى المنطقة أو الإدارة التعليمية .
3. المؤسسات الاجتماعية التي تسهم في عملية الدمج .

تعمل هذه الجهات الثلاث وتتعاون وتنسق فيها بينها من أجل تطوير قدرات العاملين فيها اضافة التي تقدم الخدمات والدعم اللازم لتنمية قدرات الطلاب ونجاح عملية الدمج .

العامل الثاني:

يعمل الخبراء والاستشاريون في هذا المجال فريقا واحدا ، إذ يضم هذا الفريق خبراء من تخصصات مختلفة ويعملون معا في تخطيط البرامج التربوية اللازمة وتنفيذها للطلاب من ذوي الاحتياجات الخاصة والمندمجين في مدارس التعليم العام والفصول .

العامل الثالث :

التعليم التعاوني الذي يشتمل على مكونات عملية التدريس جميعها بما يؤدي إلى توفير مناخ تعليمي داخل الفصل يساعد الطلبة جميعها على الوصول إلى أقصى درجات قدراتهم الكامنة بغض النظر عن درجة الاختلاف في هذه القدرات أو في نوع اهتمامات هؤلاء الطلاب .

1. المجموعات غير المتجانسة :

إذ يقسم طلاب الفصل إلى عدد من المجموعات ، تضم كل مجموعة عددا من الطلاب غير المتجانسين في القدرات والميول والاهتمامات والأنماط السلوكية .

2. التدريس الفردي أو الخاص

إذا بعض طلاب الفصل ممن يوصفون بالتعرف في مادة دراسية أو مهارة اجتماعية معينة بتدريس زملائهم ممن يحتاجون إلى مساعدة في هذه في المادة أو المهارة .

3. مجموعات الأنشطة الترفيهية

إذا يقسم طلاب الفصل إلى مجموعات تعهد لكل مجموعة مسؤولية تخطيط نشاط اجتماعي أو ترفيهي معين واعداده وتنفيذه ، بحيث تتوافق طبيعة هذا النشاط مع ميول واهتمامات أفراد المجموعة واهتماماتها .

4.التدريس متعدد المستويات:

يعتبر واحدا من أساليب أو عناصر التعليم التعاوني ، إذ يقوم مجموعة من المدرسين أو مدرس واحد يشرح المفاهيم الرئيسية لموضوع الدرس بمستويات مختلفة من التبسيط والشمولية .
(سالم ، 2006 ، 18_19)

04 : أهداف الدمج التربوي

يحقق الدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة مجموعة من الأهداف والغايات منها :

- إتاحة الفرصة لجميع الأفراد المعوقين عقليا للتعليم المتكافئ والمتساوي مع أقرانهم من الأفراد في المجتمع .
- إتاحة الفرص لذوي الاحتياجات الخاصة للانخراط في الحياة العادية ، والتفاعل مع الآخرين .
- إتاحة الفرصة لطلاب المدارس العادية للتعرف على الطلاب المعوقين عقليا عن قرب وتقدير مشكلاتهم ، ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة ويخلصهم الدمج أيضا من الأفكار الخاطئة حول خصائص أقرانهم وامكانياتهم وقدراتهم من المعوقين عقليا .
- يركز الدمج على خدمة المعوقين عقليا في بيئاتهم والتخفيف من الصعوبات التي يواجهونها سواء في التكيف والتفاعل والتنقل والحركة ، وينطبق ذلك على طلبة المناطق البعيدة والمحرومة من الخدمات ، كالمناطق الريفية .
- يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن من الطلبة المعوقين عقليا .
- يساعد الدمج في تخليص أسر الأفراد المعوقين عقليا من الشعور بالذنب والإحباط .
- من أهداف الدمج بعيدة المدى تخليص المعوقين من جميع أنواع المعوقات سواء المادية أو المعنوية التي تحد من مشاركتهم الفاعلة في جميع مناحي الحياة .

(القمش ، 2011 ، 189 ، 190)

05: خطوات الدمج

لكي يسير الدمج لابد من الاستعداد له أولاً وقد يكون من المفيد اتخاذ الخطوات الأولية التالية:

1. زيارة عدد من المدارس التي تطبق الدمج للاطلاع على وضع الدمج والتعرف على العاملين في تجربة الدمج .
2. قراءة الأبحاث الحديثة في مجال دمج المعوقين .
3. اعداد قائمة بفوائد ومعوقات الدمج المحتملة في مدرسة .
4. إذا لم يسبق العمل في مكان يطبق الدمج تبدأ التجربة بخطوات بسيطة .
5. تحديد الأفكار العلمية المناسبة نحو الدمج . (عبادة ، 2006 ، 11)

06: أسلوب تنفيذ الدمج التربوي

يتم الدمج التربوي على عدة طرق من أهمها :

1 طريقة الدمج الجزئي :

وتتحقق من خلال استحداث برامج فصول خاصة بالمدارس العادية ، وهذا النمط من الخدمة يتضمن إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بهم مع بعض في ذلك الفصل ، مع العمل على إتاحة الفرصة لهم للاندماج مع أقرانهم العاديين في بعض الأنشطة الصفية ، والأنشطة اللاصفية ، وفي مرافق المدرسة . وبرامج الفصول الخاصة على نوعين :

أ. فصول تطبق مناهج معاهد التربية الخاصة مثل فصول الأطفال القابلين للتعلم من المتخلفين عقليا ، وفصول الأطفال الصم .

ب. فصول تطبيق مناهج المدارس العادية مثل : فصول الأطفال المكفوفين ، وفصول الأطفال ضعاف السمع . (عبادة ، 2006 ، 29 ، 30)

2 طريقة الدمج الكلي :

ويتم عن طريق استخدام الأساليب التربوية الحديثة مثل ، برامج غرف المصادر ، وبرامج المعلم المتجول ، وبرامج المعلم المستشار ، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة .

ويمكن التعريف بهذه الأنماط من تقديم خدمات التربية الخاصة على النحو التالي :

أ. برنامج المعلم المتجول :

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسية التالية:

- تسجيل الأطفال غير العاديين في أقرب المدارس العادية إلى منازلهم ، أو ابقائهم فيها إن كانوا مسجلين بها فعلا .
- على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا معظم يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين .
- يقوم معلم متخصص في التربية الخاصة بالتجول في المدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة لهم ، وذلك وفقا لجدول تحدده متغيرات أهمها :

- عدد الطلاب الذين يتكون منهم عبءه التدريسي .
- طبيعة احتياجات أولئك الطلاب .
- عدد المدارس التي يزورها .
- طول المسافات التي يقطعها .
- يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة التعليم ، أو في إحدى المدارس التي يعمل بها .
- يحتاج إلى استخدام وسيلة نقل .

ب. برنامج غرفة المصادر :

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسية التالية:

1. تخصيص غرفة في المدرسة العادية تكون ذات مستلزمات مكانية وتجهيزية وبشرية تحدد لها طبيعة خصائص واحتياجات الفئة أو الفئات المستفيدة
2. إبقاء التلاميذ غير العاديين في الصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات الموجودة . أصلا بالمدارس العادية ، أو إلحاقهم بالصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات التي كانت تدرس تقليديا بمعاهد التربية الخاصة ، أو الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية .
3. يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا على الأقل 50 % من يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين .
4. يتردد التلاميذ غير العاديين على غرفة المصادر للاستفادة من خدماتها حسب جدول تحددته متغيرات أهمها حاجة الطفل إلى خدمات التربية الخاصة ، طبيعة عوق الطفل، شدة عوق الطفل، الصف الدراسي الذي يدرس فيه الطفل ، وغير ذلك من المتغيرات .
5. قد يكون من الضروري تسجيل الأطفال غير العاديين في المدرسة التي يوجد بها برنامج غرفة مصادر ، أو تحويلهم إليها إن كانوا من التلاميذ المسجلين في مدارس لا يوجد بها هذا البرنامج ، الأمر الذي يستدعي ضرورة تأمين وسيلة نقل للتلاميذ بين المدرسة والمنزل .

ج. برنامج المعلم المستشار :

هو أحد الأساليب التي بموجبها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وهو مفهوم تربوي تقوم فكرته على الاستفادة من خدمات معلم متخصص في التربية الخاصة ، يقوم بزيارات ميدانية للمدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين ، شأنه في ذلك شأن المعلم

المتجول ، بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة التي تتمثل في النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية حول كيفية التعامل مع العاديين ، وهو أيضا كالمعلم المتجول يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإرادة تعليم المنطقة ، أو إحدى المدارس التي يعمل بها ، كما يحتاج أيضا إلى استخدام وسيلة نقل .

د. برنامج المتابعة في التربية الخاصة :

وهذه البرامج يمكن تعريفها على أنها عبارة عن برامج موجودة لدى الأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم لمتابعة بعض الفئات التي لا تستفيد _حاليا_ من خدمات التربية الخاصة ، وهو إجراء مؤقت ينتهي بمجرد استحداث برامج للتربية الخاصة في مدارس التعليم العام لتلك الفئات .

(عبادة، 2006، 30، 35)

07 دور المجتمع في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة :

7 - 1 المعاقين :

أ. دور المدرسة في تحقيق سياسة الدمج لدى المعاقين :

يمكن أن تسهم المدرسة بدور فعال في تحقيق سياسة الدمج من خلال محورين ، متكاملين، وهما:

المحور الأول : إعداد وتدريب المدرسين المهرة :

تماشيا مع مبدأ المدرسة للجميع فإنه يجب العمل على تدريب المعلمين العاديين على العمل مع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة ، وينبغي توجيه برامج التدريب بحيث تتناسب الاتجاهات الموجودة في توفير التربية ، أي بالنظر إلى التربية المتكاملة والتأهيل في إطار المجتمع .

المحور الثاني : اعداد التلاميذ المعاقين لمرحلة ما بعد الدراسة

إن مرحلة ترك المدرسة مرحلة حرجة في حياة الأسرة ككل ، فبعد عدة سنوات من غياب الطفل أو الشاب المعاق في مدرسة أثناء النهار تجد كثير من الأسر نفسها مضطرة للعناية به طوال الوقت ،

حيث أنه بمقتضى القانون يترك الشخص المعاق المدرسة في سن يتراوح بين 16 إلى 21 سنة وفقا للقوانين المنظمة لذلك في البلدان المختلفة ، وإن كان معظم المعاقين ينهون دراستهم تماما عندما يبلغون حوالي 21 عاما .

وحتى تقوم المدارس بدورها المأمول في اعداد المعاقين لأن يحيوا اقدر استطاعتهم حياة متكاملة مستقلة في المجتمع فإنها يجب أن يسعى إلى تحقيق الاجراءات التالية :

- اعداد التلاميذ المعاقين للتوافق مع المجتمع .
- اعداد التلاميذ المعاقين للتعايش مع العجز .
- اعداد التلاميذ المعاقين للعمل .

ب. دور المجتمع في تحقيق سياسة الدمج لدى المعاقين :

إن ترك الأشخاص المعاقين للمدرسة كان من المفروض أن يتبعه اسهامهم ومشاركتهم في حياة مجتمعهم ، تماما كما يفعل أي شخص آخر بلغ سن الرشد ، حيث يتوجه إلى العمل وترك منزل الأسرة للزواج ، غير أن هناك من المعوقات داخل المجتمع تحول دون أن يحقق غالبيتهم ذلك ، ومن ثم فهم جلوس في البيت .

إن المسؤولية الملقاة على الأسرة ، أكبر من طاقتها المحدودة ، ولذا فإن الأمل يساعد المجتمع بكافة مؤسساته في تشجيع دمج الأطفال المعاقين في كافة نواحي الحياة .

ولا شك أن هذا الدمج سوف يكون له أثره في تقبل الأسرة لطفلها المعاق ، حيث تشعر الأسرة بأن طفلها المعاق مكانا بين الأطفال الأسوياء ، ولهم مالهم من حقوق ، وبذلك تطمئن الأسرة على مستقبل ابنها في المجتمع .

7 - 2 الصم وضعاف السمع :

آلية دمج الأطفال المعاقين سمعياً :

إن الخوض في موضوع دمج الأطفال المعوقين عموماً والأطفال المعوقين سمعياً خصوصاً يشكل أمراً ذا أهمية قصوى في فلسفة وبرامج التربية الخاصة والخدمات التي تقدمها دفاعاً عن حقوق المعوقين وتلبية لاحتياجاتهم واحتراماً لكرامتهم .

ومن هذا الجانب يغدو الإعلام مقصراً بحق هؤلاء الأشخاص المعوقين ، ولكن من جهة أخرى ، فإن بذور الدمج قد نمت وترعرعت بفضل الحركات والمؤسسات الداعية للدفاع عن حقوق المعوقين ، وبفضل حملات التوعية الداعية لتغيير الاتجاهات نحوهم وبفضل البحوث والدراسات التي تشرع لمثل هذا الدمج الراشد والوعي .

ويمكن لنا من خلال التأمل في التطور التاريخي للتربية الخاصة أن نتبين التحول الكبير من ممارسة العزل والرفض نحو تطبيق الدمج والقبول ، وصارت الكثير من دول العالم تتبنى فلسفة الدمج للجميع باستثناء ذوي الإعاقات الشديدة والتوجه الحالي يطالب معلم الصف العادي بمسؤولية تعليم الطلبة من ذوي الإعاقة مع توفير نظم الدعم التنظيمي والإداري والتدريسي .

(عبادة ، 2006 ، 119_120)

7 - 3 المكفوفين :

مبشرات الدمج وأهميته :

أ. الاندماج هو الأسلوب الطبيعي نتيجة تعايش المكفوفين والمبصرين في بيئة اجتماعية واحدة .

ب. يتيح الدمج فرصة التعارف وفهم الأفضل من قبل كل طرف لظروف وامكانيات الطرف

الآخر وبلورة أفكار ومفاهيم واقعية وصحيحة كل منها عن الآخر ،

ج.يساعد الدمج على تحسين مفهوم الذات لدى الشخص الكفيف وتنمية الشعور بالثقة بالنفس والثقة

في الآخرين .

د. يساعد اندماج الكفيف على الشعور بالانتماء لدى المكفوفين تجاه المجتمع الذي يعيش فيه

دمج الأطفال المتوحدين :

نماذج الدمج للأطفال المتوحدين :

بوجه عام ، فإن دمج الأطفال المصابين بالتوحد مع من يماثلونهم في العمر الزمني ، ثم وفق النماذج التالية :

النموذج الأول : يشمل التحاق المصابين بالتوحد ببرامج الأطفال العاديين وهو النموذج التقليدي traditional ، والمألوف في برامج التربية الخاصة في معظم الدول ، وهو ما يتبع مع الأطفال المصابين بالتوحد بالحضانات ورياض الأطفال العادية .

وهذا النموذج يلبي حاجات الأطفال المصابين بالتوحد بشكل أفضل فالحضانات ورياض الأطفال المصابين بالتوحد بشكل أفضل فالحضانات ورياض الأطفال تنتشر في المجتمعات.

النموذج الثاني : ويشمل تعليم الأطفال العاديين في فصول ومدارس تم تصميمها لتدريس الأطفال المصابين بالتوحد ، وتفاوت نسبة الأطفال المصابين بالتوحد إلى الأطفال العاديين من مدرسة إلى أخرى فهي أحيانا متساوية . وأحيانا بواقع 80% من الطفال المصابين بالتوحد إلى 20% أطفال عاديين .

النموذج الثالث : وقد ظهر مؤخرا توجه جديد في الدمج يعرف بمبادرة التربية العامة في بعض الدول كما يعرف أيضا بمدرسة الجميع ، أو المدرسة التي لا تستثني أحد في الدول الأخرى .

وبصفة عامة ينادي أنصار هذا النموذج إلى إلغاء النظام التربوي الثنائي (تربية خاصة /تربية عامة) ودمجها في نظام أحادي يلبي احتياجات جميع المتعلمين .

(عبادة ، 2006 ، 214_216)

08_ : فوائد الدمج :

أ_ الفوائد التي يجنيها الطلاب من عملية الدمج :

لقد أشار (1988) verdercook flecthan .sinclair . and tetlie إلى أن الطلاب جميعهم سوف يستفيدون من عملية دمج الطلاب المعوقين في مدارس التعليم العام وفصوله ، فسوف تتاح لهم فرصة تعلمهم من بعضهم بعضا ، وينمو لدى كل واحد فيهم اهتمامه بالآخر ، ولسوف تزداد اتجاهاتهم نحو بعضهم بعضا ، وتنمو لديهم المهارات والقيم التي يحتاجها المجتمع لبناء مواطنين صالحين كما أنه يمكن القول ببساطة أيضا أن دمج الطلاب المعوقين في مدارس التعليم العام وفصوله يؤدي إلى تحسين مستوياتهم التعليمية : فقد أشار -1983. brinker and thirpe . 1987. Epps and tirdell . 1984 إلا أن الطلاب من ذوي مستويات الإعاقة المختلفة يتعلمون بصورة أفضل من تعلمهم في مدارس أو فصول التربية الخاصة التي تتيح نظام العزل ، وإن عملية الدمج سوف تتجح مع الطلاب المعوقين وغير المعوقين جميعا عندما تتوفر التجهيزات والأدوات والخدمات المناسبة ، وسوف تعمل على نمو الاتجاهات الإيجابية واكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية ، وتعد الطلاب للحياة الاجتماعية ، إضافة إلى تقادي سلبيات نظام الفصل أو العزل الذي كان يتبع في الماضي . (سيسالم ، 2006 ، 20)

ب_ الفوائد التي يجنيها المدرسون من عملية الدمج :

لا تقتصر الخدمات التي تقدم في مدارس الدمج وفصوله على الخبرات والبرامج التربوية الملائمة ، ولا على الأساليب والمواد التعليمية التي تساعد على تطبيق عملية الدمج ، بل لابد توافر مدرسين على مستوى عال من الكفاءة والتخصص ، وعلى هؤلاء المدرسين اكتساب المهارات اللازمة التي تؤهلهم للعمل مع الطلاب المعوقين في مدارس للتعليم العام وفصوله (schloss. 1982) إن التحول في النمط المهني لمدرسي التعليم العام ، إلى التعامل مع فصل غير متجانس يجمع مكوناته مجموعة من الطلاب المعوقين بإعاقات مختلفة وبقدرات مختلفة مع مجموعة أخرى من الطلاب غير

المعوقين ، ويعتبر فرصة أمام المدرسين لتنمية وتطوير مهاراتهم المهنية في مناخ العمل التعاوني المدعوم من الأطراف التربوية جميعا ، وإذا ما تم ذلك بنجاح ، فإن المدرس سوف يجني العديد من القواعد أهمها:

- تعاون أطراف العملية التربوية جميعها ودعم بعضها بما يؤدي إلى تنمية المهارات المهنية :

إن من أهم الفوائد التي يجنيها المدرسون من عملية الدمج هي اكتسابهم لمهارات التخطيط في العمل التربوي ، والعمل الجماعي ، فمعظمهم أساليب التدريس والعمل التربوي في مدارس التعليم العام تعتمد على المدرس أي أنها عملية فردية لهذا فإن الكثير من المدرسين في هذه المدارس يشعرون بالاغتراب والوحدة لعدم توافر الدعم والتفاوت في العمل بين المدرسين ، فالعمل التعاوني في المدرسة يتيح للمدرسين فرصة تبادل الآراء والنصح والاستشارة ، إضافة إلى الدعم النفسي لبعضهم مما يساعد على تحسين قدراتهم المهنية .

- المشاركة وتدعيم مكانة المدرسين : من خلال عمل المدرسين في برامج الدمج أصبحوا على وعي كامل بالتغيرات في النظم التربوية والتعليمية ، كما أمكنهم الاسهام في هذا التغيير ، والاسهام في تفعيل الحياة المدرسية داخل المدرسة ، ولقد أشار كل

من (1992) sindelor . Griffin . snith . and watarabe إلى أن المدرسين سوف يتمكنون من تعزيز وتدعيم مواقفهم ويرتفع شأنهم ، ويكون بمقدورهم معرفة التغيير الذي يحدث في مجالهم ، وبخاصة المشاركة الفعالة في اتخاذ القرار . (سيسالم ، 2006 ، 24 ، 25)

ج. الفوائد التي يجنيها المجتمع من عملية الدمج :

إن من أهم الأسباب التي دعت إلى دمج المعوقين في مدارس التعليم العام وفصوله هو تحقيق قيم العدالة الاجتماعية ، فالطلاب يتعلمون هذه القيم عن طريق الممارسة العقلية لها في المدرسة ، فبالرغم من الاختلافات بينهم إلا أنهم جميعا متساوون في الحقوق ، ونظام الدمج هو أوضح دليل على هذه المساواة ، وذلك على خلاف ما كان يعمل به في ظل نظام العزل السابق ، فالدمج يعزز

ممارسة تقبل الفروقات واحترامها، ولأن مجتمعاتنا تمر الآن بمرحلة تحول من عصر الصناعة إلى عصر المعلومات ، ومن المجال الوطني المحدود إلى المجال العالمي المترامي الأطراف ، ولهذا فإنه من المهم العمل على تجنب الأخطاء التي وقعت في الماضي ، فنحن في حاجة إلى مدارس تنادي بفكرة المجتمع الواسع القائم على الأمن والتعاون بين مواطنيه جميعهم وتعززها وتطبقها .

(سيسالم ، 26، 2006، 27)

09 : ايجابيات الدمج

- 1.التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال عامة وكذلك تلخيص الطفل المعوق وأسرته من الوصمة stigma التي لحقت بهم جراء حالة الإعاقة التي يعاني منها والتي تأكدت وتدعمت من خلال وجود الطفل المعوق في مركز تربية خاصة.
- 2.إن الدمج يساعد الطفل المعوق على تحقيق الذات ويزيد من دافعية نحو التعليم وتكوين علاقات اجتماعية سليمة مع زملائه مما يهيئ له نموا سليما في مختلف الجوانب الأكاديمية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية .
- 3.يساهم الدمج في تعديل اتجاهات الناس بشكل عام واتجاهات الأسر والمعلمين والطلبة في المدرسة العامة بشكل خاص وتوقعاتهم نحو الأطفال المعوقين .
- 4.يساعد الدمج فئات الأطفال غير المعوقين في المدارس العادية على التعرف عن قرب والاحتكاك المباشر بالأطفال المعوقين ، الأمر الذي قد ينتج عنه تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لطبيعة مشكلاتهم وكيفية مساعدتهم على مواجهة تلك الاحتياجات .
- 5.يساهم الدمج في تخفيض الكلفة الاقتصادية المترتبة على خدمات التربية الخاصة في المؤسسات والمراكز المتخصصة ، ويوسع قاعدة الخدمات التربوية للأطفال المعوقين.

(القمش، 2011 ، 190)

10 : سلبيات الدمج

إن الدمج سلاح ذو حدين فكما له ايجابيات كثيرة فإن له سلبيات أيضا وهو قضية جدلية لها ما يساندها وما يعارضها ومن هذه السلبيات :

- إن عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيدا في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية قد يؤدي إلى افشال برامج الدمج مهما تحققت له من امكانيات .
 - قد يعمل الدمج على زيادة فجوة بين الأطفال المعوقين وباقي طلبة المدرسة خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والعلامات كمعيار أساسي وقد يكون وحيدا في الحكم على الطالب .
 - إن دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية قد يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوفرا في مراكز التربية الخاصة .
 - قد يؤدي الدمج إلى زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف أو غرفة المصادر أو الدمج المكاني فقط ، الأمر الذي يستدعي ايجاد برامج لا منهجية مشتركة بين الطلبة وباقي طلبة المدرسة العادية لتخفيف من العزلة .
- (القمش ، 2011 ، 191)

11 معوقات دمج ذوي الإحتياجات الخاصة بالتعليم:

إن تطبيق نظام الدمج يواجه العديد من المعوقات منها:

11 - 1: معوقات خاصة بالمعلم:

- يعتبر بعض المعلمين أن دمج الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة في الصفوف العادية تحديا لهم لما يفترون بذلك من أعباء إضافية منها كيفية التعامل مع الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة سواء كان في التواصل معهم أو باستخدام الأساليب التعليمية المناسبة لهم .

- كما أن مديري ومعلمي التعليم العام لا يتقبلوا دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في مدارسهم ، إلا أن هذا الأمر لم يعد مشكلة في الوقت الحاضر بصدور قرار وزاري بشأن قبول التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بمدارس التعليم العام .

- ومن المعوقات أيضا ضعف المستوى الثقافي والمهني لمعلمي التربية الخاصة، وعدم وضوح أهداف التربية الخاصة لدى كثير منها، حيث لم يتلق أي منهم تدريب فيما يتعلق بذوي الإحتياجات الخاصة.
(الخطيب، 2008، 93-94)

11-2: معوقات خاصة بالتلاميذ وأسرهه :

-صعوبة تقبل الطلاب العاديين والطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة لبعضهم بعض ،وتفضيلهم لفكرة عزل المعاقين بعيدا عنهم.

-إختلاف الإحتياجات التعليمية لكل منهم وإهتمام المعلم بفئة الطلاب العاديين بشكل أكبر من الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة .

-تقليد الأطفال العاديين للسلوكيات غير السوية التي تحدث من زملائهم ذوي الإحتياجات الخاصة كما لا يوجد تعاون معهم نتيجة للضغوط التي يمارسها أولياء الأمور في المدرسة للأطفال العاديين على الإبتعاد عن الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وعدم تفهم الأطفال إلى إعتداء الأطفال العاديين على الأطفال المعاقين بالضرب .
(القريطي، 2001، 106)

11-3 معوقات خاصة بالمدرسة والإمكانات المدرسية :

- قلة الغايات والأهداف العامة و الخاصة الممكن تحقيقها من خلال الدمج ، و عدم وضوحها لدى منفذي سياسة الدمج ، بالإضافة الى القصور في التخطيط الهدف المتعلق بدراسة بيانات المجتمع و خصائص المتعلمين و مستوياتهم و اتجاهاتهم و برامج اعدادهم و تدريبهم.

- الهيكل التنظيمي لا يتسم بالمرونة كما أنه يفتقد الى وظائف ادارية ضرورية تتعلق ببرنامج التربية الخاصة .

- لا تتلاءم المباني والتجهيزات المدرسية مع ظروف ذوي الإحتياجات الخاصة ،وتفتقر لوسائل السلامة اللازمة لهم ،ضعف الخدمات التي تلبي إحتياجات النظافة الشخصية لهم ،وضعف طرق التواصل والتفاعل بين ذوي الإحتياجات الخاصة بأقرانهم العاديين نتيجة لمحدودية مرافق المدرسة .
- صعوبة متابعة برنامج التربية الخاصة من قبل المدرسين لقلة البرامج التدريبية لهم لإدارة البرنامج وفقا لنوع الإعاقة.

- إزدواجية الإشراف على المدارس الملحق بها برامج التربية الخاصة ،وضعف الإمكانيات والموارد المالية لهذه المدارس سواء من قبل إدارة التربية والتعليم أو القطاع الخاص ،وعدم كتابة مشرفي التربية الخاصة للقيام بالإشراف على مدارس الدمج للتأكد من مدى فاعليته وتحقيق أهدافه.

(whtaker.1996.68)

12 - نصائح مفيدة لعملية الدمج .

وفيما يأتي بعض النصائح التي قد يسترشد بها كل من المدرسين والطلاب وأولياء الأمور والعاملين في المدرسة للتفاعل البناء فيما بينهم من أجل نجاح عملية الدمج .

12-1 : الولاء لعملية الدمج والتعهد بالعمل على نجاحها :

إن برنامج الدمج الناجح يحتاج من كل العاملين ابتداء من مدير المدرسة وانتهاء بعامل الصيانة بالمدرسة إلى الولاء لعملية الدمج وإلى التعهد ببذل الجهد لنجاح هذه العملية ، وذلك لأن الدمج عملية كبيرة لا تعتمد فقط على جهود كل من مدرس التعليم العام والتربية الخاصة ، بل تحتاج إلى جهود العاملين بالمدرسة بقدراتهم جميعا ومسؤولياتهم التي يجب تكريسها من أجل نجاح عملية الدمج.

12-2 : مسؤوليات المدرسين :

يحتاج مدرسو التعليم العام والتربية الخاصة إلى أن يعملوا معا كفريق منذ بداية العام الدراسي وذلك لتخطيط المنهج وتنفيذه وتدريبه والتعاون المشترك وتبادل الاستشارات والنصائح wood 1998 وفي الفصل الخامس الذي طبقت فيه عملية الدمج تشاركت مع مدرسة التربية الخاصة بالمسؤولية في تخطيط البرنامج وتدريب المنهج وتقويم جوانب التحسن في المهارات والأنشطة المختلفة ، كما تشاركنا في مراقبة وملاحظة طلاب الفصل جميعهم ، وتبادلنا الآراء والاقتراحات بناءً على خبراتنا السابقة في التعامل مع الاحتياجات الخاصة للطلاب وعلى سبيل المثال كانت مدرسة التربية الخاصة مسؤولة عن الاجتماعات الخاصة بدراسة الحالات الخاصة والاتصال بأولياء الأمور والاعداد للتدريس للطلاب الذين يحتاجون إلى خدمات خاصة ، أما أنا فقد كنت مسؤولا عن تدريس معظم طلاب الفصل . إن المشاركة في تحمل المسؤوليات يمكن أن تنجح في حالة توافر المرونة الكافية لدى المدرسين خاصة وبخاصة فيما يتعلق بجدول العمل ، كما يجب على المدرسين أن يعملوا معا

لمواجهة المشكلات التي تطرأ خلال عملية تطبيق برامج الدمج ، فالتدريس والعمل التعاوني يساعدان على توفير المناخ التعليمي الملائم داخل الفصل .

12 - 3 : مسؤوليات مدير المدرسة :

في البداية فإن على مدير المدرسة أن يدافع عن الأسباب التي دعت المدرسة إلى تطبيق عملية الدمج ، ثم أن عليه أن يوفر الدعم والخدمات اللازمة لهذه العملية ، وأن يوفر المواد والمصادر الضرورية لنجاح برامج الدمج ، كما أن على مدير المدرسة أن يكون حاضراً باستمرار عند الحاجة إليه ، للمساعدة في إيجاد الحلول العملية للمشكلات التي قد تطرأ في أثناء تطبيق البرامج ، كما أن عليه أن يثق بأحكام المتخصصين من المدرسين وآرائهم وأن يأخذ بها وأن يمنحهم الاستقلالية في تدريس البرامج بما يتلاءم مع الأهداف العامة للمدرسة . (سيسالم ، 2006م ، 95_98)

قائمة المراجع:

- زياد كامل اللالا وآخرون، 2011، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة، الرياض.
- أحمد الظاهر قحطان، 2008، مدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار وائل، عمان.
- فاروق الروسان، 2003، مقدة في الإعاقة العقلية، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر.
- أحمد محمد الزعبي، 2003، التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم، ط1، دار الفكر دمشق، سوريا.
- جمال محمد الخطيب وآخرون، 2009، المدخل إلى التربية الخاصة دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- طلاك الشمري، 2017، مدين نوري، محاضرة مبادئ وأهداف التربية الخاصة، جامعة بابل، كلية التربية للعلوم الإنسانية، قسم التربية وعلم النفس.
- سعيد حسني العزة، 2002، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس، ط1، دار العلمية الدولية و دار الثقافة، عمان.
- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، ط1، مكتبة الأنجلو، القاهرة، مصر.
- مصطفى نوري القمش، 2011، الإعاقة العقلية النظرية والممارسة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- الصمادي، جميل والناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت، ط1، 2003
- القريوتي، يوسف السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل، 1995 مقدمة في التربية الخاصة، دار القلم، دبي.
- سالم، ياسر، 1994، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الأردن.
- عبد المنعم الميلادي 2014 الإعاقة السمعية (أسبابها، تأثيرها، علاجها)، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.

جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، 2009، دار الفكر
الأردن عمان.

بطرس حافظ بطرس، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم 2007، ط1، دار المسيرة، عمان،
الأردن.

سعيد حسني العزة، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة –المفهوم –
التشخيص-أساليب التدريس، 2002، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

عربيات أحمد عبد الحليم، إرشاد ذوي الإحتياجات الخاصة وأسرههم، دار الشروق، عمان، الأردن،
ط1، 2011 .

فاروق الروسان، 1996، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، دار الفكر للنشر و
التوزيع، عمان، الأردن، ط1.

نعمات عبد المجيد موسى، الإعاقة السمعية التدخل المبكر و الإتصال الفعال لذوي الإحتياجات
الخاصة، ط1، 2014، مكتبة المتنبي، الدمام، المملكة العربية السعودية.

تيسير مفلح كوافحة وعمر فواز عبد العزيز ، 2010 ، مقدمه في التربية الخاصة ، ط 4 ، دار
المسيرة عمان

جمال محمد الخطيب ومنى صبحي الحديدي ، 2009 ، المدخل إلى التربية الخاصة ، ط 1 ، دار
الفكر عمان

حامد عبد السلام زهران ، 1980 ، التوجيه والإرشاد النفسي ، ط2 ، عالم الكتب القاهرة
الروسان فاروق ، 1996 ، سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة ، ط 2 ،
دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، عمان .

سيد عبد الحميد مرسي ، 1975 ، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني ، مكتبة الخازني
، مصر .

عامر طارق ومحمد ربيع ، 2008 ، الإعاقة البصرية ، مؤسسه طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة

عبد الفتاح عبد المجيد الشريف ، 2016 ، أساليب رعاية المعاقين عقليا وحركيا بصريا وسمعيا ،
ط 1 ، المكتب العربي للمعارف ، القاهرة .

القيوتي يوسف ، 1995 ، السرطاوي عبد العزيز ، الصمادي جميل ، المدخل إلى التربية
الخاصة ، دار القلم ، دبي ، الإمارات العربية المتحدة .

لطفي بركات أحمد ، 1978 ، الفكر التربوي في رعاية الطفل الكفيف ، ط 1 ، مكتبة الخانجي
للطباعة ، القاهرة .

- محمد علي كامل ، 1996 ، سيكولوجية الفئات الخاصة ، ط1 ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
محمود عنان ، 1996 ، رعاية الطفل المعاق ، القاهرة .
أبو نصر، مدحت، 2005 ، (الإعاقات الحسية الحركية) ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع ،
الأردن.
- الدهمشي. محمد عامر 2007 (دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة) ط1 دار الفكر،
عمان.
- الروسان فاروق 2006، سيكولوجية الاطفال غير عادين، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر
والتوزيع
- العزة، سعيد حسني 2009 (المدخل الى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة المفهوم –
التشخيص وأساليب التدريس) ط 2 دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان، الأردن
- عصام حمدي الصفدي، 2007، (الاعاقة الحركية والشلل الدماغي)، ط1، دار اليازوري العلمية
للنشر والتوزيع، عمان
- غزال، عبد الفتاح علي 2016 (علم النفس فئات الخاصة) دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر
والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر
- غنيم أحمد صبري و غنيم محمد صبري 2016 (الإعاقاة الحركية بين التعليم والتفكير) دار المعرفة
الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر
- ماجدة السيد عبيد، 1999، (الاعاقاة الحسية والحركية)، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع الأردن
- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم 2013 (ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وارشادهم) ط1، دار
المناهج للنشر والتوزيع عمان، الأردن
- أطفاف أحمد الأشول، المجلة العربية لتطوير التفوق، العدد 6، المجلد الرابع 2013.
- ضحى حامد سبيه، العلاقة بين الموهبة و الإبداع و التفوق، ورقة عمل مقدمة 3-5 أبريل 2017
- مجلة كلية التربية الاحتياجات و المشكلات التعليمية و التربوية عند المتفوقين عقليا في المرحلة
المتوسطة بدولة الكويت، جامعة الأزهر، العدد 164، الجزء الرابع يوليو، 2015

- عبد العزيز السيد الشخص ، المؤتمر الدولي الثاني للموهوبين والمتفوقين تحت شعار " نحو إستراتيجية وطنية لرعاية المبتكرين " أساليب التعرف على المتفوقين عقليا و الموهوبين و رعايتهم وتنمية قدراتهم الابتكارية ، جامعة الإمارات ، 19-21 ماي ، 2015

- يوسف محمود قطامي، الموهبة و التفوق ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، ط أ ، عمان، 2015 .

عبد السلام عبد الغفار،

محمد رمضان القذافي ، " سيكولوجية الإعاقة " ديوان الجامعة المفتوحة ، 1993 .

الزارع، نايف بن عابدين إبراهيم (2005) قائمة تقدير السلوك التوحيدي، دار الفكر، عمان ، الأردن.

بدوى، أحمد زكي (1982) معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية مكتبة لبنان، لبنان

دنيال ،هالاهان ،جيمس ، كوفمان ، (2008) ،ترجمة عادل عبد الله محمد سيكولوجية الاطفال غير العاديين وتعليمهم ، ط1 ،دار الفكر ، عمان ، الاردن.

قحطان احمد الظاهر ، (2008)مدخل الى التربية الخاصة ، ط2 ،دائر وائل للنشر .

مصطفى ، اسامة فاروق ،فاروق شربيني ، سيد كمال (2010) التوحد الاسباب التشخيص العلاجي ، دار المسيرة ، عمان ، الاردن .

نصر، سهي أحمد أمين (2002) الاتصال اللغوي للأطفال التوحد (التشخيص البرامج العلاجية) دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن .

ناريمان عبادة ،(2016) ، أساسيات الدمج التربوي، دار أمجد للنشر والتوزيع ، عمان . الأردن، ط1 .

كمال سالم سيسالم ،(2006) ،الدمج في مدارس التعليم العام وفصوله ، دار الكتاب الجامعي،

ط2

مصطفى النوري القمش ،(2011)، الاعاقة العقلية ، دار المسرة للنشر والتوزيع ، عمان ، ط1
جمال الخطيب ،(2008)،التربية الخاصة المعاصرة قضايا وتوجيهات، دار وائل للنشر والتوزيع.
عبد المطلب أمين القريطي،(2001) ، سيكولوجية ذوي الإحتياجات وتربيتهم، دار الفكر العربي
القاهرة.

مصطفى نوري القمش،خليل عبد الله المعايطه،(2010)، سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة
ط3،دار المسيرة ،عمان ،الأردن.

whitker,c,managingInclusion:a study of principal leader /.6

shipiminclusion,phodissertation,Virginia polytechnic instate and
state university of kirginia,1996.

Carole tradif , Bruno gepner , l'autisme 2^{em} edition , armand , colin. P
105 – 104

Atelier Didier thirmonier

Compose par mard-compo a villemereuee d' ascq imprimé en espagne
par liberduplex (barcelone) depot legal : janvier – 2009.