جامعة القاهرة
مركز التعليم المفتوح

مقدمة في التربية الخاصة

إعداد

أ.د/ خالد النجار

د/ منال بهنس

د/ نهى الزيات

د/ هند إمبابي

د/ عزة عبد المنعم

د/ ايمان سعيد

المحاضرة الأولى والثانية
مدخل إلى دراسة التربية الخاصة

مقدمـة:

الإعاقـة حال من أحوال الانسان تتقد فيه أعلى درجات الدراما الانسانية، بكل ما تحمله الكلمة من معانى، قد تصل فى أكثر الحالات إلى درجة تراجيدية مأسوية، حتى وإن كنا بهذا المعنى البلاغـى نـصف مـشاعرنا وأنفسنا أكثر مما نصف الواقع الذى نتعامل معه، فالإعاقة على مخـتلف أشكالها هى حال مغرق فى القدم مصاحب للإنسان أينما وجد وأينما عاش .. حال لم يـرغبه صـاحبه ولـم يسعى إليه ولم يستهدفه .. حال تعثر على مدار مئات من السنين قد مـضت ولا ندرى رغم كل القفزات العلمية والتكنولوجية الهائلة وحتى مع اكتشاف الخريطة الجينية للإنسان هل سيحمل المستقبل لهذه الفئات امكانيات أكبر للوقاية والعلاج ؟.

والمحـصلة مـن كل هذا أن الواقع قد فرض علينا تحدياً من كل الجوانب، فالإعاقة العقلية Mental Retardation مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد تتداخل فيها الجوانب الطبية والاجتماعية والنفسية والتعليمية والتأهيلية بصورة يصعب الفصل بينها، فالكشف عن الأسباب والعلل والتنبؤ بها والسيطرة عليها تدخل فى نطاق مهمة العلوم بمعناها الأكاديمى والاجتماعى الإنـسانى، كما أن عمليات التصنيف والتقسيم والتشخيص ودراسة الخصائص المميزة وسبل الـرعاية تمـثل تحـدياً قوياً بالنسبة للعلوم الإنسانية ورغم كل التطورات العلمية فى مختلف الميادين العلمية، فإن معدلات حدوث الاعاقة تظل كما هى، ذلك لأنه فى الوقت الذى يقوم فيه العلـم بالكشف والسيطرة على بعض المسببات، فإنه هو الذى يقوم باستحداث مسببات أخرى تكون دافعها للبحث نحو مزيد من التحدى.

ولا يخلو مجتمع مهما بلغ من سبل التقدم والتطور من الإعاقات على اختلاف أنواعها ومهمـا اتخـذت اجراءات الوقاية والحماية، والتخلف العقلى مشكلة تحظى باهتمام كبير لأنها مشكلة ترتبط بالكفاءة العقلية للافراد الذين يعتمد عليهم المجتمع فى بنائه وتطويره، والاهتمام بهـؤلاء الاطفـال واجب تحرص عليه الدولة وتضعه بين أولوياتها سعياً وراء تحرير هؤلاء الاطفال من قيد العزلة التى تفرضها طبيعة الاعاقة وإيماناً بمبدأ تكافؤ الفرص والمساواة حيث أن لكل فرد الحق فى أن يقوم بدور فعال فى مجتمعه وفقاً لإمكاناته .

مفهوم التربية الخاصة:

يعتبر مصطلح " التربية الخاصة " من أكثر المصطلحات المتداولة في هذا القرن، والأكثر أهمية لما يقدمه من خدمة لفئة معينة. فكثيراً من الباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة يقصرون استخدام هذا المصطلح على فئة المعاقين فقط، وبعضهم على فئة المسنين فقط، وهذا مجاف للصواب.

إن هذا المصطلح صالح لكل الفئات المحتاجة لنوع خاص من الرعاية، سواء كانت جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو تربوية، فالإعاقة بكل صورها واحدة من القضايا الاجتماعية التي لم تقتصر آثارها على الأسرة فحسب بل إنها أرقت قطاعا كبيراً من المجتمع، ولذا أصبحت معالجة هذه المشكلة محط وعناية واهتمام الكثير حتى إن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة اعتبرت عام ١٩٨١م عاماً دولياً للمعاقين.

ومع هذا فإن خدمات هذه الفئة في الوطن العربي ما زالت محدودة ومقتصرة على فئتي الإعاقة البصرية والسمـعية بل قد تكون في بعض دولها نادرة.

إن ميدان التربية الخاصة من الميادين التربوية التي واجه العديد من التحديات حتى برز الاهتمام به مؤخراً ، وأصبح يحتل مكاناً بارزاً كبقية الميادين التربوية والعلمية المختلفة.

إن التربية الخاصة تسعى لمساعدة غير العادين على تطوير مهاراتهم وقدراتهم كي ينموا أو يتعلموا، أو يتدربوا، أو يتوافقوا مع متطلبات حياتهم اليومية، أو الأسرية، أو الوظيفية، أو المهنية، وبذا يمكن لهم أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيعوا وبأقصى طاقة ممكنة . بغض النظر عن مدى الإعاقة أو مستوى القصور في تطورهم.

لقد بدأ الاهتمام بهذه الفئة عن طريق إيجاد المشروعات والمبادرات التي تخدمها، وكذا الكوادر المدربة للقيام بدور يخفـف على الأقل من معاناتها.

ولما كانت ظاهرة الإعاقة ترتبط بمجموعة متشابكة ومعقدة من العوامل المؤثرة فيها، سواء الصحية أو الوراثية ، أو الثقافية أو الاجتماعية، فالواجب إذن عدم الاقتصار في الخدمات الوقاية لهؤلاء على الإجراءات التي تحول أو تقلل من احتمال حدوث الإصابة فقط، بل إن الواجب اشتمالها على حلول أخرى تحول دون تطور الإصابة إلى حالة من العجز أو تطور حالة العجز إلى حالة الإعاقة.

وعلى هذا فالتربية الخاصة هي نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيـعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية .

إن هذه البرامج لا تكون في نمط واحد لكل الحالات، بل إن كل فئة من ذوي الحاجات الخاصة تحتاج إلى نوع خاص من الوسائل التي تستطيع بها مسايرة غيرهم في التعلم والعمل، فما يحتاجه المعاق عقلياً يختلف في حاجياته عن المعاق بصرياً أو سمعياً أو حركياً ، فتختلف أنماط المعالجة نظراً لاختلاف حالات الإعاقة.

إن التربية الخاصة تعالج التباعد بين نمو هذا الطفل وبين نمو الطفل العادي ، فكلما زادت

درجة التباعد كلما زادت الحاجة إلى أشكال مختلفة من التربية الخاصة كذلك تعالج درجة التباعد في النمو داخل الفرد نفسه، كما تعالج أثر العجز أو الإصابة على التحصيل في المجالات الأخرى.

تعريف الإعاقة

(نـوع مـن القصور الولادي أو المكتسب في أعضاء الجسم أو الحس فيقلل أو يعوق نهائيا الاستفادة من ذلك العضو أو يمنعه نهائيا من القيام بوظيفته الأساسية

والعاجز هو الذي يرتبط عجزة بعدم القدرة على مزاولة عمل يوفر له الكسب المناسب)

(مدخل إلى الخدمة الاجتماعية, ١٤٢٠ _ ٢٠٠٠: ١١٥)

(أ _ المعـوق هو المواطن الذي استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية يعيدها إلى مستوى العادية أو إلى اقرب مايكون إلى هذا المستوى

ب _ المعوق هو كل فرد فقد قدرته على مزاولة عملة أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني أو حسي أو عقلي سواء أكان هذا القصور بسبب اصابتة في حادث أو مرض أو عجز ولادي

أمـا القانون رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ م فإنة يعرف المعوق بأنة كل شخص أصبح غير قادر فـي الاعتماد على نفسه في مزاولة عملة أو القيام بعمل آخر أو نقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة

إن المعوقين هم مواطنون تعرضوا بغير إرادة إلى مسببات بدنية أو عقلية أو حسية اعاقتهم عن السير سيرا طبيعيا في طريق الحياة كغيرهم من الأسوياء

يعـرف المعوق بأنة كل فرد نقصت امكانياتة للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصا فعليا نتيجة لعاهة بدنية أو عقلية

وتعـرف العاهـة بأنها أي نقص بدني أو عقلي مستديم يمنع صاحبة من مزاولة عمل مناسب والاستقرار فيه (رعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين, ١٩٩١: ٦٩ _ ٢٠ _ ١٩)

هـي عبارة عن حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دورة الطبيعي في الحياة المرتبط بعمرة وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية فالإعاقة طبقا لهذا المفهوم صفة غير متوارثة (المدخل إلى التربية الخاصة , ١٤١٦ _ ١٩٩٥ : ٢١)

(يشير مصطلح الطفل المعوق إلى الطفل الذي يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته أو تمـنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في عمرة باستقلالية والإعاقة ليست مرضـا بل حالة انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو الذي يعتبر عاديا من الناحية الجسمية أو

الحـسية أو العقلـية أو الـسلوكية أو اللغوية أو التعليمية ممن ينجم عنة حاجات فردية وهذه الحاجـات تقتـضي تقـدم خـدمات خاصة وتستدعي توفير فرص غر تقليدية للنمو والتعلم واسـتخدام أدوات وأساليب معدلة يتم تنفيذها على مستوى فردي وباللغة التربوية فان الإعاقة حالة تفرض قيودا على الأداء الأكاديمي مما يجعل التعلم في الصف العادي وبالطرق التعليمية العاديـة أمـرا صعبا ولكن التعريفات التربوية للإعاقة ليست سوى نوعا واحدا من تعريفات عديـدة مـتداولة فهناك تعريفات طبية تعتمد على محكات دقيقة وقابلة للقياس كما هو الحال مـثلا بالنسبة للضعف البصري أو الفقدان السمعي وهناك أيضا تعريفات اجتماعه تركز على القـيود التي تفرضها حالة الإعاقة وتعريفات مهنية ينصب الاهتمام فيها على تحديد التغيرات المحتملة للإعاقة على أداء الشخص في عالم العمل)

(جمال الخطيب, ٢٠٠١ : ١٥)

هي حالة يعاني فيها الفرد من العجز أو الصعوبة في أداء نوع أو أكثر من الأعمال أو الأنـشطة الجـسمية أو الفكـرية بالنسبة إلى الأفراد العادين الذين يتساوى معهم في العمر والجنس أو الدور الاجتماعي وتعتبر أعمال أساسية من متطلبات الحياة اليومية مثل الحركة والنـشاط الرياضـي وتكوين علاقات اجتماعية وأداء الأنشطة الاقتصادية والأعمال الفكرية وبهـذا تؤدي حالة العجز هذه عن اعاقتة عن القيام بدورة الذي يفرضه علية سنة وجنسه والاعتبارات الاجتماعية والحضارة في مجتمعة.

(عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٣: ١٤)

تعـرف الإعاقـة بأنهـا إصابة نفسية أو عقلية أو بدنية تسبب ضررا لنمو الإنسان وتطـوره البدنـي والعقلـي أو كلاهمـا وقـد تؤثر في حالته النفسية والتعليمية والتدريبية. وإذا مـا قورنت الوظائف البدنية والعقلية للإنسان المعوق فإنها تكون اقل من قرنائه في نفس المـرحلة العمرية، وقد تكون الإعاقة واحدة أو عدة إعاقات في نفس الإنسان وقد تسبب عجزا جـزئيا أو كـاملا، كمـا أنها قد تكون أولية من الوالدة أو ثانوية لأسباب عارضة أخرى مثل الالـتهاب الـسحائي أو الحـوادث المخـتلفة مـثل حـوادث الـسيارات.)

(الإعاقـة تعني عدم قدرة الفرد على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية.)

(يقـصد بالإعاقـة كل ما يحول دون استمرارية النمو في مساره السليم بحيث إما أن يتوقف النمو أو ينتكس إلى مراحل عمرية سابقة أو ينحرف اتجاهه عن مساره العادي.

ممـا يجعـل مـصطلح معاق يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة عن التصرف السوي إلا بمـساعدة خاصـة، وهـو كفرد تعرض بغير إرادة منه إلى مسببات بدنية أو عقلية أو حسية أعاقته عن السير سيرا طبيعيا في طريق الحياة كغيره من الأسوياء.

أسباب الإعاقة

يمكن تلخيص الأسباب الرئيسية المؤدية أو المحتملة لحدوث الإعاقة ما يلي

أولا : الأسباب الوراثية

تعتبـر الأسباب الوراثية من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات حيث إن صفة وراثـية سـائدة لـدى احد الوالدين تحتمل ظهورها لدى الطفل بواقع (٣:١) وقد تكون صفة متنحـية يحملها كلا الوالدين وهما قادران على توريثها للطفل ومما يجدر ذكره هنا إلى ارتفاع العـوامل الوراثـية المـسببة لبعض الإعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحـص الطبي قبل الزواج وتعتبر الاضطرابات الكروموسومة من العوامل الوراثية المسببة للإعاقة وكذلك الاضطرابات في عملية التمثيل الغذائي

ثانيا: أسباب ما قبل الولادة

تعتبـر الأمـراض لتـي تصيب الأم الحامل قبل الولادة أو إثناء الحمل كالحصبة حيث يعمل فيـروس الحصبة على حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولـى مـن الحمـل مما يؤدي للإصابة بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية وكـذلك إصابة الأم بأحد الأمراض الجينية أو سوء التغذية أو تعرضها لأشعة اكس أو تناول العقاقير دون استشارة الطبيب كما إن البيئة الملوثة بالمواد الكيميائية تودي بطريقة مباشرة أو غيـر مباشـرة إلى حدوث الإعاقة وكذلك اختلاف العامل **rah**بين الأم والجنين والذي يعمل على تكوين أجسام مضادة تقضي على الجنين أو تؤدي إلى إعاقة

ثالثا: أسباب أثناء الولادة

١_نقص الأكسجين

٢_الصدمات الجسدية للجنين خاصة في منطقة الدماغ مما يودي لإصابة خلايا الدماغ

٣_الالتهابات التي يصاب بها الطفل نتيجة استخدام أدوات غير معقمة أثناء الولادة

رابعا: أسباب ما بعد الولادة:_

١_سوء التغذية للطفل

٢_الحوادث والصدمات خاصة التي تحدث في الرأس

٣_الأمراض والالتهابات

٤-إصابات شبكة العن

٥-إصابات طبلة الأذن أو زيادة المادة الصمغية

(جمال الخطيب، ٢٠٠٣: ٢٤ - ٢٥)

أ _ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة

ب_ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة

ج_ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة

أ _ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة

قد تتعرض الأم الحامل أو الجنين الذي تحمله لجملة من العوامل التي يحتمل أن تنتهي بضعف أو عجز أو إعاقة مستقبلية لدى الطفل ومن أهم هذه العوامل:

١_ تعـرض الأم للأمراض الخطيرة مل الحصبة الألمانية واضطرابات القلب والكلى والغدد والربو وتسمم الحمل

٢_ تعرض الأم الحامل لعوامل ضارة مثل التدخين والكحول والأدوية والأشعة

٣_ الخداج يعني ولادة الطفل قبل موعدة

٤_ عدم توافق العامل **rah**

٥_ نقص الأكسجين وتعرض الأم للاختناق

٦_ العوامل الوراثية

٧_ الاضطرابات الكروموسومية

ب_ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة

من أهم هذه العوامل :

١_ إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة

٢_ صعوبات الولادة

٣ _ ارتفاع نسبة المادة الصفراء

٤_ النزيف أثناء الولادة

٥_ نقص الأكسجين

٦_ استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة

٧_ الولادة باستخدام أساليب خاصة

ج_ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة

هي المتغيرات الطبية أو البيئية وهذه المتغيرات هي:

١_ تعرض الطفل لأمراض خطيرة مل التهاب السحايا

٢_ الظروف الأسرية المطربة

٣_ الإصابات المختلفة التي تنتج عن الحوادث خاصة الرأس
٤_ الأمراض المزمنة الخطيرة
٥_ إساءة استخدام العقاقير الطبية
٦_ التسمم بالرصاص أو بغاز أول أكسيد الكربون وغير ذلك
٧_ الحمى الشديدة
(جمال الخطيب, ١٩٩٨: ٢١٩)
(الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين, ١٩٩١: ٦٩ _ ٧٠)

تحـدث الإعاقـات الجـسمية والحركية والجنسية والعقلية والذاتية نتيجة أسباب وعوامل وظروف اقتصادية وصحية واجتماعية متعددة كما تتنوع العوامل المسببة للإعاقة إلى عوامل خلقية ووراثية وبيئية مكتسبة كما تختلف بنوع الإعاقة وسن الطفل أو الفرد المصاب والجنس والعادات وغير ذلك من مئات العوامل ومن أهم العوامل مصنفة حسب المجالات المختلفة

أولا: عوامل اجتماعية أو نظم وظواهر مجتمعية وهي:

١- الزواج من الأقارب.
٢- الزواج المبكر قبل ١٨ _ ٢٠ سنة والزواج المتأخر بعد سن
٣- انتشار الأمية بين الإناث.
٤- خروج المرأة إلى العمل خاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل.
٥- الفقر وما يترتب علية قصور الإمكانات الصحية والتربوية.
٦- ارتفاع معدلات الإنجاب

ثانيا : عوامل مرتبطة بالجوانب الصحية

هـناك ارتباط بين الأوضاع الصحية والغذائية ومشكلة الإعاقة من الناحية الصحية لذلك نجد إن هناك من الأمراض ما يؤدي إلى إعاقة إذا لم يتم علاجها منها الحمى الشوكية التي إذا لـم تعالج مبكرا فستؤدي إلى تخلف عقلي أو فقدان البصر أو السمع أو القدرة الحركية والرمد يـؤدي إلى فقدان البصر وكذلك ارتفاع ضغط العين والحصبة الألمانية تؤدي إذا أصيبت بها الأم أثـناء الحمل إلى تخلف عقلي في الجنين أو إلى التوحد أو الشلل المخ للطفل بعد الولادة ومـن الأمـراض الفيروسية أيضا شلل الأطفال والجذام كذلك تؤدي حالات الإسهال والجفاف الـذي تترتب علية إعاقات ذهنية وجسمية متعددة وخاصة إن الإسهال يؤدي إلى سوء التغذية وسـوء التغذية يؤدي إلى نقص المناعة فيصاب الطفل بالإسهال ثانية وهكذا قد يؤدي الإسهال إلى وسوء التغذية إلى إعاقات متعددة كذلك يؤدي السل وأمراض الجهاز التنفسي إلى إعاقات ذهنـية وجـسمية والحصبة والدفتريا والسعال الديكي وكذلك الحصبة الامانية إما بالنسبة إلى

سـوء التغذية فان نقص البروتين خاصة في مرحلة الحمل واطفولة المبكرة يؤدي إلى التخلف العقلـي وذلك لان ٨٠ % من خلايا الجهاز العصبي تتكون في الفترة بين الشهر السادس من الحمـل والـشهر السادس بعد الميلاد ومن جهة أخرى فان نقص الكالسيوم وفيتامين د يؤدي إلى لين العظام والكساح والقصور الحركي ويؤدي نقص فيتامين أ إلى فقد البصر ويؤدي سوء الـتغذية لـلام الحامل وخاصة بالنسبة إلى البروتين والسعرات الحرارية الكافية إلى عسر في الـولادة أو مـيلاد الطفل قبل اكتمال فترة الحمل أو ميلاد طفل قليل الوزن فإن الطفل يكون عرضـة للإصابة بإعاقة جسمية أو ذهنية و هناك أمراض غير ميكروبية أو فيروسية ولكنها تـؤدي إلـى الإعاقـة كذلك يعتبر التلوث الكيميائي للهواء والماء والمواد الغذائية بمواد مثل الرصاص والزئبق

ثالثا: عوامل وراثية تنتقل بعض العوامل المسببة للإعاقة

عـن طريق الجينات أو العوامل الوراثية من جيل إلى آخر وقد لا تظهر الإعاقة في جيل معين ولكنها تظهر في الجيل الثاني مما يترتب وراثة نوع من التخلف العقلي أو فقدان البصر أو الـسمع كـذلك يمكن أن يرث الطفل دما من فصيلة **rh**سالبة فإذا كانت إلام تحمل الفصيلة الموجبة فإن الطفل إن نجى من الموت فسيصاب بالتخلف

رابعا: الحوادث

يؤدي الإهمال للأسرة إلى العديد من الحوادث التي تؤدي إلى الإعاقة .

(عثمان لبيب فراج . ٢٠٠٣)

الأسباب النفسية والفسيولوجية المؤدية للإعاقة

أولا : الأسباب النفسية:

بالإضـافة الأسـباب السالفة الذكر للإعاقة فهناك الأسباب أو الأمراض النفسية العديدة وتأثير البيئة المحيطة مما يؤدي إلى إقبال الأفراد على إيذاء أنفسهم وبالتالي يصابون بالإعاقة ... كـذلك هناك الأنماط الحياتية والبيئية فالشخص الذي يسكن أو يقيم في الأماكن التي تكثر فـيها الضوضاء وتعلو فيها نسبة الأصوات العالية وحركة السير كالمدن والمطارات معرضة للإصـابة بالإعاقة أكثر من غيرها من المناطق (إعاقة سمعية) كذلك العوامل الاجتماعية التي تكثـر فـي بيـئات معيـنة نتـيجة لتـردي الأوضـاع المعيـشية والـصحية للـسكان وانطلاقـا من أن العلم لا يبلغ الحقيقة إلا من خلال الحوار الصريح الصادق كان هناك حوار في الملاحق اختص بالنقاش في هذا الجانب... إن المعيشة للواقع والانفعال به والهموم الحياتية للمواطن العربي والحل ماذا؟ إنـ السكان بحاجة ماسة إلى التثقيف في مشاكلهم النفسية ودور عالم النفس يبرز في خدمة الإنسان لتحقيق النمو المتكامل والاتزان النفسي الصحيح ولذلك لا

بـد مـن توفر الثقافة النفسية العميقة والتجارب وحب الإنسان والقدرة على النفاذ إلى أعماق الآخرين من أجل تخليصهم مما هم فيه وكبت الرغبة في أنفسهم نحو الانتحار ومحاولة تبديدها ليـنجو المجـتمع من كثرة الحوادث ومن الإعاقات الناشئة عنها . فالجسم يستجيب لمشاعرنا العنـيفة كالفـرح والكره والغيظ والعنف وغيرها، استجابات مخيفة فتنشط الغدة فوق الكلوية وتفـرز مـادة الأدرينالين والتي ترفع ضغط الدم وسرعة النبض وتزيد من استجابة الإنسان للمؤثـرات الخارجية فيصير عصبيا شديد التوتر وتثير البنكرياس ومركز التنفس وكل أجزاء الجسم تقريبا ومع الأدرينالين يصاب المرء بعسر الهضم والشعور المستمر بالضيق والإنهاك مـع صعوبة التنفس والصداع وارتفاع نسبة السكر في الدم،و....الخ، وتأتي فيما بعد الإعاقة البصرية لتمثل النهاية في سلسلة كل هذه الأمراض نتيجة الارتفاع في ضغط الدم (كما سيظهر لاحقا في باب بعض الأمراض المتصلة بالإعاقة ومن هذا ينتج أثر وتأثير العوامل النفسية في الإصـابة بالإعاقـة ...إن النشاط النفسي = دالة (الوراثةxالبيئة) فشخصية الفرد ليست نتاج نفـسه فحسب ولا نتاج البيئة فحسب وإنما نتاج تفاعلهما الوظيفي المستمر. والجدير بالذكر أن الإعاقة ليست نوعا واحدا كما يظنه البعض أو ناتجة عن فقد الحواس أو شلها عن الحركة فقط فقد ظهر هناك إعاقات أخرى رغم وجود جميع الحواس الإنسانية وتوافرها في ذات الشخص المعـاق بالمعنـى الآخر ولعل السطور التالية تبين ذلك وتزيل الغموض مما صعب فهمه من ذلـك.... فلقـد بيـنت الدراسات الأنثروبيولوجية **Anthropological studies** التي أجـريت على ما يعرف بالأطفال المتوحشين الذين وجدوا وسط الحيوانات في بعض الغابات. وتبـين أن في هذه الحالات لم تتضح في هذه الكائنات الحية حتى الخصائص الوراثية المميزة للـنوع الإنـساني.. كـالكلام واللغة والحركة المنسقة وإنما الذي حدث هو انحراف أو إعاقة للإمكانـات الكامـنة والاستعدادات الطبيعية حتى أن هؤلاء الأطفال صاروا يستجيبون بالقفز وبأصـوات كالحـيوانات وطريقة الأكل وغير ذلك مما يميز وسط جماعة الحيوان.. من هذه البـيانات وغيرها الكثير يتبين لنا في النهاية أن ما يبدو عليه الأفراد من فروق في مستويات النـشاط العقلـي المعرفي وخصائص الشخصية بصفة عامة تعتمد على البيئة لذلك يظهر هذا الترابط الوثيق بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيئة في فسيولوجية الإعاقة... إن أهداف أي علـــــــــــم تكمـــــــــــن فـــــــــــي ٣ أهـــــــــداف:

(١الفهـــــــــــــــــــــــــــــــــم

(٢التنـــــــــــــــــــــــــــــــــبؤ

(٣الـــــــــــــــــــــــــــــــــضبط

نسبه /الإعاقة

(ولقد قدرت هيئة الأمم المتحدة في مؤتمراتها العلمية أن نسبة المعوقين في العالم تمثل ١٠ % مـن حجم السكان إذ يبلغ عدد المعوقين في العالم حوالي ٤٥٠ مليون منهم ٨٠ % في الدول النامية وهذه نسبة غير مبالغ فيها بالنسبة لانتشار العجز ومن المتوقع أن يصل تعداد المعوقين في العالم إلى ٦٠٠٠٠٠٠٠٠ عام ٢٠٠٠ وسيكون نصف سكان العالم في هذا الوقت اقل من ١٥ سنة ويعيشون في الدول النامية وسوف يبلغ عدد المعوقين من هؤلاء الأطفال ١٥٠ مليون طفل)

(الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، ١٩٩١: ٥٢)

الإعاقة	النسبة المئوية المعتمدة عالميا	الأعـداد المـتوقعة في العالم العربي
المتخلفون عقليا	٢،٣	٨٢٨،٠٠٠
الإعاقة البصرية	,١	٣٦،٠٠٠
الإعاقة السمعية	,٦	٢١٦،٠٠٠
العاجزون عن التعلم	٢،٥	٩٠٠،٠٠٠
الإعاقة الجسمية	,٥	١٨٠،٠٠٠
المضطربون سلوكيا	١	٣٦٠،٠٠٠
المضطربون كلاميا | لغويا	٣	١،٠٨٠،٠٠٠
المجموع الكلي	١٠	٣،٦٠٠،٠٠٠

(برنامج تدريبي للأطفال المعاقين ، ٢٠٠٤ _ ١٤٢٤ : ١٢)

تكـاد تكون الإحصاءات الدقيقة حول أعداد ونسبة الإعاقة الحاضرة نادرة فلا يوجد على وجـه التحديد إحصاءات دقيقة لهذه الفئة سواء على المستوى العالمي أو على مستوى الدول المختلفة إلا أن أكثر التقديرات تفاؤلا تلك التي صدرت عن وكالات الأمم المتحدة كاليونيسيف ومـنظمة الـصحة العالمية والتي تشير إلى أن ١٠% من أفراد المجتمع يعتبرون من ذوي الحاجات الخاصة وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق آراء الخبراء ونتائج بعض الاستقصاءات إلـى أن مـا نسبته ١٠ _ ١٥ % من الأطفال هم من ذوي الحاجات الخاصة وأشار تقرير (وارنوك) الصادر في بريطانيا إلى أن واحدا من كل خمس أو ستة تلاميذ يحتاج إلى خدمات التـربية الخاصة خلال فترة التحاقه بالمدرسة وهناك تقديرات أخرى لبعض الدول تصل فيها

نسبة هذه الفئة إلى ٢٠ _ ٢٥ % من طلبة المدارس العادية الذين يمكن أن يواجهوا صعوبات متنوعة (المدخل إلى التربية الخاصة ، ١٤١٦ _ ١٩٩٥ : ٢٥)

(أرقـام منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن أعداد المعاقين في مختلف مجتمعات العالم تسجل زيادة هائلة حيث بلغت النسبة من ٨-١٠% من سكان العالم ومعظم حالات الإعاقة في الدول النامـية ، وكانت الأرقام السابقة تشير إلى أن حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة نسبتها ٢-٤ % وتـدل هـذه الأرقـام على وجود ملايين من حالات الإعاقة من مختلف الأعمار في كل مجـتمعات العـالم ، ويطلق على المعاقين الفئات الخاصة أو " ذوي الاحتياجات الخاصة " أو متحدي الإعاقة لتجنب الواقع السيئ والوصمة التي يحملها وصف الإعاقة ويضاف إلى العبء الـذي يـواجهه المعـاق وأهله في مجتمعات العالم الثالث أعباء أخرى أهمها انخفاض الدخل وتدني مستويات الرعاية الصحية والاجتماعية

وفـي العـالم العربي - رغم عدم وجود إحصائيات رسمية موثوقة – فان عدد المعاقين يقدر بحوالـي ٢٠ ملـيون شـخص وفي أفريقيا يزيد عدد المعاقين على ١٠٠ مليون وتتزايد هذه الأعـداد باسـتمرار ومن هنا كان الاهتمام بعقد هذا المؤتمر العالمي في السودان بتنظيم من المجلـس العالمي الإسلامي للإعاقة والتأهيل بالمملكة العربية السعودية وفيه تنوعت الأبحاث التـي تـناقش جـوانب مختلفة لمشكلة الإعاقة وأنواعها وأسبابها والجديد في وسائل الرعاية والتأهيل وخبرات الدول المختلفة – ومن بينها مصر – الكويت – في مجال الإعاقة)

(د. لطفي الشربيني ، ١٩٩٩)

(إلـيكم تلـك الإحصاءات وهي غير دقيقة فلا يوجد إحصائية دقيقة في مجال المعاقين حتى الآن:

إجمالـي المعاقـين فـي العـالم بلـغ ٥٠٠٠٠٠٠٠٠ معـاق (خمـسمائة ملـيون معاق)

إجمالـي المعاقـين فـي العـالم العربـي بلغ ٢٠٠٠٠٠٠٠ معاق (عشرون مليون معاق)

فـي مصر بلغ إجمالي المعاقين أكثر من ٦٠٠٠٠٠٠معاق(ستة مليون معاق) بنسبة بلغت ١١ % مـن عـدد الـسكان باعتـبار أنهـم ٧٠ ملـيون معـاق.

يـولد كفـيفا فـي العـالم العربـي٦,٧% مـن إجمالـي عـدد المكفوفـين.

أي أن هـــناك ٧٣,٢ تقـــريبا مـــن المكفوفـــين فقـــدوا البـــصر بعـــد الـــولادة .. وهذه نسبة خطيرة توجب الدراسة حتى نحد من الإعاقة البصرية بالوقاية ...الوقاية.. الوقاية)

مبـررات اخـتلاف معـدلات الإعاقة بين دول العالم الثالث (العالم النامي) والدول الصناعية الكبرى:

١- ارتفـاع معدلات الأمية في دول العالم الثالث حيث تصل في بعض البلدان ‘لى٤٠% من إجمالي تعداد السكان.

٢- ارتفـاع معـدلات الانجاب حيث تلعب العادات والتقاليد الدور الأكبر في انجاب أكبر عدد من الأطفال بغض النظر عن الامكانات المادية والاقتصادية للأسرة.

٣- ان نـسبة الأطفال في دول العالم النامي يصل إلى ٤٨% من إجمالي تعداد السكان بينما النسبة العالمية في دول الصناعية من ٢٢-٢٨%.

٤- نقص شديد في الوعي الصحي والغذائي مقارنة بالدول الصناعية الكبرى.

٥- غياب ثقافة الوعي الانجابي من خلال مراكز الفحص قبل الزواج.

٦- انتـشار زواج الأقـارب كواحد من أهم روافد إنتاج الإعاقة ومسبب أساسي لزيادة معدلات حدوث الإعاقة في العالم النامي وخاصة في العالم العربي بشكل خاص حيث ينتشر بدرجة كبيرة زواج الأقارب والفكر القبلي والحفاظ على التوارث.

المحاضرة الثالثة والرابعة

الإعاقة العقلية

مقدمة

نبذة عن تاريخ الإعاقة العقلية

الإعاقة العقلية

مفهوم الإعاقة العقلية

تعريف الإعاقة العقلية

تعريف الإعاقة العقلية

أسباب الإعاقة العقلية

تصنيف الإعاقة العقلية

خصائص الإعاقة العقلية

تشخيص الإعاقة العقلية

مشكلات تشخيص الإعاقة العقلية

مقدمة

على الرغم من التقدم الهائل الذي حصل في مجال الإعاقة العقلية من حيث الأسباب وتحديد المفهوم والتعريف والتشخيص وجوانب التأهيل والتدريب والوقاية المختلفة ، إلا أن الوصول إلى فهم مشترك حول معظم القضايا مازال في مراحله الأولية . فالمتتبع لحركة تطور الإعاقة العقلية يلمس مدى التقدم العلمي الذي طرأ على هذه الظاهرة بشكل تمت فيه دراسة كافة جوانبها لغرض وضع إطار موحد للمفهوم .

أما في الوطن العربي ، فإن واقع ومفهوم هذه الظاهرة مازال يكتنفه الكثير من الغموض وعدم الوعي وذلك على الرغم من بعض التقدم الذي حدث في العقود القليلة الماضية وعلى الأخص في جانب الخدمات المقدمة لهذه الفئة من الأطفال .

نبذة عن تاريخ الإعاقة العقلية

الاعاقه الفكرية مشكله اجتماعيه معقده استرعت منذ أقدم الأزمان نظر المجتمعات الانسانيه وتفاوتت مواقف كل مجتمع من المجتمعات حسب نظامه الاجتماعي .

ففي بلاد اليونان كان ينظر إلى الاعاقه الذهنية نظرة رساء وتحقير وتشير بعض الدراسات إن الاغريقين واليونانيين كانوا يشخصون الاعاقه العقلية على أساس ما يلازمها من تشوهات وعيوب جسميه حتى إنهم اعتبروهم منبوذين . وعندما ظهرت الديانة المسيحية انع**ت تعاليم المسيح على المعوقين فأصبحوا موضوع اهتمام وعطف وفي انجلترا اصدر الملك ادوارد الأول ١٢٧٢-١٣٠٧ بعض القوانين التي ميزت المعوقين.

وحين ظهر الإسلام وقامت ألدوله الاسلاميه ورفرفت عليها راية سيدنا ونبينا محمد صل الله عليه وسلم أعطي للمعوقين حقوقا جمه ومتعددة .

ثم عرف المسلمون الانحرافات الذهنية واستخدموا العلاج النفسي واشتهر فيه كثير من أطبائهم من أمثال أبو بكر الرازي إلا إننا لا نجد إنهم شخصوا الاعاقه العقلية وتعرفوا عليها ولكن بعض المربيين الإسلاميين من أمثال الشيخ الزر نوجي كانوا يرون مراعاة الفروق الفردية وقد ميزوا عوامل الذكاء وفي عصر النهضة الاوربيه نادى البروتستانت بمسؤولية الفرد عن إعماله على يد إيتارد الذي قام بأول محاوله لتعليم المعوقين عقليا .

أما حركة إنشاء مراكز ومؤسسات المعوقين عقليا فقد بدأت في بداية القرن التاسع عشر على يد كل من هورس مان- وصمويل جريدلى- ودورثييياد** .

أما في الولايات المتحدة الاميركيه فقد بداء الاهتمام عام ١٨٥٠ وذلك عندما أسس سيجان أول مؤسسه لرعايتهم وفي عام ١٩٢٢ تأسست جمعية الأطفال الغير عاديين وتغيرت النظرة إلى الاعاقه العقلية عندما اعتبرتها مونتسوري مشكله تربويه.

أما ذروة الاهتمام على المستوى الحكومي والشعبي فقد ظهرت في أمريكا عام ١٩٦٢ حين تبنى الرئيس الأمريكي كنيدي رعاية المعوقين عقليا لان شقيقته كانت معوقه عقليا .وطلب من رجال التربية وعلم النفس والطب والاجتماع دراسة هذه المشكلة دراسة وافيه وانتهت الدراسة بعدة توصيات أهمها:

وضع تشريع جديد لرعاية المعوقين ذهنيا وإجراء الدراسات والبحوث العلمية في هذا المجال وتحسين برامج الخدمات النفسية والاجتماعية للمعوقين وأسرهم والتركيز على برامج التعليم والتدريب

الإعاقة العقلية

تقع ظاهرة التخلف العقلي ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة. و لهذا حاول المختصون في ميادين الطب و الاجتماع و التربية و غيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، و مسبباتها، و طرق الوقاية منها، و أفضل السبل لرعاية الأشخاص المعوقين عقليا. و لم يتوقف الأمر عند ذلك، فقد استدعى التوسع في الخدمات المقدمة للمعوقين عقليا و تنوع تلك الخدمات قيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط و المعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من تلك الخدمات، وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة.

وبناء عليه فقد جعل هذا التطور قضية الإعاقة موضوعا اجتماعيا اهتم به المشرعون من باب اهتمامهم بوضع الأنظمة والقوانين المختلفة المتعلقة بالمعوقين عقليا و تنظيم الخدمات المقدمة لهم. كما اهتم بتا أولياء الأمور الذين يهمهم أن يتلقى أطفالهم المعوقون الخدمات المناسبة.

مفهوم الإعاقة العقلية

تعتبر الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة على مر العصور ولا يـ ـكاد يخلو مجتمع منها، كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعا يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعـلوم الـنـفس والـتربية والطب والاجتماع والقانون ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجـهات الـ ـعلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظـاهرة وأثـرها في المجتمع ولذا فلـيس من المستغرب إن نجد تعريفات مختلفة لهذه الظـاهرة وقد يكـ ـون من المناسب

تعريف الإعاقة العقلية

أن تعريف الإعاقة العقلية مر بمراحل عديدة، وسوف يظل في حالة تطور مستمر، وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة.

ويمكن تقسيم تعريف الإعاقة العقلية كالآتي :

- التعريف الطبي (Medical Definition)
- التعريف السيكومتري (Psychometric Definition)
- التعريف الاجتماعي (Social Definition)
- تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

The American Association on Mental Retardaion , (AAMR) (Definitio

التعريف الطبي (Medical Definition)

يعتبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالات الإعاقة العقلية إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتـشخيص الإعاقة العـقلية وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية ففي عـ ـام١٩٠٠ م ركز ايرلاند على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو بعد الولادة.

وفي عام ١٩٠٨م ركز تريد جولد على الأسباب إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعده.

التعريف السيكومتري (Psychometric Definition)

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية نتيجة للتطور الواضح في حركة القيـاس النفسي على يد بينيه عام ١٩٠٥م وما بعدها بظـهور مقياس ستانـفـورد بينيه للذكاء وكذلك مقياس وكسلر عـام ١٩٤٩ وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (I , Q) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية ، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ معاقين عقلياً ، على منحنى التوزيع الطبيعي

التعريف الاجتماعي (Social Definition)

يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسها ، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه .

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

The American Association on Mental Retardaion , (AAMR) (Definition

فقد جمع هذا التعريف بين المعيار السيكومتري والـمـعـيـار الاجتماعي وعلى ذلك ظهر تعريف لهـيـبر عام ١٩٥٩ م والذي روجع في عام ١٩٦١ م :

"الإعاقة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط بانحراف معياري واحد ويصاحبه خلل في الـ ـسلوك ألتكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائيه منذ الميلاد وحتى سن١٦

ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها هيبر تمت مراجعة التعريف من قبل جروسمان ١٩٧٣

"تمثل الإعاقة العقلية مستوى الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافتين معياريين ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائيه منذ الميلاد وحتى سن ١٨سنه"

ويعتبر تعريف جروسمان من أكثر التعريفات قبولا في أوسـ ـاط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣ م وحتى الوقت الحاضر

وظهر تعديل جديد لتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العـقلي في عام١٩٩٣ م والتي أشار إليها كلا من:هنت ومارشيل ولاكـسوف والجمعية الأمريكية للطب النفسي

وعلى ذلك ينص التعريف الجديد على يلي:

"تمثل الإعاقة العقلية عددا من جوانب القصور في أداء الفرد في اثنين من ظواهر السلوك التكيفي مثل:

تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن ١٨ وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (٧٥ + أو – ٥) يصاحبها قصور واضح في أثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل :

- مهارات الحياة اليومية
- المهارات الاجتماعية
- المهارات اللغوية
- المهارات الأكاديمية الأساسية
- مهارات التعامل بالنقود
- مهارات السلامة

تعريف الصحة العالمية

هو نقص أو عدم النمو الكافي للقدرات العقلية.

تعريف جمعية الأطباء الامريكيه:

هو الطفل الذي يقل عن المتوسط في القدرات الذهنية والذي يحدث له في فترة اكتمال الجنين حتى سن ١٦ سنه ولديه نـقـ ـص في النضج أو القابلية للـتعلم والتكيف الاجتماعي منفردين أو مجتمعين وهو يحتاج إلى الرعاية طبية واجتماعيه.

تعريف الاتحاد الأمريكي:

هي حاله تشير إلى آدا وظيفي دون المتوسط في العمليات العقلية وتوجد متلازمة مع إشكال من القصور في السلوك التكيفي على إن يظهر ذلك خلال فتره النمو.(صموئيل كيريك وجيمس جالارج)١٩٨٦ م

تعريف دول:

حيث وضع "ادجار دول" هذا التعريف عام١٩٤١م ويكون الطفل متخلفا عقليا يلزمه ستة عناصر أي يلزم توافر ستة عناصر فيه وهي:

(توقف النمو العقلي-له أصل بنيوي "حيوي"- لديه نقص عقلي يتضح عند بلوغه – غير قابل للشفاء – وعدم النضج الاجتماعي)

ويتميز هذا التعريف بأنه ربط بين عدم النضج الاجتماعي وبين النقص العقلي.

واعتبر دول أن التخلف عقليا غير قابل للشفاء. حيث أن الطفل المتخلف عقليا تزداد درجاته ٩ في اختبار الذكاء بمرور الوقت.

أسباب الإعاقة العقلية (Causes Of Mental Retardaion**)**

إن معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف ٢٥ % من أسباب الإعاقة العقلية وأن ٧٥ % من هذه الأسباب هي غير معروفة حتى الآن .

وللإعاقة العقلية أسباب كثيرة يصعب الفصل بينها ، ويمكن تصنيفها إلى الآتي :

أسباب وراثية (Hereditary)

- قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بتا الخصائص الجسمية والنفسية كالطول والقصر والنحافة والسمنة ولون الجلد .
- قد تحدث الإعاقة العقلية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي والمخ ، وقد يكون هذا الشذوذ في الكر وموسومات أو في الجينات التي تحملها الكر وموسومات ، وبذلك فإن أي خطأ في الكر وموسومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية (Biochemical) يسبب تلفاً في خلايا المخ أو الجهاز العصبي .

ومن هذه الأخطاء التي قد تحدث :

- زيادة كروموسوم في الخلية .
- غياب كروموسوم أو غياب جزء منه .
- انتقال كرموسوم أو جزء منه إلى كرموسوم آخر ليس نظيراً له ، وتحدث هذه الحالة عادة في الكرموسوم رقم ١٥ الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى الكرموسوم رقم ٢١ .

وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكرموسومات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية

- متلازمة داون (Down Syndrome)
- متلازمة تيرنر (Turner,s Syndrome)
- متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter ,s Syndrome)
- ثلاثي (د) (D Trisomy)
- ثلاثي (هـ) (E Trisomy)

أما أمثلة شذوذ الجينات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية تتضح فيما يلي :

- مرض الفينيل كيتون يوريا (Phenyl keton urea)
- مرض الجلاكتوسيميا (Galactosemia)
- مرض تاي ـ ـ ـ ـ ساك (Tay – sach,s disease)
- اضطرابات الغدد الصماء
- ضمور غدة الثيمس (Thymus gland)
- نقص في وظيفة الغدة الدرقية (Hypothyrodism)
- التشوهات الخلقية (Congenital anomalies)

مثل : صغر حجم الجمجمة (Microcephaly) و الاستسقاء الدماغي (Hydrocephalus)

- العامل الرايزيسي (Rhesus factor)

أسباب بيئية (Environmental)

يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي كما تؤثر على أنسجة مخه والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية .

وتنقسم الأسباب البيئية الى ثلاثة أقسام :

- أسباب قبل الولادة (Prenatal)
- أسباب أثناء الولادة (Natal)
- أسباب بعد الولادة (Post natal)

أسباب قبل الولادة (Prenatal)

- الالتهابات الفيروسية والبكتيرية مثل (الجدري والتهاب الكبد الوبائي والحصبة الألمانية والزهري)
- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات .
- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية أثناء فترة الحمل .
- إدمان المخدرات والكحوليات والتدخين .
- سوء تغذية الأم الحامل .
- صغر سن الأم وكبر سن الأم .

أسباب أثناء الولادة (Natal)

- إطالة فترة الولادة أو ضعف صحة الأم أو كبر حجم الجنين أو تضخم رأس الجنين أو نتيجة وضع الجنين في الرحم بطريقة غير طبيعة .
- الوضع غير الطبيعي للمشيمة .
- استخدام جفت الولادة (Delivery forceps)
- انفجار الجيب الأمامي مبكراً يؤدي إلى مايسمى بالولادة الجافة . .
- الولادة السريعة والتي بتا طلق سريع .

أسباب بعد الولادة (Post natal)

- التهاب أغشية المخ السحائية .
- التهاب أنسجة المخ .
- شلل المخ .
- إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من مرتفعات أو الاصطدام بجسم صلب .
- انخفاض في أداء الغدة الدرقية .

- نقص أو سوء التغذية .
- أسباب اجتماعية .
- أسباب مرضية

تصنيف الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة العقلية إلى عدة تصنيفات مثل :

- التصنيف الطبي (Medical Classification)
- التصنيف التربوي (Educational Classification)
- تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD Classification)

التصنيف الطبي (Medical Classification)

يقوم التصنيف الطبي على أساس تصنيف حالات الإعاقة العقلية وفقاً لأسبابها وخصائصها الإكلينيكية المميزة .

ويتضمن هذا التصنيف مسميات مثل :

- متلازمة داون (Down Syndrome)
- الاستسقاء الدماغي (Hydrocephalus)
- صغر حجم الدماغ (Microcephaly)
- كبر حجم الدماغ (Macrocephaly)
- الفينيل كيتون يوريا (Phenyl keton urea)
- القماءة أو القصاع (Critinism)

التصنيف التربوي (Educational Classification)

يهدف التصنيف التربوي إلى وضع الأفراد المعاقين عقلياً في فئات تبعاً للقدرة على التعلم ، وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية اللازمة لهؤلاء الأفراد .

ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات هي :

- فئة القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded)
- فئة القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded)
- فئة الاعتماديون (Severly and profoundly Handicapped)

تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD Classification **)**

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال .

ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الفئات التالية :

- الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation)
- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)
- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)
- الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Retardation)

وفي عام ١٩٩٢ اختلفت طريقة تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فصارت تشمل : مستويات تحدد مدى الدعم المختص الذي يحتاج إليه الطفل .

وتنقسم المستويات كالتالي :

- الدعم المتقطع : وهو الدعم أو التدخل عند الحاجة فقط .
- الدعم المحدود : وهو الدعم المحدود لفترة زمنية محددة .
- الدعم الواسع : وهو الدعم المنظم في البيت أو المدرسة أو العمل .
- الدعم المنتشر : وهو الدعم العام في جميع الظروف .

وبدلاً من تسمية الطفل المعاق إعاقة عقلية شديدة أصبح يعّرف بأنّه الطفل الذي يحتاج إلى دعم منتشر في الاعتماد على النفس .

خصائص الإعاقة العقلية

الخصائص العامة

من الصعوبة التوصل إلى تعميم يتصف بالدقة فيما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقليا..

سنحاول هنا إبراز أهم الخصائص وأكثرها عمومية في كل جانب من جوانب النمو، مع التنويه إلى إن هذه الخصائص مشتركة في طبيعتها بين الغالبية العظمى من المعوقين عقليا لكنها تختلف في درجتها بين معوق و آخر تبعا لعوامل متعددة، أبرزها:

* درجة الإعاقة..
* المرحلة العمرية..
* نوعية الرعاية التي يلقاها المعوق سواء في الأسرة أو برنامج التربية الخاصة..

يتشابه المعاقون عقلياً في صفة واحدة وهى الإعاقة ويختلفون في كافة المظاهر. يمكن حصر خصائص المعاقين عقلياًالعامة في خمسة جوانب هي كما يلي:

الخصائص الجسمية

يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقليا إلى الانخفاض بشكل عام. وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة.. فالمعوقين عقليا اصغر في حجمهم و أطوالهم من اقرأنهم العاديين.. وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحا على مظهرهم الخارجي.. وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس و الوجه وفي أحيان كثيرة في الإطراف العليا و السفلى..

كما إن الحالة الصحية العامة للمعوقين عقليا تتسم بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة التعب والإجهاد.. وحيث إن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم اقل و تعرضهم للمرض أكثر احتمالا من العاديين، فان متوسط أعمارهم ادني. ولكن التقدم في الخدمات الصحية والتكنولوجيا الطبية، وتحسن الاتجاهات و الخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط أعمارهم..

وفيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني بطئا في النمو تبعا لدرجة الإعاقة. ونجد إن غالبية المعوقين عقليا يتأخرون في إتقان مهارة المشي و يواجهون صعوبة في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كعضلات اليد والأصابع والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة.

الخصائص المعرفية العقلية

الانتباه:

يعاني المعاقين عقليا من ضعف القدرة على الانتباه، والقابلية العالية للتشتت.. وهذا يفسر عدم مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة، أو مناسبة للعاديين.. كما أن ضعف الانتباه و ضعف الذاكرة هما من الأسباب الرئيسية لضعف التعلم. وتزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة الإعاقة..

التذكر:

يمكن القول إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر ولذا فانه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة. ومن العوامل التي تسهم في ضعف الذاكرة لدى المعوقين عقليا مايعرف بضعف

القدرة على القيام بعمليات الضبط المتتابعة، والتي تعتبر ضرورية لإعادة تكرار الشيء فيدهن الشخص حتى يستطيع حفظه..

التمييز:

ولما كانت عمليات الانتباه و التذكر لدى المعوقين عقليا تواجه قصورا كما أسلفت من قبل. فان عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين. وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة.. أما فيما يتعلق بدرجة الإعاقة فنجد إن المعوقين عقليا بدرجة شديدة يتعذر عليهم في معظم الأحيان التمييز بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمساقات المختلفة (دون تدريب مسبق)....أما فيما يتعلق بمتوسطي الإعاقة فإنهم يظهرون صعوبات في تمييز الخصائص السابقة..لكن نلاحظ إن الصعوبات ابرز ماتكون في تمييز الأوزان والأحجام والألوان غير الأساسية..كما إن هذه الصعوبات تزداد كلما ازدادت درجة التقارب أو التشابه بين المثيرات... أما بسيطو الإعاقة العقلية فإنهم يواجهون مثل تلك الصعوبات لكن بدرجة اقل..

التفكير:

تعتبر عملية التفكير من أرقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيدا..فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل و التذكر وغير ذلك من العمليات العقلية.. إن الانخفاض الواضح في القدرة على التفكير المجرد التي يتميز بتا المعوقون عقليا، تفرض علينا إن نهم بقدر كبير بتوفير الخبرات التعليمية على شكل مدركات حسية، ومن ثم شبه مجردة و من ثم مجردة..

الخصائص اللغوية

يعاني المعاقون عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة..ومن الصعوبات الأكثر شيوعا التأتأة، والأخطاء في اللفظ و عدم ملائمة نغمة الصوت..

ومن أهم المشكلات التي تواجه المعاقين عقليا ما يتعلق بفصاحة اللغة و جودة المفردات..ويلاحظ إن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة لاتتناسب مع العمر الزمني..

الخصائص الاجتماعية

يعانون غالبا من ضعف في التكيف الاجتماعي، نقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسئولية الانعزالية، العدوانية مع تدنى مفهوم الذات.

الخصائص العاطفية والانفعالية

وهي عدم الاتزان الانفعالي، عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثر أحياناً وبطء التأثر أحياناً أخرى مع ردود الفعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي.

تشخيص الإعاقة العقلية

أن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة وفي الوقت المناسب .

لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية :

- **البعد الطبي**

(التاريخ الوراثي ، المظهر الجسمي والحركي ، العوامل المسببة ، الفحوصات المخبرية)

- **البعد السيكومتري**

(مقاييس القدرة العقلية مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ومقياس وكسلر للذكاء)

- **البعد الاجتماعي**

(مقاييس السلوك التكيفي مثل مقياس الجمعية الأمريكية AAMR , ABS)

- **البعد التربوي**

(مقياس التحصيل التربوي مثل مقاييس المهارات اللغوية ، العددية ، القراءة ، الكتابة ، ..... الخ).

و تتكون عملية تشخيص وتحديد الإعاقة العقلية - حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية AAMR - من ثلاث خطوات، كما تشتمل على وصف لأنظمة الدعم التي يحتاجها الشخص من أجل التغلب على مشكلات التأقلم.

الخطوة الأولى:

هي أن يقوم شخص مؤهل بعمل اختبار أو أكثر من اختبارات الذكاء القياسية، وكذلك يتم اختبار مهارات التأقلم باستخدام أحد الاختبارات القياسية.

الخطوة الثانية:

تشمل القيام بوصف مواطن القوة والضعف في الشخص من ناحية الأمور الأربعة التالية:

" مهارات الذكاء، ومهارات التأقلم.

" الاعتبارات النفسية والعاطفية.

" الاعتبارات البدنية والصحية، والمتعلقة بأسباب الإعاقة.
" الاعتبارات المتعلقة بالبيئة المحيطة.
ويمكن تحديد نقاط القوة والضعف من خلال الاختبارات الرسمية، والملاحظة، ومقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص المهمين في حياة الطفل (المدرسين مثلاً)، ومقابلة الطفل والتحدث إليه، مشاركته في أنشطته اليومية، أو من خلال المزج بين هذه الطرق جميعاً.

الخطوة الثالثة:

تتطلب وجود فريق عمل من عدة تخصصات لتحديد ماهية الدعم المطلوب في المجالات الأربع المذكورة أعلاه. حيث يتم تحديد كل دعم مطلوب ودرجة هذا الدعم: إما بصورة متقطعة، أو محدودة، أو طويلة، أو بصورة دائمة ومنتشرة.

الدعم المنقطع:

هو عبارة عن دعم "كلما اقتضت الحاجة"، مثل الدعم المطلوب من أجل أن يجد الشخص المعاق عمل جديد في حالة فقدان عمله السابق. وقد تكون هناك حاجة إلى الدعم المنقطع من فترة إلى أخرى، وعلى مدى فترات مختلفة من حياة الشخص، ولكن ليس على أساس يومي مستمر.

الدعم المحدود:

فقد يكون لفترة زمنية معينة مثل أن يكون أثناء الانتقال من الدراسة إلى العمل أو أثناء التدريب استعداداً للعمل. ويكون هذا الدعم مرتبطاً بفترة زمنية محددة وكافية لتوفير الدعم المناسب للشخص.

الدعم طويل المدى:

هو عبارة عن مساعدة يحتاجها الشخص بشكل يومي وغير مرتبطة بوقت محدد. وقد يشمل ذلك مساعدته في المنزل/ أو العمل.

وعادة لا يكون الدعم المنقطع، أو المحدود، أو طويل المدى في كل نواحي الحياة اليومية للشخص ذي الإعاقة العقلية.

الدعم المنتشر:

عبارة عن دعم دائم وفي مجالات متعددة وبيئات مختلفة، وقد يشمل إجراءات متعلقة بتسيير الحياة اليومية لهذا الشخص. ويحتاج الشخص الذي يقع تحت هذه الفئة من الدعم إلى المساعدة بشكل يومي وفي جميع مجالات الحياة.

مشكلات تشخيص الإعاقة العقلية

تعد عملية التشخيص حجر الزاوية في بناء البرامج والتدخلات العلاجية والتأهيلية للمعاقين عقليا, فهي الأساس الذي من خلاله نستطيع إن نفهم ونتنبأ بمآل الحالة ومدى استفادتها بما سيقدم لها.

ولا توجد طريقة مباشرة نستطيع من خلالها تشخيص الإعاقة العقلية فالحالات تختلف فيما بينها وتتباين في خصائصها.

وفي عملية تشخيص الإعاقة العقلية هناك معايير نلتزم بتا وقد وردت في التعريف الذي أقرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام ١٩٩٠م وهذه المعايير هي:

* انخفاض دال عن المتوسط في وظائف القدرات المعرفية وتقدر عن طريق استخدام مقياس ذكاء مقنن فإذا حصل الفرد على درجة اقل من المتوسط بمقدار انحرافتين معياريين فإننا نتوقع إن نكون أمام حالة إعاقة عقلية.

* قصور في المهارات التكيفية (الاتصال, الرعاية الذاتية, المهارات الاجتماعية, الوظائف المتضمنة في الأعمال الأكاديمية, المهارات العملية, قضاء وقت الفراغ, الإفادة من خدمات المجتمع, التوجيه الذاتي, العمل والحياة المستقلة) وهذا القصور يتعين علينا توثيقه في سياق البيانات المجتمعية العادية التي يعيشها أقران الفرد من نفس فئته العمرية.

* إن يبدأ قبل سن ١٨ سنة.

ومن هنا يتضح حتمية الجمع في تقييم الإعاقة بين القدرات المعرفية والمهارات التكيفية, فمن الخطأ الفادح قصر التقييم على جانب واحد فقط من الجانبين (القدرات المعرفية والمهارات التكيفية) وهو ما يقع فيه كثير من الأخصائيين عند التشخيص.

إن مشكلة تشخيص الإعاقة العقلية تكمن في اعتقاد البعض إن هذه العملية ليست إلا استخدام اختبار ذكاء مقنن يناسب المفحوص من حيث العمر الزمني وهنا تقع المشكلة لأسباب كثيرة منها:

إن الإعاقة العقلية متعددة الإبعاد فهي متداخلة ومتشابكة وليس هناك حدود فاصلة نستطيع من خلالها الفصل بين تلك الجوانب, فكل حالة من حالات الإعاقة العقلية تختلف في مدى خصائصها عن الحالة الأخرى, ويعد قياس القدرات المعرفية هنا هو بعدا واحدا من مجموع

الإبعاد الأخرى ومن خلال عملية القياس لا يمكن الرجوع إلى العوامل التي قد تكون أثرت بالفعل في هذا القياس.

من الممكن إن تكون القدرة العقلية الكامنة اعلي من القدرة العقلية الظاهرة والتي ظهرت من خلال موقف الاختبار وهذا راجع إلى القصور الحركي والانفعالي أو الحسي أو الإدراكي لدى المعاق عقليا ويمثل هذا قصور في عملية التشخيص ولا يمكن الاعتماد عليه.

قصر التشخيص على جانب واحد فقط المعرفي أو التكيفي, فالسلوك التكيفي يعني ما يفعله الشخص عادة, بينما تعني القدرة المعرفية ما يمكن للفرد إن يعمله, ومعرفة مستوى المعاق في كل من الجانبين هو أمر ضروري وهام لوضع برنامج ملائم لمستوى قدراته المعرفية وسلوكه التكيفي للارتقاء بتا.

إذا عملية التشخيص لا تنتهي بالتحديد الكمي أو الوصفي لسلوك المفحوص بل لابد من استخدام تلك البيانات وتوظيفها للتعرف على حالة المفحوص وتحديد البرنامج الذي يناسبها ومراعاة إمكاناتها المختلفة.

لقد استقطبت الوقاية من الإعاقة العقلية والوقاية منها استقطاب العالم أجمع، في الآونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود، ومن المؤكد أن مشكلة يعاني منها نسبة كبيرة من الناس في شتى أنحاء العالم، لا بد وأن توضع في قائمة الأولويات بين المسائل التي تستوجب المجابهة الإيجابية والفعالة التي تتطلب تكاتف الجهود المحلية والعالمية لمواجهتها بشكل علمي جاد، ولذلك تضافرت جهود كل الأطباء والمتخصصين لوضع البرامج الوقائية للحد من حدوثها.

المحاضرة الرابعة

معنى العمر العقلي

الفرق بين التأخر العقلي والمرض العقلي

أنواع اختبارات ومقاييس الذكاء العالمية:

تعريف الوقاية من الإعاقة:

أهمية الوقاية من الإعاقة

مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية

برامج الوقاية من الإعاقة العقلية

طرق تعليم المعاق ذهنيا بأسلوب تربوي

طرق وأساليب التدريس في الإعاقة العقلية

قياس التأخر العقلي

يقاس النمو الذهني للفرد دائمًا بالرجوع إلى عمره الزمني، وتمثل إعاقة التأخر العقلي تأخرًا في النمو الذهني كما هو الشأن بالنسبة إلى القدرات الحركية التي تظهر تبعًا لنمو الطفل فان ظهور القدرات العقلية ترتبط كذلك بفترات من عمر الطفل. وتمثل المقارنة بين العمر العقلي والعمر الزمني المؤشر المعتمد في تشخيص حالات التأخر الذهني، فكلما تخلف العمر الذهني عن العمر الزمني زادت حدة مستوى التأخر العقلي، لكن نسبة التأخر ليس لها نفس القيمة حسب عمر الطفل، فمثلا التأخر الذهني بسنتين لطفل عمره أربع سنوات أكثر حدة من التأخر العقلي بسنتين لطفل عمره ١٢ سنة.

وقد حدد علماء النفس نسبة الذكاء كما يلي: إذا كان العمر الزمني لطفل ٩ سنوات (١٠٨ أشهر) وعمره العقلي ٥ سنوات (٦٠ شهرًا) فان نسبة الذكاء تصبح :

نسبة الذكاء = العمر العقلي × ١٠٠ ÷ العمر الزمني

نسبة الذكاء = ٦٠ × ١٠٠ / ١٠٨ = ٥٥

معنى العمر العقلي:

يُستخدم مصطلح "العمر العقلي" في اختبارات الذكاء، وهو يعني أن الطفل قد أجاب بصورة صحيحة على أسئلة الاختبار، وحصل على عدد إجابات صحيحة تعادل أداء الشخص المتوسط في تلك الشريحة العمرية. ولذلك فإن القول بأن العمر العقلي للشخص ذي الإعاقة العقلية هو مثل العمر العقلي لشخص صغير في السن، أو أنه يمتلك عقلاً أو فهماً كالأطفال الصغار، كل ذلك يعد سوء استخدام أو فهم لهذا المصطلح. فالعمر العقلي لا يشير إلا إلى شيء واحد فقط وهو نتيجة اختبار الذكاء. فهو لا يصف مستوى وطبيعة تجربة الشخص وأدائه في حياته اليومية.

الفرق بين التأخر العقلي والمرض العقلي

يجب الانتباه جيدا إلى الفرق الكبير والجذري بين التأخر العقلي والمرض العقلي ويمكن أن نبرز الفرق بين التأخر العقلي والمريض العقلي :

١- المرض العقلي يحدث نتيجة لإضطرابات انفعاليه ونفسيه داخل الفرد أما التأخر العقلي فنادرًا ما يحدث نتيجة لهذا السبب.

٢- المرض العقلي يتضمن مشكلات في شخصية الفرد نتيجة لظروف معينة، أما في التأخر العقلي فإن أسباب وجود مشكلات في الشخصية ليس سببها الأساسي ظروف محددة.

٣- المرض العقلي نادرًا ما يحصل في سن الطفولة المبكرة أما التأخر العقلي فانه يحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة.

٤- المرض العقلي لا يشترط أن يكون فيه قصورًا في الأداء العقلي أو السلوك، وإن وجد هذا السلوك فانه يرجع إلى اضطرابات انفعالية ونفسية داخل الفرد

أنواع اختبارات ومقاييس الذكاء العالمية:

سأذكر فقط نوعين مهمين من اختبارات الذكاء لأنها أكثر الاختبارات شيوعاً و استخداماً:

١- مقياس ستانفورد بينيه

ظهر هذا الاختبار في سنة ١٩٠٥م على يد (بينيه وسيمون) في فرنسا ويتكون هذا الاختبار من ٣٠ فقرة متدرجة في الصعوبة ويطبق على الأطفال ويستغرق تطبيقه من ٣٠ إلى ٩٠ دقيقة وتصحيحه من ٣٠ إلى ٤٥ دقيقة ويعتبر أكثر الاختبارات شيوعاً وأسهلها ويتمتع بصدق وثبات مقبول وقد تم تعريبه إلى العربية واستخدم في بعض الدول العربية مثل الأردن والسعودية ومصر. ولا يختلف كثيراً في درجاته عن درجات الجمعية الأمريكية لاختبارات الذكاء.

٢- مقياس وكسلر

نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى اختبار (بينيه) فقد قام (وكسلر) بوضع ثلاثة اختبارت للذكاء قدمها لثلاث فئات عمرية وهي:

اختبار وكسلر للكبار من سن ١٦ سنة فما فوق.

اختبار وكسلر للأطفال من سن٦ – ١٧ سنة.

اختبار وكسلر لأطفال مرحلة ما قبل المدرسة من سن٤ – ٦ سنوات.

ويستغرق تطبيقه من ٥٠ – ٧٥ دقيقة وتصحيحه من ٣٠ – ٤٠ دقيقة.

وهو أيضا لا يختلف كثيراً عن تصنيفات درجات الجمعية الأمريكية واختبار بينيه للذكاء.

• أنواع الاختبارات والمقاييس الاجتماعية لقياس البعد الاجتماعي

١- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

ويهتم بالأبعاد التالية (مراحل النمو الجسمي وتطوره. ونمو اللغة, والقدرة على تحمل المسؤولية, ومهارات العمل, والأنشطة المهنية والاقتصادية والمنزلية, والبيئة التربوية, والتوجيه الذاتي).

٢- مقياس (فيلاند) للنضج الاجتماعي

ويشمل هذا المقياس (١١٧) فقرة تقيس ا لجوانب والمهارات الحياتية اليومية مثل (العناية بالنفس, وارتداء الملابس, العناية بالمأكل, والاتصال الاجتماعي, وتوجيه النفس, والنضج الاجتماعي, والتقبل في البيئة, والمهنة

تعريف الوقاية من الإعاقة:

هي 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 اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

أهمية الوقاية من الإعاقة:

على الرغم من أن الإعاقة العقلية هي عرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة، إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي ٢٥ % من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، وهذا يعني أن٧٥ % من أسباب الإعاقة العقلية ما زالت غير معروفة.

ولكن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية، ولا شك أن الوقاية من هذه العوامل، تساعد في التقليل من نسبة انتشار الإعاقة العقلية، حيث يمكن تقليل خطر زيادة الإعاقة العقلية بنسبة كبيرة إذا عمل وفق النصائح التي تفيد في التقليل من نسبة انتشارها.

ولا تؤدي العملية الوقائية الأغراض التي وضعت من اجلها، إلا إذا تضافرت جميع الجهود لوضع كافة بنودها قيد التنفيذ من قبل:

* الأسرة والمجتمع بكافة أفرادها، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية.
* الباحثين والدارسين، ومخططي البرامج الوقائية من الأخصائيين والقائمين على تنفيذها.

مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية:

تقسم مستويات الوقاية من الإعاقة إلى ثلاث مستويات وهي:

الوقاية الأولية:

وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية والاجتماعية والثقافية في البيئات والأسر ذات المستويات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً، والتحصين ضد الأمراض المعدية، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، وتوعيتها بأسباب الإعاقة.

الوقاية الثانوية:

وهي الإجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الاستمرار أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها، أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر.

الوقاية الثلاثية:

وهي الإجراءات والتدابير الوقائية والأفعال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة.

ومن أهم مبادئ الوقاية من الإعاقة ما يلي:

* التعرف على الأسباب ومنع حدوثها.
* رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسر.
* التوعية الأسرية من خلال الإرشاد الأسري، والإرشاد الجيني، والإرشاد الصحي.
* توعية المجتمع.

برامج الوقاية من الإعاقة العقلية:

من برامج الوقاية من الإعاقة العقلية وأكثرها أهمية

١- برنامج الإرشاد الجيني:

وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معوق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتنحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وابنها، وهو برنامج توعزي.

٢-برنامج العناية الطبية إثناء الحمل:

وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات والراحة النفسية.

٣-برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى:

من أسباب الإعاقة العقلية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الاختناق وغيرها.

٤-برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر:

يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وان اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكراً يساعد في تقليل أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذاء)من أكثر اللحظات إيلاماً للأبوين أن يسمعوا بأن طفلهم به إعاقة عقلية.

ولكن يجب أن نستخدم هذا التصور لأنه من الممكن أن يكون مفيداً عندما نستخدمه بطريقة صحيحة. وفيما يحزن الأبوين على أن الإعاقة ستظل طوال العمر...

فإنه يجب على الأبوين أن يكونا واقعيين في برنامج تعليم طفلهم لضمان تأهيله لأعمال نافعة. ومن المؤلم للأبوين أن يفكرا في مصير هذا الابن، وأن يتنبأ بما يعطيهم إحساساً بالرغبة في تحقيق ما توقعوه دون تغييره وهو أن طفلهما سيظل ذكاؤه أو إعاقته العقلية أقل من المستوى العادي.

ومن المؤلم أيضاً استخدام مصطلحات غامضة لحماية الأبوين من الحقيقة، وتجنب المناقشة عن ذلك الموضوع وعدم المكافحة مع البرامج الخاصة لتعليم طفلهم، فالمدرسة غير المجهزة والضغط داخل المنزل يجعل تاريخ الأسرة مليئاً بالفشل والإحباط بالنسبة للطفل.

والآن.. أصبحت عدم القدرة أو الإعاقة في بعض جوانب النمو لا تستحق الخجل ولكن يجب أن يدرك الأبوان الحقيقة.

بل.. وكل الناس حتى يتفهموا معنى عدم القدرة العقلية، وتكون لديهم المعرفة بالبرامج العلاجية المناسبة.

طرق تعليم المعاق ذهنيا بأسلوب تربوي

تربية الطفل المعاق عقلياً تقوم على أسس تربوية ونفسية واجتماعية وجسمية، ذلك في ضوء خصائص نمو الأطفال جسمياً ونفسياً واجتماعياً وعقلياً. تتضمن الطرق الحديثة في تعليم

المعاقين عقلياً مع الطرق الرائدة في التركيز على تعليم المعاق عقلياً من خلال تنمية حواسه ومهاراته الحركية وإكسابه السلوك الاجتماعي المقبول وزيادة معلوماته وتنمية قدراته العقلية وحصيلته اللغوية من خلال الممارسة والمشاهدة اليومية وفي ضوء خصائص نموه العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي.

ومن أهم الطرق التربوية الرائدة والحديثة في تعليم المعاقين عقلياً

أولا: طريقة إيتارد Itard

يعتبر إيتارد أول من وضع برنامج تربوي تعليمي ويتضمن هذا البرنامج تعليم الطفل العادات الأساسية التي يعرفها أولاً ، ثم تعليمه الأشياء التي لايعرفها .

وقد ركز على تدريب الحواس المختلفة للطفل ومساعدته على التمييز الحسي ثم مساعدته على تكوين عادات اجتماعية سليمة ، وكذلك مساعدته على تعديل رغباته ونزعاته الحسية.

الأسس التربوية والنفسية التي قام عليها برنامج إيتارد :

تنمية الناحية الاجتماعية

التدريب العقلي عن طريق المؤثرات الحسية

الكلام

الذكاء

ثانيا : طريقة سيجان Segain

وضع سيجان برنامج التربية الخاصة ، ركز فيه على تدريب حواس الطفل وتنمية مهاراته الحركية ومساعدته على استكشاف البيئة التي يعيش فيها .

الأسس التربوية والنفسية التي قام عليها برنامج سيجان :

أن تكون الدراسة للطفل ككل

أن تكون الدراسة للطفل كفرد

أن تكون الدراسة من الكليات إلى الجزئيات

أن تكون علاقة الطفل بمدرسته طيبة

أن يجد الطفل في المواد التي يدرسها إشباعاً لميوله ورغباته وحاجاته

أن يبدأ الطفل بتعلم النطق بالكلمة ثم يتعلم قراءاتها فكتابتها

ثالثا: طريقة ديكرولى

وضع برنامج تعليمي يهدف إلى تعليم الطفل مايريده ويرغب فيه ، ثم تعديل سلوكه وتخليصه من العادات السيئة وتعليمه الأخلاق الحميدة وتدريبه على تركيز الانتباه ودقة الملاحظة وتنمية مهاراته الحركية وتدريب قدراته على التمييز الحسي من خلال أنشطته اليومية وألعابه الجماعية والفردية .

وقد أنشأ ديكرولى مدرسة لتعليم المعاقين عقلياً أطلق عليها { مدرسة الحياة من الحياة }

رابعا: طريقة دسكدرس Descoeudres

تؤكد دسكدرس على أهمية عمليات تدريب الحواس والانتباه بالنسبة للأطفال المعاقين عقلياً فإنه لكي يتم تعليمهم ينبغي توجيه الانتباه للأمور الحسية .

ويقوم برنامجها على تعليم الأطفال المعاقين عقلياً وفقاً لاحتياجاتهم في التعليم المناسب لقدراتهم وإمكاناتهم ويراعى خصائص نموهم الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي.

وتتلخص خطوات برنامجها في الآتي :

تربية الطفل من خلال نشاطه اليومي

تدريب حواسه وانتباهه وإدراكه

تعليمه موضوعات مترابطة ومستمدة من خبرته اليومية

الاهتمام بالطرق الفردية بين الأطفال المعاقين عقلياً

خامسا: طريقة الخبرة التربوية

نادي جون ديوى J,Dawey . بالتعليم من خلال الخبرة وأدت دعوته إلى إدخال طريقة المشروع أو الوحدة أو الخبرة في تعليم المعاقين عقلياً ، والتي تقوم على أساس ربط مايتعلمه الطفل في وحدات عمل تناسب سنه وقدراته وميوله.

ومن برامج الخبرة التربوية برنامج كرستين إنجرام C,Ingram في كتاب

[تعليم الطفل بطيء التعلم]

يتلخص في الآتي :

تنظيم الفصل حتى يكون { وحدة العمل أو الخبرة} مركز اهتمام الطفل

أخذ موضوع { وحدة العمل أو الخبرة } من بيئة الطفل ومن مواقف حياته اليومية .

جعل هدف { وحدة العمل أو الخبرة } الآتي:

تنمية مشاعر الطفل الطيبة نحو نفسه ونحو الآخرين.

اكتساب الطفل السلوك الاجتماعي المقبول.
تنمية مهاراته الحركية وتآزره البصري العضلي.
تنمية اهتمامه بالأنشطة خارج الفصل.
إصلاح عيوب نطقه وزيادة حصيلته اللغوية .
زيادة معلوماته العامة وإكسابه الخبرات التي تفيده في حياته اليومية .
تعليمه القراءة والكتابة والحساب.

سادسا: طريقة المواد الدراسية

وضع دنكان J , Duncan برنامجاً لتعليم المعاقين عقلياً عن طريق التفكير الملموس أي طريق الممارسة والملاحظة واللمس والسمع .

وأشار دنكان إلى ضرورة تخطيط نشاط الطفل الحركي بما يساعده في تنمية مهاراته الحركية وتآزره العضلي ، وتوسيع مداركه ، وزيادة معلوماته ، وتشجيعه على حل المشكلات والتعامل باللغة .

وأعطى اهتماماً لإشغال الإبرة والرسم والنحت والنجارة والنسيج والمسابقات الترويحية ، بالإضافة إلى تعليم القراءة .

سابعا:طريقة التعليم المبرمج (التعليم الفردي)

يقوم على تعليم الطفل بحسب قدرته على التعلم ، ومن خلال متابعته بنفسه لخطوات الموضوع الذي يدرسه في كتاب مبرمج .

ويقصد بالبرمجة تقسيم المنهاج الدراسي إلى خطوات صغيرة مترابطة ، وتقدم للطفل بطريقة شيقة تجذب انتباهه ، حيث يقوم المدرس بدراسة المقرر ويحلله ، ويحدد خطواته ويرتبها بحسب مابين من علاقات ، ويرشد الطفل إلى الوحدات التي يدرسها ويشجعه على دراستها بالسرعة التي تناسب إمكانياته ، ويساعد على اكتشاف الصواب والخطأ وتصحيح الأخطاء بنفسه. ويسمى ذلك بالتعليم الفردي.

ثامنا:طريقة " ماريا منتسوري " في تربية الأطفال المعاقين عقلياً

ماريا منتسوري " سيدة إيطالية ولدت سنة ١٨٧٠ م وعملت كطبيبة مساعدة في مستشفى بروما وأثناء اشتغالها بالطب وجدت في نفسها ميلاً خاصاً لدراسة التربية ومعالجة ذوي الإعاقة العقلية من الأطفال .

ويتجلى ذلك الاتجاه في عبارتها الخالدة لقد اختلفت مع زملائي في اعتقادي أن الإعاقة العقلية تمثل في أساسها مشكلة تربوية أكثر من كونها مشكلة طبية.
وبهذا نجد أنها تضع أساساً لمدرسة جديدة للأطفال المعاقين عقلياً هي مدرسة (أورتوفرنيكا) التي أشرفت على إدارتها .
ولقد تأثرت " ماريا منتسوري " في آرائها الخاصة بتعليم الأطفال المعاقين عقلياً بآراء كل من " إيتارد " و " سيجان " وهما من كان لهما فضل الأولوية في ميدان معالجة الأطفال المعاقين عقلياً ، وقد أدى نجاحها في هذا الميدان إلى اعتقادها بأن خطأ كبيراً في طرق تعليم الأطفال العاديين

وقد زادت شهرتها وعظم صيتها عندما نجح أحد المعاقين عقلياً من الدارسين معها في امتحان شهادة عامة وكان نجاحه لا يقل في نسبته عن نجاح غيره من الأطفال العاديين.
وقد ردت " ماريا منتسوري " على إعجاب المربين بقولها إن نجاح الأطفال المعاقين عقلياً وقدرتهم على مناقشة الأطفال العاديين إنما يرجع إلى عامل واحد فقط وهو أنهم تعلموا بطريقة مختلفة .

وقد اهتمت " ماريا منتسورى " بثلاثة أشياء وهي:

صحة الأطفال .

التربية الخلقية.

النشاط الجسماني .

الأسس السيكولوجية التي بنيت عليها طريقة " ماريا منتسوري " في تربية الأطفال المعاقين عقلياً

القانون الأول:

التركيز على أهمية مخاطبة عقلية مثل هؤلاء الأطفال وأن تكون الأنشطة المقدمة في مستوى أقل من تلك التي تقدم للأطفال العاديين.

القانون الثاني:

مراعاة خصائص التطور العقلي للأطفال المعاقين عقلياً ومراعاة ميولهم. (يجب أن تهتم التربية بالمثيرات الغنية التي تؤدي إلى إشباع خبرة الطفل إذ أن الطفل " المعاق عقلياً " يمر بلحظات نفسية يكون استعداده العقلي فيها لتقبل المعلومات قوياً فإذا نحن تركنا هذه اللحظات تمر هباءً فمن العبث أن نحاول إعادتها إذ يكون الوقت المناسب قد مضى) .

القانون الثالث:

يجب العمل مع الطفل في الفترات التي يجد فيها الطفل نفسه ميالاً إلى إشباع ميوله.

القانون الرابع:

إعطاء الطفل المعاق عقلياً القدر الكافي من الحرية.

طرق تطبيق الأسس السيكولوجية

تدريبات تقدم لتأهيل الطفل المعاق عقلياً للحياة العامة العملية .

تدريبات تقدم للطفل المعاق عقلياً لتربية الحواس .

تدريبات تعليمية تهدف إلى إكساب الطفل المعاق عقلياً معلومات أو خبرات أو مهارات معينة

تعليم الكتابة للطفل المعاق عقلياً عند " ماريا منتسوري "

تذكر " ماريا منتسوري " أنه في حالة الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يمكن تدريب العضلات وتشكيلها ولهذا فالمقدرة على الكتابة من الممكن أن يتعلمها الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم .

وتضيف أيضاً أنه من المهم أثناء تعليم الطفل الكتابة أن نفحصه ونلاحظه وهو يكتب وليس المهم مدى صواب الكتابة في حد ذاتها.

وتعليم الحروف عند " ماريا منتسوري " يشابه تعليم الأشكال فكما أن الأطفال يتعلمون تمييز الأشكال الهندسية عن طريق اللمس أولاً ثم عن طريق النظر كذلك نجد أن " ماريا منتسوري " تنصح بإتباع هذه الطريقة في تعليم الحروف فتصنع الحروف من خشب أو من ورق مقوى ويلمس الأطفال لهذه الحروف يتعلمون أسماءها الواحد بعد الآخر أثناء عملية اللمس فإذا أجاد الأطفال هذه المرحلة الأولى من التمرين فإنهم يجدون متعة كبيرة في التعرف على الحروف عن طريق اللمس (وعيونهم مقفلة وبذلك يتعلم الأطفال الحروف عن طريق اللمس ثم ينتقلون إلى التعرف عليها عن طريق البصر) . فتعرض عليهم الحروف مكتوبة على الورق ، وهنا تأتي المرحلة الثانية من مراحل تعلم الكتابة وهي تعلم الحروف عن طريق حاسة النظر ويتعلم الأطفال مخارج الأصوات للحروف في نفس الوقت فيتدرب الأطفال على تحليل الكلمات المنطوقة إلى أصواتها فإذا أجادوا ذلك فقد حان موعد القراءة .

تعليم القراءة للطفل المعاق عقلياً عند " ماريا منتسورى " :

تصر " ماريا منتسوري " على عنصر الفهم في القراءة بل إنها ترفض أن تعطى اسم القراءة لأي شيء خلاف هذا وكما أن الكتابة ليست مجرد نقل الحروف والأسطر التي أمام الطفل كذلك فإن القراءة عبارة عن فهم الفكرة من الرموز المكتوبة وتبدأ دروس القراءة بأسماء الأشياء المعروفة أو الموجودة في الحجرة وهذا يسهل على الطفل عملية القراءة فهو يعرف مقدماً كيف ينطق الأصوات التي تكون الكلمة .

وخطواتها كما يلي:

يعطى الطفل بطاقة قد كتب عليها اسم الشيء فيكون عمله مقصوراً على ترجمة العلامات المكتوبة إلى أصوات فإذا قام بذلك بطريقة مناسبة فليس على المعلم إلا أن يقول " أسرع قليلاً " فيقرأ الطفل بسرعة أكبر وتتكرر هذه العملية عدة مرات وقد لا تكون الكلمة مفهومة لدى الطفل في باديي الأمر نظراً لتقطع مقاطعها ولكن عندما يقرأها الطفل بالسرعة المناسبة (تحت إشراف المعلم) تنتقل الكلمة إلى بؤرة الشعور مباشرة فإذا تم ذلك يضع الطفل البطاقة بجوار الشيء الذي تحمل اسمه هذه البطاقة ثم ينتقل الأطفال إلى قراءة الجمل فتكتب الجمل التي تصف الحركات أو التي تتضمن الأوامر على قطع من الورق ويختار الأطفال من هذه القطع ويقومون بأداء ما يطلب منهم عمله فيها ويجب أن يلاحظ أن الطفل لا يقرأ هذه الجمل بصوت مرتفع فهدف القراءة الأول أن يكتشف الطفل المعاني من الرموز المكتوبة .

تعليم الحساب للطفل المعاق عقلياً عند " ماريا منتسوري " :

تستخدم " ماريا منتسوري " في تعليم الأطفال الأعداد مايسمى بطريقة السلم الطويل وهذه عبارة عن مجموعة من عشرة حبال طول الأول متر واحد والأخير طوله عشرة سنتيمترات ـ ـ يمكن أيضاً استخدام عشر مساطر خشبية بنفس أطوال الحبال ـ ـ وتنقل الحبال في الوسط بالتدرج ثم تثبت هذه الحبال من طرفيها مكونة سلماً تسميه " ماريا منتسوري " بالسلم الطويل وتقسم الحبال أو المساطر إلى أجزاء ديسميترية (كل مسافة عشرة سنتيمترات) وتنقش المسافات على المساطر أو الحبال بالأزرق والأحمر على التوالي وتستخدم الحبال في تمرينات الحس لتعويد الأطفال التمييز بين الأطوال .

وإذا ما تمرن الطفل على ترتيب المساطر أو الحبال طولياً يطلب منه أن يعد الأقسام الحمراء والزرقاء مبتدئاً بالأقصر ثم يعطى أرقاماً لكل مسطرة أو حبل على سبيل التسمية فيستطيع الطفل أن يقول أن المسطرة رقم (١) تحتوي على (...) وحدة من الوحدات الحمراء و (...) وحدة من الوحدات الزرقاء وهكذا في باقي المساطر فيتعلم الطفل مبادئ الجمع ولهذا ابتدعت " ماريا منتسوري " أجهزة مختلفة لتعليم العمليات الأربعة في الحساب بطريقة حسية يقبل عليها الأطفال بحب فيتعلمون أثناء اللعب ما يعجز عن تعليمه للتلاميذ مدرس الحساب

بالطريقة التقليدية التي لا تناسب الأطفال المعاقين عقلياً ويستمر الأطفال في استخدام الأجهزة التي تعلم الحساب متدرجين من البسيط إلى الصعب .

وبناءً على ما تقدم يمكن تقرير المبدأ الرئيسي لطريقة " ماريا منتسوري " في أن الطفل في حالة تحول مستمرة ومكثفة سواء في جسمه أو عقله .

وترى " ماريا منتسوري " أن السنوات من (٣) إلى (٦) هي مرحلة بناء الفرد . إذ أن هذه السنوات هي التي تنمو فيها الذاكرة والتفكير والإرادة. حيث ينهمك الطفل في هذه السنوات في بناء نفسه: فيفضل العمل على اللعب، والنظام على الفوضى، والهدوء على الضوضاء، والاعتماد على النفس لا الاعتماد على الغير، والتعاون لا المنافسة.

معنى هذا:

أن مثل هذا النظام يؤسس على احترام شخصية الطفل ، فيبعده عن تأثيرات الكبار حتى ينمو نمواً أقرب إلى العادي ولهذا توجه البيئة المعدة أو المهيأة لذلك والتي توفر للطفل التعلم في جو مشبع بالهدوء والطمأنينة مع استمتاعه بقدر كبير من الحرية تعتبر ركيزة لهذا النظام إن أي نظام تربوي مؤسس على طريقة " ماريا منتسوري " :

يعتبر الطفل مشاركاً إيجابياً في إطار بيئة أعدت خصيصاً له ، وتتاح له الفرص في تلك البيئة للتحرك واختيار الأعمال بتلقائية من شأن هذا الأسلوب أن يعمل على تنمية إمكانات الطفل فيستخدم حواسه الخمسة يستكشف بتا العالم من حوله وتكون النتيجة أن كل إنجاز جديد يحرزه الطفل يمنحه إحساساً بقيمته الذاتية وهذا يؤدي إلى احترام الذات وهو الخطوة الأولى في تعلمه كيف يحترم الآخرين وحقوقهم .

طرق وأساليب التدريس في الإعاقة العقلية

من عوامل تحقيق الأهداف التعليمية اختيار أساليب تدريس مناسبة ، وهي الكيفية التي تنظم بتا المعلومات والمواقف والخبرات التربوية التي تقدم للطفل وتعرض عليه ليتحقق لدية أهداف الدرس .

ومن أهم أساليب التدريس

التوجيه اللفظي ، الحوار والنقاش ، المحاكاة ، النمذجة ، اللعب ، التوجيه البدني ، التمثيل القصص ، الخبر المباشرة .

١ - الحوار والنقاش

تعتبر طريقة الحوار والنقاش – أساساً لمعظم طرق التدريس الحديث، والتي تهتم بجوانب التواصل اللغوي بين المعلم والطفل. وتساعد هذه الطريقة على نمو المهارات اللغوية للطفل

المعاق عقلياً . فعن طريقها يمكن للمعلم أن يتعرف على خبرات الطفل ومدى استيعابه للخبرات الجديدة، كما أنها تعتبر أداة للتفاعل الاجتماعي.
فالمعلم الناجح هو الذي يتقن مهارة الحوار والنقاش مع طلابه وذلك لما لهذه المهارة من أهمية في توطيد التواصل مع الأطفال ، مما يساعد على حل كثير من المشكلات اللغوية التي تعترض الأطفال المعاقين عقلياً كالتلعثم واللجلجة أو التأتأة . وذلك لأن الطفل هنا يناقش ويحاور بحرية مع المعلم ومع زملائه الآخرين.

٢- التوجيه اللفظي (الحث اللفظي)

تعتبر طريقة التوجيه اللفظي احد الأساليب التدريسية المناسبة مع الأطفال المعاقين عقلياً وتحفز الطفل على القيام باستجابات مناسبة . وهو نوع من المساعدة المؤقتة تستخدم لمساعدة الطفل على إكمال المهمة المطلوبة ، من خلال لفظ الكلمة أو الكلمات أو جزء منها بشكل يساعد الطفل على إعطاء الإجابة الصحيحة ، وهذا الأسلوب يعتمد على الحث بالمعززات المناسبة .

٣- التمثيل(الدراما)

وهي طريقة تتضمن قيام الطفل بتمثيل تلقائي عن طريق الانخراط في الموقف والتفاعل مع الآخرين وتقمص أدوارهم ، وقد يكون التمثيل بواسطة طفلين أثنين أو أكثر بتوجيه من المعلم ، أما الأطفال الآخرون الذين لا يقومون بالتمثيل فإنهم يقومون بدور الملاحظين . وقد يكون التمثيل بتقمص أدوار لشخصيات اجتماعية مثل شخصية المعلم أو الأب أو الطبيب أو النجار ... وغيرها، أو قد تركز على اتجاهات إيجابية كالنظافة والنظام والعمل الجماعي ومساعدة الآخرين وحب الوالدين وطاعتهم .. وغيرها .

٤- طريقة المحاكاة والنمذجة (التقليد)

وتسمى أحيانا أسلوب التعلم عن طريق التقليد من الأساليب المعروفة منذ زمن بعيد في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً ، وخاصة للفئات العمرية المبكرة وفي المواقف المختلفة ويتم هذا النوع عن طريق الملاحظة والتقليد من خلال ملاحظة الطفل للمعلمين أو الوالدين أو التلفزيون أو أي نموذج آخر .

تعتبر المحاكاة من طرق التدريس التي تعطي نموذجاً للطبيعية المعقدة للعلاقات سواء أكانت بشرية أم غير بشرية ، والتي يعالجها المعلم عند مواجهته للأطفال في الفصل حيث

يعمل على تقريب الأفكار المجردة إلي أذهان الأطفال ، حيث يقوم المعلم بنمذجة المهارة ويقدم توضيحاً عملياً لكيفية أداء المهمة من خلال عرض نماذج لكيفية أداء المهارة ، ثم يطلب من الطفل تقليد النموذج وتأديته كما شاهده .

٥- التوجيه البدني (الحث البدني)

في هذه الطريقة يقدم المعلم المساعدة للطفل من خلال مسك يدي الطفل لمساعدته على تأدية المهمة المطلوبة ، مثل أن يوجه الطفل يدويا لمسك القلم بطريقة صحيحة ، أي يستخدم التوجيه اليدوي في توجيه الطفل خلال السلوك المستهدف دون أن يقوم المعلم بأداء هذا السلوك له .

٦- التعلم باللعب

تعتبر طريقة التدريس باستخدام الألعاب من ابرز الطرق والاستراتيجيات التدريسية المناسبة لتعلم الطفل المعاق عقلياً ، فمن خلالها يصبح للطفل دور ايجابي يتميز بكونه عنصر نشط وفعال داخل الصف لما يتسم به هذا الأسلوب التدريسي من التفاعل بين المعلم والمتعلمين خلال العملية التعليمية وذلك من خلال أنشطة وألعاب تعليمية تم إعدادها بطريقة عملية منظمة وبإغراء المتعلم على التفاعل مع المواقف التعليمية بما تتضمنه من مواد تعليمية جيدة وأنشطة تربوية هادفة . فاللعب يساعد الطفل على أن يدرك العالم الذي يعيش فيه، ومن خلال اللعب يتعرف الطفل على الأشكال والألوان والأحجام والحروف والأعداد ، ويقف على ما يميز الأشياء المحيطة به من خصائص وما يجمع بينها من علاقات . أيضاً يتعلم الطفل من خلال اللعب معنى بعض المفاهيم مثل أعلى وأسفل أو جاف ولين ، وكبير وصغير .
وتسهم خبرات اللعب في إنماء معارف الطفل عند بناء وترتيب الأشياء في مجموعات، فيتعلم كيف يصنف الأشياء ويدرك الوظيفة، ويعمل على الربط بين الشيء ووظيفته.

٧- الخبرة المباشرة

أيضا يطلق على هذه الطريقة اسم طريقة المشروع ، وهي إحدى طرق التدريس الحديثة والمتطورة ، والتي تقوم على التفكير في المشروعات التي تثير اهتمامات الأطفال الشخصية ، وأهداف المنهج . حيث تجسد مبدأ الممارسة داخل الصف وخارجه بهدف ربط الجانب النظري من المعرفة بالجانب العملي التطبيقي ، فضلاً عن تمنية قدرات الأطفال المعاقين عقلياً الشخصية والاجتماعية . حيث يتفاعل الطفل مع الشيء المراد تعلمه كما يحدث في واقع

الحياة ، ويتم التعلم عن طريق الخبرة المباشرة الهادفة التي يحتاج الطفل فيها إلى عملية توجيه من المعلم حتى يستطيع أن يعبر عن إحساساته .

٨- القصص (القصة)

تعرف القصة على أنها طريقة تعليمية تقوم على العرض الحسي المعبر ، الذي يتبعه المعلم مع طلابه لتعليمهم حقائق ومعلومات عن شخصية أو موقف أو ظاهرة أو حادثة معينة بقالب لفظي أو تمثيلي أو قد تستخدم لتجسيد قيم أو مبادئ أو اتجاهات .

إن هذه الطريقة تساعد في جذب انتباه الأطفال وإكسابهم خبرات ومعلومات وحقائق بطريقة شيقة وجذابة ، ويحقق التعلم عن طريقها النجاح الذي يوصل إلى الأهداف ويسهم في تثبيت مواد التعليم في أذهان الأطفال ويبعد الملل والسأم اللذين قد تسببهما الطرق التي تسير على وتيرة واحده ، وتهيئ المتعة والفائدة في آنٍ واحد للأطفال . وهي عنصر تربوي هام له أهميته في المواقف التعليمية ، فمن خلال القصة يكتسب الطفل المعاق عقلياً الكثير من المترادفات اللغوية سواءً عند سماعه للقصة أو عندما يقوم بروايتها ، وهي تساعد في علاج الكثير من المشكلات التي يعاني منها ، وتعمل على غرس السلوكيات الحميدة المرغوبة ، وتنمى القدرة على الإصغاء الجيد والتمييز بين الأصوات .

المحاضرة الخامسة والسادسة

الإعاقة السمعية

مقدمة:

تحتل حاسة السمع أهمية قصوى في عملية الإدراك الحسي ، وقد أشار القرآن الكريم إلى هذه الحقيقة في كثير من الآيات ﴿**وَهُوَ الَّذِي أَنشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ قَلِيلاً مَّا تَشْكُرُونَ**﴾ [المؤمنون ، ٧٨] ﴿**قُلْ هُوَ الَّذِي أَنشَأَكُمْ وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ قَلِيلاً مَّا تَشْكُرُونَ**﴾ [الملك ، ٢٣].

ويأتي ذكر السمع في القرآن قبل الإبصار في كثير من الآيات ، وذلك لأن السمع يعد حاسة هامة في عملية الإدراك الحسي ، والتعلم ، وتحصيل العلوم. فمن الممكن للإنسان إذا فقد بصره أن يتعلم اللغة ولكن إذا فقد سمعه تعذر عليه تعلم اللغة مما يدل على أهمية السمع في الإدراك وتعلم اللغة.

وتعتبر الإعاقة السمعية من المشاكل الرئيسية التي تواجه المجتمعات المتحضرة والنامية وخاصة الأطفال ، وتعتبر هذه الإعاقة الأكثر انتشاراً في العالم ، فهناك ٢٠ مليون شخص مصاب بها في العالم.

ويقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم.

كما تعرف الإعاقة السمعية على أنها هي حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات ، وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع.

وتعرف الإعاقة السمعية أيضاً على أنها العجز الحسي الذي يمنع الفرد من استقبال الأصوات المثارة في كل أو معظم أشكالها ، والضعف السمعي هو حرماناً حسياً يؤدي إلى إعاقة تخاطبية أثناء التواصل.

ويشير مصطلح الإعاقة السمعيةHearing Impairment أو القصور السمعي إلى مستويات متقاربة من الفقد السمعي Hearing Loss على متصل يتراوح بين فقد سمعي خفيف (بسيط) Mild مروراً بفقد سمعي متوسط Moderate ثم فقد سمعي شديد (حاد) Profound ، بل وقد يكون هناك مستويات بين ذاك المستوى والذي يليه ، وفي هذا الصدد يذهب يسلديك والجوزين Ysseldeyke & Algozzine (١٩٥٥) إلى أن الإعاقة

السمعية تعني القصور في السمع سواء بصفة دائمة أو غير مستقرة Anent or Fluctuating والذي يؤثر بالسلب على الأداء التعليمي للطفل.

ويرى الخطيب (١٩٩٦) أن الإعاقة السمعية تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي – اللفظي ، ويضيف بأن شدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع ، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدانه وفاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التوافقية.

ويعرف ضعيف السمع بأنه الشخص الذي زود بالمعين السمعي المناسب يكون قادراً على اكتساب اللغة عن طريق السمع ، وضعيف السمع هو الشخص الذي تكون حاسة السمع لديه رغم أنها قاصرة إلا أنها تؤدي وظائفها باستخدام المعينات السمعية أو بدون استخدام هذه المعينات ، أما الأصم فهو الشخص الذي لا تؤدي حاسة السمع لديه وظائفها للأغراض العادية في الحياة.

ويعرفه ستارك (١٩٧٤) بأنه هو المعوق سمعياً الذي مهما كانت درجة التكبير المقدمة له ، لن يكتسب اللغة عن طريق القناة السمعية ، فهو يحتاج إلى أساليب تمكنه من الاستيعاب دون مخاطبة كلامية (لغة الإشارة).

ويعرف الشخص (١٩٨٥) المعوق سمعياً بأنه من حُرمَ من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام ، إلى درجة تجعله ، - حتى مع استعمال المعينات السمعية – غير قادر على سماع الكلام المنطوق ، ومضطراً لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل مع الآخرين.

يعرف ولمان Wolman (١٩٧٣) الصمم بأنه عدم القدرة على سماع الأصوات، وينقسم الصمم إلى صمم كامل وهو العجز عن الاستجابة لأي مثير من المثيرات السمعية ، وإلى صمم جزئي والذي يعني فقدان الحساسية لبعض المثيرات السمعية ، وإلى صمم جزئي والذي يعني فقدان الحساسية لبعض المثيرات السمعية ، ويضيف بأن الصمم قد يكون نتيجة إصابة أو عطب بالأذن أو خطأ في نمو أجهزتها الداخلية.

ويذهب ربر Reber (١٩٨٥) إلى أن الصمم فقدان سمعي متواصل يتدرج من مستوى جزئي إلى حالة كلية (صمم تام) ، وقد يكون ناتجاً عن اضطراباً في تكوين الجينات أو أي اضطراب فسيولوجي آخر.

ويوضح يسلديك والجوزين Ysseldeyke & Algozzine (١٩٥٥) أن الصمم هو تلك الإعاقة السمعية التي تبلغ حداً من الشدة تعوق الطفل عن تفعيل المعلومات لغوياً Information Linguistic Processing من خلال السمع مع أو بدون إسهاب والذي يؤثر بالسلب على الأداء التعليمي للطفل.

ويعرف سليمان (٢٠٠٢) الصمم بأنه الغياب الجزئي أو الكلي أو الفقدان الكامل لحاسة السمع ، أو هو الحالة التي لا تكون حاسة السمع فيها هي الوسيلة الأساسية التي يتم بها تعلم الكلام واللغة.

ويذهب سلومان وآخرون Sloman et al., (١٩٨٧) إلى أن الأصم هو الشخص الذي يعوقه عدم السمع عن فهم الكلام عبر الأذن فقط ، باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية.

ويعرف يونس وحنورة (١٩٩٠) الشخص الأصم من خلال حاجاته التربوية على أنه الشخص ذو السمع التالف ، والذي يتطلب أسلوباً للتربية بواسطة أساليب ملائمة للشخص الذي لديه القليل أو ليس لديه لغة أو حديثاً مكتسباً.

بينما يعرف سليمان (١٩٩٨) الأصم بأنه الفرد الذي فقد السمع لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها ، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة ، وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية ، ولذلك فهو في حاجة ماسة إلى تأهيل يتناسب مع قصوره السمعي.

وفيما يتعلق بضعاف السمع ، يذهب يونس وحنورة (١٩٩٠) إلى أن ضعيف السمع هو الشخص ذو السمع المحدود أو الذي لديه تلف في السمع ، وعلى الرغم من تخلفه السمعي فإنه يحتاج من أجل تربيته إلى ترتيبات خاصة أو تسهيلات معينة على الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التي تستخدم مع الأشخاص من ذوي الصمم التام.

ويؤكد يسلديك والجوزين (١٩٩٥) على أن ضعيف السمع هو الشخص الذي يعجز سمعه عند حد معين (٣٥-٦٩ ديسيبل) مما يصعب عليه فهم الكلام ، ولكن ليس إلى الحد الذي يضطره إلى استخدام أداة سمعية ، بمعنى أنه مازال يستطيع فهم الكلام عن طريق الأذن ولكن بصعوبة.

ويعرف سليمان (١٩٩٨) ضعيف السمع بأنه الشخص الذي لديه إعاقة سمعية دائمة أو مؤقتة تؤثر عكسياً على مهاراته في التعبير والاستقبال خلال اتصاله مع الآخرين ، مما يؤثر على تطور نموه أو أدائه التعليمي ويشكل صعوبة في مرور المعلومات اللغوية خلال حاسة السمع سواء باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية.

الفرق بين الطفل الأصم وضعيف السمع:

هناك فرق بين الطفل الأصم وضعيف السمع ، وهذا الفرق هو فرق في الدرجة وذلك نظراً لأن الطفل الأصم يتعذر عليه الاستجابة التي تدل على فهم الكلام المسموع.

أما الطفل ضعيف السمع فهو قادر على استخدام حاسة السمع لديه في اكتساب القدرة على فهم الكلام ، ويكمن أيضاً الفرق بين الأصم وضعيف السمع في خصائص العالم الذي يعيش فيها كل منهما ورد الفعل تجاه عالم الأصوات الذي يمثل في الواقع عالم الطبيعة ، فضعيف السمع قد يهديه سمعة المحدود إلى الاستجابة على نحو ما لمصدر الصوت فتكون استجابته خاطئة في الغالب ، في حين أن الطفل الأصم المرحوم من السمع تماماً فإنه يعيش في سكون تام ، لا يحس بالأصوات ولا يقدّر وجودها ، فيحرم من مصدر خاص بالمعرفة وتطبيقاتها ، والتي لا تكتمل إلا به ، وبالتالي فالطفل الأصم هو الحاضر الغائب ، وبالتالي فهو في أمس الحاجة للفهم وأحوج ما يكون الاحتياج للمساعدة والرعاية.

وليس الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو فرق في الدرجة ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع ، بينما الشخص الذي يشكو ضعفاً في سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله ، بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية ، أي أن حاسة السمع عند الأصم معطلة فلا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العدية ، في حين يعاني ضعاف السمع من نقص في القدرة السمعية ويكون هذا النقص غالباً على درجات ، وأياً كان الفرق بين ضعف السمع والفرد الأصم ، فالمعاقون سمعياً هم الأفراد الذين فقدوا حاسة السمع (جزئياً أو كلياً) وبحدود مختلفة منذ الولادة أو في سن مبكرة ، الأمر الذي يؤثر على قدراتهم اللغوية والتعليمية ، وبالتالي لا يستطيعون متابعة التعليم الاعتيادي المألوف ، بل تلزمهم إجراءات التربية الخاصة وخدماتها لمواجهة الآثار الناجمة عن هذا الفقدان.

أسباب الإعاقة السمعية:

يذهب يسلديك والجوزين (١٩٩٥) إلى أن هناك أسباباً مسئولة عن إصابة الطفل بالإعاقة السمعية ومنها ما يلي:

١- الحصبة الألمانية (عن طريق الأم) Maternal Rubella وتشكل حوالي (٥%) وهي نوع من الحصبة ينتقل بالعدوى إلى الجنين عن طريق الأم الحامل ، واعتماداً على توقيت حدوث المرض ، تظهر بصورة نمطية في شكل فقد سمعي حسي عصبي Sensor Neural Hearing Loss.

٢- الالتهاب السحائي (التهاب الغشاء السحائي) Meningitis ويشكل حوالي (٩%) وهو فيروس يؤثر على النظام العصبي المركزي للأذن الداخلية ، ويظهر بصورة نمطية في شكل فقد سمعي حسي.

٣- التهاب الأذن الوسطى Otitis Media ويشكل حوالي (٣%) وهو عدوى أو تلوث الأذن الوسطى مما يؤدي إلى زيادة تراكم السائل الهلامي خلف طبلة الأذن بشكل يُعيق غشاء الطبلة واهتزازها ، ويظهر بشكل نمطي في صورة فقد سمعي توصيلي Conductive Hearing Loss.

٤- الوراثة Heredity وتشكل حوالي (١٣%) في أكثر من (١٥٠) نوع من الصمم الجيني.

٥- أسباب أخرى عند الميلاد وتشكل حوالي (٢٢%) كالإصابة بالحمى العدوى (التلوث) ، الجروح ، مضاعفات فترة الميلاد.

٦- أسباب غير معروفة وتشكل حوالي (٤٨%).

هناك العديد من العوامل المسببة للإعاقة السمعية منها عوامل وراثية وأخرى مكتسبة ومن بين هذه العوامل ما يلي:

العوامل الوراثية:

وتشكل حوالي (٥٠%) حيث يعتقد أن هناك ما يزيد على ستين نوعاً ما الفقدان السمعي الوراثي تصنف تبعاً لعدة عوامل من أهمها:

١- طريقة انتقال الصم: منقول على جينات متنحية (وهو من أكثر أنواع الصمم انتشاراً) ، منقول على جينات سائدة ، منقول على الكروموسوم الجنسي.
٢- العمر عند الإصابة بالصمم: منذ الولادة في مرحلة المراهقة في مرحلة الرشد.
٣- نوع الفقدان السمعي: توصيلي ، حسي – عصبي ، مختلط ، مركزي.
٤- الذبذبات الصوتية المتأثرة: ذبذبات منخفضة ، ذبذبات متوسطة ، ذبذبات عالية.

وفيما يلي توضيح عامل طريقة انتقال الصم:

١- الصمم المحمول على جينات متنحية Recessive deafness وهو صمم وراثي ينقل كصفة متنحية ، وفي هذه الحالة ينقل الصمم إلى الأبناء من أبوين عاديين عيادياً بمعنى أنه ليس لديهما صمماً ولكنهما يحملان جينات الصمم.

٢- الصمم المحمول على جينات سائدة Dominant deafness في هذه الحالة يؤدي جين واحد إلى معانة الطفل من الصمم.

٣- الصمم المحمول على الكروموسوم الجنسي ، وهو يعتبر أقل أنواع الصمم حدوثاً ويتأثر به الأطفال الذكور فقط.

العوامل البيئية:

تتمثل العوامل البيئية المسئولة عن الصمم فيما يلي:

[أ] الحصبة الألمانية German Measles

تعتبر إصابة الأم الحامل – خاصة في الشهور الثلاثة الأولى – من أكثر الأسباب غير الوراثية المسئولة عن الصمم لدى الأطفال ، وبمجرد إصابة الأم به ، ينتقل الفيروس إلى الجنين وقيد يقتله أو يحدث لديه تلفاً في خلايا الجهاز العصبي.

[ب] الالتهاب السحائي Meningitis

فى هذا الالتهاب تهاجم البكتريا أو الفيروسات الأذن الداخلية مما قد يؤدى إلى فقدان السمع.

[ج] الأطفال المبتسرين Prematurely

تنتشر الإعاقة السمعية بين الأطفال المبتسرين وبخاصة الأطفال ذوى الوزن المنخفض.

[د] التهاب الأذن الوسطى Otitis media

ويوجد نوعان من هذا الالتهاب:

١- التهاب الأذن الوسطى الحاد acute otitis media وفيه يتجمع الصديد خلف غشاء الطبلة مما قد يؤدى إلى انفجارها وبالتالى خروج إفرازات من الأذن٠ وقد تتجمع السوائل فى الأذن الوسطى متحولة إلى صمغ، الأمر الذى يحد من حركة غشاء الطبلة وبالتالى قد يؤدى إلى فقدان سمعى، وهذا الالتهاب من السهل علاجه طبيا بفاعلية.

٢- التهاب الأذن الوسطى المزمن Chronic otitis media وهو يشبه النوع الأول، ولكن الأعراض المرضية تستمر مدة زمنية طويلة نسبيا (أكثر من ١٢ أسبوعا) وتتمثل الخطورة فى إمكانية أن يتلف الالتهاب العظيمات فى الأذن محدثا إعاقة سمعية مزمنة.

[هـ] عوامل أخرى تتمثل فى عدم توافق العامل الريزيسى Rh:

وذلك بسبب عدم توافق دم الأم الحامل والجنين، ويحدث عدم التوافق عندما لا يوجد العامل الريزيسى فى دم الأم الحامل فى حين يوجد فى دم الأب مما يؤدى إلى انتقال دم الجنين الذى ورثه عن والده إلى دم الأم الذى يقاوم دم الجنين وذلك بإنتاج أجسام مضادة تنتقل إلى دم الجنين من خلال المشيمة، الأمر الذى يؤدى إلى تلف فى كرات الدم الحمراء للجنين وبالتالى فقر دم وتلف دماغى يؤدى إلى إعاقة الجنين بالصمم.

وهناك أسباب أخرى للإعاقة السمعية مثل الضجيج، والإصابات الجسمية والحوادث، ومرض تصلب الأذن، بالإضافة إلى حالات التسمم بالعقاقير سواء التى تتناولها الأم الحامل أو الطفل نفسه والتى تؤدى إلى تلف فى الجهاز العصبى أو الخلايا الدماغية للجنين أو الطفل.

ويمكن أن نصنف العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى الإعاقة السمعية إلى ثلاثة عوامل رئيسة وفقا للزمن الذى تحدث فيه الإصابة على هذا النحو:

١- عوامل تحدث قبل الولادة: وتشمل تسمم الحمل والولادة المبكرة، والنزيف الذى يحدث قبل الولادة، والأمراض التى تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية، والالتهابات التى تصيب الفرد مثل الغدة النكافية والزهرى، وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل، مما يؤثر على الجهاز السمعى للجنين.

٢- عوامل تقع أثناء الولادة: وتشمل الولادة التى تطول مدتها، والولادة المتعسرة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين، والتهاب أغشية المخ التى قد تحدث للوليدن وإصابته بالالتهاب السحائى.

٣- عوامل تقع بعد الميلاد: وتشمل الحوادث التى قد تصيب الفرد مما يؤثر على جهازه السمعى، بالإضافة إلى الأمراض التى تصيبه بعد الميلاد.

وهناك اتجاه يرى أن ضعف السمع قد يرجع إلى تيبس العظيمات ، وهو مرض معروف ويظهر ببطء على شكل ضعف في السمع يتزايد بوضوح مع تقدم العمر ، أو قد يكون ضعف السمع ناتجاً عن إصابة الطفل بالحمى الشوكية التي تصيب العصب السمعي بالالتهاب والضمور ، بالإضافة إلى دور تزايد معدلات الضوضاء والتلوث ... الخ في ازدياد حجم مشكلة ضعف السمع.

ومما سبق يتضح أن العوامل السابقة تسهم فى الإصابة بالصمم سواء كان صمماً كليا وبالتالى إصابة الشخص بالصمم وعدم التواصل مع الآخرين بأساليب التواصل المعروفة (الشفهية/ اليدوية)، أو صمما جزئيا: أى ضعف السمع والحاجة إلى وسائل معينة (معينات سمعية – تدريب سمعى – تدريب نطق) وعلى الرغم من ذلك فإنه يمكن الحد من تلك العوامل المسهمة فى الإصابة بالإعاقة السمعية بالتدخل المبكر والتشخيص واتخاذ الإجراءات الوقائية فى مرحلة مبكرة من مراحل النمو٠ فالفرد المهيأ للإعاقة يمكن أن يصير معوقا (حيث لديه قابلية لأن تتطور حالة الضعف لديه فتصبح إعاقة) فى ظل وجود جو أسرى مرضى يسهم بشكل أو آخر فى انتشار العوامل سابقة الذكر، ويمكن تجنب ذلك بالتدخل المبكر وتوافر إجراءات الوقاية من الإعاقة السمعية.

المحاضرة السادسة

تصنيفات الإعاقة السمعية:

اعتماداً على أدبيات التربية الخاصة حول مفهوم الإعاقة السمعية والمفاهيم المرتبطة به ، يقدم المؤلف تصنيفاً للإعاقة السمعية وفقاً لثلاثة معايير هي:

[أ] العمر وقت الإصابة:

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى:

- **الإعاقة السمعية قبل اللغة (صمم ما قبل تعلم اللغة) Prelingual deafness:**

وتحدث فيه الإعاقة قبل تطور اللغة والكلام عند الطفل – أى قبل سن الثالثة – مما يؤثر على نمو الطفل اللغوى، لأنه يفقده كثيراً من المثيرات السمعية يؤدى إلى محدودية خبراته وقلة تنوعها، ويكون غير قادر على تعلم الكلام واللغة، وهناك بعض الاتجاهات تعتقد أن صمم ما قبل اللغة عبارة عن حالة تتضمن إصابة الفرد بالإعاقة السمعية بعد الولادة نتيجة الحادث أو الإصابة بمرض، وفى هذه الحالة قد يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التى تكون قد تطورت لديه إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة، رغم أن الطفل فى هذه الحالة تكون ولادته عادية من حيث القدرة على السمع.

- **الإعاقة السمعية بعد اللغة(صمم ما بعد تعلم اللغة) Post lingual deafness**

وتحدث عند الطفل بعد تطور اللغة والكلام – أى بعد بلوغ سن الخامسة – حيث يكون قد توافرت لديه مجموعة من المفردات – أى يكون قد اكتسب بعض اللغة – وبقدر من الكلام. ويستطيع تنمية هذه المفردات إذا توافرت له البيئة التربوية المناسبة والتأهيل السمعى والنطقى فى المعاهد الخاصة بالصم، وتبعاً لبرامج الإعاقة السمعية.

[ب] موقع الإصابة:

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لموقع الإصابة (الضعف في الأذن) إلى:

- **الفقدان السمعى التوصيلى (الصمم التوصيلى) Conductive deafness**

يعرف ولمان Wolman (١٩٧٣) الصمم التوصيلي بأنه الصمم الناتج عن عيب في الجهاز السمعي ، كعيب في الأذن وطبلة الأذن أو الأذن الداخلية ، مما يحول دون انتقال الموجات الصوتية إلى الداخل.

في هذه الحالة تكون المشكلة في عملية توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية بسبب مشكلات في الأذن الخارجية أو الوسطى ، ومن هذه المشكلات تجمع المادة

الصمغية أو تجمع السوائل والالتهابات ، وفي كثير من الأحيان تمكن تصحيح هذا النوع من التلف بالأساليب الطبية أو الجراحية ، أما إذا تعذر ذلك فيمكن التغلب على هذا النوع عن طريقة تكبير الأصوات باستخدام المعينات السمعية.

ولهذا يؤكد يسلديك والجوزين Ysseldyke & Algozzine (١٩٩٥) على أن الصمم التوصيلي له آثار أقل حدة من الفقد السمعي العصبي.

وبذلك يمكن القول أن الصمم التوصيلي أو بمعنى آخر الفقد السمعي التوصيلي يحدث نتيجة تقطع في ذبذبات الصوت وعدم وصوله إلى الأذن الوسطى لوجود عوائق تتمثل في مادة صمغية أو سوائل أو التهابات ، أي أن الصوت لم يكتمل مساره الطبيعي عبر الأذن ، ويمكن التغلب على تلك العوائق بالتدخل العلاجي أو الجراحي.

- **الفقدان السمعى حس عصبى (صمم حسى عصبى)**

Sensorneural hearing loss

يرى يسلديك والجوزين Ysseldyke & Algozzine (١٩٩٥) أن الفقد السمعي الحسي- العصبي يحدث عند حدوث عطب في الأذن الداخلية أو الأعصاب السمعية.

وفي هذه الحالة ترتبط المشكلة بالأذن الداخلية أو بالعصب السمعي ، فإما أن تخفق الأذن الداخلية في استقبال الصوت أو في نقل السيالات العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ ، يضاف إلى ذلك أن هذه الإعاقة لا تقتصر على تخفيف شدة الصوت فقط ولكن على تشويهه أيضاً ، وهذا النوع لا يمكن علاجه طبياً أو جراحياً ، بل إن الصوت لا يصبح واضحاً حتى في حالة تضخيمه ولذلك فالمعينات السمعية ذات فائدة محدودة.

- **الفقدان السمعى المختلط (الصمم المختلط) Mixed hearing loss:**

يجمع هذا الشكل بين فقد السمع التوصيلي والحس عصبى ويصعب علاجه.

- **الفقدان السمعى المركزى (الصمم المركزى) Centeral deafness:**

يشير عبد الحميد وكفافي (١٩٨٩) إلى أن الصمم المركزي عطب إدراكي ينتج عن اضطراب في وظائف الأذن الوسطى أو إصابة في العصب بين الأذن الوسطى وساق المخ ، كما يمكن أن ينتج هذا العطب عن تغيرات تحدث في الأوعية الدموية في المخ أو حدوث ورم به أو صدمة أخرى له ، أو عدم توافق وراثي في فصائل الدم.

ويذهب الخطيب (١٩٩٦) إلى أن المشكلة – في هذه الحالة – 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 تكون المعينات السمعية ذات فائدة محدودة.

وفي هذه الحالة ترتبط المشكلة بوجود خلل في الأذن الداخلية أو مناطق الاستقبال السمعي (٤١ ، ٤٢ ، ٣٧ ، ٤٤) في الدماغ بشكل يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ.

[ج] شدة الفقدان السمعي:

هناك ثمة تصنيفات للإعاقة السمعية حسب شدة الفقد السمعي منها تصنيف مورثان وريتشارد Richard & Morethan (١٩٨٠) وكوفمان Kouffman (١٩٨١) والخطيب (١٩٩٦) إلا أن جميعهم ركزوا على ما يلي:

- **الإعاقة السمعية البسيطة جدا Slight:**

وتضم الأفراد الذين يتراوح الفقد السمعى لديهم ما بين (٢٧-٤٠) ديسيبل وهؤلاء يجدون صعوبة فى سماع الكلام الخافت أو الكلام عن بعد، وبصفة عامة، لا يواجه هذا الشخص صعوبات تذكر فى المدرسة العادية، ولكنه يحتاج إلى ترتيبات خاصة، بالنسبة لمكان جلوسه فى الفصل، وقد يستفيدون من المعينات السمعية ومن البرامج العلاجية لتصحيح النطق.

- **الإعاقة السمعية المتوسطة Moderate:**

وتضم الأفراد الذين يعانون من فقد فى السمع يتراوح ما بين (٤١-٥٥) ديسيبل، ويستطيع الشخص أن يفهم كلام المحادثة عن بعد (٣-٩) أمتار بشرط أن تكون وجها لوجه، وقد يعانى من بعض الإنحرافات فى الألفاظ والكلام، ويفضل إحالة هذا الشخص إلى فصول التربية الخاصة، وقد تكون المعينات السمعية ذات فائدة.

- **الإعاقة السمعية الملحوظة Marked**

وتضم الأفراد الذين يتراوح الفقد السمعى لديهم ما بين (٥٦-٧٠) ديسيبل ويمكن لهؤلاء الأفراد سماع الأصوات المرتفعة، ومن ثم فهم بحاجة إلى معينات سمعية فردية وخدمات خاصة. ويواجه صعوبات كبيرة فى المناقشات الجماعية، ولا يستطيع فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عالى، وقد تكون حصيلته اللفظية محدودة، وهو يحتاج لفصول التربية الخاصة، والمعينات السمعية.

- **الإعاقة السمعية الشديدة Severe**

وتضم الأفراد الذين يتراوح الفقد السمعى لديهم ما بين (٧١-٩٠) ديسيبل ويعانى الشخص من إضطرابات فى الكلام واللغة وصعوبات تتعلق بسماع الأصوات حتى

الأصوات العالية، ولذلك فهو فى حاجة إلى فصول خاصة، وبرامج تدريب نطقى وسمعى.

- **الإعاقة السمعية الحادة Profound:**

وتضم الأفراد الذين يزيد الفقد السمعى لديهم عن (٩٠) ديسيبل، وهذا الشخص يعتمد على حاسة الإبصار أكثر من حاسة السمع، وأساليب التواصل المعروفة للصم (الهجاء الاصبعى – لغة الإشارة – قراءة الشفاه – التواصل الكلى) وذلك للتواصل مع الآخرين.

تشخيص الإعاقة السمعية (طرق قياس وحدة السمع):

يؤكد الباحثون والخبراء (مصطفى فهمي ١٩٦٥: ٧٧ ، مختار حمزة ١٩٧٩: ٧٤ ، Kamel, ١٩٩٦ ، عبد الرحمن سليمان ١٩٩٧) من خلال بحوثهم ودراساتهم على أن قياس السمع عملية لا تعتبر بسيطة ، حيث إنه يتعلق عادة بأطفال صغار لا يستطيعون الكلام أو التفاهم ، وعادة ما نحكم على حاسة السمع لدى الطفل على أساس ضعف الصوت أو قوته الذي يستطيع أن يسمعه.

١- قياس السمع للأطفال دون الخامسة: وذلك بمعرفة مدى استجابة الطفل للأصوات حسب شدتها وذبذبتها ويتم ذلك بجهاز "Audiometery" الأوديومتري (عداد القياس السمعي) والذي يصدر أصواتاً مختلفة في الشدة ليرى الفاحص مدى استجابة الطفل المستغرق في لعبه أو نشاطه لهذه الأصوات ويوضع الجهاز إلى جوار الطفل ويقوم المختبر بعمل أصوات مختلفة كالأجراس والطبول وما إلى ذلك خلف الطفل ، فإن لم ينتبه الطفل إليها ، أخذ المختبر أو الفاحص بتقريب الجهاز شيئاً فشيئاً من الطفل حتى يلتفت الطفل نحو مصدر الصوت ، ويقيس المختبر بهذا قدرة الطفل على السمع ومدى قصوره السمعي.

ويشير ريلي Reilly (١٩٨٣) أن فقدان السمع يقاس بالأوديومتري ، ووحدته الديسيبل التي تقيس الفقد السمعي ، وبالنسبة لضعيف السمع يتراوح فقدان السمع لديه ٢١-٢٩ ديسيبل ، وبالمعين السمعي يقل نسبة الفقد السمعي.

٢- قياس السمع بعد سن الخامسة: ويوجد عدة طرق منها:

أ- اختبار الهمس Whispering Test: وهي من الاختبارات المبدئية التي يمكن للآباء والأمهات إجراءها على الطفل لاختبار مقدرته على السمع ، وتتطلب من الفاحص الوقوف خلف الطفل أو بجانبه ومخابرته بصوت خفيض أو هامس ، مع الابتعاد عنه تدريجياً حتى الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها ، ويجرى هذا الاختبار لكل أذن على حدة بعد تغطية الأذن الأخرى.

ب- اختبار دقات الساعة Watch-Tick Test: حيث يطلب إلى المفحوص وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التي يسمع عندها الفرد العادي صوت الساعة ، فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النقطة يتم تقريب الساعة من أذنه تدريجياً حتى يسمع دقاتها ثم تحسب المسافة في الوضع الأخير ، وتقارن بالوضع الأول العادي ، فإذا كانت المسافة التي يقف عندها سماع دقات الساعة في حالة فرد ما أقل من نصف المسافة عند العاديين حكمنا على ذلك الفرد الذي يجرى عليه الاختبار بأنه ضعيف سمع.

ج- اختبار الصوت المنطوق The Spoken Voice Test: ويتم هذا الاختبار بأن تسد إحدى الإذنين بقطعة من المطاط أو القطن ، ذلك أن فحص السمع بهذه الطريقة يتم باختبار كل أذن على حدة ، ويجلس الطفل بجانبه شخص آخر في جهة الحجرة بحيث تكون إحدى أذنيه ناحية المختبر الذي يقف على خط مقسم ابتداء من قدم واحدة إلى ٢٠ قدم (تسمى وحدات قدمية) ثم يوجه المختبر إلى المفحوص سؤال أو أكثر يتناسب مع ميوله وعمره ودرجة ذكائه ، وعند سماع الطفل السؤال يجيب عليه همساً في أذن شخص يجاوره ، وعند سماع الشخص السؤال يتقدم الفرد المختبر قليلاً للأمام ، ثم يعيد حتى يستطيع المفحوص السمع ويظل المختبر على هذه الحالة من التقدم قرباً حتى يسمع السؤال، ثم تقاس المسافة التي يتم عندها السمع وتحسب النتيجة على هذا النحو:
المسافة الكلية = ٢٠ قدم ، يسمع المفحوص عند ٨ قدم.
إذن القدرة السمعية = ٨/٢٠
ولكن يؤخذ على هذه الطريقة أن المختبر نفسه قد يكون صوته عالي أو غير واضح.

٣- القياس بالأجهزة السمعية ، وتنقسم إلى:

أ- الأوديوميتر (A-٦) A-٦ Audiometer: وهو جهاز فردي يستخدم لقياس وتحديد القدرة السمعية لدى الأطفال ونستطيع أن نحصل بواسطة هذا الجهاز على رسم بياني لكل أذن على حدة ثم نقارنه بالمستوى المتفق عليه للفرد العادي.

وفيها نضبط القرص الخاص بالذبذبات على نقطة البداية (١,٢٤ ذبذبة/ث) ثم نحرك المفتاح الخاص بوحدات الصوت الديسيبل والذي يوجد في الجهة المقابلة للقرص الدال على الذبذبات (من أسفل لأعلى – حيث تقسم وحدات الصوت من ١: ١٠٠ وحدة) وعند سماع المفحوص للصوت الحاديث نطلب منه أن يرفع يده للدلالة على أنه يسمع ثم نسجل درجة النقص في القدرة السمعية في البطاقة الخاصة به ، ثم نكرر التجربة على الذبذبات الأخرى التالية (٢٠٤٨ ، ٤٠٩٦ ، ٨١٩٢) وهي كلمها ذبذبات من النوع المعروف باسم الأصوات ذات الذبذبات العالية High- Pitched Sounds وبعد ذلك تقاس الأصوات ذات الذبذبات المنخفضة Low-

Pitched ويرمز لها بالأرقام (٥١٢ ، ٢٥٦ ، ١٢٨) ومعروف أن درجة الصوت تتوقف على عدد الاهتزازات في الثانية ، فإذا زادت الاهتزازات أو الذبذبات على عدد خاص ازداد الصوت حدة وبذلك تختلف درجته ، وعدد الاهتزازات في الثانية ويسمى التردد Frequency فالصوت العميق عدد اهتزاماته في الثانية أقل من الصوت الحاد.

ب- الأوديوميتر (A-٤) Audiometer A-٤: ويستعمل هذا الجهاز بطريق جماعية إذ يمكن اختبار سمع عد من الأطفال في وقت واحد بواسطته ، وهو جهاز عبارة عن علبة اسطوانة مسجلة تردد مجموعة من الأصوات على درجات مختلفة من الارتفاع والانخفاض ، وهذه الأصوات تتألف من أرقام غير متوالية ، ويصل بالحاكي جهاز إرسال تليفزيوني يوضع على أذن المفحوص ، ويطلب من المفحوص أن يكتب الأرقام التي يسمعها ، ثم نقارن ما يكتبه بالتسجيل الصوتي ، وعلى هذا النحو يمكن معرفة القدرة السمعية للمفحوص بشكل تقريبي.

طرق التواصل لدى ضعاف السمع:

تقوم طرق التواصل مع ضعاف السمع على استغلال أقصى ما يمكن أن يتوفر لديه من بقايا سمعية ، يمكنه استثمارها في تحسين القدرة اللغوية والكلامية لديه. وفيما يلي عرض موجز لهذه الطرق:

[١] التدريب على استخدام المعينات السمعية:

تتطلب عملية استخدام الطفل للسماعة قدراً كبيراً من العناية والاهتمام ، فالطفل يجب ألا يستخدم السماعة طوال اليوم ، تحت إشراف أخصائي السمعيات ، بعد ذلك يمكن استخدام السماعة لفترة قصيرة من الوقت ، ويمكن زيادة فترات الاستخدام بشكل تدريجي إلى أن يتعلم الطفل كيفية استخدامها والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

[٢] طريقة التدريب السمعي: Auditory Training

وهي من أقدم طرق تدريب ضعاف السمع على اكتساب المهارات الاتصالية اللغوية ، وتركز على استغلال بقايا لدى الطفل ، والمحافظة عليها وتنميتها واستثمارها ما أمكن ذلك عن طريق تدريب الأذن على استماع والانتباه السمعي ، وتعويد الطفل ملاحظة الأصوات المختلفة والدقيقة والتمييز بينهما ، والإفادة من المعينات السمعية لإسماع الطفل ما يصدر عن الآخرين ، وكذلك ما يصدر عنه من أصوات مع تدريبه على تنظيم عملية التنفس ، وعلاج عيوب النطق ، كما تعتمد هذه الطريقة على تشخيص ضعف السمع والتدريب المبكرين عن طريق متخصصين في السمع والتدريب السمعي ، ومشاركة الوالدين وخاصة الأمهات بعد تلقينهم الإرشادات والمساعدات اللازمة.

[٣] قراءة الشفاه: Lip Reading

تستخدم طريقة قراءة الشفاه مع الأطفال ضعاف السمع بهدف تنشيط فهمهم لما يقوله لهم الآخرين ، ويتحقق ذلك عادة بتوجيه انتباه هؤلاء الأطفال إلى بعض الحركات والإشارات المعينة التي تحدث على الشفاه ، وبعض حركات الوجه التي تساعد على فهم الكلام.

ويشير مصطفى فهمي (١٩٦٥) إلى أن هناك قواعد يجب مراعاتها عند تعليم الطفل بطريقة قراءة الشفاه منها:

١- أن نربط بين منطوق الكلمة ومدلولها.
٢- مراعاة مستوى الطفل ومرحلته في النمو ، والتعرف على حاجاته الأساسية.
٣- وجود مسافة مناسبة بين الطفل ومن يعلمه.
٤- استعمال المرآة يساعد على ملاحظة حركات الشفاه في أوضاعها المختلفة.
٥- أن يكون الكلام واضحاً للطفل وبنغمة طبيعية.
٦- استخدام كلمات بسيطة وسهلة عند البداية.

ويؤكد محمد عبد الحي (١٩٩٨) أن تعليم الأطفال ضعاف السمع لغة الشفاه للتحدث والتواصل مع الأفراد السامعين يتناسب مع الأطفال ذوي الفقد السمعي العميق والمتوسط وتعتمد مهارة قراءة الشفاه على عوامل كثيرة منها درجة الإصابة بفقد السمع والعمر الذي حدثت فيه الإعاقة ودرجة الذكاء والخبرات التي أتيحت للطفل ضعيف السمع.

كما أن طريقة قراءة الشفاه تحسن قدرة الطفل ضعيف السمع على التعرف على الكلام على نحو سمعي وبصري.

أثر السمع على النمو اللغوي:

يتعلم الإنسان الكلام من خلال سماعه للآخرين وهم يتكلمون ، وعبر تقليد ما يسمعه منهم بعد ترميزه داخل عقله في صورة رموز ذهنية ، ثم تتحول هذه الرموز ذهنية إلى رموز صوتية ، ثم تتحول هذه الرموز الصوتية إلى رموز مكتوبة وبذلك تبدأ عملية القراءة والكتابة.

وحرمان الفرد الجزئي من حاسة السمع يعني حرمانه من وسيلة هامة تيسر له تعلم اللغة واكتسابها ، ومن المعروف أن اكتساب اللغة يعتمد اعتماداً مباشراً على الإدراك السمعي ، وبالنسبة للطفل ضعيف السمع فمن أسوأ مشكلاته أنه يستقبل مثيرات قليلة في المنزل ، وعادة ما تكون لديه مشكلة مع لغته وكلامه ولذلك تتطور حياته دون أن يتمتع بالاتصال أو التعامل مع المجتمع على أساس سمعي.

<u>ويتميز التركيب الصوتي لضعاف السمع بالخصائص الآتية:</u>

١- استهلاكاً كثير للهواء – إيقاعاً بطئ للعبارات – صوتاً ضعيفاً وعلى نغمة ووتيرة واحدة.
٢- الحذف والاستبدال والتحوير في المقاطع التي لا تعد وقفات أثناء الكلام.
٣- زيادة الرنين الأنفي – مما يؤثر على عملية النطق.

٤- استخدام الأصوات المتحركة Vowels أكثر من السواكن Consonants.
٥- استبدال الأصوات المجهورة Voiced بمثيلتها المهموسة Nonvoiced أو العكس.

ولما كانت تلك العوامل بالغة الأثر في عملية فهم الكلام Intelligibility لدى السامع ، فإن كلام الطفل ضعيف السمع يمثل حاجزاً كبير لديه ، يعوق التخاطب الفعال، وليست العيوب الصوتية هي أساس مشكلة التخاطب عند الطفل ضعيف السمع ، ولكن هناك صعوبة في التخاطب نتيجة لضعف السياق ، وشكل الكلمات Morphology وحصيلة المفردات اللغوية ، إذ يكون تتابع الكلمات مختلاً ، وقد توضع بعض الكلمات دون الحاجة لها ، أو تحذف بعض الكلمات الهامة ، كما يستخدم الطفل مقاطع نهاية الكلمات استخداماً خاطئاً.

إن مشاكل السياق عند الأطفال ضعاف السمع تتلخص فيما يلي: نقص في القدرة على استخدام التركيبات النحوية المعقدة – تأخر اكتساب أشكال النفي المختلفة.

وهناك صعوبة في استخدام الأفعال من الناحية الزمنية ، وكذلك صيغة المبني للمجهول ، مصحوبة في تشكيل الجمل عموماً فيما دون الجمل الخبرية Declarative وفي استخدام صيغ الجمل والتذكير والتأنيث.

وتنمو فكرة الأطفال ضعاف السمع عن العالم من حولهم – والتي من خلالها ينبع المضمون المعنوي أو الدلالات اللغوية بنفس التتابع التي تنمو بها عند الأسوياء ، مع شيء قليل من التأخير ، وبالطبع فإن تتابع اكتساب العلاقات الدلالية يكون متماثلاً في كل من ضعيف السمع والطبيعي ، ولما كان اكتساب اللغة يتم عن طريق القناة السمعية بصفة أولية ، كانت المشكلة التي تواجه الطفل ضعيف السمع عند التحاقه بالمدرسة هي الفقر الشديد في عدد المفردات اللغوية التي اكتسبها ، فنجد أن الطفل ضعيف السمع البالغ من العمر خمسة سنوات يستطيع اكتساب عدد من المفردات اللغوية يقدر بحوالي ٥٠٠ كلمة وليست لديه أية دراية بتركيب الجمل ، بينما تقدر حصيلة قرينه السوي بنحو ٥٠٠ كلمة ، وتكون لديه دراية كاملة يستطيع بها الربط بين الكلمات ليكون جملاً مفهومة.

وعلى هذا يمكن تقليل التأخر الدراسي لدى الأطفال ضعاف السمع ، بالتركيز على تعليمهم اللغة داخل المنزل ، لأن الانتظار حتى يصل الطفل إلى سن المدرسة كفيل بأن يصيب العملية التعليمية بالقصور الشديد.

من هنا نؤكد على أهمية تعريض الطفل ضعيف السمع في مرحلة ما قبل المدرسة إلى اكتساب اللغة عن طريق الأم في مواقف الحياة اليومية المختلفة كالحديث أثناء الطعام وأثناء اللعب ومشاهدة التليفزيون ويشارك الأم جميع أفراد الأسرة حتى يصل الطفل لمرحلة المدرسة ولديه حصيلة لغوية مناسبة تساعده على الاستمرار بنجاح في العملية التعليمية.

خصائص الاضطراب السمعي:

الخصائص الاجتماعية النفسية:

يحاول المعاق سمعياً تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي في مجموعة أو يميل إلى مواقف التفاعل التي تتضمن فرداً واحداً أو فردين ، حتى أولئك الذين يعانون من إعاقة متوسطة يحتاجون إلى تركيز انتباههم جيداً لحديث الشخص الآخر والاستعانة بملاحظتهم البصرية سواء لقراءة الكلام أو تعبيرات المتكلم لمتابعة الحوار.

وبشكل عام يمكن القول أن الأطفال المعوقين سمعياً يميلون إلى العزلة نتيجة لإحساسهم بالعزلة أو عدم الانتماء إلى الأطفال الآخرين ، وفي ألعابهم يميلون إلى الألعاب الفردية كتنس الطاولة وسباق الجري والجمباز.

وتشير زينب إسماعيل (١٩٦٨) إلى أن الشخص المعاق سمعياً لديه إحساس بالنقص والدونية ، وأكدت بحرية الجناينى (١٩٧٠) على سوء توافقه الشخصي والاجتماعي ، كما توصل عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) إلى أنه يعاني من النشاط الزائد ، وبينت نتائج الدراسة التي قام بها جمال الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٦) أن أكثر الخصائص السيكولوجية قوة عند المعاقين سمعياً هي الميل للتملك والتعصب الفئوي (التعصب لمجموعة المعاقين سمعياً).

فالإعاقة السمعية تتركز تأثيرات كبيرة على قدرة الأطفال على مخالطة الآخرين وتفاعلهم معها ، إضافة إلى ذلك فإن نمط التنشئة الأسرية كثير ما تتسم بالحماية الزائدة قد تقود إلى تطور الاعتمادية وإلى مستويات متفاوتة من عدم النضج الاجتماعي.

الخصائص اللغوية:

إن أكبر الآثار السلبية للإعاقة السمعية يظهر أوضح ما يكون في مجال النمو اللغوي ، وعليه فإن المعاقين سمعياً يعانون من تأخر واضح في نمو اللغة ، وتتضح درجة هذا التأخر كلما كانت درجة الإعاقة السمعية شديدة ، ونتيجة للإعاقة السمعية لا يحصل الطفل على (عائد سمعي مناسب) في مرحلة المناغاة ، فلا يداوم على المناغة ولا يحصل على إثارة سمعية كافية أو تدعيم لفظي من الراشدين ، إما بسبب إعاقته السمعية أو بسبب عزوف الراشدين عن تقديم الإثارة السمعية نتيجة لتوقعاتهم السلبية عن الطفل أو لكلا العاملين معاً ، مما يحول دون حصول الطفل على نماذج لغوية مناسبة يقوم بتقليدها.

وحيث أن النمو اللغوي هو الأكثر تأثيراً بالإعاقة السمعية ، فالطفل ضعيف السمع ذو حصيلة لغوية محدودة ويكون كلامه بطيئاً ذات نبرة غير عادية ويتمركز حول المحسوس.

وهنا نشير إلى بعض الخصائص العامة لكلام الطفل ضعيف السمع كما يلي :

١- عدم وضوح مخارج الأصوات.

٢- عدم القدرة على التحكم في الفترات الزمنية بين الكلمة والكلمة التي تليها ، بمعنى أنه قد يقضي وقتاً أطول في نطق كلمة ، في حين أنه في الكلمة التالية قد يسرع في النطق.
٣- عدم القدرة على فصل الأصوات المختلفة.
٤- عدم الضغط الكافي على الكلمات أثناء نطقها مما يؤدي إلى أشكال صوتية غير واضحة وأحياناً تكون مختفية تماماً.
٥- الصعوبة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
٦- أخطاء في النطق.
٧- وضع اليد فوق الأذن وتوجيهها إلى جهة معينة عند الإصغاء للحديث.
٨- الميل للحديث بصوت مرتفع.
٩- استخدام إشارات أثناء الحديث.
١٠- عدم قدرته على متابعة الحديث وفهم ما يقال.

المحاضرة السابعة والثامنة

الإعاقة البصرية

إعداد
د. إيمان سعيد
مدرس بقسم العلوم النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة القاهرة

كف البصر

يمد الجهاز البصرى الفرد الإنسانى كمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عما يحيط بـه ،وتعتبر حاسة البصر هى الحاسة المهيمنة عند ا لإنسان؛ فالإنسان أميل إلى أن يصدق ما تراه عيناه في حالة تعارض المعلومات الحسية.

فحاسة البصر تلعب دورا عظيما فى عملية نمو الطفل ، فمن خلالها يستطيع الطفل أن يتعـرف علـى البيئة المحيطة به ، والأفراد القريبين منه ويستطيع أيضا اختزان صورهم فى الذاكـرة والتعرف عليهم عند رؤيتهم،فيستطيع الطفل التعرف على أمه من خلال رؤيته لها أو سماعه لصوتها .

فالـرؤية تساعد الطفل على اكتشاف البيئة وعلى التفاعل مع العناصر المختلفة فيها، وكـذلك مـع الناس ،وفقدان الرؤية يعوق كل ذلك بل ويجعل من فقدوا بصرهم متوترين فى بعـض جوانب النمو ومنها الجانب الحسى الحركى , كما يقيد فقدان الرؤية التفاعل مع أفراد العائلة مثل الابتسامة أو الاتصال العينى بما يسبب مشاكلا للطفل وللوالدين فى عملية التواصل بيـنهم ، كما يعتبر فقدان الرؤية **عائقا للتعليم الإدراكى للطفل وتنظيم البيئة** حيث أنه يعوقهم من التداخل مع أفراد المجتمع والبيئة .

تعريفات كف البصر:

كف البصر مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من الفقدان البصرى ، تتراوح بين حـالات العمى الكلى (Totally Blind) ممن لا يملكون الإحساس بالضوء و لا يرون شيئا علـى الإطلاق ، و يتعين عليهم الاعتماد كليا على حواسهم الأخرى تماما في حياتهم اليومية وتعلمهم، و حالات الإبصار الجزئى (Partially Sighted) التى تتفاوت تبعا لقدرة أصحابها

على التمييز البصرى للأشياء المرئية ،وإمكانية الاستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها في التوجه والحركة ،وعمليات التعلم المدرسى سواء باستخدام المعينات البصرية أو بدونها .

أولا: تعريف الكفيف في اللغة العربية :

هناك ألفاظ كثيرة في اللغة العربية تستخدم للتعريف بالشخص الذى فقد بصره ، وهذه الألفاظ هى : الأعمى ، الأكمه ، الأعمه ، الضرير ، العاجز ، المكفوف ، أو الكفيف.

وكلمـة أعمى مأخوذة من أصل مادتها وهى العماء ، والعماء هو الضلالة ، والعمى يقال في فقد البصر أصلا ، وفقد البصيرة مجازا .

أما كلمة الأعمه فمأخوذة من العمه ، والعمه كما في لسان العرب التحير والتردد،وقيل العمـه التـردد فـي الضلالة والتحير في منازعة أو طريق ،ويقال العمه في افتقاد البصر أو البـصيرة ، قيل أن العمه في البصيرة كالعمى في البصر .ويقال أرض عمهاء أى بلا أمارات أوعلامـات ،وغالـبا ما ترد كلمة عمه و مشتقاتها في معرض الذم ، أما كلمة الضرير فهى بمعنى الأعمى ،لأن الضرارة هى العمى ، و الرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره ،والكلمة مأخـوذة من الضر و هو سوء الحال،إما في نفس الشخص لقلة الفضل والعلم والفقه.وإما في بدنه لعدم جارحة أو لنقص . و إما في حالة ظاهرة من قلة مال أو جاه . ويقال رجل ضرير أى مريض .

أما كلمة العاجز فهى مشهورة الاستعمال في الريف المصرى ،و العامة يطلقونها على الكفـيف لملاحظتهم أنه قد عجز عن الأشياء التى يستطيعونها هم ،وهى من العجز أى التأخر عن الشئ . أما كلمة الأكمه فمأخوذة من الكمه ، و الكمه هو العمى قبل الميلاد أى الذى يولد أعمـى مطمـوس العينـين . أما كلمة الكفيف أوالمكفوف فأصلها من الكف و معناها المنع، والمكفوف هو الضرير .

ثانيا : التعريفات التربوية لكف البصر:

ويعـرف الطفـل الكفيف أنه الطفل الذى يتطلب تعليمه استخدام وسائل غير بصرية ،ويحتاج إلى التعلم بطريقة "برايل" إذا كان لديه قدر معقول من الذكاء .

ففـى التعريفات التربوية لا يعد الفرد كفيفا إلا عندما يتطلب وسائل غير بصرية من أجـل فهـم المـنهج ؛ فالأطفال المكفوفين يعتمدون بصورة كبيرة على المعلومات الملموسة أوالمسموعة من أجل التعلم ،كما أنهم يستخدمون طريقة "برايل" ،وحوإلى ٨٠ % من الأطفال المـصنفين علـى أنهـم مكفوفـون قد يكون لديهم بعض البقايا من الإدراك البصرى والذي يستخدمونه لمساعدتهم فى توجيه أنفسهم ،وتجنب بعض العوائق وتفسيرالبيئة .

ثالثا: التعريف الطبى لكف البصر:

ويعرف الكفيف بأنه الشخص الذى يملك حدة ابصار تساوى(٦٠/٣) أو أقل

كمـا يعـرف الكفيف بأنه الشخص الذى لا يرى الضوء، أو الشخص الذى يرى قدر بسيط منه بحيث يساعده فى مجرد توجيه الحركة، ويعتمد على الحواس الأخرى للتعرف على العـالم الخارجى.وتختلف الدول فيما بينها فى تحديد الدرجة التى عندها يصبح الشخص كفيفا ،ففـى الـولايات المـتحدة الأمريكية يعتبر الشخص كفيفا من الناحية الطبية عندما تقل درجة إبـصاره أو تـساوى (٢٠ / ٢٠٠)، أما فى استراليا فيعتبر الشخص كفيفا من الناحية الطبية عندما تقل درجة إبصاره (٦٠/٦).

ودرجـة الابصار التى تساوى (٦٠/٦) تعنى أن الجسم الذى يراه الشخص العادى علـى بعـد (٦٠) مترلا يمكن أن يراه الشخص الكفيف إلا على بعد (٦) أمتار فقط .وتتفق بعـض الدول مع أمريكا فى تحديد درجة الابصار التى عندها يكون الشخص كفيفا مثل كندا

،فـى حين تختلف معها دول أخرى فهى فى النمسا تكون (٦٠/١) وفى بلجيكا (٢٠٠/٢) وفى ألمانيا الغربية هى (٢٠ / ٢٠٠) وفى الهند يعتبر الكفيف من فقد بصره كلية.

وهناك الكثير من الخلط بين بعض المصطلحات المرتبطة بكف البصروفيما يلى توضيح لهذه المصطلحات

-كـف بصر كلى: وتلك الفئة لا تستطيع الرؤية نهائيا وتعتمد على الحواس الأخرى وخاصة اللمس .

-كـف بـصر جزئـى : وتلك الفئة يمكنها التعلم بالطرق العادية ولكن باستخدام مكبرات أو نظارات أو وسائل تعليمية معدلة .

-الكـف بأحـد العينين : وتلك الفئة لديها القدرة على الإبصار بأحد العينين فقط ،وتعانى هذه الفئة من صعوبة فى عمق الإدراك الحسى ،كما يحتاجون إلى طرق خاصة فى التعلم.

رابعا: التعريف القانوني لكف البصر:

والتعـريف القانونـى الذى تأخذ به معظم السلطات التشريعية ينص على حدة إبصار تبلغ ٢٠ / ٢٠٠ (٦ / ٦٠) أو أقل في العين الأحسن مع أفضل أساليب التصحيح الممكنة ، أوحدة إبصار تزيد على ٢٠ / ٢٠٠ إذا كـان المجـال البـصرى ضيقا بحيث يصل إلى زاويـة إبصار لا تتعدى ٢٠ درجة . وهذا التعريف هو التعريف المعتمد قانونيا فى الولايات المتحدة ومعظم الدول الأوروبية.

وبعـد العرض السابق لتعريفات كف البصر يتضح أن التعريف القانونى مأخوذ عن التعريفات الطبية.

أسباب كف البصر :

والأسباب التى تؤدى إلى كف البصر هى :

١- الجلوكـوما GLAUCOMA: ويعرف مرض الجلوكوما فى كثير من الأحيان باسم المـاء الأزرق ، وينـتج عـن إفـراز السائل المائى الموجود فى القرنية الأمامية ، أو يقل

تـصريفه نتيجة لإنسداد القناة الخاصة بذلك مما يؤدى إلى زيادة الضغط داخل مقلة العين ، ومن أعراض هذا المرض الصداع فى جانب من الرأس ،والضعف المستمرفى قوة الإبصار واتساع حدقة العين والشعور بالألم فى العين.

٢- **الـرمد أو الجفـاف العينى** ويؤدى هذا المرض إلى تعرض الطفل بكف البصر وينتج الرمد عادة عن نقص فيتامين (أ) من غذاء الطفل .

٣- التليف خلف العدسية (RETROLENTAL FIBROPLASIA (RLF:

وينـتج التلـيف خلـف العدسية عن زيادة معدل الأكسجين فى الحضانات التى يوضع فيها الأطفـال المبتسرين مما يؤدى إلى تكثيف غير عادى فى الأوعية الدموية وقرحة فى أغشية عـين الولـيد ويتـسبب فى تليف خلف عدسة العين مما يؤدى إلى كف البصر، أو ضعف البصر.

٤- **العمى النهرى** وجاء إطلاق هذا الاسم على أحد أسباب كف البصر، لارتباط هذا السبب بالـذباب الأسـود الـذى يعـيش على ضفاف الأنهار والذي يقوم بلدغ جلد الإنسان وحقنه الجراثيم مما يؤدى إلى حدوث التهابات فى أغشية العين مما يؤدى إلى كف البصر .

٥- **الكـتاركت** (الماء الأبيض) CATARACT : وهو عبارة عن مرض يصيب العدسة البلورية للعين ؛ فيؤدى إلى إعتامها.

٦- **التهاب العصب البصرى** : وينتج عن بعض الأورام التى تصيب العضلة الموجودة حول العـصب البصرى ، أو ينتج عن بعض الأورام التى تصيب المخ ؛ فتؤدى إلى ضمور فى العصب البصرى ،وبالتالى فإن إصابة العصب البصرى يمكن أن يؤدى إلى كف البصر إذا لم يعالج مبكرا .

٧- **الحـصبة الألمانية RUBELLA**: فالأم التى تصاب بها فى الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل يصاب طفلها بكف البصر.

٨- **بعـض الأمراض المهبلية SYPHILIS**: التى تصيب الأم الحامل مثل الزهرى والذي تنتقل جرثومته إلى عين المولود أثناء الولادة مما يتسبب فى إصابة الوليد بكف البصر .

٩- **الـرمد الحبيبـى** : والـذي ينتج عن فيروس يصيب الجفون مما يؤدى إلى تليف نسيج الجفون والملتحمة وتغير وضع الجفن بحيث يصبح اتجاه الرموش إلى الداخل مما يؤدى إلى احتكاكها بالقرنية وخدشها .

١٠- الرمد الصديدى : وينتج عن ميكروب الدفتريا الذى ينتقل إلى عين الإنسان عن طريق الذباب .

١١- **الهبـرس** : وهـو أحد الأمراض المعدية والذي يؤدى إلى قرح فى القرنية تتسبب فى إعتام العين .

١٢ – **التوكـسوبلازما** TOXOPLASMOSIS k : وينـتج عـن طريق نوع معين من الطفيليات ذات الخلية الأحادية.

١٣- **الالـتهاب الـشبكى التلونى** ويحدث نتيجة ترسب أصباغ على الشبكية ؛ فيؤدى إلى انكماش فى مجال الرؤية ثم ضمور فى عصب العين؛ فيؤدى إلى فقدان البصر .

١٤- الإصابات والحوادث. ١٥- البول السكرى .١٦ – **الوراثة** . ١٧- **المهاق**.

وهـناك بعـض الأورام التـى تصيب شبكية العين مثل: مرض (retinoblastoma) ويؤثـر هـذا المرض على الأطفال فيما قبل سن الثالثة ،والرابعة ،وهناك حالات قليلة تكون الإصابة عن طريق العوامل الوراثية، ولابد من معالجة الحالة فى أسرع وقت حيث أن الورم

ينتـشر إلـى مـناطق أخـرى مثل المخ ، وتتم المعالجة عن طريق الإزالة الجراحية للعين المصابة ، كما يمكن العلاج عن طريق الأشعة وكذلك المعالجة الكيميائية .

وهكـذا يـصبح من شروط الرؤية الصحيحة أن يتوفر في جهاز الرؤية سلامة العين والعـصب البـصرى الموصل ،والمراكز العصبية والحسية في الدماغ ، كما أن سلامة هذه الأقـسام نسبية ، فتكون الرؤية نسبية ،فتكون النتيجة أيضا أن حدة الإبصار نسبية الأمر الذى يجعـل الـناس طـوائفا تتدرج وفقا لحدة الإبصار بترتيب يشتمل في أوله على طائفة سليمة البصر وينتهى في آخره بطائفة المكفوفين كلية .

أعراض كف البصر

ومن الأعراض التى تظهر على الكفيف هى :

١-**أعراض سلوكية تتمثل فى واحدة أو أكثر مما يلى :**فرك العينين ،تحريك رأسه ومدها إلى الأمـام بطريقة ملفتة للانتباه كلما أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة ،مواجهة صعوبات فـي القـراءة ، أو فـي القـيام بأى عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب،وضع المواد المطبوعة قريبا جدا من العينين عند محاولة قراءتها ,فتح العينين و إغلاقهما بسرعة ، وبشكل لا إرادى و بـصورة مـستمرة ،صـعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح ،تقطيب الحاجبين ثم النظـر إلـى الأشـياء بعينـين شبه مغمضتين ,كثرة التعرض للسقوط و الاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركى والبصرى للطفل ،البطء والخوف عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية كالمشى أو الجرى أو نزول الدرج و صعوده .

٢-**أعـراض مظهـرية خاصـة بالشكل الخارجى للعين و تمثل في :** وجود حول في العين .احمرار الجفنين و انتفاخهما .الالتهابات المتكررة للعين إفراز الدموع بكميات غير عادية .

٣-**أعـراض حـسية :** حـرقان شديد .صداع و دوار يعقب مباشرة أداء أى عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب .عدم القدرة على رؤية الأشياء بوضوح ، ولو من مسافة قريبة ،عدم القدرة على التمييز البصرى بين الأشياء .رؤية صور الأشياء مزدوجة .

تصنيفات كف البصر :

١. فقد بصر تام Totally Blindness ولادى مكتسب قبل سن الخامسة .

٢. فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة .

٣. فقد بصرى جزئى Partial Blindness ولادى .

٤. فقد بصرى جزئى مكتسب .

٥. ضعف بصرى Partial Sight ولادى .

٦. ضعف بصر مكتسب.

خصائص الطفل الكفيف :

إن شـعور الطفل بأنه مختلف عن غيره يقلل من تقديره لنفسه ويجعله دائم الغضب والشكوى والـضيق ويـتولد لديـه شعور بالنقص والعيب الذى سرعان ما يتزايد عند سماعه للتعليقات المليئة بالسخرية أو الشفقة من قبل الآخرين.

فيظهر الأطفال المكفوفين تطورا نمائيا أبطأ من أقرانهم من الأطفال العاديين ،إلا أنهم مـع التعليم المنظم واستخدام التكنولوجيا والتخلص من السلوكيات النمطية والتمييز فإن معظم المكفوفـين يمكـن أن يـندمجوا فـى المجتمع ويتمتعون بحياة أكثر استقلالية ، وخلال النمو يتعلمون أنواع مختلفة من المهارات والسلوكيات.

فيتـصف الطفل الكفيف بخصائص معينة تميزه عن غيره من المبصرين وتشمل هذه الخـصائص الجـوانب الانفعالـية و الاجتماعـية ،والكلامية و اللغوية ، و الحركية والعقلية

والحسية ، ويؤكد العلماء أن الأطفال المكفوفين أطفال طبيعيون فيما عدا فقدانهم لحاسة البصر ،ويتـضح ذلك عندما يكون فقدان البصر في مرحلة متأخرة من حياة الطفل حيث يسير النمو بطريقة طبيعية ، أما الأطفال الذين يولدون فاقدين البصر فإن النمو يسير بطريقة مشوهة.

١- الخصائص العقلية و المعرفية للطفل الكفيف :

هـناك العديد من التأثيرات التى تعوق النمو المعرفى لدى الطفل الكفيف نموا طبيعيا والمتـرتبة على فقدان حاسة البصر، وكذلك المثيرات المرئية والتلميحات البيئية والاجتماعية ،فالمكفوفـون ليست لديهم نفس فرص المبصرين لاكتساب وتقليد السلوك لذلك فهم يحتاجون إلى وقت أكبر ومساعدة أكثر وتكراراً لكى يتعلموا.

إلا أن كـف البـصر لا يؤثـر على القدرات العقلية ،إلا أن التحصيل الأكاديمى لدى الطفـل الكفيف يكون أقل من التحصيل الأكاديمى لدى الطفل العادى ،،إذا ما تساوى معه فى العمـر الزمنـى والعمر العقلى ،ولكن يتقارب كل منهما فى الناحية التحصيلية إذا ما توافرت المواد التى تساعد الطفل الكفيف على استقبال المعلومات والتعبيرعنها .

ويمـيل الأطفـال المكفوفون إلى اكتشاف ما هو غامض عليهم من العالم الخارجى ولكن إعاقـة الطفل الكفيف تسبب له كثيرا من الصعوبات والإحباطات إلى أن يتعلم كيف يميز بين الأصـوات وكـيف يتعرف ويدرك الأشياء من حوله ،وذلك على العكس من الطفل البصير الذى يستطيع منذ البداية أن يدرك الأشياء ويتعرف على البيئة المحيطة به.فقد تفرض الاعاقة البـصرية - في مراحل الطفولة المبكرة - قيودا على تطور مظاهر النمو المعرفى الأساسية المعـتمدة علـى البـصر مـثل الـتآزر البصرى – اليدوى ، و المفاهيم المرتبطة بالأشياء ،والعلاقات بين الأحداث والأشخاص والخبرات ، والعجز في مظاهر النمو هذه قد يعوق النمو المعرفـى الأكثـر تطـورا مـثل التصنيف والاحتفاظ . وبالرغم من ذلك كله ؛ فإن الأطفال

المعوقـين لديهم القابلية اللازمة لاكتساب المهارات المعرفية المعقدة إذا ما توافر التعليم النشط الفعال.

ففـي إمكان الكفيف أن يحصل على ما يحصل عليه المبصر من تعليم ، لأن فقد الإبصار لا يحرمه إلا من معرفة الألوان والأضواء و الأحجام والمسافات.

أساليب التواصل مع الطفل الكفيف :

١- **اللمـس :** تعتبر اليد بالنسبة للطفل الكفيف مصدرا من مصادر اكتساب الخبرة حيث يعـتمد عليها فى الاتصال بالعالم الخارجى ،فتعتبر يد الكفيف أدوات البحث والمعرفة والعمل لديه.

٢- **السمع:** تعتبر حاسة السمع عند الكفيف أهم حاسة فى حياته ،فعن طريقها يستكشف ما يحـيط به ،حيث تساعده هذه الحاسة على معرفة المسافات والاتجاه والحصول على الكثير من المعلومات عن البيئة التى يعيش فيها .

٣- حاسـة الـشم والـتذوق :وتلعب كل من حاسة الشم والتذوق دورا هاما فى تعرف الكفيف على البيئة المحيطة والتفاعل مع مكوناتها مما يوجب على الأسرة والمسئولين عـن تـربية الكفيف تدريبهم على التمييز بين الأشياء التى يمكن إدراك خواصها عن طريق حاسة الشم أو التذوق.

٤- الخصائص الحسية للطفل الكفيف :

للحـواس أهمـية كبيرة فى التعلم وتظهر أهميتها فى أن المعلومات الناتجة عن عمل هذه الحواس مع بعضها البعض تعطينا الإدراكات ذات المعنى .

وتبـرز أهمـية الاسـتماع فـى كونه وسيلة فعالة ومؤثرة فى تعليم الإنسان بصفة عامة ،والطفـل الكفـيف بصفة خاصة ،فالإنسان منذ ولادته وحتى نهاية حياته يبدأ مستمعا فمتعلما فمعلما وليس العكس .

وللـصوت قـدر كبير من الأهمية فى حياة الطفل الكفيف حيث أنه الوسيلة الجيدة التى تـساعده على التعرف على الأشياء فيتعرف على صوت أمه كما أنه من خلال حاسة السمع يـستطيع أن يميز بين الأصوات عن بعد ويحدد مكان الصوت؛ لذا فإن الصوت هو الوسيلة الأكثـر فاعلـية فـى مـساعدة الطفـل الكفـيف علـى التعـرف علـى الأشـياء.

وفى الشهور الخمسة الأولى من حياة الطفل الكفيف يبدأ التعرف على نفسه من خلال حاسة اللمس ،كما أنه يستطيع التعرف على وجوه القريبين منه باستخدام يديه ،كذلك فإن حاسة الشم و التذوق تساعدا الطفل كثيرا على التعرف على الأشياء.

وليـست هـناك وسـيلة وحـيدة يمكـن الاعتماد عليها فى تعليم الأطفال المكفوفين ،فبالإضافة إلى طريقة (برايل) فإنه يجب استخدام وسائل حسية مثل السمع واللمس والتذوق والشم ،هذا إلى جانب العديد من أساليب التدعيم الذى يشجعهم على الاستمرار فى عملية التعلم والتعرف على البيئة من حوله.

وهـناك العديـد مـن الـناس يعتقدون أن الطفل الكفيف لديه قدرات حسية أعلى من القـدرات التـى يمتلكها الطفل المبصر،وأن هناك تعويضاً خارقاً لحاسة البصر ، ولكن يرجع تفـوق المكفوفـين فى استخدام كل من حاسة اللمس ، والشم ، والسمع ، والتذوق إلى سببين هامـين همـا:**الـتدريب** حيث أن الطفل الكفيف يدرب الحواس الباقية باستمرار للتعرف على الأشياء فى حين أن الطفل المبصر يعتمد على حاسة البصر فى التعرف على نفس .وكذلك

التركيز حيث أن الطفل الكفيف يتعلم أن يركز فى كل ما يقوم به من أشياء وما يساعده على ذلك هو غياب المثيرات البصرية الأخرى التى من الممكن أن تشتت انتباه الطفل المبصر عند تعلم شئ معين.

٢- الخصائص اللغوية للطفل الكفيف :

يعـتمد الطفـل الكفـيف فى إكتساب اللغة المنطوقة و تعلم الكلام على حاسة السمع والتقلـيد الـصوتى لما يسمعه ، إلا أنه يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية و الوجهية المـرتبطة بمعـان الكلام ،ومن ثم القصور في استخدامها، وكذلك عدم قدرته على اكتساب معانـى بعـض الألفاظ نتيجة عدم استطاعته الربط بين أصوات بعض الكلمات والمدركات الحـسية الدالـة عليها ،كالأشياء كبيرة الحجم مثلا مما يترتب على ذلك البطء في تعلم اللغة والكـلام ، ونـشوء بعـض الصعوبات في تكوين واكتساب بعض المفاهيم ، كما يؤدى إلى ظهور ما **يسمى بالنزعة اللفظية verbalism**.

وقـد وُجـد أن الأطفـال المكفوفـين يوجهـون أسئلة إلى البالغين أكثر من الأطفال المبصرين،حيث أن هذه الأسئلة تعزز فهم الطفل الكفيف للبيئة فيكتسب من خلالها العديد من المعلومات و الخبرات قبل القيام بأى حركة يريد القيام بها كما تعتبر هذه الأسئلة وسيلة هامة لفتح باب الاتصال مع البالغين .فالطفل الكفيف يتعرف على البيئة من خلال اللغة ، أما الطفل المبصر فتزداد حصيلته اللغوية كلما تعرف أكثر على البيئة ؛ حيث أنه يستخدم اللغة للإشارة إلى خبرات سابقة مع البيئة .

٣- الخصائص الانفعالية للطفل الكفيف :

إن فقـدان الـرؤية للمكفوفين يؤدى إلى الشعور بالقلق عندما ينفرد الكفيف بنفسه ولا

يوجد الشخص الذى يحميه ،كما أن المكفوفين مدركون من خلال خبراتهم بوجود المخاطر من حـولهم، وأنهـم لـيس لـديهم القدرة على حماية أنفسهم في غياب من يحميهم، ويميلون إلى التلاصـق بأى شخص يوجد بجانبهم . ويعتقد الكثير أن العدوان لدى الطفل الكفيف بسيط أو هادئ،أمـا في الحقيقة فإنهم يبدون ميلا صريحا لكبت العدوان تجاه من يساعدهم ويعتمدون علـيهم ، كـذلك فإن علاقة الطفل بالأطفال الآخرين تظهر فيها كما شديدا من العدوان الذى يطلقه الأطفال المكفوفون بعضهم على بعض ،وعلى الأطفال الآخرين .

فنظـرا لمـا يلاقـيه الطفل الكفيف من معاناة بسبب أسلوب الشفقة التى يتخذها أفراد المجتمع نحوه يتكون لديه شعور دائم بأنه أقل من أى فرد آخر مما يجعله يفضل العزلة وعدم الانـدماج فـى حياة المجتمع ؛ فيتمركز الطفل الكفيف حول ذاته ،ولكنه يحاول أن يخرج من شرنقة الأنانية و التقوقع و الرغبة في التملك من خلال ما تسبغه عليه الأم من حب وعطف.

كمـا أن مشكلات النوم تظهر لدى الأطفال المكفوفين أكثر منها لدى الأطفال العاديين وتتمثل هذه المشكلات فى الذهاب متأخرين إلى السرير وضرورة جلوس الآباء بجانب أبنائهم المكفوفين وقتا أكبر من الوقت الذى يجلس فيه الآباء بجانب الأطفال العاديين.

٤- الخصائص الجسمية :

يـتفاوت الأطفـال من حيث الطول والوزن باختلاف العديد من العوامل مثل الجينات والمـستوى الاقتصادى للأسرة وأنماط التغذية ،ويتراوح طول الطفل فى هذه المرحلة ما بين ٩٦,٥ سم فى بدايتها (سنواته الأربع) و ١٢٥ سم عند نهايتها (سنواته الستة)، أما عن الـوزن فيـبلغ ١٥ كجم للذكور ،١٤,٧ كجم للإناث ، أما عند سنواتها الستة فيكون الوزن حوالـى ١٩,٣ كجـم بالنسبة للذكور و ١٨,٨ بالنسبة للإناث ،أما عن العضلات فيزداد نموه

بشكل أسرع من ذى قبل مما يؤدى إلى زيادة الوزن ويظل السبق فى النمو للعضلات الكبيرة على العضلات الصغيرة .

وليس هناك دليل واضح على وجود أى اختلافات بين الطفل الكفيف والطفل المبصر فى جوانب النمو الجسمى.

٥- الخصائص الحركية :

لا يـوجد اخـتلاف في النمو الحركى للطفل المعاق بصريا ولاديا في الشهور الأولى من حـياته بـشكل واضـح عن النمو الحركى للطفل المبصر، و لكن يتعرض الطفل الكفيف إلى بعـض المـشكلات المـتعلقة بإتقان المهارات الحركية و تتمثل هذه المشكلات في التوازن، الوقوف والجلوس،الاحتكاك،الاستقبال أوالتناول،الجرى.

فعدم الرؤية تفقد الطفل الكفيف الحافز القوى للوصول إلى الأشياء التى يريد الوصول اليها فهو يتوسل بجميع حواسه الباقية لكى يصل إلى الهدف ويتفاعل معه ولكن يتم ذلك بشكل بطئ ، هذا على العكس من الطفل المبصر فإن النمو الحركى يزيد لديه بشكل ملحوظ ، وذلك لأنه يرى الأشياء التى تثيره فيندفع محاولاً الوصول إليها.

وهـذا مـا يطلـق عليه اسم " المأزق النمائى " Developmental impasse الذى يتعـرض لـه الأطفال المكفوفين؛ حيث ينتقل الطفل الكفيف من الجلوس إلى الوقوف مباشرة دون المرور بالمرحلة الوسطى التى من خصائصها الزحف على الأرض،ذلك لآن الزحف أو الحـبو لا يمكـن أن يحـدث فـي غـياب الإثارة البصرية الخارجية اللازمة للوصول إلى الموضوعات.

كمـا يتسم الظهر بالإنحناء أثناء الجرى وكذلك فإن القدم تسبق الجسد مما يؤدى إلى بذل طاقة مفرطة في لعبهم ونشاطهم اليومى مما يؤثر كذلك على لياقتهم البدنية.

فالطفل الكفيف غير عاجز عن الحركة ولكنه مقيد فى تكيفه ، ويمكنه التفوق فى مهارات التكيف من خلال التحكم فى البيئة وبالتالى يتحرك خلالها فى طمأنينة ويسر فنجاح الحركة يعتمد على فهم الطفل و تحكمه فى جسده وفى بيئته ،ولذلك فالتكيف والحركة للطفل الكفيف تبدأ أولاً باكتساب معرفة جسدية (علاقات ووظائف أعضاء الجسم) وتمتد إلى معرفة للبيئة (العلاقات بين الأشياء).

كما أن هناك وجود قصورفى حركات الساق بالنسبة للطفل الكفيف مقارنة بنظائره من الأطفال الآخرين،حيث تم التحكم فى حوإلى ٦٣% فقط من حركات الساق مقارنة بالمبصرين ،أما بالنسبة لحركات الأذرع فقد تم التحكم فى حوإلى ٨٣% من حركات الأذرع مقارنة بالمبصرين.

ولـذلك فالإسراع بتربية الحركة الذاتية وتحريرها من المعوقات له أهمية كبرى للنمو البدنى و العقلى والنفسى ،وإذا تمت تربية الحركة للطفل الكفيف في خطها الطبيعى كأى طفل عادى فيمكنه ذلك أن يتحكم في جسمه واتزانه وأن يتحرك بحرية وبدون قلق أو تردد.

فممارسة النشاط الرياضى للمكفوفين يؤثر بشكل إيجابى على مختلف النواحى النفسية والاجتماعية و الحركية وذلك من خلال تقديم البرامج الحركية المناسبة لهم والتى تهدف إلى تطوير المهارات الحركية إلى جانب النواحى النفسية والاجتماعية

النتائج المترتبة على كف البصر :

يواجه الكفيف العديد من المشكلات فى محاولته تنمية المفاهيم وتعلمها فالفرد بدون حاسـة البـصر لا يملـك خبرة مباشرة تشد إليه المكان والموقع ، كما أن المكفوفين يعانون صعوبة بالغة فى ادراك الأشياء والأفكار التجريدية بشكل أكبر مما يعانيه المبصرون.

فيتعـرض المكفوفـون فـي حياتهم اليومية إلى العديد من المشاكل والصعوبات مثل الاحـساس الـدائم بعـدم الأمان والإجهاد العصبى و سرعة الانفعال وفقد السرية للمعلومات الخاصة بالكفيف كما يجد الطفل الكفيف صعوبة في التعامل مع البيئة المادية المحيطة به مما يـؤدى إلـى التأثير على نمو العمليات العقلية و القدرة على التحصيل لديه، **إلا أنه أحيانا ما يؤدى كف البصر منذ الولادة إلى تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه و التعود على ذلك.**

فهناك جانب قد يغفل عنه العديد من الباحثين <u>وهو الجانب الإيجابي لكف البصر</u> حيث يـرى أن كف البصر يفتح آفاقاً إبداعية لدى فاقد البصر حيث يترك للذهن حرية بناء صورة ذهنـية تخيلـية عن كافة المفردات والأحداث التى تدور حوله ، تلك الصورة الخيالية والغير مـرتبطة بالواقـع الفعلـى حتـى تكون أكثر إثارة و روعة من هذا الواقع ؛ فسماع " فيلم" أسـطورى يجعـل ذهن المستمع يعمل على تخيل مشاهد خيالية عما هو مسموع ،والتى قد تصيب المستمع بخيبة أمل عند مشاهدة الفيلم لأن الفيلم لم يستطيع تجسيد مشاهد مرئية بنفس روعة الخيال .

فمن الضرورى أن يستغل الطفل قدراته العقلية والوجدانية والجسمية والاجتماعية فى عمل مفيد له وللآخرين وتشجيعه على الانتاج العملى والفنى المتميز حسب حالته وأن تكون له هواية خاصة .

الاتجاه نحو الطفل الكفيف:

تلعـب البيئة التى يعيش فيها الطفل الكفيف و اتجاهات الراشدين من حوله دورا هاما فـي نمو شعوره بعجزه ، فآراء و انطباعات و اتجاهات و أحكام المبصرين إزاء المكفوفين تحـدد فكرة كف البصر لدى المجتمع ، كما تلعب اتجاهات الآباء بصفة خاصة نحو أطفالهم المكفوفين الدور الكبير في تقبله للعمى أو رفضه له ومن ثم في تكيفه النفسى والاجتماعى .

وتمـثل الأسرة المؤسسة التربوية الأولى التى يتشرب منها الطفل المبادئ و العادات ويصبح مفهوم الخير والشر مرتبطا لديه بالقيم و العادات الأسرية التى نظمت سلوكه وشكلت شخـصيته . وتشير نتائج العديد من البحوث و الدراسات في مجال النمو النفسى للطفل على أهمية العوامل الأسرية و النفسية والاجتماعية ، ومن فرص التفاعل الاجتماعى ، الأمر الذى يعـد من أهم العوامل التى تؤدى دورا هاما في تحقيق التوافق النفسى و الصحة النفسية لدى الفرد.

و الملاحظ أن الأسرة تقف من ابنها الكفيف موقفا من خمسة مواقف هى :

رفض الاعتراف بإصابة الطفل بكف البصر .

قبوله على مضض و إخفاءه عن الآخرين .

الاعتراف به و افاضة الحنان على الطفل لدرجة تلبية كافة رغباته ، وإعفاءه من أى مجهود و تدليله أكثر من اخوته مراعاة لعجزه .

السخط على القدر و الخلاف بين الزوجين عن الملوم منهما في إصابة الطفل ، وعن من يتولى العناية به و خاصة إذا كانت الأم تعمل .

المفاخرة بمواهبه و إعطاءه قدرات غير حقيقية بين المعارف ، مما يغرس في نفسه شعورا بالزهو والغرور عنده ومن ثم يطالب الجميع بالاعتراف بامتيازه .

فالتأثيـر الناتج عن اتجاه الوالدين على سلوك الطفل الكفيف فالطفل الكفيف ينمو نموا طبيعيا إذا شعر بالأمن و الحنان في علاقته مع والديه .

فنوع العلاقة التى تنشأ بين الوالدين و الابن و طريقة معاملة الوالدين له عامل هام في تكـوين شخـصية الابن، والابن الذى ينشأ في جو مشبع بالحب والثقة يتحول في نموه الى شخص يستطيع أن يحب وأن يثق في غيره لأنه عاش في جو من الثقة مع والديه ،أما الطفل

الـذى ينشأ في جو مشبع بالحرمان ويشعر برفض والديه سوف ينمو فردا أنانيا وعدوانيا لا يعـرف الحـب ولا يـستيع أن ينتمـى الى غيره ، و تلعب الاتجاهات الوالدية نحو أطفالهم المـصابين بكـف البصر الدور الكبير في تقبله لإعاقته أو رفضها ومن ثم في تكيفه النفسى والاجتماعى .إن حب الأباء لأبنائهم له دور كبير في نمو هولاء الأطفل عاطفيا وانفعاليا فعدم رؤيـة الطفـل لأبويه تجعل الآباء يقدمون للطفل قليل من العناق واللمس وقليل من التحدث بالـرغم مـن انـه يحتاج الى ذلك بقدر أكبر مما يحتاجه الطفل المبصر ،كل هذه التأثيرات الـسلبية تؤدى الى الحرمان الاجتماعى لدى الطفل الكفيف الذى يظهر أثاره في شعور الطفل باللامبالاة و الفتور العاطفى .

المشاكل و الصعوبات التى يواجهها الطفل الكفيف :

إن كـل منزل مملوء بالمخاطر الجسمانية للأطفال الصغار ؛ فالكرسى في منتصف الحجـرة و الـسجادة غير المفرودة ، و المنضدة غير المستقرة في مكانها ، و طرف الباب المفتوح إلى منتصفه ، وأدوات المطبخ ذات الأطراف الحادة ، ومفرش المائدة المتدلى ، كل هـذه الأشياء معروفة وتسبب إصابات و كدمات للطفل المبصر الذى يستطيع أن يرى أسباب هـذه المخاطر و يتعلم سريعا كيف يتجنبها ، ولكن بالنسبة للطفل المكفوف فهى خفية بالنسبة لـه و خطر لا يمكن تجنبه و عقاب لكل محاولة عادية لإشباع فضوله ، وفى أسوأ الحالات سوف يجلس بلا مبالاه على الأرض فاقد الثقة يائسا .

يتعـرض المكفوفون في حياتهم اليومية الى العديد من المشاكل و الصعوبات و يمكن ايجاز هذه المشكلات كما يلى :

- الاحـساس الدائم بعدم الأمان : فنجد الكفيف في خوف دائم من كل ما يحيط بـه، ممـا يـؤدى الـى شعوره بعدم الأمان و الاطمئنان لما حوله من أفراد ومعدات و أدوات وأجهزة وغيرها .
- عـدم امكانـه التحكم في البيئة المحيطة به : لأن الكفيف كليا لا يرى شيئا و نظـرا للخـوف وعدم المقدرة على الالمام بما حوله فإن ذلك يؤدى الى عدم التكيف مع المجتمع الذى يعيش فيه .
- الإجهـاد العـصبى و سـرعة الإنفعـال : نظرا لشعور الكفيف بالنقص عن الآخرين ، خاصة عندما يشعره الآخرون بذلك .
- شعوره بالاحتياج الى الغير : الكفيف في حاجة الى تقديم المساعدة له حتى في قضاء احتياجاته الضرورية .
- فقـد السرية للمعلومات الخاصة بالكفيف : و هذا يرجع الى عدم وجود وجود أسرار لديه ، فهناك الكثير من المعلومات الخاصة بالفرد التى يجب ألا يعرفها الآخرون عنه و لكن هذه الفئة تفقد السرية التامة لهذه المعلومات.
- صعوبة التحرك و الانتقال :نظرا لما تضفيه الاعاقة بكف البصر على الكفيف مـن التقلـيل من الحركة بصفة عامة مما يؤدى الى ضعف الجهاز الحركى المتمـثل فـي الجهـاز العظمى و العضلى و المفاصل و بالتالى الى ضعف التوافق العضلى العصبى.
- يجـد الطفـل الكفيف صعوبة في التعامل مع البيئة المادية المحيطة به ،وقد يـؤدى ذلك الى التأثير على نمو العمليات العقلية و القدرة على التحصيل لديه

،نظـرا لأن كـف البصر يعزل الشخص عن عالم الأشياء بسبب تباطؤ النمو الحركى وتأثيره على النمو العام بشكل سلبى .

- عـدم استطاعة الطفل التقليد عن طريق النظر ، كما أنه يعتبر محدود الحركة في استكاف العالم المحيط به و التعرف على مكزناته لاعتماد ذلك على حاسة البصر .
- تأخـر الطفـل الكفيف في اظهار النشاطات الحركية مثل الزحف الذى يسبق المـشى ممـا يـؤدى الى بطء النمو الحركى بالإضافة الى تعود الطفل على الحـركات واللوازم غير المقبولة التى قد تبدأ معه منذ سن مبكرة مثل التعود على الاهتزاز الى الأمام والخلف ، أو حك العين ، أو العبث بأعضاء الوجه .
- غالـبا ما ينطوى الطفل على نفسه و يعتزل العالم مع غلبة الميول الانسحابية عليه ، على الرغم من قدرة الطفل على الاتصال بغيره لغويا ، ويعود السبب في ذلك الى القصور البصرى الذى يعانى منه الطفل المعوق بصريا و الذى يجعل سلوكه الانعزالى من المشاكل الاجتماعية الرئيسية لديه .
- قلـة مـيول الطفل الكفيف ، وهى ترجع الى عدم استطاعته القيام بمتطلبات اللعـب الذى يشارك في نشاطاته مع زملائه ، كما يواجه الطفل أحيانا بعض المـشاكل مـن فهـم الخبرات التى تحتاج الى إدراك بصرى مثل العلاقات المكانـية و المساحات وبعض المفاهيم التى تتعلق بالبيئة المادية مثل الشمس والقمر و السحاب ،وغيرها.
- اضـطراب العلاقة بين الكفيف وأمه نظرا لاعتماد الارتباط بالأم على حاسة النظر " النظر الى الأم ، ومتابعة حركتها ، و تبادل الابتسام معها " .

- أحـيانا ما يؤدى كف البصر منذ الولادة الى تشجيع الطفل على الاعتماد على غيـره و الـتعود علـى ذلـك مما يعيق تنمية روح الشعور بالاستقلال لديه والاعتماد على نفسه وتحمل المسؤلية .
- ويـواجه الطفـل الكفـيف العديـد من المشكلات في محاولته لتنمية المفاهيم المكانـية وتعلمهـا ، فـإذا كان الطفل يحصل مفهوما سيئا عن بدنه فإنه لن يـستطيع التحرك بعيدا عن نفسه ليفهم العالم من حوله ، فالفرد بدون حاسة البـصر لا يملـك خبـرة مباشرة تشد إليه المكان والموقع معا بحيث لا يفهم المكان الا من خلال تجريد الإدراك . كما أن المكفوفين يعانون صعوبة بالغة في إدراك الأشياء و الأفكار التجريدية بشكل أكبر مما يعانيه الأفراد العاديون المبصرون ، فالتحرك وراء مستوى ادراك مفهوم مكان الشئ يعتبر إذن جهدا شـاقا بالنـسبة لمعظم المكفوفين خلقيا أى المولودين بكف البصر و بخاصة المراهقين منهم المحرومين من الخبرة و التجربة .

تعليم الطفل الكفيف

تعتبـر السنوات الأولى لكل طفل أولى درجات بناء الشخصية بالنسبة له ؛فلا بد من الاهـتمام بتربيته وتنشئته وإعداده منذ المراحل المبكرة الأولى من عمره ،ويجب على كل من الأسرة والمدرسة والمجتمع أن يقدموا يد العون للطفل الكفيف من أجل مساعدته على الاندماج مع العالم الواقعى حتى يجنبوه الإصابة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية .

أهداف البرامج التى تقدم للطفل الكفيف :

وتقسم الأهداف التى تقدم للطفل الكفيف الى ثلاث مجالات وهى

المجـال المعرفـى : وتعتنى بتنمية مهارات الانتباه والتركيز والاسترجاع والتذكر والتصنيف والترتيب والتنظيم و القدرة على حل المشكلات وإدراك العلاقات المرتبطة بالزمان و المكان.

المجال الحسى : ويتضمن هذا الجانب تدريب كل من حاسة السمع واللمس والشم والتذوق.

المجال الحركى :ويعتنى بتدريب العضلات الدقيقة والكبيرة وتحسين بعض المهارات الحركية واللعب الجماعى .

أنواع الوسائل التعليمية للطفل الكفيف :

يمكـن ترتيب الوسائل التعليمية التى تقدم للمكفوفين ترتيبا تنازليا على حسب أهميتها إلى ثلاث مجموعات :

المجمـوعة الأولـى : مجمـوعة الوسـائل اللمـسية ومنها.. النماذج models، العينات specimens ، الخـرائط الـبارزة ، الكـرات الرضية البارزة ، الرسوم البارزة ، الأشكال البارزة ، صندوق الرمل ، المعارض والمتاحف المدرسية ، الكتب البارزة.

المجموعة الثانية : الوسائل السمعية ومنها .. البرامج الإذاعية ، التسجيلات الصوتية ، الكتب الناطقة المسجلة على أشرطة واسطوانات .

المجمـوعة الثالثة : مجموعة النشاط الجمعى ومنها .. التمثيليات ، الرحلات ، المناقشات ، الندوات ، النشاط الكشفى

الشروط الواجب مراعاتها عند تصميم أنشطة الطفل الكفيف :

وهناك بعض الشروط الواجب توافرها عند تصميم الأنشطة التى تقدم للطفل الكفيف وهى:

- ضـرورة اسـتخدام **وسائل تعليمية ملموسة** بحيث تسمح للكفيف أن يتلمسها ويكتشف المفهوم بنفسه .
- ضرورة إعطاء كل **طفل الوقت المناسب** له فى التعلم

-ضـرورة مـراعاة ما إذا كان الطفل يستطيع أو لا يستطيع الكتابة بطريقة برايل عند تصميم النشاط.

كمـا أنـه مـن الـضرورى وضـع البرامج الفردية لكل طفل كفيف سواء كان فى المؤسـسات التعليمـية، أو فـى طريقه للالتحاق بها ،فعلى معلمة الطفل الكفيف عمل برنامج تربوى فردى يتناسب مع كل طفل من الأطفال .

ومن أهم الأنشطة التى يحب الطفل الكفيف ممارستها هى أنشطة الطهى والتشكيل بالعجائن والرسـم بالأصابع بالإضافة إلى ألعاب الماء والرمل ،ولكن يتطلب ذلك ضرورة تنظيم البيئة التعليمـية للطفـل الكفيف وذلك بتوفير الأدوات اللازمة وتيسير الوصول إليها ،ويعتبر التعلم بالاكتشاف والزيارات الميدانية من أنسب الطرق التى يتعلم من خلالها الطفل الكفيف وذلك من خلال ترك الفرصة للطفل الكفيف بأن يقوم ببعض الأنشطة مثل التشكيل بالعجائن والبازل مما يكسب الطفل الثقة بالنفس.

كمـا أنـه مـن الـضرورى اسـتخدام اساليب التعزيز المناسبة التى يتم من خلالها تعزيز الاستجابات التى تقترب من الهدف ولو جزئيا حتى نحصل على الأداء المطلوب.

الآباء كعلامات مضيئة فى تربية الطفل الكفيف

يـصاب الطفـل الكفيف بالإحباط نتيجة لتباعد عاطفة الأم عنه ، وذلك نتيجة لإصابة الأم نفـسها بالإحـباط عـندما تكتـشف أن طفلها الذى أنجبته كفيفاً ويكون رد فعلها متسما بالتـراجع والانـسحاب ممـا يؤثر تأثيرا سلبيا على الطفل فيما بعد ، حيث أن شعور الطفل بالـسعادة يـرتبط بمدى الأحاسيس التى يمنح إياها ،فقد أثبتت الأبحاث أننا نستطيع أن نرى على وجه الطفل الإحساس بالرضا والسعادة عندما تحنو عليه أمه وترضعه من ثديها ،وعلى

النقـيض مـن ذلك فإنه يصاب بالإحباط عندما تبتعد عنه الأم ولا تعطيه الاهتمام والرعاية الكافية.

فحـب الآباء لأبنائهم له دور كبير في نمو هؤلاء الأطفال عاطفيا وانفعاليا فعدم رؤية الطفل لأبويه تجعل الآباء يقدمون للطفل قليلاً من العناق واللمس وقليلاً من التحدث بالرغم من انه يحتاج إلى ذلك بقدر أكبر مما يحتاجه الطفل المبصر ،كل هذه التأثيرات السلبية تؤدى إلى الحرمان الاجتماعى لدى الطفل الكفيف الذى تظهر آثاره في شعور الطفل باللامبالاة و الفتور العاطفى .

ويعتبـر الآبـاء أول وأهـم المـربيين لأطفالهم ،فيمكنهم المساعدة فى تربية أطفالهم المكفوفين من خلال الخطوات التالية :

- التواصـل مـع معلمة الروضة وإعطائها فكرة واقعية عن نوع المساعدة التى يمكن تقديمها للطفل .
- المشاركة فى عملية تعليم الطفل
- الاسترشاد بالمعلمة عند عدم معرفة الأنشطة التى يمكن استخدمها مع الطفل .
- الاتصال باستمرار مع الروضة للتعرف على المهارات المقدمة للطفل لتبادل الاقتراحات .
- نقـل صورة عن يوم كامل للطفل بالمنزل حتى تتعرف منها على كيفية تنمية مهارات الطفل وحل مشكلاته مع الأسرة .

الألوان والإبداع لدى الطفل الكفيف :

تعتبر الألوان هى العامل المشترك فى كل مجالات الفن مثل الرسم والتلوين والطباعة والتـشكيل ،فالفن ظاهرة اجتماعية يمارسها ويعيشها وينهض بها أفراد يعيشون فى جماعات سواء كمنشئين للأعمال الفنية أو كمتلقين أو مستهلكين لها .

والفن فى سياقه النهائى ما هو إلا إبداع ،والإبداع ما هو إلا نتاج شمولى من محصلة تفاعـل الإنسان بالعوامل الخارجية المحيطة به عن طريق استخدام الحالة الوجدانية ومهارات الأداء التعبيرى .

فالإنـتاج الإبداعـى يحـدث ويـنمو فـى سياقات اجتماعية منظمة وليس فى سياق معزول... فالإبداع الحقيقى هو الذى يتطلب التغير لا فى الفكرة أو المنتج الابداعى فحسب ولكـن فـى السياق الاجتماعى والثقافى الذى يحدث فيه الإبداع **،والمجتمع مسئول إلى حد كبيـر عن توفير المناخ المناسب لإظهار الإبداع** ذلك إلى جانب العمل الفردى بما يضم من عناصـر القدرات الفردية والدافعية للإنجاز وخصال الشخصية المثابرة القادرة على مواجهة الضغوط وتجاوز العقبات .

وهذا ما تؤكد عليه بولارد (Bullard, ١٩٩٣) من خلال خبرتها فى تدريس الرسم مـع المكفوفـين وإعطائهم الفرصة للرسم والتلوين مثل المبصرين تماما ،حيث لاحظت أن الكفـيف يمكنه الإبداع والابتكار فى الرسم مثل الفنان العادى تماما ، فالمبصرون يحصلون على الخبرات البصرية من خلال العين ولكنها لم تبقَ فى العين حيث أنها تنتقل إلى الذاكرة ،فإذا كان الكفيف قد فقد بصره فإنه لم يفقد ذاكرته ، أو خياله ،حيث يمكن للكفيف أن يتعرف على الألوان من خلال الرائحة - حيث وضعت رائحة مميزة لكل لون – كما يمكنه التمييز بين الفرشاة الناعمة وغير الناعمة ،لكن المشكلة التى تواجه الكفيف هى كيف يمكنه أن يعبر عن خياله لعالم المبصرين

ليس من الضرورى أن يعرض الكفيف إبداعه لعالم المبصرين وليس من الضرورى أن يفهـم عالم المبصرين فنون الكفيف ،فلغة برايل لم يتعرف عليها الكثير من المبصرين ولكنها لغة مشتركة بين المكفوفين بعضهم البعض ،والذى يريد أن يتعلمها من المبصرين

فعلـيه القـيام بتعلمها حتى يستطيع فهم هذه اللغة ليشترك مع المكفوفين فى التواصل من خلالهـا ،وينطبق هذا أيضا على لغة الرسم والتلوين لدى المكفوفين فمن يريد أن يفهمها فعلـيه القـيام بـشئ مـن المجهود لكى يتعلمها ، حيث أنه ليس من الإنصاف أن نحرم المكفوفـين مـن التعبير عن فنهم بسبب أن المبصر لا يستطيع أن يفهم فن الكفيف،أو أن الكفـيف لا يستطيع أن يدرك الألوان كما يدركها المبصر ؛ فيكفى أن يحقق الطفل الكفيف ذاتـه بالرسـم والتلوين والإبداع من خلالهما ،ويكفى ان تكون هناك لغة للرسم والتلوين مشتركة بين الأطفال المكفوفين من خلال علبة ألوان الطفل الكفيف.

المحاضرة التاسعة والعاشرة

صعوبات التعلم:

لقـد حظـي مجـال صـعوبات التعلم بالاهتمام من علماء النفس والتربية في الوقت الحاضـر، حيث تعتبر صعوبات التعلم واحدة من فئات التربية الخاصة التي كان ومازال بها مقـدار مـن الغموض من حيث التعريف والأسباب، فإن ما يعرف الآن باسم صعوبات التعلم كـان يعـرف من قبل المتخصصين قبل عام ١٩٦٠ بعدد من المصطلحات كالخلل الوظيفي البـسيط للمخ – الإصابة المخية – الاضطرابات النفسية والعصبية, وقصور الإدراك والانتباه والإعاقـة التعليمـية، إلا أن العلماء قد أشاروا إلى مصطلح صعوبات التعلم نظراً لعدم إلحاق صفة كالإعاقة التعليمية بالفرد عامة والطفل خاصة، فقد يكون لها الأثر السلبي على شخصيته مـدى الحـياة. ومـا كتب عن صعوبات التعلم كأحد فروع التربية الخاصة يفوق ما كتب في التخصصات الأخرى بالرغم من الحداثة النسبية للموضوع، ففي العقدين الأخيرين فرض هذا التخصص نفسه على الحقل التربوي والنفسي بشكل عام وعلى التربية الخاصة بشكل خاص، واسـتقطب اهـتمام عـدد من العاملين في حقل الطب والتربية وعلم النفس، وأصبح مصدراً خـصباً للكثير من الأبحاث والدراسات حول هذه الظاهرة التي بدأت تنتشر بين الأطفال على وجـه الخصوص، وقد تم تصنيف تلك الفئة من بين ذوي الاحتياجات الخاصة، ومعرفة بعض أسباب تلك الصعوبات، وخصائص ذوي صعوبات التعلم، وطرق تشخيصهم وعلاجهم.

مفهوم صعوبات التعلم:

لقد تنوعت التعريفات التي تناولت صعوبات التعلم, فمنها ما ركز على **الاتجاه الطبي** الـذي يعتمد على الأسباب العضوية والفسيولوجية لمظاهر العجز في التعلم، والتي تمثلت في الخلل العصبي البسيط، ويشير هذا الاتجاه للأطفال ذوي صعوبات التعلم على أنهم من يعانون من خلل عضوي بسيط بالمخ، والذي يقع معدل ذكائهم ضمن المعدل الطبيعي للذكاء, ويعانون مـن صعوبات في التعلم تتراوح ما بين الخفيفة والحادة، وتنتج هذه الصعوبات عن انحرافات بـسيطة ناتجـة عـن شذوذ كيميائي حيوي أو أذى للمخ قبل الولادة أو إصابات تحدث خلال مرحلة نمو الجهاز العصبي المركزي، والتي تؤثر على الإدراك، واللغة، والتحكم في الجوانب المعرفية. (Ariel, ١٩٩٣: ٩)

وهـناك تعـريفات ركزت على **الجانب التربوي** الذي يعتمد على نمو القدرات العقلية بطريقة غير منتظمة، حيث يعاني الطفل ذو صعوبة التعلم وفقًا لهذا التعريف من حدوث فجوة كبيـرة بـين الأداء الحقيقـي لـه والأداء المتوقع، ويواجه مشكلات في استقبال المعلومات واسترجاعها.

ويعـرف الأطفـال ذوي صعوبات التعلم بأنهم: مجموعة الأطفال الذين لا يستطيعون الاستفادة من خبرات أو أنشطة التعلم المتاحة لهم داخل غرف التعلم وخارجها، ولا يستطيعون الوصـول إلـى مستوى الإتقان الذي يمكنهم التوصل إليه وفقاً لقدراتهم الأصلية، ويستبعد من هـؤلاء الأطفـال المـتخلفون عقلـياً والمعاقون جسمياً والمصابون بأمراض وعيوب السمع والبصر، وتظهر عليهم عدة أعراض: ضعف مستوى الإتقان في المهارات، وعدم اطراد النمو التتابعـي في التعلم أي الاضطراب في سير التعلم، والإحساس بالعجز والشعور بالنقص لعدم الوصول إلى نفس مستوى الأقران.

(Salim, ٢٠٠٣ : ٤٢٣) (Lokandadha & Ramar & Kusuma٢٠٠٤: ١٥١)

وعـرف الأطفـال ذوي صعوبات التعلم بأنهم: فئة من الأطفال لا يعانون من إعاقة عقلية أو حسية (سمعية – بصرية) أو حرماناً ثقافياً أو بيئياً أو اضطرابا انفعالياً بل هم أطفال يعانون من اضطرابات في العمليات العقلية أو النفسية الأساسية التي تشمل الانتباه، والإدراك وتكـوين، المفهـوم، والتذكر، وحل المشكلات ويظهر صداه في عدم القدرة على تعلم القراءة والكـتابة والحساب، وما يترتب عليه سواء في المدرسة الابتدائية أو فيما بعد من قصور في المواد الدراسية المختلفة، لذلك يلاحظ الآباء والمعلمون أن هؤلاء الأطفال لا يصلون إلى نفس المـستوى التعليمي الذي يصل له زملاؤهم من نفس السن، بالرغم من أن لديهم قدرات عقلية ونسبة ذكاء متوسطة أو فوق المتوسطة. (بطرس حافظ، ٢٠٠٨ :١٩)

صعوبات التعلم وبطيئو التعلم:

إن بطيئـي الـتعلم لـديهم انخفاض عام في القدرة على الاستيعاب في جميع المواد، إضافة إلى انخفاض معامل الذكاء، ويصنفون ضمن الفئة الحدية من(٧٠: ٩٠) درجة ولديهم مـشكلات فـي السلوك التوافقي، ومهارات الحياة اليومية والتعامل مع الأقران، والتعامل مع مواقف الحياة اليومية.

(بطرس حافظ, ٢٠٠٨ : ٢٥)

ويـشير مصطلح بطيء التعلم إلى وصف حالة التعلم من ناحية الزمن, أي يشير إلى سـرعته فـي فهم وتعلم ما يوكل إليه من مهام تعليمية مقارنة بفهم وتعلم أقرانه في أداء نفس المهام التعليمية. (عمرو خطاب، ٢٠٠٦: ٣٥)

صعوبات التعلم ومشكلات التعلم:

إن مـشكلات التعلم لا ترجع إلى المشكلات التي تواجه الأطفال في الحياة اليومية، وإنما هي مشكلات ترجع إلى الإعاقة السمعية أو الحركية أو البصرية، وقد يعاني الأطفال ذوو مشكلات

الـتعلم من الاضطرابات السلوكية التي يمكن أن تكون سبباً في الفشل الدراسي، كما أنهم أكثر قابلية للابتعاد عن الأنشطة المقدمة لهم.

(أشرف عبد الغني، ومروة علي، ٢٠٠٨: ٢٥)

صعوبات التعلم والمضطربون تعليمياً:

إن مـصطلح اضطرابات التعلم يشير إلى إعاقة أو عطب في الجهاز العصبي ترجع إلـى تغايـر واخـتلاف في الجينات الوراثية"، وشذوذ في عمليات الكيمياء الحيوية أو إصابة دماغـية أو عطـب في المخ أثناء الولادة أو إلى الحرمان الحسي وعيوب التغذية, بينما تدل صـعوبات الـتعلم على عدم القدرة على إنجاز مهمة معينة، بالرغم من أن الفرد يمتلك قدرة عقلية كافية لإنجازها. (السيد سليمان، ٢٠٠٠: ١٣٢)

أسباب صعوبات التعلم:

أولاً: الأسباب الداخلية:

- **التركيب البنائي والوظيفي للمخ:**

وهـو خلل وظيفي في خلايا المخ يتعرض له الطفل قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

- **الأسباب الوراثية (الجينات):**

قـد ترجع صعوبات التعلم إلى سبب وراثي بدليل تعاقب هذا المشكل التعليمي بين أجيال الأسرة وانتشاره بين أفرادها.

- **الأسباب الحيوية الكيميائية:**

حـيث يحتوي جسم الإنسان على نسب محددة من العناصر الكيميائية الحيوية التـي تحفـظ تـوازنه وحيويـته ونشاطه، كما أن الزيادة أو النقصان في معدل هذه العناصر يؤثران على خلايا المخ فيما يعرف بالخلل الوظيفي المخي البسيط.

(Kendall, ٢٠٠٠: ١٢٩)

ثانياً: الأسباب الخارجية:

أ - الأسرة:

وتتمـثل في الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي قد تسهم في صعوبات التعلم واستمرارها، ومن بين هذه الظروف حجم الأسرة وتركيبها، حيث يؤثر كبر حجم الأسرة على نمـو الطفل وتحصيله؛ وذلك لأن الأسر كبيرة الحجم لا تستطيع الإشراف والمتابعة المستمرة لأطفالهـا, كما أن تركيب الأسرة له دوره في ظهور صعوبات التعلم؛ فالأسرة المتكاملة التي تـضم الأبـناء والـوالدين تكـون أفـضل في تربيتها لأبنائها وإشرافها على تعلمهم ونموهم

التحـصيلي, أمـا الأسـرة المفككة فيعاني أطفالها من مشكلات نفسية، وإحساس بعدم الأمان وضعف في المتابعة الدورية؛ مما يؤدي إلى ظهور صعوبات التعلم.(رياض بدري، ٢٠٠٥ : ٥٧)

ب- أساليب التربية والاتجاهات الوالدية:

تتأثر صعوبات التعلم بأساليب التربية المستخدمة من قبل الأسرة مع الطفل، فالعنف والعقاب البدني له تأثيره السلبي، أما الإقناع والعقاب المعنوي فيأتي بنتائج أفضل مع الأطفال.

كمـا تؤثـر الاتجاهـات الوالدية الخاطئة التي ينشأ في ظلها الطفل في جو من التدليل الزائد والحـنان المفرط أو الصرامة فتخلق علاقة غير سوية بين الوالدين والطفل، الأمر الذي لا يتيح فرصـاً للاسـتقلال، والاعـتماد على الذات، وفقدان الثقة بالنفس؛ وذلك إجمالاً يساهم في ظهور صعوبات التعلم, إضافة إلى ذلك نوع العلاقة داخل الأسرة التى تجعل لكل طفل خصائصه والتي يجب مراعاتها عند التعامل معه, والقصور في ذلك يؤدي إلى صعوبات في التعلم. (سعيد العزة، ٢٠٠٧ : ٤٩) (بطرس حافظ، ٢٠٠٨: ٤٣)

جـ - الروضة:

تلعـب بيـئة الروضة دوراً مهماً في ظهور صعوبات التعلم باعتبارها المسئول الرسمي عن تقـدم الأطفـال وتنمية المفاهيم والقدرات لديهم، ويتم ذلك من خلال الوسائط التربوية المتنوعة. وتلعـب الروضة دورًا في عملية التعلم، حيث يجب أن تقدم الروضة منهجاً ومفاهيم تدور حول مـيول واتجاهات وخصائص الطفل, كذلك يجب تقديم أنشطة متنوعة لجذب انتباه الطفل ومراعاة مـيوله، مـع التنوع في الوسائل التعليمية المقدمة لذوي صعوبات التعلم خاصة. كما تؤثر علاقة المعلمة بالطفل على صعوبات التعلم، فكلما اتسمت هذه العلاقة بالود والألفة أدى ذلك إلى تلاشي صـعوبات الـتعلم، وعلى المعلمة أن توفر أيضًا طرقاً للتقويم للتعرف على أداء الأطفال الفعلي ومـستوى تقدمهم، مع ضرورة تقديم التعزيز المفضل لكل طفل، حيث يلعب التشجيع على إثارة دافعية الطفل نحو التعلم. (جابر عبد الحميد، ٢٠٠٤: ٧٨) (فتحي الزيات، ٢٠٠٢: ١٣٧)

تصنيف صعوبات التعلم:

ويمكن تصنيف صعوبات التعلم على النحو التالي:

أولاً: صعوبات التعلم النمائية:

وتهـتم بدراسة ما يتعلق بالوظائف الدماغية والعمليات العقلية المعرفية التي يحتاجها الطفل، مثل الإدراك الحسي (السمعي، والبصري) والانتباه، واللغة، والتفكير، وهذه الصعوبات ترجع إلى اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي, ولقد قدم الباحثون عدة تقسيمات

مـنها ما قدمه كيرك وكالفنت كأحد تصنيفات صعوبات التعلم لأطفال ما قبل المدرسة، وذلك على النحو التالي:

١ - صـعوبات فـي نمـو اللغة، وتشتمل على صعوبات في الاستقبال السمعي، وصعوبات التفكير أو التنظيم السمعي والتعبير اللفظي.

٢ - صـعوبات معـرفية وتتمثل في صعوبات الانتباه، والإدراك، والذاكرة، وحل المشكلات وتكوين المفهوم.

٣ - صـعوبات بـصرية حـركية، وتتمثل في صعوبات التناسق الحركي للعضلات الدقيقة، وصعوبات في المهارات الحركية الكبرى. (Judith, ٢٠٠٦: ٢٣٨٠-٢٤٠٥)

كما قسمت صعوبات التعلم النمائية إلى:

أ - صعوبات تعلم أولية، وتتعلق بعمليات الانتباه والإدراك والذاكرة.

ب – صـعوبات تعلـم ثانـوية، وتتعلق بالتفكير والفهم واللغة الشفوية وتكوين المفاهيم وحل المشكلات. (عمرو خطاب، ٢٠٠٦ :٧٧)

ثانيًا: صعوبات التعلم الأكاديمية:

وهـي وثـيقة الصلة بصعوبات التعلم النمائية وتترتب عليها, وترتبط هذه الصعوبات بالموضـوعات الدراسية الأساسية، مثل صعوبة القراءة، والكتابة، والهجاء، وإجراء العمليات الحسابية. (خليل معوض, ٢٠٠١: ٢٩٦)

الخصائص العامة للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

هـناك مجمـوعة مـن الخـصائص المميزة لذوي صعوبات التعلم والتي تتحدد ببعض الـسلوكيات المتكـررة في العديد من المواقف التعليمية والاجتماعية التي يمكن للمعلم والوالدين ملاحظتها بدقة عند مراقبتهم للطفل في المواقف المتنوعة, ومن أهم تلك السلوكيات والخصائص:

١ – الاندفاعية والتهور:

بعـض الأطفـال ذوي صعوبات التعلم، يتسمون بالتسرع في إجاباتهم وردود أفعالهم وسـلوكياتهم العامـة، وقد يتسرعون في الإجابة على الأسئلة التي يوجهها المعلم، ويرتجلون إعطاء الحلول السريعة لمشكلاتهم بشكل يوقعهم في الخطأ.

٢ – صعوبات في التعبير اللفظي (الشفوي):

حـيث يـتحدث الطفل بجمل غير مفهومة أو مبنية بطريقة خاطئة وغير مناسبة من ناحـية التركيب القواعدي، ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في اختيار الكلمات المناسبة للموقف الموجودين به، ويكررون الكثير من الكلمات، ويستخدمون جملاً متقطعة وأحيانًا دون معنى.

٣ - صعوبات في فهم التعليمات:

حـيث تمـثل التعليمات الملقاة من قبل المعلم عقبة أمام هؤلاء الأطفال بسبب مشاكل التركيـز والانتـباه والذاكرة؛ لذلك تجدهم يسألون عن المهام المطلوبة منهم بتكرار، وينفذون أجزاء منها تبعاً لفهمهم.

٤ - النشاط المفرط:

كثيـر من ذوي صعوبات التعلم ذوو نشاط زائد، ولا يمكن اعتبار سلوك معين مشكلاً لمجـرد حدوثه مرة واحدة أو أكثر، ولكن إن تجاوز ثلاثة أمثال حدوثه لدى الفرد العادي في الموقف نفسه وتحت نفس الظروف؛ فإنه بذلك يكون لدى الفرد مشكلة, وذو النشاط المفرط لا يتوفر لديه وقت كاف للانتباه؛ لكي تستطيع الاستحواذ عليه عقلياً.

٥ - ضعف النشاط والحركة:

وهو تماماً عكس فرط النشاط، بالرغم من عدم شيوع هذا السلوك بين ذوي صعوبات التعلم مثلما هو الأمر في فرط النشاط، إلا أنه سلوك قائم يمكن ملاحظته.

٦ - قصور الدافعية:

إن نقص الدافعية قد يأتي نتيجة لعدم قدرة الطفل على التعلم، إلا أنه سلوك يتكرر في تقارير تشخيص هؤلاء الأطفال في بيئتهم الدراسية. (بطرس حافظ، ٢٠٠٨: ٧٣: ٨١)

٧ - قصور في عمليات التآزر والتنسيق الحركي:

يكون الطفل متهوراً ولديه عدم قدرة على الضبط الحركي، وقد يجد صعوبة في مسك أو رمـي الأشـياء، وقـد يكون أقل أو أكثر حركة عن غيره من الأطفال، ولا يستطيع تتبع الأشكال والكلمات المنطوقة.

٨ - صعوبة نقل الانتباه:

يكـون الطفـل ذوي صـعوبة التعلم مستمراً في تركيز انتباهه على مثير بعينه دون المثيرات الأخرى المرتبطة بالموقف، وفي هذه الحالة يكون لديه ثبوت في الانتباه أو صعوبة في نقل الانتباه من مثير لآخر، ويلاحظ كذلك تكرار الطفل كتابة كلمة معينة أو كلمة منطوقة. (أشرف عبد الغني، ومروة حسني، ٢٠٠٨، ٤١)

٩ - عدم القدرة على التركيز:

وترتبط عدم القدرة على التركيز بنقص الدافعية والنشاط المفرط ويتمثل في عدم قدرة الطفل ذي صعوبة التعلم على التركيز والاستمرار لأي فترة زمنية لأداء عمل ما.

١٠ - الاضطرابات في الإدراك:

وتتـضمن الاضـطرابات البـصرية والـسمعية والحـركية والجسمية، فالطفل ذو الاضـطرابات البصرية يجد صعوبة في كتابة الحروف بطريقة صحيحة والتمييز بين الشكل الـسداسي والخماسي، كما أنه قد يعكس الحروف، أما ذو الاضطراب السمعي فإنه لا يستطيع التمييـز بين الأصوات فلا يميز بين جرس الباب والهاتف، ومثل هذه الصعوبات تجعله غير قادر على دقة التمييز الحسي، وتبدو كما لو كانت صعوبات بصرية أو سمعية، وبثبوت علاقة الحواس يتم التأكد من وجود الاضطرابات الإدراكية الحسية.

١١ - الاضطراب في الذاكرة:

ويتـضمن الاضطراب في الذاكرة السمعية والبصرية، فالذاكرة عملية معقدة وصعبة الفهم بالرغم من وجود النظريات المفسرة لها وأنواعها المختلفة، وهنا يأخذ الطفل ذو صعوبة الـتعلم فترة زمنية أطول من غيره في حفظ المعلومات وتعلمها كحفظ الألوان وأيام الأسبوع ولا يستطيع تقديم أي معلومات عن نفسه أو عائلته.

١٢ - التناقض بين التحصيل والذكاء:

يظهـر الأطفـال ذوي صـعوبات التعلم تناقضاً واضحاً بين الأداء الفعلي في التعلم والأداء المتوقع، حيث يحصلون على درجات ذكاء متوسطة أو أعلى من المتوسط، إضافة إلى خلوهم من الإعاقات الحسية والعقلية. (نضال برهم ،٢٠٠٥ : ٢٠)

١٣ - القابلية للتشتت:

يـرتبط هذا السلوك بصعوبة الانتباه وثبوته لدى الطفل، ولكنه هنا على العكس فيكون الطفـل ذو صـعوبة التعلم أكثر سهولة في جذب الانتباه من مثير لآخر،مع عدم القدرة على تركيز انتباهه سوى فترات محدودة من الوقت؛ لذلك يتشتت انتباهه بين المثيرات المختلفة.

(سعيد عبد العزيز، ٢٠٠٨، ٢٨١ : ٢٨٤)

الأسس التي يجب مراعاتها في إعداد برامج صعوبات التعلم:

١ - الطفل ذو صعوبة التعلم:

هناك عدة طرق واعتبارات لتنظيم برامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم، هي:

أ – مراكز التربية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

ب – الصفوف الخاصة بالأطفال ذوي صعوبات التعلم.

ج – دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفوف العادية بالمدارس العادية.

(فاروق الروسان، ٢٠٠٧: ٢٢٣)

فالطفـل ذو صـعوبة التعلم يحتاج إلى المساعدة للتغلب على هذه الصعوبة، والبرامج المقدمة له تكون فردية وفقاً لسبب الصعوبة لديه ومقدار تقدمه في التعلم واستعداداته وقدراته.

وترى الباحثة إمكانية الدمج بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم وبعضهم البعض وبينهم وبين الأطفال العاديين في بعض أنشطة البرنامج لتنمية الثقة بالنفس لدى الطفل، والتخلص من الخجـل الذي يعاني منه نتيجة لعدم قدرته على الاستجابة لمواقف التعلم أمام أقرانه، وهنا يتم توجيه تلك العملية بطرق تراعي عدم تعرض الطفل لأي خبرة قد تؤثر عليه بالسلب، وهذا هو دور المعلم أو الباحث الذي يقوم بتنفيذ البرنامج.

وهـناك مجمـوعة من المبادئ العامة للتعلم، والتي يجب مراعاتها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم وذلك على النحو التالي:

١- يجب مراعاة الخصائص النمائية لكل طفل، وأن يتم التعلم وفقاً لقدرة الطفل وسرعته وإمكاناته في التفكير والتعلم.

٢- يجـب وضوح الأهداف في ذهن المعلم؛ حتى يستطيع إعطاءها للمتعلم والعمل على تحقيقها بأكبر قدر ممكن.

٣- يجب أن تكون الخبرات المتعلمة مناسبة للطفل، وأن تتضمن احتياجاته اليومية.

٤- يجـب أن تكـون الخبـرات متناسـقة ومكملة لبعضها البعض، وأن تتسم بالمرونة والشمول حتى تراعي مبدأ الفروق، ولكن لا تقتصر على جانب واحد.

٥- يجب أن تبدأ الخبرات من المحسوس إلى المجرد، ومن السهل إلى الصعب.

٦- يجب إثارة دافعية الطفل باستخدام التعزيز، ومراعاة استعداد الطفل للتعليم، مع التأكيد على توفر عنصر النضج.

٧- يجب مراعاة الفروق في التقويم. (Okey, ٢٠٠٧: ١٩٦)

كما أن هناك مجموعة من القواعد المهمة التي يجب مراعاتها لمساعدة الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتتمثل فيما يلي:

أ- المحيط التعليمي: وهو العالم المحيط بالطفل الذي يمارس فيه حياته وتجاربه، ويجب أن يتميز بتنوع المثيرات وتنظيمها بشكل فيه معنى وترتيب.

ب- نمـوذج السلوك: وهو ما يقوم به المحيطون بالطفل من سلوكيات عليه تعلمها من خلال التقليد، مع مراعاة أن يتم تكرار السلوك المراد تعلمه عدة مرات مع

الثـناء والتشجيع للمحاولات الناجحة في التعلم، والتأكيد على توفير الحاجات الأساسـية للطفـل وهـي الحب والأمان والاهتمام؛ لكي يكتسب الطفل الثقة بالنفس، ويستمر في التعلم.

ج- التـشجيع والدافعية: ويعني توفير دوافع أمام الطفل للقيام بالسلوك الذي يجب أن يتعلمه، ومنحه مكافأة ترضيه عند القيام به.

د- الـتفاعلات والتعلـيمات والمعلومات: عند العمل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم يجب مراعاة قاعدتين أساسيتين هما:

١. الانـتقال مـن المعلوم إلى المجهول: أي البدء بشيء يعرفه الطفل، والارتقاء به لشيء جديد لا يعرفه.

٢. معرفة وتحديد ما هو مطلوب من الطفل تعلمه بالضبط.

(سهير كامل، [ب] ٢٠٠٨: ١٠٢- ١٠٥)

٢ - طبيعة البرنامج:

لا يخـتلف البـرنامج في طبيعته عن برامج التعلم العادية ولكنه يركز على صعوبة معيـنة بهـدف مساعدة صاحبها كما أن البرنامج هنا قائم على ما يقوم عليه التعلم من مبادئ مـستقرة وتحديـد للأهداف والأنشطة والممارسات والأعمال المناسبة ويجب توافر مقدار من المثيرات والتعزيز في سائر أنشطة البرنامج.

٣ - محتوى البرنامج:

يجـب أن يتكامل البرنامج في أجزائه مع البيئة الكلية لعملية التعلم، وأن يقدم البرنامج مجالات تتسم بالتشويق والجاذبية للمتعلم صاحب الصعوبة لزيادة دافعيته نحو التعلم، وتمكينه من الأهداف المراد تحقيقها.

٤- أنشطة البرنامج:

يجب أن ألا يتجاهل المعلم نواحي القوة المرتبطة بالصعوبة والتي يمكن تمييزها لدى المـتعلم، فـيجب التأكيد على أن كل من تواجهه صعوبة في مجال من مجالات التعلم لابد أن يكون لديه قوة وإتقان لمجالات أخرى، فليس كل صاحب صعوبة عديم النفع، كما اعتدنا القول للطفـل المتعثر في صعوبة ما، أن قدراته ضعيفة وإمكاناته لا تسمح له بالإنجاز فإن هذا من الأخطاء التي يقع فيها المربون.

ويجـب اكتـشاف مواطن القوة، وتدعيم أنشطة البرنامج المعد للطفل بها بحيث يعتبر ذلك من المعززات الدافعة لهذا الطفل، كما يجب أن تهتم أنشطة البرنامج بالجانب الاجتماعي للمتعلم، حيث يساعد الموقف الجماعي على التخلص من عدم الثقة بالنفس، ويساعد على تأكيد الذات لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم على وجه الخصوص.

(بطرس حافظ، ٢٠٠٨: ١٢٦)

الأساليب والاستراتيجيات لبرامج ذوي صعوبات التعلم:

- وضعت العديد من الأساليب التربوية والنفسية التي تهدف إلى مواجهة صعوبات التعلم عـند الأطفال، ولقد قامت بعض هذه الأساليب على أساس العمل على خفض جوانب القـصور التي تؤدي إلى المشاكل الدراسية، مثل: خفض القصور العصبي والحركي واللغـوي؛ وذلـك بهدف تحسن الأداء الأكاديمي والسلوكي مباشرة دون الدخول في المسببات. (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠، ٢٢٠)

بيـنما هـدفت أسـاليب أخرى إلى تكييف البرامج المستخدمة في المواقف التعليمية لمـواجهة الحاجات الفردية والخاصة للطفل ذى الصعوبة، ومن بين هذه الأساليب ما هو قائم على تحليل العمليات النفسية أو تحليل المهام. (محمود عوض الله، ٢٠٠٣: ٥٧)

وبـذلك فـإن اختـيار أي من هذه الأساليب يمكن إتباعه مع كل طفل يقع على علتق المعلـم حيث يجب اختيار الأسلوب المناسب لكل طفل وفقاً لقدراته الخاصة ونوع الصعوبات التـي يعانـي مـنها، وفـيما يلي عرض لأكثر الاستراتيجيات شيوعاً واستخداماً في الوقت الحاضر.

أولاً: استراتيجية التدريب القائم على تحليل المهمات التعليمية:

تتطلب هذه الإستراتيجية تحديداً دقيقاً وفهماً لكل الخطوات الجزئية المطلوبة لتعلم أي مهـارة أو خبرة، ويعطي هذا الأسلوب فرصة للمعلم أو القائم بعملية التعلم لكي يحدد الخطوة الأفـضل والـبدء منها عند التعلم، ويمكن الحصول على هذه المعلومات من خلال القياس أو الملاحظة التي تتم بعناية فائقة. (يحيى القبالي، ٢٠٠٣: ٧٨)

ويقصد بتحليل المهام التدريب المباشر على مهارات محددة وضرورية على أن تكون هذه المهارات في صورة مبسطة وبطريقة مسلسلة؛ لتحقيق المهمة المراد تعلمها.

(السيد سليمان، ٢٠٠٠: ٣٠٣)

وبـذلك تفـيد هذه الاستراتيجية المعلمين في الكشف عما يستطيع الطفل عمله، وما لا يـستطيع فـي مهارة معينة، وتحديد ما إذا كان الطفل يمتلك السلوكيات الضرورية للنجاح في أداء المهمـة أم لا، وتحديـد الأهـداف بطريقة إجرائية قابلة للملاحظة، وكذلك تنظيم برنامج علاجي يستخدم أساليب التعزيز.

ثانيًا: استراتيجية التدريب القائم على العمليات النفسية:

تهـتم هذه الإستراتيجية بتصميم خطة التدريب؛ بهدف رفع كفاءة العمليات التي يعاني فـيها الطفـل من قصور أو اضطراب، فإذا كان الطفل يعاني من مشكلات مرتبطة بالتمييز الـسمعي يجـب تدريـبه على التعرف الجيد للأصوات المتقاربة (عصفور- كتكوت) ويجب الاسـتمرار فـي أنشطة تعتمد على التمييز السمعي؛ حتى يمكن استمرار تعلم الطفل فيما بعد مهارات متنوعة على المجالات الإدراكية السمعية. (رياض مصطفى، ٢٠٠٥: ٥٢)
(طارق عبد الرءوف، ربيع عامر، ٢٠٠٨: ٢٥٠)

ثالثًا: إستراتيجية التدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية:

وتعـتمد هذه الإستراتيجية على دمج المفاهيم الأساسية لكل من أسلوب تحليل المهارة والعملـيات النفسية، فبدلاً من التدريب على التمييز البصري في شكل رموز بصرية لا معنى لهـا يمكـن الـتدريب علـى التمييز البصري باستخدام الحروف والكلمات، حيث تعتمد هذه الإستراتيجية على معالجة الخلل الوظيفي للعملية مع المهارة التي سيتم تعلمها.
(بطرس حافظ، ٢٠٠٨: ١٣٠)

فنيات برامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

تعـرف فنيات البرنامج بأنها مجموعة من الطرق والأساليب اللازمة والملائمة لتنفيذ البرنامج والتى يجب واان تتناسب مع العمر الزمني للمشاركين والهدف المراد تحقيقه، وهناك مجموعة مـن هذه الفنيات كالتعزيز والنمذجة ولعب الدور والنشاط المنزلي، كما يتوقف نجاح البرنامج على الكفاءة فى استخدام تلك الفنيات والانتقال من فنية لأخرى تبعاً لمحتوى البرنامج.
(طه عبد العظيم، ٢٠٠٤: ٢٨٧)

وفيما يلى عرض لبعض الفنيات التى يمكن استخدامها مع الأطفال ذوى صعوبات التعلم.

١- **التعزيـز:** وهو العملية التي بموجبها يكتسب المثير والحدث قوة تزيد من احتمالية تكرار السلوك نفسه والذي يليه. (محمد الريماوي، ٢٠٠٦ : ١٧٤)

ومن الضروري أن يتم تعزيز استجابة الطفل المناسبة، وبشكل عام فإن التعزيز يجب أن يـتم مباشـرة بعـد الاستجابة، فعلى سبيل المثال: حين يستجيب الطفل بشكل صحيح، فقد يعـزز المعلم بالمديح؛ مما يؤدي إلى آثار إيجابية ودافعة للتعلم لدى الطفل، كما يجب التأكيد علـى أن يكـون التعزيز مناسبًا للاستجابات سواء أكان تعزيزًا سلبياً أو إيجابيًا حتى لا يفقد التعزيز معناه, وهناك عدة أنواع من التعزيز، وفيما يلي عرض لهذه الأنواع:

أنواع التعزيز:

ينقسم التعزيز إلى أنواع وفقًا لما يلي:

أولاً: حـضور المثير أو غيابه: حيث يؤثر حضور المثير، أو غيابه على احتمالية تكرار الاستجابة, فهناك نوعان هما:

أ- التعزيز الموجب: وهو ما يوجد فيه المثير وبالتالي فهو يؤدي إلى احتمال تكرار الاستجابة التي ارتبطت به.

ب- التعزيز السالب: وهو ما يترتب على عدم حضور المثير أو غيابه، وعدم الظهور يؤدي إلى عدم احتمال تكرار الاستجابة.

ثانيًا: اختزال الحاجة المباشرة: يرتبط باختزال الحاجة تقسيم التعزيز إلى:

أ- التعزيـز الأولـي: وهو يؤدي إلى اختزال حاجة مباشرة، وبالتالي تحقيق الإشـباع، مثل: الطعام في حالة الجوع, والهروب من الصدمة الكهربائية لتجنب الألم.

ب- التعزيـز الـثانوي: عـند اختزال حاجة مباشرة, إذا ارتبط شيء ما بهذا الاختـزال تـصبح لديه القدرة على التعزيز مثل: رائحة الطعام، ويطلق علـى هـذا التعزيز اسم التعزيز الثانوي، وهو ما يرتبط حدوثه بحدوث التعزيز الأولي.

ثالثًا: الطريقة التي يقدم بها التعزيز:

أ- التعزيز المستمر: ويقصد به توالي تقديم التعزيز عقب حدوث الاستجابة بصفة مستمرة.

ب- التعزيز المتقطع: ويقصد به تعزيز الاستجابات في بعض مرات حدوثها.

(سهير كامل، ٢٠٠٣: ١٣٥-١٣٦)

وتـؤكد الباحـثة علـى أنـه بالرغم من تنوع المعززات (السالبة والموجبة, والمادية والمعـنوية) يجـب على المعلم أن يستخدم أساليب تعزيز متنوعة، وعليه اختبار الأنسب منها والمفضل لكل طفل بصورة فردية ووفقًا للموقف.

٢- **الـنمذجة:** تعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا) ويمكن استخدامها في زيـادة الـسلوك المرغوب فيه، وتقليل السلوك غير المرغوب فيه، وهي عملية تتضمن تغيير الفرد لسلوكه نتيجة لملاحظة وتقليد سلوك آخر. (طه عبد العظيم، ٢٠٠٤: ٨٢)

كمـا تهدف هذه الفنية إلى تعلم سلوك ما، من خلال ملاحظة شخص آخر يؤدي نفس السلوك المراد إكسابه للمتعلم، ويجب أن تتوافر في النموذج مجموعة من الشروط التي تساعد فـي عملـية اكتـساب السلوكيات الإيجابية، ومنها أنه يفضل أن يكون النموذج من نفس سن وجنس المتعلم وكذلك تقديم النماذج بطريقة مباشرة وغير مباشرة.

وقد لاحظت الباحثة أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم على وجه الخصوص نماذج حية لبعضهم البعض، وقد استفادت الباحثة من ذلك في برنامج الدراسة الحالية.

الأنشطة المنزلية:

وهي أنشطة يكلف بها الأطفال، ويرتبط بها أفكار يتم مناقشتها في الجلسات التالية: وذلك بغـرض المساعدة على ممارسة المهارات التعليمية في جلسات البرنامج، حيث يتحدد النشاط المنزلـي، وتتغير أهدافه تبعاً للموضوع وهدف الجلسة ويتم مكافأة الطفل، على أدائه في كل مـرة, وفـي حالة تعثر الطفل في أداء النشاط المنزلي يجب تقديم نماذج صحيحة للأداء أمام الطفل والتدريب عليها. (بطرس حافظ، ٢٠٠٢ :٦٧)

وهناك بعض العوامل التي يجب مراعاتها عند استخدام فنية النشاط المنزلي، وهي على النحو التالي:

١- يجـب أن تكـون الأنشطة المنزلية بسيطة ومركزة ومتصلة بالمهارات التي يتم إكسابها للطفل.

٢- يجـب توضيح الأساس المنطقي لكل نشاط منزلي، وكيفية الإجراء، والتأكد من استيعاب الطفل لما هو مطلوب منه.

٣- يجب مراجعة النشاط المنزلي في الجلسة التالية للتأكيد على أهميته وزيادة فاعليته.

٤- يجب أن توفر الأنشطة المنزلية مقداراً من التعليم الزائد للطفل حيث يجب أن تتضمن هذه الأنشطة مهارات جديدة يتعلمها الطفل؛ وذلك لجذب الطفل نحو أداء النشاط المنزلي.

٥- يجب تنبيه الأم بأهمية أداء الطفل للنشاط المنزلي، ومتابعته أثناء الأداء، وتقديم المعززات المناسبة للأداء.

٤- الحوار والمناقشة:

تتناسـب هـذه الفنية مع الكبار أكثر منها مع أطفال الروضة، وبالرغم من ذلك ترى الباحـثة ضـرورتها عند توجيه الطفل لأداء المهام أو التعرف على رغباته وأسباب فشله مـثلاً في أداء المهمة المطلوبة منه، وكذلك توضيح الإيجابيات التي يقوم بها الطفل كأحد المعـززات المعنوية، وعليه فلا غنى عن هذه الفنية عند العمل مع الأطفال عامة، ومنهم ذوي صعوبات التعلم.

٥- التغذية الراجعة:

عـادة مـا يتحسن التعلم عندما يقدم المعلم تغذية راجعة (إعلام الطفل بصحة الاستجابة) ويمكن تقديم التغذية الراجعة بعدة طرق، إما الطريقة الأكثر شيوعاً وهي أن يعيد المعلم ما قالـه الطفل أو عمله، ويخبره بأن استجابته كانت صحيحة، فالطفل بشكل عام يرغب في معرفة ما إذا كانت الاستجابة مقبولة أو ما إذا كانت الاستجابة صحيحة أم لا.

(بطرس حافظ، ٢٠٠٨: ١٣٦)

وبـذلك يمكـن اعتـبار الـتغذية الراجعة أحد أشكال التعزيز الذي يقدم للطفل، وقد اسـتخدمته الباحثة في الدراسة الحالية لتشجيع الأطفال على التعلم، وإعلامهم بمدى تقدمهم في الأنشطة المقدمة لهم.

المحاضرة الحادية عشر والثانية عشر

الموهبة والابتكار

مفهوم الابتكار:

الابتكار شكل راق للنشاط الإنساني ، بل إنه من أخصب جوانب السلوك الإنساني ذلك لأنه الكفيل بتطوره ، فالإنسان والإنسانية كانت ولا تزال رهينة فى تقدمها وتطورها بذلك النشاط الآسر .. نشاط خاص بالإنسان وقاصر عليه ، حيثما وجد هذا النشاط تتدفق حركة رائعة من العمل الإيجابي المثمر والرغبة المستمرة فى التفوق واستعداد متأجج من أجل الإنجاز.

ويشير مصري حنوره (١٩٩٧) إلى أن الابتكار ليس منطقة منعزلة من السلوك بل هو وكما يصفه جيلفورد فى أبسط صوره يعتمد على توافر درجات متفوقة مما يطلق عليه قدرات الإنتاج التنويعيDivergent Production Abilities مما يؤدي إلى تفوق الطاقة الإبداعية والابتكارية.

والابتكار هو السلوك الذي يحدث أمراً لم يكن موجوداً من قبل بحيث يأتي على غير مثال ، وبحيث يكون كذلك ملائماً لمقتضى الحال .. أى بإيجاز أنه السلوك الذي ينشئ أمراً ليس له نظير يتمتع بخصائص الجدة والملاءمة والاقتصاد.

(مصرى حنوره ,١٩٩٧ : ٦)

وأوضح كارل روجرزRogers,C أهمية التفكير الابتكارى لإنسان العصر الحديث قائلاً: فى الوقت الذى تتقدم فيه المعرفة سواء كانت بناءة أو هدافة فى وثبات وقفزات كبيرة إلى عصر ذري هائل ، يبدو أن التكيف الابتكارى هو الاحتمال الذي يمكن الإنسان من أن يصبح متمشياً مع التغيير المتعدد الجوانب فى العالم الذي نعيش فيه ، وفى الوقت الذي تتقدم فيه الاكتشافات العلمية والاختراعات على أساس متوالية هندسية ، يصبح الأفراد السلبيون الذين يخضعون لثقافتهم عاجزين عن التعامل مع القضايا والمشكلات المتزايدة ، وما لم يستطع الأفراد والجماعات والأمم أن يراجعوا بابتكار أساليب تعاملهم مع التغيرات المعقدة ، فإن النور سينطفئ ، وما لم يستطع الإنسان أن يأتي بأساليب جديدة وأصيلة للتكيف لبيئته بسرعة تماثل سرعة العلم فى تغيير بيئته ، فإن ثقافتنا ستضمحل وسيكون الثمن الذي ندفعه لافتقادنا إلى الابتكار ، ليس فقط سوء التكيف وإنما الإبادة الدولية.

(عبد الله محمود سليمان ، ١٩٨٥: ١١)

فالابتكار هو مفهوم واسع وعميق ، يمتد ليشمل كل الاكتشافات العلمية والاختراعات والابتكارات والإبداعات الفنية والأدبية ، كما أنه يشتمل على التجديدات الأصيلة على مستوى السلوك والعلاقات الإنسانية والاجتماعية. ويؤكد شاكر عبد الحميد (١٩٩٥) أن هذا التطور والاتساع الذى حدث لمفهوم الإبداع جعل بعض العلماء يطالبون

بضرورة وجود علم خاص للإبداع يسمى علم الإبداع Creatology يساهم فى تكوينه علماء النفس والاجتماع والاقتصاد والتربية والأدباء والفنانون والفلاسفة وكل من له صلة بالإبداع. **(شاكر عبد الحميد , ١٩٩٥ : ٥)**

تعريفات الابتكار:

لا يخفى على متأمل أو مدقق كل ذلك الاختلاف فى الرأي الذي يبدو جلياً فى مجال دراسة الابتكار أو الإبداع حتى إن كل باحث أو مؤلف أو منظر أو عالم راح يبدع اختلافاً بحثاً عن المناطق المجهولة فى المفهوم لكي يقدم جديداً ومن ثم يقدم اختلافاً فتعددت المترادفات والمعاني والتفسيرات والتعريفات وذهب فريق إلى تسميته بالابتكار وفريق آخر يقول إنه الإبداع وفريق ثالث يقول لماذا نختلف طالما أننا نتحدث عن نفس الشيء .. هنا يكون المبرر لكل الصراع الدائر رحاه فى هذا السياق إن ثمة مبدعين يقومون بدراسة الإبداع , و ثمة مبتكرون يقومون بدراسة الابتكار , والمحصلة الحقيقية هو اختلاف يثري المعرفة والعلم , ويؤكد على أن التطور وديمومة الحوار رهين بهذا الاختلاف.

ولنبدأ بتين أصول هذا الخلاف الدائر حول المعنى رجوعاً إلى قول الله تعالى **"بديع السموات والأرض"** (سورة الأنعام : آية ١٠١) وهنا يأتي البحث حول المعنى اللغوي لكلمة بدع ، ففي لسان العرب "لابن منظور" بدع الشيء يبدعه بدعاً وابتدعه ، أنشأه أولاً .. أى لم يسبقه إليه أحد. وفى معجم ألفاظ القرآن الكريم نجد بدع الشيء ، بدعاً وأبدعه ، ابتدعه أنشأه وبدأه على غير مثال سابق.

ومن هنا استند فريق كبير إلى هذه الكلمة فى اللغة العربية ، حيث جاءت كلمة إبداع غنية بالمعاني على نحو أكثر اتساعاً وعمقاً ، حتى حينما نتحدث عن كلمة "بدعة" كأحد الاشتقاقات والتي تستخدم لوصف ما نستنكره ونستهجنه من أمور مستحدثة فى الدين فنصف من أحدثها بأنه "مبتدع" وليس مبدعاً ذلك لكي نصغر من شأنه أو نقلل من قدره. **(مصرى حنوره, ١٩٩٧ : ٦-٧)**

أما الفريق الثاني ذلك الذي آثر كلمة ابتكار فإن مرده فى ذلك يرجع إلى سند مؤداه أن تفضيل كلمة ابتكار على كلمة إبداع ترجع إلى الاعتقاد بأنه حينما ورد فى القرآن الكريم **" بديع السموات والأرض"**(سورة الأنعام : آية ١٠١) ذلك لكي ندرك عظمة تلك الكلمة بما تعنيه وبما لها من سمو ، فقد اختص الله نفسه بها وجعلها من بين أسمائه الحسنى ، فالإبداع للخالق الأوحد ، الأمر الذى دفع هذا الفريق إلى الاكتفاء بحدود كلمة ابتكار ومصدر "بكر" والتي تعني السبق وإتيان الأمر أولاً ، أى أنها الابتداء والريادة فى الإتيان بجديد أو الوصول إليه مبكراً. **(حسن أحمد عيسى , ١٩٩٣ :١٥)**

بينم نجد الفريق الثالث ذلك الذي اختصر طرقاً تعثرت فيها خطى السابقين وبدلاً من البحث عن مادة اختلاف ذهب إلى البحث عن مادة اتفاق فاستند إلى الكلمة فى اللغة الإنجليزية وهي Creativity or Creativeness وذلك اشتقاق من كلمة Creations والفعل Create يخلق وأصله اللاتيني Creare ومعناها القاموسي يخرج إلى الحياة أو ينشئ ويصمم ويخترع أو يكون سبباً. ولعل دعوى الاتفاق التي ينادي بها هذا الفريق

ترجع إلى أنه حينما نتحدث عن الإبداع أو الابتكار فإننا نعني به نفس المصطلح Creativity أى نفس الصفة أو الحال أو الفعل أو العملية فما جدوى الاختلاف إذن.

(حسن أحمد عيسى , ١٩٩٣ : ١٥-١٦)

ونستند اتفاقاً مع هذا الفريق الأخير فيما يذهب إليه وما تمخض عنه البحث فى الدراسات العربية سواء التي تناولت بالدراسة الإبداع أو الابتكار ذلك أن ما استند إليه الباحثون من تراث نظري عند دراستهم للإبداع هو التراث النظري نفسه الذى استند إليه الباحثون عند دراستهم للابتكار.

بل نصل إلى أبعد من هذا فحينما ندقق التأمل فى الدراسات العربية التي تناولت دراسة الإبداع أو الابتكار نجد أنه قد حدث فيها اتفاق غير متفق عليه بمعنى أن جميع الدراسات التي تناولت دراسة الإبداع اختصت بدراسة المراحل العمرية المتقدمة بينما جاءت الدراسات التي تناولت الابتكار معنية بمراحل العمر الباكرة ومراحل الطفولة ، وهذا التقسيم يصل بنا إلى استنتاج مؤداه أن هناك شيئا يسمى الابتكار فى الطفولة يتحول بفعل السن أو النمو بمختلف مساراته إلى إبداع أى كأنهما شيئان مختلفان ، وفى حدود اطلاع الباحثة أنه لم يختلف عن هذا التقسيم السابق سوى دراسات محمود عبد الحليم منسي وسيد الطواب (١٩٨٢) (١٩٨٣) (١٩٩٤) وقد بدأ إصرارهم على استخدام كلمة إبداع سواء فى مرحلة الطفولة أو الرشد.

وأخيراً فجدير بالذكر وبحثاً عن نقطة اتفاق فإن استخدام كلمتي الإبداع أو الابتكار سيكون بوصفهما مترادفين يصفان المفهوم المتفق عليه فى اللغة الإنجليزية وإن كان أكثر الكلمات المستخدمة هى الابتكار.

ولنأت إلى الإشكالية الثانية فى استعراض مفهوم الابتكار ، ذلك هو التداخل أو الخلط فى بعض الأحيان بين بعض المفاهيم مثل العبقرية ، النبوغ ، الموهبة ، التفوق العقلي. ودون الدخول فى تفاصيل قد تستغرق وقتاً طويلاً ففي عبارات موجزة نحاول أن نقيم حدوداً بين هذه المفاهيم المختلفة.

كان أكثر من استخدم مصطلح العبقرية Genius هو "جالتون" وذلك كمرادف لذوي الشهرة والذين ورثوا طاقات عقلية ممتازة ثم استخدم "سبيرمان" (١٩٣١) هذا المصطلح ليعني به قدرة الفرد على الإنتاج الجديد وهو بهذا تحدث عن العبقرية كمرادف للابتكار ثم أتى تيرمان (١٩٣٥) وهولنجورث (١٩٢٣) حيث استخدما نفس المصطلح ولكن كمرادف للتفوق العقلي استناداً فى ذلك إلى اختبارات ومقاييس الذكاء (من يحصل على ١٤٠ فأكثر على اختبار ستنافورد بينيه للذكاء) ولكنهما ما لبثا أن اكتشفا نواحي القصور فى استخدام المقاييس كمنبئات عن العبقرية وانتهى الأمر إلى أن عاد مصطلح العبقرية إلى معناه القديم وهو القدرة على الإنتاج الابتكارى.

(عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٧: ٢٦-٢٩)

أما بالنسبة للنبوغ فقد اختصت به اللغة العربية ويقال فى المعجم الوسيط: نبغ المرء فى العلم أى برع وأجاد ومن معانيه أيضاً الظهور المفاجئ لأمر ما ، فيقال نبغ منه أمر ما كنا نتوقعه وهذا هو الأصل فى إطلاق هذا الوصف على بعض الشعراء الذين قالوا الشعر وأجادوه فى سن متأخرة ولم يكن معروفاً عنهم قوله كالنابغة الذبياني.

(حسن أحمد عيسى ، ١٩٩٣: ١٦)

استخدم كذلك مصطلح الموهبة Talent ليدل على مستوى أداء مرتفع يصل إليه فـرد مـن الأفـراد فى مجال لا يرتبط بالذكاء ذلك لأن بعض المواهب قد تظهر لدى المتخلفين عقلياً. (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٧: ٣٠)

وقـد شاع بدرجة كبيرة استخدام هذا المصطلح بين علماء النفس والتربية حتى كانـت هـناك آراء تـنادي بـأن الموهبة لا تقتصر على جوانب معينة وإنما تمتد إلى مجـالات الحياة المختلفة وأنها تتكون بفعل الظروف البيئية التي تقوم بتوجيه الفرد إلى اسـتثمار مـا لديـه فى مجال بعينه وهنا تغيرت النظرة السابقة حتى أصبح مصطلح الموهـبة يتسع ليشمل جميع المجالات حتى الأكاديمية منها ، وأصبح الموهوب هو كل من يرتفع مستوى أدائه فى أى مجال من المجالات التي تقدرها الجماعة سواء كان هذا المجال أكاديميا أو غير أكاديمي. (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٧: ٣٢-٣٣)

ونفس المعنى تؤكده ليلى كرم الدين (١٩٩٧) فى تعريف الطفل الموهوب ذلك التعريف الذى قدمه "بول ويتني" مشيراً إلى أن "الطفل الموهوب هو الطفل الذى يتصف بالامتياز المستمر فى أى ميدان من ميادين الحياة". **(ليلى كرم الدين , ١٩٩٧: ٦٦٤)**

جدير بالذكر فى هذا السياق أن الوصول إلى هذا التعريف جعل الباحثين يتحدثون عن الموهوب فى مجال الابتكار أو الإبداع أى يصبح الفرد موهوباً فى إبداعه وهذه نقطة اتفاق أدت إلى اتساع أفقي فى النظر إلى الفرد بوصفه وحدة كلية الأمر الذي يدفع إلى الإشارة إلى أن كثيراً من الدراسات كانت تتناول الموهوبين بوصفهم مبتكرين وهو الأمر الذى لم يصبح غريباً بعد الاتفاق عليه.

أما التفوق العقلي فيحدده شاكر قنديل (١٩٩٣) فى تلك الفئة من الأفراد الذين يحصلون على درجات متميزة فى القدرة العقلية العامة ، بحث تضعهم هذه القدرة عند أعلى ١٥٪ من التوزيع الاعتدالي لأي مجموعة من الأفراد البالغين الذين اختيروا عشوائياً والمحك الوحيد المميز لهذه الفئة هو الأداء العقلي.

(شاكر قنديل ، ١٩٩٣: ٦٨٢)

بينما يشير عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) إلى أن المتفوق عقلياً هو من يحصل على درجات فى اختبار ستانفورد بينيه بحيث تضعه هذه الدرجات ضمن أفضل ١٪ من المجموعة التي ينتمي إليها. **(عبد السلام عبد الغفار , ١٩٧٧ : ٣٣)**

ويقرر شاكر قنديل (١٩٩٦) على نحو مباشر أننا لا نعتقد أن هناك مفهوماً تعددت فيه التعريفات كالتعدد الذى شاع فى موضوع الابتكار وهو ما يؤكده حسن أحمد عيسى (١٩٩٣) من أن كالفن تيلور (١٩٦٤) قد تحدث عن وجود أكثر من مائة تعريف للابتكار ، وقد أرجع ذلك إلى أن الباحثين فى هذا المجال يفتقدون الاتفاق على محك أو معيار موحد يمكن الاعتماد عليه فى تعريفهم للإبداع ، وهو الأمر الذى يدفعنا إلى التساؤل إذا كانت عدد التعريفات قد بلغت مائة تعريف عام ١٩٦٤ فترى كم أصبح عددها بعد مرور حوالي سبعة وثلاثين عاماً؟ ولعل فى هذا التساؤل تعبيراً عن صعوبة فى حصر هذه التعريفات وحتى إذا ما تم حصرها فإن محاولة تصنيفها أو عرضها سيكون أمراً عسيراً للغاية وهو

الأمر الذى يجعلنا نبحث عن نقطة اتفاق بين جمهور الباحثين فيما يختص بتعريف الابتكار. **(حسن أحمد عيسى , ١٩٩٣ : ١٧)**

فقد اتفق معظم الباحثين على أنه يمكن تعريف الابتكار بوصفه :

١- تعريف الابتكار بوصفه عملية Creative Process

١- تعريف الابتكار بوصفه نتاج Creative Product

٢- تعريف الابتكار بوصفه إحساساً بالمشكلات Creative Problem Solving

وفيما يلى عرض موجز لهذه التعريفات وفقاً لهذا التصنيف :

أولاً: تعريف الابتكار بوصفه عملية:

لما كانت هذه العملية غير ظاهرة فضلاً عن شدة تعقيدها فقد لجأ الباحثون إلى الاستدلال على حدوث هذه العملية الابتكارية وذلك من خلال تقسيمها إلى مراحل و بعضهم قدم وصفاً للكيفية التي تتم بها هذه العملية ومن بين هذه التعريفات تعريف موران جلفن Glvin, M (١٩٥٩) والذى يذهب إلى اعتبار الابتكار هو العملية التي ينتج عنها حدوث مركب جديد ذى قيمة وهذا المركب الجديد إنما يمثل مجموعة من العناصر التي لم تكن مرتبطة سابقاً بعضها مع بعض ويمكن الوصول إلى هذا المركب الجديد من خلال تفاعل بين مضامين مختزنة داخل الفرد ذاته وبين قدر كبير من المعلومات عن العالم الخارجي. **(Isenberg, J .١٩٩٣ : ١١)**

ويشير شتاين Stein (١٩٦٨) إلى أن الابتكار بوصفه عملية ينتج عنها عمل جديد يرضي جماعة ما وذلك على أن يتوافر فى هذا العمل أو الإنتاج الجدة وقبول الجماعة للنتاج لقيمته بالنسبة لها. **(هدى حماد ,١٩٩٨ : ٢٤)**

بينما يذهب تورانس Torrance (١٩٦٦) إلى اعتبار التفكير الابتكارى هو عملية يصبح فيها الفرد حساساً للمشكلات وأوجه النقص وفجوات المعرفة ، والمبادئ الناقصة وعدم الانسجام أو غير ذلك ، فيحدد فيها الصعوبة ، ويبحث عن الحلول ويقوم بتخمينات ويضع فروضاً ويختبر هذه الفروض ويعيد اختبارها أو يعدلها ويعيد اختبارها ثم يقدم نتائجه فى آخر الأمر. (صفوت فرج ، ١٩٨٣: ٣٤)

ويعرفه روجرز (١٩٦٨) بأن الابتكار هو فعل خلق لإنتاج جديد ، ينمو معبراً عما فى الفرد من تميز من ناحية وعن المواد والأحداث والناس والظروف المرتبطة بحياته من ناحية أخرى. **(صفوت فرج , ١٩٨٣ :٢٨)**

ومن أشهر التعريفات التى قدمت للابتكار بوصفه عملية هو تعريف والاس Wallas والذى قسم فيه العملية الابتكارية إلى أربع مراحل هي:

١- مرحلة الإعداد أو التهيؤ Preparation
٢- مرحلة الاختمار Incubation
٣- مرحلة الإلهام أو الإشراق Illumination
٤- مرحلة التحقيق Actualization

(ناديه محمود شريف , ١٩٩٩ : ٣-٥)

ويتفق كل من بيتلسون (Beetestone, F.١٩٩٨) ودوفي (Duffy, B. ١٩٩٨) على اعتبار أن الابتكارية هي إمكانية عقلية تمنح الفرد اتساقاً وثباتاً نسبياً بل ووحدة يصعب تفتيتها أو تجزئتها على هذا النحو المقدم فى مثل هذه المراحل للعملية الابتكارية وهو الأمر الذى وعى فوكس Fox إلى القيام بعملية اختزال لكل هذه المراحل السابقة من مرحلة واحدة هي مرحلة الإشراق أو الإلهام.

وتعقب نادية محمود شريف (١٩٩٩) على هذه التعريفات والتي تدل على أن الابتكار هو عملية نفسية معقدة ذات سلسلة مستمرة من التغييرات والمراحل المتتابعة والمعتمد بعضها على البعض الآخر , وتستطرد مشيرة إلى أن مراحل عملية الابتكار لا تحدث بطريقة منظمة متتابعة بهذا الأسلوب الذى قدمه "والاس" بل هي عمليات تتداخل وتمتزج فى أوقات معينة من عملية الابتكار. **(ناديه محمود شريف , ١٩٩٩ : ٧)**

بينما رفض بصورة قاطعة كل من فيناك (١٩٥٢) Vinack وميرلوز (١٩٨٨) Merlose هذه المراحل مؤكدين على أنه لا يوجد فصل بين هذه المراحل المزعومة ، متى تنتهي مرحلة لكي تبدأ المرحلة التي تليها فضلاً عن أن هذه ليست مشكلة لدى المبتكرين بل تبدو أنها أقرب ما تكون إلى كونها مشكلة لدى الباحثين والمنظرين.

ثانياً: الابتكار بوصفه نتاجاً:

الابتكار هنا هو العملية التي يقوم بها الفرد والتي تؤدي إلى اختراع شيء جديد ميد ١٩٥٩ ويؤكد روجرز ١٩٥٩ على أن العملية الابتكارية هي ما ينشأ عنها أو ينتج عـنها ناتج جديد ، نتيجة لما يحدث من تفاعل بين الفرد بأسلوبه الفريد فى التفاعل وما يوجد فى بيئته ويواجهه. (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٧: ١٢٩)

بينما يشير ويلسون (١٩٥٨) إلى أن الابتكار هو إنتاج شيء جديد ويمكن الحكم عليه بالجدة فى ضوء محك اجتماعي ، بمعنى أن يكون الإنتاج جديداً بالنسبة للمجتمع وقد يكون فى ضوء محك سيكولوجي أى أن يكون الإنتاج جديداً بالنسبة للفرد.

(جابر عبد الحميد ، ١٩٨٢: ١٤١-١٤٢)

ويعـرفه يوسف مراد (١٩٧٢) على اعتباره إيجاد الشيء على غير مثال وهو الكـشف عـن علاقات ووظائف جديدة وابتكار الصبغة الصالحة لتجسيم هذه العلاقات لإبراز هذه الوظائف. (محمد السعيد عبد الحليم ، ١٩٨٩: ١٨)

ويعرفه ميدنك Mednick بأنه تشكيل للعناصر المتداعية فى تكوينات جديدة لتقابل بعض الاحتياجات المعينة أو التي تكون بشكل ما مفيدة وبقدر ما في عناصر التكوين من ندرة وبقدر ما تكون العملية أو الحل أو النتاج مبدعاً.

(صفوت فرج ، ١٩٨٣: ٢٩)

كـذلك نجد تعريف عبد الحليم محمود السيد (١٩٧٧) والذي أشار إلى الابتكار بأنه إنتاج شيء جديد فى صياغته وإن كانت عناصره موجودة من قبل كإبداع عمل من أعمال الفن أو التخيل الإبداعي. (عبد الحليم السيد ، ١٩٧٧: ١٤)

ويشير علي خضر فى تعريفه للطفل المبتكر بأنه الطفل الذى يؤدى أنواعاً من الإنتاج الفكرى والحركي تمتاز بالجدة والطرافة ويستطيع تغيير مجرى التفكير فى اتجاهات جديدة بسرعة وسهولة وإنتاج عدد كبير من الأفكار استجابة لموقف من المواقف أو مثير من المثيرات ويكون أداؤه بشكل مستمر فى أى مجال من المجالات المتاحة له ، ويكون واضح التفوق فى التعامل مع الحقائق والأفكار والعلاقات.

(علي خضر ، ١٩٨٩: ١٧٥-١٧٦)

أما جوان أيسنبرج Isenberg , J (١٩٩٣) فيعرف الابتكارية بأنها القدرة على إنتاج شيء جديد والخروج بمخزون من المعلومات ينتفع بها.

(Isenberg , J .١٩٩٣ : ٤)

ويعـرفه سيد خيرالله (١٩٧٦) بأنه القدرة على الإنتاج , إنتاج يتميز بأكبر قدر مـن الطلاقـة الفكرية والمرونة والتلقائية والأصالة والتداعيات البعيدة وذلك كاستجابة لمشكلة أو مثير. (نادية محمود شريف ، ١٩٩٩: ٥)

ويجمل حسن أحمد عيسى (١٩٩٣) عدداً من العوامل كمحصلة للناتج الابتكارى منها:

١- السيطرة الأكاديمية والتي تعتبر الأرضية أو الخليفة التي لا يستطيع الباحث أن يقدم نتاجاً له قيمته دون توافرها.
٢- العوامل الفعلية التي تساعد على وضع الفروض والاحتمالات والتي تتضمن الحساسية للمشكلات الطلاقة ، الأصالة والمرونة.
٣- الدافعية التي تساعد على تحريك توجيه الطاقة النفسية للفرد وتدفعه إلى اكتشاف الجديد والتفكير فيه والتعبير عنه. **(حسن أحمد عيسى , ١٩٩٣ : ٢٢-٢٣)**

بينما يحدد سيد صبحي صفات الناتج الابتكارى على النحو الآتي:

١- الجدة: أى هو ما أنتج لأول مرة ولم يسبق له وجود من قبل.
٢- مغزى الناتج: أى معناه وقيمته ودلالته وذلك بقدر ما يرتبط الناتج بحياة الفرد والجماعة.
٣- استمرارية الناتج: أى أن الاستمرارية هي دليل أهميته وإثارة بالنسبة لمجاله.

(سيد صبحي ، ١٩٧٥: ٢٨)

ثالثاً: الابتكار بوصفه إحساساً بالمشكلات:

اتجهت بعض التعريفات إلى الربط بين الابتكار وبين الإحساس بالمشكلات ومن بين هذه التعريفات تعريف فوكس Fox والذي يعرف الابتكار بأنه القدرة على حل المشكلات بطرق أصيلة ومفيدة ، بينما يصف آن رو Ann Row الابتكار بأنه أقرب ما يكون إلى حل المشكلات.

كذلك يشير باتريك Patrick إلى أن الابتكار يظهر حينما يواجه المبتكر مشكلة ما تسبب له اضطراباً فى توازنه وفى سعيه لحل المشكلة يمر بعدد من المراحل هي الإعداد والإشراق والتحقيق. **(حسن أحمد عيسى ، ١٩٩٣: ٣٥)**

بينما يعرف تورانس Torrance التفكير الابتكارى بأنه يتمثل فى عملية الإحساس بالثغرات أو العناصر المفقودة فى المشكلة ، كذلك نجد تعريف يامامونو Yamamoto الذي يشير إلى أن تحليل عوامل ومكونات الابتكار ووظيفة كل منها فى مختلف مراحل العملية الإبداعية ينتهي إلى أن الهدف النهائي للعملية هو حل المشكلة التي يتعرض لها المبتكر. (حسن أحمد عيسى ، ١٩٩٣: ٣٦)

فى حين يتفق عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) مع كل من هدى مصطفى حماد (١٩٩٨) ونادية محمود شريف (١٩٩٩) ، فى أن البعض يتحدث عن الابتكار كعملية عقلية وحديثهم يجعل من الابتكار صوره لنموذج حل المشكلات وهو ما أشار إليه "تايلور" من أن هناك خلطاً بين الابتكار وأسلوب حل المشكلات ، فهناك من المبتكرين من لا يجمع البيانات الكافية فى المجال الذي يعمل فيه أو يهتم بفرض فروض ، وإنما يترك فكره حراً يتجول فى المجال كما نجد ذلك فى الإنتاج الأدبي أو الفني أو الموسيقى حيث لا يخضع إلى نموذج حل المشكلات بأي حال من الأحوال.

وتشير هدى حماد (١٩٩٨) مؤكدة على أن الابتكارية لدى الأطفال تبعاً لهذا الاتجاه يمكن اعتبارها نوعاً من الإمكانية العقلية والتي يمكن أن تزدهر وتنمو برعايتها وتوجيهها والاستجابة المناسبة لها ، ففي الحين الذي يتفق فيه محمد ثابت (١٩٨٢) مع هدى حماد (١٩٩٨) على ما أسموه بالإمكانية الابتكارية لدى صغار الأطفال فإننا نجد ما ذهب إليه ديدك Dudek (١٩٧٤) والذي أكد على أن الابتكار لدى الأطفال وفقاً لهذه التعريفات العلمية السابقة (باعتبار الابتكار إحساساً وحلاً للمشكلات) أمر عسير ويكاد يصبح أمراً مستحيلاً ذلك لأن الابتكارية صفة مشتركة بين جميع الأطفال وهي ليست موجودة بهذا الشكل عند الكبار. **(عفاف عويس ، ١٩٩٣: ١٦)**

وقد استشهد ديدك Dudek بما أشار إليه ديموس Dimos من أن الأطفال مبتكرون بالطبيعة ولا ينقصهم سوى المناخ الذي يظهر هذه القدرات وينميها. وقد اقترح اسماً جديداً لابتكارية الأطفال وهو التعبيرية الابتكارية , حيث هي قدرة يولد بها الطفل وتتميز بالتلقائية والانفتاح والتدفق والحيوية وهي قابلة للتدريب.

ويبدو أن هذا التعقيب السابق والذي قدمه ديدك Dudek قد أفرز تعريفاً يتفق وهذا السياق قدمه درافدال Dravdahl بأن الابتكار هو نشاط متخيل موجه نحو هدف معين ، يتضمن هذا التوجه تكوين أنماط جديدة مؤلفة من خبرات سابقة أو استخدام العلاقات القديمة لتأليف موقف جديد ولا يشترط ظهوره فى شكل تطبيقات عملية أو انتاجات فقد يكون عملاً فنياً أو علمياً أو أدبياً أو فى شكل اتجاه عام.

(عفاف عويس ، ١٩٩٣: ١٧)

وأخيراً فإن ما أشارت إليه صفاء الأعسر (٢٠٠٠) ربما يحسم قدراً كبيراً من هذا الخلاف الدائر حول اعتبار الابتكارية حلاً للمشكلات ، فقد أشارت إلى أن هذا الاتجاه نحو النظر إلى الابتكار قد قام على غرار النموذج المقدم للحل الإبداعي للمشكلات Creative Problem Solving والذى يختص فى الغالب بالمشكلات العلمية والتكنولوجية والتي قد تتطلب تدريب القائمين عليها على حلول ابتكارية.

وتستطرد صفاء الأعسر (٢٠٠٠) مؤكدة على أن الحل الإبداعي للمشكلات هو نموذج محدد يرتبط بخصائص محددة وتوازنات وظيفية تحددها فلسفة النموذج فى تعريف الابتكار. فحل المشكلات والتفكير الابتكارى بينهما ارتباط وثيق ، فالتفكير الابتكارى ينتج عنه استجابات جديدة حيث إن حل المشكلات فيه عناصر ابتكارية تتفاوت بتفاوت جدة المشكلة وجدة الحل وما يحدثه من تغيير ولكن الابتكار ليس فقط حلاً للمشكلات لأنه يلتزم بمحطات فى المنتج قد لا تتوافر فى حل المشكلات.

(صفاء الأعسر , ٢٠٠٠ : ٣١)

المحاضرة الثانية عشر

مكونات الابتكار:

تمثل هذه المكونات البعد الإنتاجي من بنية العقل ذلك النموذج الذي قدمه جيلفورد فى الفترة ما بين ١٩٥٠ وحتى ١٩٦٧ ، وقد ميز جليفورد على أساس من التحليل العاملي خمسة أنواع من العمليات العقلية هي: المعرفة ، التذكر ، التفكير التقاربي ، التفكير التباعدي والتقويم. وتدار هذه العمليات من خلال محتوى (الأشكال ، الرموز ، المعاني والسلوك) وتمثل هذه مختلف أنواع المعلومات التي تؤدى إلى إنتاج ما. وهذه النتاجات تندرج فى ستة أنواع (الوحدات ، الفئات ، العلاقات ، النظم أو الأنساق ، التحويلات والتضمينات) ومن ثم فإن الصيغة الثلاثية المقترحة تقدم ثلاث مجموعات للنشاطات العقلية: وفق نوع العملية ، نوع المحصلة أو النتاج (البعد الإنتاجي) ونوع المضمون أو المحتوى. **(الكسندرو روشكا , ١٩٨٩ : ٥٠-٥١)**

وتشمل هذه المكونات:

١- الطلاقة Fluency

٢- الأصالة Originality

٣- المرونة Flexibility

ويرى جليفورد أن هذه الجوانب الثلاثة هي المكونات الرئيسية بل وأساس الحكم على التفكير الابتكارى .

[١] الطلاقة:

ويقصد بها القدرة على إنتاج أكبر عدد من الأفكار ذات الدلالة خلال فترة زمنية محددة ، فقط يطلب من فرد أن يستدعى جميع الأسماء الممكنة لأشياء متعددة والتي تتميز بصفات معينة ، أن تكون مستديرة ، أو لونها أبيض.

وقد توصل جليفورد من خلال دراسته المتتابعة إلى استنتاج أربعة عناصر للطلاقة هي: الطلاقة اللفظية – طلاقة التداعي – طلاقة الأفكار – طلاقة التعبير. ويذهب جليفورد إلى أنه من الممكن ظهور هذه العناصر الأربعة للطلاقة على شكل آخر غير شكلها اللفظي وذلك عند الانتقال من المجال الذى عليه الألفاظ إلى مجالات أخرى كالفن التشكيلي أو التأليف الموسيقى ، فتظهر طلاقة الصور عند المصور وطلاقة الأنغام عند الموسيقي.

(جميلة شارف ، ١٩٩١: ٢٠-٢١)

[٢] الأصالة:

عرف جليفورد الأصالة فى مبدأ الأمر بأنها ما ينتجه الفرد المبتكر من أفكار على درجة من الجدة والتي يمكن أن يظهرها الفرد والتي تبدو فى استجاباته غير المألوفة والمقبولة فى نفس الوقت وأيضاً فى ميله لإعطاء تداعيات جديدة.

غير أن جيلفورد عاد ثانية وقدم تعريفاً أكثر تطوراً بعد ما يقرب من عشر سنوات مؤداه أن الأصالة هي المرونة التكيفية للمادة اللفظية Adaptive Flexibility فحيثما يوجد تغير فى المعاني توجد الأصالة ، إذ تبدو الأفكار على أنها جديدة أو ماهرة أو غير معتادة وهو المتغير الذى أضافه جليفورد وأطلق عليه عامل إعادة التنظيم أو إعادة التحديد.

(مصطفى سويف ، ١٩٧٠: ٣٥١)

[٣] المرونة:

هو أحد الأركان الأساسية فى الابتكار ، حيث يتطلب إعادة البناء السريع والمناسب للمعلومات والأنظمة المعرفية وفقاً للمتطلبات المستجدة وتغيير شكل الصياغة عندما لا يبرهن الشكل السابق على فاعليته.

(إلكسندر روشكا ، ١٩٨٩: ٩٥)

فالمرونة هي قدرة الفرد على إنتاج أفكار وأشياء فى اتجاهات مختلفة أو بمعنى آخر هي درجة السهولة واليسر التي يمكن أن يغير بها الشخص موقفاً ما أو وجهة عقلية معينة.

(نادية شريف ، ١٩٩٩: ١٦)

وقد توصل جليفورد إثر دراسته لعامل المرونة إلى إيجاد عاملين آخرين هما:

١- المرونة التكيفية وهي المسئولة عن تغيير الوجهة العقلية التي ننظر منها إلى مشكلة محددة.
٢- المرونة التلقائية وهي المسئولة عن إنتاج أقصى عدد من الأفكار المتنوعة فى إطار موقف معين وهنا تبدو قدرة الفرد على سرعة تغيير أفكاره فى اتجاهات مختلفة وجديدة.

ويؤكد صفوت فرج (١٩٨٣) أن هذه العوامل متمايزة من حيث مفهومها النظري , فى حين أنها متداخلة بعض الشيء فى وسائل قياسها ، حيث يندر حتى الآن وجود اختبارات وحيدة البعد يتشبع كل منها على عامل واحد فقط من العوامل الابتكارية السابقة.
(صفوت فرج , ١٩٨٣ : ٤٣-٤٤)

مقومات الابتكارية لدى الأطفال:

يلخص إدوارد ورايت **(Edward, C & Kright, K ١٩٩٨)** هذه المقومات على النحو التالي:

١- إن صغار الأطفال قدراتهم متنامية وأنشطتهم متعددة ثرية تعبر عن ممارسة لمهارات وعمليات عقلية متضمنة التحليل [الفك والتركيب] والتركيب [ألعاب البناءة والبازل] التعرف على أوجه التشابه والاختلاف الترتيب وإعادة الترتيب والتنظيم والتقويم وهنا وفى ضوء كل هذه الأنشطة تكون الابتكارية متاحة للغاية.

٢- عن صغار الأطفال يحتاجون إلى التعبير عن أفكارهم بطرائق متعددة ومختلفة يلجئون حيناً إلى الوسائط الرمزية أو الصور الذهنية أو الأنشطة الفنية رسم ، تلوين ، تشكيل ، موسيقى ، لعب ، حركة كل ذلك يجعل الأطفال قادرين على

الانتقال إلى مستويات أعلى وجديدة من أنماط التفكير الابتكارى ، ذلك لأن هذه الأنشطة فى أبسط صورها معبرة عن حياة الطفل وخبراته الطبيعية.

بينما تؤكد بروسكي (**Brodsky, M, ١٩٩٤**) على أنا حينما نعطي للأطفال الفرصة للاستمتاع بالخبرات والأنشطة والتي تتضمن تنشيطاً وتفعيلاً لأجسامهم وحواسهم ، فإنهم يستشعرون أحاسيس جيدة وطيبة عن أنفسهم وعن الآخرين وهو الأمر الذى يجعلنا نؤكد على أن العالم الأول بالنسبة للأطفال هو الجسم وهو ما أطلقت عليه The power of mind-body.

وتجمل نادية محمود شريف (١٩٩٩) هذه المقومات على النحو التالي:

١- إن التخمين والتساؤل والبحث والاستكشاف وتناول الأشياء واللعب والحركة هي أساس نشاط الطفل وأهم خاصية من خصائصه لذلك فإن التعلم وخبرات التعلم لابد وأن تدور من خلال هذه المميزات للطفل.

٢- تقدم لنا النظريات السيكولوجية تفسيراً لمجموعة الحاجات التي تحرك طفل هذه المرحلة وهي الحاجة إلى الاستكشاف والاستطلاع Need for Curiosity والحاجة إلى المعرفة Need for Cognition ، ويرى "برلين" Berlyne أن هذه الحاجات فطرية وأصيلة عند الأطفال.

٣- فى مرحلة الطفولة ينمو الابتكار ويظهر بصورة أسرع من الذكاء , لأن ضعف الحصيلة اللغوية عند الطفل فى الطفولة المبكرة يجعلهم يعتمدون بدرجة أكبر على التفاعل مع البيئة بأسلوب متميز عن الكبار يتمثل فى التخمين والاستكشاف والتجريب , وهو ما يطلق عليه "تورانس" Torrance, P أسلوب التعلم الابتكارى.

٤- خصوبة خيال الطفل فى هذه المرحلة تسهم فى زيادة إمكانات الابتكار ويتمثل ذلك فى تلك الأنشطة المتنوعة التي يمارسها الطفل كاللعب الإيهامي والإحيائية.

٥- تناول الأشياء وإنتاج تشكيلات جديدة ، حيث يهتم طفل الروضة بالتعامل مع الأشياء من خلال تناولها وفحصها والتعرف عليها وتعتبر هذه المهارات مقومات أساسية فى تعليم طفل الروضة وتنمية ابتكاريته.

٦- القدرة على الإغلاق مثل إكمال الصور الناقصة ومن ثم يمكن أن يكون هذا الإغلاق ابتكارياً.

٧- القدرة على حل التناقضات الظاهرة فى الموقف , لذلك كانت الصور والقصص الغريبة مواد هامة ومثيرة وجيدة للتدريب على تنمية مهارات الابتكار.

٨- الصمت والتردد فطفل الروضة نظراً لعدم نضج مهاراته الكلامية واللغوية بدرجة كافية ، قد تظهر لديه لحظات من الصمت والتردد فى تعامله مع المواقف ، ذلك لأن نواتج تفكيره عادة تكون فى شكل نماذج بصرية أو حركية أكثر منها لغوية , ولذلك كثيراً ما يكون تعبيره عن تفكيره الابتكاري بأساليب غير لفظية.

٩- التعامل مع الأشياء بصورة غير مألوفة ، فطفل الروضة من خلال تناوله للأشياء وفحصها ومن خلال لعبه الإيهامية عادة ما يتعامل مع الأشياء بالصورة غير المألوفة للتعامل معها ، فقد يضفي عليها صفة الإحيائية , وقد يتكلم معها , وقد يتصورها تبادله الحديث , وهذا هو اللعب بالأفكار والمعاني.

١٠- الحاجة إلى الاستكشاف والتعرف ، فطفل هذه المرحلة تكثر أسئلته التي يوجهها للكبار بغرض التعرف على العالم المحيط به وفهمه وفى ضوء هذه الخاصية فإنه يصبح بالإمكان إثراء خبرات الطفل ونستثير تساؤلاته ونضع البدايات الأولى للشعور بالمشكلة والإحساس بالنقص فى الخبرات والمعارف مما يستثير نشاط الطفل للبحث والتقصي.

١١- القدرة على التنظيم , وهو ما أكدته ماريا منتسوري على أن أطفال الروضة لديهم الموهبة والقدرة على تنظيم الأشياء لأنفسهم وبطريقتهم الخاصة وكما يرونها. **(نادية محمود شريف , ١٩٩٩ : ٥٥-٥٩)**

وفى أقصى أشكال التجريد يرى **سيد صبحي (١٩٩٧)** أن الطفل فى مرحلة الروضة يتكلم ، يلعب ، يسأل ، يمثل ، يقلد ، يكذب ، يمزح ، يمرح ، يرسم ويقلد وهذه هى ابتكاريته.

وتقدم لنا دوفي Duffy, B, ١٩٩٨ نموذجاً للعملية الابتكارية لدى الأطفال وإن تركزت وارتبطت بالتحكم والسيطرة فى الأدوات وأساليب تناولها والتفكير بها وهو ما أطلقت عليه استكشاف واستطلاع الأفكار وأكدت على أن هناك أربعة مستويات للعملية الابتكارية لدى الأطفال هي:

١- حب الاستطلاع والفضول ممثلاً فى ذلك السؤال .. ما هذا؟ صيغة مطلقة تتصدر كل أحاديث وكلمات الأطفال وذلك لأنهم دائماً يريدون أن يعرفوا ويتعلموا المزيد.

٢- الاكتشاف ممثلاً فى السؤال ماذا تفعل هذه؟ ذلك لأن الأطفال يلاحظون بشغف نشط تفحص واكتشاف الموضوعات والأحداث والأفكار وغالباً ما نجدهم يستخدمون كل حواسهم فى جمع المعلومات ، فإذا أمسك بلعبة فإنه يستطلع ويستكشف ما الذى يمكن أن تحدثه هذه اللعبة , وهذا هو الترقب النشط.

٣- اللعب .. ممثلاً فى السؤال ما الذى أستطيع أن أفعله بهذه؟ حيث يبدأ الأطفال بالاستغراق والانغماس والانشغال التام والكامل بلعبه وفكره وأهم ما يميز تناول الطفل لأفكاره وموضوعاته فى هذه المرحلة هو التلقائية حيث لا يركز الطفل أو يدقق فى النتاج النهائي لما يفعله فهو يستكشف ويستطلع ويختبر ويجرب كل شيء فى لعبه ، وهذه هي الفرصة لممارسة وتجريب وتدريب مهاراتهم وقدراتهم ومعارفهم التي يكتسبونها فى مراحل سابقة.

٤- الابتكار .. وهو النتاج والمحصلة متمثلاً فى:

- تعاملات غير مألوفة وغير متوقعة للأشياء.
- استحضار معلومات سابقة غير مترابطة فى موقف حالي.

- استخدام المعلومات والمعارف بأساليب وطرق جديدة.
- إيجاد معارف تتناسب مع المواقف الجديدة.
- اختبار مفاهيم جديدة.
- تنظيم وتصنيف موضوعات هذا العالم.
- التفكير بمرونة.
- اللعب بالأفكار والأدوات.
- الميل إلى الاستحداث والخروج عن المألوف.
- حل المشكلات والإحساس بالسيطرة.

(Duffy, B, ١٩٩٨: ٨١-٨٢)

وأخيراً فإجمالاً لهذا التصور يقدم لنا بيتلستون(Beetestone, F,١٩٩٨) مقالاً للكيفية التي تتجلى بها مقومات العملية الابتكارية لدى الأطفال.

قررت إحدى المعلمات أن تخصص يوماً للأنشطة الابتكارية وبالفعل توجهت للفصل (A) وأخبرت الأطفال أن يصنعوا نموذجاً للغرفة المفضلة لديهم ويقوموا بتزينها ويمكنهم فى ذلك استخدام كافة أنواع الخامات والألوان اللازمة من ألوان ودهانات وأوراق وأقلام وطلبت منهم مؤكدة أن يقوموا بذلك بالطريقة التي يحبونها.

وقد أبدى الأطفال فى البداية انشغالاً شديداً بالموضوع ولكن صاحب ذلك رغبة قليلة فى التخطيط وبالتالي فى وضع الأفكار الأمر الذى أدى إلى استخدام البعض منهم للخامات والأدوات ، ولكن بغير اهتمام مما أدى إلى حدوث كثير من الفوضى بل إن بعض الأطفال كانوا يضحكون ساخرين من نتاجات الأطفال الآخرين والمعلمة هنا لم تتدخل وحتى حينما كان يطلب منها أحد الأطفال ذلك كانت ترد "استخدام أفكارك". وانتهى الأمر إلى مزيد من الفوضى وفشل الأطفال فشلاً ذريعاً. بينما فى اليوم التالي توجهت المعلمة إلى الفصل (B) وطلبت منهم نفس المطلب كما فى الفصل السابق ولكنها أعطتهم ملخصاً واضحاً عن طبيعة المهمة وأجابت على كل أسئلة الأطفال التي طرحوها حتى توافر لدى جميع الأطفال المعرفة الجيدة والكافية بالموضوع وقد أخبرت المعلمة الأطفال أن يفكروا ويبدعوا ويبتكروا أفكاراً من عندهم وبل ويحاولون تجربة هذه الأفكار وبالفعل وحتى أثناء عملهم قامت المعلمة بالتجول بين الأطفال تناقش كل طفل فيما يفضل وتستمع إليه وتقدم إليه الإرشاد اللازم واستطاعت بواسطة أسئلة منتقاة بعناية أن تحفز الأطفال على التوسع فى أفكارهم , وكان النتاج كماً هائلاً من الأفكار غير المألوفة والمثيرة للاهتمام.

وتعقيباً على هذه التجربة نجد أن الأنشطة الابتكارية فى المثال الأول هي أنشطة غير مخططة ومشاركة المعلمة فيها قليل وهذا النوع من الأنشطة يؤدي إلى إهدار للطاقات وإحداث فوضى بل وخلق نموذج من الأطفال يسهل إحباطه. بينما تجد المثال الثاني نمطاً نموذجياً من العمل مع الأطفال فى الأنشطة الابتكارية حيث توافرت عناصر ومقومات هامة هي:

- الالتزام.
- المعرفة بالموضوع (النشاط).
- الاشتراك فى أداء العمل.

- إعطاء الإرشاد.
- التشجيع والتوجيه.
- التحفيز.
- خلق مناخ ملائم.
- الإنصات باهتمام للأطفال.
- الإجابة على الأسئلة والتشجيع على طرح مزيد من الأسئلة.
- احترام وتقدير أفكار الآخرين.

(Beetestone, F,١٩٩٨ : ٤٤-٤٥)