



السنة : الثانية

القسم : تربية الطفل

الاختصاص : معلم صف



**التربية الخاصة بالطفل**



منشورات جامعة دمشق  
كلية التربية

# التربية الخاصة بالطفل

الدكتور غسان أبو فخر  
أستاذ في قسم الصحة النفسية

جامعة دمشق



## محتوى الكتاب

| الصفحة  |  |
|---------|--|
|         | <b>الباب الأول : مسائل عامة وقضايا في التربية الخاصة.</b>                    |
| ٥٩-١٥   | <b>الفصل الأول: مسائل عامة في التربية الخاصة</b>                             |
| ١٧      | أولاً - التربية الخاصة (مجالاتها وأهدافها)                                   |
| ٢٢      | ثانياً - تطور التربية الخاصة (مفهومها وتنظيمها)                              |
| ٢٨      | ثالثاً - انتشار الإعاقة وآثارها.   |
| ٥٢      | رابعاً - رعاية ذوي الحاجات الخاصة في سوريا.                                  |
| ٨٥-٦١   | <b>الفصل الثاني : قضايا معاصرة في التربية الخاصة</b>                         |
| ٦٣      | أولاً - التدخل المبكر.   |
| ٦٨      | ثانياً - الكشف المبكر والوقاية من الإعاقة.                                   |
| ٧٤      | ثالثاً - الأطفال ذوو الحاجات الخاصة بين نظامي العزل والدمج.                  |
| ٨٠      | رابعاً - التعاون بين أولياء أمور المعوقين والعاملين في مؤسسات لتربية الخاصة. |
|         | <b>الباب الثاني : الانحرافات العقلية والتعلمية</b>                           |
| ١١٦-٨٩  | <b>الفصل الثالث : الطفل المتفوق عقلياً وتربيته</b>                           |
| ٩١      | أولاً - تحديد التفوق العقلي وأشكاله  |
| ١٠٣     | ثانياً - خصائص الأطفال المتفوقين   |
| ١٠٩     | ثالثاً - رعاية المتفوقين والاهتمام بهم                                       |
| ١٤٧-١١٧ | <b>الفصل الرابع : الطفل المتخلف عقلياً وتربيته</b>                           |
| ١١٩     | أولاً - مفهوم التخلف العقلي وتعريفه  |
| ١٢١     | ثانياً - تصنيف التخلف العقلي   |
| ١٣٠     | ثالثاً - تشخيص التخلف العقلي   |
| ١٣٣     | رابعاً - خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً                                      |

|         |   |
|---------|---|
| ١٣٨     | خامساً - حاجات الأطفال المتخلفين عقليا وتنظيم تربيتهم     |
| ١٨٣-١٤٩ | الفصل الخامس : الطفل ذو صعوبات التعلم                     |
| ١٥١     | أولاً - التطور التاريخي لمجال صعوبات التعلم               |
| ١٥٥     | ثانياً - التعريف بصعوبات التعلم                           |
| ١٥٧     | ثالثاً - صعوبات التعلم والمفاهيم القريبة منه              |
| ١٦٢     | رابعاً - تصنيف صعوبات التعلم                              |
| ١٦٥     | خامساً - المعايير ونسبة انتشار صعوبات التعلم              |
| ١٦٧     | سادساً - الأسباب والعوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم       |
| ١٧٠     | سابعاً - خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم                  |
| ١٧٦     | ثامناً - البرامج العلاجية والتربوية                       |
|         | الباب الثالث : الانحرافات العسية والحركية                 |
| ٢٣٣-١٨٧ | الفصل السادس : التربية الخاصة بالطفل المعوق سمعياً        |
| ١٨٩     | أولاً - السمع والإعاقة السمعية                            |
| ١٩٣     | ثانياً - تصنيف الإعاقة السمعية                            |
| ١٩٧     | ثالثاً - التقييم السمعي والتعرف على الإعاقة السمعية       |
| ٢٠٠٠    | رابعاً - آثار فقدان السمع على النمو                       |
| ٢٠٧     | خامساً - تأهيل المعوقين سمعياً وتربيتهم                   |
| ٢٦٧-٢٣٥ | الفصل السابع : التربية الخاصة بالطفل المعوق بصرياً        |
| ٢٣٧     | أولاً - البصر والإعاقة البصرية                            |
| ٢٣٩     | ثانياً - الأسباب والأمراض المؤدية إلى الإعاقة البصرية     |
| ٢٤٠     | ثالثاً - تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها                   |
| ٢٤٢     | رابعاً - آثار فقدان البصر على نمو الطفل الكفيف            |
| ٢٤٩     | خامساً - تنظيم تربية الأطفال المعوقين بصرياً              |
| ٢٩١-٢٦٩ | الفصل الثامن : التربية الخاصة بالطفل المعوق جسمياً حركياً |
| ٢٧١     | أولاً - الإعاقة الجسمية والحركية                          |
| ٢٧٢     | ثانياً - تصنيف الأطفال المعوقين جسمياً حركياً             |
| ٢٨٣     | ثالثاً - فحص الطفل المعوق جسمياً حركياً وتقييمه           |
| ٢٨٤     | رابعاً - آثار الإعاقة الجسمية الحركية                     |

|         |  |
|---------|--|
| ٢٨٨     | خامساً - تربية الأطفال المعوقين جسمياً حركياً<br>والبرامج الخاصة بهم |
|         | الباب الرابع : الاضطرابات اللغوية والسلوكية                          |
| ٢٩٥-٢٩٣ | الفصل التاسع : الطفل المضطرب لغوياً ( النطق والكلام )                |
| ٢٩٧     | أولاً - الإطار العام للاضطرابات اللغوية                              |
| ٢٩٩     | ثانياً - تصنيف المضطربين لغوياً وتعريفهم                             |
| ٣١١     | ثالثاً - التدابير الوقائية والملاحية لاضطرابات اللغة                 |
| ٣٢٥-٣٥٢ | الفصل العاشر : الطفل للمضطرب سلوكياً و لطفل المنطق                   |
| ٣٢٧     | أولاً - الإطار العام للاضطرابات السلوكية .                           |
| ٣٢٧     | ١ - مظاهر الاضطرابات السلوكية  |
| ٣٢٨     | ٢ - المعايير في الاضطرابات السلوكية                                  |
| ٣٢٩     | ٣ - تعريف الطفل المضطرب سلوكياً                                      |
| ٣٣٠     | ٤ - انتشار الاضطرابات السلوكية                                       |
| ٣٣١     | ثانياً - تصنيف الاضطرابات السلوكية                                   |
| ٣٣٢     | ثالثاً - العوامل في الاضطرابات السلوكية                              |
| ٣٣٥     | رابعاً - خصائص الطفل المضطرب سلوكياً                                 |
| ٣٣٦     | خامساً - برامج الأطفال المضطربين سلوكياً                             |
| ٣٤١     | سادساً : الطفل المنغلق (التوحد)                                      |
| ٣٤١     | ١ - وصف الاضطراب ومعدل انتشاره                                       |
| ٣٤٣     | ٢ - تشخيص الانغلاقية والتعريف بها                                    |
| ٣٤٥     | ٣ - خصائص الأطفال المنغلقين (التوحديين)                              |
| ٣٤٨     | ٤ - التوجهات العامة في معالجة الانغلاقية (التوحد)                    |



## المقدمة

الأصل في التربية الخاصة بالطفل، أنها تربية موجهة إلى أولئك الأطفال الذين يظهرون تعديلات تربوية من نوع خاص، وتختلف عنها يظهره الأطفال الماديون تجاه التربية الموجهة إلى عموم الأطفال الذين توضع لهم البرامج والوسائل والخبرات التي تناسب مراحلهم النمائية المختلفة العقلية، والحسية والحركية والانفعالية الاجتماعية .

والطفل الذي يحتاج إلى تربية خاصة هو طفل لديه وظيفة معينة من وظائفه الأساسية، العقلية أو الجسمية أو الحسية أو اللغوية أو الانفعالية الاجتماعية ؛ أصابها الخلل أو الضعف في سن مبكرة أو في مرحلة الطفولة، بحيث أثرت هذه الوظيفة المعوقة في جوانب أخرى؛ مما تنطوي عليه جوانب شخصية الطفل تأثيراً سلبياً تمنعه من القيام بالمهام المختلفة؛ على قدم المساواة مع الأطفال الآخرين الذين ينمون في وظائفهم نمواً عادياً وطبيعياً .

وتشتمل التربية الخاصة بالطفل على المتخلفين والمتفوقين عقلياً، أي أولئك الذين ينحرفون عن متوسط القدرات العقلية باتجاه الإيجاب أو السلب ، كما أنها تشمل على أولئك الذين ينحرفون عن المتوسط بقدراتهم الحسية السمعية أو البصرية؛ بحيث لا يستطيعون الاستفادة من وظيفة هذه الحاسة أو تلك ، وتتطوي أيضاً التربية الخاصة بالطفل على أولئك الأطفال المصابين في وظائفهم الجسمية الحركية ، والأطفال الذين يظهرون صعوبات في تعلمهم أو نطقهم أو تحسين تواقفهم وانسجامهم مع المجتمع .

فلهؤلاء الأطفال تقدم تربية خاصة، ولهذا أفردت في هذا الكتاب مجموعته  
أبواب وفصول رتبته ترتيباً متكاملًا، واتجهت إلى الفئات التي تحتاج إلى تربية  
خاصة .

لقد أدرجت تحت الباب الأول مسائل عامة وقضايا معاصرة في التربية  
الخاصة ، بحيث تناول الفصل الأول مجال التربية الخاصة وأهدافها وتطورها ،  
ومدى انتشار الإعاقة وآثارها . أما الفصل الثاني فتناول قضايا معاصرة مثل  
التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة والدمج التربوي للمعوقين والتعاون بين أسر  
الأطفال المعوقين والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة .

أما الباب الثاني فقد انطوى على الانحرافات العقلية والتعليمية . بحيث  
تناول الفصل الثالث الطفل المتفوق عقلياً وتربيته، فتم بحث أشكال التفوق  
وخصائص المتفوقين وأساليب رعايتهم . أما الفصل الرابع فتناول الطفل  
المتخلف عقلياً وتربيته ، فتم تحديد التخلف العقلي وتشخيصه وفئاته، ثم حددت  
خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً بحسب فئاتهم المختلفة ، والتدابير والإجراءات  
التربوية الخاصة بهم . وتناول الفصل الخامس الطفل ذا صعوبات التعلم ، فتم  
بحث التطور التاريخي لمجال صعوبات التعلم والتعريف بهذا المفهوم والمفاهيم  
القريبة منه، كالتأخر الدراسي وبطء التعلم ومشكلات التعلم ، ثم حدد تصنيف  
صعوبات التعلم وخصائص ذوي صعوبات التعلم والبرامج التربوية والعلاجية  
الخاصة بهم .

وتناول الباب الثالث الانحرافات الحسية والحركية ، بحيث تناول الفصل  
السادس الذي أدرج تحت هذا الباب الطفل المعوق سمعياً وتربيته ، فألقي الضوء  
على أهمية السمع وآيئته وتحديد المعوقين سمعياً؛ وكيفية تشخيصهم والآثار  
الناجمة عن هذه الإعاقة، ثم كيفية تأهيلهم وأشكال التواصل عندهم . وتناول

الفصل السابع الطفل المعوق بصرياً من حيث أهمية البصر، وتحديد الإعاقاة البصرية والعوامل والأمراض المؤدية لها، وخصائص المعوقين بصرياً وأساليب تربيتهم وطرائق تعليم كل من ضعاف البصر والمكفوفين كلية . وتناول الفصل الثامن الطفل المعوق حركياً وتربيته ، بحيث تم البحث في الإعاقات الجسمية الحركية وأنواعها وتقييم الطفل والآثار الناجمة عن الإعاقاة، وفي ضوء ذلك تم تحديد الإجراءات والتدابير التربوية الخاصة .

أما الباب الرابع فقد انطوى على الانحرافات اللغوية والسلوكية، فتناول الفصل التاسع الذي اندرج تحت هذا الباب موضوع الطفل المضطرب لغوياً (النطق والكلام ) فحدد الإطار العام للاضطرابات اللغوية ، وتصنيف هذه الاضطرابات ومظاهرها، ثم حددت التدابير الوقائية والعلاجية / لاضطرابات النطق والكلام . وتناول الفصل العاشر الطفل المضطرب سلوكياً فستم تحديده ومعايير الاضطراب السلوكي ، كما تناول أنواع الاضطرابات ومدى انتشارها؛ وصولاً إلى الخصائص والبرامج التي تواجه حاجات هذه الفئة من الأطفال . وقد تم تناول موضوع الطفل المنغلق (التوحيدي) في الفصل العاشر نفسه من حيث مظاهر الاضطراب وخصائص الأطفال المنغلقتين(التوحيديين) ونسبة انتشارهم، والتوجهات العامة في مواجهة حاجاتهم التربوية والتعليمية .

اتجهت أبواب الكتاب وفصوله بصورة عامة إلى منحى التبسيط والتبويب في عرض المعلومات المتصلة بالمسائل العامة والقضايا المعاصرة في التربية الخاصة ، و في الفصول اللاحقة أيضاً التي تناولت فئات غير العاديين من المنغلقين والمعوقين .

جاءت المعلومات لتكون رافداً لمعلم المستقبل الذي يمكن أن يواجه حالات كثيرة أو قليلة في صفه التعليمي، فهذه المعلومات تشكل أرضية تربوية لأن يضع نصب عينيه أن الاختلاف والفروق الفردية قائمة بين الأفراد ، وأن الناس من طبيعة واحدة مهما اختلفوا في اللون أو الجنس أو في مدى الحاجات عندهم ، فالاختلاف يكمن في الدرجة وليس في الطبيعة ، فالتلامذة على مستويات ولهم مشكلات تعليمية متفاوتة الشدة ، لهذا سيمكنه موضوع هذا الكتاب من النظر إلى الاختلاف والتنوع على أنه من طبيعة الحاجات، والمطلوب منه أن يحترم هذا الاختلاف أكان على مستوى القدرات العقلية بين التلامذة أم على مستوى القدرات الحسية أو الحركية أو الاجتماعية ، وأن يتعامل معه بصورة ايجابية خلاقة .

والله ولي التوفيق

دمشق في ٢٠٠٤/١/٤

المؤلف

## المطلب الأول

### مسائل عامة وقضايا في التربية الخاصة

الفصل الأول : مسائل عامة في التربية الخاصة

الفصل الثاني : قضايا معاصرة في التربية الخاصة





## الفصل الأول

### مسائل عامة في التربية الخاصة

أولاً - التربية الخاصة (مجالاتها وأهدافها)

ثانياً - تطور التربية الخاصة (مفهومها وتنظيمها)

ثالثاً - انتشار الإعاقة وآثارها

رابعاً - رعاية ذوي الحاجات الخاصة في سورية



## أولاً: التربية الخاصة (مجالاتها وأهدافها)

التربية الخاصة Special Education موضوع أو مسألة معقدة بطبيعتها، فهي مجال أو ميدان لصاية صعبة التعديب وتخضع للتغيير المستمر، فالمجال الذي نتقلوه هو تعليم أولئك التلاميذ الذين يظهرون تحديات تعليمية كبيرة، وتقديم الخدمات المتكاملة لهم، وما يلزم ذلك من عملية تنسيق مع تخصصات مختلفة طبية وفيزيائية ونفسية وتربوية. إضافة إلى ذلك فإن التربية الخاصة في الوقت الحاضر - وفي ظل الاتجاهات الحديثة - تعاني إشكالية بعلاقتها مع المدرسة العادية الموجهة لعموم الأطفال، وهذه الإشكالية محورها الآن دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية.

ويمكن تحديد التربية الخاصة بالقول إنها ذلك التنظيم المتكامل الذي يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة الخاصة أن تقدمها للأطفال ذوي الحاجات الخاصة Children With Special Needs، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية، أو هي «ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع والموجهة إلى الأطفال غير العاديين Exceptional Children الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم؛ وتأكيد ذاتهم، وتؤدي في النهاية إلى اندماجهم مع العاديين في المجتمع لكي يتحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية والمهنية طوال حياتهم ولصالح المجتمع» (صادق، ١٩٨٨، ص ٥٢).

### ١ - مجال التربية الخاصة

لقد ورد في تحديدنا للتربية الخاصة مصطلحان هما: الأطفال غير العاديين، والأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وهما مصطلحان يشيران إلى المجال الذي تهتم بهما التربية الخاصة، ولكن هل هناك فرق بينهما؟

إن مصطلح «غير العادي» مصطلح نسبي، حيث إن هذا المفهوم يختلف باختلاف الثقافات والبيئات المتعددة، فما يمكن اعتباره عادياً في مجتمع ما يمكن أن يكون غير عادي في مجتمع آخر والعكس صحيح، والذي يحدد اختيار الجماعة للصفات العامة العادية هو طبيعة الحياة التي تتوافر لتلك الجماعة وكذلك مستواها الحضاري، فالانحراف الملحوظ في القدرات العقلية قد يكون انحرافاً إيجابياً على شكل موهبة أو تميز وهذا الانحراف محمود، بينما قد يكون الانحراف سلباً أي دون القدرات العقلية العادية، وهذا الانحراف يظهر على شكل تخلف في هذه القدرات. وكذلك الأمر قد تزداد قوة الإبصار وحدته عند بعض الأفراد ويكون هذا الأمر محموداً عند بعض الجماعات؛ بخاصة تلك التي تعيش في الصحراء وتتطلب سلامة الرؤية وقوتها، بينما قد لا يعول مجتمع آخر أهمية كبيرة على قوة الإبصار، فبعضهم قد يعاني الضعف في البصر أو العشا الليلي أو عمى الألوان، وبالرغم من ذلك يمكن لهذا الفرد أن يعيش في إطار الجماعة ويتكيف معها وكل ذلك ناجم عن اختلاف الأدوار التي يقوم بها الأفراد في الجماعات، والتي تقتضي أحياناً قوة البصر وأحياناً لا تضع أهمية كبرى لذلك. (حسين، ١٩٨٦، ص ١٠).

ويمكن أن يصدق هذا الكلام أيضاً على مجالات أخرى من الانحرافات التي تطال جوانب أخرى من شخصية الفرد؛ كالجوانب الحركية والجوانب الاجتماعية والانفعالية والجوانب التواصلية.

إن استخدام مصطلح غير العاديين يشير إلى أولئك الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً في جانب أو أكثر من الجوانب الأساسية التي تنطوي عليها الشخصية، مثل الجوانب العقلية والحسية والاجتماعية — الانفعالية والتواصلية، ويكون الانحراف في القدرات العقلية إيجابياً وارتفاعاً كما في حالة التفوق العقلي، وقد

يكون انخفاضاً ملحوظاً سلباً كما في حالة التخلف العقلي، وقد يكون الانحراف في التعلم فنكون أمام فئة من ذوي صعوبات التعلم، والانحرافات الأخرى أيضاً تتجه نحو الانخفاض في القدرة الوظيفية عما هو عادي ومتوسط مثل الانخفاض في القدرة البصرية (المعوقون بصرياً) أو الانخفاض في القدرة السمعية (المعوقون سمعياً) أو الانخفاض في القدرة الحركية (المعوقون حركياً) أو في الجوانب الاجتماعية (المضطربون انفعالياً - اجتماعياً) أو في القدرة التواصلية (المضطربون في النطق والكلام)، بحيث يؤدي هذا الانخفاض إلى عدم استخدام الوظيفة المرتبطة بهذا الجانب أو ذلك، الأمر الذي يتطلب من وجهة نظر التربية الخاصة تقديم خدمات متكاملة نفسية وتعليمية واجتماعية تتناسب وطبيعة هذا الانحراف ومجاله.

أما مصطلح الأطفال ذوي الحاجات الخاصة فهو مصطلح أكثر حداثة، وينطلق في النظر إلى الأطفال عبر الاختلاف الموجود بين العاديين وغير العاديين من خلال حاجاتهم التربوية والتعليمية، وقد تطور هذا المفهوم منذ السبعينيات من القرن العشرين تطوراً نوعياً بعد أن تقدمت لجنة خاصة برئاسة ماري وارنوك M. Warnock بتقريرها عن أوضاع المعوقين في بريطانيا حيث تم اعتماد هذا المفهوم الذي يشدد على الجوانب التربوية ويعطي الحق للفئات الخاصة في الاستفادة من خدمات المدارس العادية؛ ما لم تكن حالة الإعاقة لديها تحول دون استفادتها من برامج التعليم العادي؛ كحالات الإعاقة الشديدة التي تتطلب خدمات في مؤسسات خاصة أو في مدارس تكون أقرب ما تكون إلى تنظيم المدارس العادية في علاقاتها بالمجتمع (Warnock, H. M. 1978)، وقد تم التأكيد على هذا المصطلح لكونه ينطوي على اتجاه إيجابي نحو الفئات الخاصة ويلغي التصنيفات التقليدية في تحديدها للمعوقين، حيث اتسعت هذه التسمية لتشمل كل طفل لديه حاجة خاصة في جانب أو أكثر من جوانب نشاطه، فهناك

أطفال لديهم احتياجات تربوية خاصة مرتبطة بنقص القدرة على السمع أو القدرة على البصر أو نقص القدرات العقلية أو الحركية أو نقص في القدرة التواصلية اللفظية أو الاجتماعية، أو نقص القدرة على التعلم. ولا تتوقف الحاجات الخاصة عند ارتباطها بما ينقص الفرد من قدرات؛ بل تتعدى تلك الحاجات إلى أولئك الذين لديهم قدرات عقلية تفوق أقرانهم العاديين، ومن هنا يغدو الكلام متجهاً أيضاً نحو الحاجات التربوية التي يتطلبها المتفوقون عقلياً.

من خلال عرضنا لهذين المصطلحين نجد أنهما يشيران إلى أن مجال التربية الخاصة يتحدد بمجموعة من الأطفال، ينحرفون عن العاديين انحرافاً ملحوظاً في جوانب مختلفة: عقلية وحسية وحركية وتعلمية وانفعالية وتواصلية. وإن هذا الانحراف الملحوظ يتطلب وجود إجراءات تربوية خاصة وتقديم خدمات مناسبة تفي بأغراض حاجاتهم التربوية والتعليمية، فالمصطلحان من هذه الوجهة يكملان بعضهما البعض، فإذا كان المصطلح الأول غير العادي يسعى لتحديد من هو العادي عن غير العادي، فإن مصطلح ذوي الحاجات الخاصة ينطلق من تحديد الحاجات التربوية الخاصة لغير العاديين؛ إضافة إلى ذلك ينطلق المصطلح الثاني من أن كل تلميذ يمكن أن يعد حالة خاصة وعلى النظام التربوي أن يتحمل مسؤولياته حيال جميع التلامذة بغض النظر عن درجة صعوباتهم.

## ٢ - أهداف التربية الخاصة:

تهدف التربية الخاصة الوصول بالأطفال غير العاديين أو ذوي الحاجات الخاصة إلى أعلى ما تستطيع إليه قدراتهم؛ من أجل تحقيق أعلى قدر ممكن من الكفاية التربوية والتعليمية والشخصية والاجتماعية، ولأجل تحقيق هذا الغرض فهي تقوم بما يلي:

١ - استخدام أدوات التشخيص والتقويم المناسبة لتحديد الصعوبات الخاصة بكل طفل من ذوي الحاجات الخاصة.

٢ - تعد الخطط التعليمية العامة والفردية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٣ - تعد أساليب التدريس المناسبة.

٤ - تعد الوسائل التعليمية والتقنية الخاصة لكل فئة.

٥ - تعد برامج الوقاية من الإعاقة، وذلك للتقليل من حدوثها (الروسان ١٩٩٨،

ص ١٥).

ولا تهدف التربية الخاصة إلى الوصول بالطفل غير العادي، لأن يصل إلى مستوى الطفل العادي في إطار حاجاته الخاصة؛ بل تسعى لأن توفر الظروف لكل طفل حتى ينمو حسب ما تسمح به إمكانياته وقدراته؛ بحيث لا تتطلب من أي طفل أن يصل إلى مستوى معين سبق تحديده، بل يتم الاكتفاء بتهيئة الظروف وتقديم الخدمات وتوجيه الأطفال وتنويع الخبرات، وترك المجال مفتوحاً أمام كل طفل منهم كي ينمو إلى المستوى الذي لا يستطيع أن يتعداه. ولا تختلف أهداف التربية الخاصة عن أهداف التربية العامة (الموجهة إلى الأطفال العاديين) من حيث ما هو عام، فكل منهما تقوم على مراعاة الفروق الفردية والعمل على توسيع معارف الطفل ومداركه وتنمية وعيه الأخلاقي والاجتماعي؛ حتى يتمكن من دخول العالم ويكون مشاركاً فعالاً في مجتمعه، إلا أن الاختلاف هو اختلاف نسبي، ففي حين تضع التربية العامة بشكل مسبق مستويات مطلوبة لكل مرحلة عمرية نمائية؛ وذلك بوضع منهاج ويطالب التلاميذ لأن يصلوا إلى ذلك المستوى، نجد أن التربية الخاصة تسعى لتوفير الخدمات وفق منهاج فردي ولهذا، فإذا كان مبدأ الفروق الفردية مبدأ يأخذ به رجال التربية العامة ولكن في إطار عام؛ فإن رجال التربية الخاصة يأخذون بهذا المبدأ ليجعلوا من كل طفل حالة فردية تتطلب منهاجاً خاصاً يتناسب وقدراتها وإمكاناتها.

إضافة إلى ذلك، فإن الأطفال العاديين يمكن لهم أن يحققوا الكفاية الشخصية بصورة طبيعية تلقائية، وكذلك بالنسبة للكفاية الاجتماعية، والكفاية الأكاديمية، في حين أن الأطفال غير العاديين بصورة عامة يتطلب وضعهم «تدخل المربي» بصورة مقصودة ليساعدهم في تحقيق الكفاية الشخصية (الخدمة الذاتية، العناية بالنفس، السلامة والأمن، المظهر الشخصية، الصحة..)، وكذلك لتحقيق كفايتهم الاجتماعية (احترام الكبار، المحافظة على الممتلكات، المشاركة، المسؤولية، عادات العمل.. الخ)، وكذلك لتحقيق كفايتهم الأكاديمية، حيث يتطلب الأطفال غير العاديين أساليب وإجراءات تربوية تتناسب وطبيعتهم (الانحراف) أو الإعاقة الموجودة لديهم.

## ثانياً - تطور التربية الخاصة (مفهوماً وتنظيماً):

### ١ - لمحة تاريخية:

لقد تطورت التربية الخاصة عبر إسهامات مختلفة بدأت بوادرها على شكل جهود فردية غير منظمة تهتم وترعى بعض حالات الإعاقة، ومع بدايات القرن الثامن عشر وبخاصة بعد الثورة الفرنسية والأمريكية، وظهور الأفكار الديمقراطية والإصلاحية أخذت هذه الجهود تنتظم على يد رواد كثر من دول العالم، ففي فرنسا يعد اتيارد Itard (١٧٧٥ - ١٨٣٨) وسيجان Seguin (١٨١٢) من الرواد الأوائل في تاريخ التربية الخاصة بمجال المعوقين عقلياً، أما في مجال كف البصر والمعوقين بصرياً فإن أول معهد أسس في باريس كان على يد فالنتين هوي Valantin Hauy عام ١٧٨٥، كما ترتبط الطفرة الهائلة في تعليم المكفوفين باسم لويس برايل L. Braille (١٨٠٩ - ١٨٥٢) كما أسست أول مدرسة لتعليم الصم لغة الإشارة على يد دوليبويه de L'eppee عام ١٧٩٠، أما في

الولايات المتحدة الأمريكية فقد أسست المؤسسة الأمريكية لتعليم الصم عام ١٨١٧ على يد جالوديت Gallaudet، ويرجع إنشاء أول معهد في مجال الإعاقة الحركية عام ١٨٩٩، وفي عام ١٩٠٤ تم إنشاء أول صف خاص في الهواء الطلق في برون.

وتنامت حركة الاهتمام بالمعوقين في دول العالم كله منذ الخمسينيات في القرن العشرين حتى أنها، أي دول العالم، جعلت من عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين. (التربية الخاصة، في الموسوعة العربية).

## ٢ - مفاهيم عامة في التربية الخاصة:

وعبر هذا التطور استخدمت مصطلحات كثيرة للدلالة على فئات التربية الخاصة منها:

الضعف أو الإعاقة Impairment: وهو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعزى للضعف الحسي، كالضعف السمعي أو البصري.

العجز أو الصعوبة Disability: وهو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة هذا الضعف، وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية.

الإعاقة Handicap: يشير هذا المصطلح إلى عدم القدرة على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية.

التخلف Retardation: ويشير هذا المصطلح إلى التأخر بالقدرات العقلية والدراسية والتعليمية.

الاضطراب Disorder: يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي أو اللغوي.

ولكن المصطلحات الأكثر شمولاً هي تلك التي تُضم الفئات الخاصة المختلفة ومنها مصطلح الاستثنائيين أو غير العاديين Exceptionalities ومصطلح ذوي الحاجات الخاصة Special Needs اللذين تمت الإشارة إليهما، وهما يضمنان فئات الإعاقة والمتفوقين عقلياً؛ انطلاقاً من أن الانحراف عن العادي أو المتوسط قد يكون، سلباً أو إيجاباً، انخفاضاً أو ارتفاعاً في القدرات المختلفة، وبذلك نكون أمام فئات متعددة ممن تعاني الانخفاض في القدرات أكانت هذه القدرات حسية أم عقلية أم حركية، وبالوقت نفسه نكون أمام فئة لديها ارتفاع في القدرات العقلية وهي المتفوقون عقلياً، إذن فالإعاقة والتفوق هما مفهومان رئيسان للتربية الخاصة، فما الإعاقة وما التفوق؟

الإعاقة هي قصور أو عيب وظيفي يصيب عضواً مهماً من أعضاء الإنسان أو وظيفة مهمة لديه، أكانت هذه الوظيفة عضوية أم نفسية بحيث يؤدي ذلك إلى خلل أو تبدل في عملية تكيف هذه الوظيفة مع الوسط، وتتأثر عملية التبدل بمعايير مختلفة منها درجة العيب أو النقص وزمن حدوثه وسببه وموضعه، وقد جاء في ميثاق الثمانينيات من القرن العشرين تعريف للإعاقة ينص على ما يلي: « هو حالة تحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف الأساسية لحياتنا اليومية، من قبيل العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية، وذلك ضمن الحدود التي تعد طبيعية، وقد تنشأ الإعاقة بسبب خلل جسدي أو عصبي أو عقلي ذي طبيعة فيزيولوجية أو نفسية تتعلق بالتركيب البنائي للجسم». (المجلة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ١٩٨٢، ص ٣).

ومن هذا التعريف نجد أن الإعاقة تشمل فئات عديدة فقد تكون الوظيفة المحدودة حسية في السمع أو البصر، أو قد تكون وظيفة محدودة حركية في الجهاز العصبي أو العظمي أو العضلي، أو قد تكون وظيفة محدودة في الجهاز

العصبي أو الدماغ، وقد تكون الإصابة منفردة أو قد تكون في أكثر من وظيفة. ومن هنا نقول إن الإعاقة تشمل المعوقين سمعياً والمعوقين بصرياً والمعوقين عقلياً والمضطربين في التواصل اللغوي والاجتماعي، والمعوقين حركياً والمعوقين في مجال التحصيل والتعلم. إن هذه الفئات ما يجمعها ويشكل القاسم المشترك فيما بينها أن الإعاقة تكون موجودة في وظيفة مهمة من وظائف الإنسان الأساسية، وتكون كذلك مستمرة لها صفة الديمومة وليست طارئة، وتكون على درجة من المحدودية أو على درجة من الإعاقة تتطلب تقديم إجراءات خاصة مناسبة.

أما التفوق فهو مجال من مجالات التربية الخاصة لأنه يمثل أيضاً انحرافاً ملحوظاً عما هو عادي ومتوسط، وهذا الانحراف يمثل درجة أعلى في القدرات المختلفة عن القدرات العادية. وتختلف التعريفات الخاصة بالتفوق باختلاف المعايير التي تعتمد كمحكات للتفوق: كنسبة الذكاء، والتحصيل الدراسي، والمواهب أو القدرات الخاصة، والقدرات الإبداعية أو الابتكارية، فمثلاً يرى رينزولي (Renzulli 1978) أن التفوق يتضمن ثلاث مجموعات من السمات الأساسية وهي: قدرات عقلية عامة أعلى من المتوسط بشكل ملحوظ، ومستويات عالية من الالتزام بتأدية المهمات، ومستويات عالية من الإبداع. ويصنف بعضهم التفوق اعتماداً على طبيعة التميز في الأداء بأربع فئات رئيسة هي التفوق الأكاديمي، والتفوق الإبداعي، والتفوق النفسي - الاجتماعي، والتفوق الفني الحركي.

— فالتفوق الأكاديمي يعني النجاح الدراسي المتميز بحيث يضع الطفل بين أفضل ١٥% إلى ٢٠% من مجموع الأطفال الذين يماثلونه في العمر الزمني، أو يُستخدم درجة الذكاء لتحديد المتفوقين تحصيلاً أو أكاديمياً

بحيث يبدأ التفوق الأكاديمي من انحراف معياري واحد فوق المتوسط إلى اثنين أو ثلاثة انحرافات معيارية، أي يبدأ من ١١٥ درجة نكاه إلى أكثر من ١٤٥ درجة نكاه وهنا يكون التفوق الأكاديمي عالياً جداً.

— أما التفوق الإبداعي فيظهر في القدرة على التفكير الإبداعي والقدرة على إنتاج أفكار أو تطوير أفكار تعكس الأصالة والمرونة والقدرة على التحديد في التفكير.

— أما التفوق النفسي — الاجتماعي فيظهر من خلال قدرة الفرد على القيادة المتميزة الاجتماعية أو السياسية حيث يتميز الأداء في أثناء التفاعل مع الجماعة بالقدرة على التأثير واستقطاب أفكار الآخرين وأفعالهم.

وأخيراً التفوق الفني الحركي، ويضم هذا الشكل من التفوق مجالات عديدة منها الفنون بأشكالها المختلفة كالرسم والموسيقا وفنون النحت والرقص والمسرح والرياضة والتمثيل بحيث يظهر الفرد قدرة فائقة في هذه المجالات (الخطيب، الحديدي ١٩٩٧، ص ٣٥١).

إن فئة المتفوقين عقلياً بأشكال التفوق المختلفة لها حاجات مثلما لفئات الإعاقة المختلفة حاجات خاصة، ولكن التربية الخاصة بصورة عامة ارتبطت بموضوع الإعاقة وفئات المعوقين أكثر من ارتباطها بموضوع التفوق والمتفوقين؛ إلا أن النصف الثاني من القرن العشرين والذي حمل في هذا المجال استخدام مصطلحي غير العاديين وذوي الحاجات الخاصة، انطوى على قبول فئة المتفوقين فئة من فئات التربية الخاصة.

### ٣ — تنظيم تربية ذوي الحاجات الخاصة:

إن تنظيم تربية ذوي الحاجات الخاصة اتخذ مساراً تصاعدياً باتجاه إدماج هذه الفئات في المجتمع، فالأتجاه الذي ساد ولعدة عقود من الزمن هو انتظام

فئات المعوقين في مدارس خاصة بهم منعزلة عن محيطهم الاجتماعي، وأقدم هذه الأنظمة هو الذي يقوم على عزلهم ووضعهم في مؤسسات داخلية أو مراكز إقامة دائمة ؛ بحيث يقدم لهم الخدمات الصحية والطبية وتوفير وسائل المعيشة والخدمات التعليمية بعيداً عن أسرهم وبعيداً عن الحياة العامة.

وقد لاقى هذا التنظيم انتقادات منها: إن إبعاد الطفل عن جوه الأسري الذي ينطوي عادة على الحب والدفء والحنان يؤدي إلى عدم نموه النفسي والاجتماعي نمواً سليماً، وإن وجود الطفل مع أمثاله من الأطفال لا يوفر له معرفة المحيط والمجتمع، ويولد في نفسه مشاعر عدم الانتماء والرفض لمن حوله في محيطه الاعتيادي، لهذا اتجه تنظيم هؤلاء نحو المدارس الخارجية أو مراكز التربية الخاصة النهارية؛ حيث يقضي الطفل جزءاً من نهاره في المؤسسة والجزء الآخر مع أسرته وذويه.

ومثل هذا التنظيم يتفادي سلبيات التنظيم السابق، إلا أن الأطفال المعوقين في هذه المؤسسات لا يزال وضعهم قائماً على العزل والفصل عن المدارس العادية والمحيط العادي بشكل جزئي.

أما الاتجاه المعاصر في تربية ذوي الحاجات الخاصة وتنظيم تعليمهم فيتجه نحو إدماجهم في المدارس العادية، ويعني مفهوم الدمج أن يتعلم الأطفال غير العاديين أو ذوي الحاجات الخاصة مع الأطفال العاديين في المدارس العامة. ويقدم (هلان وكوفمان 1991 Hallhan & Kauffman) تعريفاً للدمج يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين بشكل مؤقت أو دائم في الصف العادي، مما يعمل على توفير أفضل للتفاعل المدرسي والاجتماعي. وسيأتي الحديث لاحقاً وبشكل أكثر تفصيلاً عن استراتيجيات الدمج التربوي للأطفال المعوقين.

### ثالثاً - انتشار الإعاقة وآثارها:

لقد ذكرنا أن الإعاقة والتفوق من مجال التربية الخاصة، وهذان المصطلحان يضمنان الفئات الخاصة أو ما يطلق عليهم الأطفال غير العاديين أو ذوي الحاجات الخاصة. إلا أننا سنتوقف عند الإعاقة والمعوقين من حيث حجم المشكلة ومداهما والآثار الناجمة عنها وسبل مواجهتها، وسنترك الحديث عن فئة المتفوقين عندما نتناولها في فصل خاص بالمتفوقين وتربيتهم.

#### ١ - انتشار الإعاقة:

إن تحديد نسبة انتشار حدوث الإعاقة في المجتمع، أو حصر أعداد المعوقين هو أمر بالغ الصعوبة من عدة جوانب. أولها: أن هذا الأمر يختلف باختلاف التعريف أو التحديد الذي يتبناه المختصون لتعريف الإعاقة وفئات المعوقين واستخدامهم للمقاييس والمعايير التي تحدد مثلاً من هو المتخلف عقلياً، أو من هو الذي يعاني من صعوبة في التعلم.. الخ، وما الفئات التي تنضوي تحت مظلة الإعاقة والمعوقين. وثانيهما: إن كثيراً من الحالات في مجتمعنا بصورة عامة لا تشملها المسوحات الإحصائية؛ وذلك بسبب وجود هذه الحالات مثلاً في مناطق نائية وأحياناً تكون الحالات غير معروفة بجهل أو تجاهل أنها تعاني من إعاقة، وفي حالات أخرى يتستر الأهل ويحجمون عن الإعلان بوجود طفل معوق لديهم، ومن هنا فإن الإحصاءات التي تحدد أعداد المعوقين هي نسبية وتقديرية، ولكن بالرغم من ذلك يمكن من وجهة نظر علمية تقريب هذه النسبة في ضوء تقديرات مقطعية لمجتمع ما، وأكثر الإحصاءات شيوعاً هي ما قامت به المنظمات الدولية، فطبقاً لتقارير الأمم المتحدة قدر عدد المعوقين في العالم عام ١٩٨١ بنحو ٤٧٨ مليون معوق، ونسبة الأطفال فيهم حوالي ٣٠% ويشكل هذا

العدد حوالي ١١% من مجموع سكان العالم. ويشير نوبل (Noble 1981) إلى أن الإعاقة في المجتمعات النامية تصل إلى نحو ١٢,٣% من مجموع السكان. ووفقاً لتقديرات سكان العالم عام ٢٠٠٠ والتي تصل تقريباً إلى ٦,١ بليون نسمة، فإنه يتوقع أن يكون عدد المعوقين انطلاقاً من النسبة العامة التي تم تحديدها وهي أن المعوقين يؤلفون ١٠% من مجموع سكان أي مجتمع، فيكون عدد المعوقين لهذا العام أي عام ٢٠٠٠ يتراوح بين ٦١٠ إلى ٦٤٠ مليون معوق (غنايم، ٢٠٠٠، ص ٣٤٩).

وعلى مستوى الدول العربية والتي يقدر فيها عدد السكان بأكثر من ٣٠٠ مليون نسمة، فإن عدد المعوقين يكون حوالي ٣٠ مليون معوق تقريباً. ومما يزيد المشكلة خطورة أن ثلثي المعوقين في الدول العربية بنحو ٢٠ مليون معوق تقل أعمارهم عن ٢٤ سنة؛ ومعظمهم لا تقدم لهم الخدمات التعليمية والتأهيلية اللازمة.

أما في سورية فيبلغ عدد السكان بحسب تعداد عام ٢٠٠١ (ولا يشمل ذلك المواطنين خارج سوريا) بـ ١٦.٧٢٠.٠٠٠ نسمة وبذلك تقدر نسبة المعوقين بنحو مليون وستمئة واثنين وسبعين ألفاً ١.٦٧٢.٠٠٠ من المعوقين (المكتب المركزي للإحصاء، الإصدار الثالث ٢٠٠١).

وتقدر نسب انتشار فئات الإعاقة بالنسبة لمجموع السكان بحسب مراجع مختلفة في العربية الخاصة بـ ٢,٣% للتخلف العقلي بفئاته المختلفة، ونسبة ٣% لصعوبات التعلم ونسبة ٠,٦% للإعاقة السمعية و ٠,١% للإعاقة البصرية أي بمعدل بين كل ١٠٠٠ مواطن يوجد مواطن مكفوف كلياً أو جزئياً، والإعاقة الجسمية تقع بنسبة ٠,٠% و ٢% للاضطرابات السلوكية، و ٣,٥% للاضطرابات الكلام واللغة.

أما موضوع عدد المستفيدين من خدمات التربية الخاصة في سوريا وعدد المؤسسات والجمعيات التي ترعى المعوقين وشؤونهم سيكون في موضوع لاحق من هذا الفصل.

## ٢ - آثار الإعاقة:

إن الكلام عن الإعاقة بصورة عامة يتطلب الحديث عن الفئات التي تتطوي تحت هذا المفهوم، فقد ظهرت محاولات متعددة في تصنيف المعوقين. انطلق بعضها من الإعاقة نفسها ومن الاختلافات الموجودة بين أشكال الإعاقة، بحيث وضعتهم في فئات هي أقرب إلى الشكل التقليدي في تصنيف الإعاقة، وهذه الفئات هي :

١ - المعوقون حسيًا: وينقسمون إلى معوقين سمعياً ومعوقين بصرياً، والمعوقون سمعياً ينقسمون بحسب شدة الإصابة إلى صم وضعاف السمع، والمعوقون بصرياً إلى مكفوفين وضعاف البصر، وهناك فئة ثالثة تعاني من إعاقة مزدوجة حسية سمعية وبصرية معاً.

٢ - المعوقون عقلياً: وينقسمون إلى ثلاث فئات، فئة التخلف العقلي البسيط والمورون (القابلون للتعلم) وفئة التخلف المتوسط أو البلاء (القابلون للتدريب)، وفئة التخلف العقلي الشديد أو المعتوهين (حالات العزل).

٣ - ذوو صعوبات التعلم: وينقسمون إلى ذوي صعوبات تعلم نمائية، وذوي صعوبات تعلم أكاديمية وغالباً ما ترتبط الفئتان ببعضهما بعضاً.

٤ - المعوقون حركياً: وتشمل فئات الأطفال الذين يعانون من معوقات عصبية أو عضلية أو عظمية أو ضعف في الصحة العامة. وهناك من يدرج فئة الأطفال الصرعيين من بين الأطفال المعوقين حركياً.

٥ - المضطربون انفعالياً اجتماعياً: وتشمل فئات الأطفال المضطربين نفسياً وسلوكياً.

٦ - الأطفال المنغلقون (التوحديون): وهي فئة تتشابه مظاهرها مع الاضطراب الانفعالي، والإعاقة العقلية.

٧ - المضطربون في النطق والكلام: وتشمل جملة العيوب في النطق والكلام.

وإذا عرضنا هذه الفئات فلكي نعرف أن الآثار الناجمة عن الإعاقة تشمل الفئات المذكورة وهي المقصودة بالإعاقة.

#### نسبية الآثار واختلافها:

ينجم عن وجود الإعاقة مجموعة من الآثار، منها ما هو عام، أي متصل بكافة فئات الإعاقة ومنها ما هو خاص، أي مرتبط بوجود إعاقة معينة، فالآثار الناجمة عن فقدان السمع تختلف على مستوى الفرد المعوق عن الآثار الناجمة عن فقدان البصر، وكذلك الأمر بالنسبة للآثار الناجمة عن نقص في القدرات العقلية.

وتختلف الآثار بحسب شدة الإعاقة، فالضعف في السمع يكون أسهل من الصم الكامل، والشلل النصفي تكون آثاره أخف من الشلل الذي يطل أنحاء الجسم كافة، وتختلف الآثار باختلاف الأفراد وما لديهم من إمكانيات تعويضية، وما لديهم من استعدادات جسمية وعقلية تؤهلهم لتجاوز إعاقاتهم.

كما تختلف الآثار بحسب السن التي تحدث به، فالفرد المعوق منذ الولادة لا يعاني صدمة فقدته المفاجئ لوظيفة من وظائف جسمه أو التغيير في مظهره، لكنه قد يتأثر بما يعانيه والداه من صراع نفسي نتيجة تألمهم لعدم تمتع ولدهما بجسم صحيح فيما بعد. وتظهر آثار الإعاقة في مرحلة الطفولة المتأخرة بشكل بالغ

عندما يكون الفرد قد وعى تماماً ما للوظيفة المفقودة من تأثير في مستقبله الأسري والمهني والتكيف الاجتماعي.

وتختلف الآثار التي تتركها الإعاقة باختلاف الجنس، فالآثار الناجمة عن بتر أحد الأطراف لسيدة ما نتيجة عمل جراحي أو حادث، تختلف عما هي عند الرجل من الناحية الاجتماعية والتي تتجم عن مثل هذا الموقف.

ويختلف وجود الإعاقة آثاراً متباينة على مستوى الأسرة، فهناك من الآباء من يقوم بمساعدة طفله المعوق ويعمل على أن يتقبل إعاقته، ويساعده على التعلم والمساهمة في الأنشطة التي تناسب وإمكاناته. ومنهم من طرف آخر، من يبالغ في الحماية والإشراف عليه، ومنهم من يلجأ إلى النبذ المقنع وجعل الإعاقة حاجزاً يحول دون السعادة والأطمئنان. (أبو فخر، ١٩٩٧، ص ٣٦٨ - ٣٦٩).

وتختلف آثار الإعاقة باختلاف المجتمعات وما تقدمه من خدمات للمعوقين، فمن المجتمعات قديمها وحاضرها من يهمل هذه الجوانب الإنسانية، ومنها من يركز عليها ولنا في تاريخنا العربي والإسلامي نماذج مشرقة، ففي أيام الخليفة يزيد بن عبد الملك بُني أول مستشفى لمعالجة المجذومين وكان ذلك عام ( ٨٨ م، ٧٠٧م). وكان هذا المشفى فريد من نوعه في العالم. وقد ذكر ابن عساکر: «كان الوليد يعطي أكياس الدراهم لتفرق على الصالحين، وفرض للمجذومين وقال لا تسألوا الناس. وأعطى كل مقعد خادماً، وكل أعمى قنادلاً، ونكر بعضهم أن الوليد لما ولى اسحق بن قبيضة الخزاعي، ديوان الزمن ( أي ديوان نوي العاهات) بدمشق قال: لأدعن الزمن أحب إلى أهله من الصحيح. وكان يطوي بالزمن حتى توضع الصدقة في يده. (كردي علي، ١٩٣٨، ص ١٩٦).

كما أن العرب في أوج حضارتهم عندما كانوا متقدمين في حقل المعرفة المختلفة ومنها الطب والعناية بالمرضى، والطبابة موفرة للجميع، فقد عرفوا

أذالك أهمية العامل النفسي في تخفيف الألم، فابن عباس تلميذ الرازي ومساعدته  
قد عمق الاتجاه الإنساني بقوله مخاطباً الطبيب «عليك أن تجلب شعاع الأمل لكل  
مريض». (المرجع السابق، ص ١٠)

وفي الوقت الذي نرى فيه هذه الصور المقرقة من الاهتمام بالمرضى  
والمعوقين كان الغرب في العصر الوسيط تحت ظلام الجهل، حيث حفلت معاملة  
المعوقين بمشاهدات فظيعة كالربط بالسلاسل والجلد والإهمال نتيجة للتفسيرات  
الخاطئة التي كانت تربط بين وجود المعوق ووجود اللعنة الإلهية، ففي أجسام  
المعوقين تكمن الأرواح الشريرة والجلد والربط بالسلاسل هو الذي يطرد هذه  
الأرواح. (هونكه ١٩٩١، ص ٢٧٢، ٢٧٣).

أعطينا هذه الشواهد لندلل على أن الإعاقة وما ينجم عنها تتأثر باتجاهات  
المجتمع وقيمه.

إن كل ما تقدم أمور عامة تتصل بتباين آثار الإعاقة ونسبيتها، وينتقل  
الحديث إلى ما هو خاص بالتفصيل بعض الشيء بالآثار الناجمة عن الإعاقة على  
مستوى الفرد والأسرة والمجتمع.

#### أ - أثر الإعاقة في الفرد:

تكشف البحوث على تفاوت أشكالها ونتائجها عن عدد غير قليل من الآثار  
التي تنجم عن وجود الإعاقة عند الفرد، وتشير هذه البحوث في الوقت نفسه إلى  
الكثير من التداخل والتفاعل بين هذه الآثار، فإذا وقفنا عند ما يغلب حدوثه منها،  
وعند الصفة الغالبة في كل منها أمكن وضع أهمها في الآثار التالية: آثار نفسية  
وانفعالية، وآثار اجتماعية، وآثار تربوية.

## (١) - الآثار النفسية والانفعالية:

إن أول ما ينجم من أثر للإعاقة على الفرد المعوق. هو شعوره بوجود قيد يحد من حرية التصرف لديه، قد يكون هذا القيد منذ الولادة أو في سن مبكرة، ولكن يستمر معه أكان هذا القيد فقداناً للسمع أم نقصاً فيه أم فقداناً للبصر أم ضعفاً فيه أم نقصاً في القدرات العقلية أم في الجهاز الجسمي العظمي أم العضلي أو العصبي، فالفرد بهذه الحالة لا يستطيع فعل ما يريد وما يرغب فيه، فهناك فعاليات كثيرة تمنعه الإعاقة من المشاركة فيها، وهناك مدرسة لا يستطيع الاستفادة من خبراتها ويكون مستوى المشاركة والاستفادة محدودتين.

فإذا اتجه الكلام نحو الكفيف فإن كثيراً من الخبرات البصرية تحجب عنه، فهو لا يستطيع التمتع بحرية الحركة السهلة والميسورة لأن هذه الحركة تتطلب البصر، ولا يمكنه التمتع بلعب الأطفال أكانت حركية أم بصرية، ويكون استعماله للنشاط اللمسي والسمعي والحركي بديلاً عن النشاط البصري في ذلك، ولا يستطيع الكفيف أن يكتسب أنماط السلوك المختلفة التي يكتسبها المبصر عن طريق التقليد البصري؛ مثل ارتداء الملابس أو تناول الطعام، ولا يستطيع أن يسلك في المواقف الاجتماعية السلوك المطلوب كما يفعل المبصر الذي يرى كل ما يحيط به. (أبو فخر ١٩٩٧، ص ٣٧٢).

وإذا اتجه الكلام نحو الأصم، فإنه لا يستطيع الاستفادة من الخبرات السمعية والتمتع بها من أصوات طبيعية وموسيقية وألعاب صوتية مختلفة، وهو إضافة إلى ذلك سيشعر بوجود قيد آخر ناتج عن فقدان السمع وهو عدم القدرة على الكلام بشكل طبيعي.

وكذلك الأمر بالنسبة للمعوق جسمياً - حركياً فهو لا يستطيع التنقل واكتساب الخبرات من نزاهات ورحلات وألعاب رياضية، وكل هذه المجالات

بالنسبة للمعوقين بفئاتهم المختلفة تشكل مثيرات قوية تدفعهم للمشاركة، ولكنهم لا يملكون الحرية من أجل تلك المشاركة.

ولا يتوقف أثر الإعاقة على شعور المعوق بوجود قيد لديه وهو قيد داخلي، إنما يشعر بوجود فعاليات معينة تحجز عنه وجود فعاليات أخرى يدفع إليها مع تقديره أنها من درجة أو مستوى أدنى مما منع عنه، هذا حاله أمام أمور معينة تتطلب منه في البيت، وأمر يخصصها له رفاق اللعب والأصدقاء وهذا قيد آخر، قيد خارجي يتمثل بهذا التمييز بينه وبين غيره ممن يحيطون به.

ويظهر من وجود الإعاقة الشعور بعدم الثقة وعدم اليقين، ويبدو ذلك عند الطفل المعوق في عدد من الاتجاهات، فهو غير واثق من نوعية ما ينجز من مهمة أو كالت إليه أو عمل، وهو على غير يقين بالنسبة لما يقرر إجراؤه في موقف ما، وهو غير واثق من معاملة الآخرين، وغير قادر على التكيف بما سيكون عليه موقفهم منه إذا قدم إليهم، وهو غير واثق من النجاح حين يقدم على أمر ما، وهذا حال الكفيف، كما هو حال الأصم، فالكفيف لا يستطيع السيطرة على بيئته الاجتماعية، وخوفه من مراقبة المبصرين له، فإنه يشعر دائماً بأنهم يراقبون سلوكه مما يجعله قلقاً متوتراً، ولذلك نجده دائماً متحرجاً ومتربداً في المواقف الاجتماعية، وهذا يعرضه للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن، فالإعاقة التي يشعر بها، وهي أمر داخلي قد تضعف إلى حد بعيد شعوره بالقدرة على إنجاز ما يأمل أو يسعى إلى إنجازه، ومثل هذا الشعور بالعجز وعدم الثقة من أهم ما يعانيه المعوق من آثار نفسية وانفعالية. (المرجع السابق، ص ٣٧٤).

كما يمكن أن ينجم عن الإعاقة على مستوى الفرد تكوين صورة عن الذات غير واقعية، ويظهر ذلك بجلاء لدى المعوقين حركياً، وهذه الصورة تكون نتاجاً

لصورة الفرد عن ذاته وآراء الآخرين عنه وتفاعلهم معه. هذا حال المعوق حركياً وحال فئات الإعاقة الأخرى.

أما الآثار الانفعالية التي تبدو في صورة عدم الاستقرار الانفعالي، فتبدو في الاندفاعات الكثيرة، والرغبة في الإشباع المباشر والسريع للحاجات، وفي كثرة التنقل والتأرجح بين العواطف المختلفة، حتى ما كان منها بين طرفين متباعدين، وكثيراً ما يرتبط الضعف عند المعوق في الاستقرار الانفعالي مع أشكال من النزوع العدواني والانتقامي والنزوع إلى الكيد والتكيد بالآخرين التي تظهر لديه. وكثيراً ما يبدو هذا الضعف واضحاً في أحلام اليقظة التي يمر بها.

## ( ٢ ) - الآثار الاجتماعية:

تفرض الإعاقة بأي شكل كانت نوعاً من القيد يمنع المعوق من ممارسة النشاطات الاجتماعية، وتفرض نوعاً من العزلة التي قد لا يرغب بها المعوق، ولكنه يساق إليها كراهية، هذا حال الأصم، كما هو حال الكفيف، وكذلك الأمر حال المتخلف عقلياً والمعوق جسمياً حركياً.

فالأصم الذي فقد القدرة على السمع لا يستطيع التواصل الاجتماعي، لأن هذا التواصل يتطلب عمليتي «الاستقبال» و«الإرسال»، عملية سماع المخاطبة، وعملية الرد عليها فهو '؟ يستطيع سماع المحادثة، وبالتالي لا يفهم ما يقال له، وبالوقت نفسه لا يستطيع التواصل باللغة المألوفة المنطوقة، لأن فقدان السمع يجر خلفه فقداناً للقدرة على التواصل الكلامي، لهذا تبدأ المعاناة من سن مبكرة عندما يلاحظ عبر بصره حركات الشفاه عند المتكلمين، وهو لا يستطيع الكلام ويلاحظ ردة الفعل عند أحدهم لكنه لا يفهم ماهية الصوت «المثير» أو «المنبه»،

ومن هنا فإن الطفل في هذه الحال يؤثر العزلة على المشاركة، ويؤثر الانسحاب على الإقدام والتفاعل.

والكفيف الذي فقد بصره لا يستطيع التواصل الاجتماعي بصورة اعتيادية، لأن التواصل الاجتماعي يتطلب في كثير من المواقف اشتراكاً فعالاً للبصر، فإذا أخذنا آداب التحية، وآداب المشاركة في المناسبات الاجتماعية المختلفة، فكلها تتطلب وجود البصر والحركة الموجهة به، والكفيف لا يستطيع القيام بها بالشكل الاجتماعي المتعارف عليه، حتى لو تعلم منها فهو سيلجأ إلى الاختصار وإلى العزلة والانسحاب، يذكر «لطفى بركات» دراسة «مالك اندرو» عن الجمود في الشخصية، وهي دراسة مقارنة بين المكفوفين والصم والمبصرين. تكونت العينة من «٢٥» كفيفاً و«٢٥» مبصراً ولهم جميعاً العمر الزمني والعقلي نفسه، وقد تبين من النتائج أن الصم أكثر جموداً يليهم المكفوفون ثم المبصرون. وتعلل «مك اندرو» هذه النتائج بقولها «إن جميع البيانات تشير إلى أن الصم والمكفوفين يعيشون في عالم محدود كنتيجة لأثر العجز الخلقي الذي يعانون منه؛ مما يؤدي إلى عزلهم جزئياً عن موضوعية البيئة، ويستتبع هذا الازدياد الجمود في شخصياتهم. (بركات أحمد ١٩٧٨، ص ٢٦).

وكذلك الأمر بالنسبة للمتخلفين عقلياً، فقد أظهرت دراسة «كيرك وجونسون» السوسيومترية التي شملت عينة من الأطفال العاديين والمتخلفين عقلياً بمدارس المرحلة الأولى بلغ عددها ٦٨٩ طفلاً ما يأتي:

١ - إن ثلثي الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يتصفون بأنهم معزولون، في حين أن نسبة المعزولين عن الجماعة بين العاديين تبلغ نصف ما بلغته بين المتخلفين عقلياً.

٢ - بلغت نسبة الأطفال الذين ترفضهم الجماعة من بين المتخلفين عقلياً ٤٦,١٥% في حين بلغت تلك النسبة بين الأطفال العاديين ٤,٤%.  
(عبد الغفار، الشيخ ١٩٨٢، ص ٧٠).

وهذه النتائج تظهر أن الأطفال المعوقين عقلياً يعانون من العزلة جراء نقص أداءاتهم العقلية والاجتماعية بما يتفق والعزلة المضروبة على بقية الفئات.  
ولاشك أن الآثار النفسية والانفعالية متلازمة مع الآثار الاجتماعية والواحدة تؤثر بالأخرى، وتتفاعل معها فالعزلة الاجتماعية تؤدي للاستجابات العصبية، والاستجابات العصبية تؤدي إلى مزيد من العزلة الاجتماعية، ولكن إذا سألنا هل الإعاقة من حيث هي (أكانت فقداناً للسمع أم البصر، أم للقدرة العقلية، أم للأطراف كلها أو بعضها) هي المسبوبة عن هذه الآثار كلها؟ لوجدنا أن الإعاقة عامل من العوامل، وهي عامل داخلي مباشر وغير مباشر، فكف البصر يؤدي شمول وظيفة الإدراك، ويحرم المعوق من الوصول إلى مؤثرات موجودة في الواقع وصولاً مباشراً ينطوي على قدر كاف من التطابق والتمثل، وكذلك الأمر بالنسبة للأصم، فالإعاقة في السمع تؤدي الإدراك السمعي، وتؤدي القدرة على الكلام، ومن هذه الجهة يكون العائق عاملاً مباشراً في خسارة تلحق بالطفل المعوق في إدراكه وجهده واتصاله بما حوله، ولكن العامل الآخر وهو مرتبط بعامل الإعاقة فيتمثل بموقف المعوق من العائق عنده ومن نفسه، فإن كان من النوع الذي يستطيع أن يقبل بالأمر الواقع، وأن يتقبل إعاقته، ولديه الرغبة في تجاوزها عبر أنشطة تعويضية إيجابية ضعفت آثار الإعاقة من هذه الناحية.  
أما إذا كان المعوق من النوع الذي يستسلم للشعور بالعجز ولم يفهمه في حدود ما يكثر أن يحدث للإنسان وجعل وجود العائق أصلاً في ضعف تقديره لذاته، وفي ضعف تقدير الآخرين له، فإن الاحتمال الأكبر هنا هو أن يكون لهذا

العامل دور كبير في تكون أشكال من سوء التصرف والتكيف في الحاضر والمستقبل معاً، وفي أشكال من الانصراف عن الحياة، ويتمثل العامل الثالث في موقف أفراد الأسرة من المعوق واتجاهاتهم نحوه، فقد تنطوي هذه الاتجاهات على تقبل الطفل والإيمان بأن لديه قدرات يمكن استثمارها، أو قد تنطوي على اتجاهات من الرفض الصريح أو المقنع أو إنكار الإعاقة مما يسبب هذا الاتجاه إعاقة إضافية مركبة ومعقدة.

وهناك موقف المجتمع الخارجي بما ينطوي عليه من موقف تشجيع، وموقف انفعال أو تهم أو عداة ظاهر أو خفي في حالات، ومن موقف الرحمة والشفقة الذي يعبر عنه بالكلام والإجراء أحياناً وموقف الإهمال أو الإشعار بالضعف والعجز أحياناً أخرى.

### (٣) - الآثار التربوية:

تختلف الآثار التربوية من إعاقة لأخرى إلا أن هناك من القواسم المشتركة ما يجمع بينها، وهي أن المعوقين لا يستطيعون الانتظام المدرسي في المدارس العادية لأن المدارس العامة أعدت لأولئك الذين لا يشكون من نقص أو إعاقة في الحواس أو القدرات العقلية أو الجسمية الحركية، هذا واقع الحال باستثناء بعض التجارب الناجحة في كثير من دول العالم التي أعادت النظر في الهيكلة العامة لنظامها التعليمي والتي أخذت فيه بعين الاعتبار بعض فئات المعوقين لأن يكون لهم مكاناً، وجنباً إلى جنب مع الأطفال العاديين في المدارس العادية.

يختلف الحديث عن الآثار التربوية لدى المعوقين؛ عنه لدى الحديث عن الآثار النفسية والانفعالية والاجتماعية في أن الآثار التربوية يمكن أن تختلف بين الإعاقات وخاصة بين الإعاقة الجسمية (السمعية، البصرية، السمعية البصرية معاً، الحركية كالشلل) والإعاقة العقلية، ففي الوقت الذي يمكن أن يكون الحديث

عن آثار نفسية واجتماعية ناتجة عن الإعاقة بصورة عامة نجد أنه يتعذر الكلام عن آثار تربوية بالشكل الدقيق ناتجة عن الإعاقة بصورة عامة. يميز «بيير أوليرون» (P. Oleron, 1961) بين هاتين الإعاقتين في أن الإعاقة الجسمية، لا يمكن لأفرادها أن يكتسبوا الخبرات بالشكل الذي يكتسبه العاديون من الأفراد بسبب غياب بعض قنوات المعرفة وشروط الممارسة، هذا حال الأصم في غياب قناة السمع، وحال الكفيف في غياب قناة البصر، وحال المعوقين حركياً كالمشلول في غياب القدرة الحركية، فإن شروط ممارسة الحياة العامة تنقصها وظائف أساسية ولكن يمكن تعويضها عبر وظائف أخرى حسية وعقلية سليمة، وبالتالي نجد أن البرامج التربوية والتعليمية لهذه الفئات يمكن أن تسير البرامج التربوية، من حيث المناهج، ما يمكن تقديمه للأطفال العاديين، وذلك باعتماد طرائق لا يدخل فيها السمع، بالنسبة للصم، وطرائق لا يدخل فيها البصر بالنسبة للمكفوفين، وطرائق لا يدخل فيها ما يضر بصحة المعوق حركياً، ولكن يمكن لهذه الطرائق أن تعوض العمليات التعليمية والتربوية في القراءة والكتابة والحساب، فالأصم يستعمل الطرائق اليدوية والشفوية في الاتصال، وفي تعلم الأبجدية (عبر أبجدية الأصابع)، والكفيف يستخدم طريقة برايل وطرائق أخرى في تعلم القراءة والكتابة، وكذلك يكون الحال بالنسبة للمعوق جسمياً وحركياً التي تهيئ له شروط وظروف ملائمة لإعاقة لتحقيق عملية التعلم المدرسي والتحصيل الأكاديمي. في حين أن المعوق عقلياً يشكو من بقاء أو وقف في عملية النمو العقلي مما يجعله لا يستطيع متابعة التعليم النظامي العادي بأي صورة من الصور، فهو ينحرف عن الأطفال العاديين وأقل منهم في النمو العقلي والتعليمي، ويزيد هذا الانحراف كلما كان التخلف أكثر شدة.

إلا أن القاسم المشترك بين هذه الفئات أنها تحتاج لأساليب وطرائق خاصة تتناسب وطبيعة كل إعاقة.

وبالرغم من أن الأفراد ذوي الإعاقة الجسدية يمكنهم تلقي المناهج نفسها التي تدرس للأطفال العاديين؛ إلا أن الدراسات المختلفة أظهرت الآثار التربوية لإعاقتهم، فقد أظهرت الدراسات التي أجريت على كتابات الأطفال المعوقين سمياً أخطاء في التركيب وبناء الجمل وفق قواعد اللغة، وتغيب عندهم استخدام الجمل الاعتراضية وعدم التعبير الدقيق عن المعنى الذي يعبرون عنه، كما يصعب عليهم فهم المقروء واستنباط المعنى العام وتتبع أفكاره. (السيد مرعي، ١٩٨٨).

والمحاولات الجادة لإدماج بعض فئات المعوقين في إطار المدرسة العادية التي نشهدها في كثير من البلاد العربية؛ إنما تسعى أولاً للتخفيف من التمايز بين العاديين والمعوقين، وثانياً لإخراج فئات المعوقين من العزلة المضروبة عليهم ضمن مؤسساتهم الخاصة، وبالوقت نفسه يمكن أن تسعى للتخفيف من الآثار التربوية السلبية الناجمة عن وجود الإعاقة، وهذا الاتجاه الجديد بين كثير من دول العالم ينسجم مع برنامج العمل العالمي من أجل المعوقين والذي جاء فيه ما يتعلق بالتربية وتكوين المعوقين ما يلي:

«دعوة الدول الأعضاء لتبني سياسة تعترف بمقتضاها بحق الأشخاص المعوقين في التمتع بالمساواة في التربية والتعليم».

وفي كل الحالات الممكنة، ينبغي أن يتم تعليم المعوقين في نطاق التعليم العام، وترجع مسؤولية ذلك إلى السلطات المعنية بالتعليم. كما تطبق التشريعات الخاصة بالزامية التعليم على الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بما في ذلك الإعاقات البليغة. (المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ١٩٨٦).

## ب - أثر الإعاقة في الأسرة:

إذا كانت الإعاقة تؤثر في الفرد بعد أن يعي ما للوظيفة المفقودة من أهمية في حياته، وهذا الوعي يتم تدريجياً تحت تأثير الظروف الأسرية والجماعية الاجتماعية، فإن تأثير الإعاقة على الوالدين أو لدى فرد من أفراد الأسرة يكون أسبق على الأسرة منها على الفرد المعوق نفسه؛ خاصة إذا كانت هذه الإعاقة منذ الولادة أو حدثت في سن مبكرة. فالوالدان اللذان ينتظران مولوداً جديداً بكامل الصحة والهيئة، سيكون وقع الحدث إذا ما جاء هذا المولود معوقاً بإحدى الإعاقات بالغ الشدة والتأثير وإذا حدث أن اكتشفت الإعاقة لدى الطفل في سن مبكرة، فسيكون أيضاً حدث هذا الاكتشاف (بالمعرفة المباشرة أو عن طريق الطبيب أو الاختصاصي) أيضاً بالغ الشدة والتأثير، وفي كل من الحالتين، فإن الأسرة هي التي يقع عليها التأثير قبل وقوع التأثير والوعي به عند الطفل نفسه.

(١) الآثار النفسية :

إن الأسرة هي التي تواجه صدمة وجود طفل معوق بينها، وهي التي تعيش أزمات تتصل بقيمتها وواقعها الاجتماعي، يذكر كل من مينولاسينو (Menolasino, 1975) وماكميلان (Macmillan, 1977) ما أشار إليه وليفنز بيرجر (Wolfensberger) في مقال بعنوان (إرشاد والدي الطفل) المتخلف عقلياً (ويمكن تعميم ذلك على بقية فئات الإعاقة) بعد أن يكونا قد تأكدا من نتائج التشخيص التي تؤكد إعاقة الطفل، وهذه الأزمات هي التالية:

١ - أزمة الصدمة.

٢ - أزمة القيم الشخصية.

٣ - أزمة الحقيقة أو الواقع.

إلا أن هذه الأزمات لا تقع بالضرورة وبشكل مطلق على كل والدين لطفل معوق، فقد يمر بعض الوالدين بجميع هذه الأزمات، في حين أن بعض الوالدين قد لا يمران بأي أزمة منها، وقد يمر بعض الوالدين بوحدة أو أكثر من هذه المراحل. والحق أن أزمة الصدمة غالباً ما يمر بها الوالدان، وهي تنتج عن التعارض بين التوقعات التي يكون قد رسمها الوالدان عن الطفل، وما يمكن أن يكون عليه الحال في حاضره ومستقبله من حيث إنه طفل سوي عادي أو أفضل من ذلك، وبين ما يحدث فعلاً.

إن الحدث غير المتوقع الذي يمكن أن يتم اكتشافه منذ الولادة أو في سن مبكرة لدى الطفل بوجود إعاقة لديه يحدث زعزعة في تكيف الوالدين ويؤثر تأثيراً بالغاً في العلاقة مع الطفل.

أما أزمة القيم الشخصية فتظهر على شكل ردود الفعل الأسرية حين تكون الإعاقة غير مقبولة في أذهان الوالدين بسبب التناقض بين حالة الطفل والقيم الشخصية التي يتبناها. فالوالدان اللذان يأملان من الطفل أن يكون الأكاديمي أو السياسي أو المهني الناجح، ويعيشان أزمة الصدمة، فغالباً ما تكون عندهم ردود أفعال تنطوي على درجات مختلفة من رفض الطفل وعدم تقبله، حيث يأخذ الرفض البسيط شكل الحماية الزائدة من جهة أو اللامبالاة تجاه الطفل من جهة أخرى، أما الرفض الشديد فإنه يتخذ شكل إيداع الطفل في مؤسسات للرعاية الداخلية والإنكار الكامل لوجوده، وعلى النقيض من أزمة الصدمة وأزمة الواقع فإن أزمة القيم الشخصية قد تمتد على الأغلب طيلة حياة الوالدين وقد توجد في الوقت نفسه مع أي من أزماتي الصدمة أو الحقيقة.

ومن أكثر المظاهر التي تبرز عند الوالدين اللذين يعيشان أزمة القيم الشخصية مشاعر الحزن التي قد تستمر مدى الحياة، بالإضافة إلى مشاعر الضيق والكبر والاكئاب.

أما أزمة الحقيقة والواقع فتظهر على شكل اعتراف بواقع الطفل وحقيقة إعاقته بحيث يسعى الوالدان، وضمن إمكانياتهم ووعيهم، ووفقاً لدرجة إعاقة ابنهم إلى تأمين الاحتياجات اللازمة له قدر الإمكان.

## (٢) - الآثار الاجتماعية :

لا تتوقف آثار الإعاقة على الأسرة عند الآثار النفسية من ضغوطات تتمثل في الخوف والقلق والحزن ومشاعر الإثم، أو بالآثار المتصلة بعملية التواصل مع الطفل المعوق نفسه أو بالتواصل مع المهنيين الذين يعملون مع الطفل داخل المؤسسة التربوية أو خارجها بل تؤثر الإعاقة عند الطفل في علاقات الأسرة من حيث تكاملها وتماسكها، ومن حيث علاقاتها الاجتماعية. فقد تتأثر علاقات الأسر بسبب متطلبات الطفل المعوق الملحة المستمرة، التي تتطلب من أفراد الأسرة العمل تحت ظروف من الضغط النفسي والتوتر والقلق والحرمان من إشباع بعض حاجاتهم، وينعكس هذا على علاقات أفراد الأسرة فيما بينهم، ومشاعر الضيق والتذمر الدائم التي قد تولد شعوراً عند أحدهم بالرفض تجاه الطفل وشعوراً بالكرهية والرغبة في الهروب من هذا الوضع بشكل عام، مما قد يدفع ببعض أفراد الأسرة إلى مغادرة المنزل والانفصال عن جو الأسرة، وبالتالي الهروب من تحمل المسؤولية تجاه الطفل المعوق، ويظهر ذلك على شكل هروب الأب من المنزل وانشغاله لأكثر وقت ممكن منهمكاً في أعماله أو في ترويقه.

ويؤثر وجود طفل معوق في الأسرة على نشاطاتها وعلاقاتها الاجتماعية ذلك أن وجود هذا الطفل سيحد من نشاطات الأسرة المعتادة ويقلل منها بسبب ما

يتطلب وجوده من توجيه ورعاية واهتمام وبذل الجهد في تعليمه وتنشئته، فوجود هذا الطفل لن يسمح للوالدين أن يخرجوا معاً، كما أنهما لن يتمكنوا من الخروج مع الطفل لما يرافق ذلك من مصاعب الشعور بالخجل والخوف من ردود أفعال الناس وخاصة في الحالات التي يرافقها بعض المظاهر الشاذة الواضحة، سواء كانت في تصرفات الطفل المعوق أم في مظهره العام، ويظهر ذلك بجلاء لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. (أبو فخر ١٩٩٧، ص ٣٨٧).

ويذكر (السرطاوي وسيسال ١٩٩٠) ما أشار إليه (لينشر) إلى أنه من الشائع أن نجد أولياء أمور الأطفال المعوقين ينسحبون من المشاركة الاجتماعية ويسلكون سلوكاً ربما يبعدهم أو يبعد طفلهم عن التفاعل الاجتماعي، وسوف يعمل هذا الانسحاب على زيادة عدائهم وامتعاضهم وغضبهم نحو المحيطين بهم مما يؤدي إلى تقليل تعاون أقربائهم وأصدقائهم وجيرانهم معهم، وربما يجد أولياء الأمور أنفسهم داخل دائرة الرفض والعزل.

### (٣) - الآثار الاقتصادية :

وقد تظهر آثار الإعاقة عند الطفل المعوق على الأسرة على شكل أعباء في الجانب الاقتصادي لما يلزم هذا المعوق من نفقات تشخيصية، ونفقات علاجية قد تكون مستمرة في بعض الحالات، وقد تكون مؤقتة في حالات أخرى، وقد يتطلب وضع بعض الأطفال المعوقين المكوث لفترة طويلة في المستشفى، وهذا يتطلب تفرغ أحد أفراد الأسرة تفرغاً شبه تام مما قد يعطل قوة عاملة موجودة في الأسرة، وقد تتطلب بعض الحالات معلم خاص يدفع له من أجل تعليمها، وفي حالات يتطلب شراء الأجهزة التعويضية، وفي كل الحالات فإن الأسرة تتحمل عبئاً اقتصادياً ثقيلاً.

(٤) - الآثار المتصلة بالعلاقة بين أفراد الأسرة :

وقد يظهر لدى أسرة الطفل المعوق أو لدى بعض أفرادها بعض المشكلات العاطفية والسلوكية والاجتماعية، يلخص (الريحاني، ١٩٨٥) بعض الدراسات التي تشير إلى تطور سلوك أو عواطف معينة يمكن أن تظهر عند بعض أفراد أسرة الطفل المتخلف عقلياً بما يلي:

- قد تزداد الروابط الزوجية بعد قدوم الطفل المتخلف عقلياً، وخاصة إذا كانت العلاقة الزوجية بينهما قوية منذ البداية قبل قدوم الطفل المتخلف، حيث يلاحظ ازدياد تعلق الوالدين وحب كل منهما الآخر.

- تفكك الروابط الزوجية في بعض الحالات إذا كان الزواج هو السرايط الوحيد الذي يربط الزوجين ببعضهما ببعض، وفي هذه الحالة فإن قدوم الطفل المتخلف كثيراً ما يسبب مزيداً من الخلافات والمشاحنات الزوجية واتهام الواحد للآخر بأنه مسؤول عن تلك المشكلة.

- ترضى الأم المتدنية بقدوم الطفل المتخلف وتحمد الله عليه.

- تميل بعض الأمهات إلى الرغبة في أن لا يكبر الابن المتخلف ليبقى بحاجة إلى رعاية الأم وحمائتها مدى الحياة، ويبقى تعلقها به مهما كبر سناً أشبه بتعلق الطفل بأمه وتنشأ بينها وبينه علاقة خاصة حميمة.

- تجعل بعض الأسر من الأخت الكبرى أما صغيرة للطفل المتخلف، وتكون هذه الأخت في هذه الحالة مطالبة بتحمل رعاية أخيها مما يحرمها من التمتع بحياتها مع إخوانها، فهي لا تستطيع الخروج معهم إلى اللعب أو إلى الزيارة أو إلى السينما ومعها هذا الأخ أو الأخت المتخلفة.

ونلاحظ من خلال هذه النقطة الأخيرة أن تأثير وجود طفل معوق في الأسرة لا يؤثر على الوالدين، إنما يؤثر أيضاً على الأخوة والأخوات، فيحملهم

عبئاً ثقيلًا. قد يطول مدى الحياة مما قد يعوق نشاطاتهم الاجتماعية والثقافية والرياضية والتربوية ويجعلها تحت ظروف من الضغط الشديد والتوتر والقلق، يظهر في أنماط سلوكهم غير العادية أكانوا داخل المنزل أم خارجه، في المدرسة أم مع أصدقائهم، وذلك على شكل محاولات للانطواء والعزلة والمشاكسة.

ولكن إذا تساءلنا السؤال نفسه كما جاء في آثار الإعاقة في الفرد ما العوامل وراء الآثار الناجمة عن الإعاقة على الوالدين وأفراد الأسرة؟ نقول إن إعاقة الطفل من حيث آثارها عليه هي عامل، وموقف الأسرة واتجاهها نحو الإعاقة، ومدى تقبلها واعترافها بحقيقة إعاقة ابنها، ومدى معرفتها واطلاعها، وإيمانها، عامل ثانٍ، وبآتي موقف المجتمع واتجاهاته بما يشمل من جيرة وحي ومدرسة ومؤسسات رعاية اجتماعية وتربوية وخيرية عامل ثالث.

هذه العوامل تتشابك وتؤثر بعضها ببعض، فإذا الأسرة رضية بواقع طفلها واعترفت به، وتعاملت معه دون إفراط ولا تفريط، وعرفت حدود إمكانات طفلها خففت من الآثار الواقعة عليها جراء إعاقة الطفل.

إن وجود المؤسسات التي ترعى الأطفال المعوقين تخفف من أعباء الأسرة، ولكن الأعباء تبقى مستمرة والضغطات النفسية تبقى لها تأثير في حياتها مما يتطلب تقديم العون والإرشاد لها.

وتشير الدراسات المختلفة في هذا المجال إلى مسائل كثيرة يسعى المرشد إلى تحقيقها مع الأهل والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ١ — أن يتفهم الوالدان حالة طفلهم المعوق والأسباب التي أدت إلى إعاقته.
- ٢ — فهم الطفل من حيث إمكاناته ودرجة إعاقته وما هو متوقع منه مستقبلاً.
- ٣ — فهم صعوبات الطفل وحاجاته وكيفية مواجهة هذه الحاجات.

٤ - أن تعي الأسرة مدى تأثير إعاقة الطفل عليها وبخاصة على الوالدين، وتأثيرها على علاقاتها مع المجتمع.

٥ - فهم كيفية مساعدة الطفل المعوق على النمو المتوازن وأهمية وسائل التعليم الخاصة في تعديل سلوكه.

٦ - تعريف الأسرة بالمؤسسات الاجتماعية والتربوية التي تقدم خدمات وفقاً لطبيعة إعاقة الطفل.

ومن خلال ذلك فإن وضع الأسرة يمكن أن يتعالى ويتغلب على كثير من الصعوبات فيما إذا وجد يد المساعدة من المجتمع تمد إليه في الجوانب المختلفة من مؤسسات تقدم خدماتها التربوية والإرشادية والاجتماعية والمادية، تسد حاجاتها المذكورة آنفاً.

#### ج - أثر الإعاقة في المجتمع ومواجهة الآثار:

تؤثر الإعاقة في المجتمع باختلاف طبيعة المجتمعات قديمها وحديثها، وتختلف بحسب طبيعتها من حيث التقدم والتخلف وبحسب النظرة أو الاتجاه العام هذه الفئات، فمجتمعنا العربي الإسلامي في أوج حضارته قد تعامل مع فئات المعوقين تعاملًا قائمًا على الفهم والدراية والعلم. يقول محمد كرد علي «حدثني الثقة أنه اطلع على صك وقف أحد المستشفيات في حلب قال: جاء فيه أنه كل مجنون يخص بخادمين يخدمانه، فينزعان عنه ثيابه كل صباح ويحممانه بالماء البارد ثم يلبسانه ثيابه نظيفة ويحملانه على أداء الصلاة ويسمعانه قراءة القرآن يقرؤه قارئ حسن الصوت، ثم يفسحانه في الهواء الطلق ويسمع في الأخر الأصوات الجميلة والنغمات الموسيقية الطيبة». (كرد علي، ١٦٠ - ١٦١).

ولم يقل تعامل فئات المعوقين الأخرى عن التعامل مع المرضى عقلياً؛ يؤيد ذلك الكيفية التي كان يعامل بها «المجذومين»، و«الزمن» و«العميان» أيام

ال خليفة الوليد بن عبد الملك الذي نمت الإشارة إليه في مطلع حديثنا عن الآثار  
الناجمة عن الإعاقة.

إن الإعاقة تؤثر في المجتمع وتخلق اتجاهات إيجابية أو سلبية وقد عرف  
تطور الاتجاهات في المجتمعات مواقف متباينة ومختلفة، فمن المجتمعات ما  
تنظر إلى الإعاقة من منطلق اقتصادي مادي، ومنها ما ينظر إليها من منطلق  
إنساني، ومن المجتمعات ما ينطلق من اعتقادات خاطئة نحوها ومنها ما ينطلق  
من الفهم والدراية والعلم، والآن فإن المجتمعات كلها تولي المعوقين اهتماماً جدياً  
أنها جعلت من عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين وأصبحت تناط بالمجتمع جملة  
من تقديم الخدمات الصحية والتربوية والتعليمية والاجتماعية تتقاسم هذه الخدمات  
مجموعة من المؤسسات كوزارة التربية والتعليم العالي والشؤون الاجتماعية  
والعمل والعدل والأوقاف والصحة.. وتقع مسؤولية هذه الجهات في مواجهة  
الآثار من خلال الجوانب التالية:

- ١ - الأخذ بإجراءات الوقاية من حدوث الإعاقة.
- ٢ - العمل على تعديل الاتجاهات السلبية نحو المعوقين لتكون أكثر تفهماً  
 وإيجابية.
- ٣ - الأخذ بتوفير إجراءات الإرشاد والتوجيه لأسر المعوقين؛ والتدخل المبكر  
 في تربية أبنائهم المعوقين.
- ٤ - الأخذ بتوفير الخدمات التربوية والتعليمية والطبية الشاملة في التشخيص  
 والعلاج.
- ٥ - الأخذ بإجراءات التأهيل المهني للمعوقين من إعداد وتدريب وتشغيل  
 ومتابعة.
- ٦ - الأخذ بإجراءات الدمج التربوي والاجتماعي لفئات المعوقين كافة.

٧- الأخذ بترجمة القوانين والتشريعات النازمة والموائيق الصادرة عن الهيئات والمنظمات والاتحادات العالمية والقومية والوطنية.

أما الجانب الأول فيتلخص بالوقاية من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة مثل التخلف الثقافي، الزواج من الأقارب، وحالات الإجهاض المفتعل وعدم خضوع الأم الحامل للإشراف الطبي، وعدم الأخذ بأسباب الوقاية في أثناء الحمل من تعرض للأشعة أو تناول الأدوية ولا سيما في الشهور الأولى منه. كما يشار عادة إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة بعد الولادة والتي يمكن الوقاية منها مثل عدم التعرض للحوادث والمراقبة الدورية لصحة الطفل، وأخذ اللقاحات اللازمة. ويقوم بإجراءات هذه الوقاية جهات الصحة والتربية والإعلام؛ متجهة في ذلك إلى الأسر عبر خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية والبرامج الإعلامية المختصة بذلك.

أما الجانب الثاني فيتمثل بإسهامات مؤسسات المجتمع المختلفة كالمؤسسات الثقافية والإعلامية بتوضيح الإعاقة؛ وكيفية النظر إليها من أجل خلق اتجاهات إيجابية ذات مضمون إنساني وعلمي بالنظر لفئات المعوقين.

والجانب الثالث يتلخص بإرشاد أولياء الأمور للوقاية من حدوث الإعاقة وتوجيههم لتخطي الأزمات التي يواجهونها بوجود طفل معوق، وجعل الأسر مشاركاً فعالاً في تربية الطفل المعوق وإصدار التشريعات اللازمة لحسن تربيته وتعليمه.

ويتصل الجانب الرابع بتقديم الخدمات التربوية والتعليمية والطبية لفئات الأطفال المعوقين وتأمين المستلزمات المادية والفنية والبشرية لأكبر عدد ممكن، إن لم نقل لكل من ينتظر دوره في الانتساب لمؤسسات التربية الخاصة والرعاية

الاجتماعية؛ وذلك عبر توفير الأجهزة والتقانات المختلفة وتوفير المباني المناسبة، والمواصلات وتوفير جهاز العاملين المختصين والمؤهل لهذا الغرض.

والجانب الخامس يتمثل بوجود التوجيه المهني الذي يبدأ من سن المرحلة المدرسية ثم التدريب المهني فالتشغيل، ومتابعة أحوال المعوقين بعد تخرجهم من مؤسسات التربية الخاصة، أكان ذلك في ورشات العمل الخاصة أو أماكن التشغيل المحمية بحيث يحقق للمعوق استقلالية اقتصادية معتمداً في ذلك على ذاته، مما يحقق له الشعور بالكفاءة والثقة بنفسه.

أما الناحية السادسة فتتصل بإجراءات الدمج الاجتماعي للمعوقين والتي تبدأ - وفق المنظور الحديث - بعملية الدمج التربوي منذ سن ما قبل المدرسة الابتدائية، ثم الدمج في المراحل المدرسية المختلفة، وذلك تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص ودمج الهوية الموجودة بين العاديين والمعوقين. ويشمل الدمج الاجتماعي من ضمن ما يشمله انخراط المعوقين في الأنشطة الاجتماعية والرياضية والفنية على قدم المساواة مع العاديين. (أبو فخر، ١٩٩٧، ص ٤٠٣ - ٤٠٤)

أما الجانب السابع فهو يعني بجميع النواحي السابقة وغيرها من أجل ضمان أكبر قدر من تحقيق المساواة في التربية والتعليم والتأهيل والتشغيل ما بين العاديين والمعوقين. ويؤكد على الأخذ بترجمة جميع المواثيق والتشريعات والقوانين والعمل على ترجمتها وتحقيقها ميدانياً.

إن هذه الجوانب المذكورة تعبر عن اتجاهات التربية الخاصة وتعتبر أيضاً عن الخدمة الاجتماعية في مفهومها الترموي المعاصر والذي يتجه في مسارات رئيسة هي الاتجاه الوقائي والاتجاه العلاجي والاتجاه الترموي؛ بحيث تتفاعل هذه الاتجاهات الثلاثة لتصب أخيراً في بناء المجتمع بناء يكفل لجميع أبنائه تأمين

الخدمات اللازمة لهم من أجل حياة أفضل وإنتاج أفضل؛ وتحقق عدالة اجتماعية يتساوى فيها أفراد المجتمع الواحد مهما اختلفت تكويناتهم ومشكلاتهم.

### رابعاً - رعاية ذوي الحاجات الخاصة في سورية:

لقد اقتصر الاهتمام بنوي الحاجات الخاصة منذ الاستقلال وما بعده على فئات المعوقين المختلفة، وصدرت المراسيم والتشريعات الخاصة بالاهتمام بهم وافتتاح المؤسسات الخاصة لرعايتهم. أما الاهتمام بالمتفوقين فقد برز من خلال عدة مؤتمرات عقدتها وزارات التربية والتعليم العالي من أجل إثارة الاهتمام بهذه الفئات وتوجيه الرعاية لهم. وفيما يلي نلقي بعض الأضواء على مظاهر هذا الاهتمام وهذه الرعاية.

#### ١ - الاهتمام بالمتفوقين:

المتفوقون فئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة، لأنهم يختلفون عن العاديين بقدراتهم العقلية المميزة، والذين غالباً ما ينحرفون عن المتوسط من حيث القدرات العقلية بمعدل انحرافين معياريين؛ بمعنى أن ذكاؤهم المقاس باختبارات الذكاء سوف يضعهم في حدود ١٣٠ درجة وما فوق إذا ما كان المتوسط في الذكاء هو ١٠٠ درجة. والمنطاق في عدهم فئة خاصة هو حاجتهم التربوية والتعليمية والعقلية التي تتطلب إجراءات خاصة لا يفي نظام التعليم العادي بهذه الحاجات.

من الإجراءات التي اتخذتها وزارة التربية للعام الدراسي ١٩٩٧/١٩٩٨ هي إحداث شعب للمتفوقين في بعض المدارس الإعدادية وفي إحدى المدارس الثانوية في المحافظات، بحيث يتم انتقاء الطلاب لهذه الشعب وفقاً للمعايير التالية:

١ - الصف الأول الإعدادي: ويؤخذ فيه معدل نجاح الطالب في الصف السادس الابتدائي ومعدل نجاحه في صفوف المرحلة الابتدائية، وتعطى الأولوية في حال توفر شروط التفوق لمن نجحوا في مسابقات رواد طلائع البعث ولأصغر سناً.

٢ - الصف الأول الثانوي: ويؤخذ فيه معدل نجاح الطالب في الشهادة الإعدادية العامة، وتعطى الأولوية في حال توافر شروط التفوق الدراسي للذين يحملون لقب الريادة لدى منظمة اتحاد شبيبة الثورة ولأصغر سناً. وتناقلت الاهتمامات عبر دراسة موضوع إحداث مدارس للمتفوقين وإثراء المناهج الخاصة بهم وقد اشترط للقبول في هذه المدارس:

١ - في الصف الأول الإعدادي: الحصول على ٩٠% من النهاية العظمى لمجموع درجات الصف السادس الابتدائي والتقدم لاختبار مركزي يفاضل فيه التلاميذ حسب الرقم الدال على معدل النجاح في الصف السادس + درجة الاختبار  $\times 4$  ويقبل (٦٠) طالباً وطالبة من الذين حصلوا على أفضل الدرجات.

٢ - في الصف الأول الثانوي: الحصول على ٨٥% من النهاية العظمى لمجموع درجات شهادة الدراسة الإعدادية؛ والتقدم لاختبار مركزي يفاضل فيه الطالب حسب الدرجة التي حصل عليها في الاختبار + مجموع درجاته في الشهادة الإعدادية.

أما إثراء المناهج بالنسبة لهذه المدارس فقد اتصلت بمواد اللغة العربية واللغة الأجنبية والمواد العلمية المختلفة كالرياضيات والفيزياء والكيمياء.. على شكل تدريبات ومسائل مراجعة تتصل بالكتب المقررة.

ومن بين مظاهر الاهتمام تشجيع المتفوقين تحصيلاً؛ وذلك عبر تقديم منح مالية لهم وذلك عملاً بأحكام المرسوم التشريعي رقم ٣٣ تاريخ ١٩٧١/٨/٥

وتعدلاته، والذي ينص على إعطاء هذه المنح شهرياً للطلبة الخمسة عشر الأوائل في القطر؛ والطالب الأول من كل محافظة من الناجحين في امتحان الشهادة الإعدادية، والقول ذاته بالنسبة للشهادة الثانوية بحيث تُعطي مكافأة مالية شهرية للعشرة الأوائل في القطر للفرع العلمي والثلاثة الأوائل من الفرع الأدبي، والأول والثاني من كل محافظة من الناجحين الأوائل في كل من امتحان الشهادة الثانوية (الفرع العلمي) و امتحان الشهادة الثانوية الصناعية والتجارية والزراعية والبيطرية والشرعية، وكذلك الأول في كل محافظة من الناجحين الأوائل في امتحان الشهادة الثانوية (الفرع الأدبي) ، ومن الإجراءات التي تقوم بها وزارتا التربية والتعليم العالي تنظيم حفلات التكريم وتقديم الجوائز العينية للمتفوقين في التعليم ما قبل الجامعي والجامعي. ومن الإجراءات التي تقوم بها الجامعة بتوفير فرص الإيفاد الداخلي والخارجي للطلبة المنتسبين حديثاً إليها، وإعطاؤهم حق الأفضلية فيها وكذلك تأمين المنح الدراسية للمتفوقين المتخرجين منها وقبولهم كضيوف وإيفادهم في بعثات خارجية، إضافة إلى السماح لهم بالاشتراك في بعض الرحلات الخارجية التي تنظمها الأقطار الشقيقة والصديقة.

وهذا الاهتمام كما هو ملاحظ ينصب على المتفوقين تحصيلاً، لأن معايير التحصيل من السهولة الأخذ بها، وهي، كما تشير كثير من الدراسات، مرتبطة ارتباطاً إيجابياً - أي التحصيل بمستوى الذكاء - فكلما كان التحصيل أعلى كانت نسبة الذكاء أعلى؛ إلا أن المتفوقين لا يندرجون فقط تحت شكل التفوق التحصيلي فهناك أشكال أخرى من التفوق، كالتفوق في القدرات الخاصة، مثل التميز في الفنون التصويرية أو الموسيقية أو المسرحية أو القيادة الاجتماعية.. كذلك هناك التفوق في مجال القدرات الإبداعية والذي أخذ منذ الخمسينيات من القرن العشرين اهتماماً متنامياً. فالقدرات الإبداعية مثل المرونة العقلية، والطلاقة، والجدة والأصالة في الإنتاج هي ما تتجه إليها كثير من المجتمعات من

أجل تربيتها والاهتمام بها؛ لأن المجتمع لا يتقدم تقدماً نوعياً إلا بوجود أولئك الذين لديهم القدرة على التجديد والعطاء الأصيل والقدرة على حل المشكلات المعقدة في ميادين الحياة المختلفة.

لهذا فإن نول بالاهتمام بالمعوقين ينبغي ألا يتوقف عند حدود من يظهرون تفوقاً دراسياً تحصيلياً، إنما ينبغي الاهتمام بأولئك الذين لديهم قدرات نوعية قد تكون مختلفة عن القدرات التحصيلية — الذكائية، وهي قدرات غالباً ما تكون مغايرة للواقع وغريبة بعض الشيء، إلا أن المطلوب هو الاهتمام بهذه القدرات وغيرها من القدرات الخاصة الفنية والحركية والأكاديمية.

## ٢ — الاهتمام بالمعوقين:

المعوقون هم من ذوي الحاجات الخاصة لأنهم يختلفون عن العاديين بقصورهم في واحدة أو أكثر من وظائفهم الأساسية أكانت هذه الوظيفة عقلية أم حسية أم حركية أم انفعالية — اجتماعية؛ بحيث لا تستطيع هذه الوظيفة القيام بالمهمة المنوطة بها، الأمر الذي يتطلب وجود حاجات خاصة تلبي هذا النقص الموجود فيها. ويقع مجال رعاية المعوقين من اهتمامات وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بشكل أساسي إضافة إلى اهتمامات حديثة تقوم بها وزارة التربية لإدماج ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العامة (العادية).

يوجه الاهتمام بالمعوقين مجموعة من الأهداف هي:

— الوصول بنموهم المعرفي والتحصيلي إلى أفضل ما تستطيع إليه قدراتهم وطاقاتهم، بخاصة ما يتصل بهذا النمو من عمليات معرفية وتحصيلية في مجالات اللغة والحساب والطبيعة والجسم الإنساني والمجتمع والحياة اليومية وشؤون المواطن.

— الوصول بنموهم الجسمي والحسي — الحركي إلى أفضل مستوى من الصحة وتناسب الأجهزة الجسدية وما يلزم في الوقاية من الأمراض.

— الوصول بنموهم المهني التدريجي (توجيه وتدريب واختيار) إلى أفضل ما يمكن ليتوجهوا نحو ما يستطيعون القيام به من أعمال مهنية بغية إعدادهم لحياة العمل في المستقبل.

— الوصول بهم في الحياة اليومية إلى مستوى مناسب من الشعور بالمساعدة والأمن والتعامل الحسن مع الآخرين.

— الوصول بشخصيتهم إلى أفضل تكامل ممكن بحيث يصبحون مواطنين صالحين يعيشون بسلام وتكيف مناسبين مع مجتمعهم.

#### مؤسسات المعوقين:

لقد أحدثت في سورية مؤسسات للمعوقين بكافة فئاتهم، فقد أحدث بموجب المرسوم التشريعي بالقانون رقم ١٤٤ لعام ١٩٥٨ وتعديلاته مؤسسة خاصة بالمكفوفين في دمشق عام ١٩٦٩ ومؤسسة أخرى في حلب عام ١٩٧٣، كما أحدثت معاهد للتربية الخاصة للمعوقين سمياً عام ١٩٧٠، أما المؤسسات الخاصة بالأطفال المعوقين حركياً فهي مدرسة الأمل في دمشق التي أنشئت عام ١٩٧٩ بمدرسة الأمل في حلب عام ١٩٨٧، وقد أسس معهد التنمية الفكرية للمتخلفين عقلياً في قدسيا عام ١٩٧٩، والتنمية الفكرية بدمشق (المزة) عام ١٩٨٥، ومعهد التنمية الفكرية بحمص عام ١٩٨٢ وفي حلب عام ١٩٨٤ وفروع أخرى لحقت في الأعوام ١٩٨٦ — ١٩٨٨.

ويبين الجدول التالي عدد المؤسسات الموجودة في سورية وعدد المستفيدين من

خدماتها بحسب نوع الإعاقة، وذلك طبقاً لتعداد عام ٢٠٠٠

| نوع الإعاقة   | عدد المؤسسات | المتوسط الشهري لعدد المستفيدين |
|---|--------------|--------------------------------|
| المعوقون بصرياً                                       | ٨            | ٤٤٨                            |
| المعوقون جسدياً                                       | ٤            | ٣٤٦                            |
| المعوقون عقلياً                                       | ١٠           | ٨٤٦                            |
| المعوقون سمعياً                                       | ٦            | ١٠٧٨                           |
| المضطربون لانعاليًا - اجتماعيًا<br>(الأحداث الجانحين) | ٦            | ٨٢                             |

إضافة إلى هذه المؤسسات توجد جمعيات عديدة بلغت (٥) في تأهيل المكفوفين و(٥) في تأهيل الصم والبكم، و(٦) في رعاية المعوقين جسدياً، و(١) في رعاية الأطفال التصابين بالشلل الدماغي، و(٨) في حماية الأحداث. إضافة إلى عدد من الجمعيات الخيرية والاتحادات والروابط الاجتماعية التي تعنى بشؤون الإعاقة ورعاية المعوقين. (النشرة الإحصائية السنوية لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل لعام ٢٠٠٠).

تقدم المؤسسات المختلفة خدمات تعليمية تربوية وصحية ومهنية، وتضم هذه المؤسسات أقساماً داخلية بحيث يقدم للمعوق جميع احتياجاته وأقساماً خارجية بحيث يتلقى المعوق تعليمه وتربيته ثم يعود لأسرته.

وهناك جهود منظمة من وزارة التربية حالياً لإدماج ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية؛ إذ نفذت أول مشروع لها عام ١٩٩٣ تضمن الكشف عن واقع التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة من الذين يعانون من صعوبات في التحصيل الدراسي - صعوبات التأخر الدراسي وبطء التعلم - صعوبات النطق وحبوب الكلام، ومن الذين يعانون من بعض المشكلات السلوكية كالعدوانية وفرط النشاط أو بعض الأمراض المزمنة كالربو والصرع وبعض الصعوبات الحركية والحسية البصرية والسمعية.

والمشروع الثاني تم عام ١٩٩٤ وتناول أساليب معاملة معلمي الصفوف العادية لتلاميذهم ذوي الحاجات الخاصة، وقد نفذ المشروع الثالث عام ١٩٩٥ بحيث تناول الكشف عن واقع التلاميذ في الشعب الداعمة وأساليب معاملتهم.

لقد كشفت الدراسة التي طبقت في عدد من المحافظات عن نسب مرتفعة نسبياً ممن لديهم حاجات خاصة؛ وهم في إطار المرحلة الابتدائية من الصف الأول والثانية الصف الرابع. والمحافظات التي طبقت فيها الدراسة هي: دمشق - ريف دمشق - حمص - حلب - طرطوس - الرقة - السويداء.

وفيما يلي بعض البيانات الإحصائية الناجمة عن هذه الدراسة والتي توضح نسب وجود الصعوبات.

| النسبة | الصعوبات       |
|--------|----------------|
| ٩,٥١%  | القرأة         |
| ٩,٥٦%  | الكتابة        |
| ٨,٨٦%  | الرياضيات      |
| ٥,٧٤%  | صعوبات النطق   |
| ١٠,٥٢% | بطء التعلم     |
| ٩,٥٧%  | التأخر الدراسي |

أما نسب ذوي بعض المشكلات السلوكية فقد وقعت بنسبة ٦,٧% وذوي الصعوبات البصرية بنسبة ٣,٥% وذوي الصعوبات السمعية بنسبة ٢,٥% وذوي الصعوبات الحركية بنسبة ١,١%. أما من يعانون من أمراض مزمنة: الربو ٠,٩% والصرع ٠,٦% وانطلاقاً من حجم مشكلة ذوي الحاجات الخاصة في الصفوف العادية، فقد تم التعرف على أساليب معاملة معلمي الصفوف

لتلاميذهم ممن يعانون من الصعوبات المذكورة، كما سعت للكشف عن واقع الشعب الداعمة والتي تعني وجود شعب يكون عدد التلامذة أقل من المعتاد كي يستطيع المعلم تفريد عملية التعلم؛ ليراعي الفروق الفردية بين التلامذة بحسب إمكانياتهم وبحسب حاجاتهم التربوية والتعليمية. (وزارة التربية، دائرة البحوث ١٩٩٣ - ١٩٩٥).

وتتابع الآن اللجان الخاصة بموضوع دمج ذوي الحاجات الخاصة في بنى التعليم العادي مهامها للبدء بالإسماج في سن مبكرة؛ والبدء بإسماج الحالات الخفيفة ممن يعانون صعوبات عقلية أو حسية أو حركية أو تعليمية، وكل ذلك يتطلب تأمين مستلزمات هذا الإسماج من مستلزمات بشرية معدة إعداداً يتناسب وطبيعة هذه المهمة ومستلزمات مادية ومستلزمات تربوية تتصل بالمنهج؛ والكيفية التي تكون عليها من حيث مضمونها وإخراجها. وينتظر أن يتم التنسيق والتكامل من أجل تحقيق المدرسة الشاملة كي يكون الأطفال الموقوفون جنباً إلى جنب في مدرسة واحدة مع الأطفال العاديين.



## الفصل الثاني

### قضايا معاصرة في التربية الخاصة

أولاً - التدخل المبكر

ثانياً - الكشف المبكر والوقاية من الإعاقة

ثالثاً - الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بين نظامي العزل والدمج

رابعاً - التعاون بين أولياء أمور المعوقين والعاملين في مؤسسات

التربية الخاصة



## أولاً - التدخل المبكر Early Intervention

يعني التدخل المبكر جملة الإجراءات المنظمة التي تتخذها جهة مسؤولة في مجال التربية الخاصة، من أجل مساعدة الأسرة وتوعيتها وتقديم الخدمات اللازمة التشخيصية والعلاجية والتربوية للطفل والأسرة بصورة مبكرة. والتدخل المبكر هنا لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين في نموهم، والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقات الثابتة أو الراسخة، إنما يشمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر والخدمات المساندة مثل العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي، وإرشاد الأسر وتدريبهم، وتقديم الخدمات الوقائية متعددة الأوجه والتي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في الحقل الطبي ومجال الرعاية الصحية، وبالتنسيق مع وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة والمرئية.

يتضمن التدخل المبكر تقديم الخدمات الطبية والصحية والاجتماعية والنفسية والتربوية للأطفال دون سن السادسة من أعمارهم الذين يعانون من تأخر نمائي أو إعاقة، وبما أن هؤلاء الأطفال يبقون ولفترة تحت حماية أسرهم فمن الأولى أن تقدم الخدمات الإرشادية الوقائية العلاجية لأولياء الأمور وأسر الأطفال المعوقين.

وبما أن حاجات الأطفال مختلفة باختلاف الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك الأسر فإن عملية التدخل تتكون من فريق متعدد التخصصات أكان ذلك في حالة التشخيص أم في حالة العلاج.

## ١ - مبررات التدخل المبكر:

هناك أسباب عديدة للأخذ بإجراءات التدخل المبكر من حيث الوقاية والتشخيص والعلاج. من هذه الأسباب وأهمها:

١ - إن الطفل في سنواته الأولى قابل للتغيير والتعديل، وبالوقت نفسه يمكن تعليمه وتدريبه، ويكون هذا التدريب والتعليم فعالاً ونجحياً خاصة في حالات الإعاقة حيث يعتبر التأخر النمائي قبل سن الخامسة من العمر مؤثراً خطيراً يترتب عليه آثار في مراحل العمر اللاحقة، ومن هنا يمكن للتدخل المبكر أن يسهم في الحد من هذا التأخر ويعمل على تدريب الطفل وتعليمه.

٢ - من الضروري التدخل المبكر لمساعدة الأسرة أو أولياء الأمور، وخاصة أولئك الذين يجهلون كثيراً من القضايا المرتبطة بالإعاقة، أكان على مستوى التعامل وأساليب التربية أم التدريب أم التغلب على مشاعر الإثم.

٣ - إن استخدام التدخل المبكر بإدارة حسنة وموجهة عامواً لها جدوى اقتصادية بحيث تخفف من النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

٤ - إن أولياء الأمور والوالدين لا يمكن تعريضهما في أنظمة المدرسة فوائدها؛ لذلك فمن الأهمية بمكان إشراك أولياء الأمور في البرامج المعدة في التدخل المبكر.

٥ - إن الاكتشاف المبكر لأي شكل من أشكال الإعاقة والتفكير التدبير العلاجي والتربوية اللازمة في التدخل المبكر يقلل من حالات التدهور التي يمكن أن تستمر لاحقاً.

٦ - إن التدخل المبكر يوفر على الطفل والوالدين كثيراً من المشكلات النفسية والانفعالية ومنحهم بالتالي إحساساً بوجود من يقف إلى جانبهما. (Fewell, 1982).

## ٢ - مضمين برامج التدخل المبكر:

تتجه برامج التدخل المبكر إلى الأسرة وإلى الطفل في سنواته قبل السادسة من العمر، وتغطي هذه البرامج على مجموعة من العمليات والأنشطة أو تقديم الخدمات التعليمية والصحية والنفسية والخدمات الأسرية. إن كل نوع من أنواع الإعاقة يتطلب إجراءات معينة من التدخل إلا أن القواسم المشتركة بين أنواع الإعاقات المختلفة واحتياجات الأطفال المتشابهة يمكن أن تشملها المضمين التالية:

١ - الخدمات الصحية والطبية: وتشتمل على إجراء الفحوصات اللازمة وتقديم العلاج والجراحة إذا لزم الأمر، كما تتجه هذه الخدمات إلى الخدمات التمريضية والخدمات التشخيصية، ويمكن في هذا الجانب من تقديم الخدمات أن تدرج عمليات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والمراقبة الطبية الدورية إذا اقتضى الأمر ذلك.

٢ - الخدمات النفسية وتشتمل على التقييم النفسي، وتعديل السلوك، والعلاج باللعب، والإرشاد النفسي.

٣ - الخدمات التعليمية وتشتمل على إعداد الخطة التربوية الفردية، واختيار الوسائل التعليمية المناسبة والتقديم التربوي للماتى.

٤ - خدمات تتصل بإرشاد الأسرة وتدريبها على بعض المهارات التي تحتاجها في رعايتها للطفل، كما يمكن أن تقدم الخدمات من أجل أن تجعل الأسرة راضية بواقع الطفل والكيفية التي يمكن أن تنمي فيها قدراته العنيفة.

## ٣ - أشكال (نماذج) التدخل المبكر:

التدخل المبكر اتجه جديد في مجال التربية الخاصة، وهو يقتضي بأن تقدم مجموعة من الخدمات في سن مبكرة لأن فاعليتها أعلى وتأثيرها أفضل في مثل هذه السن، ولكن أين تقدم؟ هل تقدم الخدمات في مركز خاص وصنقل لهذا

الغرض، أو تقدم في المنازل لدى الأسرة مباشرة أو لدى كل منهما أو يمكن تقديم هذه الخدمات عن طريق الاستشارات أو عن طريق برامج إعلامية مرئية أو مكتوبة؟ وفيما يلي نعرض لهذه النماذج. (الخطيب، الحديدي، ١٩٩٨، ص ٤٨ - ٥٤).

#### أ - نموذج التدخل المبكر في المركز:

يقضي هذا الشكل من أشكال التدخل أن يقدم المركز مجموعة من الخدمات للأطفال الذين تجاوزت أعمارهم سنتين، وهذه الخدمات يقوم بها مجموعة من المختصين بحيث تقوم على التدريب في مجالات النمو المختلفة (الحسية والحركية والاجتماعية والعقلية..)، ثم العمل على تقييم حاجات الأطفال ورسم البرامج التي تلبي هذه الحاجات بصورة فردية. وقد يدعى أولياء الأمور أو الأسرة للاشتراك أو المشاهدة، أو التدريب فيما إذا اقتضت الحاجة أن تكمل الأسرة الدور التدريبي الذي يبدأ في المركز بأن تتم متابعته في المنزل. من مزايا هذا النموذج أنه يتيح للطفل أن يتفاعل مع الأطفال الآخرين، وأن يؤمن للطفل فريق عمل متعدد التخصصات، ويدعم المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر.

#### ب - نموذج التدخل المبكر في المنزل:

يقضي هذا الشكل من أشكال التدخل أن تقوم مجموعة من العاملات المدربات بزيارات إلى المنازل مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً، لتقديم خدمات العون والمساعدة. أكانت للأسرة أم للطفل؛ وتقديم الإرشادات اللازمة والتدريبات التي تتناسب وطبيعة الحالة التي تقدم لها الخدمة، وفي الغالب فإن هذا النموذج يستخدم عادة في الأرياف وفي الأماكن البعيدة عن المدينة، وعن مراكز الخدمة، في حين أن مراكز التدخل المبكر تكون عادة في المدينة. من

مزايا هذا الأسلوب أنه غير مكلف اقتصادياً ويوفر الخدمات في البيئة الأسرية مباشرة، وينطوي على قدر عالٍ من مساهمة الأسرة ومشاركتها.

#### ج - التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:

في هذا الشكل يمكن تقديم الخدمات للأطفال وهم في سن مبكرة في المنزل ولدى الأسرة وللأكبر سناً في المراكز، ويمكن للمختصين أن يزوروا المنزل مثلاً لمدة يومين في الأسبوع ويمكن للأسرة أن تجلب طفلها إلى المركز لمدة يومين أو ثلاثة أيام وذلك بحسب الحاجة وبحسب البرنامج الموضوع.

#### د - التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات:

يقضي هذا الشكل من التدخل أن يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية إلى المركز، حيث يتم تقييم مشكلات الطفل ووضع التدريبات اللازمة له بالتعاون مع أولياء الأمور؛ ويمكن الالتقاء بشكل إفرادي أو بشكل مجموعات مع المختص أو فريق المختصين. وفي هذا الشكل توكل مهمة التدريب والتعليم لأولياء الأمور بشكل أساسي.

#### هـ - التدخل المبكر في المشافي:

ويستخدم هذا النوع من التدخل في الحالات الشديدة من الإعاقة أو المرضى الذين تتطلب حالتهم البقاء في المشفى؛ ووفقاً لهذا الشكل يتم تدريب الأطفال على أيدي مختصين في النطق والعلاج الطبيعي والأخصائيين النفسيين وغيرهم من الاختصاصيين وذلك وفقاً لطبيعة الحالة والمشكلات التي تعانيها.

#### و - التدخل المبكر عبر وسائل الإعلام:

في هذا الشكل يستخدم «التلفاز» أو المواد المطبوعة، أو الأشرطة، لتدريب أولياء أمور الأطفال المعوقين الصغار في السن، ويمكن أن تعرض مجموعة من المعلومات المفيدة المتصلة بتعليم الأطفال وكيفية التواصل معهم، ويمكن

للمعلومات أن تتنوع فقد تكون صحية طبيعية، وقد تكون تعليمية أو قد تكون إرشادية تتصل بالأسرة وبالطفل أيضاً، ويمكن أن تتوجه بحسب الإعاقة أو التأخر النمائي في ناحية من النواحي، أو يمكن أن تكون معلومات شاملة وعامة تتصل بالمعوقين بصورة عامة.

وأياً كان شكل التدخل المبكر فإن كثيراً من الدراسات سلّمت وأثبتت فاعلية هذا الأسلوب وجدواه بخاصة إذا ما تم في سن مبكرة، وإذا ما تم تفعيل دور الأسرة واهتمامها بهذا المجال. (Mcisels 1985).

## ثانياً - الكشف المبكر والوقاية من الإعاقة:

### ١ - الكشف المبكر:

يتصل الكشف المبكر اتصالاً وثيقاً بالتدخل المبكر، ولا يمكن الفصل بينهما لكونهما متكاملين ومتراطين، فالهدف من الكشف المبكر هو التدخل المبكر في تقديم الخدمات والتدخل المبكر يعني في جانب أساسي من جوانبه تقديم خدمات التشخيص والكشف المبكر، كما أن الكشف المبكر يرتبط بالوقاية من الإعاقة ومن الآثار التي يمكن أن تلجم عنها،

وقبل التعرض للكشف المبكر يمكن التمييز بين مجموعة من المصطلحات المتقاربة ولكنها متكاملة وهي:

الكشف Screening: وهو إجراء تقويمي موجز يطبق على مجموعات كبيرة من الأطفال بهدف التعرف على الذين يحتاجون منهم إلى تقييم إضافي معمق، مثال ذلك الاختبار الماسح عند المولودين ويستخدم هذا الاختبار بهدف تحري الصمم الشديد والشديد جداً من خلال فحص أكبر عدد ممكن من المولودين.

— التشخيص Diagnosis: إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بتأخر نموهم في أثناء عملية الكشف؛ والهدف من ذلك هو تحديد ما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أم لا، وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها ومداهم وأسبابها إذا كان متيسراً واقتراح إجراءات التدخل المناسبة.

— التقييم Evaluation: فهو عملية جمع المعلومات لتحديد مستوى التطور الحالي للطفل؛ وبالتالي اختيار الأهداف التي يتوخى تحقيقها، فالتقييم كذلك يشمل المتابعة المستمرة لتغير أداء الطفل والاطلاع على مدى التقدم الذي يحرزه بفعل التدخل العلاجي والتربوي وذلك يساعد في تعديل الأهداف والاستراتيجيات التعليمية والتدريبية إذا اقتضت الحاجة لذلك. (الخطيب ، الخديدي ، ١٩٩٨ ، ص ١٨٣).

تستخدم في الكشف المبكر وعملية التقييم مجموعة من الاختبارات وأدوات الملاحظة التي تمكن المختصين من التعرف على الحالات. وتختلف حالات الاكتشاف المبكر من حالة إلى أخرى فالحالات العميقة الشديدة غالباً ما تكون واضحة، بينما الحالات المتوسطة والخفيفة تحتاج إلى عملية تشخيص معمقة ودقيقة للحكم في شأنها، وهناك قوائم كثيرة يضعها المختصون لأجل التعرف على كل إعاقة من الإعاقات وهي ما تسمى بالعلامات المبكرة للإعاقة كما أن هناك مجموعة من المقاييس المستخدمة في سن الطفولة نذكر أمثلة منها:

— مقياس الملف النمائي Developmental Profile: وهو مقياس مخصص للأطفال منذ الولادة ولغاية ٩ سنوات يتصل بتسجيل مجالات النمو الجسمي والعناية بالذات والنمو اللغوي والأكاديمي والاجتماعي. وفائدته أنه يساعد في تطوير الخطط التعليمية الفردية وفي تقييم فاعلية البرامج أيضاً.

— مقياس الكشف المبكر Early Screening Inventory: وهو مقياس يقيم قدرات الطفل في مجالات النمو البصري — الحركي، والنمو اللغوي والمعرفي، والوعي الحركي الكبير، والوعي الجسمي. كما يحدد الاختبار ما إذا كان الطفل عادياً أو بحاجة إلى إحالة. وهو مخصص للفئة العمرية ٤ — ٦ سنوات.

— مقياس كشف الأنشطة النمائية Developmental activities Screening Inventory: وهو اختبار كشفي يقوم المعلم أو الأخصائي النفسي بتطبيقه ويتضمن عرضاً لمجموعة أنشطة بصرية ولفظية. يقيس المهارات الحسية والتذكر والتسلسل والتعليل والعلاقات السببية. يمكن تطبيقه على الأطفال المعوقين بصرياً، ويقدم دليل الاختبار اقتراحات حول استراتيجيات التدخل العلاجي في ضوء التقييم، وهو موجه للفئة العمرية من الولادة ولغاية خمس سنوات.

وهناك العشرات من المقاييس التي تهتم بنواحي النمو والاستعدادات والإمكانات ما قبل السن المدرسية، ويمكن لهذه المقاييس أن تشكل أدوات كشف إلى جانب ما يقوم به المختص من تحريات اجتماعية وبيئية وإذا لزم الأمر الفحوص الطبية. (المرجع السابق، ص ١٩٥ — ٢١٦).

## ٢ — الوقاية من الإعاقة:

«درهم وقاية خير من قنطار علاج»، هي مقولة صحيحة تنطبق على الأفراد في حياتهم كما تنطبق على الجماعات والمجتمعات والأنظمة كلها. فالوقاية من الخطر لا يكلف إلا جزء يسيراً مما يكلفه العلاج. والإعاقة كما لاحظنا لها آثار سلبية كثيرة على الفرد وأسرته وعلى المجتمع أيضاً، وللوقاية من الإعاقة ينبغي اتخاذ الإجراءات التي ترتبط بصورة مباشرة أو غير مباشرة بالعوامل المؤدية إلى الإعاقة. وإذا تتبعنا ذلك فإلنا نجد أن أصولاً بهذه المشكلة

تقع قبل الزواج وما يتخذ من إجراءات وقائية، وكذلك تقع في أثناء الحمل وما يرافق ذلك من مشكلات حتى الوضع (أي الولادة وما بعد الولادة)، ولذلك سنقسم إجراءات الوقاية من الإعاقة إلى: أ - إجراءات قبل الزواج. ب - إجراءات في أثناء الحمل. ج - إجراءات في أثناء الولادة. د - إجراءات ما بعد الولادة.

#### أ - إجراءات قبل الزواج:

(١) - الفحص الطبي قبل الزواج: ويتم فيه تحري وضع المقبلين على الزواج من حيث وجود الأمراض الأسرية وفحص طبي شامل للكشف عن أي آفة خلقية في أجهزة الجسم والحواس، وكذلك يمكن إجراء بعض الفحوص المخبرية لتحري بعض الأمراض مثل الإفرنجي والسل وإعطاء جميع المعلومات للمقبلين على الزواج وللزوجين واحتمالات إصابة الأولاد مستقبلاً ومثل هذه الخطوات تشكل إجراءً وقائياً أولياً.

#### (٢) - الابتعاد عن زواج الأقارب:

تؤكد الدراسات المختلفة التي أجريت في هذا المجال، كما تؤكد الملاحظات أن زواج الأقارب قد يزيد من نسبة الأمراض الوراثية إلى حد كبير، فعند تحري الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي ومرض تلف الكبد وجد أن ٣٣% من الأولاد يرجع تخلفهم إلى زواج الأقارب وأن ٣٧% من حالات تلف الكبد ناتجة أيضاً عن زواج الأقارب.

وفي عام ١٩٦٧ ظهرت ثلاث دراسات مختلفة عن أولاد نتيجة زواج شاذ بين آباء وبنات وأخوة وأخوات شملت (٣١) طفلاً، تبين أن بينهم (١٣) طفلاً طبيعياً، بينما ظهر أن (١٨) طفلاً كانوا غير طبيعيين مات بعضهم في سن مبكرة وعاش (١٢) طفلاً منهم مصابين بأمراض شديدة عقلية أو جسمية. (مارديني، ١٩٨٢، ص ٩٤).

وهذا يؤكد أن الفحص الطبي أمر طبيعي ووقائي للمقبلين على الزواج والابتعاد عن زواج الأقارب الذي يزيد من احتمالات وجود أبناء غير طبيعيين.

ب - إجراءات في أثناء الحمل:

(١) - الرعاية الصحية والنفسية للأم الحامل:

إن مرحلة الحمل هي أخطر المراحل في تكوين الجنين، فالجنين يعيش في بيئة رحمية يتغذى مما تتغذى به الأم، ويتأثر بكل ما يلحق بالأم من أوضاع سيئة أو جيدة، فهو يتأثر بانفعالاتها فإذا كانت سارة تكون تحت تأثيرات سارة، وإذا كانت سيئة تكون تحت تأثيرات سيئة؛ فحالات الألم والقلق والاكنتساب مظاهر تؤثر في الجنين، وكذلك كل ما يلحق بالأم من أذى التدخين، أو تعاطي الأدوية، فهو يتأثر بذلك، لهذا فإن الرعاية الصحية والنفسية للأم الحامل إجراءات وقائية لسلامة الحمل وعدم تعرض الجنين للأذية، ومن مظاهر الأذى انتانات الحمل كإنتانات الحصبة الألمانية والإفرنجي، وتأثير الأشعة وتعاطي الأدوية بشكل خاص في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل كل ذلك يعرض الجنين لاحتمالات الإصابات بالإعاقة. ومن الإجراءات الوقائية التي يمكن أن تتدرج في أثناء الحمل تحديد الزمرة الدموية، فمن المعروف أن الزمر الدموية هي أربعة A, B, AB, O يضاف إليها العامل RH الذي يحملته حوالى ٨٥ - ٩٠% من الناس إيجابياً و ١٠ - ١٥% سلبياً حيث إن العامل المسيطر هو العامل الإيجابي، فإذا اتفق لأب فصيلة دم RH+ ودم الأم يحتوي على RH- فهناك احتمال لأن تكون فصيلة دم الطفل RH+ وهذا التعارض بين دم الأم ودم الجنين قد يؤدي إلى موت الجنين أو يولد وهو مصاب بيرقان ويحتاج لتبديل الدم؛ وإلا فإن الطفل سيصاب بشلل دماغي يتصف بحركات كثيفة مع تخلف عقلي.

وقد أصبح بالإمكان تجنب هذه المشاكل بإعطاء الأم حقنة من الفاماغلوبولينا التي تمنع تشكل الأجسام الضدية، ويجب إعطاء الحقنة بعد كل ولادة أو بعد كل إجهاض.

### ج - إجراءات في أثناء الولادة:

وهي الإجراءات التي تتبع في أثناء الولادة تلافياً لحالة عسر الولادة والاختناق الناجم عن نقص الأكسجين وهذا الاختناق على نوعين:

نوع يحدث داخل الرحم نتيجة لاضطراب في إمداد الجنين بالأكسجين في أثناء الولادة بسبب اضطرابات الدورة الدموية لمشيمة السابغ أو التواء الحبل السري أو غيرها من العوامل.

والثاني هو الاختناق المكتسب ويصاب به الوليد بعد الولادة مباشرة بسبب ضعفه أو إصابته بعيوب خلقية.

### د - إجراءات ما بعد الولادة والطفولة:

إن السنوات الأولى من حياة الطفل حساسة جداً وكل ما يطالها من مؤثرات تترك بصماتها في سنوات نموه اللاحق؛ وهنا لا بد من إجراء وقائي الاهتمام بالنواحي الصحية والنمائية فقد تبين مثلاً أن سوء التغذية له تأثير ضار على التطور الدماغي للطفل. فقد لوحظ في جنوب إفريقيا عند الأطفال السود الذين تقتصم التغذية السليمة أن نموهم يترافق بتطور دماغي بطيء وأن معدل محيط الرأس عندهم أقل من المعدل عند الأطفال العاديين من العمر والجنس نفسه، إضافة إلى مناهي النمو الأخرى العضلية والعظمية التي تتأثر بسوء التغذية بخاصة إذا حصلت قبل الشهور الستة الأولى فإنها تصبح غير قابلة للشفاء.

ومن الإجراءات الوقائية لحماية الطفل في سنواته الأولى الانتباه إلى الأمراض التي قد تصيبه من الاسهالات والحصبة التي قد تختلط أحياناً بالتهاب

الدماع، والوقاية من التعرض للحوادث كالحروق والتسممات والسقوط والتعثر  
وحوادث السير التي قد تسبب إعاقات دائمة.

إن الإجراءات المذكورة يمكن أن تكون من مهام جهات مختلفة من  
مؤسسات ووزارات كالصحة والتربية والإعلام ومؤسسات رعاية الطفولة  
والأمومة والمنظمات التي يجب أن توسع من دائرة خدماتها لتصل إلى الأرياف  
وجميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية.

**ثالثاً - الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بين نظامي العزل والدمج:**

١ - تربية ذوي الحاجات الخاصة في ظل نظام العزل:

يعني نظام العزل Isolation أن تتم تربية ذوي الحاجات الخاصة في  
مؤسسات خاصة تناسب طبيعة إمكاناتهم واستعداداتهم وتوافق طبيعة الانحراف  
الذي هم عليه؛ أكان ذلك في القدرات العقلية أم الجسمية (الحسية والحركية..). أم  
الانفعالية الاجتماعية أو التواصلية، وقد عرف هذا النظام أشكالاً مختلفة من  
وجود هؤلاء الأطفال في مؤسسات مستقلة عن مؤسسات التعليم العام؛ منها  
المراكز أو المؤسسات ذات الإقامة الدائمة التي تقدم فيها للأطفال جميع الخدمات  
التعليمية والصحية والمعاشية من غذاء وملبس، ويقضي الطفل الوقت بكامله في  
هذه المؤسسة، حتى أن بعض المؤسسات التي ترعى المتفوقين قامت بمثل هذا  
الإجراء، بخاصة أن تكون المدرسة أو المؤسسة مركزية ويأتي إليها المتفوقون  
من مناطق مختلفة، إلا أن هذا الشكل من عزل الأطفال كلياً عن الوسط الذي  
يعيشون فيه ترك آثاراً سلبية على نموهم الاجتماعي والانفعالي ولم يحقق غايات  
النمو السليم للقدرات المختلفة.

والشكل الثاني من المؤسسات المعزولة هي ذات الإقامة المؤقتة حيث  
يقضي الأطفال جزءاً من يومهم في المؤسسة ثم يعودون إلى أسرهم وهذه

المؤسسات أيضاً تضم مجموعات من الأطفال المتماثلين في قدراتهم كالمؤسسات التي تضم المكفوقين، والمشلولين دماغياً، والمؤسسات التي تضم المتفوقين عقلياً. وإذا استثنينا فئة المتفوقين عقلياً ليصبح الكلام متجهاً نحو المعوقين بحكم أن هذه الفئة لها خصوصية معينة من حيث نظامي العزل؛ والدمج فإن النظام العزلي يقوم على وضع المعوقين في مؤسسات أو مدارس خاصة بهم حتى يمكن مواجهة حاجاتهم التربوية في فصول تضم أعداداً قليلة منهم ويقوم بتعليمهم معلمون تم إعدادهم خصيصاً لذلك مع توفير برامج تعليمية خاصة بهم (الروسان، ١٩٩٨).

## ٢ - تربية ذوي الحاجات الخاصة في ظل النظام الدمجي:

يعد نظام دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية Mainstreaming من الأنظمة الحديثة الذي ظهر الاهتمام به في السبعينيات من القرن العشرين (السرطاوي، الشخص، العبد الجبار ٢٠٠٠، ص ١٥)، وقد جاء هذا النظام نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى برامج التربية الخاصة التي تقوم على عزل الأطفال غير العاديين عن الأطفال العاديين والمتمثلة في مراكز الإقامة الكاملة والنهارية. ونتيجة الاتجاهات الإيجابية نحو المعوقين والتي أخذت تتسادي بتوفير البيئات التربوية المناسبة والأقل تقييداً لهم في المدارس العادية؛ حيث ظهر شكلان أساسيان في الدمج التربوي التعليمي وهما:

### أ - الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية:

وهي شكل من أشكال الدمج بحيث تفتح صفوف خاصة بغير العاديين في البناء المدرسي للعاديين نفسه ويطلق على هذا الشكل الدمج المكاني حيث يلتحق الأطفال غير العاديين في صفوف خاصة بهم في إطار المدرسة العادية يتلقون

برامج تعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة مع الأطفال العاديين في الصفوف العادية؛ حيث يسمح هذا الشكل بسهولة الانتقال من الصف الخاص إلى الصف العادي إضافة إلى ذلك إن هذا الشكل يوفر فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي وتقبل الأطفال لبعضهم بعضاً. (الروسان، ١٩٩٨، للفرق (٣١).

### ب - الدمج التربوي الأكاديمي:

ويقصد بهذا الشكل أن يلتحق الأطفال غير العاديين مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت؛ بحيث يتلقون البرامج التعليمية نفسها ويشترط في هذا النوع من الدمج توفر مجموعة من المستلزمات مثل تقبل الطرفين لبعضهما، ووجود مدرس التربية الخاصة جنباً إلى جنب مع معلم الصف العادي، أو تأهيل معلم الصف العادي من أجل أن يتعامل مع هؤلاء الأطفال ويتم توصيل المادة العلمية بأشكال مختلفة؛ وكذلك وجود مستلزمات تقنية وبنائية تسهل وجود هؤلاء الأطفال في المدرسة العادية. وتعتبر المدرسة الشاملة Inclusive School شكلاً من أشكال هذا الدمج، وفي هذا الإطار يمكن لبعض الفئات الخفيفة في الإعاقة أن تدمج في الصف العادي دون الحاجة لوسائل وتدابير داعمة، وبعض الفئات من الإعاقة المتوسطة تدمج مع تقديم المساعدة ووجود خبير متخصص أو وجود معلم للتربية الخاصة.

### ٣ - استراتيجيات العزل والدمج بين التأييد والمعارضة:

#### أ - مؤيدو النظام العزلي:

إن مؤيدي النظام العزلي ينطلقون من المزايا والإيجابيات التي يتمتع بها هذا النظام؛ ومن السلبيات التي تنتج عن وجود الأطفال المعوقين في المدارس العادية جنباً إلى جنب مع العاديين والحجج التي يسوقونها هي التالي:

(١) — لا يمكن الاستغناء عن النظام العزلي حتى لو تحقق الإصباح، لأن هناك حالات من الإعاقة الشديدة يتعذر وجودها في الصف العادي أو في المدرسة العادية إلى جانب العاديين.

(٢) — إن نظرة المجتمع بهما تعدلت وأصبحت أكثر إيجابية نحو الأطفال غير العاديين، سيبقى وضع هؤلاء الأطفال واحداً وهم أطفال لهم حاجات خاصة تختلف عن العاديين ويختلفون عنهم في أكثر من جانب.

(٣) — قد يتعذر على كثير من دول العالم النامي أن يتخذ مثل هذا الإجراء لكونه مكلفاً فهذا يحتاج لتعديل النظام التعليمي حتى يتناسب مع هذه الفئات فهم بحاجة إلى معلمين ومختصين، وأبنية مدرسية ملائمة، وتقنيات خاصة، وجهود كبيرة في تغيير الاتجاهات وتعديلها.

(٤) — تكشف الدراسات التي أجريت حول تطبيق النظام الدمجي أن عقبات كثيرة تواجه هذا النظام منها الزيادة المستمرة لإعداد التلاميذ في الصف الواحد؛ بجانب النقص في المصادر والوسائل التعليمية اللازمة التي تغطي احتياجات هذه الفئات من المعوقين إلى جانب النقص الموجود في إعداد المعلمين والمختصين اللازمين لهذه العملية.

(٥) — كشفت دراسات أخرى القلق الذي ينتاب والدي الطفل المعوق لما يسببه الدمج لابنهم من سخرية من زملاء العاديين، وقيودان الثقة بالنفس والإحساس بعدم القدرة على مجاراة الآخرين، وبالمقابل أيضاً قلق والدي الطفل العادي اللذين يشعرون أن طفلها قد يطاله التقصير

واكتساب العادات السيئة ممن هم دونه في مستوى القدرات والإمكانات.

(٦) — إن الصراع الدائر لإحلال تلاميذ المدارس الخاصة في إطار المدارس العامة العادية ينعكس سلباً على قيام المعلمين بواجباتهم، والدور الذي يشكل لهم تحد من نوع لا يمكن مواجهته. (العجمي ٢٠٠٠، ص ٣٢١ — ٣٢٢).

ب — مؤيدو النظام الدمجي (الإدماجي):

ينطلق مؤيدو النظام الإدماجي من المزايا والإيجابيات التي يتمتع بها هذا النظام؛ ومن السلبيات التي تنتج عن وجود الأطفال غير العاديين في مؤسسات معزولة عن العاديين وعن الوسط الذي يعيشون فيه ويسوقون الحجج التالية:

(١) — إن نظام الدمج يزيل «الوصمة» المرتبطة ببعض فئات التربية الخاصة إذ إنه يخفف من الآثار السلبية التي ينطوي عليها نظام العزل المرتبط بمسميات الإعاقة، ويخفف من الآثار السلبية على الوالدين، فهو يعمل على إحساس الطفل وذويه أنه يلتحق بالمدرسة العادية، ولا يلتحق بمؤسسة خاصة، مما يترك أثراً إيجابياً طيباً على الفرد وأسرته.

(٢) — إن نظام الدمج يزيد من فرص التفاعل الاجتماعي، واعتياد الأطفال على بعضهم وذلك عبر الأنشطة التي تقوم بها المدرسة، وكذلك يزيد من فرص التعلم لدى غير العاديين.

(٣) — يعدل نظام الدمج من الاتجاهات السلبية القائمة على الرفض أو عدم التعاون إلى اتجاهات إيجابية تقوم على التعاون والتقدير من الأطراف التي تقوم عليها العملية التعليمية.

(٤) — إن نظام الدمج يحقق مبدأ تكافؤ الفرص والمساواة في حقوق الأفراد مهما اختلفت حالتهم ولونهم وذلك انسجاماً مع إعلان سالمانكا ١٩٩٤ القاضي بأن للمعوق جميع الحقوق الإنسانية التي لأقرانه العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني مهما كانت وجوه الإعاقة التي لديه أو طبيعتها، وفي هذا تغلب على الآثار السلبية للنظام العزلي.

(٥) — يتيح النظام الإدماجي الفرصة لنمو الأطفال المعوقين مع أقرانهم العاديين في بيئة طبيعية؛ وعليه فإن إجراء بعض التعديلات في البيئة الطبيعية — فصول التلاميذ العاديين أو فصول خاصة بالمدارس العادية — لتفي بالحاجات الخاصة بهؤلاء الأطفال أيسر من القيام بإعداد أو تعديل بيئة صناعية عزلية؛ وأجدى للوفاء بالحاجات الأساسية لأولئك الأطفال سواء أكانت تعليمية أم اجتماعية أم نفسية أم تواصلية (العجمي، ٢٠٠٠، الروسان ١٩٩٨).

من خلال عرضنا لهذين النظامين ووجهتي نظر المؤيدين والمعارضين، يمكن الاستفادة من التوجهات العامة لكل منهما، بحيث يمكن الاستفادة من النظامين فيمكن لنظام العزل أن يقتصر على الحالات الشديدة من الإعاقة، وعلى بعض الإعاقات دون غيرها، وكذلك يمكن لنظام الدمج أن يقتصر على الحالات الخفيفة والمتوسطة من الإعاقات المختلفة وعلى بعض الإعاقات مهما كانت درجة إعاقتهما، أما الإعاقات العقلية الشديدة، والإعاقات المتعددة (مثلاً كف بصر مع تخلف عقلي، أو صمم وكف بصر، أو شلل دماغي مع تخلف عقلي أو شلل دماغي مع كف للبصر أو للسمع..). إن مثل هذه الحالات يتعذر دمجها في المدارس العادية على الأقل في مجتمعنا الذي لا يزال ينظر إلى الإعاقة على أنها شكل من أشكال الاختلاف والعجز، أما بقية فئات الإعاقة فينتطلب الأمر إدماجها

بالتدرج وضمن برنامج زمني تتم متابعته وتقييمه بالتعاون بين الجهات المعنية من وزارة التربية والشؤون الاجتماعية والفصل والمؤسسات الأخرى ذات العلاقة.

إن نظام الدمج نظام عصري يتفق والتوجهات العالمية بنظرتها إلى فئات المعوقين والافتقار بالعدالة الاجتماعية، وتكافؤ الفرص لكافة أبناء المجتمع الواحد. ومسيرتنا التربوية في هذا الاتجاه ماضية في تحقيق خطوات على طريق الإدماج التدريجي، لا سيما وأن نتائج عديدة كشفت عن تحقيق نجاح في هذا المجال.

#### رابعاً - التعاون بين أولياء أمور المعوقين والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة:

بعد موضوع التعاون بين أولياء الأمور والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة موضوعاً قديماً حديثاً، فالأدبيات التربوية تؤكد على امل هذا التعاون في ال المدرسة العادية أو النظامية، ولكنه يبدو أكثر حيوية وضرورة عندما يتجسد نحو المدرسة الخاصة أو المؤسسات التربوية الخاصة التي تعنى بالمعوقين.

والأصل في دراسة هذا الموضوع، أي التعاون بين أولياء أمور الأطفال المعوقين من جهة، والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة من جهة أخرى، هو الطفل المعوق نفسه الذي يتواجد في هذه المؤسسة أو تلك وما يحتمل أن يواجهه من مشكلات تعليمية أو نمائية أو تكيفية.

فالمعلمون، وكذلك المختصون في مؤسسات التربية الخاصة تواجههم مشكلات مختلفة متغلوة الشدة عند تعاملهم مع الأطفال، وبعض هذه المشكلات كثيرة وتحتاج إلى المتابعة، ومعرفة الحال، وما هي عليه لئلا فقط داخل

المدرسة بل خارجها، لهذا فالمعلمون، كما المختصون مدعوون للعمل مع والدي الطفل حيث إن باستطاعتها أي الوالدين أن يزودا المعلم أو المختص بمعلومات مفيدة عما يمكن أن يقوم به الطفل من عمل خلال ساعات عديدة يقضيها خارج المدرسة، وبهذا «فإن العمل المشترك قد يساعد في ابتكار الأنشطة التي من شأنها أن تنفذ في المنزل بقصد مساعدة الطفل، كما أنه قد يعمل على الحد من الآثار الخطيرة لمشكلة الطفل أياً كان نوعها سواءً كان ذلك في الجوانب التعليمية أم التماثلية». (جويس إيفانز ١٩٩٥: ص ١٠).

#### ١ - أشكال التعاون:

لقد اتسع الاهتمام حالياً بأشكال التعاون، لكن ثمة اتفاق على أن التعاون يكون مثمراً وأكثر فاعلية إذا ما تم في سنوات الطفولة الباكرة. ومن هنا نشأ موضوع التدخل المبكر في تربية الأطفال المعوقين والذي يعني مساعد الأسرة والطفل للوقاية من حدوث المشكلات الثانوية أو التخفيف من حدوثها، ودعم الأولياء من النواحي الانفعالية والنفسية وتقديم الخدمات الإرشادية اللازمة لكيفية التعامل مع الطفل من نواح مختلفة (إمام ١٩٩٥، ص ٧ - ١٠) ولا يقتصر التعاون والمشاركة على مراحل الطفولة ما قبل المدرسية، بل يتعدى ذلك إلى مراحل النمو كلها. وحتى على صعيد التعليم الابتدائي كما يقول (ميتلر Mitter ١٩٨٧) بات من غير المسموح التشكيك في أن التلاميذ يتقدمون بصورة ملحوظة حين يقوم أولياء الأمور بمساعدتهم في القراءة ويقرؤون معهم أو يشركون أنفسهم بشكل أو بآخر في العمل الذي ينجز في المدرسة.

وإذا كانت المشاركة الوالدية مهمة في تعليم الطفل وتربيته من خلال متابعة وتكليم الملاحظات والمعلومات للمعلمين والمختصين عن حالته، ووضعته النفسي والتعليمي والاجتماعي، والنزوع للمشاركة في الأنشطة التي تنفذها المؤسسات،

فإن المعلمين والمختصين أيضاً مدعوون لدعم الآباء وتقديم الإرشادات والنصائح اللازمة، والعون من أجل استثمار أفضل لقدرات الطفل وتعويض ما فقده من وظائف تجعله معوقاً (أبو فخر ٢٠٠١).

كما قدمت دراسة ولش وأودم (Welsh & Odum 1981: 15- 25) مبررات عديدة لمشاركة الآباء، وبينت بعض البرامج النموذجية لمثل هذه المشاركة كبرنامج الأم والطفل البيتي (Mother- Child home program) ومشروع تدريب الأمهات (Mother training project) وغيرهما من البرامج وحددت أشكال المشاركة الوالدية في البرامج التربوية المبكرة للأطفال المعوقين بستة أشكال هي:

١ - حصول الآباء على الدعم الاجتماعي والانفعالي من المختصين ومن المشاركة في مجموعات الآباء والذي يتضمن المساعدة في الحصول على العون الاقتصادي والخدمات الاجتماعية.

٢ - إشراك الآباء في تخطيط البرامج وصنع القرارات والتقييم.

٣ - تبادل الآباء للمعلومات مع المعلمين والمختصين.

٤ - إشراك الآباء في برامج تعليم وتدريب الآباء على صعيد العمل مع الطفل.

٥ - قيام الآباء بتعليم أطفالهم في المدرسة أو البيت.

٦ - قيام الآباء بالملاحظات والعمل التطوعي في غرفة الصف.

٢ - معوقات التعاون وميسراته:

إن عملية التعاون بين أولياء أمور الأطفال المعوقين والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة، عملية تحتاج إلى جهود من التخطيط والتنظيم لهذه العلاقة،

وهي عملية تواجه جملة من العقبات والعوائق، وهذه العوائق قد تختلف من بيئة إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر، ولكن ثمة عقبة موجودة وسائدة يجسدها ببساطة موقف المعلمين التقليدي من الآباء وهو موقف يتميز باللامبالاة والحنر والتقدير الخاطئ لما يمكن أن يقدمه الآباء، كما قد تكون العقبة فردية أو شخصية، حيث يعلم الكثيرون بالخبرة أنه يكفي أحياناً مجيء معلم جديد أو مدير جديد لمؤسسة ما لكي يحسن العلاقة مع الأسر أو على العكس يسير بها نحو التدهور والانقطاع.

ويحدد (ميتلر ١٩٨٣، وميتلر وآخرون ١٩٨٦) المعوقات بما يلي:

- ١ — عدم تأهيل العاملين وإعدادهم لاكتساب خبرة مهنية تقوم على التعاون مع الأسر ومراعاة حاجات أولياء الأمور.
- ٢ — الحواجز النفسية والاجتماعية، وهي حواجز يشعر بها المعلمون بحيث يجدون صعوبة في معاملة الآباء كمشاركين لهم.
- ٣ — ضرورة التوفيق بين حاجات الطفل وحاجات سائر أفراد الأسرة، فقد يطلب العاملون — الذين لا يعرفون سوى الطفل ويجهلون حاجات الأسرة ككل — مشاركة تتعدى طاقة الأسرة.
- ٤ — المبالغة في التوقعات من قبل كل من المعلمين والآباء بحيث لا تكون متطابقة مع الإمكانيات التي يتمتع بها الطفل، فقد يغالون في قدراته أو يحطون منها. (ميتلر ١٩٨٧)

ونعتقد أن هناك معوقات أخرى وهي معوقات قد تتصل بأولياء الأمور وإمكاناتهم لعملية التعاون التي تحدد في ضوء مجموعة من العوامل منها الوضع الثقافي والتعليمي لولي أمر الطفل أو الوضع المادي والاجتماعي، وقد أظهرت دراسة لنا أن عدم قدرة ولي الأمر في متابعة طفله تحدد عوامل مالية وعدم

وجود الوقت اللازم للمشاركة الفاعلة، كذلك عدم وجود نشرات دورية تسهل لأولياء الأمور الاتصال مع العاملين في مؤسسات التربية الخاصة، وهناك معوقات تتصل بالعاملين تتعلق بوجهة نظرهم السلبية نحو أولياء الأمور وعدم حثهم الأولياء لعقد اجتماعات كبيرة أو لقاءات صغيرة، وعدم السعي لمعرفة أحوال أولياء الأمور وهمومهم في المنزل أو العمل. كما أن هناك معوقات تتصل بالقوانين والتشريعات النازمة لعملية التعاون، مثل غياب الحوافز للعاملين النشيطين في هذا الميدان، وعدم تسهيل مهمات أولياء الأمور الذين لديهم معوقات مادية أو اجتماعية لذلك. (الطيب، أبو فخر ٢٠٠١).

أما ميسرات العلاقة التعاونية بين أولياء أمور الأطفال والعاملين فسيتمكن أن تتم عن طريق عدة أمور هي:

- ١ - تأمين حاجات الآباء في المعرفة بواسطة النشرات الإعلامية المبسطة التي تذكر فيها أسماء المؤسسات، أو الأماكن أو الأشخاص الذين من الممكن التوجه إليهم للحصول على المساعدة والمعلومات.
- ٢ - خلق فرص للتواصل بين الآباء والعاملين وذلك عن طريق جلسات اجتماعية، كنزهة خارج المدرسة أو معرض لأشغال يدوية أو عرض مسرحي أو حفلات تعارف.
- ٣ - خلق فرص لإسهام الآباء في إعداد المهنيين وبخاصة أولئك الذين هم في طور الإعداد فيمكن للآباء أن يزودوا المهنيين بالمعلومات ويتبادلوا معهم الآراء حول مشكلات تتصل بالآباء والمهنيين على حد سواء.

٤ - تنظيم لقاءات ينظمها العاملون ويحضرها الآباء.

- ٥ - تنظيم اجتماعات بنظمها الآباء ويحضرها العاملون، ويكون ذلك على شكل مصغر في المنزل أو المؤسسة أو المدرسة.
- ٦ - إتاحة الفرصة للآباء لإبداء رأيهم في السياسة الواجب إتباعها.
- ٧ - التعرف بالممارسات الناجحة والتجارب المثمرة في مجال التعاون.





## الباب الثاني

### الانحرافات العقلية والتعلمية

الفصل الثالث : الطفل المتفوق عقلياً وتربيته

الفصل الرابع : الطفل المتخلف عقلياً وتربيته

الفصل الخامس : الطفل ذو صعوبات التعلم



## الفصل الثالث

### الطفل المتفوق عقلياً وتربيته

أولاً - تحديد التفوق العقلي وأشكاله

ثانياً - خصائص الأطفال المتفوقين عقلياً

ثالثاً - رعاية المتفوقين والاهتمام بهم

أشكال رعاية المتفوقين



الأطفال المتفوقون عقلياً فئة من الأطفال الذين لديهم من الإمكانيات العقلية ما يجعلهم يفوقون أقرانهم من الأطفال الذين في مستوى عمرهم، وهم فئة تشترك في خاصية أساسية وهي أنهم يفوقون أقرانهم في جانب أو أكثر من المجالات التي تتطلب قدرة عقلية معينة، إلا أنهم غير متجانسين من حيث المجالات التي يبرعون ويتميزون فيها، فمنهم من يبرع في مجال الرسم أو الموسيقى، أو الرياضيات أو اللغة، ومنهم من يتميز بقدرة فائقة في التحصيل الدراسي، وبالعالم الأعم فإن المتفوق عقلياً من الأطفال هو ذلك الطفل الذي يظهر براعة وقدرة مميزة في جانب أو أكثر من الجوانب التحصيلية التي تتمتع بتقدير الجماعة التي ينتمي إليها الطفل. والجوانب التحصيلية في هذا المجال مفهوم واسع يشمل كل ما يمكن للطفل أن يحصله ويكتسبه، أو يتمتع به من قدرات واستعدادات أولية تظهر على شكل مواهب مختلفة في مجالات مختلفة.

### أولاً - تحديد التفوق العقلي وأشكاله:

إن التفوق العقلي ظاهرة ملازمة لكل مجتمع من المجتمعات، وهذه الظاهرة غالباً ما تعرف من خلال الإنتاج الذي يقدمه المتفوق؛ أكان هذا الإنتاج درجة عالية في الامتحان المدرسي أم كان أداء متميزاً في مسابقة رياضية أم موسيقية أم في الرسم، أم قد يكون هذا الإنتاج محدداً بقطعة أدبية شعرية أو قصة أو رواية، أو قد يكون محدداً بإيجاد طريقة جديدة في معالجة مشكلة، أو قدرة في القيادة من حيث حسن التنظيم والإعداد والوصول إلى النتائج المفيدة للفرد وللآخرين معاً. وقد يكون الإنتاج متميزاً جداً بحيث يضع صاحبه بين المبدعين الكبار في مجال من المجالات أو قد يطلق عليه تسميات مختلفة تشير إلى التميز،

كالعقري والموهوب والمبدع والمتفوق.. وفي كل هذه الحالات فإنما يشار إلى التفوق العقلي والذي يحدده بعضهم بأنه : الأداء الذي يصل إليه الفرد في مجال من مجالات النشاط على أن يكون هذا الأداء متميزاً يخدم الفرد ويكون موضع تقدير الجماعة. وانطلاقاً من ذلك يعرف (عبد السلام عبد الغفار) المتفوق عقلياً : "هو من وصل في أدائه إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين في مجال من المجالات التي تعبر عن المستوى العقلي للفرد بشرط أن يكون ذلك المجال موضع تقدير الجماعة " (عبد السلام عبد الغفار ١٩٧٨ ص ٣٣ - ٣٤).

إن الوصول في الأداء إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين يمكن أن يقاس بحسب المجال الذي وصل فيه الأداء إلى مستوى عال، ومن ذلك نضع معايير لهذا المستوى أكان في التفوق التحصيلي أم في نسب الذكاء، أم في موهبة من المواهب أم في مجال قدرة كالقدرة على التفكير الابتكاري، كما يمكن أن نحدد هذا الأداء من خلال النتائج أو المنتج أكان هذا المنتج قانوناً علمياً أم نظرية فلسفية أم ابتكار طريقة جديدة في التقنية أم في العلم ومجالاته، أم في حل جديد لمشكلة ما.

ومما لا شك فيه أن أي مجال يتميز فيه الفرد يعبر عن مستوى عقلي حتى تلك الأداءات المرتبطة بالجوانب الجسمية الحركية كالرقص وأنواع الرياضات الجسمية. صحيح أنها لا تحتاج إلى نسبة ذكاء عالية أو مستوى عقلي وظيفي عال إنما تحتاج إلى قدرة على الانسجام والتناسق تعبر عن مستوى عقلي أقله أن يكون طبيعياً.

أما أن يكون المجال موضع تقدير الجماعة، فهذا يعني نسبية المجالات، فما تقدره هذه الجماعة على أنه تفوق وتميز قد لا تقدره جماعة أخرى، ولكن تبقى

هناك ثوابت في هذه المجالات أن المتفوق يصل في مستواه إلى مستوى أعلى من العاديين في مجالات تحددتها ثقافة الفرد ومجتمعه الذي ينتمي إليه. بالرغم من وجود مصطلحات عديدة تعبر عن التفوق العقلي، إلا أنها تختلف فيما بينها لأن المصطلح يمكن أن يكون له حدوده الخاصة به، وحدوده العامة الذي يلتقي فيها بمصطلحات أخرى، ولهذا نعرض هذه المصطلحات لتبيان حدودها الخاصة، والتي تبقى تحت مظلة عامة هي وجود التفوق الذي يشير إلى وصول الفرد إلى أداء متميز أو عالٍ قياساً بالأفراد العاديين في المجالات المختلفة التي تعبر عن المستوى العقلي والوظيفي للفرد، وتكون هذه المجالات موضع تقدير من الجماعة.

#### ١ - الذكاء والطفل الذكي:

الذكاء Intelligence مفهوم واسع تتعدد فيه التعريفات تبعاً لتطور دراسته وتبعاً لوجهات النظر المختلفة فيه. فقد بينت إحدى مجلات علم النفس التربوي الأمريكية منذ أكثر من ستين سنة (من تاريخ المرجع المدون أدناه) حين وجسه محرر هذه المجلة إلى عدد من قادة حركة القياس العقلي وطلب منهم تحديد معنى الذكاء، وكانت النتيجة أن تلقى عدداً من الإجابات والتعريفات بقدر عدد العلماء الذين اشتركوا في الاستفتاء (أبو حطب ١٩٨٦، ص ٢٥٠).

وهذا يدل على أن المفهوم واسع مترامي الأطراف يمكن النظر إليه من وجوه متعددة ويشكل التعريف فيه مشكلة.

فمن التعريفات ما يتجه نحو القدرة على التكيف مع مشكلات الحياة وظروفها المستجدة، أو القدرة على التكيف بنجاح مع ما يستجد في الحياة من علاقات، ومنها ما يتجه نحو القدرة على التعلم مثل القدرة على تعلم التكيف مع

البيئة أو هو القدرة على التعلم السريع والاستجابة المناسبة للظروف الطارئة، أو هو القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة في حل المشكلات الجديدة. ومن التعريفات ما يركز على التفكير المجرد وتجريد العلاقات والقدرة على الفهم والتوجه الهادف. ومن التعريفات الإجرائية: إن الذكاء هو ما تقيسه اختبارات الذكاء، شريطة أن تتوافر في هذه الاختبارات الشروط الأساسية للاختبار وبخاصة شرط الصدق والثبات.

ونتساءل هل الذكاء قدرة عقلية عامة أو أنه مجموعة قدرات؟ وهل يوجد ذكاء عام؟ أو يوجد أنواع من الذكاء؟

يمكن للذكاء أن ينظر إليه كقدرة عامة، وذلك من خلال التعريفات التي جاءت قبل قليل، ويمكن أن ينظر إليه كمجموعة من القدرات، فمثلاً يميز «ثورندايك» بين ثلاثة أنواع من الذكاء: الذكاء المجرد، والذكاء العملي (الميكانيكي) والذكاء الاجتماعي، وهناك من يتكلم عن ذكاء فني، وهذه الأنواع لمن الذكاء إنما تشير إلى قدرات قد تكون خاصة، أو تعبر عن قدرات خاصة.

ونتساءل أيضاً إذا كان الذكاء يقاس باختبارات الذكاء - ولا يوجد حتى الآن وسيلة أخرى - فما الحد الفاصل بين الطفل المتفوق في ذكائه، والطفل العادي في الذكاء؟ أين تنتهي حدود الذكاء العادي، أو أين تبدأ القدرات الذكائية بالتمييز؟

يرى بعض العلماء ومن بينهم «لويس تيرمان» الذي يعد رائداً للباحثين في ميدان التفوق العقلي والذي أجرى أولى الدراسات الطولية المنظمة في هذا المجال والتي استمرت ٣٥ عاماً يعرف التفوق العقلي في ضوء نسب ذكاء معينة فقال: «إن الطفل المتفوق عقلياً هو من تجاوزت نسبة ذكائه ١٣٥ إذا طبق عليه مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (عبد الغفار والشيخ ١٩٨٢، ص ٨٥). ويرى

«جالجر» أن الموازين تختلف باختلاف البيئة إذ لكل منها حاجاتها الخاصة، فبعض البيئات تتطلب نسبة ذكاء لا تقل عن ١٥٠ درجة في حين تكفي في بيئات أخرى نسب ذكاء للطفل المتفوق لا تقل عن ١١٥ درجة.

ولكن هناك اتفاق شبه عام على أن المتفوق عقلياً في ضوء نسب الذكاء هو الذي ينحرف بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط (والانحراف المعياري مقداره ١٥ درجة) بحيث يكون متفوقاً عقلياً من وصلت نسبة ذكائه ١٣٠ درجة وما فوق.

إن نسبة الذكاء كمعيار للحكم على وجود التفوق لدى الطفل يؤثر مجموعة من المشكلات منها أن الاكتفاء باختيار واحد لا يعد كافياً للحكم على وجود التفوق العقلي ذلك أن اختبارات الذكاء تكون عادة مشبعة بعوامل معينة دون غيرها، فاختبار «ستانفورد بينيه» مثلاً (مشعب بثلاثة عوامل لفظية - عاملان للتذكر - عامل مكاني - عامل استدلال منطقي - عامل غلق Closure Factor - عامل إدراك مكاني وعامل آخر سمي بعامل الحرص Carefulness Factor)، أي ما مجموعه عشرة عوامل في حين بينت دراسات جيلفورد أن بنية العقل تنطوي على ما يقرب من ١٢٠ عاملاً (الكسندرو روشكا، ١٩٨٩) وهذا يعني أن اختبارات الذكاء ينبغي أن تكون مقننة على عينات كبيرة ومستوفية لشروط الصدق والثبات.

المشكلة الثانية التي يثيرها هذا الشكل من التفوق هو أن نسبة الذكاء التي تحدد المتفوق هي نسبة معيارية. فإذا تم اعتماد درجة ذكاء ١٣٠ وما فوق مسن أجل تحديد المتفوق ذكاء، هل يعني ذلك أن ١٣٠ درجة ذكاء هي حد فاصل بين المتفوق والعادي، بمعنى من حصل على ١٣٠ درجة ذكاء في اختبار للذكاء يعد متفوقاً بينما من حصل على ١٢٩ درجة هو غير ذلك؟

نقول إنه لا بد من اعتماد درجة معينة، وهي كما لاحظنا مختلفة من بيئة إلى أخرى وذلك من أجل تحديد نسبة المتفوقين في المجتمع؛ والتي تتأثر إلى حد كبير بالمعيار الذي نعتمده في درجة الذكاء الفاصلة بين العادي والمتفوق ذكاء. إضافة إلى ذلك يمكن اعتماد اختبارات أخرى جمعية أو فردية، بحيث تطبق اختبارات جمعية ثم تطبق لاختبارات فردية؛ ومتى تطابقت النتائج إلى حد كبير يمكن أن تكون نسبة الذكاء مؤشراً صحيحاً وتبقى نسبة الذكاء معياراً أو مؤشراً يمكننا من التنبؤ بقدرات الطفل للتفوق في مجال من المجالات في المستقبل.

## ٢ - التحصيل الدراسي والمتفوق تحصيلاً:

يشكل التحصيل الدراسي Achievement معياراً مقبولاً وشاملاً في كثير من دول العالم للتفوق العقلي، حيث إن التفوق العقلي يعرف من خلال الامتياز في التحصيل بأي مجال من مجالات النشاط على أن يكون هذا المجال موضع تقدير الجماعة التي ينتمي إليها الفرد. يشير كالو (Callow 1985) إن الولايات المتحدة كانت أكثر بلاد العالم استخداماً لمحك التحصيل الدراسي في الكشف عن المتفوقين، وذلك باستخدام السجلات المدرسية، لأن التحصيل يعد أحد المظاهر الأساسية التي تعبر عن النشاط العقلي الوظيفي عند الفرد. ولا شك أن درجات التلميذ في السجل المدرسي تعد مؤشراً سهلاً للكشف عن التلاميذ المتفوقين الذين سجلوا نجاحاً دراسياً ممتازاً كتعبير عن هذا التفوق.

وقد اتجه منذ الخمسينيات من القرن العشرين عدد من الباحثين في تحديدهم للتفوق العقلي في ضوء التحصيل الدراسي منهم فليجر وبيش 1959؛ حيث ذكروا بأن المتفوقين هم من يصلون في تحصيلهم الأكاديمي إلى مستوى يضعهم ضمن أفضل 10% إلى 20% من المجموعة التي ينتمون إليها، وهم أصحاب المواهب

التي تظهر في مجال كالرياضيات، المجالات الميكانيكية، العلوم، الفنون التعبيرية، الكتابات الابتكارية والقيادة الاجتماعية.

كما يؤكد «دير» ١٩٦٤ على المستوى التحصيلي؛ حيث يعرف المتفوقين بأنهم من لديهم استعداد أكاديمي على مستوى مرتفع، سواء عبر عن هذا الاستعداد أم كان لا يزال كامناً، ويثير هذا التعريف الانتباه إلى أن هناك احتمال وجود متفوقين لديهم الطاقة أو الاستعداد للتفوق، غير أن هناك عوامل تحول دون تحقيق هذا الاستعداد، وبالتالي فإن استطعنا التعرف عليهم، فقد يمكن التغلب على تلك العوامل التي تعوق تحقيق هذا الاستعداد (عبد الغفار ١٩٧٨ ص ٥١).

ومن هذه الرؤية الأخيرة هناك من المتفوقين من لا يظهر تفوقهم إنما يبقى كامناً بسبب عدة عوامل؛ وهؤلاء يطلق عليهم «المتفوقون ضعيفو الإنجاز أو التحصيل» وتحدد هذه العوامل بجملة من المظاهر أهمها: ضعف الوضوح وقصور في التحديد عند اختيار المواد الدراسية والمهنية، وضعف في ضبط الذات، ومعاناة من الانطواء والاكتفاء الذاتي واستثمار ضعيف للوقت، وخضوع في الأسرة، وعدم وضوح في الأهداف وقتور الهمة والانسحاب من الحياة.

وبشير (الطحان ١٩٨٢) إلى ما قامت به «بريكنل كيلمر ١٩٧٠» في بريطانيا عندما أجرت دراسة عن الأطفال المتفوقين من ذوي نسب الذكاء التي تقع عند ١٣٤ نقطة ذكاء، وكان أفراد المجموعة يعانون من صعوبات تعليمية، ونتيجة لهذه الدراسة توصلت الباحثة إلى أن القصور الدراسي كان يرتبط بقليل أو كثير بعدد من المشكلات الانفعالية الجدية، وكذلك بمشكلات تتصل بتوتر العلاقات العائلية، وعدم وجود نظام ثابت، ونقص في الفرص التي تتيح الاستقلال وتكوين علاقات اجتماعية.

وانطلاقاً من هذه المسائل يمكن القول إن اعتماد محك التحصيل الدراسي قد يضيّع الفرصة على أطفال آخرين قد يملكون الإمكانيات العقلية العالية، ولكن الظروف الموضوعية، أو المشكلات الشخصية الخاصة تعيق تفوقهم التحصيلي، ولهذا نجد كثيراً من الحالات التي لا تظهر تفوقاً عالياً، ويبقى التفوق لديهم كامناً خلال فترات الدراسة الأولى، ولكنه يظهر فيما بعد.

### ٣ - الموهبة والطفل الموهوب:

الموهبة استعداد فطري، أو جملة من الخصائص الموروثة التي تؤهل صاحبها لأن يكون متميزاً في مجال من مجالات الحياة، قد يكون هذا المجال في الرياضيات أو في اللغة، في الفنون المختلفة أو في القيادة الاجتماعية والسياسية. والموهبة لغة، اسم من وهب، وجمعها مواهب، هي كل ما وهبه الله لسك (متن اللغة ص ٢٨) وكانت تقتصر المواهب على المواهب الفنية Artistic Talents فنقول الموهبة في الرسم أو الموسيقى في الرقص أو الطلاقة الشعرية إلا أن الباحثين توسعوا في هذا المعنى بحيث جعلوا من الموهبة مرادفاً للتفوق في المجالات المختلفة الأكاديمية وغير الأكاديمية.

يستدل على فطرية المواهب أو الاستعدادات الخاصة من خلال دليلين اثنين: الأول وجود الموهوبين بين أسر تضم فيها موهوبين ففي دراسة (نورمان ماير Norman Maier) على الأطفال الموهوبين في الفن وجد أن نسبة المميزين في أسرهم أعلى منها في أسر الأطفال العاديين. والدليل الثاني هو ظهور التميز والنبوغ في سن مبكرة فقد عزف «هاندل» على البيانو وعمره سنتان، وألف أول قطعة موسيقية وعمره إحدى عشرة سنة، وعزف «موزارت» الموسيقى في سن الثالثة، وقال المعري الشعر في سن الخامسة، وكتب بلاك أول قصائده في سن السابعة وغير ذلك من الأمثلة (مرسي ١٩٨١ ص ١١٠). إن هذين الدليلين وهما أن الموهبة تظهر غالباً عند أسر الموهوبين وأن الموهبة يمكن أن تظهر في سن

مبكرة فإنما يشير إلى أن الموهبة استعداد أولي وراثي، إلا أنه يفتني بالخبرة والتجربة والبيئة المناسبة.

فالبيئة أيضاً لها دور كبير في إظهار الموهبة، ويقصد بالبيئة هنا الظروف الأسرية والمدرسية والاجتماعية. فالظروف الأسرية الطيبة، والبيئة المدرسية المناسبة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية الصالحة كلها توفر مناخاً صالحاً لتفتح المواهب. ويتفق علماء النفس في الوقت الحاضر على أن ذكاء الفرد ومواهبه إنما هي محصلة التفاعل بين استعداداته الفطرية ومؤثرات البيئة التي يعيش في إطارها.

### أنواع المواهب:

يقسم الباحثون المواهب إلى نوعين: مواهب أكاديمية، ومواهب غير أكاديمية. أما المواهب الأكاديمية فهي التي تعبر عن القدرة المميزة في التحصيل الدراسي أو التحصيل الأكاديمي، فالموهبة في الرياضيات تعود إلى تحصيل عال في الرياضيات أكثر من مجال اللغات، أما الموهبة في اللغات فتعود هي الأخرى إلى تحصيل عال في اللغة، وقد يكون لدى بعض الأفراد مواهب مشتركة في الرياضيات واللغات والعلوم معاً، ولكن التخصص هو الذي يجعل الفرد مهتماً في هذا الجانب دون الجوانب الأخرى، وبصورة عامة هناك ارتباط عال بين المواهب الأكاديمية والتحصيل الدراسي، والذكاء أيضاً.

أما المواهب غير الأكاديمية وهي تقوم على استعدادات أولية والتي تضم المواهب الموسيقية والرسم والمواهب الأدبية، والمواهب الثقافية فارتباطها بالذكاء يتفاوت من مجال لآخر ويتفاوت من قدرة إلى أخرى ضمن المجال الواحد، فالموهبة الموسيقية مثلاً تتضمن مجموعة قدرات فيها القدرة على تمييز شدة الأصوات وعلوها، وتمييز الزمن الذي يستغرقه الصوت الموسيقي،

والإحساس بالإيقاع والقدرة على الذاكرة الصوتية والقدرة على تقليد الصوت المسموع لفظياً أو بواسطة آلة موسيقية.. الخ. إن الموهبة الموسيقية تتطلب وجود استعداد خاص، كما تتطلب التدريب والجهد والمثابرة.

إن وجود الموهبة وأنواع المواهب إنما تشير إلى التميز والتفوق وتضع الفرد في مستوى أعلى من مستوى أقرانه وبالتالي فهي شكل من أشكال التفوق العقلي.

#### ٤ - الإبداع والطفل المبدع:

يشكل الإبداع Creativity بحثاً رئيساً من بحوث التفوق العقلي، فالإبداع شكل راق للنشاط الإنساني، حيث أصبح منذ الخمسينيات من القرن العشرين مشكلة هامة من مشكلات البحث العلمي في كثير من دول العالم (روشكا ١٩٨٩، ص ١٣) وهذا التوجه ما زال قائماً حتى الآن، حيث الاهتمام بالإبداع لا يقتصر على البحث العلمي إنما أصبح مجالاً حيويًا يتم فيه التطبيق العملي من ناحية البرامج الإبداعية والاهتمام بالمبدعين، فالعمل الإبداعي مطلوب في مجالات العمل المختلفة، وفي أوجه النشاط الإنساني الفني والعلمي والتقني، لأن الإبداع هو الذي يبعث في الحياة تغييراً، ويتمكن من حل المشكلات التي تكون مستعصية في العلم وفي الفن. ويعرف الإبداع تعريفات مختلفة، غالباً ما يحدد في ضوء القدرة على حل المشكلات، أو الإنتاج الأصيل والتميز، أو القدرة على التفكير الإبداعي بصورة تقود صاحبها لابتكار عمل جديد، وفي كل الأحوال فإن الإبداع بمعناه المحدد هو النشاط الذي يقود إلى منتج جديد ذي فائدة وقيم من أجل المجتمع.

ومن هذا التعريف نجد أن الإبداع يعبر عن نتاج موضوعي في أي مجال من مجالات النشاط، والسؤال هل يمكن للطفل أن يكون مبدعاً؟ إذا انطلقنا من تحديدنا السابق للإبداع نقول: إنه يتعذر القول بوجود طفل مبدع إذا ما قيس الإبداع في ضوء المنتج، ولكن يمكن للطفل أن يكون طفلاً ذا قدرة على التفكير الإبداعي، ومن هنا ينبغي التمييز أولاً بين الإبداع والتفكير الإبداعي، وثانياً إذا اعتبرنا أن هناك طفلاً مبدعاً فيعني هذا أن الطفل يكون مبدعاً عندما يجد حلاً لمشكلة ما حلاً جديداً وأصيلاً بالنسبة له أو لمن في مثل سنه، وفي هذه الحالة يمكن القول إنه طفل مبدع أو إنه طفل ذو تفكير إبداعي. وللتفكير الإبداعي مجموعة من القدرات تتناولها علماء كثيرون منهم جيلفورد، وتورانس وفرنون.. وهي المرونة والطلاقة والأصالة والحساسية تجاه المشكلات وخاصة التعريف أو التحديد.

أما المرونة فتعني القدرة على تغيير الاتجاهات الذهنية بسهولة، فيكون الفرد قادراً على تغيير مجرى أفكاره وجهات جديدة وسريعة، وقد ميز «جيلفورد» بين نوعين من المرونة: المرونة التكيفية وتعني تغيير التفكير عند معالجة مشكلة ما، والمرونة التلقائية وتعني القدرة على إنتاج أفكار كثيرة في موقف غير محدد، والفرق بينهما هو أن الأولى تعني القدرة على تغيير اتجاه التفكير بينما الثانية تعني القدرة على إنتاج أفكار جديدة (سوف ١٩٦٩).

وتعني الطلاقة القدرة على إنتاج عدد كبير من الأفكار من خلال وحدة زمنية محددة، وقد ميز جيلفورد بين أنواع من الطلاقة: الطلاقة اللفظية وهي القدرة على إنتاج عدد كبير من الكلمات التي تتضمن حرفاً أو عدة حروف في مدة زمنية محددة، والطلاقة الارتباطية والتي يمكن قياسها عن طريق عدد الكلمات المترادفة التي ينتجها الفرد في وحدة زمنية، والطلاقة الفكرية التي تقاس

بإنتاج أكبر عدد من الأفكار التي تنتمي إلى نوع معين في وقت محدد. (الطحان، ١٩٨٢، ص ٢١).

أما الأصالة فتظهر في القدرة على إنتاج أفكار جديدة أو فريدة أو نادرة أو غريبة لم يسبق الوصول إليها. وتعد الأصالة أبرز القدرات الإبداعية وتقاس بمقاييس لفظية وغير لفظية.

أما الإحساس بالمشكلات هو الميل إلى إدراك الصعوبات والنواقص والثغرات في المعرفة وعدم التجانس في الموقف والبحث عن حلول مناسبة لها وقد أيد «تورانس» وجود هذه القدرة عند الأطفال المتفوقين في التفكير الإبداعي بدرجة أعلى منها عند الأطفال العاديين، فعندما طلب من الأطفال التفكير في تعديل لعبة «كلب من البلاستيك» حتى يمكن اللعب بها بطريقة أفضل فإن الأطفال العاديين اقترحوا أن «تتحرك اللعبة» ولكن لم يقدموا أفكاراً لتحريكها؛ في حين اقترح الأطفال المتفوقون في التفكير الإبداعي تحريك اللعبة بوضع بطارية أو تركيب عجلات أو وضع موتور لها.

أما عامل التحديد أو الدقة فيظهر من خلال القدرة على إنتاج مضامين الأفكار واستكمال التفاصيل الدقيقة في الموضوع، فالدقة تتضمن عمق الفكرة والتوسع في العناصر المتصلة بها، والإعداد الجيد للموضوع وترتيب خطوات تنفيذه بعناية (Torrance 1966). وانطلاقاً من هذه العناصر فإن الطفل ذا التفكير الإبداعي هو الطفل الذي لديه قدرات تعبر عن المرونة العقلية والطلاقة والأصالة في إنتاج الأفكار والإحساس بالمشكلات، والقدرة على التحديد أو الدقة.

إن أشكال التفوق العقلي المذكورة تظهر أن التفوق العقلي يمكن أن يظهر بمجالات مختلفة، وتبقى هذه الأشكال بالنسبة للأطفال منبئات عن التفوق العقلي التي يحقق الأطفال عبرها إنجازاً في مستقبل حياتهم؛ ويكون هذا الإنجاز موضع

تقدير الجماعة وله فائدة تعود بالخير على المجتمع، ولهذا فإننا نعرف التفوق العقلي عند الطفل في ضوء المعايير التالية:

- ١ - أن تكون لديه نسبة ذكاء مقدارها ١٣٠ على الأقل تم تحديدها بواسطة أحد اختبارات الذكاء اللفظية.
- ٢ - أن يكون لديه مستوى تحصيلي مرتفع يضع الطفل بين أفضل ١٥% إلى ٢٠% من مجموع الأطفال الذي يماثلونه في العمر الزمني.
- ٣ - أن يكون لديه مستوى عال من الاستعدادات الخاصة مثل الاستعداد العلمي أو الفني أو القيادة الاجتماعية، والتي تظهر على شكل موهبة تتسم بالتميز.
- ٤ - أن يكون لديه مستوى عال من القدرة على التفكير الإبداعي.

### ثانياً - خصائص الأطفال المتفوقين عقلياً:

إن القول بوجود خصائص المتفوقين عقلياً يميزهم عن غيرهم يعني أن هناك من الصفات الغالبة في وجودها عندهم؛ بحيث يظهر وجودها بصورة متكررة وهذه الصفات هي غالبية وليست مطلقة، وهي متباينة في وجودها ومختلفة أيضاً في إطار وحدتها؛ ولا سيما إذا انطلقنا من القول إن ثمة أشكالاً للتفوق العقلي تظهر عبر الذكاء العالي والتحصيل المتميز والقدرة في التفكير الابتكاري، والقدرة المتميزة في استعدادات خاصة، ولهذا سيتجه الحديث أولاً إلى ما يجمع المتفوقين من صفات وخصائص، وثانياً إلى ما يميز به بعض المتميزين دون غيرهم تبعاً لشكل تفوقهم، وفيما يلي سنضع هذه الخصائص في ثلاث خصائص.

## ١ - الخصائص الجسمية:

يمكن القول إن الخصائص الجسمية يمكن تعميمها بشكل نسبي لا سيما وأنه قد يوجد بين المعوقين أيضاً من هم من المتفوقين، إلا أن الدراسات الأولى في مجال التفوق العقلي بخاصة دراسات تورمان ووتني أظهرت أن التكوين الجسمي للمتفوقين بصفة عامة أفضل من التكوين الجسمي للعاديين سواء من حيث الطول والوزن والخلو من الإعاقات، أم من أنواع القصور الحسي والجسمي (عبد الفغاز ١٠٤ ١٩٧٨). هذا الكلام لا يعني بأي حال أن الأقل طولاً، والأثقل وزناً، وأصحاب الإعاقات لا يكون بينهم متفوقين، إنما هذا الكلام يعني أن صفات الصحة الجسمية المتكاملة يكثر وجودها عند المتفوقين أكثر من وجودها عند غير المتفوقين.

ولا شك أن إطلاق الأحكام ينبغي أن ينطلق من دراسات ميدانية تحدد فيما إذا كان هناك علاقة مثلاً بين صفات جسمية سليمة وخصائص حركية وحسية معينة وبين الذكاء أو القدرات العقلية المميزة، وإن مثل هذه الدراسات في مجتمعنا العربي نادرة إلى حد كبير، ولكن إذا انطلقنا من القول إن المتفوقين غالباً ما يمشون في سن مبكرة، وتظهر أسنانهم في سن قبل العاديين، ولديهم من الإمكانيات العقلية ما تجعلهم يهتمون بجوانب نموهم الجسمية بالمقارنة مع المتخلفين عقلياً الذين يقعون عند أقصى الطرف الآخر من التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية، والذين يتصفون بالتأخر في المشي والتأخر في ظهور الأسنان ولديهم مظاهر الاعتلال الجسمي، عندئذ يصح القول أن المتفوقين عقلياً فئة من الأطفال لديهم بنية جسمي سليم قياساً بالأطفال الآخرين من أقرانهم العاديين وقد أيد ذلك ما وصلت إليه دراسة (محمد نسيم رأفت) على الدفعات الثلاث الأولى التي التحقت بمدرسة المتفوقين بعين شمس للسنوات ١٩٥٥ - ١٩٥٨ أن

المتفوقين أفضل في مستواهم المعنوي من أقرانهم العاديين (رافت ١٩٧٣، ص ٥٥ - ٦٩).

## ٢ - الخصائص العقلية:

إن المستوى العقلي للأطفال المتفوقين عقلياً أعلى من مستوى الأطفال العاديين بمعدل انحرافين معياريين إذا ما قيس مستواهم العقلي باهتبارات الذكاء، وأن نموهم العقلي أسرع ويشمل ذلك العمليات العقلية والذهنية المختلفة، فهم أكثر قدرة على التعلم والتذكر، والانتباه، والحفظ والقراءة بصورة مبكرة، وهذا ما ذكره «ويتني» عند ذكره صفات المتفوقين عقلياً من الناحية العقلية من أن لديهم القدرة على القراءة في سن مبكرة، وثراء حصيلة لغوية، والشغف بالكتب في سن مبكرة والقدرة على التركيز وإدراك العلاقات السببية، وتعدد الميول (عبد الغفار ١٩٧٨، ص ١١٢) وإذا سعينا وراء تحديد لهذه الصفات يمكن ذكر الصفات التالية:

### أ - اللطق والقراءة في سن مبكرة:

بينت دراسات «تيرمان وهولنجورث» حول المتفوقين عقلياً أن المتفوقين بصورة عامة تعلموا القراءة قبل سن السادسة، وبعض منهم تعلموا قبل هذه السن وتذكر «هولنجورث» حالات ذكرت فيها الأدبيات من أن أطفالاً في سن الثالثة تعلموا القراءة، وتبعاً لدراسة «تيرمان» أن نسبة ٤٣% من أفراد عينة المتفوقين قرؤوا قبل أن يلتحقوا بالمدارس و ٢٠% منهم تعلم القراءة قبل سن الخامسة و ٦% منهم قبل سن الرابعة و ٢% منهم قبل سن الثالثة.

### ب - القدرة على الحفظ وسرعة التعلم:

يمدنا التاريخ العربي بمجموعة من الأعلام المتفوقين الذين اتصفوا بالقدرة الفائقة على الحفظ والتذكر؛ منهم على سبيل المثال لا الحصر البخاري وأبو

العلاء المعري وأبو الطيب المتنبّي. يروى أن وراقاً كان يلزمه أبو الطيب المتنبّي قال: كان اليوم عندي - أي المتنبّي - وقد أحضر رجل كتاباً في نحو ثلاثين ورقة لبيعه، فأخذه أبو الطيب، ونظر فيه طويلاً، فقالت له ما هذا؟ أريد بيعه، وقد قطعني عن ذلك، فإن كنت تريد حفظه فهذا يكون في شهر إن شاء الله. فقال المتنبّي: إن كنت حفظته في هذه المدة؟ قلت أهب لك الكتاب. قال اسمعها مني، فأخذت الدفتر من يده، وأقبل يتلوه حتى انتهى إلى آخره.

ومما يؤيد سمة سرعة التعلم لدى المتفوقين عقلياً في الدراسات الحديثة قدرتهم على اجتياز الصفوف ودخولهم المبكر إلى المدرسة، ومما تذكره الأدبيات في هذا المجال حصول الطالب الأفغاني سيد جلال على الثانوية العامة وعمره ثمان سنوات، وتعلم اللغة الأوربية والإنجليزية والروسية وعمره تسع سنوات، والتحق بجامعة البترول بالظهران في السعودية وعمره عشر سنوات في العام الدراسي ١٩٨٠ / ١٩٨١ (مرسي ١٩٨١، ص ١٤٧). وقد تكون هذه الحالات استثنائية، لكنها تعبر عن القدرة التي يمكن أن يتمتع بها المتفوقون، وإن كانت بدرجات متفاوتة، ولكنها على الغالب تظهر لدى المتفوقين أكثر من غيرهم من العاديين.

#### ج - القدرات الابتكارية:

يتصف كثير من المتفوقين في قدرات التفكير الابتكاري وأهمها الطلاقة الفكرية واللفظية والمرونة العقلية، والحساسية تجاه المشكلات والقدرة على التحديد والتعيين، والأصالة في طرح المشكلات والحلول. فقد ذكرت الأدبيات الخاصة بالأطفال المتفوقين ما حدث لمعلم طلب من الأطفال جمع الأرقام التالية (١+٢+٣+٤+٥+٦+٧+٨+٩+١٠) وبينما انهمك جميع الأطفال في عملية الجمع أجاب طفل في السادسة من عمره أن المجموع (٥٥) فدهش الجميع. لقد اكتشف

هذا الطفل أن ثمة بناء منطقياً في المجموعة من خلاله يمكن وضع هذه الأعداد في خمسة أزواج هي (10+1) (9+2) (8+3) (7+4) (6+5) وأن كل مجموع زوج هو (11) وهذا الطفل هو الذي أصبح فيما بعد عالم الرياضيات (غاوس) (زحلوق 1993، ص 59).

إن هذه الحالة وحالات كثيرة مشابهة تظهر لديها القدرة على إيجاد الحلول الجديدة لمشكلة ما، وهو ما يعبر عن سمة الأصالة والجدّة، وإن التفكير ذهب في اتجاهات مختلفة، ولم يتوقف عند ما هو مألوف وعادي. إن حالة (غاوس) تعبر عن طفل لديه قدرات ابتكارية، وفيما بعد توصل إلى نتائج جعلته من العلماء المميزين.

د - قدرات عقلية أخرى:

يتميز الأطفال المتفوقون بالقدرة الفائقة على التعلم والتحصيل من خلال قدراتهم المميزة في التفكير المنطقي والتذكر والانتباه؛ والقدرة على استخدام القواعد العلمية وتطبيقها؛ والاستفادة من القدرات المكانية واللفظية، وفي استخدام الأسلوب الاستدلالي في التفكير.

وبعض من الأطفال ممن يتصفون بالتفكير النقدي والتقويمي، والذي يشكل أساس التفكير الإبداعي وهو تفكير متساؤل، يجيب عن الأسئلة باتجاهات وجوانب مختلفة، كما يتصف بالمرونة العقلية التي تعني قدرة الفرد على الإتيان بمجموعة من الأفكار التي تتصل بالموقف الذي يواجهه المتفوق في القدرات الإبداعية.

٣ - الخصائص الشخصية:

من الخصائص التي يتميز بها المتفوقون حب الاستطلاع والتي تظهر في الرغبة باكتشاف المواقف وتفحصها؛ وزيادة المعلومات عنها وكثرة الأسئلة حول مسائل إشكالية في الطبيعة والمجتمع، وهذه السمة يمكن تربيتهما وتحفيزها،

وبالوقت نفسه يمكن إحباطها لأنها تنمو من خلال تشجيع الطفل على الاستفسار وتوجيه الأسئلة، وتشجيعه على البحث وجمع المعلومات بنفسه.

كما يتميز الأطفال المتفوقون بالدافعية للإنجاز، وهي من السمات ذات البعدين تمتد من الدافعية لتحقيق النجاح إلى الدافعية نحو تجنب الفشل؛ وقد تبين من دراسات كثيرة أن من سمات المتفوقين الدافعية نحو تحقيق النجاح الممتاز. (مرسي ١٩٨١، ص ١٥١).

والدافعية تنقسم إلى دافعية خارجية، ودافعية داخلية: الأولى مصدرها الظروف الخارجية التي تتحدد في الرغبة لأن يكون الفرد متميزاً، له لقب، أو مكانة متميزة بين الأقران، والثانية مصدرها داخلي تتحدد في الرغبة بالبحث والشعور بالسعادة عند اكتساب المعلومات وإنتاجها، وفي حال الإنجاز الإبداعي فإن الدافعية الداخلية هي العامل الأساسي والحاسم، لأن الدافعية الخارجية تركز على موضوع الاهتمامات الشخصية بدلاً من موضوع المعرفة، وبالتالي إذا سيطرت الدافعية الخارجية فإن فعالية البحث والتقصي ومواجهة المجهول سوف تخف وتخفض (روشكا ١٩٨٩، ص ٧١).

ومن السمات الشخصية التي تميز المتفوقين والمبدعين منهم اتجاه الفرد نحو العمل، فالمتفوقون هم أفراد مثابرون نشيطون، وتفوقهم لا يأتي من عقل خامل أو كسول، بل من عقل مثابر وجاد.

وهناك خصائص مزاجية تتعلق بالطبع أو نمط الشخصية، وأكثر نظريات الشخصية تميز بين نمطين من الشخصية، النمط المنبسط والنمط المنطوي. وإذا كان الشرط الأساسي للتفوق هو الانفتاح على الخبرات والإقدام، والقدرة على التفاعل مع خبرات الآخرين فإن النمط المنبسط في هذه الحالة هو الملائم وهو النمط الذي تعبره الحضارة الحالية انتباهاً وتجعل من أفرادها في مراتب قيادية

ومميزة. إلا أن «كاتل» يوجّه النظر بقوله: «ينبغي على المدرسة أن تعير الانتباه للانطوائيين وتحترمهم، في الوقت الذي أصبح فيه الانبساط هو السمة المسيطرة في وقتنا الحالي (ويخص كاتل بالدرجة الأولى الولايات المتحدة الأمريكية)، وعلى ما يبدو لي حقيقة أنه بين الثقافات، كما بين الأفراد فإن أكثر الانطوائيين هم الذين يملكون القدرة على الإنتاج العلمي والفلسفي بشكل أكبر» (المرجع السابق، ص ٧٥).

إضافة إلى كل ذلك ما تذكره الأدبيات من خصائص تميز المتفوقين مثل كثرة الميول لديهم والقيم الاجتماعية والدينية والجمالية والاقتصادية النظرية الإيجابية، والثقة بالنفس والجرأة في قول الحق والتعبير عن الرأي والنزعة إلى الاستقلالية، والخروج عند بعضهم على التقاليد البالية. كما أن المتفوقين يتميزون بالنضج الاجتماعي فهم قادرون على تحمل المسؤولية والتصرف اللائق والعشرة الطيبة وألفة الناس. وبصورة عامة فإن الدراسات أيدت أن المتفوقين لديهم القدرة على التكيف والتوافق مع أسرهم ومجتمعهم باستثناء بعض الحالات التي يفوق نسب ذكائها ١٧٠ - ١٨٠ فقد ظهر لديها أنماط سلوكية لا تتفق مع ما هو مألوف وعادي.

### ثالثاً - رعاية المتفوقين والاهتمام بهم:

من خلال عرضنا لما يتصف به المتفوقون من خصائص عقلية وشخصية نجد أن لديهم حاجات تربوية وتعليمية تتطلب الإشباع، والمدرسة بشكلها الحالي قد لا تفي كثيراً بحاجات هؤلاء المتفوقين فقد تبين من دراسة تيرمان أن حوالي ١٢% من المتفوقين فاشلون في دراستهم العادية، ووجد في دراسة بولاية بنسلفانيا الأمريكية أن عدداً كبيراً من التلاميذ المتسربين من المدارس الثانوية

أذكاء أو أذكاء جداً، إذ كانت نسب ذكاء ٨٠ تلميذا منهم ١٣٠ فأكثر و ٤٢٠ تلميذاً من ١٢٠ - ١٢٩، و ٣٠٠ تلميذاً من ١١٠ - ١١٩ درجة ( French, 1975).

ومن المشكلات التي تواجه المتفوقين في المدرسة العادية الشعور بالملل لأن حجم ما يعطى لهم والطريقة التي تعطى بها المعلومات أقل من حجم قدرتهم على التعلم ومدى استيعابهم، لهذا فهم يتذمرون من الوظائف التكرارية التي لا تشبع حاجاتهم العقلية مما يشعرهم بالملل، أو قد يجعل بعضهم يفتش عن مكان آخر يجدون فيه تقديراً لذواتهم.

وينجم عن هذه المشكلة مشكلة عدم استفادة المتفوق من كل وقته في المدرسة، لأن ما يمكن أن يحصله طفل عادي في ساعة قد يحصله المتفوق في نصف ساعة أو أقل من ذلك. إضافة إلى ذلك أن طرائق التعليم المتبعة قد لا تسمح للمتفوق بالوقت الكافي للمناقشة وإبداء رأيه، والبحث والتعلم الذاتي.

كما تواجه المتفوقين أيضاً مشكلات تتصل بسوء فهم المعلمين لهم، فبالمعنى المألوف عادة يعدون الأطفال المتفوقين هم أولئك الذين يظهرون أنماطاً سلوكية نموذجية من حيث الأدب وعدم إثارة المشاكل أو الأسئلة المحرجة، ومن حيث مطيعون ومتجاوبون، وهذه الصفات قد لا تتوفر عند كل الأطفال المتفوقين، فالغالبية منهم وانفون من أنفسهم ويترحون المشكلات ويقيمون الأمور ولديهم القدرة على النقد البناء عندما يتطلب الأمر ذلك مما يزعج كثيراً من المعلمين.

كما أن المتفوق قد يشعر بمشاعر عدم القدرة على التكيف مع الأقران المماثلين له في العمر الزمني، حيث إن عمره العقلي يكون أعلى من عمره الزمني، مما يخلق له تعقيدات تتصل ليس فقط باتجاهه نحو نفسه، إنما أيضاً باتجاه المجتمع نحوه.

انطلاقاً من هذه المشكلات وغيرها نجد أن المتفوقين يتطلبون رعاية خاصة تلبى حاجاتهم العقلية والانفعالية والاجتماعية، ولهذا كانت هناك مجموعة من الإجراءات التي اتخذتها دول مختلفة لمواجهة الحاجات التربوية – التعليمية.

### أشكال رعاية المتفوقين:

لقد عرفت المجتمعات قديمها وحديثها أشكالاً مختلفة من الرعاية والاهتمام بالمتفوقين فاهتم اليونانيون بالمتفوقين وأنشؤوا المدارس المتخصصة في تعليم فنون الفلسفة والخطابة والجدل، وكذلك فعل الرومان فقد هيؤوا أفضل الشروط لتربية القادة العسكريين لتأهيلهم من أجل الأمصار التي فتحوها.

وكذلك فعل المسلمون في أوج حضارتهم فقد أولوا المتفوقين اهتماماً أكان ذلك على شكل اهتمامات فردية أم جمعية؛ فمثلاً بلغت عناية المنصور بالطبيب أبي بكر بن زهر الذي جعله يبني بيتاً لأبي بكر في مراكش على غرار بيته في اشبيلية (كنون ١٩٧٥، ص ٤٠).

وكان لبعض الأمراء والخلفاء في الدولة الإسلامية اهتمام كبير بالعلم والعلماء فأنشؤوا الجامعات العلمية وأجزوا العطاء لها، من بين هذه الجامعات «بيت الحكمة» ببغداد في عهد الخليفة المأمون، و«مدرسة نور الدين» بدمشق في عهد محمود زنكي و«الأزهر الشريف» بالقاهرة في عهد المعز لدين الله الفاطمي، وبيت الحكمة التونسي في عهد الأغالبة، وبيت الطلبة بمراكش في عهد دولة الموحديين.

وفي العصر الحديث مع تقدم علوم التربية وعلم النفس فإن التوجه للعناية بالمتفوقين أخذت تنتظم تحت أشكال مختلفة؛ ولكن هذه الأشكال يوجهها هدف واحد وهو استثمار الطاقات الإنسانية المتفوقة في مجالات الحياة؛ من أجل تطور

هذه المجالات وتقدمها أكان ذلك في مجال العلوم أم الفنون أم الحياة السياسية؛ أم في الرياضة أم في مجالات أخرى.

لقد عرفت كثير من الدول المتقدمة أشكالاً مختلفة من العناية بالمتفوقين فأنشأت مدارس متخصصة بمواهب خاصة أو مدارس عامة بالمتفوقين، أما المدارس الخاصة بالمواهب فهي المدارس الخاصة بذوي المواهب في الموسيقى والباليه والرقص والرياضيات، أما المدارس العامة فقد عرفت من خلال شكل تجميع المتفوقين مع بعضهم بناء على معايير انتقاء علمية وتربوية وفيما يلي نعرض لأهم أشكال العناية بالمتفوقين والتي اتخذتها بحدود نسبية كثير من دول العالم.

#### ١ - التجميع (Grouping):

يهدف هذا الإجراء إلى تجميع المتفوقين في صفوف خاصة في إطار المدرسة العادية أو في مدارس خاصة بالمتفوقين، أو إنشاء فرق نشاط إضافية تضم المتفوقين.

أما وجود صفوف خاصة في إطار المدرسة العامة فقد أخذت به وما زالت تأخذ به كثير من دول العالم ففي سبتمبر ١٩٥١ بدأت مدارس «بنسلفانيا» في عمل برنامج لبعض الوقت للأطفال الموهوبين يسمح للأطفال المتفوقين عقلياً بترك الفصول العادية لمدة ساعة واحدة كل يوم، وذلك ليتابعوا ميولهم الخاصة، ويشتركوا في دراسة أكثر عمقاً، وقد أعد برنامجان: أحدهما لمجموعة الابتدائي والآخر للإعدادي. وكنموذج للفصول الخاصة للمتفوقين خطة «كليفلاند» للفصول المتعددة والتي تعمل كل الوقت، والتي كانت تطبق في كل من الابتدائية والثانوية. وكان الأساس المعتمد لاختيار الأطفال هو الذكاء (نسبة الذكاء ١٢٥ أو أكثر) والسمات أو الصفات الجسمية والاجتماعية (ماريان شيفل ١٩٦٥ ص

٨٦) أما المدارس الخاصة بالمتفوقين فأخذت به من بين الدول العربية جمهورية مصر العربية منذ أكثر من نصف قرن، ففي عام ١٩٦٠ أنشأت مدرسة عين شمس للمتفوقين وهي مدرسة داخلية يقيم فيها المتفوقون بحيث تقدم لهم أوجه العناية الصحية والنفسية والتربوية؛ وعلى الرغم من أن الطالب في هذه المدرسة يقوم بدراسة المناهج العادية التي تقدم إلى الطلاب في المدارس الأخرى؛ إلا أنه يزيد عليها بعض البرامج الإضافية المرتبطة بما لدى الطالب من استعدادات أو مواهب أو ميول، ويقوم بتقديم هذه البرامج معلمون مؤهلون. وفي عام ١٩٩٠ حدث تعديل في شروط القبول بهذه المدرسة بحيث اتسع ليشمل كل من يحصل على ٨٥% فأكثر من مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب في امتحان الشهادة الإعدادية العامة في المحافظات المختلفة (أحمد، ٢٠٠١).

وعلى غرار ذلك تقوم الجمهورية العربية السورية بتطوير وتقييم تجربتها في مدارس المتفوقين للمرحلة الإعدادية والثانوية؛ والتي تمت إليها الإشارة في الفصل الأول من هذا الكتاب.

## ٢ - التسريع Acceleration:

يقصد بنظام التسريع التعديل في نظام القبول في المدارس العادية؛ وفي إجراءات الترفيع في كل مرحلة دراسية بحيث يؤدي هذا التسريع إلى أن ينهي المتفوق فترة تعليمه بالسرعة المتناسبة مع إمكانياته العقلية، وذلك إما بالسماح له بالالتحاق بالمدرسة الابتدائية في سن مبكرة Early admission، أو السماح له بأن يتخطى بعض الصفوف فينقل من الصف السابع في مرحلة التعليم الأساسي إلى الصف التاسع دون أن يمر بالصف الثامن، وقد يسمح البرنامج بالحاق الطالب بالسنة الثانية بالجامعة؛ إذا استطاع أن ينتهي من دراسة برامج السنة الأولى في

أثناء وجوده بالمرحلة الثانوية ، وذلك بأن تعقد له الجامعة امتحاناً خاصاً للحكم على مستواه. (عبد الغفار ١٩٨٢، ص ٣٠٠).

وكثيراً من الأولياء يقلقون إزاء أطفالهم الذين يتم ترفيعهم بعد أن يكونوا قد دخلوا الروضة أو المدرسة في سن مبكرة؛ مبررين ذلك أن نمو الطفل ونضجه لا يتناسب والصف المتقدم الذي يوضع فيه، أو قد يفشل طفلهم لصغر سنه (من الناحية الزمنية) بحيث ينقصه التراسن بين جوانب نموه العقلية من جهة والانفعالية والاجتماعية من جهة أخرى، ونرى أنه لا مبرر لمثل هذا القلق بخاصة إذا كان الفرق بمعدل سنة إلى سنتين قياساً بالأطفال الأقران ممن يماثلون طفلهم في العمر الزمني، فما أشارت إليه الدراسات وبخاصة دراسة تيرمان أن المتفوقين قادرين على التوافق مع من هم أكبر سناً بدون مشاكل (Terman 1975).

ومما يؤخذ على أسلوب تخطي الصفوف أو الانتقال إلى صف دون المرور بالصف الذي يسبقه أنه لا يسمح للطفل باكتساب الخبرات التعليمية الخاصة بالصفوف التي يتخطاها، لذا كان من الضروري التخطيط الجيد عند تطبيق هذه الطريقة بما يمكن الطفل من اكتساب الخبرات الدراسية بدراسة مقررات الصفوف التي يتم تخطيها في الصيف أو في فصول مسائية أو في العطلات الأسبوعية.

#### ٢ - إثراء البرامج Enrichment

ويقصد بهذا الأسلوب تقديم مناهج إضافية للمتفوقين بجانب المناهج العادية، وغالباً ما تكون هذه المناهج الإضافية في مجال العلوم والرياضيات واللغات الأجنبية، ويشجع المتفوقون على القراءة والاطلاع والبحث، وإجراء التجارب، والقيام بالرحلات العلمية والثقافية كل بحسب استعداداته وميوله، وثمة نوعان من

هذه البرامج الإضافية، يعمل أحدهما على زيادة تعمق الطالب في المادة المتصلة بالمنهج، بينما يعمل النوع الآخر على توسيع دائرة معرفة التلميذ؛ وذلك بأن تتناول هذه المناهج موضوعات جانبية، ويمكن استخدام هذه البرامج في حالة الفصول الخاصة أو في حالة وجود المتفوق في فصل عادي.

أما في حالة الفصول الخاصة فالمنطلق فيها تجميع المتفوقين وإثراء برامجهم بحيث تلبي حاجاتهم العقلية، وقد يكون هذا التجميع في فصل ضمن المدرسة العادية أو في مدارس خاصة بالمتفوقين، ويجد كثير من المختصين أن مثل هذا الإجراء له ما يبرره في النقاط التالية:

١ - إن التجانس بين الطلبة في المدارس يساعد على استفادتهم من كامل قدراتهم أكانوا عاديين أم متفوقين.

٢ - إن انتماء الطالب المتفوق إلى مجموعة من المتفوقين يساعده على تكوين مفهوم واقعي عن إمكاناته من خلال مقارنته بزملائه المتفوقين وبذلك يلمس جوانب الضعف والقوة عنده.

٣ - عدم إمكانية المدرسة العادية بما فيها من إمكانات وبرامج وجداول ومدرسين للقيام بالنشاطات الإضافية التي يحتاجها المتفوقون.

٤ - إن تجهيز مدارس خاصة بالمتفوقين يجعلها أفضل؛ لما يتوفر فيها من مرونة وتنوع في برامجها وما تضم من مخابر ومدرسين أكفاء.

أما في حالة وجود الطالب المتفوق في فصول عادية فتتخذ إجراءات تنفيذ تفريد التعليم على أن تضم الصفوف أعداداً من الطلبة تسمح بإعطاء كل طالب ما يحتاجه وما يتطلبه من معلومات تتحدى إمكاناته. ومثل هذا الإجراء له ما يبرره في النقطتين الأساسيتين التاليتين:

١ - وجود المتفوق مع العاديين يساعده على اكتساب خبرات المواطنة العادية في مجتمعه، وينمي عنده سمات القيادة من خلال شعوره بالثفوق والتميز.

٢ - إن وجود المتفوق في الصف العادي يرفع من طموح الطلبة العاديين ويحسن من أدائهم في منافستهم للمتفوقين.

ومما تجدر الإشارة إليه في معرض حديثنا عن تربية المتفوقين وتلظيم برامجهم الأمور التالية:

١ - أن يتم الاهتمام بأوجه أشكال الثفوق المختلفة، وأن تولي عناية خاصة بالمواهب ونوي القدرات المميزة منذ سن مبكرة؛ وبخاصة المواهب الفنية والأكاديمية. بحيث تنظم فرق نشاط مدرسية، أو أنشطة لا مدرسية تشرف عليها جهات رسمية بهدف تنمية المواهب واستثمارها أفضل استثمار في مجالات الحياة المختلفة.

٢ - أن تنظم برامج خاصة «إبداعية» لأولئك الذين يظهرن قدرات مميزة في التفكير الإبداعي من أجل تنمية هذا التفكير في سنوات الدراسة ومراحلها المختلفة.

٣ - أن تتم متابعة المتفوقين، وتقديم لهم المكافآت من أجل الاستمرار في تفوقهم وأن تنشئ مراكز البحث المختلفة من أجل استثمار طاقاتهم كي يحققوا لهم ولمجتمعهم الفائدة والتقدم.

## الفصل الرابع الطفل المتخلف عقلياً وتربيته

- أولاً - مفهوم التخلف العقلي وتعريفه.
- ثانياً - تصنيف التخلف العقلي .
- ثالثاً - تشخيص التخلف العقلي .
- رابعاً - خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً .
- خامساً - حاجات الأطفال المتخلفين عقلياً .



## أولاً مفهوم التخلف العقلي وتعريفه:

التخلف العقلي حالة من النقص في الأداء الوظيفي العقلي تصيب الطفل منذ سن مبكرة، تحدث في مراحل نموه المختلفة نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة بحيث تؤدي إلى تأخره العقلي، ويصاحب هذا التأخر في النمو العقلي تأخراً في جوانب التعلم والنضج والتكيف الاجتماعي وجوانب الحياة الأخرى.

ومفهوم التخلف العقلي (Mental Retardation) قد اكتسب تسميات مختلفة منها: الضعف العقلي (Mental Deficiency) والإعاقة العقلية (Mental Handicap)، ودون العادي عقلياً (Mental Subnormality) وصغير العقل (Oligophrenia) وهذه المسميات كلها تصب بالمجال نفسه؛ ألا وهو مجال التخلف العقلي.

وينبغي التمييز بين التخلف العقلي والمرض العقلي، فالتخلف العقلي يتمثل في انخفاض الأداء الوظيفي للفرد نتيجة تأخر نموه العقلي أو توقفه أو عدم اكتماله، وإن هذا الانخفاض يتلازم مع قصور في سلوكه التكيفي في أثناء السنوات النمائية والتكوينية (منذ لحظة الإخصاب وحتى سن الثامنة عشر). أما المرض العقلي فهو اضطراب عقلي حاد يؤدي إلى تفكك شخصية الفرد وانحلالها، والاختلال الشديد في وظائفه العقلية كال تفكير والإدراك، وفي سلوكه وعلاقاته الاجتماعية إلى الحد الذي يفقد معه المريض صلته بالآخرين وبالواقع. (القريطي ١٩٩٦، ص ١٨).

ومما يميز هذين المجالين هو أن التخلف العقلي غالباً ما يصيب الفرد منذ ولادته أو في سني طفولته المبكرة، بينما المرض العقلي يصيب الفرد في سن أكثر تقدماً، وكذلك فإن الحالة الأولى تعاني من نقص في القدرة العقلية تجعلها دون المتوسط أو العادي، بينما حالة المرض العقلي قد تصيب العاديين مثلما

تصيب المتفوقين في قدراتهم العقلية لأن الأسباب في هذه الحالة غالباً ما تكون وراثية وتتطوي على استعدادات أولية للمرض، ويمكن لمثل هذه الحالات أن يفيد معها العلاج لتعود إلى حياتها العادية، أما التخلف العقلي بخاصة الحالات الشديدة فيصعب الشفاء منها.

والتخلف العقلي تم تحديده بمنطلقات مختلفة، ولكنها منطقات متكاملة، وأكثر التعريفات التي لاقت قبولاً في هذا المجال هو التعريف الذي حدده «دول» (Doll 1961) والذي يرى فيه أن-التخلف عقلياً يتصف بأنه:

- ١ - غير كفاء اجتماعياً ومهنياً ولا يستطيع أن يدير شؤون نفسه.
- ٢ - أقل من العاديين من الناحية العقلية.
- ٣ - بدأ تأخره العقلي منذ الولادة أو في سن مبكرة.
- ٤ - سيكون متأخراً عند بلوغه مرحلة الرشد.
- ٥ - يرجع تأخره العقلي لعوامل تكوينية إما وراثية أو نتيجة لمرض.
- ٦ - حالته لا تقبل الشفاء. (عبد الغفار ١٩٨٢، ص ٢٧).

وقد وضع «هيبير» (Heber 1959) تعريفاً يعد أيضاً أكثر شمولية وذيوعاً وقبولاً بين المتخصصين في الوقت الحالي، وهو التعريف الذي تأخذ به حالياً الرابطة الأمريكية للضعف العقلي American Association on Mental Deficiency (AAMD)، وينص هذا التعريف على أن التخلف العقلي حالة عامة تشير إلى الأداء الوظيفي المنخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية في العمليات العقلية، تكون متلازمة مع قصور في السلوك التكيفي للفرد، وتحدث هذه الحالة في أثناء فترة النمو، وكما نلاحظ أن هذا التعريف يركز على جوانب ثلاثة هي أن التخلف العقلي:

- ١ - انخفاض المستوى الوظيفي العقلي عن المتوسط أو العادي.

٢ - تلزم هذا الانخفاض مع قصور في السلوك التكيفي.

٣ - أن حالات التخلف تحدث في أثناء فترات النمو قبل اكتمال القدرة العقلية والواقعة تقريباً في سن ما قبل ١٨ سنة.

أما انخفاض المستوى الوظيفي العقلي فيعضهم يجعله بمعدل انحرافين معياريين عن المتوسط أو العادي من حيث نسبة الذكاء، وإذا كان الانحراف المعياري قدره ١٥ درجة، وأن متوسط الذكاء العادي = ١٠٠ انطلاقاً من تطابق العمر الزمني مع العمر العقلي فإن الطفل المتخلف تقع نسبة نكائه عند ٧٠ وما دون، أي إنه ينقص عن العادي بمعدل انحرافين معياريين  $١٥ \times ٢ = ٣٠$  درجة، أي إن نسبة الذكاء التي تقع دون ٧٠ هي مؤشر ومحك على وجود التخلف، ويكون التخلف على درجة بسيطة ومتوسطة وشديدة، ويعتقد بعضهم أن ما قال به «دول» من أن حالة التخلف العقلي حالة لا تقبل الشفاء؛ إنما تنطبق على حالات الإعاقة الشديدة والمتوسطة إلى حد ما، أما حالات الإعاقة البسيطة فيمكن لأفرادها أن يتطوروا ويحققوا تقدماً في تنمية قدراتهم العقلية إذا ما قدمت لهم الخدمات اللازمة التعليمية والعلاجية. (صادق ١٩٨٢).

ومما تقدم نرى أن التخلف العقلي هو حالة توقف أو عدم اكتمال للنمو العقلي يولد بها الطفل أو يحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية، وتوضح آثار عدم اكتمال النمو العقلي في مستوى أداء الطفل في المجالات التي ترتبط بالنضج أو التعلم أو المواءمة البيئية؛ بحيث ينحرف مستوى هذا الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين.

### ثانياً - تصنيف التخلف العقلي:

ينطوي التخلف العقلي على درجات ومستويات، وله أصناف بالرغم من أن القاسم المشترك هو انخفاض القدرة العقلية عند المتخلفين عقلياً، ولكن التخلف

العقلي تختلف فئاته بحسب العوامل المؤدية إلى التخلف، والمظاهر الجسمية ومستويات القدرة العقلية، وهناك معايير مرجعية في تصنيف المتخلفين عقلياً منها ما يلي:

#### ١ - معيار الأسباب:

المنطلق في هذا المعيار أن أفراد الفئة يكون بينهم تجانساً من حيث الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي فمثلاً يصنف تريند جولد (Tredgold 1961) التخلف العقلي انطلاقاً من مصدر العلة في الفئات التالية:

— تخلف عقلي أولي: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.

— تخلف عقلي ثانوي: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من التخلف التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة كالمرض والإصابات والتشوهات الخلقية التي تحدث قبل وفي أثناء وبعد الولادة.

— تخلف عقلي (وراثي بيئي): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معاً.

— تخلف عقلي غير محدد الأسباب: وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من المتخلفين؛ وبخاصة مستوى التخلف البسيط.

وقد أوردت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR تصنيفاً لحالات

التخلف العقلي تبعاً للأسباب التالية: (Grossman 1983):

— عنوى أو تسمم (مثل الحصبة الألمانية والزهري).

— إصابات في أثناء الولادة.

— اضطرابات التمثيل الغذائي (مثل حالات الفينيل كيتونيوريا

والجلاكتوسيميا).

- حالات الاستسقاء الدماغى والعيوب المخية (بعد الولادة).
- حالات صغر الدماغ الناتج عن تأخر سابق للولادة.
- حالات المرض النفسى (مثل الانغلاقية Autism).
- التخلف الحضارى وتأثيراته البيئية.
- أسباب غير محددة.

## ٢ — معيار نسبة الذكاء:

تتخذ نسبة الذكاء أساساً لتصنيف المتخلفين عقلياً بناء على اختبارات تقيس هذه النسبة والمنطلق في ذلك أن نسبة الذكاء تمثل المستوى الوظيفى العقلى للفرد، وأن مستويات الذكاء تتوزع توزيعاً طبيعياً بين الناس، وأن الفروق الفردية بين المتخلفين عقلياً كأفراد وبينهم وبين غيرهم من العاديين تكمن في الاختلاف في المستوى الوظيفى العقلى لهم الذى تقيسه اختبارات الذكاء. ومن بين علماء النفس الذين استخدموا نسبة الذكاء كأساس لتصنيف المتخلفين عقلياً لوتيت Loutit وكيرك Kirk، ومن المحدين جروسمان Grossman.. وغيرهم.

وفيما يلى تصنيف كل من «لوتيت» و«كيرك».

| الفئة     | نسبة الذكاء عند لوتيت  | نسبة الذكاء عند كيرك |
|-----------|------------------------|----------------------|
| المورون   | من ٤٥ أو ٥٠ — ٦٠ أو ٦٥ | من ٥٠ — ٧٠           |
| البلهاء   | من ١٥ أو ٢٠ — ٤٥ أو ٥٠ | من ٢٥ — ٥٠           |
| المعتوهون | من صفر — ١٥ أو ٢٠      | من صفر — ٢٥          |

بينما يصنف «جروسمان» ١٩٨٣ المتخلفين عقلياً تصنيفاً مشابهاً، وقد تبنت هذا التصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى، حيث عدّ أن حالات التخلف

العقلي هي الحالات التي ينخفض أداؤها العقلي العام عن المتوسط بانحرافين معياريين على الأقل مع ملاحظة أن الحالات لا تشخص على أنها تخلف إلا بعد التحقق من شرطين وهما انخفاض السلوك التكيفي، والثاني أن يكون ذلك قد حدث قبل سن الثامنة عشر من العمر. (الشناوي ١٩٩٧، ص ٦٢)، والجدول التالي يبين ذلك.

### تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

| نسبة الذكاء        |                     | فئات المتخلفين                 |
|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| مقياس وكسلر        | مقياس ستانفورد بينه |                                |
| انحراف معياري = ١٥ | انحراف معياري = ١٦  |                                |
| ٥٥ - ٦٩            | ٥٢ - ٦٧             | التخلف البسيط Mild             |
| ٤٠ - ٥٤            | ٣٦ - ٥١             | التخلف المتوسط Moderate        |
| ٢٥ - ٣٩            | ٢٠ - ٣٥             | التخلف الشديد Severe           |
| ٢٤ - فأقل          | ١٩ فأقل             | التخلف العميق (الشديد) Profond |

### ٣ - معيار الأعراض البدنية (الإكلينيكية):

يُصنف بعض المتخلفين عقلياً بصفات بدنية ظاهرة تميزهم عن غيرهم ويدرجون في فئات أو أنماط يطلق عليها الأنماط الإكلينيكية Clinical Type، وهذه الأنماط يبلغ عددها ثلاثين نمطاً، إلا أن من بينها ما هو نادر، ومنها ما هو شائع، لهذا سنتناول الأنماط الأكثر شيوعاً مثل حالات المنغولية وحالات القصاص والاستسقاء الدماغي وكبر الجمجمة وحالات صغر الجمجمة.

## أ - المنغولية Mongolism:

يضم هذا النمط حالات تشبه في مظهرها الخارجي وبخاصة ملامح الوجه الجنس المنغولي، وقد تم تمييز هذا النمط على يد الطبيب لانجدون داون Langdon Down، وقد أصبح هذا النمط يُعرف فيما بعد بعرض داون أو زملة داون. وتنتشر هذه الحالات بنسبة ١/٦٠٠ إلى ١/١٠٠٠ من المواليد ويشيع حدوث هذه الحالات لدى الأمهات المتقدمات في السن.

— ترجع الأسباب في المنغولية إلى عدم انتظام في انقسام الكروموزومات في أثناء تكون الجنين مما ينشأ عنه تكون جنين يحمل ٤٧ كروموسوماً بدلاً من ٤٦، حيث إنه من المعروف أن عدد الأزواج من المورثات (الكروموزومات) لدى المواليد العاديين يبلغ ٢٣ زوجاً، والأمر الذي يحصل في حالة المنغولية أنه في الزوج ٢١ يحدث الخلل بحيث يتكرر ثلاث مرات بدلاً من مرتين. (إبراهيم ١٩٩٦، ص ١٢٥). وأكثر الطرق التي يحدث بها الانقسام الثلاثي للكروموزوم هي طريقة عدم الانفصال وهو خطأ في توزيع الكروموزومات يحدث عند تكوين الخلية الجنسية سواء البويضة أم الحيوان المنوي، وبذلك يكون أحد الأبوين مسؤولاً عن الكروموزوم الزائد، إلا أن المرجح هو حدوث هذه الحالات لدى التقدم في عمر الإنجاب لدى الأم.

— يتشابه أفراد هذا النمط فيما بينهم كما لو كانوا ينتمون إلى أسرة واحدة، في حين أنه لا يوجد شبهة بينهم وبين أفراد أسرهم الأسوياء، فالواحد منهم يتصف برأس صغيرة، مستديرة، يكسوها شعر ناعم الملمس، والأنف صغير وأفطس، والشفتان رقيقتان وسقف الحلق منخفض، ويبدو اللسان بينهما كبيراً منشقاً، أما العينان فتكونان متميزتين حيث تكونان متباعدين وتشبهان اللوزتين، جفونهما ذات جلد سميك يتدلان إلى الداخل. كما أن هناك خصائص جسمية مميزة تلاحظ

على اليدين والقدمين، فالأيدي تميل إلى الصغر والأصابع قصيرة بخاصة «الخنصر» ويعاني أفراد هذه الفئة من الاختلالات الكيميائية الحيوية ومشكلات في انتظام دقات القلب، وضعف في الجهاز الدوري وبرودة الأطراف التي تزرق في بعض الحالات.

أما خصائصهم العقلية فمعظم أفراد هذه الفئة يقع في مستوى البهائم، ونسب قليلة ممن تقع في فئة التخلف البسيط (المورون) أو التخلف الشديد (المعتوهين). ولا يلاحظ فروق في النمو بين هذه الفئة والعاديين من الأطفال خلال العامين الأولين من حياتهم، غير أن هذه الفروق تبدأ في الظهور والازدياد مع تقدم العمر حتى سن الرابعة أو الخامسة حيث تبدو جوانب الضعف في مجالات الإدراك اللمسي والاستدلال التجريدي والقدرات التصورية والإدراك السمعي. (الشناوي ١٩٩٧، ص ٩٠).

أما خصائصهم الانفعالية والاجتماعية فهي أيضاً خصائص مميزة، فالطفل المنفولي طفل ودود ولطيف وينمو سعيداً دائماً ويتميز بمزاج طيب ويقبل على الآخرين بالابتسام والمصافحة أو التقرب، كما يلاحظ على أطفال هذه الفئة ردود أفعالهم الإيجابية والمتفاعلة مع الموسيقى والأغاني لهذا يطلق على هذه الفئة الأطفال السعداء.

#### ب - القماءة أو القصاع Cretinism:

نمط إكلينيكي يتميز بقصر القامة المفرط، ويرجع سببه إما إلى عدم وجود الغدة الدرقية أو إلى خلل في إفراز هذه الغدة؛ ينشأ عنه نقص في مادة الثيروكسين في جسم الجنين بسبب تضخم الغدة الدرقية عند الأم أو لنقص كمية اليود التي تتناولها في طعامها، وبذلك يكون العامل أقرب لأن يكون موروثاً من الأم أو ناتجاً عن نقص عنصر اليود في غذاء الطفل.

تتميز هذه الحالات بقصر القامة المفرط فبعضهم لا يتجاوز ٨٠ - ٩٠ سم وأطولهم يصل طوله ٢٢٠ سم ومن السهل تشخيص حالة القصاع إكلينيكيًا بعد السنة الأولى من عمر الطفل حيث يلاحظ عليه الخمول وقلّة النشاط، وبطء الاستجابة وتوقف نمو الذهن، وجفاف الجلد وبرودته والشعر الخشن، والشخير في أثناء التنفس والبطن مستديرة وبارزة إلى الأمام، والساقان قصيرتان، وتعاني حالات القصاع من فتاق السرة، وتموت عادة في سن مبكرة (مرسي ١٩٩٦، ص ١٤٢). أما المستوى العقلي الذي يصل إليه فهو يتراوح بين العته والغباء.

### ج - الاستسقاء الدماغي Hydro Cephaly:

يتميز أفراد هذا النمط في كبر محيط الجمجمة، وقد يولد الطفل ومحيط الجمجمة عادي؛ ثم تبدأ الجمجمة في النمو الشاذ في الأسابيع الأولى من عمره، وترجع هذه الحالة إلى تجمع سائل المخ الشوكي لأسباب مرضية ولاندية أو مكتسبة، وينتج عن ذلك إما ازدياد وتراكم في السائل المتكون أو انسداد في القنوات المخية، وإما عدم امتصاص السائل، ونتيجة لهذا التجمع يحدث تلف في أنسجة المخ يؤدي إلى التخلف العقلي، ويتوقف مدى التخلف العقلي على مقدار التلف الذي حدث بأنسجة المخ، فتتراوح حالات التخلف بين التخلف البسيط والتخلف الشديد.

### د - حالات صغر الجمجمة وكبر الجمجمة Microcephaly and

### Macrocephaly:

يشترك هذان النمطان في أن تكوين الجمجمة في كليهما غير عسادي، ففسي حالة صغر الجمجمة يكون حجم الدماغ صغيراً، ويكون رأس الطفل أشبه برأس طائر وجلد فروته أكبر من حجمها، وحجم الأذنين كبير، والجهة منحدره إلى الخلف؛ وغالباً ما ترجع هذه الحالة إلى شذوذ في عدد الكروموزومات وبخاصة

المجموعة (د) التي تضم أزواج المورثات أرقام ١٣، ١٤، ١٥ ويسمى ثلاثي (د) الذي يؤدي إلى صغر حجم الجمجمة (المرجع السابق، ص ١٣٠).

أما حالة كبر الجمجمة فيكون محيط الجمجمة كبيراً وعدم السماح كبيراً، وبخاصة في حجم المادة البيضاء والخلايا الضامة في المخ، إضافة إلى ذلك يترافق مع هذا الشذوذ اضطراب في البصر وحدوث التشنجات. وليست أسباب هذه الحالة معروفة تماماً، وإنما يرجح فيها أن تكون نتيجة صوب في المخ لنقل عن طريق الوراثة (الريحاني ١٩٨١، ص ٩٩).

#### ٤ - المعيار التربوي:

ينطلق هذا التصنيف من قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التعلم أو القدرة على التكيف مع عناصر البيئة المختلفة، كما يأخذ أصحاب هذا التصنيف بالقدرة العقلية، لكون هذه القدرة غايتها التكيف، وتطوي على القدرة على التعلم. بحيث تصنف فئات التخلف إلى أربع فئات:

— فئة الأطفال الأغباء Dull أو بطيئي التعلم Slow Learning: وتتراوح نسبة الذكاء عندهم ما بين ٧٥ — ٩٠ درجة، ولا يعدما الكثيرون من فئات خلف العقلي بل هي فئة حدية دون المتوسط في القدرة العقلية.

— فئة المورون أو القابلون للتعلم Educable: وتتراوح نسبة الذكاء عندهم ما بين ٥٠ أو ٥٥ إلى ٧٥ أو ٧٩. ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من برامج التربية في المدرسة العادية بدون إجراء بعض التعديلات، إلا أنه يبقى لديهم الإمكان للتعلم والنمو في مجالات المهارات الأكاديمية والاجتماعية والمهنية، ففي أحسن الحالات يتمكن أطفال هذه الفئة من الوصول إلى مستوى الصف الخامس أو السادس الابتدائي في المهارات الأكاديمية المختلفة، ويمكنهم التكيف والقدرة على تعلم مهنة تناسب إمكاناتهم.

— فئة البلهاء أو القابلين للتدريب Trainable: وتتراوح نسبة الذكاء عندهم ما بين ٣٠ أو ٣٥ إلى ٥٠ أو ٥٥ درجة غير قادرين على التعلم الأكاديمي، وفي أحسن الحالات يمكن أن يصل أطفال هذه الفئة إلى مستوى الصف الثاني الابتدائي، إلا أنهم قابلون للتدريب في مجال المهارات اللازمة للاعتماد على النفس والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيرة؛ وإذا كانت الحالات القابلة للتعلم لا يظهر التخلف عندها بشكل ملحوظ إلا بعد دخولها المدرسة؛ فإن الحالات القابلة للتدريب تظهر ملامح التخلف بأشكاله المختلفة في مراحل مبكرة.

— فئة المعتمدين أو الحالات الاعتمادية أو حالات الرعاية Custodial: وتتراوح نسبة الذكاء عند أفراد هذه الفئة ما بين ٢٥ أو ٣٠ وما دون، وهذه الحالات غير قابلة للتعلم أو التدريب بل هي حالات تعتمد على غيرها في حاجاتها المختلفة، يمكن العمل على تعديل بعض أشكال السلوك، وبخاصة تلك الأشكال التي ترتبط بحاجاتها البيولوجية.

خلاصة لما تقدم فإن تصنيف المتخلفين عقلياً غالباً ما ينطلق من معيار القدرات العقلية، والقدرة على التعلم والتكيف، وأصناف المتخلفين تقع في ثلاث فئات أساسية هي:

١ — التخلف العقلي البسيط أو المورون أو القابلون للتعلم.

٢ — التخلف العقلي المتوسط أو البلهاء أو القابلون للتدريب.

٣ — التخلف العقلي الشديد أو المعتمدون أو الحالات الاعتمادية.

إضافة إلى وجود فئة حدية تقع بين ما هو عادي وما هو متخلف عقلياً؛ أي أولئك الذين يمكن أن نطلق عليهم التخلف البسيط جداً أو الأغبياء أو بطيئي التعلم، وبذلك نكون أمام أربع فئات لكل واحدة خصائص مشتركة تميز الواحدة عن الأخرى.

### ثالثاً - تشخيص التخلف العقلي:

يشخص التخلف العقلي بعدة وسائل وطرق إذ لا بد في البدء من أن يعرض الطفل على طبيب مختص (عصبي نفسي) ، ليشرح الحالة ويقرر وجود آفة أو خلل ما في الجهاز العصبي بعد أن يكون قد درس حالة الطفل الصحية وتحري الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي، وبذلك فإن تقريره يتضمن التاريخ الصحي والعوامل الفيزيولوجية والعيوب المخية.

كما يلزم من أجل تشخيص حالة التخلف العقلي تشخيصاً نفسياً يشمل تحديد مستوى الذكاء وإمكانات الطفل العقلية، وهذا يقرره مختص نفسي يعتمد على مجموعة من المقاييس والاختبارات التي تضع الطفل في مستوى عقلي دون أقرانه العاديين، ويعتمد في تحديده للتخلف العقلي من وجهة نظر عقلية أن يكون مستوى ذكاء الطفل منخرفاً عن المتوسط باتجاه الأدنى بحدود انحرافين معياريين، أي أن تكون نسبة ذكائه دون ٧٠، إذا كانت قيمة الانحراف المعياري ١٥.

ولا بد في حالة التشخيص من أخذ معلومات من الأسرة تفيد المختصين في تشخيص الحالة، فالأسرة هي دوماً على اتصال مع الطفل وتلاحظه في مواقف متعددة مما يوفر بيانات يمكن الاعتماد عليها مثل قدرة الطفل على القيام بخدمة نفسه، ومدى قدرته على الاستجابة لمجموعة من المتطلبات والمثيرات التي يستجيب إليها عادة في مثل من هم في سنه.

وكذلك يمكن لمختص تربوي أن يحدد مدى قدرة الطفل على التعلم ومدى استيعابه للمواد التحصيلية الأكاديمية. فإذا اجتمعت مجموعة من المؤشرات يمكن تقرير حالة الطفل وتقييمه على أنه متخلف عقلياً.

إن تشخيص التخلف العقلي مسؤولية أخلاقية واجتماعية، فليس من السهل أن نقرر أن الطفل متخلف عقلياً وتلزمه مجموعة خدمات خاصة؛ لأنه لا يتمكن من مجاراة أقرانه الأطفال ممن هم في مثل عمره الزمني، فمثل هذا التقرير يحتاج إلى بيانات متكاملة هي ما ندعوه بالتشخيص التكاملي الذي يعتمد على مجموعة من المحكات العقلية والاجتماعية والنفسية والتربوية والطبية.

فإذا ظهر لدى الطفل انخفاض في مستوى القدرات العقلية وانخفاض في نسبة الذكاء ولم تظهر علائم أخرى؛ فيمكن لفريق التشخيص أن يتشكك في نتائج اختبارات الذكاء، لأن تكيف الشخص اجتماعياً، أو نجاحه في التحصيل الأكاديمي دليل على أن نموه العقلي لم يتوقف، وإذا ظهر فشل الشخص في التحصيل الدراسي أو في التوافق الاجتماعي أو في كليهما معاً، وكان ذكاهه عادياً أو قريباً من العادي فلا تشخص حالته على أنه متخلف عقلياً بل يعد شخصاً عادياً فشلاً في التوافق الاجتماعي أو الدراسي؛ وأن حالته ترجع إلى أسباب غير عقلية، ومن هذه الزاوية اهتمت كثير من الدول بإنشاء مراكز تشخيصية تضم مجموعة من المختصين تشتمل على أربعة تخصصات رئيسة هي : (مرسى ١٩٩٦ ص ٥١)

١ - *المختص النفسي*: يقوم هذا المختص بإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات لجمع المعلومات من التاريخ التطوري، وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص المستوى العقلي ونموه، وسمات الشخصية والمهارات الحسية والحركية والخبرات التحصيلية.

٢ - *المختص الاجتماعي*: يقوم هذا المختص بإجراء دراسة اجتماعية لأسرة الطفل أو الشخص وتاريخها الاجتماعي وظروف رعايتها لأطفالها

والأمراض الاجتماعية والجسمية التي تعاني منها، يدرس مدى توافق الشخص وقدرته على التوافق الاجتماعي داخل الأسرة وخارجها.

٣ - الطبيب المختص: وهو يقوم بإجراء الفحوص اللازمة والتحليل الطبية وتحديد الحالة الصحية للشخص وتحديد الأمراض التي يعاني منها، وإمكانات العلاج.

٤ - مختصون آخرون: يفيد في حالة التشخيص مختص الطب النفسي، والمختص التربوي، فالأول يقوم بتحديد الاضطرابات النفسية أو العقلية أو حالات الصرع ويحدد الحاجات العلاجية في ذلك، والثاني يمكن أن يقوم بدراسة التطور التربوي - التعليمي للشخص وحدود الإمكانيات لديه. كما يمكن أن يستعان بمختصين آخرين مثل اختصاصيي العصبية أو الغدد أو الأمراض الوراثية أو أخصائيي العظام. إن مثل هذا الفريق المتكامل في عمله يمكن أن يقوم بحالة الطفل أو الشخص من جوانب مختلفة.

ولكن يمكن للتشخيص أن يقع في الخطأ في بعض الحالات واحتمالات الخطأ قد تكون في حالتين:

الحالة الأولى: عندما يتم تشخيص الأطفال الصغار بخاصة إذا كان تخلفهم خفيفاً، فقد يحدث أن تجتمع مجموعة من المؤشرات لتدل على تدني مستوى الطفل العقلي عن مستوى أقرانه، وقد يحصل ذلك في فترة من فترات نمو الطفل، ولكن يكتشف فيما بعد أن الطفل بحالة عادية، أو قد يحصل أن الطفل بالرغم من وجود هذه المؤشرات إلا أنه يعد طفلاً عادياً، ولكن يكشف فيما بعد أنه بحالة تخلف عقلي وتكتشف هذه الحالة بخاصة في بداية السن المدرسية. والانتباه مطلوب لمثل هذه الحالات، حيث إن الفروق بين حالات التخلف العقلي، والحالات الحدية القريبة من العادية ليست فروقاً كبيرة، يضاف إلى ذلك أن

اختبارات الذكاء في السن ما قبل المدرسية قد لا تكشف بدقة مستوى الذكاء أو قد يحصل أن يعد الطفل عادياً بالرغم من وجود مؤشرات على تخلفه، ولكن يكتشف تخلفه في سن المراهقة بخاصة بعد دخوله للمدرسة، حيث تظهر ملامح التخلف لديه بشكل واضح من خلال عدم قدرته على مجاراة أقرانه الذي يمكن التنبؤ عنه في المراهقة والرشد.

الحالة الثانية: عندما يتم تشخيص الأطفال الذين ينحدرون من أوساط اجتماعية وثقافية واقتصادية فقيرة، أو الأطفال الذين عاشوا منذ ولادتهم في الملاجئ ودور الرعاية الاجتماعية، فكثير من هؤلاء يعانون من تأخر في نضجهم الانفعالي والاجتماعي، ويبدو سلوكهم كالمختلفين عقلياً، وقد يحصل بعضهم على نسب ذكاء منخفضة بخاصة على اختبارات الذكاء اللفظية التي تكون عادة مشبعة بالعوامل الثقافية والمدرسية، ولهذا السبب ينصح أن يخضع هؤلاء الأطفال لمراقبة سلوكهم وملاحظته في مواقف متعددة قبل الحكم عليهم بأنهم مختلفون عقلياً.

انطلاقاً من كل ذلك ينبغي أن يأخذ التشخيص بأكثر من محك، وأن نتوقف للإمعان والاختبار عند الحالات التي يشتبه بها أنها تعاني من التخلف العقلي، لأن إطلاق الأحكام الجائرة بحق الأطفال أنهم مختلفون عقلياً، وهم ليسوا كذلك سيكون له من الآثار المدمرة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع، وسيكلف ذلك أعباء كثيرة نفسية واقتصادية واجتماعية.

#### رابعاً - خصائص الأطفال المختلفين عقلياً:

يتصف الأطفال المختلفون عقلياً بصفات معينة تختلف عن الصفات التي يتصف بها عموم الأطفال العاديين، فالأطفال المختلفون عقلياً يظهرون تقصيراً في أداء المهمات التي تتطلب القدرة العقلية فهم أقل في مستوى الانتباه، والقدرة

على التركيز، وعلى التذكر، وهم أقل من حيث قدرتهم على ربط العلاقات، والقدرة على التحليل والتركيب، وبالتالي فإن نسبة ذكائهم تنخفض عن نسبة الأطفال العاديين انخفاضاً ملحوظاً تجعلهم يقصرون عن أقرانهم، ويستمر هذا التقصير في مستقبل حياتهم، وهم أيضاً أقل من ناحية القدرة على التكيف الاجتماعي، فهم لا يستطيعون التكيف مع المواقف الجديدة إلا بحدود إمكاناتهم العقلية التي تبقى دون المستوى المطلوب أو المستوى المنتظر من الآخرين، وتكثر عندهم الانحرافات السلوكية لعدم القدرة على الضبط الانفعالي والاجتماعي. كما أن حالات كثيرة منهم تعاني من الانحرافات الجسمية والحسية. إلا أن هذه الصفات لا تكون موجودة بدرجة واحدة لدى المتخلفين عقلياً، فهي تختلف باختلاف درجة الإعاقة عندهم. وفيما يلي نتناول هذه الخصائص وفقاً لدرجة إعاقتهم ووفقاً لتصنيفهم التربوي.

#### ١ - الخصائص العقلية:

أ - القابلون للتعلم: يتصف القابلون للتعلم من الناحية العقلية أنهم أقل من العاديين فهم ينحرفون في نسبة ذكائهم بمعدل انحرافين معياريين عن المتوسط فنسبة ذكائهم تقع في حدود ٧٠ - ٥٠ درجة ذكاء، كما أن النمو العقلي لدى هذه الفئة أقل من معدله عند الأطفال العاديين، فإذا كان الأطفال العاديون ينمون بمعدل سنة (مقابل كل سنة زمنية، سنة عقلية) فإن الأطفال المتخلفين ينمون بمعدل  $\frac{3}{4}$  السنة (مقابل كل سنة زمنية  $\frac{3}{4}$  سنة عقلية) وهكذا فعندما يكون عمر الطفل العادي ٦ سنوات، فإن أقصى ما يصل إليه من الناحية العقلية هو عمر ٦ سنوات و ٩ أشهر بينما يصل الطفل المتخلف عقلياً ممن عمره ٦ سنوات زمنية إلى عمر عقلي أقصاه ٤ سنوات وشهرين (أبو علام ومرسي ١٩٩٢).

يصل أطفال هذه الفئة إلى مستوى من التعلم لا يتجاوز حدود الصف الخامس الابتدائي فهم يمكن أن يتعلموا القراءة والكتابة والحساب، ولكن يحتاجون إلى فترة زمنية أطول مما يتعلمه الأطفال العاديون ويحتاجون إلى طرائق يدخل فيها عناصر التشويق والتحفيز والأشياء الواقعية المدركة إدراكاً مباشراً لأنهم يشكون من نقص في جملة قدراتهم العقلية والنفسية، ولأن أداءهم منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء، وعندهم ضعف في القدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة كما أن لديهم ذاكرة ضعيفة لا تمكنهم من حفظ المعلومات وإنتاجها، وقصور في القدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات، كما أنهم يعانون من قصور الفهم والاستيعاب وتدني المقدرة على التحصيل الدراسي، فالتعلم لديهم بطيء؛ كما يعانون من تأخر في النمو اللغوي وعدم المقدرة على تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع. (القريظي ١٩٩٦، ص ٧٩).

ب - القابلون للتدريب: يتصف القابلون للتدريب من الناحية العقلية أنهم أقل من العاديين وأقل من القابلين للتعلم في نسبة ذكائهم، فهم ينحرفون عن العاديين بمعدل ٣ إلى ٤ انحرافات معيارية وعن القابلين للتعلم بمعدل انحراف معياري إلى انحرافين معياريين، أي إن نسبة ذكائهم تتراوح بين ٥٥ - ٥٠ و ٣٠ - ٢٥ درجة، وأن معدل النمو لديهم يكون بمعدل نصف ما ينمو الطفل العادي من الناحية العقلية (وإذا عرفنا أن النمو العقلي يتوقف عند سن ١٨ في الحالة العادية، فإن ما ينموه الطفل القابل للتدريب هو لغاية نصف ما ينموه الطفل العادي أي إلى سن ٩ سنوات)، وبذلك فإن ما يصل إليه الطفل القابل للتدريب هو مستوى الصف الثاني الابتدائي بحيث يمكن أن يتمكن من معرفة العمليات الأكاديمية الأولية في القراءة والكتابة والقيام ببعض العمليات الحسابية. أما قدراتهم العقلية فهي دون القابلين للتعلم من حيث التذكر، والقدرة على الانتباه والتركيز، وبصورة عامة فتفكيرهم وظيفي مرتبط بالمدركات الحسية المباشرة.

ج - حالات العزل: تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن ٢٥ - ٣٠ درجة ويعد الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وإشراف مستمرين لأنه غير قادر على الاستمرار بلا مساعدة مباشرة.

## ٢ - الخصائص الجسمية:

تشير معظم الدراسات التي أجريت حول الفروق بين العاديين والمتخلفين عقلياً من حيث الخصائص الجسمية إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المتخلفين عقلياً من فئة التخلف البسيط أو القابلين للتعلم والعادين، فالنمو الجسمي يسير إلى حد كبير بالوتيرة النمائية نفسها إلا أن احتمال ما يمكن أن يصاب به هؤلاء الأطفال من أمراض جسمية قد تكون نسبتها أعلى مما هي عليه عند العاديين (سليمان ١٩٩٢، ص ٩٥)، إلا أن الفروق تظهر عندما تقارن فئة الأطفال القابلين للتدريب أو البلهاء مع الأطفال العاديين فهؤلاء بالأصل غالباً ما يترافق مع نموهم الجسمي حالات من الصرع والتشوهات الخلقية، ولا عجب في ذلك إذا عرفنا أن الأنماط الإكلينيكية غالباً ما يقع أفرادها ضمن فئة الأطفال البلهاء، لهذا فإن النمو الجسمي والحركي لهذه الفئة غالباً ما يصاحبها تأخر في النشاط الحسي الحركي، وتكثر الأمراض لديها وتوجد حالات كثيرة ممن تعاني إما من فرط النشاط أو من الخمول والكسل الشديدين. أما حالات التخلف الشديدة أو حالات العزل فإن أفرادها يعانون من اختلالات عديدة جسمية (حسية وحركية) فتكثر لديهم حالات القصور السمعي والبصري وعدم القدرة على التوازن الحركي، والقدرة على التركيز في جملة النشاطات التي يمكن أن يقوموا بها وهي نشاطات قليلة إلى حد كبير، حيث يترافق مع هذه الحالات وجود إعاقات أخرى مثل الشلل والصرع والتشوهات الخلقية (مرسي ١٩٩٦، ص ٢٧٥).

### ٣ - الخصائص الانفعالية الاجتماعية:

لا يتصف المتخلفون عقلياً بصفات ثابتة من حيث الخصائص الانفعالية - الاجتماعية، فهناك فروق كبيرة بينهم، وهذه الفروق ترجع إلى عاملين رئيسيين يمكن الأخذ بهما: العامل الأول أن بعض الصفات الانفعالية ترتبط بمصدر العلة، فمثلاً النشاط الزائد يمكن أن يرتبط بحالة الأطفال الذين يعانون من تلف في الجهاز العصبي المركزي فهم لا يمكنهم الاستقرار في مكان دون أن يغيروه، ولا يكفون عن الحركة المستمرة سواء أكانت هذه الحركة شاملة للجسم أم لبعض أجزائه، وقد نواجه بعض الحالات والتي ترجع إلى مصدر العلة تعاني من التكرار في السلوك، فنجد الطفل منهم لا يمل تكرار نوع واحد من أنواع النشاط، ويرى البعض أن هذه الصفة تغلب على من عندهم تلفاً في المخ ولا تظهر بهذه الكثرة عند حالات التخلف العقلي التي يرجع فيها التخلف إلى عوامل وراثية مما يرجح ارتباطها بعوامل عصبية أكثر منها بعوامل نفسية.

والعامل الثاني هو أن الخصائص الانفعالية الاجتماعية تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث بين المتخلف عقلياً وبيئته الأسرية والمجتمعية، بمعنى أن هذه الخصائص لا تتوقف على مدى التخلف العقلي ودرجته إنما تتوقف أيضاً على اتجاه المجتمع نحو المتخلفين، واتجاه المتخلف نحو نفسه. وبذلك فإن هناك جملة من الخصائص التي قد يكون المجتمع مسؤولاً عنها وهي الانعزالية والانسحاب وعدم القدرة على الانخراط في نشاط الجماعة، أو قد يظهر الطفل على العكس روح العدوانية جراء تراكم الإحباطات التي يصاب بها من جراء فشله في المهمات التي توكل إليه ولا يستطيع القيام بها. إضافة إلى ذلك عدم تقدير الذات الذي يتحدد من خلال نظرة المتخلف إلى نفسه أو مفهومه عن نفسه. وهذه الخصائص كما ذكرنا في الفصل الخاص حول آثار الإعاقة على الفرد قد

لا ترتبط بالضرورة كصفة ملازمة للطفل؛ إنما هي نتيجة للأسلوب الذي يعامل به الطفل.

### خامساً - حاجات الأطفال المتخلفين عقلياً وتنظيم تربيتهم:

من خلال ما تم عرضه من تعريف للمتخلفين عقلياً، ومن تحديد لفتاتهم وخصائصهم نجد أن هذه الفئة من الأطفال تعاني من نقص أو بطء في النمو العقلي ينعكس على مجالات التكيف، والتعلم والنضج انعكاساً سلبياً يظهر على شكل حاجات خاصة ترتبط بهذه المجالات وتختلف عما تكون عليه الحاجات عند الأطفال العاديين، فهؤلاء الأطفال يعانون من عدم القدرة على التكيف، ومن عدم التقبل الاجتماعي والمنطوق في ذلك أن الحياة هيأت لأولئك الذين يقدمون الاستجابات السلوكية المطلوبة منهم وفقاً لما يتوقعه الآخرون من استجابات ترتبط بمرحلة عمرية معينة، فإذا ما أخفق المتخلف عقلياً في الاستجابات المطلوبة قوبل بالرفض وعدم التقبل. ولهذا فإن أعظم حاجة بالنسبة للطفل المعوق عقلياً هي أن يكون مقبولاً كشخص يتمتع بكثير من الصفات المشتركة مع الآخرين العاديين، وأن يكون موقف الأهل والمعلمين موقفاً وديماً مشجعاً بالحب، ينطلق من فهم احتياجات هذا الطفل لمتطلبات التكيف الشخصي والاجتماعي، فهؤلاء الأفراد بشر مثلنا لهم الحقوق نفسها التي هي لنا كعاديين، فلهم الحق في الصحة والتعليم والعيش بكرامة، والحق في العمل وتأمين مستلزمات العيش، ولعل أهم الحاجات الخاصة بالأطفال المتخلفين عقلياً تكمن في احتياجاتهم التربوية والتعليمية، فهؤلاء الأطفال هم دون العاديين في الانتباه والتذكر، واللغة والعمليات العقلية العليا كالتجريد والتعميم والمقارنة، وهم

بصورة عامة لا يتمكنون من اتخاذ القرارات بأنفسهم. لهذا فإن المدخل للموهم وتطورهم يكمن في كيفية تعليمهم وتربيتهم.

المبادئ العامة في تربية المتخلفين عقلياً:

انطلاقاً من الخصائص المذكورة يمكن وضع مجموعة من المبادئ العامة التي توجه تعليم المتخلفين عقلياً وتربيتهم وهي:

١ - أن تكون الأهداف التعليمية ذات صبغة واقعية ومتصلة بخبرات الطفل اليومية.

٢ - أن تراعي العملية التعليمية المهمات المطلوبة من الأطفال؛ بحيث تكون متسلسلة من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب؛ بحيث تسمح للطفل باحتمالات عالية في النجاح.

٣ - أن يؤخذ بمبدأ الفروق الفردية بحيث يتم تمييز جوانب القوة، وجوانب الضعف لدى كل طفل، وأن تتاح الفرص لتوفير الدافعية وتحفيز الإمكانات، وبناء برامج تعديل السلوك من أجل ضبط ما هو منحرف أو ناقص.

٤ - أن تراعي العملية التعليمية المهمات المطلوبة من الأطفال بحيث تكون في إطار مفاهيم محسوسة وأن تكون قابلة للإنجاز والتطبيق.

٥ - تشجيع الطفل على المشاركة، وإتاحة الفرصة له للانضمام في حياة الأسرة والجماعة، وتهيئة الشروط لتوفير أكبر قدر ممكن من الاستقلالية واتخاذ القرار.

٦ - الحب والتقبل شرطان أساسيان لكل تربية وتعليم للطفل المعوق.

(أبو فخر، ١٩٩١، ص ١٧٢).

## أساليب معاملة المتخلفين عقلياً:

لا تختلف أساليب معاملة الأطفال المتخلفين عقلياً عن أساليب معاملة الأطفال الآخرين من العاديين، فالطفل هو طفل يحتاج للحب والتقبل والأمن وتحقيق الذات؛ إلا أن المتخلفين عقلياً انطلاقاً من اختلافهم عن الآخرين في مدى استجاباتهم العقلية والانفعالية فإنهم يتطلبون معاملة خاصة أو معاملة تقوم على ما يلي:

### ١ - التقبل والحب:

يتعلم التلميذ بسهولة أكثر من شخص يحبه، ويتقبله، والأهل كما المعلمون إذا لم يشعروا بالطفل بجو من الأمن والتقبل، لا يمكن لهذا الطفل أن يستجيب ويتعلم فالطفل المتخلف الانطوائي، أو الطفل المتخلف الذي يتسم بنشاط زائد، أو الطفل الذي لديه اضطرابات انفعالية، وصعوبات في النطق كل هؤلاء وغيرهم يمكن أن يكونوا علاقات ودية مع معلمهم إذا ما أبدى المعلمون مواقف ودية وتقبلاً. فتنبغي على المعلمة أو المعلم أن يظهر الصداقة نحو الطفل بأساليب مختلفة كأن تشبك المعلمة عندما يخرج الطفل في نزمة يديها بيديه، كما عليها أن تكون على معرفة باهتمامات الطفل وحاجاته وأن تأخذ بيده في أي حال كان، وفي أي شكل كان. كما عليها أن تبدي التقرب والإمكان للعب مع الطفل. وينبغي دوماً أن يكون سلوك المعلمة قدوة للأطفال، وأن تتعامل معهم بهدوء وحسب وصبر.

### ٢ - التحفيز والمكافأة:

تستخدم المكافآت عادة من أجل استمرار السلوك وإعادة تكراره في حين يستخدم العقاب من أجل استبعاد السلوك غير المرغوب فيه، وما استخدام المكافآت إلا طريقة في التعزيز والتحفيز من أجل استمرار السلوك المرغوب فيه

وتطويره. فعندما يقف الطفل منتصباً للمرة الأولى ليخطو خطواته الأولى يبدي من حوله سرورهم ويثنون على الطفل، فيفهم الطفل من ذلك أنه قام بعمل «جيد» لأن شيئاً جيداً تبع ذلك. وكذلك بالنسبة لتلميذ المدرسة الذي يجيب إجابة صحيحة على سؤال ما فيثنى عليه، وهنا يتعلم بأن الإجابات الصحيحة تجلب مكافأة الثناء.

يحب الأطفال أشياء مختلفة، باختلاف أذواقهم الحلوى أو اللعيب بالدمى، الموسيقى أو الابتسامات أو رؤية «التلفزيون»، المديح أو العناق، ولكي نعلم الأطفال ينبغي أن نعطيهم شيئاً يستمتعون به بعد قيامهم بالعمل المناسب، أما بالنسبة للأطفال المصابين بإعاقات شديدة فقد تكون المكافأة غالباً أشياء حلوة يأكلونها أو يشربونها بعد قيامهم بالعمل المناسب.

ومن الضروري أن تقدم المكافأة والمديح بعد عمل التلميذ مباشرة حتى يفهم العلاقة بين عمله الجيد ومكافأة المعلمة أو المعلم له. هذا ينطبق على الأمور التعليمية، والخبرات المطلوب إتقانها، وكذلك ينطبق على السلوك المرغوب فيه.

إن إعطاء فرص المكافأة لكل طفل تعزز قيمة الأمور الجيدة التي نرغب أن يتعلمها الأطفال، فالأطفال الذين يفشلون بعد تجربتهم للمحاولات قد تجعلهم يفقدون الهمة والرغبة في إعادة المحاولات. ولهذا لا بد من تقديم المساعدة من المعلمة.

### ٣ - التلقين والمساعدة:

لتعليم خبرة ما من الخبرات على المعلمة أن تلقن الطفل هذه الخبرة بصورة يفهمها، فإذا كان الطفل يفهم اللغة بصورة جيدة إلى حد يمكننا التواصل معه عندئذ نقول له ماذا يفعل بالكلمات، وإذا تعذر ذلك فبالإشارة، كأن «تمد اليد» عندما تريد أن يستجيب التلميذ لأمر «اعط» أو بالقيام بتمثيل العمل كبناء برج من المكعبات أو ترتيب الصور.

ومن الضروري أن توجه المعلمة حركة الطفل بالاتجاه المطلوب، وشيئاً فشيئاً يعتمد على نفسه وبصورة مستقلة، وفي كل خبرة يتم تدريبه عليها على المعلمة أن تستخدم أساليب الثناء والتحفيز لتنفيذ المهمة المطلوبة بشكل جيد.

#### ٤ - التدرج والتسلسل:

من أجل تعليم أي مهارة أو خبرة ينبغي أن تُجزأ هذه المهارة إلى أجزاء، وأن يتم مكافأة إتقان كل جزء منها فمثلاً عندما نطلب من التلميذ أن يلفظ كلمة ما، فإن لفظه لجزء منها في المرة الأولى، وبعد محاولات يمكن لفظها كاملة. ولتعليم طفلة لا ترغب في النظر إلى الناس وجهاً لوجه في البدء تتال الطفلة مكافأة على الالتفات تقريباً في الاتجاه الصحيح، وعندئذ لا بد لها من أن تنظر إلى وجه معلمتها قبل أن تتال المكافأة. (مايلز ١٩٩٢، ص ٣١ - ٣٢).

كما يتم تعليم بعض المهارات بصورة أفضل بطريقة التسلسل ذلك أن هذه المهارات تشمل عدة أعمال يجب أداؤها بالترتيب الصحيح مثلاً الأكل بملقعة، أو ارتداء السروال، أو نطق كلمة، فلو أخذنا الأكل بملقعة فيجب أن تحلل هذه المهارة إلى عدة خطوات، وعندما ينفذ الطفل هذه المهارة بمرحلتها الأخيرة تتم مكافأته.

#### مناهج الأطفال المتخلفين عقلياً:

تصمم مناهج الأطفال المتخلفين عقلياً في ضوء إمكانيات الأطفال العقلية والانفعالية، وفي ضوء احتياجاتهم التربوية، ويراعى في هذه المناهج خبرات الطفل السابقة، والخبرات التي ينبغي أن يتعلمها؛ والمناهج الموضوعية لا تتطابق مع المناهج الموضوعية للأطفال العاديين باستثناء حالات التخلف البسيط التي يمكنها الاستفادة من مناهج التعليم العام فيما إذا أدمجت في المدارس العادية.

ينطوي منهاج الأطفال المتخلفين عقلياً على مجموعة من الخبرات التي تفيدهم في حياتهم العملية وهي خبرات من واقع البيئة وواقع الحياة التي يعيشون في ظلها؛ وأهم هذه الخبرات تلك المتعلقة بحفظ أمنهم وسلامتهم، وخبرات شخصية تتصل بتعليمهم الخدمة الذاتية، كالأكل والمشرب، واللباس، والنظافة، والاعتناء بالأشياء الخاصة بهم، وهناك خبرات اجتماعية تلزمهم وهي خبرات تتصل بواقعهم اليومي مثل إلقاء التحية، والمحافظة على أشياء الغير، وتنمية روح التعاون والانتماء.. كما أن هناك خبرات لغوية واتصالية، وخبرات أكاديمية أولية تتصل بما يلزم المعوق من معرفة لشؤون البيئة والتعامل معها.

تختلف الخبرات التي يتم تعليمها بحسب درجة إعاقة الطفل (أي عمره العقلي) وبحسب عمره الزمني، ولكن هناك من الخبرات ما تلزم لكل فئات المتخلفين عقلياً، وهي خبرات قد يتعلمها الأطفال بنسب مختلفة، وبإتقان مختلف، وقد يحتاج بعض الأطفال لفترة تطول أو تقصر قياساً بالأطفال الآخرين، لهذا فإن هناك فروقاً بين الأطفال تتطلب مواجهة احتياجات كل طفل على حدة، وبالتالي فإن التعليم ينبغي أن يكون تعليماً فردياً، كل طفل بحسب حاجاته.

#### الخطة الدراسية والمنهج:

تقوم المناهج الحديثة على أساس من الخبرة التربوية، حيث إن الخبرة تعد أساساً هاماً وفعالاً من أسس تربية التلاميذ وتعليمهم. وإذا كانت الخبرات التربوية هامة في المنهج بصورة عامة فهي أكثر أهمية للتلاميذ المعوقين عقلياً بصفة خاصة، من حيث مناسبتها لخصائصهم النفسية والاجتماعية والعقلية.

ويتسم منهج الخبرات التربوية بالواقعية والشمول والتشويق والتدرج والنمو والتفاعل الإيجابي مع البيئة المادية والاجتماعية، وتنمية المهول والاهتمامات واكتساب المعارف والعادات والاتجاهات والقيم. (أبو فخر ١٩٩١، ص ٨٥).

## نموذج الخبرات التربوية للمرحلة الابتدائية:

يقصد بالمرحلة الابتدائية الصفوف الستة الأولى من المدرسة بحيث تنقسم هذه المرحلة إلى مجموعتين مجموعة الصفوف الأول والثاني والثالث ومجموعة الصفوف الرابع والخامس والسادس. يعطى للطفل مجموعة من الخبرات موزعة على العام الدراسي، وموزعة على مجموعتي الصفوف. والنموذج المعروض (حماد، ١٩٩٠) يحوي ٤٨ خبرة موزعة على المجموعتين بمعدل ٢٤ خبرة لكل مجموعة.

تضم المجموعة الأولى خبرات أولية كتهيئة عامة للتلاميذ قبل الشروع في دراسة المواد الأكاديمية المقررة. وهذه الخبرات تتكرر عبر السنوات الثلاث ليس على أنها تكرر إنما تعميق وتوسيع في الخبرة الواحدة، بحيث يتم التوسع بالترج عبر السنوات الدراسية. وفيما يلي برنامج للخبرات التربوية للصفوف الأولى:

| الخبرة | الصف الأول    | الصف الثاني       | الصف الثالث       |
|--------|---------------|-------------------|-------------------|
| ١      | مدرستي        | مدرستي            | مدرستي            |
| ٢      | من أنا        | من أنا            | من أنا            |
| ٣      | أسرتي         | أسرتي وأقاربي     | أسرتي وأقاربي     |
| ٤      | بيئتنا        | بلدي              | بلدي              |
| ٥      | صحتي وسلامتي  | صحتي وسلامتي      | صحتي وسلامتي      |
| ٦      | ألعابي        | ألعابي وأدواتي    | ألعابي وأدواتي    |
| ٧      | ملابستي       | المواصلات         | ألوان وأصوات      |
| ٨      | المحل التجاري | الجمعية التعاونية | الجمعية التعاونية |

وكما يلاحظ على هذه الخبرات أنها مرتبطة بواقع الطفل وبيئته ومدرسته، ويمكن عبرها الانطلاق لتمثيل بعض المفاهيم المرتبطة بهذه الخبرات وإبراز العادات والاتجاهات والقيم فيها.

أما المجموعة الثانية فتضم مجموعة من الخبرات التي تكمل خبرات المجموعة الأولى. وفيما يلي برنامج خبرات المجموعة الثانية من المرحلة الابتدائية:

| الخبرة | الصف الرابع                   | الصف الخامس               | الصف السادس               |
|--------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| ١      | أشياء نحتاج إليها كي نعيش     | أشياء نحتاج إليها كي نعيش | أشياء نحتاج إليها كي نعيش |
| ٢      | حديقة الحيوان والحذائق العامة | الحيوانات والنباتات       | الحيوانات والنباتات       |
| ٣      | البريد                        | المطار                    | الميناء                   |
| ٤      | المسور                        | المسور                    | المسور                    |
| ٥      | البر                          | البر                      | البر                      |
| ٦      | هواياتي                       | هواياتي                   | هواياتي                   |
| ٧      | بيوت العبادة                  | بيوت العبادة              | بيوت العبادة              |
| ٨      | البحر                         | البحر                     | البحر                     |

يمكن لهذه الخبرات أن تتنوع وتتغير تبعاً لتغير البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الطفل المتخلف عقلياً فمكونات البيئة الصحراوية تختلف عن مكونات البيئة الجبلية وهذه تختلف عن البيئة الساحلية أو القريبة من البحر. ولهذا فإن واضعي الخبرات دوماً يراعون ارتباط الخبرات بواقع الطفل.

كما أن المنهاج يحتوي إضافة للخبرات التربوية مواد أكاديمية وتبدأ بالصف الرابع. إلا أن هناك من المواد ما يمكن تعلمها حتى لدى المجموعة الأولى من الصفوف الأولى مثل التربية البدنية، والتربية الفنية والتربية الموسيقية. أما المواد الأكاديمية فهي تدخل عبر الخبرات التربوية المقدمة للأطفال.

ويتم في العادة توصيف للخبرات التربوية وتحديد جوانبها، في كل مرحلة أو لدى كل مجموعة مع وضع دليل المعلم ويكون بمثابة مرشد له يعينه في تحديد الأهداف وأساليب النشاط واستخدام التقانات. كما يوضع كتاب للتلميذ يشتمل على رسوم ملونة توضيحية وعبارات تدل على أنشطة الخبرة التي يتم

تعليمها. ووجود كراس يحتوي أيضاً على رسوم تمكن التلميذ من تكوينها أو توصيل خطوطها أو وضع علامات أو خطأ على بعض منها.

كما يمكن أن يكون هناك دليل عام للمواد التعليمية يستتير به المعلم إلى جانب دليل للخبرات التربوية؛ وهناك كتب وتجهيزات متكاملة للعلوم ولألغاز التربية والفنية، وألعاب حسية مختلفة، كما تجهز المدرسة بالألعاب تمثل الخبرات مثل إشارات المرور ونماذج مختلفة للمنازل والشوارع.

### المبادئ الأساسية في التأهيل المهني:

التأهيل المهني هو ذلك الجزء من العملية المستمرة المنظمة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل؛ وبالتالي تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والارتباط بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها.

يقوم بعملية التأهيل فريق من المختصين يحددون الأعمال التي تناسب إمكانات الفرد واستعداداته وللتأهيل المهني للمعوقين عقلياً مبادئ تقوم عليها، تشمل كل الخدمات التأهيلية وهي:

١ - ينبغي أن تكون الأعمال أو الحرف التي ندرّب المتخلفين للعمل بها أو التي يشتغلون بها بسيطة غير معقدة، وتتطوي على عدد من المهمات بحيث تتناسب مع القدرات العقلية العامة أو الخاصة للمتخلف.

٢ - يجب أن تكون الأدوات المستعملة في التدريب أو العمل سهلة الاستعمال والتركيب بشكل يسهل على المتخلف التعامل معها، وإذا كانت دقيقة الاستعمال فينبغي أن تتم تحت إشراف مدربين ومختصين.

- ٣ - ينبغي أن تكون الأعمال التي ندرّب المتخلف عليها من النوع الذي يعتمد على التكرار الروتيني وخاصة في حالات التخلف العقلي المتوسط والشديد.
- ٤ - أن تكون الأعمال التي ندرّب المتخلفين عليها متناسبة مع ميولهم واستعداداتهم؛ علماً بأن وضوح الميول يتناسب عكسياً مع شدة الإعاقة العقلية.
- ٥ - أن تكون ظروف العمل مثيرة وجذابة بالنسبة لاهتمامات المتخلف ورغباته.
- ٦ - ينبغي على المشرفين أن يوفرّوا للمتخلفين عقلياً الحوافز التي تدفع بهم لتعلم المهنة والرغبة فيها والاستمرار بها. (الريحاني ١٩٨٥، ص ٢٤٥ - ٢٥٥).



## الفصل الخامس

### الطفل ذو صعوبات التعلم

- أولاً - التطور التاريخي لمجال صعوبات التعلم.
- ثانياً - التعريف بصعوبات التعلم.
- ثالثاً - صعوبات التعلم والمفاهيم القريبة منه.
- رابعاً - تصنيف صعوبات التعلم.
- خامساً - المعايير ونسبة انتشار صعوبات التعلم.
- سادساً - الأسباب والعوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم .
- سابعاً - خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم .
- ثامناً - البرامج العلاجية والتربوية .



## أولاً - التطور التاريخي لمجال صعوبات التعلم

لقد اتجه الباحثون اتجاهات عديدة عند بحثهم لتطور مجال صعوبات التعلم، فمنهم من تتركز في هذا المجال عبر جهود علماء الأعصاب، والنفوس، والطب، والتربية، وذلك منذ بدايات القرن التاسع عشر وحتى وقتنا الحالي. ومنهم من تتبع هذا المجال عبر ما تحقق من قوانين وتشريعات سنتها الحكومات من أجل العناية بهذه الفئة من الأطفال، ومنهم من تتبعه عبر جهود المنظمات والروابط المحلية والعالمية.

وتعد فترة الستينيات من القرن العشرين فترة فاصلة في التطور التاريخي الخاص بصعوبات التعلم ويقر بها كل من كتب في هذا المجال؛ فقد جعلها «مرسر» فترة الانطلاق، وجعلها «وايدر هولت» فترة أو مرحلة التكامل والاندماج. ولهذا يمكن التمييز بين فترتين أساسيتين في مجال صعوبات التعلم وهما فترة ما قبل بداية الستينيات وذلك من حوالي ١٨٠٠ - ١٩٦٠، وفترة ما بعد الستينيات وذلك منذ بداية ١٩٦١ وحتى الآن (أبو فخر ٢٠٠١).

### المرحلة الأولى: ١٨٠٠ - ١٩٦٠

تتسم هذه المرحلة بإسهامات علماء الأعصاب والتشريح ووظائف الأعضاء، وبخاصة بحثهم حول اضطرابات عمليتي اللغة والإدراك، والمراجع على مختلف أنواعها تذكر أسماء بارزة أسهمت في فهم كثير من العمليات النفسية كاللغة المنطوقة أو المكتوبة أو المحكية والإدراك، والتذكر، وكان من أبرزهم (فرانز جوزيف جال ١٨٠٢) الذي قدم خريطة الفراسة العقلية من خلال تحديد للعمليات العقلية وموضعها في مناطق محددة من الدماغ. وكذلك ما أشار إليه كل من العالمين (بيير بروكا ١٨٦٠ و كارل ويرنك ١٨٧٢) الأول فرنسي أظهر

أن الشق الأيسر من الدماغ يختلف في وظائفه عن الشق الأيمن، وأن اضطرابات النطق واللغة تعود إلى إصابة في الفص الأمامي من الدماغ ولا تزال تعرف هذه المنطقة باسم منطقة «بروكا»، والثاني ألماني حدد منطقة في الفص الصدغي الأيسر من الدماغ وعدها مسؤولة عن فهم الألفاظ والأصوات وربطها باللغة المكتوبة وتعرف بمنطقة «ويرنك» (كيرك وكالفانت ١٩٨٨ ، ص ٤١).

وفي بدايات القرن العشرين ظهرت إسهامات علماء نفس الأعصاب وبخاصة بعد الحرب العالمية الثانية وبرزت أسماء مثل «كوت غولد شتاين» الذي أجرى دراسات على الأطفال والجنود المصابين بإصابات دماغية، وحدد بعض النماذج السلوكية عندهم، وأيضاً ما قام به «هنشليبود» الذي عمل مع أطفال المدارس الذين يعانون من صعوبات تعليمية في القراءة وقد فسرها بسبب وجود مشكلات بصرية.

ومنذ الثلاثينيات وحتى الخمسينيات من القرن العشرين جاءت محاولات أخرى لتمييز بين حالات التخلف العقلي البسيط وحالات صعوبات التعلم (الحالات التي تعاني من إصابات دماغية خفيفة)، وبرزت أسماء عديدة منها «الفرد سترأوس» و «هانز ويرنر» ومن ثم «كريك شانك» (الزيات ١٩٩٨).

#### المرحلة الثانية ١٩٦٠١ وحتى الآن:

بعد مجال صعوبات التعلم في هذه المرحلة مجالاً متميزاً أخذ شكله ومكانه بين منظومات التربية الخاصة، وقد أسهم في إرساء قواعد هذه المنظومة اسمان هما «كريك شانك» و «كريك»، فالأول قام مع زملاء له في مشروع بحثي حول الأطفال المتخلفين عقلياً ومن القابلين للتعلم وذلك منذ بداية الخمسينيات اتضحت معه معالم مجال صعوبات التعلم، والثاني أظهر اهتمامات توجت بتصميم

اختبارات الينوى للقدرات النفس - لغوية Abilities Illinois Test psycholinguistic وذلك بالتعاون مع «مكارثي» وقد جاء هذا الاختبار نتيجة للاهتمام بالأطفال المتخلفين القابلين للتعلم والأطفال المحرومين ثقافياً؛ إلا أنه تمت الاستفادة منه فيما بعد في مجال صعوبات التعلم.

لقد سادت مجموعة مصطلحات للدلالة على الأطفال الذين يظهرون صعوبات تعليمية في بداية الستينيات من القرن العشرين مثل: الأطفال المعوقون تربوياً Educationally handicapped والأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة Language disabilities والأطفال المعوقون ادراكياً perceptual handicapped حتى وصل الأمر إلى مصطلح صعوبات التعلم Learning disabilities (Johnson and Moraskey 1980).

وقد تنامي دور الجمعيات المحلية وكذلك المنظمات الرسمية في أمريكا، وبحلول عام ١٩٦٣ قام عدد من أولياء الأمور والمربين والمهتمين بهذا الموضوع بعقد اجتماع في مدينة شيكاغو للاتفاق حول مصطلح يشمل هؤلاء الأطفال ممن كان تحصيلهم الدراسي منخفضاً؛ بالرغم من أنهم عاديو الذكاء أو فوق العادي في مستوى الذكاء، وقد تعددت التسميات في هذا الاجتماع بحيث تركزت على مصطلحات مثل «قصور في الإدراك» و «التلف الدماغى» و «القصور العصبى». ولقد عقد اجتماع آخر في العام نفسه لأولياء الأمور في مدينة نيويورك، وذلك في محاولة للتوصل إلى اتفاق حول مصطلح واحد وقد اقترح «كيرك» في هذا الاجتماع مصطلح «الصعوبات الخاصة بالتعلم»، وقد لاقى هذا المصطلح قبولاً واستحساناً من الحاضرين (السرطاوي وسيسالم ١٩٩٢ ص ١٩).

ومن أبرز التطورات الحديثة في هذا الميدان صدور أول مجلة متخصصة

في مجال صعوبات التعلم منذ عام ١٩٦٨ (journal of Learning Disabilities) وهذه المجلة لا تزال تصدر حتى الآن وكذلك صدور القانون العام ٩٤ - ١٤٢ في الولايات المتحدة الأمريكية لعام ١٩٧٥ وهو قانون تشريعي يؤكد على التربية الخاصة الملازمة لكل الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

وشهد نشاط الجمعيات والروابط واللجان المحلية والقومية نشاطاً مكثفاً من أجل فهم أكثر لذوي صعوبات التعلم وتحديد أدق في تعريفهم لهذه الفئة، حتى وضعت اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم، وهي لجنة مؤلفة من مجموعة من الروابط والجمعيات المختلفة عام ١٩٨١، وكذلك ما قامت به هذه اللجنة بصورة أكثر اتساعاً عام ١٩٩٤ بتحديد من هم ذوو صعوبات التعلم، وما المنشأ في صعوباتهم النمائية كانت أم الأكاديمية.

### ثانياً - التعريف بصعوبات التعلم:

لقد شهد تحديد مجال صعوبات التعلم اتجاهات مختلفة في التفسير لكون هذا المجال قد لاقى اهتمامات مختلفة من مختصين مختلفين كالأطباء والعصبيين والنفسيين والتربويين، وقد لاحظ هذا الأمر «كريك شانك» عندما قال: إنه لا يوجد مجال احتاج إلى استمرار الجهد للوصول إلى تعريفات دقيقة ومحددة في إطار التربية الخاصة مثلما احتاجه مجال صعوبات التعلم (Cruickshank 1972)

إن أول من صاغ تعريف لهذا المجال هو «كريك» حيث يقول: إن مفهوم صعوبات التعلم يشير إلى التأخر أو الاضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات الخاصة بالكلام، اللغة، القراءة، الكتابة، الحساب، أو أي مواد دراسية أخرى، وذلك نتيجة لإمكانية وجود خلل مخي و/ أو اضطرابات انفعالية أو سلوكية ولا يرجع هذا إلى التأخر الأكاديمي أو إلى التخلف العقلي أو الحرمان الحسي أو إلى

العوامل الثقافية أو التعليمية (السيد ٢٠٠٠ ص ٩٢).

بينما يعرف «باتمان» (Bateman 1965) الأطفال ذوي صعوبات التعلم أنهم هم أولئك الأطفال الذين يظهرون تبايناً أو تباعداً تعليمياً بين قدرتهم العامة ومستوى إنجازهم الفعلي، وذلك من خلال ما يظهر لديهم من اضطرابات في عملية التعلم، وأن هذه الاضطرابات من المحتمل أن تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بخلل ظاهر في الجهاز العصبي المركزي، بينما لا ترجع اضطرابات التعلم لديهم إلى التخلف العقلي أو الحرمان الثقافي أو التعليمي أو الاضطراب الانفعالي الشديد أو الحرمان الحسي (Smith and Nelsworth 1975 p.315).

ونلاحظ أن التعريف الأول تناول مفهوم صعوبات التعلم، بينما حدد التعريف الثاني إجرائياً الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم عبر إبراز ما يسمى بمحك التباين أو التباعد الموجود بين القدرة العقلية العامة معبراً عنها بالذكاء من جهة والأداء العقلي أو الإنجاز التحصيلي من جهة أخرى.

وقد جرت محاولات لاحقة في التعريف لأن التعريفات السابقة تطرح كثيراً من الأسئلة: ما مظاهر صعوبات التعلم؟ وما المنشأ فيها أو ما المحكات المعتمدة في التشخيص؟ لهذا جاء تعريف اللجنة الاستشارية القومية للأطفال المعوقين ١٩٦٨ وكانت هذه اللجنة برئاسة كيرك حيث نص التعريف على: أن الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة بالتعلم (النوعية) هم الأطفال الذين يعانون من اضطراب في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتطلب منهم استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، ويظهر هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب، ويتضمن المفهوم حالات الإعاقة الإدراكية والإصابات الدماغية والخلل الوظيفي البسيط والحبسة النمائية، ولا يتضمن هذا المفهوم الأطفال ذوي صعوبات التعلم التي

ترجع إلى إعاقات بصرية أو سمعية أو حركية أو تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو بيئي أو ثقافي أو اقتصادي (Johnson and Morasky 1980,p.8) .

وفي عام ١٩٩٤ سعت مجموعة من الهيئات والمنظمات بجهود مكثفة انبثقت عنها اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم وأدخلت تعديلات على تعريف اللجنة الاستشارية، حيث نص التعريف على أن صعوبات التعلم «مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات؛ والتي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات واضحة أو بارزة في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع أو الحديث أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو القدرات الرياضية، وهذه الاضطرابات ذاتية/ داخلية المنشأ ويفترض أن تكون راجعة إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أن تحدث خلال حياة الفرد كما يمكن أن تكون متلازمة مع مشكلات الضبط الذاتي، ومشكلات الإدراك والتفاعل الاجتماعي، لكن هذه المشكلات لا تكون، ولا تنشئ بذاتها صعوبات تعلم، ومع أن صعوبات التعلم يمكن أن تحدث متزامنة مع بعض ظروف الإعاقة الأخرى مثل: قصور حاسي أو تأخر عقلي أو اضطراب انفعالي جوهري، إلا أنها أي صعوبات التعلم ليست نتيجة لهذه الظروف أو المؤشرات» (الزيات ١٩٩٨ ص ١٢٢).

وخلاصة لما تقدم يمكن القول إن الباب لم يغلَق نهائياً في هذا المجال من البحث والاجتهاد، ولا سيما هناك مجموعة من النقاط التي لا تزال موضع تساؤل منها ارتباط صعوبات التعلم بوجود خلل بسيط محتمل في الدماغ، ومنها اتساع المفهوم وما يشمله من صعوبات خاصة نوعية متباينة ومختلفة يصعب معها الوصول إلى نتائج تقبل التعميم، وهذا أيضاً ينعكس بدوره على عمليات التشخيص وطرق العلاج والتعليم.

### ثالثاً: صعوبات التعلم والمفاهيم القريبة منه:

بالرغم من أن مجال صعوبات التعلم أصبح مجالاً متميزاً، له موضوعه، وحدوده، وطرائقه في التشخيص والعلاج إلا أن الخلط بينه وبين بعض المفاهيم والمجالات لا يزال موجوداً عند غير المختصين وبعض المختصين، والسبب في ذلك كثرة فئات التربية الخاصة، ونوعي الاحتياجات الخاصة. وإن تمييز بعض الفئات يكون أحياناً متعزراً وذلك بسبب استخدام المصطلحات الأجنبية، واختلاف ترجمتها، فنحن عندما نتكلم عن «إعاقات في التعلم» و«صعوبات في التعلم» و«مشكلات التعلم» و«اضطرابات في التعلم» و«تأخر تعليمي» و«بطء في التعلم»، فغالباً ما تستخدم هذه المصطلحات بصيغة مترادفة وبالمعنى نفسه، إلا أن قسماً منها في واقع الحال قد وضع وهو متمايز عن بقية المصطلحات، وبعضها الآخر جاء نتيجة لتطور المفهوم نفسه من منظور تاريخي، فنحن نستخدم الضعف العقلي، والإعاقة العقلية، ونوعي الاحتياجات العقلية كلها بالدلالة نفسها، وتعني المفهوم نفسه، ولكن قد يأتي من يميز بينها دون معرفة بالمجال، فيخال أن من كتب في التأخر العقلي يختلف عن من كتب في التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية. ولهذا سيتم إلقاء الضوء على بعض المصطلحات المستخدمة التي يمكن أن تتداخل أو تتشابه مع مجال صعوبات التعلم.

#### ١- صعوبات التعلم أو الخلل الوظيفي البسيط بالمخ:

إن مفهوم الخلل الوظيفي البسيط بالمخ مفهوم استخدم بالتزامن مع استخدام مفهوم صعوبات التعلم، وهذا يعني وجود أو ارتباط مجموعة من الأعراض السلوكية والعصبية البسيطة المميزة التي إذا ما اجتمع وجودها، وبالتحديد ظهور ثلاثة من هذه الأعراض، فإن ذلك يدل على وجود الخلل الوظيفي بالمخ. وهذه الأعراض كما تذكرها المراجع العديدة منها: الاضطراب في القدرة على القراءة،

ضعف الذاكرة والإدراك، ضعف التناسق الحركي العضلي العام، اضطرابات في التفكير، ضعف في القدرة على المحادثة والاستماع، وبعضهم يذكر أعراضاً أخرى مثل عيوب في الإبصار، حركات أو لزمات لا إرادية. (كامل، ١٩٩٦، ص ٢-٣).

ونلاحظ من خلال هذا التعريف أن هناك تطابقاً بين هذا المصطلح ومصطلح صعوبات التعلم، بل إن الخلل الوظيفي البسيط في المخ هو السبب في صعوبات التعلم، وهناك من يعد أن بداية مصطلح صعوبات التعلم نشأ مع ظهور مصطلح الخلل المخي، أو الدماغية الوظيفية البسيط، وأياً كانت البدايات فإن مصطلح الخلل الوظيفي البسيط بالمخ هو مفهوم أوسع من صعوبات التعلم، بالرغم من أن صعوبات التعلم أصبح في تعريفه الأخير مصطلحاً عاماً تتطوي تحتها مجموعة من الصعوبات الخاصة أو النوعية.

#### ٢- صعوبات التعلم والتأخر الدراسي:

التأخر الدراسي أو كما يطلق عليه أيضاً التخلف الدراسي هو مجال يشير إلى أولئك التلامذة الذين يظهرون تأخراً ملحوظاً في تحصيلهم الدراسي في مادة أكثر من المواد الأكاديمية، وهم الذين يظهر تأخرهم بمعدل أكثر من سنة دراسية مقارنة مع زملائهم؛ ولهم من الخصائص ما يميزهم عن أقرانهم العاديين، فهم من الناحية العقلية أقل ذكاء فيتراوح ذكاؤهم ما بين ٧٠/٩٠ وهي الدرجة الحدية أو الفئة التي يقع عندها الأغبياء، ويعانون من قصور في الإدراك السمعي والبصري، كما أنهم يعانون من قصور في التفكير الاستنتاجي، وضعف القدرة على حل المشكلات، وقصور في الذاكرة (الفاقي، ١٩٧٤) كما أن لهم من الخصائص الانفعالية ما يميزهم مثل عدم الثقة بالنفس، والاعتماد على الغير، ويتميزون بالإحباط نتيجة لخبرات الفشل، مما يؤدي بهم إلى العدوانية أو

الانطوائية. كذلك فإن العوامل المؤدية إلى تخلفهم الدراسي متعددة فهي كما يقسمها (كيرك وكالفانت، ١٩٨٨، ص ١٧) إلى عوامل خارجية وعوامل داخلية، العوامل الخارجية مثل الحرمان الثقافي أو نقص المثبرات الثقافية المختلفة المقروءة والمسموعة والمرئية، ونقص فرص التعلم بسبب التغيب الطويل عن المدرسة لأسباب مختلفة أسرية أو شخصية، وضعف المعلم، وعدم وجود وسائل تعليمية مناسبة، إضافة إلى عوامل مثل القدرات العقلية المنخفضة، عدم وجود الدافعية، اعتلال الصحة والأمراض المزمنة، والإعاقات المختلفة ومن ضمنها صعوبات التعلم، ولهذا فلا وجود لصعوبات التعلم دون ودود للتخلف الدراسي أو المشاكل الدراسية عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم «السرطاوي ونسيسالم، ١٩٩٢، ص ٢٨». وإذا سعينا وراء ما يميز التخلف الدراسي عن صعوبات التعلم، نجد أمامنا مجموعة من النقاط أهمها:

١- العوامل المؤدية إلى التخلف الدراسي كثيرة خارجية وداخلية، بينما العوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم داخلية المنشأ؛ وترجع إلى خلل بسيط في الجهاز العصبي المركزي.

٢- المظاهر العقلية عند ذوي صعوبات التعلم هي في حدود المتوسط أو أعلى، في حين تكون لدى المتخلفين دراسياً في حدود الوسط أو أدنى من ذلك.

أما المظاهر الانفعالية الاجتماعية فهي نسبة فقد تتشابه بين الفئتين، وقد تتباين.

والمظاهر الجسمية والحركية تكون غالباً لدى المتخلفين دراسياً دون الوسط فهم أقل طولاً وأقل وزناً؛ وتنتشر بينهم مظاهر ضعف السمع أو البصر، والعيوب الكلامية... كما أنهم أقل نشاطاً وحيوية من العاديين (المرجع السابق، ص ٢٨).

قد يترافق مع التخلف الدراسي ضعف في السمع، أو انخفاض في القدرات العقلية، أو حرمان بيئي اجتماعي أو ضعف في البصر؛ وتكون هذه أسباب للتخلف الدراسي، بينما قد تترافق هذه مع صعوبات التعلم ولكنها ليست سبباً لها في كل حال.

أما أوجه التشابه بين المجالين هو أن كلا من المتخلفين دراسياً، والذين يعانون من صعوبات في التعلم يكون تحصيلهم الأكاديمي أقل مما هو متوقع ويعانون من تدن وصعوبة فيه.

### ٣- صعوبات التعلم وبطئ التعلم:

بطئ التعلم (Slow Learner) كما يشير إليه هذا المصطلح هو أن الطفل يعاني من بطئ في تعلمه قياساً بأقرانه العاديين. وهذا البطء يمكن أن يقاس بقياس حال التدريب على مهارات تعليمية معينة. والطفل الذي يعاني من بطئ في التعلم غالباً ما يأخذ زمناً مضاعفاً في أداء المهام التعليمية الموكلة إليه قياساً بما يستغرقه العاديون من الأطفال. وكما نلاحظ فإن المعيار الأساسي في تمييز هذا الطفل عن الأطفال الآخرين هو ما يستغرقه من زمن في أداء المهام التعليمية. أما وجد هذا الطفل في صف عادي فسوف يتخلف عن أقرانه بأداء المهام التعليمية المطلوبة منه.

إن بطء التعلم يقع بصورة أساسية في مجال العمليات العقلية، فالطفل بطيء التعلم قد يحرز تقدماً في النواحي الانفعالية الاجتماعية، وحتى في المهارات الميكانيكية والتذوق الفني التي لا تتطلب عملاً عقلياً عالياً، في حين أنه يكون متخلفاً أو بطيئاً في تعلم التفكير، والتحليل، والتركيب، والتعليم، ولهذا فإن نسب ذكاء هؤلاء الأطفال غالباً ما يقع دون المتوسط، وفي هذا يتشابه بطئ التعلم مع المتخلفين دراسياً.

أما الفرق بين بطيئي التعلم وذوي صعوبات التعلم فيظهر من حيث المستوى العقلي لكل من الفئتين، الفئة الأولى تقع دون المتوسط بينما تقع الفئة الثانية في حدود المتوسط أو أعلى من ذلك، كما تعد إحدى النقاط المهمة في التفريق بين الفئتين مسألة التباعد أو التباين بين الأداء الفعلي والقدرة الكامنة، فالفئة الأولى يتطابق الأداء الفعلي العقلي مع القدرة العقلية الموجودة لديهم بينما الفئة الثانية يتباين لديها مستوى الأداء مع مستوى القدرة العقلية الكامنة، يؤكد ذلك (لي سوانسون، كيبج) (Lee Swanson and Keagh) من أن الفرق بين الاستعداد لدى الفرد وتحصيله الحقيقي (الفعلي) من المحكات الجوهرية التي تستخدم من وجهة العملية للتفريق بين ذوي صعوبات التعلم وبطيئي التعلم؛ حيث إن الفئة الأولى تظهر فشلاً دراسياً غير متوقع في واحدة أو أكثر من المجالات الأكاديمية، بينما الفئة الثانية يكون الفشل الدراسي عندها في جميع المواد المدرسية (Lee Swanson and Keagh, 1990, p15-16).

#### ٤ - مفهوم صعوبات التعلم Learning Disabilities ومفهوم مشكلات التعلم Learning problems:

يختلف مفهوم صعوبات التعلم عن مفهوم مشكلات التعلم في أن مشكلات التعلم قد ترجع إلى قصور في السمع أو البصر، أو المعوقات الحركية أو التخلف العقلي. والأطفال الذين لديهم مشكلات تعلم قد يكون عندهم اضطرابات سلوكية أكثر، ولديهم قابلية في الابتعاد عن الأنشطة المدرسية؛ وربما يرجع ذلك إلى الفشل في الدراسة (مطحنة، ١٩٩٤، ص ١٨). في حين أن صعوبات التعلم مصطلح يشير إلى فئة لديها صعوبات في استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة أو الحساب ولا ترجع الصعوبة إلى إعاقات سمعية أو بصرية أو عقلية.

## ٥- مفهوم صعوبات التعلم (Learning Disabilities)

### مفهوم معوقات التعلم (Learning Difficulties)

بالرغم من أن المصطلحين يمكن أن يترجما بصعوبات التعلم، إلا أن هناك فرقاً بينهما، وسنطلق على المصطلح الأول صعوبات التعلم، وعلى الثاني معوقات التعلم، ويتبادر إلى الذهن من خلال هذه التسمية أن عوامل الفئة الثانية قد تكون داخلية أو خارجية، أي إن هناك عوامل بيئية وفي ذلك يلتقي مفهوم معوقات التعلم مع مفهوم مشكلات التعلم (Learning problems) وهذا ما يؤكد السيد من أن «كالفانت» يميز بين المصطلحين؛ فذوو صعوبات التعلم ترجع مشكلات تعلمهم إلى أسباب داخلية، ومستوى ذكائهم عادي، أما مصطلح «معوقات التعلم» فإن مشكلات تعلمهم ترجع إلى ظروف معوقة تعود إلى البيئة. وأن الأمر نفسه ورد في القاموس الموسوعي لعلم النفس لـ «هارى ولأمب» (Harre,R and Lamb,R, 1983) من أن مصطلح معوقات التعلم يستخدم في المملكة المتحدة ليصف طفلاً يعاني من مشكلات في تعلمه مقارنة بأقرانه، تجعله لا يواصل تعليمه بصورة جيدة، وهذه المشكلات قد ترجع إلى المنهج ومحتواه وطبيعته ومستواه.

ونحن نعتقد أن مصطلح (Learning Difficulties) هو أقرب لمصطلح مشكلات التعلم منه لصعوبات التعلم، وذلك بسبب العوامل الأخرى غير الداخلية المتصلة بطبيعة المنهج ومحتواه.

### رابعاً - تصنيف صعوبات التعلم:

تتطوي صعوبات التعلم على نوعين من الصعوبات وهي: صعوبات نمائية وصعوبات أكاديمية.

١- صعوبات التعلم النمائية: وهي صعوبات تتعلق بنمو القدرات العقلية والنفسية، بحيث يظهر هذا النمو متخلفاً؛ أو فيه من الخلل ما يجعل الطفل يقصر

بالمهام التي تتطلبها تلك القدرات المرتبطة بمهام عملية، وبذلك فإن الطفل الذي يعاني من نقص في القدرة على الانتباه أو التذكر لا يستطيع أن يقوم بمهام مرتبطة بهاتين القدرتين، وكذلك الأمر فالصعوبة في الإدراك أو التفكير تجعل المهام التي يقوم بها الطفل أقل مما ينتظر منه.

وهذا النوع من الصعوبة يسبق النوع الثاني وهو الصعوبات الأكاديمية، لأن الصعوبات الأكاديمية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالصعوبات النمائية السابقة عليها، بمعنى أن الصعوبات النمائية تظهر لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة وتستمر في مسيرة تطور الطفل إذا لم تعالج، بينما تظهر الصعوبات الأكاديمية فيما بعد السن المدرسية عندما يتعلم الطفل مواد أكاديمية كالقراءة والتهجئة والكتابة والحساب.

وقد صنفت الصعوبات النمائية إلى صنفين:

أ - صعوبات أولية وهي صعوبات الانتباه والذاكرة الإدراكية - الحركية، إذ تعد وظائف عقلية أساسية، متداخلة مع بعضها البعض.

ب - صعوبات ثانوية وهي صعوبات في التفكير واللغة الشفهية، فإذا أصيبت الصعوبات الأولية باضطرابات فإنها تؤثر على الصعوبات الثانوية. (كيرك وكالفانت ١٩٨٩ ص ٢٠).

٢ - صعوبات التعلم الأكاديمية: هي صعوبات تتصل بالتعليم المدرسي فحين يظهر الطفل قدرة كريمة على التعلم، ولكنه يفشل في ذلك بعد تقديم التعليم المدرسي الملائم له، عندئذ يؤخذ في الاعتبار أن لدى الطفل صعوبة خاصة قد تكون في تعلم القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب.

علاقة صعوبات التعلم النمائية بصعوبات التعلم الأكاديمية:

توجد علاقة وثيقة بين صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمية،

فصعوبات التعلم الأكاديمية ناتجة عن وجود صعوبات نمائية وليس العكس؛  
ولتوضيح ذلك نسوق مثلاً مما ذكره (كيرك وكالفانت).

— «توفي طفل عمره ٩ سنوات ويدرس في مستوى الصف الرابع؛ وتم  
تحويله للتقييم لأنه لم يتعلم القراءة. فعدم القدرة على القراءة قد يتسبب عن  
تخلف عقلي أو إعاقة سمعية أو إعاقة بصرية ولاستبعاد هذه الحالات تم فحص  
الطفل في المجالات جميعها، فقد كانت حدة إبصاره ضمن المعدل العادي  
وأوضح التخطيط السمعي وجود قدرات سمعية عادية؛ وقد أظهرت اختبارات  
الذكاء أن مستوى ذكائه أفضل من العادي، وهو يحضر إلى المدرسة بشكل  
منتظم وتحصيله في الحساب في مستوى الصف الرابع؛ ولكن مستوى درجته في  
القراءة منخفضاً بشكل ملحوظ، مما يظهر أن هناك تبايناً واضحاً بين ذكائه  
وقدراته اللغوية، وأدائه في الحساب وبين قدرته على القراءة بشكل كاف.

والسؤال الذي يطرح نفسه ما السبب؟ ما القدرة أو قدرات التعلم النمائية  
التي يعاني الطفل من تأخر فيها أو ما المهارات (المتطلبات السابقة لتعلم  
القراءة) التي لم تنمو أو لم تعمل بشكل مناسب؟

لقد كشفت عملية التقييم أن هناك عجزاً في قدرتين من القدرات النمائية.  
الأول كان عجزاً في تركيب وجمع الأصوات. والثاني كان عجزاً في الذاكرة  
البصرية، فإذا قدم للطفل كلمة من حروف ثلاثة لم يكن الطفل قادراً على تركيبها  
في كلمة واحدة، وهذه الكلمة إذا عرضت عليه وطلب منه أن يكتبها من ذاكرته  
لم يتمكن إلا بعد محاولات عديدة، ولهذا السبب تم افتراض وجود ضعف في  
عملية التوليف السمعي وضعف في التصور (ذاكرة بصرية)، ومن خلال  
التدريب تم تعليم الطفل جمع الأدوات وتركيبها باستخدام الطريقة الصوتية. في  
تعلم القراءة؛ وكذلك تم تطوير التصور في معرفة الكلمات المرئية، وتطوير

هاتين القدرتين في مهمة القراءة تعلم الطفل هذه المهمة . هذا يدل على العلاقة الوثيقة بين صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية.

### خامساً - المعايير ونسبة انتشار صعوبات التعلم:

من خلال ما تم عرضه في تحديد صعوبات التعلم، ومن خلال المثال المعطى يتبين أن هناك ثلاثة معايير أساسية تستخدم في تحديد صعوبات التعلم وهي:

١- معيار التباين أو التباعد.

٢- معيار الاستبعاد.

٣- معيار التربية الخاصة.

#### ١- معيار التباعد Discrepancy Criterion

ويقصد به التباعد بين القدرة العقلية العامة أو الكامنة والتحصيل الفعلي في جانب معين، أو التباعد أو التباين بين مجال وآخر؛ كأن يكون الفرد عادياً في مهارات الحساب ولكن مقصراً في مهارات القراءة كما في مثالنا السابق؛ كما يمكن أن يكون التباعد ملحوظاً في نمو الوظائف العقلية والحركية بحيث نجد التلميذ مثلاً ينمو في اللغة ويتأخر في نمو التناسق الحركي أو بالعكس.

#### ٢- معيار الاستبعاد Exclusion Criterion

ويقصد به استبعاد جميع الاحتمالات الممكنة بأنها السبب في صعوبة التعلم مثل القصور الحاسي في السمع أو في البصر، أو القصور العقلي، وحالات الحرمان البيئي أو الاضطرابات النفسية، وكما في المثال السابق تم التأكد من حاسة السمع والبصر والقدرات العقلية لدى الحالة.

### ٣- معيار التربية الخاصة «Special Education Criterion»:

في مثلنا السابق خضعت الحالة إلى برنامج تدريبي خاص في تعليم الطفل (جمع الأصوات وتركيبها)، وكذلك التدريب على (تطوير التصور في معرفة الكلمات).

ولهذا فإن المعيار يعني أن التلاميذ بالرغم من أنهم يبذلون عافيين إلا أنه تلزمهم إجراءات التربية الخاصة وخدماتها بما يتناسب مع صعوباتهم.

#### انتشار صعوبات التعلم

بالرغم من هذه المعايير العامة فإن نسبة وجود الذين يعانون من صعوبات في التعلم لا يمكن تحديدها بنسبة ثابتة في ضوء هذه المعايير لأن هذه الصعوبات من الاختلاف والتباين ما يتطلب وجود اختبارات مختلفة، وأن استخدام هذه الاختبارات المتعددة لتحديد نسبة ذوي صعوبات التعلم تختلف فيما بينها، فمنها اختبارات التحصيل المقتنة ذات المعايير المرجعية الخاصة بتحصيل القراءة، وتحصيل الرياضيات، ومنها اختبارات العمليات النفسية مثل اختبار الينوي للقدرة النفس - اللغوية، واختبار « ماريان فروستج » لتطور الإدراك البصري، ومنها الاختبارات ذات المحكات المرجعية، واستبيانات القراءة غير الرسمية (السرطاوي، سبالم ١٩٩٢ ص ٧٤ - ٧٦). وهذه الاختبارات وغيرها تستخدم في تحديد ذوي صعوبات التعلم أكانت صعوبات تعلم أكاديمية أم نمائية، إلا أن هذه الاختبارات لا تكشف عن تشخيص يعطي الدلالة الإحصائية لنسبة وجود صعوبات التعلم بصورة واحدة، ففي حين تحدد بعض الدراسات نسبة وجود ذوي صعوبات التعلم بين الأطفال بنسبة ١ - ٣% فإن (جاذل 1979 Gaddes) يشير إلى أن نسبة انتشار الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم داخل المجتمع المدرسي يتراوح بين ٥ - ١٥% وفي المقابل تفيد

تقديرات بعض الباحثين نسباً أخرى لانتشار صعوبات التعلم بين أطفال المدارس والتي تتراوح من ٢٠ إلى ٣٠% من مجمل التلاميذ .

وفي البيئة العربية تشير الدراسات المختلفة إلى نسب أكثر ارتفاعاً في صعوبات التعلم لدى تلامذة المدارس؛ والتي تصل أحياناً إلى أكثر من ٣٠%. والاختلاف في نسب الانتشار قد يرجع إلى استخدام واختبارات مختلفة وتختلف من دراسة لأخرى، وفي كل الأحوال فإن النسب المذكورة تشير إلى وجود مشكلة حقيقية بين تلامذة المدارس، فهذه المشكلة تنتج مشكلات أخرى تتصل بالأطفال أنفسهم، ومعاناة أسرهم إكابت المعاناة الاجتماعية أم نفسية أم تربوية.

### سادساً - الأسباب والعوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم:

لقد ارتبط مفهوم صعوبات التعلم بشكل أساسي مع إصابات الدماغ، والذي ينتج عنه عجز في اللغة أو القراءة. وقد قام العلماء بإجراء دراسات وبحوث للتعرف على العجز الوظيفي الدماغي من خلال التلف الدماغي المكتسب، ومن خلال العوامل الجينية الوراثية، والشذوذ البيولوجي الكيميائي ونقص التغذية وعوامل بيئية أخرى تؤثر في النمو الطبيعي للدماغ.

وكما يشير التعريف الخاص بذوي صعوبات التعلم أن السبب الرئيس المحدد لهذه الصعوبة هو وجود خلل دماغي بسيط؛ أو تلف دماغي بسيط يؤثر على عمليات التعلم النمائية والأكاديمية، وقد افترض أن هذا التلف يعود لأسباب ثلاثة.

١- أسباب ما قبل الولادة: وهي الأسباب التي تحدث وتؤثر على نمو الدماغ لدى الجنين مثل العوامل الجينية ونقص تغذية الأم، والأمراض التي تصيبها، مثال ذلك الحصبة الألمانية التي تصيب الأم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل قد تسبب أنواعاً من الشذوذ المختلفة، وقد يحدث النمو غير

السوي للنظام العصبي عند الطفل جراء تناول الأم الأدوية أو الكحول أو المخدرات في أثناء مرحلة الحمل.

٢- أسباب في أثناء الولادة: ويتضمن ذلك نقص الأوكسجين وإصابات الولادة نتيجة لاستخدام الأدوية والوسائل الطبية غير المناسبة أو الولادة المبكرة، والتي كلها تؤثر على النمو اللاحق للجهاز العصبي عند المولود.

٣- أسباب ما بعد الولادة: وتتضمن الحوادث التي تؤدي إلى ارتجاج الدماغ وأمراض الطفولة مثل التهاب السحايا والحصبة الألمانية، والحمى التي يمكن أن تؤثر في الدماغ وأجزاء أخرى من النظام العصبي.

والدراسات المختلفة تشير إلى أن العوامل في صعوبات التعلم غالباً ما تتحدد في عوامل جينية، وعوامل كيميائية حيوية، وعوامل بيئية.

العوامل الجينية وهي عوامل تتصل بالمورثات؛ فالأبناء الذين يشكون من صعوبات في القراءة غالباً ما ينتسبون إلى أسر فيها مثل تلك الصعوبات، فلقد أجريت العديد من الدراسات على بعض الأسر التي يعاني بعض أفرادها من صعوبات في القراءة واللغة والكتابة، وقد أشارت هذه الدراسات أن هذه الصعوبة وراثية المنشأ (باناتين 1971 Bannatyne، دي فريز وديكر Defries, Decker 1981... ) كما أشار (أوين وآخرون 1971 Owen, etal) إلى أن صعوبات التعلم تميل إلى التعاقب في الأسرة (السرطاوي، سيسالم 1992 ص 32)، وبالرغم من الحقيقة التي تشير إلى وراثية صعوبة التعلم، فإن هذا لا يعني أن الأطفال لا يمكنهم الانتفاع والاستفادة من التعليم؛ ولكنه يعني بأن هناك صعوبة أكبر لدى هؤلاء الأطفال للتعلم باستخدام طرق التدريس العامة التي يتم استخدامها عادة مع الأطفال الذين لا يتصفون بمثل هذا الاستعداد أو القابلية الوراثية. (كيرك وكالفانت 1988 ص 64).

العوامل الكيميائية العصبية، إذ ترتبط صعوبات التعلم بخلل في عناصر التوازن الكيميائي للجسم، فالزيادة أو النقص تؤثر على خلايا المخ ويسبب خللاً داخلياً بسيطاً، ويرجع ذلك إلى طبيعة الأطعمة ونوعيتها التي يتناولها الطفل باستمرار وبخاصة الأطعمة ذات الملونات الصناعية والمحفوظة. كما يدخل تحت هذه العوامل تأثير الأدوية والعقاقير وسوء التغذية واضطرابات الأيض.

أما العوامل البيئية فتتلخص بأشكال الحرمان البيئي من مثيرات حسية نفسية لا يتلقاها الطفل بصورة طبيعية، كما أن سوء التغذية الشديد في المراحل العمرية المبكرة تؤدي إلى نقص في النمو الجسمي العصبي والحركي؛ مما يؤدي إلى صعوبات تعلم. كما أن الكثير من أطفال الطبقات الاجتماعية الفقيرة يعانون قصور في المهارات اللغوية الأساسية عندما يدخلون المدرسة؛ وأن هذا القصور يؤثر على مهارات القراءة والكتابة والحساب عبر مراحل الدراسة المختلفة. وقد أكدت ذلك نتائج بحوث عديدة حول وجود علاقة بين الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة وبين صعوبات التعلم.

#### العوامل المساهمة في صعوبات التعلم:

العوامل المساهمة في صعوبات التعلم هي العوامل التي ارتبطت وبشكل متكرر من خلال الأبحاث والدراسات بتلك الصعوبات. فإذا وجد أن ضعف الانتباه على سبيل المثال يصاحب ضعف القراءة بصورة متكررة فإنه يمكن اعتباره عاملاً مساهماً في صعوبة القراءة، وإذا وجد بأن اضطراب التوجه المكاني قد تم تشخيصه عند الأطفال الذين يعانون من صعوبات في الحساب فإنه يمكن اعتباره عاملاً مساهماً في صعوبة تعلم الحساب. والفرق بين العوامل المساهمة والأسباب في صعوبات التعلم هو أن العوامل المساهمة في معظم الأحيان قابلة للتحسن من خلال التدريب؛ بينما نجد أن الأسباب الأساسية تعتبر

أقل قابلية للعلاج، وبهذا المعنى يختلف العامل المساهم عن السبب في أن وجوده لا يعني بالضرورة وجود صعوبة تعليمية مترتبة عليه (المرجع السابق ص ٦٧) ويمكن للعوامل المساهمة أن تكون على شكل صعوبات جسمية مثل صعوبات في الإبصار والسمع وصعوبات في إدراك الجسم والتوجه في الفراغ والضببط والتحكم الحركي، وقد تكون على شكل صعوبات نفسية نمائية فلي الانتباه والذاكرة والإدراك والتفكير واللغة. وقد تكون العوامل المساهمة عوامل تربوية اجتماعية معيقة ومساعدة في صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية معاً.

وخلاصة لما تقدم فإن الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم هي أسباب جينية وتلف دماغي واضطراب كيميائي حيوي، وحرمان بيئي شديد ونقص في التغذية وأمراض الطفولة. أما العوامل المساهمة فهي تكون على شكل صعوبات جسمية حسية أو حركية، وصعوبات نمائية نفسية في العمليات العقلية والنفسية. إضافة إلى ذلك فإن الأدبيات الحديثة تحدد من ضمن العوامل المساهمة تدني العمليات التربوية وما يرتبط بها مثل المنهج والطريقة التربوية وإعداد المعلم، والمعاملة التربوية وأساليبها، والوضع الثقافي والاجتماعي المتدني.

### سابعاً - خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

بالرغم من أن الخصائص هي جملة الصفات أو المميزات التي يتصف بها أفراد الفئة الموصوفة، إلا أن هذه الخصائص ليست بالضرورة موجودة عند كل الأطفال أو أنها مجتمعة كلها لدى طفل واحد، فكما أشار «كالجور وكولسن» بأن هناك حوالي ٥.٢% خاصة ثابتة لذوي صعوبات التعلم، وإن ٥-٧% من هذه الخصائص توجد لدى هؤلاء الأطفال بمعدل متوسط، وإن واحدة على الأقل منها توجد لديهم بمعدل شديد. كما أن الأطفال العاديين لديهم أيضاً بعض من هذه

الخصائص ولكن بنسبة محددة وبدرجة أقل بكثير من الدرجة التي هي عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

وقد تعددت الدراسات التي تناولت خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم فقد أشار هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kouffman 1991) انه يمكن ملاحظة الخصائص التالية لدى ذوي صعوبات التعلم: فرط النشاط، اضطراب في القدرة الإدراكية الحركية، والتغيرات الانفعالية، المزاجية، وقصور في التناسق العام، واضطراب الانتباه/ واضطراب الذاكرة والتفكير والاندفاع والتهور، ومشكلات تعليمية متصلة بالقراءة أو الكتابة أو الحساب أو اضطراب الكلام والسمع. بينما أشارت دراسة كالجور وكالجر (Kalluger & Kaluger 1973) إلى وجود الخصائص التالية: صعوبات في التحصيل الدراسي، وفي الإدراك والحركة، واضطراب في اللغة والكلام وصعوبات في عمليات التفكير، وخصائص سلوكية معينة. (السرطاوي وسيسالم ١٩٩٢).

ومن خلال ذلك يمكن تصنيف خصائص ذوي صعوبات التعلم في خمس خصائص ذكرتها كثير من الدراسات وهي:

١- صعوبات في التحصيل الدراسي.

٢- صعوبات في الإدراك الحركي والتأزر العام.

٣- اضطرابات في اللغة والكلام.

٤- صعوبات في عمليات التفكير.

٥- خصائص سلوكية معينة.

١- صعوبات في التحصيل الدراسي؛

يعاني الأطفال ذوو صعوبات التعلم من صعوبات في التحصيل الدراسي؛ وهم بذلك يشبهون إلى حد كبير الأطفال المتخلفين تحصيلياً، فنجد أن بعض

الأطفال يعانون من قصور في جميع موضوعات الدراسة؛ والبعض يعاني من قصور في موضوع واحد أو موضوعين فقط وتعد صعوبات القراءة بخاصة من أكثر الموضوعات انتشاراً بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتتمثل هذه الصعوبات بالنقاط التالية.

أ - انخفاض معدل التحصيل الدراسي للطفل بعام أو أكثر عن معدل عمره العقلي.

ب - ضعف في طلاقة القراءة الشفهية.

ج - صعوبات في فهم ما يقرأ.

د - ضعف في القدرة على تحليل أصوات الكلمات الجديدة.

هـ - لا يميز بين أجزاء الكلمة أو لا يتعرف عليها، إنه لا ينتبه إلى تفاصيل الكلمة، ولذلك فكثيراً ما يحاول التعرف على الكلمات من حروفها الأولى ومن حرف فيها يألفه دون انتباه إلى التركيب العام للكلمة وتسلسل الحروف فيها. ومن الأخطاء التي تظهر في القراءة عند الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم تشويه اللفظ كلياً أو جزئياً وإبدال كلمة بكلمة أخرى؛ وقلب الحروف أو عكس الكلمات وعدم المقدرة على ترابط المقاطع ودمجها في وقت واحد.

و - يواجه الطفل صعوبات في تمييز الاتجاهات وتسلسل الشهور ومعرفة المسافات كما أنه يواجه صعوبة في إجراء العمليات الحسابية المختلفة (أبو فخر - ١٩٩٢ ص ٢٤٧).

## ٢ - صعوبات في الإدراك والتأزر الحركي العام:

تعد صعوبات الإدراك والحركة واحدة من الخصائص الهامة التي تميز الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ويمكن أن تنقسم هذه الصعوبات إلى ثلاثة مجالات رئيسة هي:

١ - صعوبات الإدراك البصري (Visual perceptual)

٢ - صعوبات الإدراك السمعي (Auditory perceptual)

٣ - صعوبات الإدراك الحركي والتأزر العام (Motor perceptual) (السر طاوي وسيسالم ١٩٩٢ ص ٣٩):

١ - **صعوبات الإدراك البصري:** تظهر هذه الصعوبات من خلال صعوبة الاستقبال البصري بحيث لا يستطيع الطفل الاستجابة للتعليمات البصرية؛ وقد يضل طريقه في المناطق المألوفة له ولا يستطيع أن ينقل ما يراه بصورة جيدة، فقد يلاحظ عليه عدم القدرة مثلاً معرفة الأجزاء المفقودة في الصورة أو التغيير الذي يحدث في البيئة التي يعيش فيها بطريقة بصرية، وقد تظهر صعوبة الإدراك البصري في عدم القدرة على التمييز البصري مثل صعوبة التعرف على الحروف والأعداد.

وقد لا يستطيع الطفل التمييز بين الشكل والخلفية، كما أنه يعاني من صعوبات في الذاكرة البصرية فهو لا يستطيع مثلاً أن يتذكر الكلمات التي سبق أن شاهدها أو لا يستطيع استدعاء مسائل حسابية بسيطة سبق مشاهدتها.

٢ - **صعوبات الإدراك السمعي:** وتتمثل هذه الصعوبات في عدم فهم ما يسمعه الطفل، والاستجابة غير المناسبة لطبيعة المحادثة أو المثير السمعي، كما يعاني الطفل من مشاكل في الترابط السمعي؛ فالطفل لا يستطيع مثلاً أن يربط رتباً بسيطاً بين الكلمات التي يسمعا ولا يستطيع أن يربط بين الأصوات ومصابرها، ولا يميز هذه الأصوات، لهذا فهو يعاني صعوبة في تعلمها. ومن

مظاهر هذه الصعوبة أن الطفل لا يستطيع استرجاع كيفية نطق أسماء الأشياء وتهجنتها أو إعادة ترتيب الكلمات في جملة، أو استرجاع الأصوات في تتابعها.

٣ - صعوبات في الإدراك الحركي: وتتمثل هذه الصعوبات في الخلط بين الاتجاهات، وعدم القدرة على الأداء الحركي التي تتطلبها بعض المهمات الدقيقة، كما أن الطفل قد يعاني من ارتعاش بسيط باليدين أو الأصابع أو الأقدام، ويمكن أن يقتصر في استخدامه لليدين على يد واحدة أو جانب معين من الجسم دون مساعدة الجانب الآخر.

### ٣ - اضطرابات النطق والكلام:

يعاني الأطفال ذوو صعوبات التعلم من اضطرابات في النطق والكلام تظهر في عدم قدرتهم على تركيب الجمل بشكل سليم، فغالباً ما تقتصر إجاباتهم على الأسئلة الموجهة إليهم بكلمة واحدة، ويعانون من صعوبة في بناء جملة تقوم على قواعد سليمة، كما تظهر عندهم أحياناً الإطالة في الإجابة دون الوصول إلى المطلوب، ويظهر التلعثم والبطء الشديد في الكلام الشفهي وتكرار الأصوات بصورة مشوهة أو مخزقة.

### ٤ - صعوبات في عمليات التفكير:

المقصود بعمليات التفكير هي تلك العمليات العقلية التي تقوم على التخطيط وحل المشكلات وبناء الخطط التي تقود إلى تعلم أفضل، والأطفال ذوو صعوبات التعلم يعانون من قصور في هذه العمليات، ولهذا فقد أكد كولينان وآخرون (Cullinan et al 1980) وكاجن (Kagen 1966) على أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يغلب عليهم التصرف بانديفاع أو يتهور في حل المشكلات أو الأسئلة، وقد لاحظ الباحثون في هذا المجال أن هناك مجموعة من الأنماط السلوكية التي تظهر لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم؛ والتي تشير إلى وجود صعوبات في عملية التفكير لديهم، من هذه الصعوبات أن الطفل يحتاج إلى وقت

أطول لتنظيم أفكاره قبل أن يستجيب، ولديه القدرة على التفكير الحسي في حين أنه يعاني من ضعف في التفكير المجرد؛ كما أنه يعاني من عدم القدرة على الانتباه أو القدرة على تحويل الانتباه أو تغيير السلوك عندما يتطلب الموقف ذلك، ولا يستطيع اتباع التعليمات وعدم تذكرها ولا يستطيع الاستفادة من الخبرات التي تعلمها. إن هذه المظاهر وغيرها غالباً ما تظهر لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. (المرجع السابق).

#### ٥- خصائص سلوكية معينة

تتمثل الخصائص السلوكية بكل من القابلية لشروود الذهن، والنشاط الحركي الزائد. حيث يرتبط شروود الذهن أو قصور الانتباه بضعف القدرة على التركيز فالأطفال ذوو صعوبات التعلم يعانون من مشاكل في الانتباه سواء فيما يتعلق بالمثيرات السمعية أم المثيرات البصرية. وأنهم يعتبرون أكثر استعداداً من الأطفال العاديين لشروود الذهن والإهمال وعدم المبالاة داخل الصف.

أما فيما يتعلق بالنشاط الحركي الزائد، فإن هذا يشكل مظهراً من مظاهر صعوبات التعلم، ولكن ليس بصورة دائمة، فالنشاط الحركي كما تعرفه (روس Ross)، نشاط فوق العادة ينطوي على التهيج والاندفاع وسرعة الغضب وحدة الطبع.

وبالوقت نفسه فإن (روس) تقول: يوجد العديد من الأطفال الذين يعانون من نشاط حركي زائد دون أن يكون لديهم صعوبات في التعلم، كما أن بعضاً من الذين يعانون من صعوبات في التعلم ليس لديهم نشاط حركي زائد، فالعلاقة غير واضحة تماماً بين صعوبات التعلم والنشاط الحركي الزائد.

ومن الخصائص السلوكية التي ترتبط بشروود الذهن والنشاط الحركي الزائد لدى ذوي صعوبات التعلم نشاط جسمي أو خمول مفرط، وسهولة

الاستثارة بالمثيرات السمعية والبصرية، وقصر مدة الانتباه والاستجابات غير المناسبة للمواقف التي يهرون بها (السرطاوي وموسالم ١٩٩٢).

### ثامناً - البرامج العلاجية والتربوية:

من خلال العرض السابق الذي تضمن تصنيف وتحديد ذوي صعوبات التعلم، وخصائصهم الأكثر بروزاً والتي ظهرت بخاصة في مجالات التحصيل والأداء الحسي - والحركي، واللغوي، والاجتماعي، فإنه يمكن انطلاقاً من هذا العرض أن تتبّع الجهود المختلفة لمواجهة حاجات هذه الفئة من الأفراد. وما تم لهم من تصميم لبرامج مختلفة تواجه حاجاتهم العامة والخاصة. أي تلك البرامج التي تعنى بفئة ذوي صعوبات التعلم بعامة والبرامج التي تعنى بصعوبات التعلم النوعية الخاصة.

ولا شك أن المعلم في سياق عمله، ومواجهته، للحالات المختلفة وما يوجد بينها من اختلاف يمكنه أن يرسم الخطة العلاجية الأكثر فاعلية أو التي يعتقد أنها أكثر جدوى، ولديه ثلاث استراتيجيات أساسية تذكرها الأدبيات المختلفة:

- ١ - التدريب القائم على تحليل المهمة.
- ٢ - التدريب القائم على العمليات النفسية.
- ٣ - التدريب القائم على كل من تحليل المهمة والعمليات النفسية (كيرك، كالفانت ١٩٨٨ ص ٩٠ - ١٠٢).

### ١ - التدريب القائم على تحليل المهمة:

يقصد بهذه الاستراتيجية التدريب المباشر على مهارات محددة وضرورية لأداء مهمة أكبر، كأن نقول التدريب على القراءة يتطلب مهارات أولية

وضرورية لأداء مهارة القراءة، وينطبق ذلك على مجالات أخرى من المهارات  
الأكاديمية كالكتابة والحساب... وللقيام بهذه العملية ينبغي:

أ - تحديد الهدف من تعلم المهارة.

ب - تجزئة المهمة التعليمية إلى وحدات صغيرة أو مهام يمكن للطفل القيام  
بها.

ويطلق على هذا الأسلوب تحليل المهمة الذي يسمح للطفل أن يتقن عناصر  
المهمة التي يواجه صعوبة فيها، ثم يقوم بتركيب هذه العناصر؛ الأمر الذي يسمح  
له بإتقان المهمة التعليمية بأكملها وفق تسلسل منظم.

مثال ذلك الطفل الذي يواجه صعوبة في قراءة نص ما أو قطعة قراءة؛  
يمكن للمعلم أن يبدأ بوضع هذا النص على شكل جمل، والجمل في وضع كلمات  
مفصلة، والكلمات في مقاطع ثم العودة إلى قراءة الكلمة والجمله... وهكذا يتمكن  
المعلم في هذا السياق أن يكشف عما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع في  
مهارة معينة، ويحدد فيما إذا كان الطفل يمتلك الخطوات الفردية للنجاح في أداء  
المهمة، كما أنه يحدد الأهداف، وينظم البرنامج العلاجي وفقاً لاستخدام أساليب  
التعزيز.

٢ - التدريب القائم على العمليات النفسية:

هناك وجهات نظر حول هذا الأسلوب، وأكثرها رواجاً أن تدريب العمليات  
النفسية يؤدي إلى تحسين القدرات العقلية الأساسية، فلو افترض أن تلميذاً في  
حال القراءة يثبت نظره ٦ أو ٧ مرات في السطر الواحد، فالتدريب يهدف إلى  
التقليل من ذلك عبر تدريب حركات العين لتصل إلى ٣ أو ٤ مرات في السطر  
الواحد، إلا أن ذلك لم يحقق الهدف وهو تحسين سرعة القراءة.

إن زيادة سرعة القراءة يمكن تحقيقها بدرجة أفضل عبر استخدام الاستراتيجيات المباشرة في مهمة القراءة نفسها، فالأطفال وبخاصة في مرحلة الرياض يحتاجون إلى النظر والاستماع والمقارنة والفهم لما يسمعونه ويتكلمونه، وبالتالي يحفظون، فهذه العمليات سابقة على تعلم مهارة القراءة؛ لذا على المعلم الذي يقوم بعملية التشخيص والعلاج أن يركز على العمليات النمائية المرتبطة بالصعوبة، فإذا كان الطفل يعاني من مشكلة تمييز بصري فمن المفيد تدريس التمييز البصري للحروف والكلمات والتركيز عليها في حال صعوبة تعلم القراءة.

### ٣ - الأسلوب الذي يجمع التدريب على تحليل المهمة والعمليات النفسية:

ينظر هذا الأسلوب إلى أن المهمة المطلوب إنجازها والعمليات النفسية تسير جنباً إلى جنب، وأن العمليات النفسية ليست قدرات عقلية منفصلة إنما هي سلسلة من العمليات المتعلمة ومجموعة من الاستجابات الشرطية التي تتعلق بمهمة معينة، ويمكن وصف الأسلوب الذي يجمع بين تحليل المهمة وتدريب العمليات النفسية على أنه يضم ثلاث مراحل:

- ١ - تقييم مواطن الضعف والقوة عند الطفل.
- ٢ - تحليل المهمات التي يفشل فيها الطفل من أجل تجديد تسلسل المهارات السلوكية والمعرفية المطلوبة لأداء تلك المهمات.
- ٣ - الجمع بين المعلومات الخاصة بتقييم الطفل وتحليل المهمات من أجل تصميم الأساليب التدريسية والمواد التربوية التي سيتم تقديمها بشكل فردي، والمثال التالي يوضح هذا الأسلوب: الطفل (س) كان مواظباً في حضوره إلى المدرسة حتى سن التاسعة، وتم تحويله لإجراء التشخيص المناسب لأسباب تتعلق

في عدم قدرته على تعلم القراءة على الرغم من أن نسب ذكائه قد بلغت ١٢٠ درجة. الخطوة الأولى تم تقييم قدرات الطفل التي أظهرت أنه يعاني عجزاً في الذاكرة البصرية؛ فقد كان غير قادر على إعادة كتابة كلمات من الذاكرة بعد أن عرضت عليه، كما أظهر عجزاً في الذاكرة البصرية عند تطبيق الاختبارات ذات المعايير المرجعية، فاستدعى ذلك تطوير برنامج يعتمد على التمييز البصري للكلمات والجمل وهذه خطوة ثانية حيث إن هذا البرنامج يقتضي تدريب قدرة الذاكرة البصرية على المهمة بعد ذاتها، تدريباً على تحليل المهمة والعمليات النفسية. ويعد أسلوب «فيرنالد الحسي - الحركي» نظاماً يهدف إلى التدريب على الذاكرة للكلمات غير المجردة، وهو أيضاً موجه إلى التدريب على الكلمات والجمل التي يحتاجها الطفل في تعلم القراءة، وبذلك فإن هذا الأسلوب يقوم على تحليل المهمة والعمليات النفسية حيث إنه يدرّب الذاكرة البصرية باستخدام الكلمات والجمل.

#### إضافة إلى هذه الأساليب تُذكر الأدبيات التربوية:

أسلوب الحواس المتعدد: بالرغم من أن هذا الأسلوب يشتمل على بعض الأنشطة المستخدمة في تدريب العمليات؛ إلا أن البرنامج الذي وضع لهذا الأسلوب يؤكد أكثر على التعامل مع الوسائل التعليمية بصورة مباشرة، ويعمل هذا الأسلوب على حل مشاكل الطفل وذلك باستخدام حواسه المختلفة في عمليات التدريب حيث يفترض أن الطفل سوف يكون أكثر قابلية للتعلم عندما يستخدم أكثر من حاسة من حواسه، ويعتبر أسلوب فرنالد Fernald المسمى بأسلوب (VAKT) نموذجاً لهذه الأساليب، حيث (V) تمثل حاسة الإبصار Visual و (A) تمثل حاسة السمع Auditory و (K) تمثل الإحساس بالحركة Kinesthetic و (T) تمثل حاسة اللمس Tactual. وفي الخطوة الأولى من هذا الأسلوب يحكي الطفل قصة للمدرس، ثم يقوم المدرس بكتابة كلمات هذه القصة على السبورة،

ويطلب منه أن ينظر إلى الكلمات (البصر)، ثم يستمع إلى المدرس عندما يقرأ هذه الكلمات (السمع)، ثم يقوم الطفل بقراءتها (النطق)، وأخيراً يقوم الطفل بكتابتها (اللمس، الإحساس بالحركة) (السرطاوي، سيسالم، ١٩٩٢، ص ٥٤).

أسلوب تعديل السلوك المعرفي: يتركز التعديل التقليدي للسلوك حول تعديل السلوك الظاهري للفرد؛ في حين أن التعديل السلوكي المعرفي هو محاولة لتعديل تفكير الفرد (زيدان السرطاوي، ١٩٨٧، ص ٥٥) ويتضمن التعديل السلوكي المعرفي استخدام استراتيجيات التعليم الذاتي المعرفي لتوجيه السلوك والتحكم. ويعتبر هذا الأسلوب من أفضل الأساليب ملائمة للأطفال ذوي صعوبات التعلم، وذلك للأسباب الآتية:

أ - أنه يؤكد على المبادرة الذاتية وذلك بإشراك الطفل في تدريب نفسه؛ وهو بهذا يساعده على تخطي السلبية والقصور في التعلم.

ب - يزود الطفل بطرق تعلم خاصة لحل المشاكل.

ج - مناسب لمعالجة مشاكل الانتباه والاندفاع (المرجع السابق، ص ٥٥)

أسلوب التدريب النفسي - التربوي : وهو أسلوب موجه للأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم، وينطوي على برنامج متكامل ينطلق من نواحي القصور الممكنة لدى الأطفال؛ وهو برنامج تدريبي نفسي تربوي، أعد هذا البرنامج (فاليت) Vallet وهو على شكل رزمة تعليمية يستهدف تنمية المهارات التالية: النمو الحركي، التكامل الحسي - الحركي، المهارات الإدراكية الحركية، النمو اللغوي، المهارات المفاهيمية، المهارات الاجتماعية.

وفيما يلي أهداف هذا البرنامج:

١ - النمو الحركي: لتحقيق هذا الهدف يتم تدريب الطفل على مجموعة من التمرينات الرياضية - الحركية وفق تعليمات محددة بحيث يساعد هذا البرنامج على تطور النمو العصبي - الفيزيولوجي، فالأطفال غير الناضجين جسمياً، والذين يفتقرون إلى مهارات التأزر بحاجة إلى تدريب وتمرينات رياضية تزداد في صعوبتها تدريجياً إلى أن يتعلموا مهارات الضبط الجسمي الأساسية.

٢ - التكامل الحسي - الحركي: وهو برنامج ينطلق من المواقف التعليمية، ومواقف حل المشكلات التي تتطلب التوجه المكاني، ومعرفة العلاقات بين الأشياء؛ لهذا فإن هناك جملة من الأنشطة المقترحة لهذا البرنامج؛ وهي التوجه الجسمي ومعرفة أجزائه والعلاقات بين الأشياء والتدريب على التطبيق والتعميم.

٣ - المهارات الإدراكية - الحركية: وهو برنامج يهدف إلى التمييز البصري للأشكال، ونشاطاته تبدأ من المطابقة بين الألوان ووضع الأشياء في فئات إلى التصاميم الخاصة بالصور المختلفة وصولاً إلى التمييز الرمزي المتعلق بالأرقام والحروف وأنماط الكلمات...

٤ - النمو اللغوي: ويهدف إلى تكوين اللفظ والاستجابة اللغوية السليمة؛ حيث يقدم للأطفال فرصاً تربوية متنوعة تنطلق من الخبرة العملية والأدوات الملموسة وصولاً إلى تعلم الألفاظ الرمزية.

٥ - المهارات المفاهيمية: وتهدف إلى تنمية المفاهيم العددية بحيث يبدأ الفهم الرياضي بتحريك الأشياء وعدّها، ومقارنة كميات الأشياء في مجموعات مختلفة. ويتعلم الطفل أن هناك رموزاً تمثل العلاقات بين الأرقام مثل ، < ، > ورموزاً أخرى تسمى أعداداً تمثل الأرقام ذاتها.

٦ - المهارات الاجتماعية: وهي تهدف لأن يكون الطفل مقبولاً اجتماعياً بحيث يتم تعليم الأطفال ضبط الذات، والتعاون، والسلوك المناسب، ويجب - في هذا البرنامج - أن يتعاون أولياء الأمور مع المدرسة في التعليم المباشر وغير المباشر؛ لتلك العادات الشخصية والمهارات ذات العلاقة بالسلوك الاجتماعي، (الخطيب، الحديدي ١٩٩٤).

بعض الإرشادات لمعلم ذوي صعوبات التعلم:

هناك قائمة من الإرشادات التي يمكن للمعلم أن يهتدي بها أكان عمله في إطار الصف العادي بوجود أطفال لديهم صعوبات تعلم، أم في إطار صف خاص، أو حتى في أثناء عمله الفردي مع الطالب. ونختار من هذه القائمة الإرشادات التالية:

- ١ - خصص وقتاً محدداً لأداء واجب معين.
- ٢ - أبدأ أولاً بالواجبات التي تحتاج إلى وقت قصير، ثم انتقل إلى الواجبات التي تحتاج إلى وقت أطول.
- ٣ - كن ثابتاً وصلباً وبالوقت نفسه عليك أن تحتفظ بالهدوء وأن تكون لطيفاً حنوناً.
- ٤ - أن تكون واثقاً بأن الطفل يستطيع أن يؤدي ما قد طلبته منه.
- ٥ - يجب الإصرار على أن يتبع الطفل التعليمات التي توجهها له، وأن يكمل الواجب المطلوب منه.
- ٦ - استمر في توجيه التلاميذ خلال أداء الواجبات.
- ٧ - يجب أن تكون توجيهاتك وملاحظاتك قصيرة ومبسطة ومتعلقة بالواجب.

- ٨ - امنح الطفل الوقت الكافي للاستجابة للتوجيهات إذا كان هذا ضرورياً.
- ٩ - لا تستخدم أسلوب التهديد والوعيد بل اتبع أسلوب تكرار القواعد والأحداث.
- ١٠ - وفر البيئة التعليمية المناسبة كي يظهر الطفل استعداداته الكافية؛ وذلك عن طريق النماذج والتعيينات الدراسية أو حرية اكتشاف الأشياء بنفسه.
- ١١ - كل طفل يجب أن يعامل بطريقة فردية؛ إلا أن هناك بعض الأساليب التي يمكن أن تستخدم مع جميع الأطفال.
- ١٢ - لا تكلف الطفل بعمل يتطلب وقتاً طويلاً؛ لأنه لن يتعلمه بل حاول أن تختار العمل والزمن اللذين يتناسبان مع كل طفل.
- ١٣ - إذا كان الواجب صعباً فقسمه إلى أجزاء بسيطة أو استبدله بواجب أسهل.
- ١٤ - يجب أن يصمم البرنامج الخاص بالطفل بناءً على حاجاته وقدراته والوسائل التعليمية المتاحة.
- ١٥ - اتبع أساليب التشخيص المناسبة، وتابع على تقييم ذاتك وتقييم الطفل والبرنامج التعليمي.



## الباب الثالث

### الانحرافات الحسية والحركية

الفصل السادس : التربية الخاصة بالطفل المعوق سمعياً.

الفصل السابع : التربية الخاصة بالطفل المعوق بصرياً.

الفصل الثامن : التربية الخاصة بالطفل المعوق جسدياً - حركياً.

الفصل التاسع : التربية الخاصة بالطفل المعوق عقلياً - ذهنيّاً.





## الفصل السادس

### التربية الخاصة بالطفل المعوق سمعياً

- أولاً - السمع والإعاقة السمعية .
- ثانياً - تصنيف الإعاقة السمعية .
- ثالثاً - التقييم السمعي والتعرف على الإعاقة السمعية .
- رابعاً - آثار فقدان السمع على النمو .
- خامساً - تأهيل المعوقين سمعياً وتربيتهم .



## أولاً - السمع والإعاقة السمعية :

### ١- لمحة تاريخية

الأطفال المعوقون سمعياً فئة من فئات التربية الخاصة لكونهم فقدوا حاسة أساسية من حواسهم وهي السمع. هذه الحاسة التي تؤدي وظيفتين أساسيتين هما: وظيفة سماع الأصوات وإدراكها، ووظيفة تأمين الأساس في بنية اللغة المنطوقة المحكية.

وقد لاقت هذه الفئة أشكالاً مختلفة من الرعاية والاهتمام، فانتبه منذ القديم أرسطو إلى العلاقة بين السمع والكلام، كما أن الاهتمامات الأولى ترجع إلى القرن السادس عشر، حيث أول من فكر بتعليم الأصم هو الإيطالي جيسروم كاردين (Jérôme Cardin) (١٥٠١ - ١٥٧٦) ثم جاء الراهب الإسباني بيدرو بونسه دي ليون Pedro Ponce de Leon وأجرى سنة ١٥٨٤ مشروعاً لأبجدية الأصابع، وذلك من أجل تمثيل كل حرف من حروف اللغة على أصابع اليد.

وفي عام ١٧٦٠ افتتح الأب دي لبيب Abbé de Lépée في فرنسا أول مدرسة لتعليم جميع الصم، وقد صمم طريقته المعتمدة على استعمال الإشارات المنظمة.

وفي ألمانيا، في الفترة نفسها تقريباً دعا صموئيل هاينيك Samuel Heinicke والبريطاني توماس بريدود Thomas Broudwood إلى تعليم اللغة المنطوقة وقراءة الشفاه. وفي الولايات المتحدة الأمريكية أنشئت المؤسسة الأمريكية لتعليم الصم - الأكم عام ١٨١٧، وذلك على يد توماس جالوديت Thomas Sallaudet.

وتتالت الاهتمامات في القرن التاسع عشر والقرن العشرين لتتوج الجهود ببناء طرق منهجية في تعليم الصم، وأخذت التطورات متسارعة في إبداع وسائل وتقانات معينة سمعية وبصرية لتعويض الأصم ما فاته من فقدان للسمع.

## ٢- أهمية الحاسة السمعية:

تعد الحاسة السمعية من الحواس الأساسية التي تشكل قناة من قنوات المعرفة، فعن طريقها يتم سماع الأصوات وإدراكها، وعن طريقها يتعلم الطفل الصغير كيف يقلد الأصوات، وهو بذلك يتعلم اللغة المحكية في محيطه، ولها أهمية في درء المخاطر، فعن طريقها يستطيع الطفل والراشد الاستجابة لأصوات التنبيه، والاستغاثة، وصوت السيارات، وعن طريقها أيضاً يتم الاستمتاع بالغناء والموسيقا، وهي تشكل قناة أساسية في عملية الاتصال والتواصل اللغوي والاجتماعي بين الفرد والآخرين.

يستقبل الحس السمعي بوجه عام الموجات الصوتية التي يقع ترددها بين ٢٠ إلى ٢٠٠٠٠ دورة في الثانية، إلا أن هذا المدى الواسع من التذبذبات يشمل أصواتاً لا يحتاج إليها الإنسان في تعاملاته وحياته اليومية لكونها تخرج عن نطاق الكلام العادي، إما لضعفها أو لعلوها الشديد. ويعد مدى التردد الصوتي الذي يتراوح بين ٥٠٠ و ٢٠٠٠ ذبذبة في الثانية هو الأكثر أهمية لفهم المثيرات اللازمة للكلام والحوار في الحياة اليومية.

ومع تقدم العمر تنخفض العتبات الحسية فعند سن الخامسة والثلاثين تنخفض العتبة العليا لشدة الأصوات بمعدل ٣٠% عما هو موجود لدى الأطفال والشباب، وفي سن الخمسين تنخفض بمعدل ٤٠% أي تقع العتبة العليا في حدود ١٣٠٠٠ دورة في الثانية.

ويحدد مقدار كثافة الصوت بوحدة قياس هي (الديسبل) وهي الوحدة التي يقاس بها مقدار ضغط الصوت أو درجة الارتفاع النسبي للصوت؛ ويتدرج مقياسها من صفر إلى ١٤٠ ديسبل أو من ١٠ إلى ١٢٠ ديسبل، وتعد الأصوات عادية حتى ٤٠ ديسبلاً وضوضاء عندما تصل إلى ٦٠ ديسبلاً، وضجة عالية

عندما تصل إلى ٨٠ ديسبل وعندما تصل إلى ١٢٠ وما فوق فإنها تسبب الألم أو ما يسمى (عتبة الألم).

#### ٤- آلية السمع:

تقوم آلية السمع على وجود موجات صوتية وأذن سليمة من ناحية عضوية وتشريحية، وهذه الآلية توصف بأنها آلية فيزيائية عضوية عصبية معقدة، فالموجات الصوتية تسير في البداية بشكل ميكانيكي عبر صيوان الأذن الذي تتحدد وظيفته باستقبال الموجات الصوتية وقيادتها إلى قناة تمتد بطول ٢,٥ سم إلى طبلة الأذن، وهذه القناة معوجة غايتها حماية العناصر الداخلية وتدفئة الهواء الداخلي إلى الأقسام التالية من الأذن، وفي نهاية هذه القناة توجد كثير من الغدد الشمعية التي تمنع دخول الغبار والأوساخ إلى الأذن وتحميها من الالتهابات. وتسير الموجة الصوتية لتصطدم بطبلة الأذن التي تشكل الحد الفاصل ما بين الأذن الخارجية والأذن الوسطى ومن هنا تبدأ عملية السمع المعقدة.

إن غشاء طبلة الأذن غشاء رقيق وقوي يبلغ قطره أقل من سنتيمتر واحد، وعندما تصطدم الموجات الصوتية المختلفة به تحدث فيه اهتزازات تؤثر على العظيمة السمعية (المطرقة، الركاب، السندان). والمطرقة هي التي تتصل بطبلة الأذن اتصالاً مباشراً، ثم تتصل بالسندان والركاب اتصالاً خفيفاً، في حين أن السندان يتصل بغشاء يوجد على فتحة تصل بين الأذن الداخلية والأذن الوسطى وتعرف بـ«الكوة البيضية».

وفي الأذن الداخلية الأداة الحقيقية للسمع التي تتألف من قنوات هلالية ودمليز وقوقعة وتعرف بالتيه العظمي حيث يبطن هذا التيه غشاء يتصل بالنهايات العصبية التي تكون العصب السمعي، وما يحصل من آلية فإن العظيمة

الركابية في منطقة الأذن الوسطى تضرب على الكوة البيضية، التي تطل على الأذن الداخلية وتنتقل هذه الضربة التي تحدث اهتزازات إلى السائل الذي يسبب تماوج النهايات العصبية الشعرية المتوافقة مع نغمة تلك الضربة فتزحف النهايات الشعرية تلك كالحشائش في تيار مائي؛ وتتحول تلك التموجات إلى نبضات كهربائية تدخل إلى العصب السمعي والذي لا يتعدى حجم قطره قطر رأس قلم رصاص؛ ومع ذلك فهو يحتوي على أكثر من ثلاثين ألف دائرة كهربائية، فتنتقل هذه النبضات إلى الدماغ على مسافة ستمترين فقط، وفي الدماغ الحلقة الرئيسة من السمع تتم عملية تحويل الإشارات الكهربائية إلى إشارات دلالية منسقة وفيه تتم معالجة المعلومات والإحساس بها. (أبو فخر ١٩٩٢).

#### ٤- الإعاقة السمعية :

يشير مصطلح الإعاقة السمعية (Hearing impairment) إلى مستويات متفاوتة الشدة بدءاً من ضعف في السمع وحتى الصمم التام، وقد تكون الإعاقة سلت في سن مبكرة أو منذ الولادة، وقد تكون متأخرة حصلت في سن ما بعد تكون اللغة (Postlingual) وقد يكون الصمم توصيلياً (Conductive) وقد يكون عصبياً حسيّاً (Sinsorineural). أمام هذا التنوع يتعذر إعطاء تعريف شامل وكامل، ولكن إذا قلنا إن الإعاقة السمعية هي الإعاقة التي تحول دون تمكن الفرد من استخدام سمعه لأغراض الحياة العادية، أو أن الإعاقة السمعية تحد من القدرة على التواصل السمعي - اللفظي، فإنما ذلك تحكمه مجموعة من العوامل والمؤثرات مثل السن التي حدثت بها الإعاقة وشدّة الإعاقة ونوع الاضطراب الذي أدى إلى الإعاقة؛ ومدى القدرة على الاستفادة من الأدوات التعويضية للسمع

والخدمات التأهيلية، والعوامل الأسرية والقدرات الفردية.. الخ. من العوامل المباشرة وغير المباشرة التي تجعل المعوقين سمعياً يختلفون عن بعضهم باختلاف العوامل المذكورة، ولهذا السبب سنوضح الاتجاهات فني تصنيف المعوقين سمعياً وصولاً إلى الرؤية الشاملة في معرفتهم.

## ثانياً - تصنيف الإعاقة السمعية:

تباين الإعاقة السمعية بتباين العوامل والمؤثرات فيها، ولهذا فهي تصنف وفقاً لمعايير مختلفة، فقد تصنف وفقاً للسن التي حدثت بها، وقد تصنف تبعاً لشدة الإصابة، وتصنف مرة ثالثة تبعاً لموقع الإصابة. ولهذا سنأخذ في تصنيفها ثلاثة معايير هي السن، والشدة، وموضع الإصابة:

### ١ - التصنيف حسب السن التي حدثت بها الإعاقة:

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً للسن التي حدثت بها من منطلق أن فقدان السمع منذ الولادة أو في سن مبكرة يؤثر على تكون اللغة اللفظية واستخدامها، ولهذا يتم التمييز بين الإعاقة السمعية التي تحدث قبل تكون اللغة (Prelingual) أي منذ الولادة ولغاية ثلاث سنوات والإعاقة التي تحدث بعد تكون اللغة. كما تصنف الإعاقة وفقاً لهذا المعيار إلى إعاقة سمعية ولادية (Congenital) وإعاقة سمعية مكتسبة (Adventitious).

وانطلاقاً من معيار العمر وتكون اللغة المنطوق؛ فإن بيير أوليرون يصنف الإعاقة السمعية في ثلاث فئات هي:

أ - فئة الصم - البكم: وهم أولئك الذين ولدوا أو أصبحوا صماً في سن مبكرة (دون سن الثالثة من العمر تقريباً) بحيث لم يتعلموا اللغة المنطوقة أو أضاعوا ما تعلموه بصورة تلقائية.

ب - فئة الصم الذين أتى الصمم بعد امتلاكهم اللغة الملفوظة أي بعد سن الثالثة، وهنا يمكن للغة الملفوظة أن تبقى محفوظة نسبياً.

ج - فئة ضعيفي السمع: وهم أولئك الذين فقدوا السمع بصورة جزئية مما يسمح لهم بامتلاك اللغة بصورة جزئية (Oléron, 1961).

٢ - التصنيف حسب شدة الإعاقة:

وهو التصنيف الذي يأخذ بمدى ما فقده الفرد من قدرات سمعية، ويكون التركيز هنا على البقايا السمعية، لكونها القناة الأساسية التي يمكن الاعتماد عليها في تلقي الأصوات. ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار شدة فقدان السمعى أكان في أذن واحدة أم في الاثنتين معاً. فالأول يعرف بالفقدان السمعي الأحادي (Unilateral) والثاني يعرف بالفقدان السمعي الثنائي (Bilateral). ويصنف الأطفال في هذا المعيار إلى أربع فئات:

أ - الفقدان السمعي البسيط (١٥ - ٣٠ ديسبل):

يؤثر هذا الفقدان على التواصل وتعلم اللغة والتحصيل الدراسي، وفيه يمكن سماع الأصوات المتحركة بصورة أوضح من الأصوات الساكنة. ويختلف الأطفال في فقدانهم لهذا المدى بحسب طبيعة الفقدان السمعي أكان توصيلياً أم حسياً - عصبياً.

ب - الفقدان السمعي المتوسط (٣١ - ٥٠ ديسبل):

يؤثر هذا الفقدان على الانتباه، ويصاحبه تخلف لغوي ومشكلات كلامية ومشكلات تعليمية، وفي هذا المدى يفقد الأطفال القدرة على إدراك الأصوات الكلامية في مجال المحادثة العادية، إلا أنهم يستفيدون من المضخمات السمعية والأدوات المساعدة ويمكنهم إدراك الأصوات المتحركة بصورة أفضل من

٧٠: صوت الساكنة، إلا أن لغتهم تتميز بالتداخل والحذف والإبدال والبطء لهذا فإن الغرباء يجدون صعوبة في فهم كلامهم.

ج - فقدان السمع الشديد (٥٠ - ٧٠ ديسبل):

تحتاج هذه الفئة من الأطفال إلى إجراءات التدخل المبكر والمساعدات السمعية، فلغتهم ضعيفة إلى حد كبير وغير مفهومة، وقد يستفيدون من المضخمات الصوتية، فعن طريقها يمكنهم سماع الأصوات والمحادثة فيما إذا تمت عن قرب وبصوت عال.

د - فقدان السمع الشديد جداً (٧١ ديسبل وما فوق):

يمكن للأطفال الذين يقعون في هذا المدى من فقدان السمع أن يتعلموا اللغة والكلام بصورة أولية من خلال برامج تربوية خاصة مكثفة، إلا أن لغتهم تبقى دون المستوى المطلوب ويمكنهم الاستفادة من البقايا السمعية إذا استُخدمت المضخمات الصوتية (السماعات) لسماع إيقاع الكلام ونطقهم الخاص، إلا أن هذا الفقدان يؤدي إلى تخلف لغوي ومشكلات كلامية وصعوبات في التعلم. (الزريقات ٢٠٠٣ ص ٥٣ - ٥٤).

وهناك اتجاهات في التصنيف المعتمد على شدة فقدان السمع؛ فمثلاً يصنف هالمان وكوفمان (Hallahan & Kouffman, 1991) المعوقين سمعياً في خمس فئات وهي المستويات التي تقع في مدى من فقدان السمع تتراوح بين ما يلي:

إعاقة سمعية بسيطة جداً (٢٧ - ٤٠ ديسبل)

إعاقة سمعية بسيطة (٤١ - ٥٥ ديسبل)

إعاقة سمعية متوسطة (٥٦ - ٧٠ ديسبل)

إعاقة سمعية شديدة (٧١ - ٩٠ ديسبل)

إعاقة سمعية شديدة جداً (٩١ وما فوق ديسبل)

وهي تشبه إلى حد كبير التصنيف السابق حيث إن فقدان السمع الذي يبدأ من ٧٠ وما فوق يكون شديداً. أما دون (٥٠ - ٥٥ ديسبل) فيكون بسيطاً.

٣ - التصنيف حسب مكان الإصابة:

يميز في هذا التصنيف ثلاث فئات من الإعاقة:

أ - الإعاقة السمعية التوصيلية (Conductive Hearing Loss):

يعاني أطفال هذه الفئة من مشكلة في توصيل الصوت من الأذن الخارجية والوسطى إلى الأذن الداخلية؛ ويكون ذلك بسبب إما وجود تجمع للمادة الصمغية أو تجمع السوائل أو الالتهابات أو النمو الخاطئ للعظيمات السمعية، ومعظم الإعاقات السمعية التوصيلية تعالج بشكل تلقائي طبيياً أو جراحياً ويمكن للسمع أن يعود إلى وضعه الطبيعي.

ب - الإعاقة السمعية - العصبية (Sensorineural Hearing loss):

يعاني أفراد هذه الفئة من مشكلات تتصل بالأذن الداخلية والعصب السمعي وصولاً إلى الدماغ، وفي هذه الحالات يشوه الإدراك السمعي وتصل الأصوات مشوشة، وغالباً يكون هذا النوع من الإعاقة غير قابل للتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية والصوت قد لا يصبح واضحاً حتى باستخدام المعينات السمعية.

ج - الإعاقة السمعية المركزية (Central Hearing Loss):

إن ما يحدث هنا هو التفسير الخاطئ لما يتم سماعه بالرغم من أن جاسة السمع طبيعية، فالمشكلة ترتبط بتوصيل السوائل العصبية من جذع الدماغ إلى

القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ، وذلك نتيجة الأورام أو التلف الدماغي، وفي هذا النوع أيضاً تكون المعينات السمعية محدودة الفائدة. (المللي ٢٠٠٢، ص ١٦ - ١٧).

ومن خلال هذا العرض للإعاقة السمعية وتصنيفها يمكن تعريفها، التعريف التالي:

الإعاقة السمعية: هي حالة من فقدان السمع الجزئي أو الكلي، تحدث قبل تكون اللغة أو بعد تكوينها، وتؤثر بشكل أساسي على عملية التواصل السمعي - الكلامي. كما أنها تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى الأمر الذي يتطلب إجراءات خاصة لمواجهة هذه الحالة عبر طرائق وأساليب في تعليم المعوقين سمعياً وطرائق خاصة لكل حالة بحسب شدة الإعاقة لديها وزمن حدوثها وموقعها.

### ثالثاً - التقييم السمعي والتعرف على الإعاقة السمعية:

يهدف التقييم السمعي إلى معرفة طبيعة الإعاقة السمعية ومواجهة الحاجات الخاصة بكل حالة من الحالات، ولهذا عند إجراء التقييم السمعي يتم السؤال عادة: لماذا يجري المريض التقييم السمعي؟ هل بسبب تحديد المعينات السمعية المناسبة أي السماع، أو أن الهدف من إجراء التقييم السمعي هو وجود مشكلات في معالجة المعلومات السمعية، حيث يتطلب ذلك تأهيل المعوق على الفهم الكلامي، أو أن السبب هو اشتباه بأن الفرد لديه ضعف في السمع، ولهذا فإن طرائق التعرف على الإعاقة السمعية وتشخيصها متعددة ومتكاملة. من هذه الطرائق:

١ - طريقة الملاحظة: وهي الطريقة التي تقوم على ملاحظة الفرد من حيث استجاباته المختلفة نحو المؤثرات الصوتية والاجتماعية والمدرسية، وكذلك وجود مظاهر جسمية تشير إلى أن الفرد يتطلب تقييماً سمعياً.

إن أهم المؤشرات والأعراض الجسمية والاجتماعية والشخصية التي تشير إلى احتمال وجود للإعاقة السمعية عند الفرد هي التالية:

١ - شكوى الطفل من وجود آلام وطنين في أذنيه.

٢ - عدم استجابة الطفل للصوت العادي.

٣ - عدم قدرة الطفل على الكلام بصورة إيقاعية منتظمة؛ من حيث الشدة وقوة الصوت والوقفات اللازمة.

٤ - البطء في نمو اللغة والكلام.

٥ - الميل إلى عدم الاختلاط والمشاركة.

٦ - عدم قدرة الطفل على مجاراة أقرانه في التحصيل الدراسي.

٧ - محاولة الطفل أن يتتبع الكلام من خلال شفاه المتكلمين، أو ميل الرأس بصورة واضحة نحو مصدر الصوت. (القريبي ١٩٩٦، ١٤٦).

إن هذه المؤشرات عامة وتساعد على معرفة الأطفال الصم وذوي ضعف السمع.

٢ - الطرائق التقليدية: وهي مجموعة الطرائق التي يمكن للمختص وغير المختص أن يستخدمها؛ مثل طريقة مناداة الطفل باسمه بطريقة الهمس (Whisper Test)، وطريقة سماع دقائق الساعة (Watch Test) وتعد هذه الطرائق غير دقيقة في قياس الإعاقة السمعية وتشخيصها.

٣ — الطرائق العلمية الحديثة: وهي تلك الطرائق التي يقوم بها مختص في قياس القدرة السمعية وتشخيصها والذي يطلق عليه عالم السمع أو المختص في السمعيات (Audiologist) فهو الذي يقوم بقياس السمع (Audiometry) ويقدم الصورة السمعية (Audiogram) للفرد ويفسرها. وقد تعتمد هذه الصورة على النغمة النقية Pure- Tone وذلك إما عبر التوصيل الهوائي (Air conduction)، وهذا يصف الحاسة السمعية للجهاز السمعي، وإما بالتوصيل العظمي (Bone Conduction)، وهذا يصف وظائف التوقعة بغض النظر عن الوضع العادي للأذن الخارجية أو الوسطى، ويجرى هذا الاختبار للأذنين اليسرى واليمنى.

تزودنا الصورة السمعية للنغمة النقية بأربعة عناصر هي: قياس فقدان السمعى ووصف شكل هذا الفقدان، والدرجة التي تكون عليها الحساسية السمعية في كل من الأذنين وقياس التوصيل الهوائي والعظمي الذي يحدد الإعاقة أكانت توصيلية أم حس عصبية أم مختلطة.

وهناك طريقة ثانية تعرف باسم القياس السمعي الكلامي (Speech Audiometry) تهدف إلى تقدير استقبال الكلام وفهمه، ففي استقبال الكلام يتم تحديد أدنى شدة يستطيع فيها الفرد إعادة الكلام بشكل صحيح لمقطعين للفظيين، وتكون هذه وفقاً لقائمة من الكلمات. وأما عبر فهم الكلام فيتم تحديد قدرة الفرد على سماع المعلومات الصوتية والتمييز بين الأصوات المتشابهة. وتتأثر قدرة فهم الكلام على نوع الفقدان السمعي ودرجته، ففي العادة نجد أن ذوي الإعاقة السمعية التوصيلية يكون أداؤهم أفضل من ذوي الإعاقة السمعية الحس عصبية.

إن هذه الطريقة تزودنا بمعرفة العتبة الدنيا من استقبال الكلام ومقدار فهمه وفيما إذا كانت هاتان القدرتان ناجمتين عن فقدان سمعي في الأذن الخارجية أو

الوسطى أو الداخلية أو مركزي، كما أنها تقدر وظائف التواصل. (الزريقات ٢٠٠٣، ١٤٦ - ١٥٨).

إضافة إلى هذه الطرائق توجد طرائق عديدة في القياس لتذكر منها قياس الاستجابة الدماغية السمعية Auditory Brainstem Response Audiometry وهي عبارة عن تسجيلات للنشاط الكهربائي (ABR) للدماغ كاستجابة للصوت الذي يمر في العصب السمعي وصولاً إلى المراكز العليا العصبية. يساعد هذا القياس على التنبؤ بدرجة فقدان السمع وقياس الحساسية السمعية المحيطة والوظيفة العصبية السمعية (المرجع السابق ص ١٥٢).

#### رابعاً - آثار فقدان السمع على النمو:

يؤثر فقدان السمع على نواحي النمو المختلفة عند الطفل، فهو يؤثر بالدرجة الأولى على نموه اللغوي والتخاطبي، ونموه الاجتماعي والانفعالي، ونموه المعرفي، والتحصيلي الدراسي، ويؤثر فقدان السمع في النمو من خلال مجموعة من العوامل تجعل درجة التأثير تتباين من حالة إلى أخرى ومن وضع إلى آخر.

#### العوامل في تباين آثار فقدان السمع في النمو:

هناك مجموعة من العوامل تؤثر في تباين آثار فقدان السمع في النمو فتبد أشار التمان (Altman, 1996) إلى تأثير العوامل التالية على مظاهر النمو لدى الطفل المعوق سمعياً.

١ - العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية: يختلف الأطفال الذين يفقدون السمع منذ الولادة أو في سن مبكرة؛ عن الأطفال الذين يفقدون السمع بصورة مكتسبة وفي عمر أكثر تقدماً وبخاصة في مجال النمو اللغوي.

٢ - درجة الإعاقة السمعية: يختلف الأطفال المعوقون سمعياً باختلاف درجات إعاقتهم أكانت بسيطة أم شديدة؛ ويختلفون بمدى ما يمتلكون من بقايا سمعية تمكنهم من استخدامهما في أوضاع الحياة المدرسية والشخصية والاجتماعية، وبخاصة في مجال تلقي المعلومات اللفظية الصوتية.

٣ - الوعي الذاتي: إن الوعي الذاتي لدى الطفل المعوق بفقدانه للسمع وباستخدامه للسماعة، يؤثر على مدى الاستفادة من البقايا السمعية، الأمر الذي يؤثر في الحياة اليومية.

٤ - انفعالات الآباء والأسر والاستجابات السلوكية: إن استجابة الآباء لإعاقة طفليهم ومدى قدرتهم على تقبل الطفل؛ وبقاء الجو الأسري متماسكاً سليماً يؤثر في نمو الطفل وانفعالاته أيضاً.

٥ - الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة: وهو الوضع الذي يسمح بتيسير توفير أدوات المساعدة المختلفة.

٦ - مدى توفر الإثارة السمعية ونوعيتها: وذلك بهدف إثارة البيئة اللغوية للطفل.

هذه العوامل عامة، وتؤثر في نمو الطفل المعوق سمعياً؛ وينبغي أخذها بعين الاعتبار عند دراسة أي منحنى من مناحي التأثير في مسارات النمو لدى الطفل.

#### ١- تأثير فقدان السمع على النمو اللغوي:

يؤثر فقدان السمع بالدرجة الأولى على النمو اللغوي والقدرة على التخاطب الشفوي المنطوق بسبب وجود ارتباط وثيق ما بين السمع والكلام؛ فلا يتكسبون الكلام لدى الطفل؛ ولا تكتمل القدرة على اللفظ الشفوي السليم بدون القدرة على سماع الأصوات، لأن الطفل من ناحية نمائية يقوم في مرحلة من مراحل نموه

بتقليد أصوات الآخرين، وبالوقت نفسه يسمع ما يقوله، فالسمع هنا يقو  
بوظيفتين: الوظيفة الأولى تأمين سماع الأصوات من أجل أن يقلدها الطفل.  
والوظيفة الثانية الرقابة على الكلام المنطوق من أجل أن يكون إيقاعه سليماً  
والوقفات فيه طبيعية.

إن فقدان السمع يؤثر على مكونات اللغة الأساسية، فهو يؤثر على المكون  
الصوتي للغة، بحيث يتعذر إصدار الأصوات بصورة طبيعية، ويؤثر على  
المكون القواعدي النحوي ويؤثر أيضاً على المستوى الدلالي، وهو في كل ذلك  
يخفف من حجم مفردات اللغة والقدرة على الصياغة النحوية السليمة للجمل،  
هذا ينطبق أيضاً على اللغة المكتوبة والتعبيرية.

ويختلف التأثير باختلاف السن الذي حدثت به الإعاقة، ودرجة الإعاقة،  
ولكن بصورة عامة يلجأ المعوق سمعياً إلى استخدام طرائق وأساليب تخاطبية  
غير كلامية مثل لغة الإشارة، واللغة المعتمدة على أبجدية الأصابع، إضافة إلى  
اللجوء إلى اللغة المنطوقة الكلامية، فيما إذا توفرت إمكانات تعلم هذه اللغة؛  
وذلك من خلال الجو الأسري والجو المدرسي الملائم.

يختلف التأثير باختلاف السن الذي حدثت به الإعاقة؛ بمعنى أن حدوث  
الإعاقة منذ الولادة - وفي سن مبكرة قبل تكون اللغة - سيجعل من مهمة تعلم  
الكلام واللغة المنطوقة مهمة موجهة تعليمية، وهي تأخذ وقتاً وتتطلب وجود بقايا  
سمعية تمكن المعوق سمعياً من القدرة على اكتساب الأصوات وسماعها ولو  
بالحد الأدنى.

أما حدوث الإعاقة بعد تكون اللغة واكتسابها فإن المهارات اللغوية موجودة،  
وبالتالي يمكن المحافظة عليها عبر التدريب والتشجيع على الكلام باستمرار دون  
اللجوء إلى وسائل تخاطبية أخرى. ويلعب الوالدان دوراً مهماً في تنمية القدرة

على النمو اللغوي واللجوء إلى لغة الكلام؛ وذلك عبر الإرشادات التي يخصصها (جامسون، Jamieson) وهي:

- ١ - عرض الطفل المعوق سمعياً للخبرات اللغوية المناسبة.
  - ٢ - استخدم السماعات المناسبة لفقدان السمع.
  - ٣ - اجعل الطفل يعتمد على بصره في اكتساب المعلومات عند عرضها عليه.
  - ٤ - وفر البيئة الصوتية وزود الطفل بالمفردات والكلمات حسب إمكاناته.
  - ٥ - تكلم مع الطفل بصورة اعتيادية.
  - ٦ - الإسهام في تكوين مفهوم إيجابي للذات عند الطفل وتكوين اتجاهات إيجابية لديه. (الزريقات ٢٠٠٣، ١٨١).
- ٢- تأثير فقدان السمع على النمو المعرفي:

يؤثر فقدان السمع على النمو المعرفي، والمقصود بالنمو المعرفي تطور العمليات العقلية المختلفة بما فيها النمو اللغوي، لكون اللغة تدخل بعمق في جميع العمليات المعرفية من انتباه وتذكر وإدراك وتفكير ومحاكمة. وإذا أخذنا بعين الاعتبار النمو العقلي المعرفي الذي حدده (جان بياجيه) وتصوره لهذا النمو والذي حدده بأربع مراحل عمرية وهي:

- ١ - المرحلة الحسية الحركية.
- ٢ - مرحلة ما قبل العمليات.
- ٣ - مرحلة العمليات العيانية.
- ٤ - مرحلة العمليات الشكلية.

فإن الدراسات التي تناولت النمو المعرفي لدى الصم انطلقت في معظمها متتالية هذه المراحل ومقارنتها مع الأفراد العاديين. يلخص (الدماطي ٢٠٠٢، ٥٩ - ٦٠) الدراسات ذات الصلة بالنمو المعرفي لدى الصم بما يلي:

اهتمت معظم الدراسات ببحث الفروق بين الأطفال الصم وأقرانهم العاديين بخاصة الدراسات العربية في الذكاء غير اللفظي؛ وبعض القدرات العقلية الأخرى مثل الإدراك والتفكير التجريدي والتذكر؛ وقد أسفرت هذه الدراسات عن نتائج متباينة، وكذلك الدراسات المتعلقة بالنمو المعرفي، فبينما أظهرت معظم هذه الدراسات تفوق الأطفال العاديين على أقرانهم الصم فإن دراسات أخرى أظهرت التكافؤ في هذا النمو.

إن الدراسات في البيئة العربية لم تتناول النمو إلا في مفهوم واحد من المفاهيم التي حددها (بياجه). أما دراسة (الدماطي) مراحل النمو العقلي (المعرفي) لدى عينة سعودية من التلاميذ الصم والعاديين (دراسة مقارنة طبقاً لجان بياجه)، فقد أظهرت تفوق التلاميذ العاديين على أقرانهم الصم (من الفئة العمرية نفسها) في النمو العقلي وبخاصة في الفترة التي تتكون فيها المفاهيم المتعلقة بهذا النوع من النمو.

أما (مورس) (Moore 1996) فيشير إلى أن الأشخاص المعوقين سمعياً هم أشخاص لا توجد لديهم عيوب ذكائية، وأن قدراتهم المعرفية وتطورهم العقلي ليس أقل من العاديين بل يقع ضمن المدى الطبيعي، وبينهم من الفروق الفردية في امتلاكهم للقدرات العقلية مثلما يوجد لدى أقرانهم العاديين، ولكن إذا كان هناك ضعف فإن ذلك مرده إلى محدودية الخبرات الاجتماعية واللغوية المقدمة لهم.

إن الخطأ الشائع بين معظم الناس من أن المعوقين سمعياً عاجزون عن التفكير المجرد وهم أقرب إلى التخلف العقلي تدحضه الدراسات حيث أوضحت عدم وجود فروق بينهم وبين العاديين في مثل سنهم في التفكير المجرد ومما يدل على هذه الحقيقة الأعداد الكبيرة من الصم الذين برزوا في الرياضيات وفي مجالات أخرى تتطلب التفكير المجرد.

### ٣- أثر فقدان السمع في النمو التحصيلي:

إن مشكلة التحصيل الأكاديمي عند المعوقين سمعياً مرتبطة بالمشكلة اللغوية فقد أشار جامينسون (1994 Jamienson) أن تحصيل الطلبة المعوقين سمعياً متدنياً في مجال القراءة ويكون أفضل في الحساب، والتحصيل في القراءة يكون في أفضل مستوى له خلال السنوات الثلاث الأولى من المدرسة. وبعد الصف الثالث يكون تحصيل الأطفال المعوقين سمعياً في الحساب والإملاء أفضل من القراءة. وفي المراهقة المتأخرة تقترب القدرة على القراءة من مستوى صف رابع إلى خامس ابتدائي بالنسبة للعاديين.

وفي دراسة لنا على الطلبة الصم، والطلبة المكفوفين تبين أن الصم يعانون من صعوبات دراسية بصورة أعلى مما يعانيه المكفوفون؛ حيث كانت نسبة من يعانون صعوبات دراسية في القراءة ٢٠% لدى المكفوفين مقابل ٤٠% لدى الصم وفي الحساب ١٥% لدى المكفوفين مقابل ٢٨% لدى الصم وفي مجال الكتابة ٢٢% لدى المكفوفين مقابل ٢٤% لدى الصم وفي التهجئة ١٦% مقابل ٢٥% لدى الصم. (أبو فخر ٢٠٠٠). وقد قامت كلية «جالوديت» في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة هدفت إلى تحديد مستوى التحصيل الدراسي الذي يبلغه الأشخاص الصم فتبين أن ٥٠% ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءتهم بمستوى الصف الرابع أو أقل من ذلك، ووجد أن ١٠% فقط كانوا بمستوى

الصف الثامن، وبالنسبة للرياضيات فقد اتضح أن مستوى معظم الأشخاص الصم كان بمستوى الصف الثامن وأن أداء ١٠% فقط منهم كان بمستوى أداء الأشخاص غير الصم (الخطيب، الحديدي ١٩٩٧، ١٩٩٤).

#### ٤- أثر فقدان السمع على النمو الانفعالي الاجتماعي:

من الآثار التي يتركها فقدان السمع على شخصية الطفل المعوق سمعياً عدم القدرة على إنشاء العلاقات الاجتماعية الطبيعية والفعالة مع الآخرين، وذلك بسبب عدم قدرته على التواصل اللغوي بشكله المنطوق، الشكل الأساسي للتواصل الاجتماعي الطبيعي، الأمر الذي يؤدي إلى وجود صعوبات في التكيف الاجتماعي، والانفعالي، فالحياة الانفعالية لدى الصم تتأثر كثيراً بفقدان السمع، والدراسات على مختلف أنواعها أظهرت أن حياة الصم أقل نضجاً اجتماعياً وانفعالياً، وأقل تكيفاً، وتكثر الانحرافات النفسية. ويقصر غالباً تعاملهم على المعوقين سمعياً، أي إنهم أكثر تفاعلاً فيما بينهم.

إلا أنه من المؤكد أنه ليست هناك خصائص اجتماعية انفعالية ثابتة، فهذه تختلف من معوق إلى آخر، تبعاً لجملة الظروف الاجتماعية والتربوية والاتجاهات السائدة نحو هذه الفئة في هذا المجتمع أو ذلك.

وقد أشار (مورس 1996) إلى أن الدراسات المرتبطة بالخصائص الانفعالية للأشخاص المعوقين سمعياً ذهبت في منحيتين اثنتين هما: منحنى الانحراف ومنحنى النمو الطبيعي.

يركز الأول على الفروق الموجودة بين المعوقين سمعياً وأقرانهم العاديين، ويعالج الفروق بوصفها مؤشرات على الانحراف؛ وهذا المنحنى يعتبره مورس منحنى متميزاً ضد المعوقين سمعياً؛ لأن وجه المقارنة غير ممكن في ظل غياب القدرة السمعية. والمنحنى الثاني يهتم بتحليل الخصائص النفسية ليس من أجل

تحديد أوجه الاختلاف ما بين الفئتين بل من أجل تحديد الظروف التي ينبغي توافرها لكي ينمو هؤلاء الأشخاص نمواً طبيعياً، وهذا المنحى أكثر إيجابية حيث إنه يقوم على افتراض مؤداه أن شخصية الإنسان المعوق سمعياً تنمو تبعاً لذات المبادئ التي تنمو بها شخصية الناس جميعاً، وأن الحاجات النفسية لدى الناس جميعاً متشابهة.

وبالرغم من هذا الاتجاه إلا أن واقع الحال يكشف عن وجود مشكلات انفعالية وصراعات نفسية لدى المعوقين سمعياً، ففي دراستنا وجد أن نسبة ٣٨,١٧% من المعوقين سمعياً يواجهون اضطرابات انفعالية اجتماعية تتوزع هذه الاضطرابات على التلق ١٣% الخجل ١٧% الخوف ١١% السرقة ٣% الكذب ٦% والعدوانية ١١%. (أبو فخر ٢٠٠٠، ٦٤ - ٦٥).

#### خامساً - تأهيل المعوقين سمعياً وتربيتهم:

يقصد بتأهيل المعوقين سمعياً وضع الخطط والإجراءات التي تواجه حاجات هؤلاء في كل المستويات الصحية والتربوية والتعليمية والتكيفية وتنفيذها من أجل تحقيق أفضل مستوى يمكن أن يصل إليه المعوق سمعياً في تكيفه وصحته وتربيته. ولا بد لهذا التأهيل من أن يبدأ في سن مبكرة، حيث إن التدخل المبكر يؤدي ثماره ويحقق النتائج المرجوة، عبر تربية منظمة ومخطط لها.

##### ١- التربية المبكرة وأهدافها:

تهدف التربية المبكرة إلى العناية المتكاملة بالطفل المعوق سمعياً، وهذه التربية أثبتت فاعليتها قياساً بما يمكن أن يكون عليه حال الأطفال الذين يتلقون الاهتمام في سن متقدمة، يقول لافون Lafon: إن ما يترتب على الصمم العميق من نتائج سلبية يمكن أن تتغير هذه النتائج وتحسن بفضل الاكتشاف المبكر

للحالة وباستخدام التقانات المناسبة للتواصل. وللتربية المنكّرة أهداف عامة تسعى إليها وهي:

١ - العناية بالتطور العام للطفل وما ينطوي عليه من إمكانيات عقلية وانفعالية وحسية وحركية وغيرها.

٢ - رعاية الأم للطفل من أجل نمو متناسق ومنسجم وتكيف مع المحيط.

٣ - الاهتمام باكتساب الطفل للغة وتنظيم ألبتها منذ سن مبكرة.

٤ - تطوير التواصل بكل أشكاله عند الطفل واستخدام جميع القنوات الحسية السليمة من أجل تعويض الحاسة المفقودة.

٥ - الاستخدام الفعال للبقايا السمعية وتوظيفها في اكتساب اللغة المنطوقة.

٦ - التشخيص المتكامل لإمكانيات الطفل في التواصل وتطوره في جميع أشكال استجابته نحو المحيط.

٧ - تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية للأسرة وكيفية التعامل مع الطفل من قبل المختصين: (رومانوس ١٩٩٣)

ونلاحظ من خلال هذه الأهداف أن هناك تركيزاً أساسياً على التأهيل

السمعي - اللغوي المبكر؛ حيث إن المشكلة الأساسية لدى الطفل الأصم تتعلق بجاذبي السمع والتواصل اللغوي.

٢- التأهيل السمعي - اللغوي:

يقصد بالتأهيل إعادة وظيفة مضطربة أو مفقودة إلى سابق عافيتها؛ أو

استعادة جزء منها بالاستعانة بوسيلة تعويضية مناسبة. ومن هذا التعريف نجد أن

التأهيل السمعي - اللغوي للطفل الأصم هو العمل التربوي المنظم الذي يسعى

من أجل تعويض حاسة السمع عبر وسائل تعويضية مناسبة قبل استخدام البقايا

السمعية والحاسة البصرية والحاسة اللمسية - الحركية، وكل ذلك من أجل ترميم وإعادة تكوين ما فقدته الطفل الأصم وتكوين الأسلوب التواصلية لتحقيق التفاعل والتواصل الاجتماعي.

والتأهيل السمعي والتأهيل اللغوي مرتبطان ببعضهما ارتباطاً وثيقاً، فنحن عندما نتكلم عن تأهيل سمعي، فلأن هذا التأهيل يخدم في مجال التأهيل اللغوي مع الاحتفاظ «أن التربية السمعية لا تهدف إلى رفع القدرة السمعية، وإنما تسمح بتحسين المستوى السمعي للمتلقي والمبصر عنه بالمنحى البياني الذي يرسم له في تقنيات القياس». وتم التربية السمعية بمجموعة مراحل في سن الطفولة وهي ما يمكن أن نطلق عليه التأهيل السمعي:

١ - تعلم استعمال الجهاز (السماعة): وهو من الأهداف الرئيسية التي تسعى إليها التربية السمعية، ففي البدء يعطى الطفل الصغير الجهاز بوسط هادئ لتفادي الضجيج الخارجي، ومع تطور الطفل يمكن للأُم أن تضع كتاباً مصوراً وتتكلم عما يشاهدها في هذه الصور، ومن خلال الجلسات المتتابعة يمكن للطفل أن يعتاد حمل السماعة طوال النهار. ومن الأهمية إبراك الحاجة لهذا الجهاز أكان ذلك بالنسبة للطفل أم بالنسبة للمحيطين به.

٢ - تعلم الاستماع (الإصغاء): يتم تعلم الاستماع بالنسبة للصغير الأصم عبر جذب انتباهه إلى الضجة الاعتيادية التي تحدث في محيطه، وعبر ردات فعله للأصوات كدقات الجرس (جرس المنزل، الهاتف، الساعة الجدارية...) أو صوت المكينة، صوت الأواني.. وفي مرحلة متقدمة يمكنه الخروج لسماع ضجيج السيارات والأصوات، كما يمكن إسماعه الموسيقا بوساطة مسجل ويجب أنذاك تشجيع ردات فعله عندما يمشي بخطوات إيقاعية مصفقاً بيديه مظهراً أنه سمع ذلك بنفسه.

٣ - تعلم تحديد أمكنة الصوت (التركيز): إن البقايا السمعية بتركيزها على مصدر الأصوات تسمح بمعرفة الأشياء التي أصدرت الأصوات، وبالتالي تتشكل مجموعة أشياء دالة بالنسبة للطفل، مثلاً عندما يدرك ضجة ما يمكن أن تتلازم هذه الضجة مع حركات تدرك، بصرياً.

٤ - تعلم تمييز الأصوات: لتحقيق هذا الهدف نقوم بتحضير مجموعة من الألعاب التي تصدر أصواتاً مختلفة، ثم نخرج صوتاً من واحدة منها ونطلب من الطفل تحديد اللعبة التي أصدرت هذا الصوت أو ذاك. وفي البداية تستخدم أدوات لها خصائص صوتية سمعية متباينة من حيث شدتها وعلوها واتساعها، وشيئاً فشيئاً على الطفل أن يتعلم التعرف على الاختلافات الدقيقة فيما بينها.

٥ - الاستماع وتعلم الكلام: الهدف من التنمية السمعية هو أن يألف الطفل عالم الأصوات، ولكن في الوقت نفسه أيضاً ينمي القدرة الاستيعادية للغة المنطوقة. إن صوت الوالدين بطابعه ونغمته العادية المشبعة بالعاطفة والأصوات التي تعبر عن المشاعر مثل حالات الفرح والتشجيع والرفض، إنما تشكل المحيط الصوتي الذي يهتم الطفل، وهي تنمي الشعور لديه بالأمن والاطمئنان، وعندما يبدأ الطفل بتقليد الصيغ التي يدركها ترتبط هذه المحاولات البسيطة بأشياء ومواقف عيانية (حسية) الأمر الذي يشجع على ولادة لغة أولية.

إن هذه المراحل غالباً ما تطبق في سن ما قبل المدرسة عندما يكون الطفل في محيط أسرته أو في روضة الأطفال، وفي الروضة والمرحلة المدرسية الأولى يتخذ طابع العلاقة منحي اجتماعياً تواصلياً، بعد أن كان يقتصر على علاقة أحادية وهنا يتم تعليم الطفل أساليب التواصل اللغوي ويتم تأهيله لغوياً.

أما التأهيل اللغوي فهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتأهيل السمعي، قد تكون هناك أممية للتأهيل السمعي على التأهيل اللغوي ولكن المهمتين تصبان في اتجاه

واحد. فالهدف هو تمكين الطفل من التواصل مع محيطه. ويتخذ التأهيل اللغوي عدة أشكال ومظاهر، وترتبط هذه الأشكال والطرقات بحاجات الطفل ويوضحه السمعى وتطور عملياته العقلية والحسية - الحركية وغيرها. وفيما يلي نعرض أشكال التواصل لدى المعوقين سمعياً. (أبو فخر، ١٩٩٧)

### ٣- أشكال التواصل اللغوي:

تطورت أساليب التواصل لدى الصم في العقود الأخيرة من القرن الماضي تطوراً كبيراً، وارتكز هذا التطور بشكل أساسي على اتجاهين رئيسيين هما: الاتجاه اليدوي Approach Manual، والاتجاه الشفوي Oral Approach، في التواصل. ويرجع الفضل في إرساء دعائم الاتجاه الأول إلى شارل دي لييه Ch. M. De L'eppee ١٧١٢ - ١٧٨٩ حيث كان يعتقد أن الطريقة الوحيدة لتعليم الطفل الأصم تتم عن طريق الإشارة وافتتح أول مدرسة في باريس لتعليم الصم. ويعود الفضل في الاتجاه الثاني إلى صموئيل هانيك Samuel Heinicke ١٧٢٢ - ١٧٩٠ حيث افتتح أول مدرسة في هامبورغ؛ وكان يعتقد بقدرة الطفل الأصم على قراءة الشفاه، كما أن باستطاعته تعلم الكلام وكذلك يعده الكثيرون أبا الطريقة الشفوية Oral Method.

ومنذ ذلك الحين وهاتان الطريقتان في مد وجزر وبين مؤيد ومعارض، وحجة المؤيدين للطريقة الشفوية هي أن هذه الطريقة تسمح للصم عبر قراءة الشفاه والكلام بالاندماج الاجتماعي والتواصل مع عاديي السمع، إضافة لذلك أن طريقة الإشارات اليدوية لا تفي بأغراض التواصل، بخاصة عندما يدور الكلام نحو بعض الكلمات المجردة أو التي لا يمكن تمثيلها بالإشارة؛ لذا لا بد من تعلم الطريقة الشفوية.

أما الذين يؤيدون الطريقة الإشارية فحجتهم في ذلك أن اللغة الطبيعية للصم هي لغة الإشارة في غياب القدرة السمعية، والصم فيما بينهم لا يمكنهم التواصل إلا بلغة الإشارة، إضافة إلى ذلك أن الطريقة الشفوية تستهلك من الوقت الكثير في تعلمها، وأن المحصول الذي يجنيه الأصم لا يساوي الجهد المبذول. وإذا كانت هناك لغات متعددة للأقليات فلماذا لا تكون لغة الإشارة للأقلية التي تضم الصم؟ (أبو فخر ١٩٩٩، ص ١٢).

وفيما يلي نعرض لأهم أشكال التواصل المستخدمة في ظل الاتجاهين المذكورين:

الأول - الاتجاه الشفوي - المنطوق:

١ - قراءة الشفاه Lip Reading:

تعني قراءة الشفاه استخدام الصم لحاسة البصر - في غياب القدرة السمعية - في تتبع الكلام وفهمه من خلال مراقبة جهاز النطق وأعضائه من شفاه ولسان وعضلات الوجه وكل ما يفيد في الموقف الكلامي. ويفضل بعضهم استخدام مصطلح قراءة الكلام Speech Reading لكونه يتضمن عدداً من المهارات البصرية الصادرة عن الوجه؛ بالإضافة إلى الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم، في حين أن مصطلح قراءة الشفاه يشير إلى الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم فقط (الروسان ١٩٨٩ ص ١٤٧). غير أن البصر لا يمكن أن يعوض بشكل كامل حاسة السمع المفقودة في استقبال البنى الكلامية. فقراءة الشفاه تعاني كطريقة لتتبع الكلام من صعوبتين:

الأولى: تتجسد في أن أقساماً من جهاز النطق غير مرئية تماماً مما لا يسمح بمعرفة ومتابعة كل الحروف المنطوقة مثل الحروف الحنجرية التي تنطق من أسفل الحلق مثل (غ، ع، ح، خ..).

الثانية: تتجسد في أن كثيراً من مخارج الحروف وحركات أعضاء النطق متشابهة، ولها الصورة الشفوية نفسها تقريباً. وهذا ما يجعل من صورة هذه الحروف عند قارئ الشفاه تلتبس مع بعضها؛ وذلك لتشابه رسمها الشفوي مثل حرفي السين والشين والطاء والضاد، والذال والتاء.. وعلى هذا النحو فالأصوات التي تميز بوضوح بوساطة السمع تختلط أو تلتبس عبر الرؤية البصرية لأنها تمثل صوراً متماثلة على الشفاه. فإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للأصم فكيف يمكنه التوصل إلى فهم الكلام؟؟

يتوصل الأصم إلى فهم الكلام عبر التدخل الذهني والتنبؤ الذي يقوم به أو التخمين في حال قدرته على فك الرموز الصوتية مثلما نعمل نحن العاديين عندما نقرأ جملة مكتوبة وبعضاً من كلماتها غير مقروءة فلجأ إلى التخمين والتنبؤ كي يستقيم المعنى أو تكمل الكلمة عندما يكون بعض من حروفها ناقصاً أو غير واضح، وهذا ما يسمى بالتأويل العقلي أو التخمين *Suppleance Mentale*، ولكن التكميل العقلي الذي يقوم على التأويل أو التخمين يرتبط بمجموعة من الذكريات أو الخبرات اللفظية والقواعدية والفكرية وهذه الخبرات هي التي تؤثر تأثيراً كبيراً في عملية تأويل أو تكميل النواقص. فمثلاً: إذا أخذنا نوعاً من الخبرة الفكرية البصرية فإن الأصم الصغير الذي لم يعرف بعد الكلام؛ فإنه يراقب الصورة الشفوية ليطابقها مع الفكرة، فالأم التي تلفظ جملة مثل (افتح الباب) فإن الطفل يعبر عن فهمه بفتح الباب (ينفذ صيغة الأمر) وقبل الوصول إلى هذا المستوى يكون الطفل بالطبع قد تلقى عدداً من المرات في صيغة الأمر بحيث ترتبط الفكرة مع صورتها المرئية على الشفاه (Maspétiol et al 1966).

## العوامل المؤثرة في قراءة الشفاه:

تلعب عوامل متعددة في قراءة الشفاه من بينها عوامل تتصل بالطفل كالعوامل الشخصية (القدرة على الانتباه، التذكر، القدرة العقلية..) وعوامل تربوية مثل (التدريب المبكر على قراءة الشفاه، استخدام السماع، والتشجيع على الكلام والنطق..) ، ثم عوامل تتصل بالمعلم واهتمامه بهذه الطريقة مثل سرعته في الأداء والاهتمام بأوضاع التلاميذ من حيث الرؤية وتقديم المواد المدرسية عبر هذه الطريقة وطرائق أخرى. وقد تمت دراسة العوامل المساعدة فأظهرت دراسة أمريكية لفرينزينا وكويكلي ذكرها شوليت العوامل التالية:

١ - سرعة الكلام: لقد تبين أن الكلام في سرعة بطيئة؛ ولكن ليست بطيئة جداً أفضل من الكلام بسرعة عادية فقد ظهر على شريط تم تسجيل عشرين جملة عليه بسرعات مختلفة ٨٠%، ٦٧%، ٥٨% من السرعة العادية أن السرعة المثلى للكلام من أجل قراءته على الشفاه هي السرعة المتوسطة ٦٧%.

٢ - الإقامة: تبين أن الأطفال الصم الموجودين في القسم الخارجي؛ كانت نتائجهم أفضل من الأطفال الذين يقيمون إقامة داخلية في المدرسة أو المؤسسة.

٣ - القدرات الفردية: تلعب القدرات الفردية من حيث القدرة على التركيز البصري والانتباه دوراً إيجابياً في القدرة على قراءة الشفاه.

وأظهرت دراسة أخرى في فرنسا على يد ميلسنت (Milcent) تم فيها تحديد العوامل التالية:

١ - معرفة اللغة: إن الأطفال الذين وفد عليهم الصمم في سن متأخرة أعطوا نتائج أفضل قياساً بالأطفال الصم منذ الولادة وذلك بفضل الخبرة اللغوية السابقة.

٢ - الاستعمال المتزامن لقراءة الشفاه مع وجود بقايا سمعية: لقد أظهر ضعاف السمع قدرة على قراءة الشفاه أفضل من ذوي الصمم الكلي، وهذا يؤكد الدارة الطبيعية بين السمع وقراءة الشفاه، حيث إن قراءة الشفاه تسمح بتمييز الكلام المستمر. والسمع يميز ما هو صامت وصوتي من الحروف.

٣ - التدريب المبكر على قراءة الشفاه: لقد أظهر الأطفال الصم لأباء صم نتائج أفضل من أولئك الذين هم أطفال صم لأباء عابدين في سمعهم، ويعود ذلك لمشاركة الآباء أولادهم في الحركات والإيماءات والأنماط اللغوية المعتادة ذات الطبيعة المشتركة في الحالة الأولى.

٤ - الاستعمال المتكرر للكلام: إن الأطفال الذين يستخدمون الكلام أظهروا نتائج أفضل بقراءة الشفاه من أولئك الذين لا يتكلمون، وهذا يؤكد الدارة بين النطق وقراءة الشفاه.

٥ - المستوى العقلي: أظهر الأطفال الذين يتجاوز مستوى ذكائهم ١٠٠ نتائج أفضل من الأطفال الآخرين الذين يقل مستوى ذكائهم عن هذه النسبة.

تشكل هذه المعطيات - العوامل - معينا لتعليم قراءة الشفاه، وهناك عوامل أخرى تندرج في تفسير المظاهر البصرية لقراءة الشفاه؛ تلك التي تؤكد تعويد الطفل الأصم أن يتعامل مع الجملة المدركة عبر قراءة الشفاه إدراكاً كلياً لفهم المعنى لا الوقوف عند الأجزاء والتفاصيل، وأن يخزن في ذاكرته الإيماءات التي يراها في لحظة أخرى تجل أو تكمل المعنى، وأن يعمل على اختيار تلك الإشارات المفيدة ويصطفها من خلال تكرار الحالة المحيطة بكل أبعاد الموقف الكلامي اللغوي المعطى (Chulliat, 1971 P.67).

## تطور قراءة الشفاه داخل الصف:

لقد رأينا أن أحد العوامل المساعدة على قراءة الشفاه التدريب المبكر؛ لذا ينصح الأهل بالحديث مع طفلهم وجها لوجه وبتأن مستخدمين من الكلمات والعبارات ما يمكن أن تكون سهلة التركيب وواضحة تناسب أعمار أولادهم، وعلى المربي أيضاً في روضة الأطفال أن يستخدم قراءة الشفاه مع تلاميذه.

وعند بلوغ سن المدرسة (حوالي ٦ سنوات) ينبغي شد انتباه التلاميذ إلى الحركات اللفظية وإظهار أوضاع الشفاه أو اللسان التي تسهم في تمييز الكلمات والأصوات، ولنتذكر كما تقدم أن الإلقاء ينبغي أن يكون بطيئاً ولكن ليس بسيطاً شديداً فإن ذلك يعزز قراءة الشفاه ويساعدها.

وفي المرحلة المدرسية يجب أن تقدم كل كلمة جديدة بكل مظاهرها؛ وبخاصة عند لفظها وقراءتها على الشفاه، فالمعلم يظهر دفترًا ويقول (هذا دفتر) ويكتب الجملة على السبورة ثم يردد كل التلاميذ معه في الوقت نفسه، وهم ينظرون إلى شفاهه عندما يردد تلك العبارة (هذا دفتر)، وفي مرحلة ثانية يقرأ التلاميذ على شفاه المعلم (أظهر دفترًا)، ويتفقدون الأمر وتساعد هذه التغذية الراجعة على الحكم فيما إذا كان تنفيذ العبارة صحيحاً.

وأخيراً من الضروري ممارسة التأويل العقلي وبطرائق متعددة؛ حيث إن هذا التأويل أو التكميل يؤدي دوراً هاماً في قراءة الشفاه كأن يوجه الطفل للكشف عن الكلمات التي لا تقدم إليه مباشرة عن طريق قراءة الشفاه، بل يتدرب على الإدراك السريع للمعنى العام للجملة أو النص كما يتوقع الأطفال العاديون في حديث ما أن الجملة في هذا السياق ستكون كذا... ويمكن التدريب على هذه العملية عبر تعبئة الفراغات مثل: ١- صباح ..... في الصباح الباكر كوكو

٢- ذهب ..... إلى المدرسة.....

#### ٤ - الطريقة الطبيعية (المنطوقة)

تدعى هذه الطريقة بالطريقة السمعية الكلامية، وهي تعد السمع الوسيلة الرئيسية وإن لم تكن الوحيدة لتطوير الكلام، لذا فهي تعتمد على الاستفادة من حاسة السمع؛ كما أنها تعد الكلام الطبيعي الذي يتألف من جمل وليس من مقاطع صوتية أو حروف هو مادة التعليم المثلى فتوفر للطفل نماذج كلامية سليمة ومبسطة.

يبدأ تعليم اللغة المحكية والتواصل بها مع الأصم باكراً جداً، كما يجري الأمر مع الأطفال السامعين، ولكن نتائج هذا التعليم مع الصم لا تعطى ثمارها كما هو الحال عند السامعين.

ينطلق تعليم اللغة المحكية أساساً من حياة الطفل اليومية، ومن حاجاته المختلفة؛ وأهمها تلك التي ترتبط بحاجاته الجسمية والانفعالية مثل الأكل والنوم والنظافة والخروج والدخول والقبول والرفض والكره... الخ. إن هذه المواقف هي التي تساعد على إرساء البناء الهيكلي الأولي للتواصل المحكي مع الطفل. والواقع أن الطفل السامع يبدأ الكلام بتعابير مثل: ماما، بابا، طيب، سدي، مابدي،... الخ، ويتم تعليم الطفل الأصم الكلمات نفسها التي يستخدمها الطفل العادي في السمع، فمن هذه الكلمات يبني الحوار مع الطفل، فإن عطش مثلاً يطلب منه أن يقول (بدي ماي)، وإذا نعس يقول (بدي نام)، وشيئا فشيئا يتكون لدى الأصم المخزون اللغوي البسيط الذي يساعده في التعبير عن حاجاته ومشاعره (رومانوس، ١٩٩٣، ص ٢٠٨).

إلا أن الأمر في واقع الحال لا يجري دوماً على هذه الصورة؛ فليس بالأمر اليسير تمكين الأصم أن يتكلم بلغة منطوقة، ويعبر بها عن حاجاته الشخصية، ما لم يكن هناك تعلم مقصود موجه. ومن أشهر الطرائق الموجهة المقصودة لتعليم

التطبيق طريقة «غوبيرنا» من يوغسلافيا، التي لاقت رواجاً ونتائج إيجابية لمن استخدمها.

تستخدم هذه الطريقة في تعليم الصم الصغار وتسمى طريقة اللفظ المنغم (الطباع، ١٩٨٩) حيث يتم البدء بتعليم الطفل هذه الطريقة؛ مثلما يتم البدء في تعليم الطفل العادي (السامع) فيتم تدريب البصر والانتباه والعمل على تدريب التنفس الإيقاعي؛ وتدريب أعضاء النطق ليكون مؤهلاً لإخراج الأصوات، وما هذه التدريبات والإيقاعات العملية إلا لتعويضه عن المراحل اللغوية الهامة التي سقطت من تاريخ تطوره اللغوي. وهذا التعويض اللغوي المدروس الذي يتم من خلال الإيقاعات والتمارين الموسيقية يجب أن يكون مناسباً لمستوى الطفل الأصم وعمره الزمني والعقلي، ومن هذا المنطلق فإن التمارين الموسيقية هي إحدى خطوات التدريب الإيقاعي بطريقة اللفظ المنغم، وهذه الإيقاعات تتبع من التركيب اللغوي نفسه، ولهذا يتم دراسة هذه التركيبات بحيث تساعد الطفل في تعلمها من البسيط إلى المركب، ويتم التدريب على الإيقاعات التي لا تحمل معنى، والهدف من ذلك تعليم الطفل الأصم الحديث وليس الغناء. ومن اللازم عند تطبيق طريقة اللفظ المنغم اتباع الترتيب التالي أو الخطوات التالية:

- ١ - اتباع التدرج الصوتي للغة من السهل إلى الصعب.
- ٢ - يعطى الطفل معنى لما يتعلمه من كلمات ، وكلما كان هذا من سن مبكرة كان التعلم أفضل.
- ٣ - تعلم الجمل القصيرة ما أمكن وبعد ذلك يبدأ الأصم باستخدام حصيلة من الكلمات بين سن الثالثة والخامسة من العمر؛ بعد أن يكون قد تلقى من المثبرات الحسية تماماً مثله مثل الطفل العادي.

وطريقة غويبرنا تعتمد اعتماداً أساسياً على البقايا السمعية وإثارتها عبر جهاز SUVAG I والجهاز المتطور SUVAG II. ويمكن استخدام الحواس طحة البصرية واللمسية — الاهتزازية الرنانة في تكوين النطق وتقويمه؛ بحيث تستخدم أجهزة تعويضية كالأجهزة البصرية التي تنقل وتترجم الأصوات بلطوقة إلى صور، والأجهزة اللمسية — الاهتزازية التي تنقل للرموز الصوتية بترجمها إلى اهتزازات ميكانيكية ذات قدرة معينة، من أجل أن تدرك عبر إاسة اللمس. وهذه الأجهزة غالباً ما تستخدم في تصحيح اللفظ وتكوين الجانب لفظي الملفوظ؛ كما تساعد هذه الأجهزة على نطق الحروف منفصلة، الحروف الساكنة والحروف الصوتية وكذلك المقاطع المولفة من حرفين أو مقاطع البسيطة. (أبو فخر، ١٩٩٧).

تتمتع الطرائق الشفوية في الاتصال بمزايا أنها تسمح باستعمال البقايا سمعية واستخدامها في تكوين اللغة المنطوقة وتطويرها؛ الأمر الذي يسمح أولئك الأطفال ضعيفي السمع بالقدرة على الاندماج الاجتماعي والمدرسي بالقدر الذي تسمح به قدراتهم الأخرى العقلية والنفسية، فالأصم أصلاً لا يعاني مشكلات في جهازه الكلامي، إنما الخلل الأساسي يقع في عدم قدرته على سماع الأصوات الشكل الطبيعي، لهذا يفضل تسمية هؤلاء الأطفال بالمعوقين سمعياً وليس الأطفال الصم والبكم، فالإعاقة السمعية هي المشكلة، وما عدم القدرة على الكلام لا نتيجة لفقدان السمع.

يؤخذ على هذه الطرائق أنها فشلت في تعليم الصم اللغة المنطوقة، وقراءة لشفاه لا تمكن القارئ الجيد من تتبع الكلام وفك رموزه بأكثر من ٤٠% من الكلام، كما أن هذه الطرائق لم تساعد بشكل كبير على تحسن المستوى المعرفي

والتحصيلي للتلاميذ، فقد لوحظ أن غالبية الأطفال ينطقون الحروف منفردة بشكل جيد إلا أنهم يخفقون في قراءة الكلمات والجمل. (أبو فخر ١٩٩٢ ص ٨٤).

الثاني - الاتجاه اليدوي - الإشاري:

#### ١ - طريقة الإشارة

يلجأ الإنسان إلى استخدام الإشارة في مواقف متعددة عندما يريد أن يوضح زيادة عما يمكن التعبير عنه في لغة الكلام المنطوق؛ فيرافق الكلام بإشارات للدلالة على وصف حدث أو أشياء معينة، ويلجأ القريب في بلد ما لا يعرف لغته إلى استخدام الإشارة، كذلك الأمر يلجأ الطفل ما قبل المدرسة بصورة عامة إلى استخدام الإشارات فالطفل الصغير الذي يمد يده إلى الطعام عندما يحتاجه ولا يستطيع التعبير عن ذلك بلغة منطوقة وإنما يستخدم الإشارة، وقد يستخدم الطفل مجموعة إشارات لا يفهما إلا والداه أو من يعيشون معه، فهم يعرفون مثلاً من خلال إشارته متى يرغب بالذهاب أو أي الألعاب يحتاج، وغالباً ما تترافق عند هذا الطفل مجموعة من الكلمات أو المقاطع غير المفهومة مع إشارات توضيحية، ويلجأ الوالدان أو من ينوب عنهما في تعليم الطفل وتدريبه شيئاً فشيئاً على النطق السليم في التعبير عن حاجاته، فلغة الإشارة عند الطفل الصغير العادي، كما هي عند الكبار في بعض مواقفهم، تشير إلى وصف أشياء أو مواقف زيادة في توضيحها وتأدية لأسلوب أفضل في التخاطب مع الآخرين، وهذا شكل من أشكال لغة الإشارة هي ما نطلق عليه الإشارات الوصفية.

إن لغة الإشارة (Sign Language) لغة متكاملة عند الصم وتعلمها ضروري لكل الأطفال الصم بمستويات فقدانهم السمعي المختلفة، لأن هذه اللغة لا غنى عنها فهي لازمة على الأقل للتواصل بين الصم فيما بينهم، وتتميتها والتعريف بها منذ الصغر يهيئ للطفل وسيلة التعبير الطبيعية بالنسبة له، حيث تنبه

التربويون في كثير من دول العالم إلى أن إهمال هذه اللغة والتركيز على تعلم الكلام المنطوق سيضيع فرص التعلم الطبيعي، ويستنزف الزمن الطويل، لذلك ينبغي الانطلاق من هوية الطفل وحاجاته؛ وليس انطلاقاً من مشكلة النقص في السمع لديه. ولغة الإشارة أداة تسمح للطفل الأصم بتطوير ذكائه وبنائه الاجتماعي العميقة، والوصول إلى المعرفة المستمرة، وهي أداة للوصول إلى التعليم الجماعية للمجتمع وثقافته (النحاس، ١٩٩٣)، فإذا كان الأمر كذلك فليس يمكن تعلم لغة الإشارة منذ الصغر، فالطفل الذي لديه بقايا سمعية يمكن استغلالها عبر استخدام الساعات والتدريبات السمعية والصوتية، ويتم تعلم لغة الإشارة مترافقة مع تعلمه للغة الكلام المنطوق. أما الطفل الذي يتعذر عليه الاستفادة من الساعات في الإدراك الصوتي، فإن لغة الإشارة هي اللغة التي تهيئ له تسوية التعلم والتخاطب واكتساب المعلومات بصورة أسرع وأفضل مما يحصلون عليه من وقت في تعلمه للغة المنطوقة، ولكن هذا لا يعني إهمال التدريبات الصوتية، فهي لازمة له انطلاقاً من القول إن كل طفل أصم لديه بقايا سمعية بقليل أو كثير ولا يوجد إلا في حالات نادرة صمم تام على كافة الترددات الصوتية.

أما الأطفال الذين يحدث لهم الصمم في السنة الثانية أو الثالثة من العمر فيلزمهم التدريب المستمر للاحتفاظ بما كانوا عليه قبل ذلك في استخدام المنبرات الصوتية واستخدام الساعات؛ وتدريبهم على اللغة المنطوقة مترافقة مع الوقت نفسه مع لغة الإشارة.

وتتطلب عملية التدريب على الإشارات لدى الصمم المستفاد من الساعات احتياجاتهم الأولية في المأكل والمشرب والملبس، وفي حالات النوم والتخاطب، كما تتوسع شيئاً فشيئاً للأمور المحيطة بالطفل. إن عملية التدريب يقوم بها الوالدان أو الأخوة فإذا ما كان أفراد الأسرة من السامعين تطلب ذلك منهم أن يهتموا عن

معين؛ وذلك عبر استشارة المعلمين أو المختصين أو الخضوع لدورات تدريبية تأهيلية في التواصل مع الطفل الأصم. (أبو فخر ١٩٩٧).

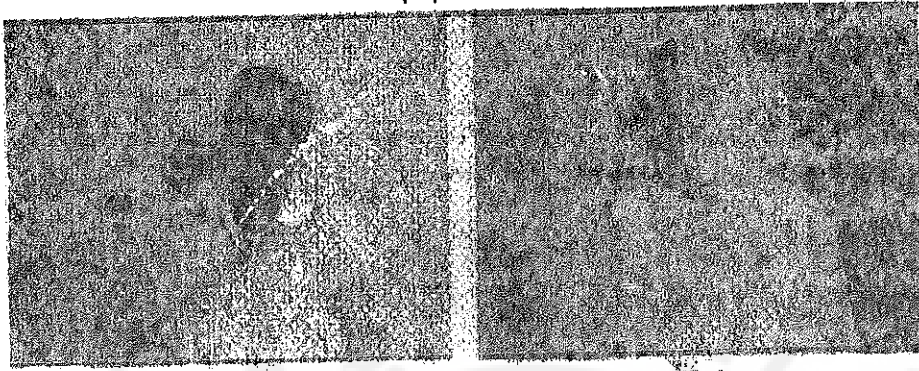
وقد أنجزت الأمانة الفنية لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم والاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم قاموساً عربياً للغة الإشارة؛ تضمن إشارات للدلالة على ما تضمنه مجالات: الأسرة والدين والبيت والملابس والغذاء ومؤسسات الدولة والمنظمات والتربية والتعليم والرياضة والفنون والصحة والبيئة والمحيط والحيوانات، وأسماء الدول العربية والأجنبية والعملات والألقاب والوظائف ووحدات القياس والتجارة... الخ. (القاموس الإشاري، تونس ٢٠٠١).

وهذه الإشارات غالباً ما تكون تقليدياً أو وصفاً لما هو موجود في الطبيعة، أو ما يميز الأشياء والأسماء من ميزات بارزة، فمثلاً الإشارة إلى رجل (وضع اليد على الفشارب) والإشارة إلى الشاب (وضع اليد عند مستوى الكتف) والإشارة إلى الجد والجددة (وضع اليد مطبقة في أسفل الذقن) والإشارة إلى الزواج (وضع الخاتم في إصبع اليد اليسرى). وهكذا... الشكل (٢،١)

ويتعلم معلمو الصم ترجمة لغة الإشارة بعد أن يتم إتقانهم لها وتأتي الحاجة إلى ترجمة لغة الإشارة من قبل معلمين مختصين للأسباب التالية:

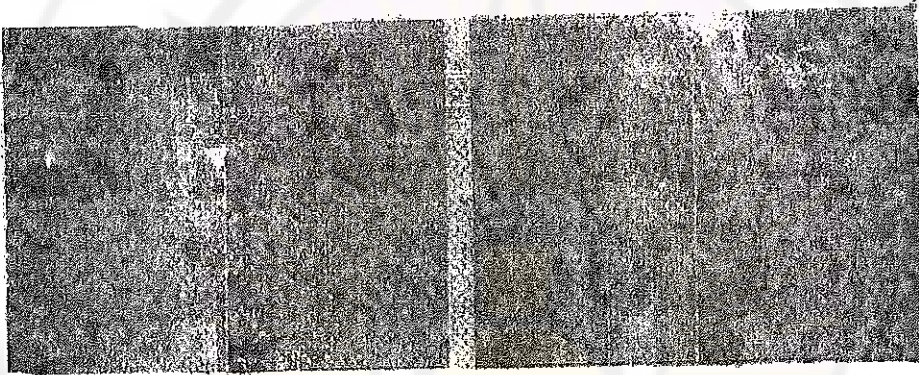
- ١ - من الضروري أن يتعلم المعلمون لغة الإشارة ليتمكنوا من الاتصال مع الأطفال الصم بلغتهم؛ من أجل تفسير الأمور التعليمية لهم.
- ٢ - حاجة الأطفال الصم لمتترجمي الإشارة عند تواصلهم مع الآخرين عادي السمع.
- ٣ - يحتاج الأطفال الصم المندمجين في المحيط المدرسي العادي، والذين يندمجون في المحيط المهني في مستقبلهم إلى مترجمي لغة الإشارة.

الشكل (١)



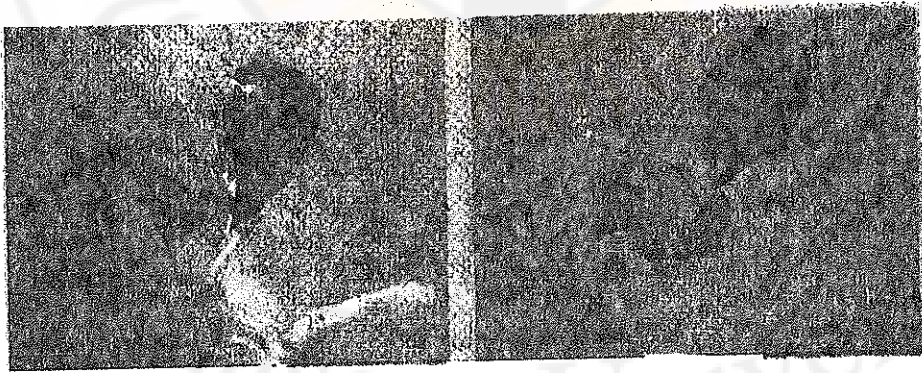
وجهه يسارياً

وجهه يمينياً



وجهه يسارياً

وجهه يمينياً

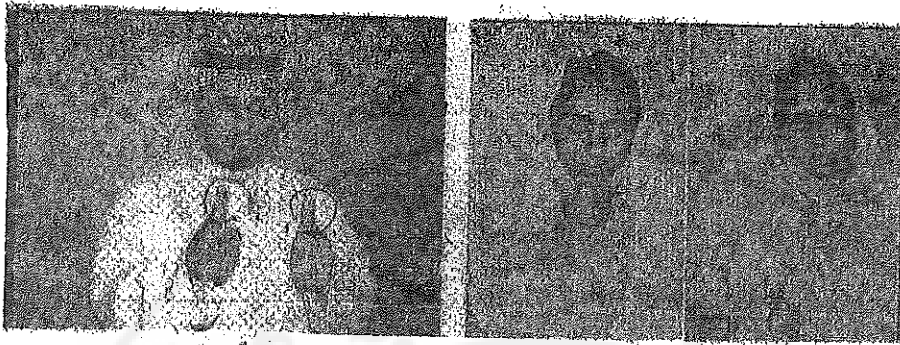


وجهه يسارياً

وجهه يمينياً

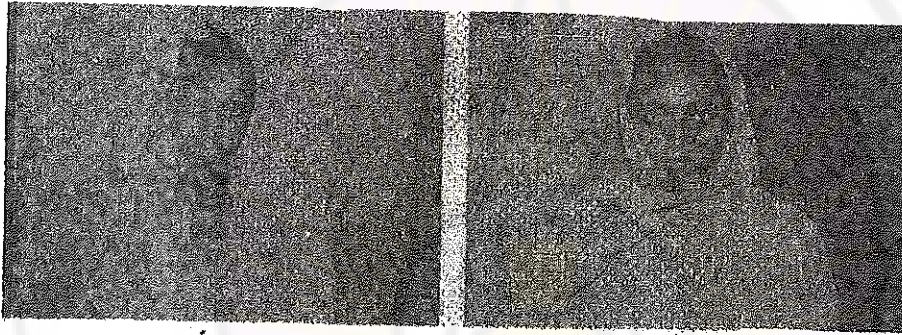
التربية الخاصة بالطفل - م ١٥

الشكل (٢)



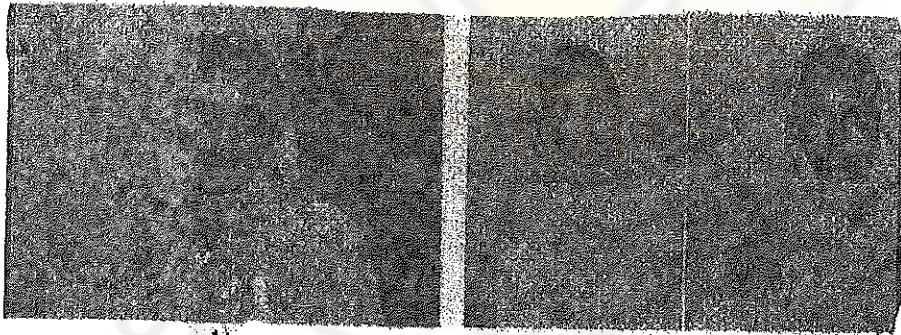
أميرة

جسمانية



جسمانية

أبي



أبي

أخت

## ٢ - طريقة أبجدية الأصابع:



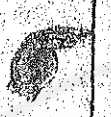
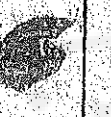





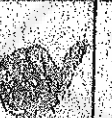


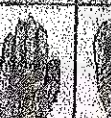



























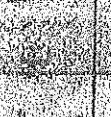


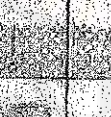





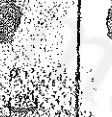





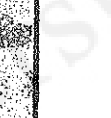
وهي طريقة أوجدها المرّبون لتكون مكملة لطريقة الإشارة؛ حيث تستخدم عندما يعجز الطّف عن إيجاد الإشارة المعبرة عن اسم أو معنى معين.

وهذه الطريقة ترتكز ببساطة شديدة على رسم حروف الهجاء بأصابع يد واحدة أو اليدين معاً، ومعظم الدول تستخدم يداً واحدة في رسم الحروف، ويمكن لهذه الطريقة أن يستخدمها الأطفال في المرحلة المدرسية لتساعدهم على تهجئة الكلمات وقراءتها وتذكرها، كما يمكن أن تستخدم في تحديد الأسماء إلا أنها صعبة بالنسبة للأطفال في سن ما قبل المدرسة؛ نظراً لأن الطّف الصغير لا يستطيع إدراك الأوضاع الصعبة الممثلة على أصابع اليد. لقد أقر المؤتمر العربي الخامس للهيئات العاملة في رعاية الصم مشروعاً لأبجدية الأصابع عام ١٩٨٦ يبيّن الشكل (٣) وكذلك مشروعاً للأرقام الإشارية العربية .

والمؤيدون للطريقة الإشارية يرون في هذه الطريقة مزايا كثيرة لأنها توفر لغة طبيعية للصم وهي لغة متكاملة تحقق الانسجام مع إمكانات الأطفال والتواصل فيما بينهم؛ إلا أن الاعتماد على هذه الطريقة وحدها يحرم الأطفال الذين يمكنهم الاستفادة من البقايا السمعية من تعلم اللغة الشفوية المنطوقة.

الشكل (٣)

أبجدية الهجاء الإصبعي للتعريف العربية

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| <br>ألف   | <br>باء   | <br>تاء   | <br>جيم   | <br>دال   | <br>ذال   | <br>راء   | <br>زاي   |
| <br>سين   | <br>سادل  | <br>سادل  | <br>سادل  | <br>سادل  | <br>سادل  | <br>سادل  | <br>سادل  |
| <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   |
| <br>قاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   | <br>كاف   |
| <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف |
| <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف |
| <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف | <br>كاف |

### ٣ - الطرائق الجمعية والكلية:

وهي طرائق تجمع بين طريقتين وذلك بهدف تحسين القدرة الاتصالية، فالمبدأ أن كل طريقة مستقلة لوحدها قد لا تفي بأغراض التواصل لهذا تم اللجوء إلى الجمع بين أكثر من طريقة. من هذه الطرائق طريقة (روشستر) وهي طريقة تجمع بين استعمال التهجي الإصبعي وقراءة الشفاه، وطريقة (باجيه - جورمان) وهي تعتمد على جمع الإشارات الوصفية الشائعة بين التلاميذ الصم وترتيبها وفق قواعد اللغة واستعمالها مع النطق والسماعات لتسهيل اكتساب الطفل اللغة وتعلمها منذ سن مبكرة.

وهناك الطريقة التي تجمع بين الإشارات اليدوية الدالة على مخارج النطق وقراءة الشفاه، وهي تعتمد على استخدام إشارات يدوية لمساعدة الطفل الأصم على إدراك حركات أعضاء النطق وخصائص الأصوات اللغوية وفهمها حتى يتمكن من تقليدها وتعلم نطقها، ولذلك يدرّب على المهارات الاتية مصحوبة بالإشارات الدالة عليها.

— الإحساس باحتكاك الهواء في نطق بعض الأصوات اللغوية.

— الإحساس بذبذبات بعض الأصوات.

— الإحساس بطريقة خروج الهواء وبدرجة حرارته في أثناء نطق بعض الأصوات.

— الإحساس بثقل الصوت وخفضه أي تخيمه وترقيقه.

— تمثيل حركات الشفتين واللسان والفك الأسفل عند نطق بعض الأصوات.

— الإشارة إلى مكان مخرج الصوت عند نطق بعض الأصوات.

وفي دراسة لنا (أبو فخر ١٩٩٩) هدفت إلى معرفة مدى فاعلية استخدام

الإشارات الدالة على مخارج النطق كطريقة تعليمية مترافقة مع طريقة قراءة

الشفاه لدى الصم؛ ظهرت فروق دالة بين طريقتي قراءة الشفاه من جهة وقراءة الشفاه مقرونة بالإشارات الدالة على مخارج النطق في مستويات المادة اللغوية كلها من حيث الحروف والمقاطع والكلمات (الأسماء والأفعال) والجمل لصالح قراءة الشفاه ومقرونة بالإشارات الدالة على مخارج النطق.

### الثالث - التواصل الكلي Total communication :

لقد ذكرنا سابقاً أن الأطفال الصم بينهم فروق فردية تتصل بدرجة فقدان السمع، والسن الذي حدث به الصمم، والوالدين من حيث هما عاديان سامعان، أو أصمان، وبينهم فروق تتصل بالقدرة العقلية والتدريب المبكر على استخدام السماع والكلام، إن هذه الفروق تطرح طريقة تكون أكثر مرونة، وأكثر انسجاماً مع وضع الطفل وإمكاناته. هذه الطريقة هي طريقة التواصل الكلي (مرعي، ١٩٨٨)، تعني هذه الطريقة الاهتمام باستعمال أي طريقة من طرق التواصل أو عدة طرق منها، بما يناسب ظروف ورغبات كل طفل وحاجاته وظروف الموقف التعليمي، بحيث يحقق في النهاية تعلم الطفل.

وهذا يتطلب أن يلم الوالدان بالطرائق المستخدمة في تعليم التواصل عند الطفل الأصم، وأن يلم المعلمون الذين يستقبلون الأطفال في الروضة أو المدرسة بهذه الطرائق، بحيث يتعاملون مع كل طفل بحسب إمكاناته، وظروف محيطه؛ مع الاحتفاظ بأن هناك أساسيات لا بد منها مثل تعليمه حمل السماع طوال نهاره، وتدريبه على قراءة الشفاه، وحمله على الانتباه لمصادر الأصوات.

وطريقة التواصل الكلي تصلح لكل الأطفال المعوقين سمعياً، طالما يتم فيها الاختيار للطريقة الأنسب والأفضل للطفل، فقد نجد الطفل ذا الصمم الشديد أو متعدد الإعاقة من الخير له أن يتعامل بلغة الإشارة، وبذلك فلا نصرف وقتاً وجهداً في تعليمه اللغة المنطوقة، بحيث يكون الهدف الأساسي هو زيادة

المعلومات والمعاني والأفكار بأي طريقة مناسبة دون تعطيلها بطريقة مفروضة أو معدة بشكل مسبق.

### آفاق التطور التقني والطبي في مواجهة حاجات المعوقين سمعياً:

لقد لاقى مجال تأهيل المعوقين سمعياً اهتماماً تقنياً وطبياً كبيرين فبعد أن صممت أجهزة تقانية سمعية وحسية وبصرية خدمة للمعوق سمعياً من أجل تمكينه النطق والكلام واستثمار البقايا السمعية، إلا أنها تطورت الآن تحت مسميات جديدة لتخدم كلاً من العاديين والمعوقين منها التلغاف التعليمي والمسجل المرئي (الفيديو) التعليمي والحاسوب وهي معدة لأغراض التربية والتعليم فهسي مثيرات بصرية تبعث على المتعة والفائدة.

أما التلغاف التعليمي فيقدم عبره برامج تعليمية بمساعدة المعلم الذي يختار البرامج التي تتلاءم مع قدرات التلاميذ ورغباتهم، وان تكون لغة هذه البرامج واضحة سهلة معدة أساساً لهذه الفئة من التلاميذ وتكون أحداثها وصورها واضحة تمكن التلاميذ من قراءة الشفاه وتعابير الوجه، كما ينبغي على المعلم أن يعطي فكرة عن البرامج قبل عرضها ويقوم ببعض التدريبات اللغوية، ويتم عرض البرنامج بحيث تتخلله الأسئلة والمشاركة، وقد أجريت دراسات حول تأثير هذه البرامج على اللغة والمفاهيم وقدرة القراءة على الشفاه منها دراسة كونراد (Conrad)؛ والتي تؤكد فعاليتها وتحسين هذه القدرات (حقوق الأصم في القرن ٢١).

أما الحواسيب فتستخدم بشكل واسع في تعليم الصم فهي تعطي الفرصة للفرد كي يعبر عن نفسه بطريقة طبيعية؛ وبأقل قدر ممكن من الوقت والجهد وتحقق له المتعة والفائدة لما لهذه الأجهزة من مزايا تناسب فئة المعوقين سمعياً، من حيث إنها صبورة في تحمل بطء تعلم الطفل وتظهر بصورة جذابة وألوان

مثمرة تحقق الرغبة وزيادة تطبيق التمارين والنشاطات اللغوية. لقد أشارت الكثير من الدراسات منها دراسة تابر 1988 ، ودراسات أخرى حول فاعلية الحاسوب التعليمي في التدريس الفردي (المرجع السابق).

أما التطور الطبي فينتج حالياً لزراعة الحلزون الاصطناعي في الأذن الداخلية؛ وذلك من أجل تأمين عملية إرسال واستقبال بتنسيق الحركة ما بين الدماغ والأذن باستخدام معينات متطورة تتألف من عدة اجزاء تعمل معاً وفق التكامل الطبيعي لاستقبال وتحليل الصوت.

والمبدأ في زراعة الحلزون الاصطناعي هو التعويض عن الخلل في أداء الخلايا الشعرية، بحيث إن زراعة الحلزون يعمل على تحفيز العصب السمعي بشكل مباشر، والفئة التي تستفيد من الزراعة هي تلك التي لا تستفيد من المعينات السمعية.

وتعتمد عملية الزرع بأكملها على زرع جزء من الجهاز داخلياً وتثبيت الأجزاء خارجياً؛ وتتم عملية تقييم ما قبل العملية الجراحية وما بعدها، لأن العمل التأهيلي السمعي واللغوي يكون بعد نجاح العملية ويتفاوت مدى الاستفادة تبعاً للفروق الموجودة بين المستفيدين من هذه العملية.

إن زراعة الحلزون (القوقعة) فتح طبي لا يزال حتى الآن غير مضمون النتائج بالرغم من النجاح الذي حققه، لأن نجاح العملية يتطلب مجموعة من الشروط منها الكلفة المادية الباهظة، الجو الانفعالي السليم للأسرة، متابعة المريض في نواحي تأهيله المختلفة السمعية واللغوية والنفسية، وجود المختصين في القطاعين التربوي والطبي.

وتبقى هذه التكنولوجيا المتطورة تثير دوايين المختصين وسين الأسرة،  
وزراعة عرس القوقعة الإلكترونية ليست إن سحرية لكنها حققت كثير من  
الأمال والنتائج وتعد بالمزيد من ذلك في المستقبل.





## الفصل السابع

### التربية الخاصة بالطفل المعوق بصرياً

- أولاً - البصر والإعاقة البصرية .
- ثانياً - الأسباب والأمراض المؤدية إلى الإعاقة البصرية .
- ثالثاً - تعريف الإعاقة البصرية .
- رابعاً - آثار فقدان البصر على نمو الطفل .
- خامساً - تنظيم تربية الأطفال المعوقين بصرياً .



## أولاً - البصر والإعالة البصرية

### ١- أهمية الحاسة البصرية

للبصر أهمية كبيرة في حياة الإنسان، فمن طريقه يتعرف المرء على الضوء والظلمة، والألوان، والأشكال وتقدير المسافات، ثم إنه يساعده على التقل والحركة، فمن طريقه يدرك الإنسان الحواجز التي تواجهه، والعقبات التي تصادفه وللبصر ارتباط كبير بالبصيرة، هناك تطابق بين مجموعة من المصطلحات مثل الرؤية والنظر والمشاهدة فكلها تشير إلى قدرة قد تتجاوز حدود ما هو مدرك حسيًا، ولعل قولنا إن إنساناً ما لديه نظرة ثاقبة للتعبير عن قدرته العقلية في استدراك الأمور والأشياء، ونقول أيضاً رأيت ذلك «بأم حولي» ونقول من وجهة «نظر»، و«أرى أن»، وكان هذا الفعل الذي تقوم به هو مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالدماغ أكثر من التفاعلات الأخرى التي تقوم بها عن طريق الحواس الأخرى، فلا نقول سمعت بأم أني أو من وجهة «السمع» تلك.. (فيرست، ١٩٩٣، ص ٤٧)

إن حاسة البصر حاسة معقدة تتطوي على جملة من الخصائص التشريحية والوظيفية، فهي تعكس موضوعات العالم الخارجي بخصائصها المختلفة من حيث الشكل واللون والظل والبعد، وتنظم الحياة بكل ما تتطوي عليه من مؤسسات ومواصلات وجمال وهي تزودنا؛ وبخاصة في عصر التقنيات البصرية بنحو ٩٠% من حجم المعلومات التي يمكن أن يتلقاها الفرد، فلولاها لفتقر استخدام التلفاز والحاسوب والسينما وقراءة المجلات والجرائد؛ فهذه الخاصية أهمية قصوى فبدونها يتعذر الحصول على التقدم الحضاري.

## ٢- آلية الإبصار:

تشتمل عملية الإبصار على تركيب معقد، فالعين عبر أجزائها المختلفة الخارجية والداخلية تشكل أقساماً مختلفة تتألف من الأجزاء التالية: الصلبة: وهي طبقة سميكة بيضاء مكونة من الألياف متينة وظيفتها حماية الأجزاء الداخلية، والقرنية: وهي امتداد للصلبة من الأمام وهي شفافة تسمح بمرور الأشعة الضوئية إلى داخل العين، والمشيمية: وهي طبقة تتكون من خلايا بها مادة سوداء تجعل باطن العين معتماً تتخللها شعيرات دموية لتغذية العين، ويبرز من المشيمة إلى الأمام جسم على شكل حلقة يعرف بالجسم الهدبي تخرج منه أربطة تتصل بحافة العدسة البلورية. أما العدسة: فهي جسم مستدير مرن محدد السطحين وظيفته جمع الأشعة الضوئية على الشبكية، والقزحية: توجد أمام العدسة وتتصل بنهاية المشيمة، وهي غشاء مستدير يشتمل على مواد تكسب العين لونها الخاص، وفي وسط القزحية فتحة مستديرة تعرف بالحدقة. أما الحدقة: فهي فتحة منتظمة دائرية توجد في مركز القزحية وتتسع هذه الفتحة في الظلام وتضيق في الضوء. وأخيراً الشبكية: وهي طبقة تتكون من خلايا دقيقة خاصة، غير كاملة من الأمام وتحوي جسماً هلامياً نصف سائل يعرف بالجسم الزجاجي؛ ويخرج من الشبكية العصب البصري الذي يتصل في النهاية بالدماغ والمنطقة القفوية فيه هي المسؤولة عن الإبصار.

أما الآلية التي يتم بها الإبصار فتتم عن طريق استقبال عدسة العين للأشعة الضوئية من المرئيات؛ فتتكسر على سطحها وتتجمع على سطح الشبكية، وتتكون بذلك صورة مقلوبة للمرئي ينقلها العصب البصري إلى مركز الإبصار في المخ. (أبو فخر ١٩٩٢).

وكثيراً ما تجري مقارنة العين مع آلة التصوير، ولكن هذه الآلة تنظم بواسطة «العدسة» كمية الضوء الداخلة وتقوم بإحكام وضع الصورة (بواسطة عدسة أو جسم بلوري) على سطح حساس ضوئياً (الغلم أو الشبكية) وتقوم الخلايا المتلقية لـشبكية العين بتحويل الطاقة الضوئية إلى طاقة كهربائية داخل الأنسجة العصبية، ولهذا السبب قد يكون من الأفضل أن تجري المقارنة مع كاميرا «التلفزيون» بدلاً من المقارنة الكلاسيكية مع آلة التصوير؛ حيث يوجد في مركز الشبكية منطقة تنص بالعصي والمخاريط تسمى الحفيرة Forea التي تسمح بالرؤية الواضحة تماماً. (تشارلز فيرست ١٩٩٣).

### ثانياً - الأسباب والأمراض المؤدية إلى الإعاقة البصرية:

تكثر الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية منها ما هو قبل الولادة، ومنها ما هو بعد الولادة. والعوامل الوراثية المرتبطة بالضعف البصري كثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة، وإذا حدث ذلك فهي تعرف بالعوامل الولادية Congenital، أما تلك التي تحدث بعد الولادة قد تكون نتيجة لعوامل وراثية أو نتيجة للمضاعفات في أثناء الولادة وتعرف هذه العوامل بالعوامل غير الوراثية والتي ترتبط بالحوادث أو الإصابات وهي مكتسبة Adventitious.

ومن الأمراض العينية الجلوكوما أو ما يعرف بالمياه السوداء وهي زيادة حادة في ضغط العين؛ مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية، وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكراً. ومن أمراض العين في مرحلة الطفولة الحالة المسماة بالماء الأبيض الولادي حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة.

ومن الأمراض أيضاً انفصال الشبكية واعتلالها وضمور العصب البصري وتوسع الحفرة الولادي والبهق وعمى الألوان ورأاة العين.. وهناك عيوب في الإبصار ناجمة عن أخطاء الانكسار في الأشعة الضوئية منها حصر البصر، بحيث تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة. أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالباً ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (٨ - ١٢ سنة)، وهناك طول البصر الناجم عن تكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة. أما حرج البصر فتكون القرنية أو العدسة غير منتظمة؛ ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية والبعض عليها وبعضها الآخر خلفها، ولهذا تكون الصورة غير واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة، ويمكن لهذه الحالات أن يتم تصحيحها ومعالجتها باستخدام الرعاية الطبية والنظارات الطبية (الحديدي ١٩٩٣).

### ثالثاً - تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها:

بين المعوقين بصرياً فروق فردية تتحدد بشدة الإعاقة، والعمر الذي حدثت فيه، وبنوع الإعاقة، إلا أنه في كل الأحوال يطلق على كل من لا يستطيع استخدام بصره في شؤون الحياة المختلفة من تنقل وفعاليات تتصل بالقراءة والكتابة العاديتين واكتساب المعرفة معوقاً بصرياً. إن الإعاقة البصرية على درجات من الشدة، وتتأثر بالسن الذي حدثت فيه ففقد البصر منذ الولادة يختلف وقعه عما يحدث في سن الطفولة المتأخرة أو الشباب؛ وهذا يختلف عما يحصل لدى المتقدمين في السن.

ومن أكثر التعاريف المستخدمة تعريف باناجا Barraga-1976 والذي ينتص على أن الأطفال المعوقين بصرياً هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية؛ الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربوياً. لأغراض عملية يصنف الأطفال المعوقون بصرياً إلى فئتين:

١ - فئة المكفوفين وهم أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق

عليهم اسم قارئى بربل (Braille Readers).

٢ - فئة المبصرين جزئياً وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة،

ويطلق عليهم اسم قارئى الكلمات الكبيرة (Large- Type Readers)،

وكما نلاحظ على هذا التصنيف أنه يعتمد المعيار التربوي -

التعليمي.

أما التصنيف الذي يعتمد معيار شدة الإعاقة أو حدة البصر فهو المعيار

الطبي القانوني، فإذا كان الإنسان المبصر الطبيعي يرى  $10/10$  أو  $200/200$

فإن الكفيف هو الذي يقع بصره عند  $10/1$  أو  $200/20$  أو هو الشخص الذي

لديه مجال بصري محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن ٢٠ درجة،

والمقصود بالمجال البصري أو مجال الرؤية المساحة الكلية التي يستطيع

الشخص أن يراها في وقت معين دون تحريك المقلتين؛ ويقاس حقل الإبصار

بالدرجات فإذا كان الإنسان المبصر الطبيعي يمتلك مجالاً بصرياً حوالي ١٨٠

درجة فإن الكفيف هو الذي يقل حقل إبصاره عن ٢٠ درجة. (المرجع السابق).

أما ضعيف البصر فهو الذي تقع حدة إبصاره عند درجة أفضل من

$200/20$  ولكن أقل من  $20/20$  في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح، وفي

سورية الدرجة السليمة هي ١٠/١٠ والكفيف ١٠/١ وضعيف البصر أقل من ١٠/٤.

وتقاس هذه الدرجة على لوحة «سينلين» نظراً لسهولة استخدامها وهي عبارة عن عشرة تدرجات لحروف تكتب بالتسلسل وباتجاهات مختلفة وبأحجام مختلفة، إلا أن هناك شبه إجماع أو اتفاق بين الباحثين أن لوحة سينلين تقتصر على قياس الحدة العامة للإبصار بالنسبة للأشياء من مسافات بعيدة ومن نقطة مركزية والكشف عن قصر النظر، ثم هي لا تصلح للتنبؤ بمقدرة الطفل على قراءة المواد المطبوعة التي تستلزم الرؤية من مسافات قريبة، كما أنها لا تفيد في الكشف عن بعض المشكلات البصرية الأخرى مما ورد ذكره عن طول البصر وجرح البصر.

والتصنيف التربوي الذي يمكن الأخذ به هو التصنيف الذي يعتمد وجود فئتين للإعاقة البصرية :

— فئة التلاميذ مكفوفي البصر وهم التلاميذ الذين لا يبصرون أو الذين ضعف بصرهم؛ أو ينتظر أن يضعف لدرجة يحتاجون معها إلى تربية تعتمد طرائق لا يدخل فيها استعمال البصر. (الرفاعي، ١٩٨٢).

— فئة التلاميذ المبصرين جزئياً، وهم التلاميذ الذين يكون بصرهم ضعيفاً لدرجة لا يستطيعون معها متابعة النظام الدراسي العادي في المدرسة المألوفة من دون الإضرار ببصرهم أو بنموهم التربوي، ولكن من الممكن تربيتهم بطرائق خاصة تطوي على استعمال البصر.

رابعاً — آثار فقدان البصر على نمو الطفل:

يؤثر فقدان البصر تأثيراً بالغاً في نواحي النمو المختلفة، فالطفل الذي يولد كفيفاً ستتأثر حرركته، ووقوفه، وكلامه، ومعرفته بالأشياء ومسمياتها، وإن النمو

الذي يحصل عند الطفل الطبيعي بصوره تلقائية واكتسابه لمعطيات العالم الخارجي؛ سيخضع - هذا النمو - لدى الطفل الكفيف إلى توجيه ورعاية وتعليم. وتختلف التأثيرات بحسب وضع الطفل وإمكاناته، وبحسب الأسرة التي يعيش في كنفها، وبالسن التي حدثت فيه الإعاقة، وفي كل الأحوال فإن كف البصر الذي يحصل منذ الولادة لغاية خمس سنوات سيكون له تأثير في نواحي النمو المختلفة.

### ١- آثار فقدان البصر على النمو الجسدي والحركي:

يولد الطفل وهو مزود بمجموعة من الحواس تشكل النوافذ الأساسية لمعرفته العالم الخارجي، ولعل البصر من أهم النوافذ التي يتلقى منها الطفل المعرفة والاكساب فالطفل قبل أن يتكلم فهو يرى الأشياء ويفهمها، ويسمع عنها مسمياتها وفي مراحل نموه الحركي فهو يزحف ويجلس ويقف ويمشي وكل ذلك بفعل آلية داخلية وآلية خارجية تساعده على ذلك.

إن النقص في الرؤية يحرم الطفل من المتابعة البصرية ويقطع من فرص اكتساب المهارات الجسمية؛ ويقطع من القدرة على التأزر الحركي وتطور الحركات الدقيقة، وإذا وجد من يساعده على ذلك ويعمل على تحفيزه وتعليمه فإن ذلك يتطلب منه جهداً للوصول إلى الأشياء والتعرف عليها؛ فهو يواجه التعثر والاصطدام بالأشياء المحيطة وشيئاً فشيئاً سيألف المحيط الذي يتحرك فيه دون الوصول إلى الأشياء التي تبعد عنه. إن غياب فرص إشباع الحاجات الأساسية للحركة قد يؤدي إلى أن يبحث الأطفال عن الرضى من خلال قيامهم بنشاطات جسمية نمطية غير هادفة تعرف بالعمانيات (Blindisms)، وهذه الأنماط تشمل على حركات في الأطراف أو الرأس أو فرك العينين أو نقر العينين بالإصبع، ويعزو البعض سبب ظهور هذه السلوكيات النمطية إلى النقص في الإثارة الحسية

المناسبة ومحدودية الحركة والنشاط الجسمي الهادف والحرمان الاجتماعي (الحديدي ١٩٩٣). بالمقابل نجد بعض الأطفال ممن لديهم قدرة فائقة على الحركة والنشاط الزائد، وهو نشاط غير موجه، فالطفل يأخذ الغرفة ذهاباً وإياباً، وينتقل من وضع يده على النافذة إلى تحسس ما يصادفه من أشياء دون تركيز أو انتباه.

وتذكر الحديدي عن (فريبرج 1977) أن الأطفال المكفوفين مقارنة بالمبصرين يعانون من ضعف في ثلاث نواحي وهي:

١ - الوصول إلى الأشياء.

٢ - الحركة (مثلاً لا يتعلم الطفل الزحف إلا بعد أن يتعلم أن يستجيب للأصوات).

٣ - وضع اليدين في خط الوسط للجسم من أجل التأزر.

وقد لاحظت «فريبرج» أن عدم توافر الفرص للمكفوف للتعبير عن الاستعدادات العضلية للزحف والوصول إلى الأشياء يؤدي إلى سلوك نمطي، كما أن الأطفال استجابوا في الدراسة للتدريب على المهارات الحركية وهذا يعني أن التأخر الحركي ليس شيئاً حتمياً لدى المكفوفين.

٢ - آثار فقدان البصر على النمو المعرفي:

نظراً لحاجة الطفل الكفيف واقتناره إلى وسيلة الإدراك الحسي اللازمة لتنظيم وترتيب مدركاته؛ فإنه لا يتمكن من رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة إذ يجب عليه أن يدرك أجزاءها أو لا عن طريق اللمس ثم ينتهي بإدراكها ككل عن طريق معالجته لها بيده، فهو محدود الإدراك فيما يستطيع تعلمه من هذه المعالجة اللمسية للأشياء، نظراً لأن المعلومات التي يتلقاها من هذه المعالجة لن تتيح له إدراك جوهر الأشياء من حيث عمقها أو تعقيدها أو كليتها (البيدون،

ماكجرو ١٩٩٠). أما إذا كانت الأشياء بعيدة عنه وعن متناول يده فإنها بعيدة أيضاً عن إدراكه، وكذلك إذا لم ترتبط الأصوات بمصادرها فإنها تتلاشى ولا تترسخ، ولهذا فإن الطفل الكفيف يستغرق وقتاً أطول بكثير في تنمية إحساسه بديمومة الشيء واستمراره.

ويواجه الطفل الكفيف في سياق نموه العديد من المشكلات في تنمية المفاهيم المكانية، فهو لا يدرك بدنه والأجزاء المشتملة عليه ووظيفة كل جزء منه وعلاقة هذه الأجزاء بالبيئة المكانية.

أما بالنسبة للتصور عند الكفيف فهي عملية ناقصة والقدرة على التصور هي استدعاء ما سبق أن شوهد فعلاً، إلا أن الكفيف بخاصة الذي ولد كفيفاً لم يمر بخبرة المشاهدة، وبالتالي يتعذر عليه استدعاء الصور إلا تلك التي عاينها بحاسة اللمس أو السمع، وحتى أولئك الذين فقدوا البصر بالتدريج فإنهم يملكون قدراً من القدرة على التصور البصري يتفاوت بحسب سن الإصابة والعوامل العقلية التي يتمتعون بها، ومع هذا فإن القدرة على التصور البصري لدى هؤلاء تزول تدريجياً كما هو الشأن لدى المبصرين الذين يفقدون خبراتهم المبكرة مع مرور الزمن، وفي كل الحالات فإن الكفيف ينشئ مجموعة من التصورات ولكن السؤال هل هذه الصور البصرية التي ينشئها المكفوفون تعني فعلاً أنها موجودة في خيالهم كما هي في خيال المبصرين، أو أن هذه الصور ليست أكثر من اقتران لفظي حفظه الكفيف ثم استدعاه لتركيب صور بصرية لا تقابل في ذهنه شيئاً يمت إلى الواقع المرئي بصلة؟

والجواب الصحيح هو الاحتمال الثاني الذي يرى أن هذه الصورة ليست أكثر من تركيب لفظي، لعب الاقتران فيه دوراً كبيراً. إلا أن الاقتران قد لا يكون دائماً لفظياً بل قد يكون اقتراناً بين إحساسين أحدهما بصري فيلجأ الكفيف لإنشاء

الصور البصرية مستعيناً بالإحساس الآخر الذي يتلقاه فعلاً، ولتوضيح ذلك نقول إن لسان الكفيف قد يجري العبارة التالية: إن السماء زرقاء أو غائمة وقد تكون فعلاً زرقاء أو غائمة، وكأنه يصفها المبصر، ولكن الكفيف مع ذلك لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا من خلال الإحساس الآخر الذي يصاحبه؛ وهو هدوء الجو الذي لا يتخلله الرياح أو الرعد أو المطر وغير ذلك من الإحساسات التي يمكن لحواسه الأخرى أن تلتقطها فيحكم أن السماء زرقاء (بركات ١٩٧٨ ص ٢٧٩).

أما تأثير كف البصر في الذكاء العام، فلا يوجد ما يؤيد فارقاً كبيراً بين المكفوفين والمبصرين، وذلك بعد استخدام اختبارات الذكاء المعدلة والمناسبة للمكفوفين، وذكاء المكفوفين كطائفة لا تختلف عند ذكاء المبصرين رغم أن تطبيق الاختبارات عليهم دل على أن هناك فرقاً غير دال لصالح المبصرين، إلا أن هذا الفرق يمكن إهماله، كما أشير إلى أن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها عند المكفوفين، وأن نسبة المتخلفين في الذكاء أعلى عند المكفوفين منها عند المبصرين، وهذا التفوق أمر طبيعي بحكم أن مدى ما تطلع عليه العين وما تستطيع إدراكه أوسع وأرحب مما تستطيع الحواس الأخرى معرفته، ولهذا تكون حيلة المبصر من المعلومات أغنى منها عند الكفيف. (أبو فخر ١٩٩٢).

وإذا اعتبرنا أن النمو اللغوي من الجوانب المعرفية، لارتباط اللغة الوثيق بالتفكير، فإن هذا النمو لا يسير دوماً سيراً طبيعياً، فالنمو اللغوي لا يرتبط بوجود السمع فحسب، بل إنه يعتمد على التقليد وهذا يتطلب الحاسة السمعية والبصرية من أجل مراقبة أعضاء النطق والحركات الإشارية، ومن المعلوم أن تعلم الطفل للغة يقوم على الترابطات السمعية (الأصوات والكلمات المنطوقة) والترابطات البصرية (الإدراك البصري لما تشير إليه الكلمات)، ولهذا فإن الطفل الكفيف غير قادر تماماً على تفهم الأشياء، وتعلم أسمائها وإدراك مفاهيمها، وهو

غير قادر تماماً على فهم المعاني والمدركات وتنظيمها بالسرعة نفسها والقدرة والوقت الذي يحتاجه الطفل المبصر، لذا فإن النمو اللغوي يكون أبطأ عند الأطفال المكفوفين منه عند الأطفال المبصرين. (المرجع السابق).

ومن أشهر التي تميز النمو اللغوي لدى المكفوفين ظاهرة اللاواقعية اللفظية، وهي تعني أن الكفيف يعتمد على الكلمات والجمل التي لا تتوافق وخبرته الخاصة، بل يعتمد على ما يصفه المبصرون له؛ ولهذا فهو يعيش في عالم غير واقعي، فاللاواقعية اللفظية محاولة للحصول على موافقة المجتمع، ولعل من أهم مسؤوليات المربي أن يتأكد من فهم الطفل لمعاني الكلمات التي يستخدمها، فالكفيف يسمع الناس يقول كلمات محددة وبالتالي فهو يستخدمها ولعله لا يعرف معانيها، ولهذا تكثر عند بعض المكفوفين الاضطرابات الكلامية مثل الحالة المعروفة باسم الصدى الصوتي، أو الإفراط في الكلام وذلك بهدف لفت انتباه الآخرين.

### ٣ - آثار فقدان البصر على التحصيل الدراسي:

يؤثر فقدان البصر على التحصيل الدراسي للمكفوفين، فإن ما يحتاجه الكفيف من جهد ووقت لاكتساب المعرفة العلمية قد يكون ضعيفاً ما يحتاجه المبصر، فالمعلومات ينبغي أن تمر عبر حاستي السمع واللمس من أجل فهمها، وأن ما يحتاجه الكفيف للقراءة والكتابة، ومعرفة مسائل الجغرافيا والعلوم، والرياضيات واللغة عبر المراحل الدراسية يتطلب وسائل تعليمية خاصة، ويختلف استخدام هذه الوسائل تبعاً لدرجة فقدان البصر، فيمكن لضعيف البصر أن يستفيد من القدرات السليمة المتبقية؛ ولكن في كل الأحوال قد يتقارب أداء الأطفال المعوقين بصرياً من الأطفال المبصرين في التحصيل الدراسي إذا ما توافرت الشروط المناسبة التي تساعد الكفيف على استقبال المعلومات والتعبير

عنها، ولنا في النسبة المنتسبة إلى الجامعة ما يشير إلى إمكانات الكيف في متابعة دراسته جنباً إلى جنب مع المبصر.

#### ٤- آثار فقدان البصر على النمو الانفعالي - الاجتماعي:

إن الانفعالات هي خصائص مورثة توجد لدى الكائنات البشرية وغيرها من الكائنات، فانفعال الأمومة والخوف والحزن والسرور هي انفعالات، غالباً ما نجدها عند بني البشر وكائنات أخرى، ولكن يختلف التعبير عنها، والاختلاف في التعبير هو من صنع البيئة والاكْتساب وبخاصة الاكْتساب البصري الذي يعتمد على التعليم، فالتعبير عن الانفعالات يتم عبر عمليات التعلم والاكْتساب. إن مظاهر الخوف والغضب والسرور والحزن والتعجب والتساؤل تترافق مع تعبيرات وجهية، وهذه التعبيرات يتم اكتسابها في سياق نمو الفرد وتعلمه وإذا فقد الفرد القدرة على البصر منذ سن مبكرة، فإن كثيراً من التعبيرات الانفعالية لا تكون موجودة بالشكل الذي تكون عليه تماماً عند المبصرين.

أما ازدياد الأفعال الاجتماعية والانفعالية فتتأثر كثيراً بموقف الآخرين من الكيف، فمواقف الرفض تؤدي إلى الانزالية، ومواقف عدم التقبل تؤدي إلى أنماط سلوكية فيها من مظاهر سوء التكيف كالقلق وعدم الاطمئنان، والصراعات والإحباط، ما يجعل نمو الكيف نمواً غير سليم.

ويؤثر فقدان البصر في تطور المهارات الاجتماعية، فاكْتساب مهارات تناول الطعام وارتداء الملابس واللقاء التحية والمشاركات الاجتماعية تكون لدى المبصر عادية ويتعلمها بشكل تلقائي، بينما تتطلب من الكيف أن يتعلمها من قبل الوالدين والمحيطين بالطفل.

ولعل سمة الاعتمادية هي السمة الغالبة عند المكفوفين، فهم يحتاجون إلى الآخرين في تأمين حاجاتهم المختلفة، فإذا ما أظهر الوالدان رعاية زائدة، أو بالمقابل إهمالاً زائداً فإن الطفل سينمو نمواً غير سليم، نمواً محملاً بمجموعة من

مشاعر الغربة والانعزال، ولهذا فإن ردود أفعال الوالدين السليمة وأساليب تنشئتهم تؤثر كثيراً في النمو الانفعالي للطفل، فقد أظهرت إحدى الدراسات أن المعاملة الصحيحة المتمثلة بالتقبل والتشجيع والاستقلالية قد أنشأت مفهوم ذات إيجابي لدى عينة الدراسة، بمعنى أنه كلما كانت المعاملة الوالدية لابن المكفوفين صحيحة وجيدة انعكس ذلك على مفهوم الذات لدى الأبناء، نسريفة (٢٠٠٢).

#### خامساً - تنظيم تربية الأطفال المعوقين بصرياً:

يتطلب تنظيم تربية الأطفال المعوقين بصرياً مجموعة من الإجراءات التنظيمية المادية والتعليمية الخاصة التي تفي بحاجاتهم الخاصة في إطار المدرسة التي يتطلب بناؤها أن تكون خالية من الحواجز والعقبات، وأن تكون ذات فسحة كبيرة ومنظمة تنظيماً حسناً من حيث باحتها وحديقتها. وفي تنظيم تربية الأطفال المعوقين بصرياً لابد من التمييز بين ضعاف البصر والمكفوفين .

##### ١- تنظيم تربية ضعاف البصر:

##### أ - تنظيم غرفة الصف:

يراعى في تنظيم غرفة الصف مجموعة شروط مادية وصحية، وذلك بهدف المحافظة على بقايا البصر الموجودة عند المكفوفين وبخاصة ضعاف البصر منهم، فغرفة الصف ينبغي أن تكون بعيدة عن جو الضجيج، ويصلها الضوء الطبيعي وأن تنظم المقاعد والإدراج تنظيماً يبسر حركة الكفيف، وأن تترك المسافات بين كل درج وآخر، وينبغي أن تكون السبورة خضراء اللون غير لامعة، وأن يوضع التلاميذ في الأماكن المناسبة بعيدون عن لمعان الضوء وعدم

تكديس جدران الصف بالوسائل والأدوات المعينة لأن هذا يسبب إجهاداً وارتباكاً للبقايا البصرية.

### ب - الكتب والأدوات التعليمية:

تقتضي سلامة العملية التعليمية الخاصة بالأطفال ضعاف البصر أن تطبع الكتب الخاصة بهم بحروف كبيرة، مع الاهتمام بالصور التوضيحية على ورق غير مصقول وغير لامع. ويراعى أن تكون المصورات والخرائط واللوحات كبيرة، ومبسطة وخالية من التفاصيل الثانوية، وأن تكون الكتابة عليها كبيرة وواضحة مع الاستعانة بالصور التوضيحية كلما كان ذلك ممكناً.

### ج - المنهج والمواد العملية:

المنهج هو مجموع الخبرات التي يتعرض لها الطفل في المدرسة وهي منظمة بصورة مواد دراسية، بحيث تدرس كل مادة على حدة، وهذا التعريف ينطبق على منهج المواد المنفصلة بحيث تعد الكتب الدراسية لتتناسب كل مرحلة من مراحل الدراسة. ويتضمن هذا المنهاج مجموعة مواد ذات طابع عملي تتجه إلى تنمية الميول والرغبات إلى جانب المواد الأكاديمية كاللغة والرياضيات والدراسات الاجتماعية، وهذه المواد العملية مثل الموسيقى والفنون التشكيلية والرياضة، تعد ذات أهمية بالنسبة لضعاف البصر والمكفوفين، فالموسيقى مادة تعتمد بشكل أساسي على الحاسة السمعية، والحاسة اللمسية في لمس الأوتار، وهي مادة محببة وشائعة عن طريقها يشعر الكفيف بالرضى والسعادة والتعبير عن النفس، كما تنمي الموسيقى مقدرة التركيز والانتباه والتفكير المجرد، والتمييز بين الأصوات والإيقاعات، وهي إضافة إلى ذلك تجمع بين المتعة والفائدة والمساعدة على التفاعل الاجتماعي؛ وما أدل على ذلك وجود كثير من الموسيقيين المكفوفين. وتتلخص أهمية تدريس الموسيقى في ما يلي:

- ١ - تنمية الاستعداد الموسيقي الطبيعي لدى التلاميذ.
- ٢ - تنمية ميولهم وإمدادهم بهواية عملية يشغلون بها أوقات فراغهم.
- ٣ - تهذيب الأحاسيس وتربية المشاعر الوجدانية وتعبئة نشاطهم الذهني.
- ٤ - إتاحة الفرصة للموهوبين من أجل إظهار مواهبهم والوصول بهم إلى المستوى الذي يؤهلهم للعمل في حقل الموسيقى واحترافها.

أما بالنسبة للفنون التشكيلية فهي فنون تساعد الكفيف للتعبير عن النفس والانفعالات والتصورات، كما تسهم في تنمية المهارات اليدوية والتوافق الحسحركي والتحكم العضلي من خلال مواد كالطين والصلصال والتشكيل بالورق والعجائن الورقية وبقايا الخامات، وتسهم في تنمية التذكر والتخيل والتمييز بين السطوح والأشكال ذات البعدين والهيئات ذات الأبعاد الثلاثة.

ومن المواد العملية التربوية الرياضية وهي مادة ليست معدة للتدريب الجسمي فحسب، بل إنها تستخدم النشاط البدني من أجل أن تهيئ للكفيف حياة سعيدة في حدود إمكاناته، ومن المعروف أن نشاط الكفيف هو أقل من نشاط المبصر وهذا له تأثير في نمو العضلات، ونمو الحس الحركي، وضعف التوافق العصبي، لهذا تغدو الرياضة مطلباً أساسياً من متطلبات النمو واللياقة لدى المكفوفين. وتتحصر أهداف التربية الرياضية في الآتي:

- ١ - تنمية المهارات الحركية الأساسية (الجري، الوثب، المشي، القفز) .. التي تعتبر ضرورية لحسن القوام وسلامة البدن.
- ٢ - تنمية صفات المبادأة والثقة بالنفس والرضى بالواقع، الذي يمكن أن يتحول إلى نشاط واسع المدى يزيد من العلاقات الاجتماعية.
- ٣ - تعد منفذاً طبيعياً لاستغلال طاقات النشاط عند الأطفال المكفوفين.

٤ — تنمية أوضاع القوام الصحيح من وقوف باعتدال ومشى منتظم.  
(بركات ١٩٧٨ ص ١٣٣ — ١٣٤).

٢ — تعليم المعوقين بصرياً وتنمية قدراتهم:

يتعلم الطفل التكيف ويتربى في إطار أسرته أولاً، فالأسرة التي تمنح ولدها الحب والأمن والثبلى ينشأ نشأة متوازنة، أما ردود الأفعال القائمة على الرفض والتقدير المبالغ فيه للعمى يؤدي إلى جملة من المظاهر غير المرغوب فيها لدى سلوك الطفل، ويقدر ما تكون هذه الأسرة على علم بما تخلفه الإعاقة البصرية على شخصية الطفل بقدر ما تحسن التربية والتوجيه، لذا ينبغي أن تزود الأسرة بالمعلومات اللازمة لكيفية التعامل مع طفلها عن طريق المختصين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين.

توجه عملية تعليم الطفل وتربيته في سن ما قبل المدرسة مجموعة  
موجهات أهمها:

١ — تربية استقلالية الطفل، بمعنى أن يعلم المربون الطفل المعوق بصرياً أن يحس بنفسه حاجاته والأشياء القريبة منه، وأن يخدم نفسه بنفسه كلما كان ذلك ممكناً؛ مثل ارتداء ملابسه وخلعها ومراعاة قواعد النظافة والنظام ولا يتم التدخل إلا بالوقت الذي يقتضيه الموقف مساعدة الطفل.

٢ — تربية القدرات الحسية والحركية وذلك عن طريق اللعب والحركة الموجهة، فيمكن تدريب الأيدي على لمس السطوح المختلفة والأشياء اللازمة للطفل وشرح أسمائها وتدريب الأذن على سماع الأصوات المختلفة، وربطها قدر الإمكان بمصادرهما عن طريق اللمس أو الاقترانات اللفظية؛ وفي أوقات اللعب يتاح للطفل أن يتدرب بحرية وعفوية على الحركة والمشى، بحيث يتغلب على

القلق ويلعب ألعاباً مختلفة تشتمل على مجموعة من الأشكال والأحجام والأصوات والحركة فكلها تسهم في تدريب حواسه وحركته.

٣ - التدريب على الكلام وربط التعبيرات المختلفة المرافقة لموضوع الكلام عن طريق الحكايا والأغاني وإلقاء الأسئلة والأجوبة؛ مع التنعيم والإيقاع اللازمين لتكوين الجانب الصوتي للنطق السليم.

٤ - التدريب على اللعب الجماعي والاشتراك مع الأطفال الآخرين وتنمية روح التعاون والمشاركة في الأنشطة والأعمال التي يعدها المربون بخاصة في رياض الأطفال. (أبو فخر ١٩٩٢).

#### المكفوفون وضعاف البصر بين الدمج والعزل :

إن التمييز بين الكفيف كلية وضعيف البصر ضرورة إنسانية وعلمية وتربوية تتيح الأخذ بمبدأ تكافؤ الفرص، فالأطفال ضعاف البصر لديهم من البقايا البصرية ما يسمح لهم باستثمارها استثماراً جيداً في شؤون الحياة والتحصيل الدراسي، وضعيف البصر يختلف عن الكفيف اختلافاً كبيراً من حيث حاجاته وإمكاناته، وبالوقت نفسه يختلف عن المبصر باختلافاً كبيراً من حيث حاجاته وإمكاناته، ولهذا فإن ضعيف البصر لا زال عكناً موضع تأرجح فهو لا يستطيع متابعة تحصيله بصورة طبيعية مع المبصرين، وبالوقت نفسه يجب ألا يعتمد في متابعة تحصيله الوسائل المستخدمة مع المكفوفين؛ ولهذا هناك مجموعة نظم في

تعليم ضعاف البصر :

الأول: وضع التلاميذ ضعاف البصر في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية، ويرى أصحاب هذا النظام أن إعطاء الطفل ضعيف البصر فرصة التعليم والاختلاط بزميله العادي في المدرسة العادية نفسها أمر مهم لاندماج الطفل

ضعيف البصر بالمبصرين، وحماية صحته النفسية من الاضطرابات والإحباط والعزلة وتجنبه اتجاهات المجتمع السلبية إذا ما عزل عن مدرسته العادية مثلاً، والتحق-بغيرها من المدارس الخاصة سواء لضعاف البصر أم المكفوفين.

وتسير الخطة الدراسية تبعاً لذلك إما باتجاه إعداد وسائل وطرائق تعليمية خاصة بضعاف البصر، أو أن تقوم الخطة الدراسية على نظام تعاوني يشترك ضعاف البصر مع زملائهم المبصرين في الأنشطة والمجالات التي لا تحتاج إلى استعمال العين بدرجة كبيرة. ولهذا النظام صعوباته منها كيفية الربط بين التعليم الخاص بضعاف البصر وخطة التعلم العادي وأنشطته المختلفة، وكذلك مشكلة قلة عدد ضعاف البصر في المدرسة الواحدة بالدرجة التي تسمح بإنشاء فصل خاص بهم في المدرسة العادية؛ وما يتطلبه ذلك من توافر للإمكانات اللازمة للتعليم.

الثاني: وضع التلاميذ ضعاف البصر مع زملائهم المبصرين في الصف نفسه على أن ينتقل التلامذة ضعاف البصر إلى غرفة خاصة، وهي غرفة المصادر في حال دروس القراءة والكتابة التي تتطلب استخداماً خاصاً للقدرات البصرية.

الثالث: وضع التلاميذ ضعاف البصر في فصول خاصة ملحقة بمدارس المكفوفين؛ بحيث يتسنى لهم الاستفادة من الخدمات والوسائل التعليمية المجهزة للمعوقين بصرياً. إلا أن هذا النظام له مخاطرة فوجود ضعاف البصر في مدرسة للمكفوفين يعني أنهم أقرب إلى المكفوفين منهم إلى العاديين، وإن ذلك يشعروهم بالدونية ويؤثر تأثيراً سيئاً على تكيفهم الشخصي والاجتماعي. إضافة إلى ذلك إن المكفوفين يستخدمون في تعلم القراءة والكتابة طريقة برايل ويعتبر ضعاف البصر أن مثل هذه الطريقة لا تلزمهم لأنهم يستطيعون قراءة الكلام المكتوب

بحروف كبيرة ويمكنهم الكتابة بالصورة العادية. إن كل ذلك وغيره يجعل من الحكمة فصلهم وإدماجهم في المدارس العادية؛

الرابع؛ وضع التلاميذ ضعاف البصر في مدارس خاصة بهم تتوافر فيها احتياجاتهم من الأجهزة والوسائل التعليمية والمباني اللازمة المناسبة لطبيعة إعاقتهم؛ وإعداد المدرسين اللزيمين للعمل مع هذه الفئة، وفي مثل هذا الإجراء يمكن تحقيق النمو وزيادة المستوى التحصيلي. وهذا الاتجاه تأخذ به كثير من الدول منها إنكلترا وألمانيا الاتحادية. (حسين، ١٩٨٦، ٥٨-٥٩).

وبناء على ذلك فإن ضعف البصر يجب أن يفصل عن المكفوفين، ولكن تبقى الفروق الفردية موجودة بين الفئات، وبين أفراد الفئة الواحدة، فمن بين ضعاف البصر ما يمكن أن يستفيد من إدماجهم في فصول التعليم العادي، ومنهم من لا يستفيد؛ وذلك تبعاً لمدى الضعف البصري والقدرات العقلية والشخصية اللازمة، والاتجاه المعاصر يأخذ في إدماجهم بالمدرسة العادية مع توافر المختصين والمكان والوسائل والمعدات اللازمة لتعليمهم وحماية ما تبقى لديهم من إمكانيات البصر.

وفيما يلي نحدد طرائق تعليم المكفوفين القراءة والكتابة والتنقل والحركة والمعلومات الأكاديمية وبرامج المواد الإضافية .

#### ١- تعليم المكفوفين القراءة والكتابة:

يستخدم المكفوفون في تعليمهم القراءة والكتابة طريقة برايل Braille وهي طريقة طورها برايل بناء على طريقة الكتابة الليبية التي اخترعها الضابط الفرنسي باربيز Barber لتسيير إرسال واستقبال المعلومات عبر الشيفرة العسكرية، وقد كان «لويس برايل» نفسه كفيفاً. وقد طرأت على هذه الطريقة مجموعة من التعديلات حتى عرفت بطريقة برايل المعدلة ١٩١٩م.

تقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة والتي تشكل بدلاً لتلك الحروف الهجائية، ويتم تمثيل الحروف من خلال هذا النظام بنقاط بارزة عن طريق خلية صغيرة تسمى خلية «برايل» وتأخذ هذه الخلية شكلاً مستطيلاً به ٦ نقاط حيث يمثل كل حرف باستعمال نقطة أو أكثر:

|   |   |   |   |            |
|---|---|---|---|------------|
| ⠠ | ⠡ | ⠢ | ⠣ | ١ ٠ ٠ ٤    |
| ⠤ | ⠥ | ⠦ | ⠧ | ٢ ٠ ٠ ٥    |
| ⠨ | ⠩ | ⠪ | ⠫ | ٣ ٠ ٠ ٦    |
| ⠺ | ⠻ | ⠼ | ⠽ | خلية برايل |

ويتم العمل وفقاً لطريقة برايل بالشكل التالي:

١ - يضع الكفيف الورقة (وهي ورقة من النوع السميك) بين فكي مفصلة لها فرع علوي عبارة عن مسطرة معدنية مقسمة إلى مجموعة من الخلايا؛ وكل خلية مقسمة إلى ست نقاط تمثل مختلف حروف اللغة عبر الاحتمالات المختلفة زعها وتكون هذه النقاط مفرغة بشكل كامل، أما الفرع السفلي للمفصلة فيحتوي أيضاً على مجموعة نقاط غير مفرغة تقابل النقاط الست في الفرع العلوي.

٢ - تتحرك هذه المسطرة على لوحة خشبية عريضة ثم يضع الكفيف القلم في وضع رأسي مبتدئاً بالخانة الأولى في الصف الأول من على اليمين، ثم يضغط بالقلم على الورقة متحركاً من رقم ١ - ٦ ويستمر بهذا الشكل حتى تنتهي الصفوف على المسطرة، ثم يبدأ بتحريك المسطرة إلى أسفل ويثبتها وهكذا حتى ينتهي من كتابة الورقة كلها.

إذن الكتابة تبدأ من اليمين إلى اليسار عبر الخلايا التي تضم حروف اللغة والانتقال من الأعلى إلى الأسفل.

٣ - أما القراءة فهمر الكفيف بأنامله على النقاط البارزة عند قلب الصفحة أي على الوجه الأهر منها؛ وذلك من اليسار إلى اليمين؛ وكل نقطة أو أكثر من النقاط الست يرمز إلى حرف، والحروف تشكل الكلمات.

الفرق بين القراءة بطريقة برايل والقراءة البصرية:

إن طريقة برايل في القراءة تتطلب وقتاً وجهداً أكبر بكثير من القراءة البصرية العادية؛ ففي القراءة البصرية تتحرك العين وتحقق في الكلمات على السطور لإدخال المعلومات المطبوعة أو المكتوبة بينما في قراءة «برايل» المسية فتستخدم أصابع اليد وتوضع فوق النقاط البارزة، ويتم إدخال المعلومات عبر (المستقبلات) الحسية للمسية؛ وبالتالي فإن نموذجي القراءة يختلفان في نقل المعلومات ولكنها تصل إلى الدماغ واحدة وتفسر تفسيراً واحداً، والاختلاف في نقل المعلومات يعتمد على مهارة القارئ وقدراته العقلية، وهذا الأمر يثير تساؤلاً أيهما أسرع قراءة برايل أم القراءة البصرية تجيب بعض الدراسات أن أقصى سرعة للقراءة للمسية تصل إلى ١٨٠ كلمة في الدقيقة على افتراض أن القراءة تسير وفق الإدراك المتسلسل للمس النقاط، وقد يزيد هذا العدد إذا ما اعتمد في القراءة على الحدس والتنبؤ بالكلمات قبل الانتهاء من إدراك خصائصها كاملة.

وثمة رأي آخر يقول إن السرعة الجيدة والمقبولة هي التي تبلغ ١٠٠ كلمة في الدقيقة، والحقيقة أن سرعة القراءة يعتمد على مجموعة عوامل أهمها استخدام الاختصارات في نظام برايل؛ وقدرة القارئ على استخدام الإيماءات المحيطة، والمحتوى وتوقعات القارئ وخزن المعلومات التي يتم قراءتها.

(الحديدي ١٩٩٣).

## آلة برايل الكاتبة:

وهي آلة مصممة خصيصاً للكتابة بطريقة برايل ولها لوحة مفاتيح تتكون من ستة مفاتيح تمثل كل منها نقطة من نقاط خلية برايل وتتظم المفاتيح في مجموعتين يتوسطهما قضيب للمسافات، حيث تمثل المفاتيح الموجودة إلى يسار قضيب المسافات النقاط ١، ٢، ٣، بينما تمثل المفاتيح الموجودة إلى يمينه النقاط ٤، ٥، ٦، ويمكن بالضغط على هذه المفاتيح كتابة أي جزء من الخلية.

ويفضل كثير من المتخصصين في تعليم المعوقين بصرياً استخدام الآلة الكاتبة عند البدء في تعليم الكتابة للمكفوفين، لأنها تعد أكثر سهولة وفاعلية، وأقل إجهاداً للأطفال، حيث تتطلب قوة عضلية أقل من تلك التي تتطلبها الكتابة اليدوية باستخدام مسطرة وقلم «براييل»؛ كما أنها توفر للأطفال تغذية راجعة مباشرة تمكنهم من مراجعة وتصحيح ما يكتبون وتتيح لهم إحراز معدلات معقولة من السرعة والدقة في الكتابة. (القريطي، ١٩٩٦، ٢١١).

الأجهزة التقنية المساعدة على القراءة والكتابة العاديتين:

### الأوبتاكون Optacon:

يعمل جهاز الأوبتاكون على تحويل المعلومات المطبوعة أو المكتوبة إلى ذبذبات كهربائية تؤدي إلى وخزات خفيفة على سبابة إحدى اليدين، حيث توجه كاميرا صغيرة يمسكها الكفيف ويحركها فوق المادة المكتوبة بيد؛ بينما توضع اليد الأخرى على طرف الجهاز وتوجه سبابة اليد على المكان المناسب للإحساس بالذبذبات التي تشكل صوراً للحروف المكتوبة على الورقة.

إن عملية التدريب على استخدام هذا الجهاز ليست سهلة فهي تتطلب من الكفيف معرفة أشكال الحروف المكتوبة بالطريقة العادية، وقد يستغرق ذلك وقتاً

طويلاً، وهذه القراءة هي أبسطاً من القراءة بطريقة برايل لذا يفيد هذا الجهاز في  
القراءات البسيطة والقصيرة.

### آلة كرزويل للقراءة Kurzweil Reading Machine:

تعد هذه الآلة أكثر تعقيداً، إنها تشبه آلة التصوير حيث يوضع الكتاب عليها  
وتعمل الكاميرا على تصوير ما هو مكتوب على الصفحات ويقوم الحاسوب  
بقراءته بصوت مسموع، ويعمل الحاسب في هذا الجهاز وفق قواعد اللغة  
المخزنة في ذاكرته؛ ويتمتع الجهاز بإمكانات كبيرة تتيح فرص التعلم الجيدة  
للقارئ فإذا أراد مثلاً تحديد كلمة في صفحة معينة يستطيع الوصول إليها عن  
طريق تعلم استخدامات الجهاز، ويتطلب استخدام الجهاز تدريباً كافياً على كل  
الملحقات والمفاتيح ليتمكن الفرد من الاستفادة منه بشكل جيد. (الحديدي ١٩٩٣).

### الآلة الكاتبة العادية:

تعتبر من أكثر الوسائل أهمية في الكتابة بالنسبة للمعوقين بصرياً، حيث  
تمكنهم من التعبير عن أنفسهم وإنجاز الكثير من واجباتهم المدرسية متى كانوا  
مستعدين لاستخدامها، كما تتيح لهم فرص التفاعل مع المبصرين الذين يصبح  
بإمكانهم قراءة أعمال المكفوفين مباشرة، إلا أن المشكلة الأساسية في استخدام  
الكفيف للآلة الكاتبة العادية تكمن في عدم قدرته على مراجعة أعماله واكتشاف  
أخطائه الكتابية وتصحيحها، وقد أمكن التغلب في بعض الدول المتقدمة على هذه  
المشكلة؛ عن طريق بعض برامج الحاسبات الآلية التي تكفل تغذية راجعة  
بواسطة «برايل» أو الصوت أو كلاهما معاً في عملية التصحيح. (القريطي  
١٩٩٦).

## ٢- تعليم المكفوفين التوجه والتنقل:

ينجم عن الإعاقة البصرية آثار عديدة على مستوى الفرد أهمها وأشدها تعويفاً له الآثار الحركية والحسية المتمثلة بعملياتي التوجه أو التعرف Orientation والتنقل Mobility، وتعني عملية التعرف استخدام الحواس المختلفة لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة، والأشياء المحيطة في البيئة كثيرة مثل المنزل وما فيه من أشخاص وأدوات وأجزاء كل جزء مخصص فيه لأغراض معينة، ولا تتم هذه المهارة إلا بالممارسة والتدريب. والتنقل يعني استخدام أجزاء الجسم في الحركة وبخاصة القدمين واليدين، وبين التعرف والتنقل علاقة وثيقة، فالتنقل بدون التعرف ليس له هدف، والتعرف لا يتم بدون التنقل وممارسة المفاهيم التي يتم تعلمها، ولهذا فإن العلاقة أيضاً وثيقة بين تنمية المفاهيم وتنمية التنقل والتعرف، وإن أول ما ينبغي على الطفل معرفته هو جسمه وما يحمله في الحيز وما وظيفة الأجزاء التي يشتمل عليها؟

### صورة الجسم:

من الممكن تعريف صورة الجسم بأنها معرفة الفرد بأجزاء جسمه ووظيفة كل جزء منها وعلاقة هذه الأجزاء بالبيئة المكانية للفرد. وحينما يبدأ المعلم عمله مع أحد الأطفال ينبغي أن ينتبه إلى تقدير المستوى الحالي للطفل، من حيث مفهومه عن بدنه وحركة هذا البدن الذي يشمل: وقفة الطفل أو جلسته، ومشيته، وكيفية استخدامه للمهارات الأولية، وما يقوم به الطفل في أثناء الاستراحة أو الفرصة ومدى استجابته للتعليمات والإرشادات. ومن أجل تدعيم الجوانب التي تشتمل عليها معرفة الجسم لا بد من إخبار الطفل الكيفية التي تتم بها الحركة ووظائف كل من العظام والمفاصل فسي هذه

الحركة، وأن يقوم بالتجارب مع بدنه ليصبح واعياً مدركاً لنطاق حركة الأجزاء المختلفة منه، هذا وينبغي تشجيع الطفل على التحرك بحرية في أثناء المراحل المبكرة من نموه حتى يبدأ في تنمية وتطوير تقديره الدقيق لكفاءات بدنه وجوانب قصوره كما ينبغي أن تستمر هذه العملية من تقدير الذات مع استمرار عملية النضج.

والأنشطة المقترحة لتنمية صورة الجسم وتطويرها كثيرة جداً منها تعرف الطفل على أجزاء البدن؛ والمفاهيم الأساسية المتصلة بالإحساس بالحركة في العضلات والأوتار العضلية.

وتتم عملية استكشاف حركة أعضاء الجسم عن طريق مجموعة من الحركات، فاليد مثلاً قد تقبض بإحكام ثم تفتح والكتفان يمكن تحريكهما إلى الوراء والأمام.. وكذلك الأمر بالنسبة للرقبة والرأس وأسفل الظهر.. وبقيّة أجزاء الجسم.

ومن الأهمية الاهتمام بالقوام، وقوام الجسم يعرف بأنه الترتيب النسبي لأجزاء الجسم والذي يحقق التوازن العضلي الهيكلي الذي يحمي الجسم من التشوهات وحالات الرداءة في الهيئة، والأمر الذي يتم ملاحظته هو أن عدداً من الأطفال لديهم عادات سيئة؛ مثلاً إمالة الرأس أو إزاحته أمام خط منتصف الجسم وذلك يمكن أن يؤدي إلى تدلي الأكتاف إلى الأمام مما يتسبب في تحدب الظهر بدرجات متفاوتة (ليدون، ماكجرو ١٩٩٠).

وإذا ما انتهى الطفل من معرفته لجسمه والأجزاء ووظيفتها وتحقيق التوازن في التنقل والحركة؛ فهناك العالم الخارجي الذي يتطلب منه أن يتعرف إليه، ومعرفة الكيف للبيئة تتم عبر مرشد مبصر يحدد فيه مثلاً:

١ - **علامات الطريق:** وفي ذلك يتم تحديد العلامات الثابتة في البيئة، أكان ذلك التحديد يتم عبر الحس السمعي أم عبر الحس الشمي، مثل محلات العطارة أو محطات القطار والمصانع، أو محل زهور، ويتم التدريب على ذلك وفق الخطوات التالية:

التعريف بالعلامات المطلوبة، وتعيين موقع العلامات والأشياء، ووصف الطريق الذي يجب اتباعه، ووصف السير مع المتدرب مروراً بالمواقع التي تم تعيينها، والتنقل في المسار نفسه لأكثر من مرة ومحاولة الوصول إلى الهدف عن عدة طرق وعدم الاكتفاء بطريق واحد.

٢ - **التعريف بالتنظيمات الداخلية للمباني:** وذلك عبر لمس الحائط وحفظ عدد الأبواب بحيث يبدأ التدريب عادة في الأماكن الصغيرة نسبياً، ثم يتم الانتقال إلى المباني الواسعة.

٣ - **التنظيمات خارج البناء:** وتشمل التنظيمات خارج المباني في كل ما تحويه المنطقة المراد التنقل فيها كتوزيع المباني والشوارع الرئيسية والفرعية والمتاجر وغير ذلك.

٤ - **القياس النسبي:** وهذا يتعلق بتدريب على استخدام مقاييس ملموسة واضحة كطول الذراع أو الخطوات أو الأصابع ومقارنة ذلك بوحدات القياس الرسمية كالمتر وأجزائه.

٥ - **معرفة الاتجاهات وتحديدها من مواقع ثابتة:** بعد أن يكون الكفيف قد وعى تماماً وضع الجسم ونمت المفاهيم الفراغية لديه، لا بد من تعيين نقطة بداية مميزة (أي تحديد علامة بيئية واضحة مثل الاستعانة بضوء الشمس أو حرارتها أو الاستعانة بمثيرات بيئية أخرى .. ويتم التعرف على الاتجاهات الأربعة عبر علامات مميزة يمكن أن تكون مستنداً للاتجاه، وقد يستخدم المتدرب مفاهيم

حسابية ذات علاقة بالاتجاهات؛ مثلاً الشمال والشرق من هذه النقطة يشكلان زاوية قائمة، والشمال والجنوب يشكلان خطاً مستقيماً. (الحديدي ١٩٩٣).

الأساليب المستخدمة في تدريب المكفوفين على التنقل:

يذكر هالهان وكوفمان (Hallaham & Kouffman 1991) أن الوسائل التالية تمثل تطور الوسائل التي استخدمها الكفيف في تعلمه فن الحركة:

١ - الدليل المبصر، ٢ - الكلاب المرشدة، ٣ - العصا البيضاء، ٤- النظارة الصوتية، ٥ - الأجهزة الصوتية.

ونتناول ما هو أكثر شيوعاً في الوقت الحالي :

الدليل المبصر:

وهو مرشد مبصر يرافق الكفيف ويتم ذلك من خلال تدريب الكفيف على استخدام طريقة منظمة للمشي مع المبصر، وتسير هذه الطريقة وفقاً لما يلي:

- ١ - يضع الكفيف يده فوق منطقة الكوع من ذراع المبصر.
- ٢ - يضع الكفيف إبهامه على الجهة الجانبية الخارجية فوق منطقة الكوع، وتكون الأصابع الأخرى متجهة إلى الجهة الداخلية.
- ٣ - يكون النصف العلوي من ذراع الكفيف موازياً لجسمه؛ ويشكل ذلك مع النصف المتبقي زاوية قائمة.
- ٤ - يكون كتف الكفيف خلف كتف المرشد.
- ٥ - عند المشي يحافظ المكفوف على بعد نصف خطوة وراء المرشد المبصر.
- ٦ - يبعد المرشد يده ويميل أمام الكفيف للإيحاء له بأن الاتصال بالأيدي قد انتهى. (الخطيب وحديدي، ١٩٩٤، ١٧١).

### العصا الطويلة (Long Cane):

تعد العصا الطويلة من أكثر الأدوات استخداماً من قبل المكفوفين للتنقل. وهناك أنواع عديدة من العصي المساعدة والمصممة لتلبية حاجات المكفوفين، فمنها العصي التقليدية الطويلة، ومنها العصي التي تتكون من أجزاء تطوى وتوضع في الجيب، ومن العصي ما يسمى بالعصا البيضاء، ومنها ما هو مصنوع من الخشب أو الألمنيوم أو الفيرجلاس أو البلاستيك، وتمثل العصا حماية كبيرة للفرد من أخطار العوائق الأرضية والعقبات، وتساعده على اكتشاف الحواجز. إلا أن العصا لا توفر للشخص المعلومات عن الأشياء المرتفعة التي قد يصطدم بها برأسه أو بصدره لذا يمكن استخدام العصا الليزرية بدلاً من العصا التقليدية.

### العصا الليزرية:

وهي ترسل ثلاث حزم من الأشعة تحت الحمراء عن طريق صندوق صغير ملتصق بالعصا، وتتجه هذه الحزم إلى ثلاثة اتجاهات، إلى الأعلى والأسفل والأمام، وترتد هذه الأشعة إلى محور العصا وعندها يفسر المكفوف مصدر هذا الارتداد فيأخذ حذره ويحول طريقته إذا اقتضى الأمر ذلك. ولاستخدام هذه العصا بفاعلية يتدرب المكفوف تدريباً مكثفاً على عملية تفسير الذبذبات اللامسية التي يحس بها من خلال العصا. (الحديدي ١٩٩٣).

## ٣- الأساسيات في تعليم الموقنين بصرياً - المنهج الأكاديمي والمنهج

الإضافي:

يتعرض الموق بصرياً في المدرسة لمنهجين: منهج التعليم العادي ومواده الدراسية كاللغة والرياضيات والعلوم والاجتماعيات، ومنهج خاص إضافي يتصل بكيفية توصيل المعلومة وتنمية ما تم فقده أو نقصه جراء الإعاقة البصرية.

يستخدم في العادة مجموعة من الوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين وهذه الوسائل تصنف في المجموعات التالية:

المجموعة الأولى: تضم مجموعة الوسائل التي تعتمد على حاسة اللمس، ومنها النماذج والعينات والخرائط البارزة والكرة الأرضية المجسمة والطيور والحيوانات المحنطة وصندوق الرمل والمتاحف المدرسية.

المجموعة الثانية: وتضم مجموعة الوسائل التي تعتمد على حاسة السمع، ومن أهمها الإذاعة والتسجيلات الصوتية والكتب الناطقة والأسطوانات.

المجموعة الثالثة: وتضم مجموعة الطرق التي تؤدي إلى النشاط الجماعي، مثل التمثيليات والرحلات والألعاب المختلفة، والمناظرات والندوات.

هناك طرائق خاصة بتعليم الرياضيات منها المعداد الحسابي وهو من الأدوات البدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية، وقد ظهرت هذه الآلة في كثير من دول العالم.

يتكون المعداد الحسابي - وهو مستطيل الشكل من ثلاثة عشر عاموداً متوازياً في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم هذا المعداد أفقياً إلى قسمين، القسم العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عامود والجزء السفلي فيه أربع خرزات في كل عامود أيضاً. كما توجد في أسفل كل جزء نقاط بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية، وقد طورت هذه

الآلة لتساعد المعوقين بصريا على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور؛ وكذلك في حساب الجذر التربيعي.

ومن الطرق المستخدمة أيضاً طريقة «تيلر» وهي طريقة تقوم على وجود لوحة معدنية فيها ثقوب على شكل نجمة لها ثماني زوايا في صفوف أفقية ورأسية في الوقت نفسه. أما الرموز والأرقام فهي منشورات رباعية مصنوعة من المعدن قريبة الشبه بالحروف الطباعية. (أبو فخر ١٩٩٢).

#### المنهاج الإضافي:

يركز المنهاج الإضافي على مهارات الاتصال الخاصة بالقراءة والكتابة والاستماع والنطق والتعبيرات الجسمية، ويركز على مهارات التصرف والتفكير التي تشمل مهارات أساسية فيما يتعلق بمعرفة الجسم وعلاقته بالفراغ، وقد أتينا على ذكر ذلك في الصفحات السابقة.

ومن الأمور التي ينبغي أن يركز عليها البرنامج الإضافي مهارات التكيف الاجتماعي تلك المهارات التي تعد الكيف للتكيف مع مقتضيات البيئة والحياة الاجتماعية، فيتم تعليمه القواعد اللازمة لذلك من روح التعاون والغيرية والقواعد المعمول بها في المناسبات الاجتماعية، وتغدو هذه المهارات أكثر أهمية عندما يندمج المكفوفون مع زملائهم المبصرين في المدرسة العادية، فهذا الاندماج يتطلب أصول التعامل من صدق وأمانة وانفتاح على خبرات الآخرين. وما يرتبط بمهارات التكيف الاجتماعي تعلم مهارات الحياة اليومية مثل العناية بالملابس والأكل والتمشيط ومهارات السلامة العامة والمحافظة على الممتلكات الخاصة والعامة، وتزداد مسؤوليات الطالب الكفيف في المراحل المدرسية اللاحقة بشكل مواز لمسؤوليات الطالب العادي، فيستقل في رعاية نفسه ويحافظ

على أدواته ويختار ملابسه المفضلة وفق الظروف الجوية الملائمة.. إن كل ذلك يجعل من الكيف طفلاً موازياً للطفل العادي في المدرسة.

كما يركز البرنامج الإضافي على الاستفادة من البقايا البصرية، واستخدامها في قضايا تعليمية وتكيفية في عملية التعرف والتنقل واكتساب مهارات الحياة اليومية.

وأخيراً لا بد للمدرسة من أن تعد برامج تهيئة مهنية للمكفوفين من خلال المواد المدرسية والأنشطة اللاصفية، وأن يعرف المعوقون بصرياً ماذا يعمل الناس وكيف يعملون وما متطلبات المهن المختلفة؟ ويمر الطالب خلال هذه البرامج بأربع خطوات أساسية تعمل على تحقيق أهداف مهنية واضحة وهي الوعي بالمهن ومتطلباتها، والتعرض لأدوار العمل المحتملة والتحضير للمهنة عن طريق تطوير الكفاءات، والتشغيل في المهنة المرغوب بها ويستمر هذا البرنامج في أثناء صلي الدراسة تحت إشراف متخصص في مجال الإرشاد المهني. (الحديدي ١٩٩٣).



## الفصل الثامن

### التربية الخاصة بالطفل المعوق حركيا

- أولا - الإعاقة الجسمية - الحركية .
- ثانيا - تصنيف الأطفال المعوقين جسديا - حركيا .
- ثالثا - فحص الطفل المعوق جسديا - حركيا وتقييمه .
- رابعا - آثار الإعاقة الجسمية - الحركية على الطفل .
- خامسا - تربية الأطفال المعوقين جسديا - حركيا والبرامج الخاصة بهم .



## أولاً - الإعاقة الجسمية - الحركية

الإعاقة الجسمية الحركية واحدة من الإعاقات التي تقيد حركة الطفل وتمنعه من التحرك والانتقال والمشاركة في الأنشطة المختلفة، كما يشارك فيها العادي، وهذه الإعاقة متنوعة ومظاهرها مختلفة وبالوقت نفسه متنوعة الأسباب، وهي كما الإعاقات الأخرى تفرض حدوداً معينة في المشاركات الاجتماعية؛ وذلك جراء النقص الموجود أو من خلال الاتجاهات الاجتماعية السائدة التي تنعكس إذا ما كانت بصورة سلبية على صورة الشخص المعوق نفسه.

وللأطفال المعوقين جسماً - حركياً بحسب مظاهر الإعاقة وشدها؛ مؤسسات قد تكون خاصة بهم وبعض الأطفال الآخرين يتمكنون من متابعة الدراسة في نظام التعليم العادي، إلا أنهم وفي ظل الظروف التربوية الاعتيادية يواجهون صعوبات تتطلب التدخل والمساعدة.

### مفهوم الإعاقة الجسمية الحركية وتعريفها:

إن الإعاقة الجسمية هي إعاقة متعلقة بهيئة الجسم ووضعيته، والخلل الظاهر يكون في مظاهر الجسم التي تبدو ظاهرة على شكل انحراف في جزء منه ويؤثر في الجانب الحركي، ينطبق هذا الكلام على الطفل الذي يعاني من تشوه في القدمين أو الساقين، وكذلك الذي يعاني من تشوه في العمود الفقري أو في الرقبة أو في اليدين، أو الذي يعاني من شلل أطفال أو شلل دماغي؛ أو المريض المقعد الذي لا يتمكن من مجارة الأطفال الآخرين في مسألة الحركة والتنقل والمشاركة في الأنشطة المتنوعة، وهذه الإعاقة تكون على درجات منها ما هو شديد قد يجعل من الطفل ملازماً للمشفى أو للمنزل، ومنها ما هو متوسط تجعله يختار الأنشطة التي يقدر عليها ومنها ما هو بسيط تجعله يقدم جهداً إضافياً لما يقوم به أقرابه في أثناء النشاط.

والإعاقة الجسمية الحركية تقع في جوانب ثلاثة وهي العظام والمفاصل  
— والأعصاب — والعضلات، وبالوقت نفسه قد تؤثر الواحدة بالأخرى  
وتتلازم؛ ولهذا تشير الإعاقة الجسمية الحركية إلى حالات مختلفة قد تكون ولادية  
وقد تكون مكتسبة، ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في  
القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي، وتصنف الأديبات التربوية  
الخاصة بالإعاقات الجسمية الحركية إلى ثلاث فئات رئيسة وهي:

أ — الاضطرابات العصبية.

ب — الاضطرابات العضلية/العظمية.

ج — الاضطرابات الصحية المزمنة (الخطيب، العديدي ١٩٩٨)

ويعرف الطفل المعوق جسماً حركياً أنه الطفل الذي لديه عائق أو عيب  
جسدي في جهازه العظمي أو العضلي؛ أو ومن في الصحة العامة يمنعه من  
القيام بوظائفه الحركية، ويؤثر على أنشطة الحياة اليومية ويكون هذا العائق  
ولادياً أو مكتسباً، بحيث يتطلب إجراءات خاصة لمواجهة حاجاته.

أ — تصنيف الأطفال المعوقين جسماً - حركياً:

إن الأطفال المعوقين جسماً - حركياً يختلفون فيما بينهم من حيث طبيعة  
إعاقتهم ودرجتها والأسباب المؤدية لها، وبالوقت نفسه يختلفون من حيث طبيعة  
الخدمات التي تتوافق وطبيعة مشكلاتهم وإعاقتهم، وتصنف الإعاقات الجسمية -  
الحركية تبعاً لطبيعتها إلى إعاقات عصبية (تلك التي تؤثر على الجهاز العصبي  
المركزي) وإعاقات عظمية/عضلية (تلك التي تؤثر على العضلات والعظام  
والمفاصل) واضطرابات صحية مزمنة (تلك التي تتطلب تدخلاً علاجياً مزمناً)،  
ولهذا فإن الإعاقة الجسمية - الحركية توصف بأنها الإعاقة الأكثر تبايناً واختلافاً  
فيما بين أفرادها (Heward & Orlansky 1988). ونؤكد أن هذا التصنيف لإجراءات

أكاديمية، إلا أن واقع الحال فالإعاقات هذه تتداخل مع بعضها، وقد تؤثر الواحدة بالأخرى وتتلازم وتتفاعل بحيث يتعذر فصلها، وهذه الفئات هي:  
أولاً- الإعاقات العصبية: وتشمل الشلل الدماغي، الصرع، إصابات النخاع الشوكي، الاستسقاء الدماغي.

ثانياً- الإعاقات العظمية/العضلية: الحثل العضلي، البتر، الوهن العضلي، العظام الهشة، انحناءات العمود الفقري، التهاب المفاصل الروماتيزمي...  
ثالثاً- الاضطرابات الصحية المزمنة: مرض لج-بيرنثز، الاضطرابات القلبية، سكري الأحداث، الهيموفيليا، أمراض سوء التغذية...  
وسوف نتناول بعض هذه الإعاقات التي يكثر وجودها، وأكثر تأثيراً بالطفل وأسرته.

#### ١ - الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) :

الشلل الدماغي عبارة عن عجز عصبي عضلي معقد يمكن وصفه بأنه تغير شاذ في الحركة أو الوظيفة الحركية، ينشأ عن عيب أو إصابة أو مرض في الأنسجة العصبية التي يحويها التجويف الجمجمي. يطلق على هذا الاضطراب أحياناً اسم الشلل الولادي التشنجي حيث بينت الدراسات المسحية أن ٩٠% من حالات الشلل الدماغي ترجع إلى أسباب عند ولادة الطفل، وبالنسبة لبعض الأطفال فإن هذا الاضطراب يعني حركات لا إرادية لأجزاء الجسم مثل اليدين والذراعين والساقين والقدم، ويفتقر بعض الأطفال الآخرين إلى التوازن كما أن العلاقات المكانية ضعيفة لديهم.

أسباب الشلل الدماغي : يمكن للأسباب أن تكون قبل الولادة أو خلالها أو بعدها، فكل ما يؤدي إلى التلف الدماغي يمكن أن يسبب الشلل الدماغي، فقد ينجم عن إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية أو الأمراض المزمنة (مثل

السكري) أو التعرض للأشعة أو تناول المواد السمية، وقد ينجم عن التفاف الحبل السري، وتسمم الحمل، وعدم توافق العامل الريزيسي... أما بعد الولادة فثمة عوامل عديدة تسبب التلف الدماغي مثل نقص الأوكسجين والحمى، والتهاب السحايا والأورام الدماغية، والنزيف وإصابات الرأس...

ومن المعروف أن الشلل الدماغي عموماً ليس اضطراباً وراثياً، على أن هناك حالات نادرة جداً يمكن إرجاع الشلل الدماغي فيها إلى العوامل الجينية. كما يمكن أن يضاف جملة العوامل البيئية مثل الظروف الاجتماعية - الاقتصادية المتدنية التي تؤدي إلى سوء تغذية الطفل؛ وعدم كفاية رعايته الصحية في مرحلة الرضاعة.

المظاهر العامة في الشلل الدماغي: إن الشلل الدماغي يؤثر على مظاهر النمو المختلفة، بعض من الأطفال المشلولين دماغياً يعانون من إعاقات في السمع أو في البصر أو في الكلام واللغة، وقد يترافق هذا الاضطراب أيضاً مع الصرع والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم؛ ولكن أهم المظاهر التي تتأثر هي الوظيفة الحركية الإرادية، وتتأثر هذه الوظيفة تبعاً لموقع التلف الدماغي وشدته.

أنواع الشلل الدماغي: هناك أنواع عديدة من الشلل الدماغي منها الشلل التشنجي، والشلل اللاتوازني، والشلل التخبطي...

— الشلل التشنجي (Spasticity): تتضمن هذه الحالة إفراطاً في الأفعال الانعكاسية العميقة التي يوجد فيها دائماً فعلاً منعكساً منبسطاً وحوالي نصف المصابين بالشلل الدماغي يعانون من هذا الاضطراب، ومن مظاهره قد تكون حركات الطفل غير متناسقة، ويصعب عليه التقاط الأشياء لهذا يميل الطفل إلى البطء في الحركة حتى لا تحدث الرجفة، وقد تؤثر إصابة العضلات في أحد الأطراف أو في أكثر من طرف لذا فهو يسمى شللاً نصفياً إذا اقتصرَت الإصابة

على أحد جانبي الجسم؛ وشللاً سفلياً عندما تقتصر الإصابة على الأطراف السفلى فقط؛ وشللاً رباعياً عندما تكون الأطراف الأربعة مصابة بالشلل.

— الشلل اللائوازني أو التخلج Ataxia يعتبر الشلل اللائوازني أحد صور الشلل الدماغي ويختل فيه إحساس الشخص بالتوازن، فعندما يمشي أو يقوم بحركات أخرى فإنه يواجه صعوبة في التقدم إلى المكان الذي يريده، وإذا وجد مثل هذا الانحراف فإنه يعاني من صعوبات أخرى تتمثل في استجابة العضلات بسرعة فائقة أو ببطء كبير أو عدم استجابتها بالمرة.

— الشلل التخبطي: من أنماطه مرض إيثوسيس Athetosis ففيه المريض لا يستطيع السيطرة على عضلات الجسم أو أجزائه، فحركة العضلات تحدث بطريقة قسرية ولا إرادية، وقد تكون هذه الحركات مستمرة وقد تكون متقطعة بحيث يتعذر التنبؤ بحدوثها، كما أن هناك حالات من التصلب تحدث عندما يوجد مقاومة لأي حركة للعضلات أو تحدث ارتجافات وارتعاشات على عكس التصلب بحيث تستمر الحركات غير الإرادية بصورة مستمرة.

ويمكن الحد من الشلل الدماغي بإجراءات الوقاية الفاعلة التي تستند إلى المعرفة العلمية بأسبابه، ومن أهم إجراءات الوقاية منه: توفير العناية الصحية الأولية للأمهات الحوامل، والتطعيم ضد الأمراض المعدية وعدم تعرض الطفل لنقص الأوكسجين وتوفير الغذاء اللازم للطفل ورعايته من ارتفاع مستوى المادة الصفراء (البيلبروبين).

٢ — العيوب الفقارية منها العمود الفقري المفتوح Spina Bifida وسل العمود

الفقري Tuberculosis of the Spine وانحناءات العمود الفقري (Curvatures)

أما العمود الفقري المفتوح فهو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية في أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي، وله أشكال أساسية مثل العمود الفقري المفتوح غير الظاهر، والكيس السحائي والكيس السحائي -

الشوكي، وأسباب هذا التشوه غير معروفة ولكن المعروف أن واحداً من بين ٢٥٠-٥٠٠ مولود يعاني من هذه العلة.

والطفل الذي يشكو من هذه العلة في الجزء الأسفل من ظهره يكون شلله أخف ولديه فرصة طيبة لكي يعيش حياة مقبولة، وكثير من الأطفال الذين يلاقون دعماً من الأسرة والمجتمع يلتحقون بالمدارس؛ ويتعلمون كثيراً من الأعمال ويتزوجون وينجبون أطفالاً.

وكثيراً ما يتأخر هؤلاء في تعلم المهارات الأساسية الضرورية للعناية الشخصية (كاللبس والأكل والذهاب إلى الحمام) ويعود هذا في جانب منه إلى الإعاقة وفي جانب آخر عناية الوالدين والتدليل الزائد منهما، ومن الصم أن يقوم الوالدان بتشجيع الطفل على عمل أشياء بنفسه.

أما سل العمود الفقري، فهو غير شائع ولكن يوجد في كثير من المجتمعات الفقيرة، وأعراضه أنه يبدأ شيئاً فشيئاً وعادة بدون ألم في البداية؛ ثم يظهر نتوء في الفقرات الظهرية وذلك لأن الجزء الأمامي من إحدى الفقرات أو أكثر قد نمر، ثم يبدأ الألم في الظهر ويسوء وضع الطفل.

إن المعالجة المبكرة للعظام المتضررة يمكن معالجتها، ويمكن للطفل أن يعيش حياة عادية بالرغم من وجود بعض الانحناء في الظهر أحياناً.

انحناءات العمود الفقري:

تشكل عظام الظهر فقرات عظمية تشد الرأس بعظام الورك وكل فقرة متصلة بالأخرى، إلا أنه يمكن أن تحصل تشوهات للعمود الفقري مثل التقوس الجانبي (الحنف)، والذي قد يلجم عن شلل متفاوت لعضلات الظهر أو عن التواء الورك بسبب قصر إحدى الساقين وأحياناً السبب مجهول، وكذلك الظهر المسدور (الحنب) وهذا قد يكون ناجماً عن عضلات ضعيفة للظهر أو عن وضع غير طبيعي للجلسة أو الوقفة المنحنية، و انحناء العمود الفقري أيضاً إلى أسفل

(فحص) الذي يمكن أن ينتج عن عضلات بطن ضعيفة أو من ثقفات الورك أو من طريقة مشي الطفل لتقوية ساقه أو وركه، وهناك الانحناءات الشديدة في الفقرة والتي تنجم عن تلف واحدة أو أكثر من الفقرات الظهرية نتيجة الإصابة بالشكل. إن أكثر هذه العيوب وجوداً هو (الحنف) و (الحدب).

٣- الصرع (Epilepsy) : النوبة الصرعية عبارة عن فترة فجائية قصيرة من فقدان الوعي مع حركات اهتزازية أو تغيرات في الحالة العقلية. يصاب بهذه الحالة واحد بين عشرة أو عشرين من الأطفال حتى الخامسة عشر من أعمارهم، ولكن واحداً من خمسين من هؤلاء الأطفال تستمر معه هذه الحالة بصورة مزمنة، أي تتكرر عنده النوبات لفترة طويلة وهذه الحالة تعرف بالصرع (ديفيد ويرنر، ١٩٩٤ ص ٤٣٤)

أسباب الصرع: يأتي الصرع نتيجة لأسباب ثلاثة شائعة وهي:

١- إصابات دماغية: وهي التي تحدث قبل الولادة وأثناءها، والإصابة التي تؤدي إلى الشلل الدماغي قد تسبب الصرع، والواقع أن الشلل الدماغي والصرع كثيراً ما يحدثان سوياً، والتهاب السحايا الدماغية هو أيضاً من الأسباب الشائعة المؤدية إلى هذين المرضين، وقد تحصل الإصابة الدماغية بسبب الحمى المرتفعة أو فقدان الشديد للسوائل.

٢- أسباب وراثية: إن المرض شائع في عائلات تلك المصابين بنوبات الصرع.

٣- أسباب مجهولة: لدى ثلث عدد المصابين بالنوبات لا يوجد ما يدل على الأثر الوراثي العائلي أو وجود إصابات دماغية في تاريخ العائلة. ولم تدرج فئة المصابين بالصرع بين الإعاقات الجسمية الحركية إلا لكون بعض مظاهرها مرتبط بالخلل الحركي والعصبي، ويتطلب هذا الخلل مجموعة إجراءات خاصة بالمريض.

ويجب أن نعلم أن بعض الأطفال الذين يعانون من الصرع أذكيا وأخرون متخلفون عقلياً ، وأحياناً عندما تتكرر النوبات كثيراً وبشدة فإنها قد تضر بالدماغ وتسبب زيادة التخلف.

#### أعراض الصرع وأنواعه:

الصرع اضطراب متكرر للوعي مصحوب بقلب وتهديم للجهاز العصبي (المستقل)، وحركات تشنجية أو اضطرابات نفسية، وقد تختلف فترة نوبة الصرع من برهة قصيرة من اضطراب الوعي إلى فترة طويلة قاسية. وفي نصف عدد المرضى تقريباً فإن نوبات الصرع يسبقها تحذير من نوع ما يعرف بالعير، وعادة ما يتمثل ذلك في شكل دوام وإحساس بعدم راحة في البطن، ويستمر ذلك في الغالب لبضع ثوان، ولا يمكن للمريض في العادة أن يعد نفسه لحدوث النوبة ، وثمة أشكال عديدة لنوبات الصرع نعرض أكثرها وجوداً.

١-نوبات الوليد: وهذه تحدث في الأسبوعين الأولين من الميلاد وتظهر على شكل استرخاء أو تصلب، ويحصل لدى الوليد فترات من توقف التنفس وتبدل اللون إلى أزرق، وبكاء غريب ورفيف واختلاج وحركات اهتزازية غريبة.

٢-نوبات ارتجاجية أو (داء كاستاوت) وهي تحصل بين سن الرابعة وسن السابعة من العمر يصحبها تشنج فجائي عنيف لبعض العضلات دون إنذار. قد يسقط الطفل إلى إحدى الجهات أو إلى الأمام أو الخلف دون فقدان الوعي.

٣-الصرع (الجاكسوني) تبدأ نوبة هذا الصرع في مناطق الجسم مع اختلاج في العضلة أو تقلص أو تبدأ باضطراب حسي مثل الخدر أو الوخز أو الالتها، وهذه المظاهر تنتشر بعد ذلك في جوانب الجسم كله، وغالباً ما يبقى المريض في وعيه خلال المرحلة الأولى من النوبة ثم لا يلبث أن يفقد الوعي بعد انتشار النوبة. وفي كثير من الحالات تنتهي النوبة بتشنجات عامة.

٤- النوبات الحركية النفسية: وهي تحدث في أي فترة من العمر والمظهر الأساسي في هذه النوبات فقدان المريض وعيه، ولكن يستمر نشاطه ويبدو كما لو كان في وعيه. وتبدأ علامات الإنذار بشعور الخوف ومشاكل في المعدة وغرابة في الرؤية. تات الشم والسمع والرؤية، قد تدوم وقتاً أطول عند بعضهم والأطفال الذين يعانون من هذه النوبات يتحولون بعد ذلك إلى النوبات الكبيرة أو المرض الأكبر.

٥- النوبات الكبيرة (المرض الأكبر) وهي تحدث في أي فترة من العمر ومظاهرها المميزة فقدان الوعي مع تشنجات عضلية، وخلال النوبة يفقد المريض وعيه ويتوقف التنفس وتصبح عضلاته متصلبة مع امتداد الذراعين والساقين. قد يعرض الطفل لسانه ويفقد السيطرة على التبرز والتبول وفي العادة تبطلو الجركات التشنجية في حوالي دقيقة وتسترخي العضلات بالتدريج؛ ويبدأ المريض بالعودة إلى حالته الطبيعية، ويعود بعض المرضى بسرعة إلى وعيهم بعد انتهاء النوبة بينما يستغرق البعض في نوم عميق قد يستمر بضع دقائق أو عدة ساعات.

الإجراءات الخاصة عند حدوث النوبات:

هناك إجراءات ينبغي القيام بها عند حدوث نوبة صرعية أكان الطفل في البيت أم في المدرسة، هي التالية:

- ١- ينبغي معرفة العلاقة التحذيرية لحدوث النوبة والتي غالباً ما تكون على شكل خوف مفاجئ أو صيحة، إن ذلك يتطلب الإسراع إلى حماية الطفل بأن يستلقي على فراش ناعم أو في أي مكان لا يؤذي نفسه فيه.
- ٢- عندما تبدأ نوبة كبيرة يجب عدم تحريك الطفل إلا إذا كان في وضع يشكل عليه خطورة.

٣- يجب حماية الطفل قدر الإمكان من الأذى، ولكن يجب عدم محاولة

كبح جماح حركته بقوة كما يجب إبعاد أي آلة حادة أو صلبة قريبة منه.

٤- عدم وضع أي شيء في فم الطفل في أثناء النوبة أكان ذلك طعاماً أم

شرباً أم دواءً لتفادي عض لسانه.

٥- عند حالة التشنج يجب أن يدار رأس الطفل إلى أحد الجانبين بلطف

لكي يخرج اللعاب من فمه؛ ولا يسحبه إلى الرئتين من خلال التنفس.

٦- بعد الانتهاء من النوبة قد يكون الطفل ناعساً ومنزعجاً فيجب تركه

لينام وإذا اشتكى من الصداع - وهذا كثير الحدوث بعد النوبات - يمكن

إعطائه مسكن من "الباراسيتامول أو الأسبرين". (المرجع السابق

ص ٣٤٦)

٤- الحثل العضلي (هزال العضلات التدريجي) (Muscular Dystrophy):

هو حالة تضعف العضلات فيه من شهر إلى شهر ومن سنة إلى سنة،

وهو يصيب الأطفال من سن الثالثة إلى الخامسة، ويصيب الذكور أكثر من

الإناث وتصل نسبته بين الأطفال المشلولين دماغياً واحداً من بين كل ٣٠ أو ٤٠

طفلاً؛ ويرجع السبب في هذا المرض العوامل الوراثية ومن جهة الأم بخاصة

التي تورثه لأبنائها الذكور، ونصف المصابين بهذا المرض متخلفون عقلياً أو

بطيؤ التعلم، والبعض منهم يكونون أذكى جداً.

يحتاج الطفل المصاب إلى تدريبات جسمية حركية ضمن الفعاليات

العائلية والاجتماعية والمدرسية، كما يحتاج إلى تدريبات في التنفس العميق

وتشجيعه على الغناء والصياح فهذه مفيدة لعضلات الرئتين.

٥- البتر (Amputation):

يقصد بالبتر فقدان بعض أجزاء الجسم، ومن النادر أن يولد الطفل وهو

فالقذ إحدى يديه أو قدميه أو كليهما، وفي حالات كثيرة يفقد الأطفال ذراعاً أو

ساقاً بسبب الحوادث أو في حالات الضرورة التي تقتضي بتر أحد الأطراف بسبب إصابات العظام أو الأورام الخطرة (السرطان).

إن مواجهة حاجات الأطفال المصابين ببتير في أحد الأطراف يعتمد على عدد من العوامل مثل سن الطفل عند البتر؛ ومقدار البتر؛ وفوق ذلك معرفة ما يرغب فيه الطفل وأسرته بهذا الشأن.

#### ٦- هشاشة العظام:

قد يولد الطفل بأطراف منثنية أو ملتوية أو بعظام مكسورة، أو قد يسدو الطفل عادياً عند الولادة وتبدأ العظام بالتكسر فيما بعد، أو قد يبدأ بالمشي قريباً من السن المعتادة ولكن زيادة التشوهات الناتجة عن تكسر العظام سرعان ما يحول بينه وبين المشي؛ وبسبب العظام المكسورة والمنثنية فإن هؤلاء الأطفال يظلون قصاراً وقد لا ينتبه الوالدان حينما يكسر الطفل أحد عظامه.

لا يتوفر علاج للمرض وأحياناً تجري عمليات جراحية لتقويم وتقوية عظام الساق بوضع قضيب معدني وسطها؛ وقد يساعد ذلك الطفل على المشي لمدة أطول ولكن قد يحتاج أخيراً كرسي للمقعدين لتأمين حركته.

#### ٧- التهاب المفاصل المزمن:

إن ألم المفاصل يبدأ عادة ما بين سن السادسة وسن العاشرة، ولكن من الممكن أن يحدث في سن مبكرة أو في سن المراهقة، ويسوء وضع الطفل عادة في مستقبل حياته، وتمر أوقات يقل فيها الألم، وأوقات أخرى يتفاقم فيها المرض، ويبدأ الألم عادة في الركبة والكاحل والأصابع والقدم والرقبة والورك.

والأسباب لهذا المرض غير معروفة ولكن له بعض العلاقة بالجهاز المناعي للجسم الذي لا يقتصر عمله على مهاجمة الجراثيم المرضية، وإنما مهاجمة أجزاء من الجسم كذلك. يحتاج الطفل إلى الراحة وأخذ الدواء اللازم لتخفيف الألم وإجراء التمارين والتدريبات للحفاظ على قوة العضلات.

## ٨- مشاكل الورك:

-تنخلع الورك إذا خرج عظم الفخذ من تجويفه عند الورك، وقد يولد بعض الأطفال وأحد الوركين أو كليهما مخلوع، وهؤلاء الأطفال الذين لا توجد عندهم مشاكل أخرى يمكن معالجة الورك بسهولة إذا تمت المعالجة بصورة مبكرة لذلك من المهم أن يفحص الطفل بعد عشرة أيام من الولادة لمعرفة ما إذا كان عنده ورك مخلوع أم لا.

- وهناك مشكلات بسبب تلف وانزلاق غطاء عظمة الفخذ منها مشكلة تلف غطاء أو مركز نمو رأس عظمة الفخذ المسمى بداء "بيرثز"، ويبدأ عادة بين سن الرابعة والسادسة ونسبة حدوثه ٣٠٠/١ إلى ٦٠٠/١ طفل من الذكور. والمشكلة الثانية انزلاق غطاء رأس عظمة الفخذ وهي أقل شيوعاً ويحدث بصورة فجائية أو بالتدريج عادة بين سن ١١ إلى ١٦ سنة، والسبب في الحالتين غير معروف ولكن قد يكون ذا علاقة بالإصابات الناجمة عن القفز أو السقوط.

تبين الدراسات الحديثة أن أساليب الجبائر والمشابك أو الجراحة لم تأت بنتائج ملموسة، ولكن الأمر الأكثر قبولاً يجب إعطاء المجال للطفل كي يظل نشيطاً وعدم إجباره على الركض أو القفز أو المشي لمسافة طويلة - إذا كان الأمر يزعجه - والتمارين المعقولة ضرورية (ديفيد ويرنر ١٩٩٤ ص ٢٣٥)

وإلى جانب الاضطرابات المذكورة توجد أيضاً عشرات الاضطرابات الأخرى والأمراض المزمنة التي تؤدي إلى إعاقة الطفل؛ وعدم قدرته على مجازاة الأطفال الآخرين من العاديين؛ مثل الحروق ومشكلاتها وإصابات الحبل الشوكي ومرض شلل الأطفال الذي بدأ ينحسر وجوده مع وجود التطعيم وأخذ اللقاحات اللازمة بصورة إجبارية، والاضطرابات القلبية وسكري الأحداث، فكلها أمراض واضطرابات تؤدي إلى إعاقة الجسم وتؤثر في تكيف الطفل في مجالات نشاطه المختلفة.

## ثالثاً - فحص الطفل المعوق جسدياً - حركياً وتقييمه:

يتم إجراء فحص للطفل وتقييم قدراته من أجل مساعدته وتقديم الخدمات الخاصة له، وعند هذا الفحص يجب أن ننظر إلى الجوانب السليمة نظرنا إلى الجوانب المعوقة، ولكن تبقى امكانيات الطفل وقدراته أكثر أهمية من إعاقته. ولتقدير حاجات الطفل وما يتطلب وضعه من خدمات يجب الإجابة عن الأسئلة التالية:

ماذا يستطيع الطفل القيام به، وما الأمر الذي لا يستطيعه، وذلك مقارنة مع الأطفال الآخرين العاديين داخل المجتمع الذي ينتمي إليه الطفل؟  
ما المشكلات التي يعاني منها الطفل، متى بدأت وكيف وهل تسير نحو الأحسن أو الأسوأ أو ما تزال كما هي؟  
ما درجة تأثير إعاقة الجسم على تفكير الطفل وإحساسه وسلوكه وتكيفه بشكل عام؟

هل هناك مشكلات ثانوية ترافقت مع المشكلة الأساسية؟  
ما الوضع الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة وهل هناك معوقات اجتماعية تؤثر على تقدم الطفل أو تراجعها؟  
ما مدى تكيف الطفل مع إعاقته، وهل يستطيع تدبير شؤون حياته وأموالها؟

وللحصول على أجوبة لهذه الأسئلة ينبغي للمعلم أو عامل التأهيل أن يقوم بالخطوات الثلاث التالية:  
الأولى: ملاحظة الطفل بدقة بما في ذلك درجة تفاعله مع أفراد أسرته والمحيطين به.

الثانية: سجل المعلومات ويتضمن سؤال الوالدين والطفل (إذا كان فسي مسن مناسبة) عن المعلومات الصحية والطبية وتسجيلها.

الثالثة: فحص الطفل للاطلاع على كيفية عمل أجزاء جسمه وعقله ودرجة نموه، وإلى أي مدى تتأثر بها قواه ومشاكله. يجب أولاً وأخيراً النظر إلى الطفل ككل وليس إلى إعاقته فقط.

#### رابعاً - آثار الإعاقة الجسمية - الحركية على الطفل:

تؤثر الإعاقة الجسمية - الحركية على نمو الطفل وعلى تكيفه الاجتماعي الأسري والمدرسي والمجتمعي، وفي الوقت الذي يمكن للطفل أن يتكيف مع إعاقته ويعرف حدود إمكاناته، إلا أن المجتمع ونظرتة، وعدم معرفته تخلق وبصورة مستمرة ردات فعل غير طبيعية تجاه المعوق، مما يؤثر في نفسه، ويؤثر في والديه على شكل ردات فعل يظهر فيها القلق والشعور بالاكتئاب، والحسرة وتآنيب الذات..

وتختلف الآثار بحسب شدة الإعاقة وموقعها والسن التي حدثت بها، وبحسب الوضع الاجتماعي الاقتصادي للوالدين، وبحسب نظرة المجتمع وما يقدمه من خدمات عبر المؤسسات المعنية المختلفة.

وكما بينا فإن الإعاقات الجسمية - الحركية إعاقات مثبانية ومختلفة فلكل منها طبيعتها وحدثها، ولذلك قد يتعذر الحديث عن آثار واحدة ناجمة عن هذه الإعاقات، فما تخلفه الإعاقة الحركية كالشلل الدماغى، غير ما تخلفه حالات البتر، وما تخلفه الأمراض المزمنة، غير ما تخلفه مثلاً حالات الصرع، لهذا سنقدم إطاراً عاماً لهذه الآثار وهي نفسها خصائص عامة.

#### ١- الآثار الحسية الحركية:

تؤثر الإعاقة الجسمية - الحركية على حركة الطفل وتمنعه من القيام بالأنشطة التي تتطلب الأداء الحركى، وهي بالوقت نفسه يمكن أن تؤثر على بعض الحواس وتجعلها لا تقوم بوظيفتها كما يقوم بها الطفل العادى، فالشلل

الدماغي يعطل الطفل عن الحركة الطبيعية، ويمكن أن يؤثر على البصر عندما لا يستطيع القيام بتركيز بصره على شيء من الأشياء أو لا يستطيع الكلام؛ لأن الشلل الدماغي له درجات ومظاهر مختلفة تجعل الرأس في وضع مائل. كما تؤثر الإعاقات الأخرى مثل حالات الوهن العضلي والتهابات المفاصل المزمنة، وحالات البتر على أداء الطفل في المستوى الحركي، فالطفل قد لا يستطيع القيام بمهمات العناية بالذات، وعدم القدرة على الحركة بشكل مستقل، وقد لا يتمكن من المشاركة في أوجه النشاط المختلفة التي تتطلبها عمليات التنقل والحركة. لهذا يكون السؤال الأول من تقدير حاجات الطفل هو ماذا يستطيع القيام به وما لا يستطيع القيام به، وفي ضوء ذلك تقدم الخدمات التعويضية والتربوية والتعليمية.

## ٢- الآثار النفسية - الاجتماعية:

تتجم الآثار النفسية الاجتماعية عن وضع الطفل وإعاقته، ولكنها وبشكل أساسي تتجم عن نظرة الآخرين بدءاً من أفراد الأسرة؛ وانتهاءً بالناس المحيطين الذين يمكن أن يكون الطفل على صلة بهم فالآخرون هم الذين يحددون استجابات الطفل النفسية والانفعالية، فإذا ما ظهرت ردات فعل الآخرين بعدم التقبل وعدم الاستحسان؛ فإن الطفل يواجه ذلك بثورات من الغضب والبكاء وقد يلجأ إلى كسر الأشياء والاعتداء على الآخرين أو على نفسه.

والدراسات المختلفة التي تناولت المشكلات النفسية الانفعالية لدى المعوقين جسدياً مقارنة مع الأسوياء؛ أظهرت فروقاً مميزة في التوافق لصالح مجموعة الأطفال الأصحاء، والسبب في ذلك أن المشكلات التي يجب أن يتوافق بالنسبة لها كل من المعوقين والعاديين تعد متشابهة إلى حد بعيد وعمليات النمو هي واحدة؛ ولكن السبب الأساسي هو أن الإعاقة البدنية الظاهرة تدخل في حيز

حياة الطفل المعوق وتشكل عاملاً يؤثر في توافقه، وذلك غير موجود بالمرّة في حيز حياة الشخص العادي. (عبد الغفار، الشيخ ١٩٨٢ ص ١٨٥)

أما الآثار الاجتماعية فتظهر بصورة عدم قدرة المعوق جسماً - حركياً على التواصل بصورة تشابه الطفل العادي من حيث مشاركته الأطفال الآخرين ألعابهم وأنشطتهم. كما أن الدراسات العديدة التي تناولت اتجاهات المعوقين والعاديين نحو المواقف الاجتماعية العامة ونحو الأبوين والزملاء أظهرت أن المعوقين جسماً - حركياً يظهرون علاقات طيبة مع شخصية الأم تفوق ما يظهرونه نحو شخصية الأب، كما أن الأطفال يبدون سخطهم على الكبار وعلى مجتمعهم بدرجة واضحة كما أنهم غالباً ما يظهرون رغبتهم في أن يعاملوا على قدر المساواة مع الأطفال العاديين، وهم يميلون إلى الانسحاب من الاتصالات والعلاقات الاجتماعية، ويجدون ملاذاً لإشباع حاجاتهم في عالم الوهم والخيال.

### ٣- الآثار المعرفية:

تتفاوت درجة تأثير الإعاقة الحركية من حالة لأخرى، فالمعوقون حركياً من المشلولين دماغياً يختلفون عن حالات البتر والأمراض المزمنة، وحالات كل فئة من هؤلاء يختلفون فيما بينهم من حيث درجة المرض الذي يعانونه، فالقدرة العقلية للأفراد المعوقين جسماً حركياً تتراوح بين التخلف الشديد والتفوق؛ ولكن ما يجب الانتباه إليه هو أن الإعاقة الجسمية الشديدة لا تعني بالضرورة إعاقة عقلية شديدة (الخطيب وحديدي ١٩٩٧ عن Cartwright et al 1989)، وما يعنيه ذلك عملياً هو ضرورة تقييم القدرات العقلية للشخص المعوق جسماً مهما بلغت إعاقته الجسمية من الشدة؛ إذ إنه من المؤسف أن البعض يقسوم بالتوصل إلى استنتاجات عامة خاطئة حول القدرات العقلية اعتماداً على المظهر الجسدي الخارجي للشخص، وذلك أمر ينبغي تجنبه، وهناك اختبارات رسمية وغير رسمية مخصصة لهذه الفئات.

ويعتقد أن التحصيل المدرسي للمعوق جسمياً - حركياً بصورة عامة منخفض قياساً مع تحصيل الطفل العادي، ويعود ذلك لعدة عوامل منها غياب الدافعية، وجود المشكلات الانفعالية، الغياب المتكرر عن المدرسة بسبب المعالجة أو الدخول إلى المشفى، والاتجاهات السلبية العامة من المجتمع، وعدم توفر المستلزمات التربوية والتعليمية المناسبة... الخ..

ومن الآثار الناجمة عن الشلل المخي لدى بعض من الحالات عدم القدرة على التحكم بالكلام والأصوات، فالقلم الذي يتدلى مفتوحاً أو يسيل منه اللعاب يعد غير فعال؛ إذ يجعل النمو اللغوي أكثر صعوبة، والأطفال المصابون بالشلل الدماغي كثيراً ما يشكون من هذه المشكلة.

والدراسات التي بحثت ذكاء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي تضاربت بحدود معينة فبعض الدراسات وجدت أن ٣٠% تقريباً منهم متأخرون عقلياً أما البقية ٧٠% فتعد عادية من حيث الذكاء، أما نتائج دراسات روزنفلد Rosenfeld وستاف Staff وشونل Schanell وهولوران Holoran التي قارنتها آن هيلمان Ann Heilman حول ذكاء المصابين بالشلل الدماغي وجدت أن ٤٥% متأخرون عقلياً و ٣٠% أغبياء و ٢٥% متوسط وفوق الوسط ، بمعنى أن ذكاء هذه المجموعة من الأطفال لا تتبع التوزيع الاعتنالي لنسب الذكاء (عبد الغفار، الشيخ ١٩٨٢).

أما بالنسبة لبقية فئات الإعاقة الجسمية - الحركية باستثناء بعض الأمراض المزمنة التي تؤثر في الذكاء؛ فقد بينت بعض الدراسات بالنسبة للأطفال الصرعيين وجود بعض نواحي التلف المميزة التي تتمثل في قصور الانتباه والتركيز، ولكن من الممكن وجود هذه النواحي في فئات اكلينكية أخرى كالذهان والعصاب، ولكنه بصورة عامة فإن نسب ذكاء الأطفال المصروعين يقترب من التوزيع الاعتنالي لنسب الذكاء في مجتمع العاديين.

خامساً - تربية الأطفال المعوقين جسدياً - حركياً والبرامج الخاصة بهم  
ذكرنا أن فئات الأطفال المعوقين حركياً غير متجانسة، فهي تختلف من  
فئة لأخرى، ويختلف الأطفال فيما بينهم ضمن الفئة الواحدة، وبالتالي تختلف  
الحاجات الخاصة بهذه الفئات، فالأطفال المقعدون الذين يلزمون البيت لمرض  
مزمن أو إعاقة شديدة لهم حاجات غير أولئك الذين يشكون من إعاقة في واحد  
أو أكثر من أطرافهم، ولعل تسمية هؤلاء الأطفال بذوي الحاجات الخاصة هي  
تسمية تصف الوضع بشكل دقيق عندما يتم مواجهة حاجات كل طفل في المناهج  
التربوية وطرائق التعليم، ويمكن لهذه المناهج والطرائق أن تنقسم إلى قسمين:  
١- البرامج الخاصة الموضوعية لفئة الشلل الدماغي؛ وبعض حالات  
الإعاقة الجسمية الحركية الشديدة.

٢- البرامج العادية، وهي المناهج نفسها التي تقدم إلى الطفل العادي مع  
تقديم خدمات إضافية تواجه حاجات الطفل التي نتجت عن الإعاقة الحركية.

#### ١- البرامج الخاصة بالشلل الدماغي

تقدم البرامج الخاصة بهذه الفئة آخذة بعين الاعتبار أن هذه الفئة قد  
يترافق معها صعوبات في النطق والكلام؛ وصعوبات في السمع وصعوبات في  
البصر، لهذا فإن من أولى اهتماماتها أكان ذلك على مستوى الأسرة أم على  
مستوى المدرسة مساعدة الطفل على تحسين حركته؛ ومقدرته على الاتصال  
والعناية الشخصية وعلاقته مع الآخرين؛ ومساعدته في تحسين وتطوير مهاراته  
المختلفة التي يمكن القيام بها.

#### أ - تطوير مهارة التنقل والحركة

إن الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من ضعف في الحركة  
الموجهة وتأخر في المشي، وقد يبدأ بعضهم في سن السابعة لغاية العاشرة من

العمر، ولكن قبل المشي ينبغي تطوير الثقة بالنفس والاعتماد على الذات، وذلك من خلال ما يلي:

تعزيز الثقة بالنفس ومجبة النفس.

الاتصال مع الآخرين.

أنشطة العناية الشخصية كالأكل واللبس وقضاء الحاجة.

الانتقال من مكان إلى آخر وكذلك المشي إن أمكن.

ومن الإجراءات التي ينبغي أن يتكرب عليها الطفل مساعدته في الاتصال أوضاع لا تسبب له مشكلات، أكان ذلك في الجلوس أم في الاضطجاع والوقوف والاستدارة، فكل ذلك يعتمد على شكل الإعاقة التي يشكو منها الطفل، كما ينبغي تدريبه على الوقوف واستعمال اليدين. ومن الأمثلة في كل ذلك أن تساعد الطفل أن يقوم بالمهارات الحركية المختلفة بالتدرج، إلا أننا نلاحظ أن نمرح نظراً إلى أنه قد يتولد لديه الإحباط نتيجة فشله وقد يعرقل ذلك تقدمه.

ب - تطوير مهارات الحياة اليومية والعناية الشخصية:

إن الطفل المصاب بالشلل الدماغي يكتسب القدرة على عمل الأشياء متأخراً قياساً بما ينجزه الأطفال العاديون، قد لا يكون باستطاعته عمل كل شيء، وقد لا يتمكن من المشي ولكن من المؤكد أن الطفل قادر على إنجاز ما يستطيعه في كل مجال مهم من مجالات النمو.

يحتاج الطفل إلى كثير من المساعدة فيما يتعلق بمهارات اللغة والاتصال؛ ثم تنمية هذه المهارات بأية طريقة تبدو مناسبة باستعمال الكلمات والتلميح والإشارة باليد والقدم والرأس أو العين. كما يحتاج الطفل للاستقلالية قدر الامكان في الأكل واللبس والغسيل وقضاء الحاجة؛ وتدريب كل أموره اليومية؛ ويتم ذلك بتمارين إرشادية وبالتقليد ويتعلم الأمور خطوة خطوة وبالتدرج.

## ج - تطوير المهارات الحسية:

من الأهمية تدريب حواس الطفل عبر أنشطة الحياة اليومية، فتعرضه للأصوات المختلفة، يمكنه من القدرة على التمييز السمعي للأصوات من حيث مصادرها وعلوها وانخفاضها، ويمكن الإكثار من الألعاب التي تصدر أصواتاً، وذات ألوان بهيجة، والألعاب المختلفة من حيث الحجم والشكل والوظيفة والمجسمات كلها تسهم في تنمية المدارك الحسية البصرية واللمسية. عبر هذه الألعاب يمكن التواصل وتعليم الطفل مسائل كثيرة في مبادئ الحساب والقرأة والكتابة.

## ٢- نظام المدرسة العادية والمدرسة الخاصة:

- هناك من الإعاقات الحركية من تستطيع متابعة النظام المدرسي العادي في المدارس العادية، وذلك عندما تتوفر الشروط التالية (الخطيب والحويدي ١٩٩٧ عن Gromek, Scamdary 1977)

- ١- قدرات عقلية وحركية كافية للعمل بشكل فعال في البيئة الصفية.
- ٢- وجود الرغبة في الالتحاق بالمدرسة العادية؛ والقدرة على التفاعل مع الأقران في الأنشطة المختلفة.
- ٣- عندما يكون لدى والدي الطفل الرغبة في التحاق طفلهما بالصف العادي، وعندما يكون لديهما القناعة بأنه سينجح في ذلك. الوضع التربوي.
- ٤- عندما يكون لدى الطفل القدرة على الاستقلالية في معظم مهارات الحياة اليومية.
- ٥- وجود الاستقرار الانفعالي والقدرة على التواصل باستخدام الأساليب

اللفظية وغير اللفظية.

أما الظروف التي يمكن للطفل أن يتعذر وجوده في الصف العادي فهي

التالية:

١- عندما يتولد لدى المعلمين والآباء قناعة بأن الصف الخاص بشكل الوضع التربوي الملائم للطفل.

٢- عندما يكون هناك حاجة إلى التأهيل والتدخل العلاجي المكثف لفترة طويلة.

٣- عندما يكون الطفل بحاجة إلى بيئة تربوية تزوده بالحماية.

وفي كل الحالات إن المنهاج الإضافي للمواد الأكاديمية ينبغي أن يتضمن التدريب على مهارات التنقل والحركة باستخدام الأجهزة التعويضية والتدريب على مهارات الحياة اليومية وتعويد الطفل على الاستقلالية في قضاء حاجاته ونظافته.

أما المهارات الأكاديمية وغير الأكاديمية كالأنشطة الرياضية والفنية والترويحية فيكون لها حيز منظم بحيث يشرف عليها مختصون في ذلك، ولا بد من مراعاة بعض المسائل وهي توفير سبل المواصلات وتأمين الأجهزة التعويضية وتيسير التنقل والحركة؛ أكان ذلك في غرفة الصف أم في باحة المدرسة وإعداد المعلمين اللازمين لبعض الأنشطة الخاصة بهذه الفئة.



## الباب الرابع

### الاحرفات النغوية والسلوكية

الفصل التاسع : لطفل المضطرب لغوياً (النطق والكلام)

الفصل العاشر: لطفل المضطرب سلوكياً و الطفل المنطق (التوحدي)





## الفصل التاسع

### الطفل المضطرب لغوياً (النطق والكلام)

- أولاً - الإطار العام للاضطرابات اللغوية .
- ثانياً - تصنيف المضطربين لغوياً وتعريفهم .
- ثالثاً - التدابير الوقائية والعلاجية لاضطرابات اللغة .



## أولاً - الإطار العام للاضطرابات اللغوية

تشكل الاضطرابات اللغوية واحدة من المشكلات التي تواجه الأطفال أكانوا من ذوي الحاجات الخاصة (المعوقين) أم من الأطفال العاديين، وتطال هذه الاضطرابات المراحل العمرية المختلفة من عمر الطفل، بدءاً من بدايات الكلام واللفظ وانتهاء بتشكيل المفاهيم والمعاني في بداية مرحلة المراهقة، وقد تستمر بعض الحالات إلى عمر أكثر تقدماً.

واللغة هي أداة تواصل تحقق وسيلة التفاهم، وتتطلب هذه الوسيلة وجود مرسل ومستقبل ورسالة، أما المرسل فهو الذي يقدم الرسائل بطريقة منطوقة كلامية، أو بطريقة اشارية، أو بطريقة مكتوبة، والمستقبل قد يستقبل الرسائل عن طريق السمع إذا كانت منطوقة كلامية، وعن طريق البصر إذا كانت بلغة الإشارة أو بلغة مكتوبة؛ وقد يتم استقبال الكلام عن طريق اللمس كما في حال الصمم - المكفوفين، أما الرسالة فقد تكون مسموعة أو مرئية أو بطريقة اللمس. ما يهمنا في إطار هذا الموضوع هي اللغة بشكلها الكلامي - المنطوق، هذه اللغة التي تتطلب مجموعة من الشروط أهمها أنها إنسانية الطابع، فالكائنات الحية يمكن أن تتواصل، ولكن ليس بينها من يتواصل بلغة الكلام الملفوظ إلا الإنسان الذي يحقق غايات انفعالية واجتماعية وثقافية وحضارية من خلال تواصله بهذه اللغة .

ومن أجل أن تتم اللغة بشكلها الكلامي المنطوق لا بد أولاً من وجود قدرات عقلية سليمة، تنمو نمواً طبيعياً وبترافق مع نموها نمواً لغوياً سليماً، وهذا يفترض سلامة الجهاز العصبي والدماغ. وثانياً سلامة الحس السمي المستقبل للرسائل الكلامية المنطوقة هذا الحس الذي تتحدد وظيفته بسماع الأصوات المختلفة؛ أكانت هذه الأصوات ذات معنى، أم بدون معنى. وثالثاً سلامة أعضاء

النطق التي تؤدي الكلام الإيقاعي والسليم. هذا يعني أن الكلام يتطلب وجود قدرات ثلاث أساسية هي:

١- سلامة الدماغ والجهاز العصبي المركزي.

٢- سلامة الحس السمعي بكل أجزائه.

٣- سلامة أعضاء النطق والأجهزة اللازمة لعملية خروج الأصوات

والكلمات والجمل.

وإذا أصيبت أي قدرة من هذه القدرات بالاضطراب، فإنها تؤدي إلى اضطراب في النطق والكلام، لهذا نجد أن المتخلفين عقلياً الذين يعانون من بطء في نمو قدراتهم العقلية يعانون أيضاً من اضطراب في الكلام بحدود مختلفة، والأمر نفسه ينطبق على حالات "الانغلاقية" أو "التوحد"، وبعض حالات صعوبات التعلم.

وكذلك الأمر بالنسبة لمن فقدوا القدرة على السمع، فيعاني هؤلاء من اضطرابات في النطق والكلام، وهناك فئة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب لغوي في الصوت أو النطق أو الكلام نتيجة خلل موجود في أعضاء النطق وأجهزة التنفس التي تحقق صلابتي الشهيق والزفير اللازمة لعملية الكلام. وهذه الفئة هي التي نسينا بشكل خاص في إطار هذا الموضوع.

مكونات اللغة بشكلها الكلامي - المنطوق:

تتكون اللغة بشكلها الكلامي - المنطوق من المكونات التالية : ١- الصوتيات (Phonology) ويقصد بها نظام الأصوات الكلامية في اللغة وأصغر وحدة تسمى فونيماً (Phoneme) وهي عبارة عن وحدة صغيرة تساعد على تمييز نطق لفظ ما عن لفظة أخرى، واللغات واللهجات تستخدم أصواتاً مختلفة . ٢- التراكيب (Morphology) وهو نظام خاص ببناء شكل الكلمات في اللغة

كصيغ الجمع والمفرد، والأفعال. ٣- النحو (Syntax) وهو يمثل قواعد اللغة وطريقة بناء الجملة في كلمات بناء على قواعد ثابتة، وهو جزء من التراكيب. ٤- المعاني (Semantics) تشير إلى المعنى في الكلام. وأخيرا الجوانب الاجتماعية التي تشير إلى توظيف اللغة في المجالات الاجتماعية لتحقيق التفاهم والتواصل. (القيوتي، السرطاوي ١٩٩٥ عن Hallahan, Kouffman 1991).

ثانياً - تصنيف المضطربين لغوياً وتعريفهم:

هناك اتجاهات مختلفة في تصنيف المضطربين في النطق والكلام، فممن من يصنفهم بناء على الأسباب المؤدية إلى الاضطراب : ١- المضطربون الذين يعود اضطرابهم إلى أسباب عضوية، ويدخل من ضمنها التشوهات في جهاز النطق والتنفس، وضعف السمع والضم، والخلل الدماغي. ٢- المضطربون الذين يرجع اضطرابهم إلى أسباب وظيفية كالعوامل التربوية والنفسية والاجتماعية، وقد تكون هناك فئة ثالثة من يعود اضطرابهم إلى أسباب عضوية وأسباب وظيفية معاً. (فهمي، ١٩٧٥).

وهناك من يصنفهم بناء على مظاهر الاضطراب من خلال الاضطرابات الموجودة في الكلام وطلائعه والنطق وعبويته. هناك تصنيف يقول به هاريسون Harisson وهو تصنيف طبي جعله في أربعة أشكال:

١- الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها اضطراب في إنتاج اللغة المنطوقة أو الكلامية أو المكتوبة، مثال ذلك حالات الأفازيا (الاحتباس الكلامي).

٢- الاضطرابات اللغوية اللفظية مع سلامة الجهاز العصبي والوظائف العقلية، وهذه تنجم عن إصابات في عضلات اللفظ أو حالات الشلل الرخو أو التشنجي؛ أو تشنجات متكررة كما في حالة التأتأة واللجاجة.

٣- حالات فقدان الصوت الناجمة عن مرض في الحنجرة، أو في أعصابها مما يسبب عسرة الصوت.

٤- اضطرابات كلامية تحدث نتيجة للاضطراب في تكامل الوظائف العقلية مثل حالات الذهانية، فالكلام يضطرب نتيجة الاضطراب العام الذي يصيب اللغة.

وفيما يلي نصنف الاضطرابات اللغوية في أربعة أشكال هي:  
اضطرابات الكلام، واضطرابات النطق، واضطرابات الصوت. والاضطرابات اللغوية.

#### ١- اضطرابات الكلام.

وهي جملة الاضطرابات التي تؤثر في مجرى الكلام وانسيابه، وتظهر هذه الاضطرابات في أشكال مختلفة من التردد والوقفات التشنجية، أو الإطالة في بعض الحروف أو المقاطع، أو التوقف الفجائي بعد طلاقة في لفظ كلمة أو مجموعة كلمات في جملة، وقد تكون المظاهر في اضطراب الكلام من خلال السرعة الزائدة فيه أو التثيرة التي لا تعطي المعنى مباشرة، أو قد تظهر اضطرابات الكلام في التأخر الكلامي والمحصول اللغوي من المفردات لدى الطفل.

واضطرابات الكلام كثيرة يعدها بعضهم بنحو خمسة وعشرين اضطراباً (انظر الزراد ١٩٩٠ ص ١٤٢) ولكن يمكن الاقتصار في الحديث عما هو أكثر شيوعاً من هذه الاضطرابات وهي:

١- اللججة (Stammering) والتلعثم أو التأتأة (Stuttering).

٢- السرعة الزائدة في الكلام (Cluttering).

٣- البطء أو التوقف في أثناء الكلام Blocking.

## أ- اللججة والتلعثم:

اللاججة والتلعثم شكلان من أشكال اضطرابات الكلام حيث يبدو الكلام منقطعاً ومتكرراً، ينطوي على مجموعة وثقات لا إرادية يصحبها السباب ثم تكرار وتوقف؛ ومن جديد عجز عن إخراج للكلمة أو المقطع بشكل مسيبي. واللاججة غالباً ما تكون أئد حيث يعجز الطفل عن اللفظ، ويردد بشكل لا إرادي بعض الحروف أو المقاطع مع عدم المقدرة على التجاوز إلى الذي يلي هذا المقطع وهذه الكلمة. سيعرض فيما يلي مثال للتمييز بين الظاهرتين من خلال نطق كلمة "محمد" ففي حالة اللججة يتم نطق حرف الميم لأكثر من مرة، ثم يعقب ذلك تكلمة الكلمة: م م م ← محمد، أما في حالة التلعثم يكون التوقف قبل نطق الكلمة ثم نطقها دفعة واحدة ← توقف ملحوظ ← محمد، أو يلفظ الحرف الأول ثم توقف ثم تكلمة الكلمة محمد. (بروس ١٩٩٠). وبالرغم من هذا التمييز إلا أن كثيراً من الباحثين لا يفصلون كثيراً بين المظهرين ويعتبرون أن المصطلحين وجهان لعملة واحدة.

وفي الحالات الشديدة يصاحب هذه المظاهر حركات عشوائية في الوجه والأطراف مع تشنجات في النطق، وقد يترافق مع اللق المتلثم حركات في الرأس أو اليدين أو الرجلين لمساعدة المصاب في توضيح ما يقول، وقد يتبع ذلك حركات لا إرادية في اللسان والفكين؛ ومحاولة بذل جهد لاستنشاق الهواء عن طريق الفم، وبمجرد البدء في الكلام يتشنج الجسم وتقلص العضلة؛ وبالتالي يخرج الصوت بشكل حشرجة أو يكون حاداً جداً.

وقد تكون اللججة أو التلعثم عارضة عند الأطفال الصغار وهم في مراحل نموهم؛ ولذا تسمى باللاججة الارتقائية ويكون ظهورها عادة في هذه الحالة ما بين الثانية والرابعة من العمر وقد تستغرق عدة شهور، وإلى جانب هذا

النوع يوجد نوع آخر وهو اللججة "الحميدة"، وعادة ما تبدأ ما بين ست سنوات إلى ثماني سنوات وتستغرق سنتين أو ثلاث سنوات. أما اللججة المتمكنة هي تلك التي تحصل في سن أكثر تقدماً في الطفولة ويصاحبها حركات في أعضاء الجسم وتنفس غير منتظم (أبو فخر ١٩٩٢)

تشير كثير من الدراسات منها دراسة مورلي ( Morly 1957 )، إلى أن ظهور اللججة تقع عند ٥٠% من المصابين قبل عمر الخامسة وعند ٨٠% تقع قبل عمر ٨ سنوات. وأظهر جونسون (Johnson 1967) أن الأطفال من عمر ٢ - ٥ سنوات يقومون بإعادة الكلمات وتكرارها بنسبة ٥٠%، وأن نسبة ٩٠% هي إعادة للكلمات والجمل، ونسبة ١٠% فقط هي تكرار للأصوات أو الحروف (الزباد ١٩٩٠).

#### العوامل المؤدية إلى اللججة:

لقد تم تفسير اللججة عبر فرضيات مختلفة، إلا أن مختلف الدراسات تؤكد وجود العوامل التالية:

(١) العوامل الوراثية: لا شك أن العوامل الوراثية تلعب دوراً في تكويننا "شخصي"، وهي بالوقت نفسه تطل خصائص الإنسان الجسمية والعقلية والنفسية، من بينها التكوين اللغوي واضطراباته، ففي دراسة قام بها لوني ( Launy 1966) تبين له أن نسبة ٣٠% من الحالات التي لديها اللججة كانت ترجع إلى استعدادات وراثية؛ وكذلك الأمر فإن الدراسات التي أجريت على توائم متشابهة (من بويضة واحدة) بينت أنه إذا كان أحد التوأمين مصاباً باللججة فإن احتمال أن يصاب التوعم الآخر بالاضطراب بنفسه بنسبة ٣٠%. كما تبين أن نسبة اللججة بين الذكور أعلى منها عند الإناث بنسبة أربعة أضعاف تقريباً، وقد فسّر العلماء ذلك بالعامل الجنسي الوراثي، وإن الإناث لديهن مقاومة كبيرة ضد العوامل الوراثية. (المرجع السابق)

## ٢) العوامل العضوية:

هناك نظرية تقول إن اللججة في الكلام شكل من الاضطراب في التوافق الزمني ينتج عن اضطراب في التغذية الراجعة السمعية، مما يؤدي حسب (فان ريبير 1971 Van Riber) إلى تقطع في تتابع العمليات الحركية اللازمة للكلام. ولكن هناك من يرى أن اللججة ترجع إلى اضطراب وظيفي في جهاز الحنجرة في المواقف التي تسبب التوتر والانفعال الشديد، وأن خطورة هذا الاضطراب لا تكمن في كمية الجهود المبذولة للمقاومة بل في مستوى القلق ودرجة التأثير لدى الفرد المتلجج.

## ٣) العوامل الانفعالية - النفسية:

إن النظرية القائلة بأن منشأ اللججة تمتد جذوره إلى أصول نفسية وانفعالية هي نظرية واسعة الانتشار والقبول، وهذا ما يؤكدته (فهمي 1975) من أن الأساس في إصابة المتلججين بهذا الاضطراب الكلامي يرجع إلى ما يشعرون به من قلق ومن انعدام الأمن في طفولتهم المبكرة، وإن وراء هذه المشاعر عوامل بيئية عديدة أهمها:

- ١- إفراط الوالدين ومقالاتهما في رعاية طفلهما وتدليله.
  - ٢- محابة الطفل وإيثاره بالحظوة والتدليل، مما يؤدي إلى حقد من يحيط به.
  - ٣- انتقال الطفل إلى عطف أحد أبويه وإلى رعايته.
  - ٤- الكراهية والسقاة الأسري، والخلافات بين الزوجين.
  - ٥- إجبار طفل أعسر على استعمال يده اليمنى في الكتابة.
- وباختصار إن كثيراً من أساليب التنشئة الوالدية المنهجية القائمة على الإفراط في التدليل والحماية، وكذلك الإفراط في العقاب والإيذاء والإهمال، إضافة إلى انعدام الأمن البيئي وما ينطوي تحته من خلافات أسرية تشكل واحدة

من العوامل التي يمكن أن تقود إلى حالات اللجاجة، ولكن نطرح السؤال: هل مظاهر انعدام الأمن النفسي دوماً تقود إلى حالة اللجاجة؟ ليأتي الجواب بالنفي؛ لأن وراء انعدام الأمن النفسي يمكن أن تحصل اضطرابات كثيرة فمن الأطفال من يكون عدوانياً، ومنهم من ينحرف سلوكه إلى السرقة وإيقاع الأذى بالآخرين، ومنهم من ينطوي على نفسه، ومنهم من يعاني من تبول لا إرادي... وهكذا فيمكن للعامل الواحد أن يكون سبباً في اضطرابات عديدة. والسؤال أيضاً كيف يفسر ذلك؟ تأتي بعض الإجابات مركزة على التنفيس الانفعالي الذي يلاقي له مخرجاً في جانب ضعيف أو ينطوي من ناحية وراثية على ضعف يهيئ للعوامل البيئية أن تظهره؛ مثال ذلك نجد أن الاضطراب في جهاز تنفس الطفل والصعوبة التي يمكن أن يلاقيها في أداء بعض الأصوات يمكن أن تكون طريقاً لتنفيس انفعالي وأن تكون أهون الطرق وأيسرها لطفل يعاني من انعدام الأمن لكي تظهر اللجاجة عنده، وكذلك الحال بالنسبة لطفل يعاني من تضخم في اللوزتين ولحمة زائدة أنفية - يمكن أن تؤدي في حال وجدنا الظروف البيئية المناسبة بتثبيت عوارض اللجاجة والتلعثم.

#### — السرعة الزائدة في الكلام:

تعد السرعة الزائدة في الكلام واحدة من اضطرابات الكلام؛ ومن أعراضها اندفاع الكلمات وعرض الأفكار بشكل سريع لدرجة أنه لا تتضح بعض الكلمات وتلعدم القدرة على متابعتها، وعند بعض الحالات الشديدة يتعذر فهم ما يقال، وأن المريض أحياناً لا يشعر بمشاكلته وبطريقة كلامه غير المألوفة، فإذا ما تأنى لفترة عاد من جديد إلى السرعة الزائدة في الكلام؛ وبذلك يحصل عنده تداخل بين الحروف أو الأصوات أو حتى حذف لبعض الأصوات أو المقاطع اللفظية.

ولا بد من الإشارة إلى أن السرعة الزائدة في الكلام تعبر عند بعضهم عن قدرة فائقة عندما تأتي الأفكار مترابطة والكلمات متلاحقة، وعند بعضهم الآخر تعبر عن اضطراب شديد عندما لا يستطيع المريض أن يحتفظ بالموضوع الذي يتكلم فيه ويغيب المعنى عنه.

ويتم علاج هذه الحالات عن طريق تدريب الفرد على القراءة كلمة كلمة، وذلك من خلال فتحة صغيرة موجودة على ورق مقوى تسمح برؤية كلمة واحدة من الجملة المكتوبة، أو تدريبه على الكلام من خلال إشارته بوجود مشكلة لديه أن يتكلم كلمة، كلمة.

### ج - البطء أو التوقف في أثناء الكلام:

في مثل هذه الحالة يتوقف الفرد عن الحديث أو يبطئ في الكلام لدرجة أنه يثير الملل ويأفت الانتباه ويشعر السامع أنه انتهى من الكلام مع أنه ليس كذلك.

### ٢ - اضطرابات النطق:

وهي اضطرابات تتعلق بجهاز النطق المكون من حركة الشفاه والفك واللسان والخال في واحدة أو أكثر منها بحيث تصبح حركتها غير متناسبة أو منسجمة بالشكل المعتاد. وهذه الاضطرابات تشمل ما يلي:

أ - الحذف Omission: وهي أن يحذف الطفل حرفاً من الكلمة، أو يحذف أكثر من حرف ضمن الكلمة الواحدة، قد يكون الحذف في بداية الكلمة أو في وسطها أو في آخرها، وتعتبر ظاهرة الحذف أمراً طبيعياً ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكن لا تعتبر كذلك بعد هذه السن.

ب - الإبدال Substitution: وتعني إبدال حرف بحرف آخر وتكثر هذه الظاهرة عند الأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة، وتكون عملية الإبدال

في الحروف ذات المخارج الصوتية المتشابهة مثل قول الطفل ثكر بدلاً من مكر، أو إبدال حرف الذال بحرف الجيم كقول الطفل جبل بدلاً من جبل، وغالباً ما تحصل هذه الظاهرة نتيجة لعدم النضج اللغوي وأخطاء البيئة التربوية التي تعزز أحياناً من النطق السيئ، فنفرح الأم لتلفظ ابنها الكلمات وتأخذ هي بتقليده من قبيل عدم الاكترات أو التذليع بدلاً من أن تعطيه المثل المحتذى في النطق السليم وتقليد الطفل لها في ذلك؛ وهناك أقلية تلازمها هذه العادة إلى أن تتاح لها فرصة التقويم والعلاج النطقي.

ج - التشويه - Distortion: وهي النطق المشوه غير السليم، فالطفل ينطق الكلمات بطريقة غير مألوفة، وغالباً ما تتصل عملية التشويه في النطق عند بعض الحروف السنية كالسين والشين والصاد، وهذا النوع من الاضطراب يعاني منه بعض الأطفال في سن الروضة، ومن السهل تقويمه وتحسينه.

د - الإضافة Addition: وهي أن يضيف الطفل حرفاً إلى الكلمة وبخاصة عند تعلمه لحالات المفرد والجمع أو إضافة حرف لمقطع لفظي معين، ويشيع مثل هذا الاضطراب لدى الأطفال صغار السن ولدى الصم الذين يحاولون الكلام ونطقه.

وكما نلاحظ أن اضطرابات النطق غالباً ما تقع دون سن المدرسة، وللأسرة كما لرياض الأطفال مسؤولية في تقويم النطق وتصحيحه.

### ٣- اضطرابات الصوت:

وهي اضطرابات تتصل بالأصوات ونبرتها وإيقاعها، وكذلك من حيث شدة الصوت أو انخفاضه وتظهر مثل هذه العيوب في حالة التواصل الاجتماعي، ويمكن للمستمع أن يدركها مباشرة لكونها غير عادية وغير مألوفة، ومن هذه الاضطرابات:

اضطرابات الإيقاع الصوتي مثل ارتفاع الصوت وانخفاضه، والفواصل  
في الطبقة الصوتية، وارتفاع الصوت وامتزازه.

الصوت الخشن

بحة الصوت

الصوت (الهامس)

الخنخة في الصوت

الصوت الطفلي

انعدام الصوت كلية.

٤ - الاضطرابات اللغوية:

وهي تلك الاضطرابات التي ترجع إلى قصور أو عيب في نمو الدماغ  
أو في القدرات الحسية أو الحرمان البيئي الشديد أو التعرض لأمراض كالحصبة  
وارتفاع درجة الحرارة... من هذه الاضطرابات ما يلي:

أ - التأخر اللغوي: وهو اضطراب يغلب وجوده عند فئات الإعاقة المختلفة،  
من متخلفين عقلياً وصم وذوي صعوبات تعلم والمنفلقين والمشلولين  
دماغياً... وهذه الفئات قد يترافق مع إعاقتها مجموعة من الاضطرابات  
الانفعالية والاجتماعية ويترافق معها عدم استجابة الطفل الاستجابة الطبيعية  
في مجال الاتصال والكلام.

والطفل المتأخر لغوياً هو الطفل الذي لا يستطيع أن يؤدي ما يؤديه الأطفال  
العاديون من حيث مهارات اللغة؛ فقد نجد طفلاً في عمر ٧ - ٩ سنوات إلا  
أن كلماته عديمة الدلالة، والأصوات التي يستخدمها من كلمات ومقاطع  
وجمل فيها عيوب مختلفة. وإن مفردات الطفل المتأخر تقل عن مفردات  
الطفل العادي ويمكن أن تلخص أهم الأعراض الشائعة للتأخر الكلامي بما  
يلي:

إحداث أصوات عديدة الدلالة، والاعتماد على الحركات والإشارات.

التعبير بكلمات غير واضحة بالرغم من تقدم عمر الطفل.

تعذر الكلام بلغة مألوفة ومفهومة.

عدد المفردات يكون ضئيلاً.

الاكتفاء بالإجابة بنعم أو لا أو بكلمة واحدة أو ببعض الكلمات.

يصاحب ذلك اضطرابات سلوكية ونفسية شخصية (الزراد ١٩٩٠

ص ١٥٨)

تتراوح نسبة انتشار حالات تأخر الكلام بحوالي ٣-٥% من مجموع الأطفال،

وبنسبة تتراوح بين ٢٠-٢٥% من اضطرابات الكلام والنطق لدى الأطفال.

### ب - الاحتباس الكلامي (الحبسة الكلامية Aphasia)

الأفازيا اصطلاح يوناني الأصل يعني عدم الكلام أو احتباس الكلام وهي

مؤلفة من مقطعين (A) ويعني عدم ، و phasis يعني كلام، وهذا المصطلح

يشتمل على مجموعة من الاضطرابات اللغوية مثل فقدان القدرة على التعبير

بالكلام أو استقباله أو الكتابة أو قراءتها، وبفقدان الذاكرة يصعب معه تذكر

الأسماء أو العناوين، ومنها ما يتصل بقواعد اللغة (النحو) المستخدمة في الكلام،

ولهذا فإن المصطلح يطلق على عدد من الأمراض الكلامية بالرغم من

الاختلافات الموجودة بينها في المظهر الخارجي. إلا أن العامل المشترك ينحصر

في مصدر العلة وهو الإصابة في الجهاز العصبي المركزي، ومن خلال البحوث

العديدة تم اكتشاف أو تصنيف مجموعة أنواع من الحبسة نذكر منها ما يلي:

(الزراد ١٩٩٠)

- ١- الأفازيا الحركية ٢- الأفازيا الحسية ٣- أفازيا نسيانية ٤- أفازيا كلية

## (١) - الأفازيا الحركية:

وتعني عدم القدرة على الكلام بالرغم من وجود الكلمة في فكر المريض، وفي بعض الحالات يفقد المريض القدرة على التعبير عدا لفظ الكلمات مثل (نعم)، (لا) كما يلاحظ على المريض أنه قد يكرر لفظاً واحداً مهما تنوعت الأحاديث والأمثلة الموجهة إليه، وفي حال القراءة يمكنه أن يفهم ما يقرأ ولكن يعجز عن الكلام أو التعبير الحركي، وقد تحدث هذه الاضطرابات في حال الكتابة فإنه يعجز عن الكتابة، بالرغم من القدرة على نسخ الحروف. كل ذلك بسبب آفات دماغية تحصل في الجزء الجبهي والجداري الأمامي من المخ.

## (٢) - الأفازيا الحسية:

وتعني عدم القدرة على إدراك الكلام وفهمه، ولهذا فإن السبب كما أظهره "فيرنيك" - إصابة في القشرة الوعائية السمعية الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب الوظيفة السمعية، بالرغم من أن السمع عادي، وفي هذه الحالة فإن المريض يكثر من الإشارات والكلمات المختصرة؛ وفي بعض الحالات من الأفازيا الحسية يمكن للمريض أن يفهم كل لفظة ضمن الجملة، ولكن يتعذر عليه فهم الجملة كاملة؛ وهذا ما يسميه البعض بأفازيا المعاني ( Semantic Aphasia). هناك حالات أخرى نجد فيها المريض يستخدم كلمات غريبة غير مألوفة، أو كلمات في غير مواضعها.

وقد تأخذ الأفازيا الحسية شكل عمى لفظي بحيث نجد المريض عاجزاً عن فهم الكلام والمكتوب أو الصور والأشكال المرسومة التي تعرض أمامه، وذلك بالرغم من سلامة بصره وهذه حالات نادرة. باختصار الأفازيا الحسية هي فقدان القدرة على فهم الكلام المسموع وتمييز دلالاته المعنوية، فالمصاب يسمع الكلمة كصوت؛ ولكن يصعب عليه ترجمة هذا الصوت إلى معنى وبالتالي

يصعب عليه الاستجابة الصحيحة وفي كل ذلك فإن المريض يكون عاجزاً عن الاتصال الاجتماعي والنفسي والتفاعل مع الآخرين.

### (٣) - الأفازيا النسيانية:

من أهم أعراض هذا النوع عدم القدرة على تذكر أسماء الأشياء أو المواقف أو الصفات... ويضطر المريض في مثل هذه الحالة إلى التوقف عن الكلام لاستبدال كلمة بأخرى لتشير إلى الأمر المنسى؛ أو أن يشرح الأمر للدلالة على اسم الشيء، وقد يرتبط هذا النوع من الأفازيا بالأنواع الأخرى وقد يحدث منفرداً فنجد أن المريض يتكلم بصورة منطقية وسليمة؛ ولكن المشكلة تتركز في تذكر اسم الشيء لو طلب منه.

### (٤) - الأفازيا الكلية:

وهي حالة نادرة حيث يجتمع فيها نوعا الأفازيا الحركية والحسية، وكذلك النسيانية معاً، وهذه الحالة شديدة الاضطراب، فالفرد المصاب تتعذر قدرته على الكلام أو الفهم في اللغة المنطوقة والمكتوبة، إضافة إلى ذلك يتمعذر عليه أن يتواصل مع الآخرين.

يلاحظ على اضطرابات اللغة والكلام والنطق أن معظمها تقع في سن الطفولة ما قبل المدرسة باستثناء الحبسة الكلامية التي تقع بين الكبار؛ كما لدى الأطفال، وأكثر هؤلاء الأطفال إصابة هم المصابون بالشلل الدماغي أو المتخلفون عقلياً، حيث يلاحظ أن الأفازيا الحركية لدى الأطفال تترافق مع تأخر في المشي ونقص في الذكاء وضعف واضح في عملية التفكير والتجريد...

وانطلاقاً مما تم عرضه من أنواع لاضطرابات اللغة والكلام فإن الطفل المضطرب لغوياً هو الطفل الذي يختلف الكلام عنده عن كلام الأطفال العاديين، لدرجة أنه يجذب الانتباه من الآخرين لما يثيره من ضيق وملل، وعندما يتساقى هذا الكلام مع الإيقاع الكلامي السليم؛ كما يقول فان ريبير (Van Riber 1978)

الكلام عنده لا ينطوي على قواعد في النحو، وأنه غير مرضٍ من الناحية الشخصية والاجتماعية وأنه مؤدٍ لألية إنتاج الكلام كما يقوم بركينز ( Perkins 1977).

وببساطة يمكن تحديد الطفل الذي يشكو من إعاقة في كلامه عبر الأسئلة التالية:

هل يؤدي الطفل الرسالة اللغوية بطريقة يفهمها الآخرون ؟

هل يؤدي الطفل الرسالة اللغوية بأصوات غريبة أو بمعان غريبة؟

هل يتميز الطفل بأسلوبٍ كلامي فريد من حيث نطقه عبر ما تؤديه حركة

الشفاه واللسان والأنف؟ وهل تظهر عنده توقفات أو تشنجات مترافقة مع حركة في اليدين أو القدمين غير متوقعة؟

هل يستيع السامع ما يسمعه من الطفل ؟ أو يشير لديه الملل ؟

هل الأداء اللغوي عند الطفل يظهر بصعوبة بحيث يؤدي هذا الأداء

أعضاء النطق؟ ربما قد لا يشعر السامع بذلك؛ ولكن تظهر صعوبات انفعالية

جرائم صعوبات النطق. من هذه الأسئلة يمكن تعريف الطفل المضطرب في اللغة

الطفل الذي يتكلم بطريقة غير مألوفة لوجود صعوبة عنده عضوية أو نفسية،

بحيث يتعذر عليه إيفاء الآخرين أو يؤثر عندهم الملل لعدم التناسق والإيقاع

اللغوي السليم في الأداء الصوتي أو الكلامي أو في المعاني؛ الأمر الذي يتطلب

إجراءات تربوية وعلاجية خاصة تناسب ومشكلته" (أبو فخر ١٩٩٢)

**ثالثاً - التدابير الوقائية والعلاجية لاضطرابات اللغة:**

إن القول بالتدابير الوقائية ينطلق من أن كثيراً من اضطرابات النطق

والكلام تتمركز في مرحلة الطفولة ما قبل المدرسية، وهذه الاضطرابات تعززها

عوامل بيئية تربوية يمكن مواجهتها بأساليب الوقاية عبر التدريبات المختلفة على

النطق السليم والصحيح، وخير من يقوم بهذه المهمة الأسرة والمربون في رياض

الأطفال والمعلمون في الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

## ١- التدابير الوقائية في مواجهة عيوب النطق والكلام: ميررات التدابير الوقائية:

إن تكوين اللفظ السليم في سن مبكرة مهمة أساسية من المهمات التربوية في دور الحضانة ورياض الأطفال حيث تظهر جملة من عيوب الكلام واضطرابات من إبدال للحروف أو حذفها، أو تقديم أو تأخير فيها، أو توقف ملحوظ، ومواجهة هذه العيوب تكون في بدايتها أسهل والتدابير المتخذة يمكن أن تكون أجمع وأفضل، ولهذا فإن ميررات التدخل المبكر تنطلق من الأمور التالية:

١- إن كثيراً من عيوب النطق واضطرابات الكلام تقع في سن الطفولة وأكثرها شيوعاً هي اضطرابات النطق التي تشكل نسبة ٨٠% من اضطرابات الكلام وأن نسبة ١٠% لعسر النطق واللججة و ١٠% لاضطرابات أخرى. يشكل الأطفال المضطربون في النطق ما نسبته ١٢%، وفي مراجع أخرى ما نسبته ٤% من الأطفال العاديين. ومهما تكن النسب فإن ظواهر اضطرابات الكلام تتطلب المواجهة في سن مبكرة.

٢- إن مواجهة هذه الاضطرابات في سن مبكرة تسمح بعملية التصحيح والتقويم للنطق السليم بصورة أفضل؛ لا سيما وأن جهاز النطق والجهاز العصبي عند الطفل يسمح بإدخال التعديلات على الأنشطة التي نرغب في تكوينها بصورة أفضل من السنوات اللاحقة.

٣- إن معظم أنشطة الطفل الحركية والاجتماعية والعقلية يدخل فيها النشاط اللغوي، وإذا لم تعالج عيوب النطق فإن تأثيرها سيصل إلى جوانب حياة الطفل المختلفة. لهذا تتطلب هذه المرحلة توجيه العناية لها، وإنها المفتاح في التخفيف من حدة المشكلة التي تطال حياة الطفل مستقبلاً.

## إجراءات التدبير الوقائية:

تطلق الإجراءات الوقائية في مواجهة اضطرابات النطق والكلام من المعرفة بآلية الكلام والأقسام التي تتطوي عليه، وكذلك الكيفية التي يتم التعامل معها في جوانب هذه الآلية.

أما آلية الكلام فتتضمن ثلاثة أجهزة عضوية- فيزيائية وهي: الجهاز التنفسي، وآلية أعضاء النطق وجهاز إنتاج الأصوات. أما الجهاز التنفسي فهو الذي يسمح بدخول الهواء إلى الرئتين وخروجه ماراً بأعضاء النطق لإحداث الأصوات. وتتألف الرئتان من نسيج إسفنجي مرن، و تتوضعان في القفص الصدري، وعندما يتم الشهيق يتمدد الحجاب الحاجز للأعلى ويتحرك القفص الصدري للخارج الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حجم التجويف الصدري؛ ويقال من ضغط الهواء داخل الرئتين حيث يندفع بالتالي إلى الداخل. أما في الزفير فيتم العكس، فيندفع الهواء عبر القصبات الهوائية ويصطدم بالحبال الصوتية محدثاً اهتزازات تقود إلى إنتاج الأصوات وهو الجزء الثالث. أما في الجزء الثاني وهو آلية أعضاء النطق فإن الأصوات تندفع من الحنجرة وتتصل بالتجويف الحاقلي والقم والأنف واللسان، وهذه الأجهزة تولف كلاً متكاملاً لتشكل آلية النطق المرتبطة أصلاً بالجهاز العصبي المركزي والدماغ. (أبو فخر، ١٩٩٢).

إن التدريب على النطق السليم سوف يتجه إلى هذه الأجزاء الثلاثة؛ من خلال التدريب على التنفس الإيقاعي وتدريب حركات أعضاء النطق وتدريب السمع الصوتي - الفونيمي.

### ١- التدريب على التنفس الإيقاعي:

إن تنفس الأطفال بصورة عامة تنفس إيقاعي، إلا أنه لا يخلو من عدم الانتظام بخاصة في أثناء الكلام، لأنه في أثناء الراحة منظم تلقائياً تتناوب فيه صلبتا الشهيق والزفير بانتظام، أما التنفس في أثناء الكلام فهو منظم إرادياً؛

## إجراءات التدابير الوقائية:

تتطلب الإجراءات الوقائية في مواجهة اضطرابات النطق والكلام من المعرفة بآلية الكلام والأقسام التي تنطوي عليه، وكذلك الكيفية التي يتم التعامل معها في جوانب هذه الآلية.

أما آلية الكلام فتتضمن ثلاثة أجهزة عضوية- فيزيائية وهي: الجهاز التنفسي، وآلية أعضاء النطق وجهاز إنتاج الأصوات. أما الجهاز التنفسي فهو الذي يسمح بدخول الهواء إلى الرئتين وخروجه ماراً بأعضاء النطق لإحداث الأصوات. وتتألف الرئتان من نسيج إسفنجي مرن، وتتوضعان في القفص الصدري، وعندما يتم الشهيق يتمدد الحجاب الحاجز للأعلى ويتحرك القفص الصدري للخارج الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حجم التجويف الصدري، ويقلل من ضغط الهواء داخل الرئتين حيث يندفع بالتالي إلى الداخل. أما في الزفير فيتم العكس، فيندفع الهواء عبر القصبات الهوائية ويصطدم بالحبال الصوتية مجدداً اهتزازات تقود إلى إنتاج الأصوات وهو الجزء الثالث. أما في الجزء الثاني وهو آلية أعضاء النطق فإن الأصوات تندفع من الحنجرة وتتصل بالتجويف الحلقى والشم والأنف واللسان، وهذه الأجهزة تؤلف كلاً متكاملاً لتشكل آلية النطق المرتبطة أصلاً بالجهاز العصبي المركزي والدماغ. (أبو فخر، ١٩٩٢)

إن التدريب على النطق السليم سوف يتجه إلى هذه الأجزاء الثلاثة؛ من خلال التدريب على التنفس الإيقاعي وتدريب حركات أعضاء النطق وتدريب السمع الصوتي - الفونيمي.

### ١- التدريب على التنفس الإيقاعي:

إن تنفس الأطفال بصورة عامة تنفس إيقاعي، إلا أنه لا يخلو من عدم الانتظام بخاصة في أثناء الكلام، لأنه في أثناء الراحة منظم تلقائياً تتناوب فيه عمليتا الشهيق والزفير بانتظام، أما التنفس في أثناء الكلام فهو منظم إرادياً؛

يفضل في المراحل الأولى للتنفس الكلامي أن يكون الأطفال في حالة استرخاء من أجل تحقيق الانسجام والتوافق بين التنفس ومتطلبات اللفظ، وقد يتعذر الأمر أن يتم بصورة طبيعية في حالة الاسترخاء لدى الأطفال العصبيين أو الذين يعانون من فرط نشاط حركي أو حالات اللجاجة، لذا يجب اللجوء إلى التمارين التي تسمح بالراحة العضلية العامة والهدوء.

كما يجب أن يؤدي الأطفال اللفظ دون عنف أو قوة ودون أن يستنفدوا احتياطي الهواء المزفور بخاصة في نهاية الجمل، أو في العبارات الطويلة، وهنا يمكن تقطيع الجمل متدرجين من البسيط والسهل إلى المركب والصعب، وذلك تحت إشراف مربية تلتذ ذلك، كأن تبدأ بالكلمات التي تحتاج إلى زفرة واحدة متجانسة وبالتدرج تدخل الجمل التي يعبر عنها بزفرتين أو ثلاث زفرات.

ولا شك بأن تربية الأناشيد والأغاني الإيقاعية المضبوطة بكلمات سهلة وبسيطة، وتحت إشراف المربية التي تقوم بالنطق السليم يمكن أن تعود الأطفال على التنفس الإيقاعي في أثناء الكلام. (المرجع السابق)

## ٢- تدريب حركات النطق:

ينتج الكلام من الاهتزازات التي يحدثها الزفير في الحبال الصوتية تحت تأثير السيلالات العصبية المارة في الحنجرة، والصوت الصادر عن الحنجرة يصطدم بالتجويف الحلقى؛ وما يضم من لسان وأعلى الحلق وحركات الشفاه. وتتأثر سلامة الأصوات التي ينطقها الطفل بسلامة السمع- الفونيمي، وهذا الأمر يجب أخذه بعين الاعتبار في حلة التدريب؛ حيث ينبغي أن تنفذ التمارين الخاصة بأعضاء النطق مترافقة مع تطوير السمع- الصوتي.

تعمل أعضاء الكلام والنطق بشكل متكامل ومنظم، وأي تغير وظرفي في أحد الأعضاء يقود إلى تبدل في الأعضاء الأخرى، فالشهيق العميق مثلاً يرافق معه هبوط في الحنجرة، أما الزفير فيقود إلى رفعها، ورفع الرأس ومد اللسان

يقودان إلى ارتفاع الحنجرة، بينما خفض الرأس ورجوع اللسان يقودان إلى خفضها.

وتبدو عند بعض الأطفال أخطاء في حركة أعضاء النطق، كأن يتكلم الطفل ورأسه منحني إلى الأسفل أو فمه غير مفتوح بشكل كاف أو شفاهه مرتخية أو وضعيبة اللسان ليست صحيحة، وكل هذه المظاهر قد تعود إلى عيوب في النطق والكلام. من هنا فإن التدريبات الخاصة بأعضاء النطق لها أهمية وقائية وتتلخص هذه التدريبات بما يلي:

١- الرياضة العامة: وتشمل تمارين أعضاء الجسم بكامله ومن ضمنها حركات أعضاء النطق مثل رفع الرأس إلى الأعلى وهبوطه نحو الأسفل (مع شهيق من الأنف ثم زفير من الفم) أو استدارة الرأس نحو اليسار واليمين؛ مع حركات خفيفة تشير إلى الشهيق من الأنف والزفير من الفم أو القفز مع فتح الرجلين وبسط الذراعين ثم إعادتهما.. فهذه التمارين يمكن أن تدرب حركات أعضاء الكلام إذا ترافقت مع كلمات واحد.. اثنين..

٢- تمارين رياضة الفم وتتم عبر الفتح والإغلاق المتتالي أو تقليد الابتسام والضحك أو وضع اللثة السفلى تحت الأسنان القواطع العليا وبقاء اللثة العليا مرفوعة (في أثناء ذلك يمكن للزفير أن يحدث حرف ف ف ف..)

٣- تمارين خاصة باللسان مثل إخراج وإرجاعه إلى الفم أو الحركة الجانبية إلى اليمين واليسار أو وضعه في التجويف الحلقبي على أن يلامس أعلاه أسفل القواطع السفلى مع إحداث حرف س س س.

إن هذه التدريبات وغيرها يجب أن تتم في بيئة نظيفة، وإذا تمت داخل الصفوف ينبغي أن تكون النواذ مفتوحة؛ أما إذا كان هناك من الأطفال من

يعانون من شلل خفيف في أعضاء نطقهم؛ فيؤلاء تلزمهم تربية خاصة ورعاية متكاملة ما بين الأسرة ومعلمة الصف، فالتدريبات المأخوذة في المدرسة ينبغي أن تنفذ في البيت كي يكون للتدريب فاعليته.

### ٣- تطوير السمع - الفونيمي:

يمثل السمع الفونيمي خاصة أساسية للسمع الإنساني وهو الذي يستقبل أصوات الكلام ويدركها كعناصر أو فونيمات ، والفونيم أصغر وحدة صوتية معقدة حسية - حركية.

ويضطرب السمع الفونيمي لدى كثير من الأطفال بسبب غياب التدريب الخاص بالتعبير الكلامي الأمر الذي يؤدي إلى عيب في اللفظ من حيث إيقاعه ونغمته. في مثل هذه الحالة تقوم المربية بمجموعة من التمارين التي تبدأ بنطق الحروف ثم المقاطع والكلمات ثم الجمل في إيقاع وتنظيم مناسبين. (المرجع السابق)

### المربية وبعض الاعتبارات:

إذا قلنا إن التعبير بالكلام الواضح يتطلب تنفيذاً صحيحاً للتنفس وأداء سليماً لأعضاء النطق وعلى التلقي الدقيق للصورة السمعية - الحركية؛ فإن معايير التربية الخاصة بالنطق والكلام تتطلب جملة من التمارين التي تحصل بهذه المقومات، وعلى المربية أن تأخذ بعين الاعتبار جملة من المسائل هي:

أن يتم التدريب على التنفس والأداء اللفظي في الأنشطة اليومية المختلفة دون تحديد مصطنع لهذه التدريبات.

أن تكون المربية مثلاً يحتذى في النطق السليم من حيث الأداء والوضوح؛ لأن الطفل يعتمد على التقليد في تعلمه للكلام. قد ترجع بعض العيوب اللغوية إلى ما يعرزه الكبار.

أن تكون المربية هادئة مرحبة بالأطفال الذين يشكون من عيوب في نطقهم؛ لأن تركهم معزولين يزيد من شدة عيوبهم ويزيد من فشلهم في تحقيق النطق السليم.

أن تحيط المربية الأطفال بجو من الإثارة والتشجيع التلقائي دون إجبارهم على تعلم صيغ محددة لا تتناسب وإمكاناتهم في التعبير والكلام، وتتم التدريبات عبر ألعاب حسية وحركية مختلفة.

أن تتحلى المربية بالصبر وأن تسمح للأطفال بالتعبير الحر في نشاطاتهم؛ ومن تمكينهم من المراقبة الذاتية على لفظهم.

أن تراعي المربية التدرج في التمارين لأن المبالغة في إعطاء التمارين الصعبة قد تؤدي إلى عناد الطفل وعدم استجابته للتدريب؛ الأمر الذي يقود أيضاً إلى مزيد من الإحساس بالفشل وزيادة الشدة في عيوب النطق. (المرجع السابق)

## ٢ - التدابير العلاجية الخاصة بالاضطرابات اللغوية:

إن أي اضطراب له أعراضه وله أسبابه، وتحدد معالجة الاضطرابات معرفة الأسباب وتحديد الأعراض، فمن الاضطرابات ما تكون طارئة عابرة يمكن أن يتغلب عليها الطفل أو الفرد بفعل إرادته الذاتية؛ ولكن مع بعض التوجيه والتدريب كاضطرابات النطق، وبعضها يتطلب تدخلاً واعياً عبر معالج كلامي أو طبيب مختص أو تدخلاً جراحياً إذا ما كانت الأسباب عضوية.

ولا بد عند العلاج من مراعاة أمور عامة نأخذها بعين الاعتبار وهي عمر الفرد وثقافته ووضع أسرته، وتحديد نوع اضطرابه، ويمكن أن تتجه طرائق العلاج باتجاهات مختلفة، فإذا كانت الأسباب تتعلق بأساليب التنشئة الوالدية أو الوسط الأسري فينبغي الاتجاه نحو علاج نفسي، وإذا كانت الأسباب تتعلق بنواح عضوية فينبغي الاتجاه نحو علاج عضوي، ولا بد عند تحديد

الأسباب ومعالجتها التوجه نحو العلاج الكلامي أو معالجة مظاهر الاضطراب،  
وتكون بذلك أمام ثلاثة أنواع من المعالجة وهي: علاج نفسي وعلاج عضوي  
وعلاج كلامي.

وأي حالة تتطلب بالضرورة علاجاً كلامياً إلى جانب العلاج الآخر الذي  
يكون سبباً في حالة الاضطراب، وبذلك فأي حالة تتطلب على الأقل توجهاً من  
العلاج، وقد تكون الأسباب عضوية ونفسية، وبذلك فنحن بحاجة للنظر في  
الجوانب النفسية والعضوية والكلامية؛ وليس لأي نوع من العلاج أسبقية على  
الآخر، فقد يترافق العلاج الكلامي مع العلاج النفسي، ولكن على الأغلب إذا  
كانت الأسباب عضوية لا بد من البدء في العلاج العضوي الطبي.

#### ١- العلاج الطبي:

يمكن للعلاج الطبي أن يكون دوائياً أو جراحياً بحسب الحالة؛ فبعض  
الحالات تحتاج إلى عمل جراحي مثل حالة الزوائد الأنفية والتهاب اللوزتين  
أو سد فجوة سقف الحلق... كما يمكن أن توصف الأدوية وهذا الاتجاه يقول  
به الأطباء بخاصة في حالات اللجاجة والتلعثم التي تترافق مع نطق تشنجي  
أو توقفي أو انقباضي، وهذه الأدوية عبارة عن مهدئات نفسية ضد الخجل  
والخوف من الناس، بحيث يمكن أن تهيئ للمريض الانطلاق بدون رقابة أو  
تتم بدون خوف من الآخرين. (الزراد، ١٩٩٠)

#### ٢- العلاج النفسي:

إن الطفل المضطرب لغوياً طفل يعاني الخوف والقلق، والتردد في  
الدخول بعلاقة مع الآخرين وبخاصة الغرباء، والسبب في ذلك أن لغته  
المضطربة تنعكس على أدائه السلوكي والتفاعل الاجتماعي خوفاً من  
الآخرين وخبرته معهم، إنهم يراقبون أو يلاحظون، أو يملون من الأداء  
اللغوي المضطرب لديه. وهنا فإن الطفل قد يعاني بالأصل من مشكلات

نفسية ومن وسط أسري مشحون بالمشكلات و يظهر لديه الاضطراب في اللغة كمتنفس، أو إن الطفل وسطه سليم إلا أن الخلل الذي أدى إلى اضطراب لغته سوف يجر وراءه اضطراباً في تواصله الاجتماعي، وبكل من الحالتين سيتوافق مع اضطراب لغته اضطراب نفسي يكون على شكل عزلة أو قلق أو خوف أو تردد. وهنا يكون العلاج النفسي ضرورياً.

ويتبع العلاج النفسي لاضطرابات الكلام عدة طرائق منها العلاج باللعب، والعلاج بطريقة التحليل بالصور ومناقشة مشكلات المريض مع نفسه ووالديه ومدرسيه والعلاج بالإيحاء، وبالإنعاش، وبالاسترخاء، والعلاج السلوكي الظلي والمنقر والتحليل النفسي المختصر والعلاج الكلامي.

"إن القائم المشترك بين هذه الطرائق هو إبعاد الطفل عن مشكلته والتفكير فيها، وتهيئة الأجواء الحرة التي تنتفي فيها القيود والمراقبة، والسماح للطفل بالتعبير التلقائي، هذا حال العلاج باللعب عن طريق ألعاب متنوعة يكون فيها متناسلاً عن انفعالات مكبوتة، أو العلاج بطريقة التحليل بالصور والتعبير عنها، وحالات الاسترخاء التي تبعد عن الطفل التوتر والانقباض والشدّة، ولعل طريقة مناقشة مشكلات المريض مع نفسه ووالديه طريقة ناجحة ومفيدة، لا سيما إذا كانت الأسباب تكمن في أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تؤدي في جزء منها إلى اضطراب اللغة لدى الطفل، فاللقاء مع الوالدين وتبصيرهم بمشكلة ولدهم، ولفت الانتباه إلى ما يستجره أسلوب المعاملة القائمة مثلاً على التدليل أو القسوة أو التمييز بين الأخوة أو ما شابه ذلك، وعقد جلسات مع أسر الأطفال المتلججين والمناقشة فيها تؤدي أدواراً إيجابية في العلاج النفسي لاضطرابات الكلام.

### ٣- العلاج الكلامي:

يقوم العلاج الكلامي على مساعدة الطفل أو المصاب من أجل مقاومة عيوب كلامه وبتث الثقة بنفسه؛ وهناك طرائق متعددة تعتمد على صرف انتباه المريض عن مشكلته وما يعاني من اضطراب انفعالي عن طريق الاسترخاء الكلامي، ويهدف هذا الأسلوب إلى التخلص من عوامل الاضطراب والتوتر في أثناء الكلام، وتكوين ارتباط خاص بين الشعور بالسهولة والراحة في أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي نفسه، وهناك قائمة تمارين خاصة تبدأ بالعادة بالحروف المتحركة ثم بالحروف الساكنة ثم المقاطع والكلمات، وتتم القراءة بهدوء بحيث يعتمد المريض على قراءة المعالج أولاً ثم يقوم المريض بتقليده، وقد كشفت هذه الطريقة جدواها في حالة التمرين، ولكن بعد أن يعود الطفل إلى وضعه الاعتيادي تعود اللجاجة عنده؛ ولهذا فإن هذا الأسلوب يحقق الغاية وقتياً، ومن أجل تدعيم هذا الأسلوب وجد ما يسمى بتعليم الكلام من جديد؛ وهذا التعليم يقوم على إشراك المريض في أشكال مختلفة من المحادثة التي تنسيه مشكلته ومن هذه الأشكال مثلاً الألفاظ والأحاجي والمناقشات الجماعية القائمة على اللعب والتسلية والكلام الحر الطليق.

وهناك طريقة ثانية هي طريقة تمرينات الكلام الإيقاعي وهذه الطريقة تفيد أيضاً في صرف انتباه المصاب عن مشكلته وتسودي بالوقت نفسه إلى سرور المصاب وتعاونه، وهناك عدة طرق لهذا الأسلوب منها النظر بالأقدام أو الخطوات الإيقاعية أو القراءة الجماعية الإيقاعية، ومن أمثلة ذلك يطلب من الطفل قراءة نص يقرأ فيه كلمة واحدة بعد كل نقرة باليد أو نقرة بالرجل، أو أن يقرأ الطفل المصاب كلمة في أثناء مشيه في كل خطوة بخطوها، ولكن تتم الأمور بشكل إيقاعي.

وهناك طريقة النطق بالمضغ وهي طريقة وضعها العالم فروشلاز Froeshles وهي تهدف إلى تخليص المصاب من فكرة أن الكلام بالنسبة إليه صعب وعسير، وفي هذه الطريقة يُسأل المريض بالجلجة عن إمكانية إجراء حركات المضغ؛ ثم يطلب منه أن يقوم بحركات المضغ بهدوء وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة من الطعام، ويطلب من المريض أن يحدث صوتاً في أثناء مضغه وإذا لم يستطع يمكن للمعالج أن يقوم بالعملية حتى يتمكن المريض من تقليده ويطلب منه أن يلفظ كلمات في أثناء المضغ، وهذه الكلمات تكون أجوبة لأسئلة يسألها المعالج، والفائدة من هذه الطريقة تحويل انتباه الطفل المريض عن نطقه المزعج وتفيد بأن المريض ينطق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ؛ وبالوقت نفسه تخلصه من الانفعالات المرافقة لاضطراب الكلام. (الزراد، ١٩٩٠، ١٩٦-١٩٨) إن الطرق المذكورة تتجه بخاصة لمعالجة مظاهر الجلجة والتلعثم والتأتأة .

#### الدور المتكامل في البرنامج العلاجي:

إن علاج الحالات المختلفة لاضطرابات النطق والكلام ينبغي أن تقوم على عمل متكامل بين معلم الصف والمعالج الكلامي والأسرة. أما دور معلم الصف فيتحدد من خلال ملاحظاته على الطفل ومراقبة وضعه؛ ويمكن أن يعرض بعض التفاصيل المتعلقة باستجاباته المختلفة في المواقف المختلفة؛ وبذلك فهو يمكن أن يساعد في تحديد مظاهر الاضطراب وإعطاء الأمثلة لمواقف هذا الاضطراب. وبما أن غالبية الأطفال المضطربين في النطق والكلام يتواجدون في صفوف مدرسية، فإن المعلم يمكن أن يساعد المعالج الكلامي في تعزيز وتدريب ما يقوم به الطفل في أثناء جلسات العلاج الكلامي؛ وذلك في ضوء ما يتبعه هذا المعالج في العيادة. فإذا كانت طريقة المعالج تقوم على المعالجة السلوكية أو أي

طريقة أخرى، فيمكن للمعلم أن يتابعها، فعملية الانتقال من العيادة الخاصة  
بجلسات العلاج الكلامي إلى غرفة الصف المدرسي تعد تعزيزاً لوعي الطفل  
بتعلمه الاتصال الطبيعي.

أما دور الطبيب المعالج والذي يكون متخصصاً في اضطرابات الكلام  
ولديه معرفة بمجالات الأنف والأذن والحنجرة، فهو الطبيب الذي تحال إليه  
الحالات إلى عيادة خاصة، أو يمكن أن يكون طبيباً متنقلاً بين المدارس ليقوم  
بعملية النصح للمعلمين في كيفية مواجهة حاجات الأطفال الذين يشكون من  
عيوب في نطقهم وكلامهم.

أما دور الأسرة فينبغي أن يكون دوراً فاعلاً لأن الطفل يقضي وقته  
الأكثر بين أفراد أسرته؛ ومن الأهمية إشراك الوالدين في علاج مشكلة ابنهم؛  
وبخاصة إذا كانت المشكلات تتصل بوسط الأسرة، فيمكن للمعالج وبمساعدة  
المعلم أيضاً تقديم الإرشادات وتبصير الأسرة بأسباب مشكلة الطفل وكيفية بناء  
الخطوات اللازمة لمواجهة حاجاته في النطق السليم، فمثلاً يمكن أن يسدي المعلم  
أو المعالج نصيحة للوالدين بقوله مثلاً: عليكم ألا تطرحوا الأسئلة التي خبرتم  
أنها تشكل سبباً في اضطراب الكلام لدى الطفل، وبالمقابل عليكم طرح الأسئلة  
وتعزيزها بأمثلة قريبة مما خبرتم أنها تشكل طلاقة ويسر في النطق والكلام. هذا  
الأمر لا ينطبق على نوعية الأسئلة إنما ينطبق أيضاً على المواقف المختلفة، فإذا  
كان الطفل يتلعثم بصورة أكبر في حال وجود الغرباء فينبغي تقليل الخبرات  
السببية التي يتعرض لها الطفل. (أبو فخر ١٩٩٢).



## الفصل العاشر

### الطفل المضطرب سلوكياً و الطفل المنغلق (التوحيدي)

- أولاً - الإطار العام للاضطرابات السلوكية :
- ثانياً - تصنيف الاضطرابات السلوكية .
- ثالثاً - العوامل في الاضطرابات السلوكية .
- رابعاً - خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً .
- خامساً - برامج الأطفال المضطربين سلوكياً .
- سادساً - الطفل المنغلق (التوحيدي) .



## أولاً - الإطار العام للاضطرابات السلوكية :

لا يقتصر وجود الاضطرابات السلوكية على فئات معينة دون غيرها من الأطفال، فهذه الاضطرابات يمكن أن تظهر عند الأطفال المعوقين بكافة فئاتهم؛ كما تظهر عند غير المعوقين من الأطفال العاديين، وكذلك قد تظهر عند الأطفال المتفوقين عقلياً.

والاضطراب السلوكي مفهوم واسع يشمل كل ما يخالط السلوك الإنساني من اضطراب ويحرف مساره عما هو مألوف واعتيادي ومتكيف مع شروط البيئة التي يعيش فيها الفرد؛ بحيث يؤثر هذا الانحراف على توافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين.

وبالرغم من الاستخدام المتنوع في المصطلحات التي تشير إلى الاضطراب كالشذوذ والانحراف والإعاقة في السلوك الاجتماعي والانفعالي والمدرسي، إلا أن الجوهر واحد، فنحن أمام طفل يشكو من اضطراب في سلوكه، أكان هذا السلوك يمثل مظهراً اجتماعياً، أم انفعالياً، أم نفسياً، أم مدرسياً.

### ١- مظاهر الاضطرابات السلوكية:

يتخذ الاضطراب السلوكي مظاهر متعددة ومتباينة، فقد يوصف المضطرب سلوكياً بالعدوانية والتمرد على ممثلي السلطة في نظره، فنجد دائماً في صراع مع والديه ورفاقه، ومدرسيه، وقد ينضم الطفل المضطرب سلوكياً إلى مجموعة من الأطفال بقصد القيام بأعمال لا تتفق مع معايير الجماعة وأساليب السلوك المتفق عليها، كما أن هذا السلوك قد يتسم بالانطواء والانسحاب فيعزف الطفل عن مشاركة أقرانه، ويؤثر العزلة على المشاركة، وبالتالي يعيش في أوهام خاصة به، وقد يكون الطفل المضطرب سلوكياً سريع الاستثارة يثور

بنوبات غضب وعدوان وصراخ، فيضرب ويكسر لأنفه الأسباب أو لأسباب غير كافية لهذه الاستثارة.

كما يمكن لهذه المظاهر أن تتخذ صفة الحساسية الشديدة لتظهر على شكل شعور بالخجل والتردد والخوف الاجتماعي، وعدم الثقة بالنفس وتوقع الفشل. بصفة عامة إن سلوك المضطرب يعكس قلقاً وتوتراً وعدم قدرة على ضبط الانفعالات، ثم إن هناك — عند بعض الأطفال المضطربين سلوكياً — ميلاً إلى الكذب والسرقعة، وعدم القدرة على ضبط التبول أو مظاهر من عدم النضج، كمص الإبهام، وتفضيل اللعب مع الأصغر سناً، أو اللعب غير الهادف، وكل ذلك يعكس أنواعاً من السلوك تتم عن صورة طفل لم ينم نمواً نفسياً وانفعالياً سليماً.

## ٢- المعايير في الاضطرابات السلوكية:

إن الاضطرابات السلوكية تظهر لدى كل فئات الأطفال المتخلفين والعاديين والمتفوقين، وهذه الاضطرابات تظهر بحدود مختلفة، وبدرجات متفاوتة، لكن متى نعد السلوك مضطرباً؟ أيكفي أن نرى الطفل منسحباً في بعض المواقف، أو قلقاً في مواقف أخرى أو يُظهر نشاطاً زائداً لنقول عن سلوكه إنه سلوك مضطرب؟

ثمة شرطان هاما ينبغي توافرها حتى نستطيع أن نحكم ما إذا كان أحد هذه المظاهر يمثل عرضاً للاضطراب السلوكي أو لا؟ أولهما التكرار والاستمرار في هذا السلوك، والشرط الثاني هو أن يؤدي هذا التكرار والاستمرار في السلوك إلى انعدام قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي والشخصي.

ومعنى هذا أن تكرار ظهور الاستجابات السلوكية بمختلف مظاهرها واستمرارها شرط أساسي، فقد يكذب الطفل في أحد المواقف عندما يجد أن قوله

الصدق قد يضره، أو يسيء إليه، وهذا سلوك عادي . أما إذا تكرر كذب الطفل في مواقف مختلفة فإن سلوكه في هذه الحالة شاذ عادي؛ لأن ذلك سيؤثر على العلاقات الاجتماعية التي ينشئها الطفل مع غيره، وعلى مفهوم الطفل عن ذاته واتجاهاته نحو نفسه، وهذا هو الشرط الثاني.

وكذلك يمكن القول بالنسبة لبقية مظاهر الانحراف أو الاضطراب السلوكي، فالطفل الذي يؤثر على نفسه العزلة من أجل متابعة دروسه، والفنان الذي يقضي معظم وقته منعزلاً عن الآخرين، فإن السلوك لديهما نمطاً عادياً تتطلبه مهمات الحياة. أما إذا تكرر السلوك الانطوائي والانسحاب من كل المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل بحيث يؤثر ذلك على علاقاته بمن حوله ويحرمه من إنشاء صلات اجتماعية فعالة ومثمرة ، فعندئذ يصبح الانسحاب عرضاً لاضطراب سلوكي.

### ٣- تعريف الطفل المضطرب سلوكياً :

هناك تعريفات كثيرة للطفل المضطرب سلوكياً، منها أنه ذاك الطفل الذي لا يستطيع أن ينشئ علاقات اجتماعية فعالة وسليمة مع غيره، ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه وغير مثمر (عبد الغفار، الشيخ، ١٩٨٢، ٢٠٩). أما (هلهان وكوفمان ١٩٨١) فيعرفان الاضطراب السلوكي الانفعالي بأنه ذلك السلوك الانفعالي المتطرف والمزمن والذي يبتعد عن توقعات المجتمع وثقافته ومعاييره. ويورد (الخطيب والحديدي ١٩٩٧) تعريفاً يقول به (باور Sower) الأطفال المضطربون سلوكياً هم الأطفال الذين يظهرون أكثر من واحدة من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة:

١- عدم مقدرة على التعلم، لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية.

٢- عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الرفاق والمعلمين.

٣- ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية.

٤- شعور عام بالأكئاب وعدم السعادة.

٥- نزعة نحو معاناة أعراض جسمية وآلام ومخاوف في ما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية.

ويمكن أن نحدد الطفل المضطرب سلوكياً ، أنه الطفل الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الأطفال العاديين في جوانب مختلفة انفعالية واجتماعية شخصية ، وتتحدد مظاهر هذه الجوانب بالاستجابات التي تعبر عن طفل لم يتم نمواً سليماً وتتكرر لديه هذه الاستجابات، مما يؤثر في علاقته مع نفسه ومع غيره، الأمر الذي يتطلب تربية علاجية وإرشادية لمواجهة حاجاته الانفعالية.

#### ٤- انتشار الاضطرابات السلوكية:

تختلف نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية تبعاً لمعايير الاضطراب السلوكي، وتحديد درجته الذي يعكس بالأصل الموضوع في الحد الفاصل بين السلوك السوي والسلوك المضطرب، فعلى سبيل المثال يقدر (شولتز ورفاقه Schults et al 1971) المضطربين سلوكياً بنسبة تتراوح ما بين ٠,٥% — ١٥% في عدد من الولايات المتحدة الأمريكية (عن الروسان ١٩٨٩). أما (باور Bower) فيقدر النسبة بحوالي ١٠% لدى أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية. أما انتشار الاضطرابات وفقاً للجنس فهي تقع عند الذكور أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث، وفيما يتعلق بالعمر الزمني فالاضطرابات السلوكية قليلة الحدوث نسبياً في المرحلة الابتدائية، ترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة ثم تعود لتتخفف من جديد في المراحل اللاحقة.

وتقع الاضطرابات السلوكية عند فئات المعوقين بصورة أكبر مما تكون عند غير المعوقين، وذلك بحكم ما يواجه الطفل المعوق من إحباطات وخبرات الفشل في أن يكون على قدم المساواة مع العاديين.

## ثانياً - تصنيف الاضطرابات السلوكية :

يصنف (عبد الغفار، الشيخ، ١٩٨٢، ٢١٧) الاضطرابات الانفعالية - الاجتماعية إلى قسمين :

**القسم الأول :** ويشمل تلك الحالات التي يُعبر فيها عن الصراع النفسي بصورة مقنعة وغير مباشرة، بمعنى أن تتخذ الحوافز المرفوضة أو المشاعر المكبوتة التي عملت على نشوء الصراع النفسي وتكوينه، صورة أعراض مرضية معيبة مثل حالات الاضطراب العقلي والاضطراب النفسي.

**والقسم الثاني :** يشمل تلك الحالات التي يُعبر فيها عن الصراع النفسي بصورة مباشرة، بمعنى أن تجد الحوافز المرفوضة أو المشاعر المكبوتة، التي عملت على توليد الصراع النفسي، الذي يعانيه الفرد منفذاً إلى الخارج عن طريق سلوك عدائي أو مضاد للمجتمع أو مضاد للذات أو سلوك انسحابي، كما يشمل الانحرافات السلوكية، كالسرقة والكذب والحقد والعدوانية والأساليب الانسحابية.

أما (هلهان وكوفمان ١٩٩١) فيصنفا مظاهر الاضطراب السلوكي في فئتين:

١- فئة الأفراد ذوي الاضطرابات السلوكية البسيطة والمتوسطة.

٢- فئة الأفراد ذوي الاضطرابات السلوكية الشديدة.

أما أفراد الفئة الأولى فهم الذين يشكلون الغالبية العظمى من المضطربين سلوكياً، وتظهر الاستجابات السلوكية في عدة مظاهر منها: العناد المستمر، وعدم

الطاعة ، المشاجرة مع الآخرين، المزاج الحاد، إيذاء الآخرين، صعوبة تحمل المسؤولية والتهرب منها، الغيرة المتطرفة، سرعة الغضب، جذب انتباه الآخرين، سرعة الانسحاب من المواقف، النشاط الزائد، الخجل الشديد، الحساسية الزائدة، سرعة تشتت الانتباه، الأنانية المفرطة، القلق الزائد، زيادة أحلام اليقظة، الكسل الزائد، حالات الجنوح كالسرقة والعدوان بأشكاله المختلفة، الكذب ...

أما أفراد الفئة الثانية، فهم الذي يشكلون النسبة الأقل والتي تبدو في مظاهر واستجابات سلوكية مرضية مزمنة، مثل حالات الانغلاق Autism وحالات فصام الطفولة والمتلازمات التي تظهر فيها حركات جسمية مستمرة، وجملة الاضطرابات العقلية والاضطرابات النفسية الشديدة كحالات الهستيريا والقلق والاكتئاب. وسوف يُفرد في نهاية هذا الفصل قسمٌ خاصٌ لعرض حالة الطفل المنغلق Autistic والتي يمكن أن تشكل حالة من حالات الفئة الثانية من الاضطرابات السلوكية، علماً أنها فئة مستقلة بحسب تصنيف الاضطرابات وفئات المعوقين.

### ثالثاً - العوامل في الاضطرابات السلوكية :

ترجع الاضطرابات السلوكية إلى عوامل عديدة منها عوامل عامة وهي تلك المتصلة بعامل البيئة والوراثة، وعوامل فرعية تنفرع عن العاملين العاملين الأساسيين، وكل اضطراب له عوامله الخاصة به، وقد تشترك مجموعة مظاهر في عودتها إلى عامل واحد بمعنى أن مجموعة مظاهر قد تعود لعامل واحد؛ وبالوقت نفسه قد ينشأ المظهر الواحد من الاضطراب السلوكي نتيجة عوامل مختلفة، فقد تكون أعراض العدوانية والسرقة والمشاجرة نتيجة عدم الأمن الذي يواجهه الطفل في إطار أسرته من خلال تلقيه لأساليب التنشئة المتشددة، أو

الخلاقات الزوجية المستمرة، وبالوقت نفسه يمكن للعذوانية أن تكون ناجمة عن الرغبة الملحة في الاستقلالية، أو عدم تقبل الطفل، أو الشعور الزائد بالنقص وعدم الكفاءة أو الإحباطات المتكررة لرغبات الطفل.

كما يمكن تصنيف الأسباب تبعاً لتصنيف اضطرابات السلوك، فغالباً ما تعود أسباب الاضطرابات السلوكية البسيطة و المتوسطة، أي أفراد الفئة الأولى في التصنيف السابق أعلاه إلى عوامل بيئية مختلفة، في حين تعود الاضطرابات السلوكية الشديدة إلى عوامل بيولوجية وراثية، وقد تتداخل في بعض أعراض الاضطراب السلوكي كل من عوامل البيئة والعوامل البيولوجية الوراثية.

إن الكذب والسرقه وإيذاء الآخرين والغيرة والحساسية الزائدة... ، غالباً ما تعود إلى أسباب بيئية متصلة بجملة الشروط التربوية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيش في إطارها الطفل، وقد يكون هناك احتمالات لوجود عوامل بيولوجية مؤثرة فيها. بينما يكون الفصام الطفولي وحالات الانغلاق الطفلي؛ الاضطرابات العقلية والنفسية الشديدة، ناجمة عن عوامل بيولوجية ساعدتها أيضاً عوامل بيئية. من العوامل البيئية التي تؤدي إلى اضطرابات السلوك ، عوامل متصلة بالبيئة الأسرية، وعوامل مدرسية وعوامل متصلة بجملة الشروط الاجتماعية والاقتصادية، فالأسباب الأسرية عديدة، وهي الأسباب التي تؤدي إلى نمو شخصية الطفل نمواً غير متوازن وغير سليم، مما يؤدي إلى ضعف في تكوين الشخصية وعدم قدرة الطفل على استخدام الحيل النفسية لتحقيق التكيف، ومن هذه الأسباب أنماط العلاقة بين الطفل ووالديه، وأساليب التنشئة وأثرها في الطفل مثل أساليب الرفض والحماية الزائدة والمغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة من الطفل ، والخلاقات الوالدية، والوالدان العصائيان ... والتي تترك آثارها في شخصية الطفل على شكل عدم الشعور بالأمن والحاجة إلى جذب انتباه الآخرين

والاعتمادية ، والصراع النفسي وعدم الثقة بالنفس، والقلق والتوتر والعزلة والخوف وماشابه من الاستجابات المرضية. هناك عوامل مدرسية تظهر عبر ما يتلقاه الطفل من خبرات سارة أو مؤلمة، وأساليب المعاملة المدرسية من قبل المعلمين ومن قبل الأقران، وأساليب توجيه الضاغطة لأن يكون التحصيل مرتفعاً والمغالاة في المستوى المطلوب من الطفل، وعدم احترام إمكاناته ومعرفتها، ومعرفة ميوله واستعداداته.

وهناك اثر من الأقران وبخاصة أقران سوء وشلل الأطفال المولعين بالتجوال والتطوُّب Truancy في الطرقات والشوارع.

أما العوامل البيولوجية فهي تلك العوامل المسؤولة غالباً عن حالات الاضطراب السلوكي الشديد مثل العوامل المرتبطة بالوراثة، والعوامل المؤثرة في الجنين في أثناء الحمل وسوء التغذية، والأمراض التي تتعرض لها الأم، والتي تؤدي إلى إصابات بيولوجية مختلفة وبخاصة في الدماغ، وكذلك العوامل المؤدية إلى شذوذ النمو العضوي أو عدم انتظامه.

إضافة إلى كل ذلك، يمكن أن تتداخل العوامل البيئية والعوامل البيولوجية ، بحيث يتعذر أحياناً الفصل بينهما، ففي حالة الطفلة المصابة بالفصام الطفولي لأم فصامية لا نعرف إذا كان الأثر الأكبر لعوامل الوراثة أو لعوامل البيئة، فالأم الفصامية ستتعامل مع طفلتها التي ستكتسب أنماطاً سلوكية واستجابات معينة مشابهة لاستجابات أمها، وهذا بفعل الاكتساب والبيئة، إلا أن الواقع أيضاً يدل على أن الطفلة لديها استعدادات وراثية للإصابة بهذا الاضطراب، وفي مثل هذه الحالات وحالات مشابهة، لانستطيع أن نحدد إذا كانت الفتاة قد ورثت الاضطراب عن الأم، أو أن حياة الطفلة مع مثل هذه الأم هي التي أدت إلى إصابتها بهذا الاضطراب، أو أن العاملين قد عملاً معاً وأديا إلى هذه الآثار.

## رابعاً - خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً :

من الصعب الكلام عن خصائص ثابتة عند الأطفال المضطربين سلوكياً، أو خصائص عامة عند الأطفال بمختلف فئاتهم ، فالمشكلات التي يعاني منها هذا الطفل غير تلك عند طفل آخر، والعوامل التي أدت إلى هذا الاضطراب هي غيرها التي أدت إلى اضطراب آخر، ولكن هناك قاسم مشترك بين كل من يعاني من اضطراب سلوكي، وهذا القاسم يتحدد فيما يلي :

### ١- الخصائص الانفعالية - الاجتماعية :

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب سلوكي هو طفل مضطرب انفعالياً، وعاجز عن إنشاء علاقة سليمة مع نفسه، ولايستطيع أن ينشئ علاقة اجتماعية سليمة مع غيره، فالطفل الذي نشأ ولم يشبع حاجته إلى الأمن يعجز عن أن يأمن إلى غيره في علاقاته الاجتماعية، كما أن الذي ادت الظروف التي عاش فيها إلى عدم إشباع حاجته إلى الحب والتقبل لايستطيع أن يحب غيره أو يتقبله، لأنه لم يسبق له أن شعر بحب الآخرين أو تقبلهم له. والطفل الذي اتسمت اتجاهات أبويه بالسلبية نحوه في أثناء نموه وشعر بالفرض وعدم التقبل لاشك أنه يشب عاجزاً عن تقبل ذاته؛ لأن تقبل الذات ما هو إلا انعكاس لتقبل الآخرين لها، وبالمثل فإن الطفل الذي شب في أسرة وهو يفتقد إلى الحب، فإنه لن يتمكن أن يحب ذاته ويحب الآخرين.

### ٢- الخصائص العقلية والتحصيلية :

تتأثر جوانب الطفل العقلية بما يكون عليه حاله من فقدان الأمن والحب والتقبل، وينعكس ذلك على الأداءات العقلية والتحصيلية، فغالباً ما يكون المضطربون سلوكياً أقل تحصيلاً من غير المضطربين، قد يكون ذلك لانخفاض في القدرات العقلية، وقد يكون ذلك ناجماً عن شروط الوسط الذي يعيش فيه الطفل وأثرت في حياته النفسية والانفعالية. هذا الكلام ينطبق على فئات

المضطربين سلوكياً من الحالات البسيطة والمتوسطة؛ أما الحالات الشديدة من الاضطراب فغالباً ما تواجه مشكلات عقلية يتعذر معها للطفل أن يكون في حدود ما هو عادي ومتوسط ، وغالباً ما تظهر الجوانب التحصيلية والمعرفية على شكل اضطرابات سلوكية في المدرسة، فكثير من الباحثين أشاروا إلى العلاقة القوية بين الاضطرابات السلوكية وصعوبات التعلم، كما أن الأبحاث التي أجريت حول موضوع تحصيل الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية وخاصة الدراسات التي ذكرها (هلهان ١٩٧٧) و (هيوارد ١٩٨٠) تشير إلى تدني أداء المضطربين سلوكياً في نواحي التحصيل المدرسي، ففي الدراسة التي أجراها (جلافن و انسلي) ( Glavin & Annesley, 1977) على (١٣٠) طفلاً من المضطربين سلوكياً أشارا إلى أن ١٨% من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة وأن ٧٢% منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات. ويضيف (هلهان) إلى ذلك مشكلات أخرى ترتبط بهؤلاء الأطفال؛ مثل مشكلات عدم القيام بمهارات الحياة اليومية الأساسية كالنظافة وارتداء الملابس والاستحمام ... (الروسان، ١٩٨٩، ٢٠٣).

### خامساً- برامج الأطفال المضطربين سلوكياً

لقد وجهت التربية الخاصة منذ النصف الثاني من القرن العشرين اهتمامها إلى الأطفال المضطربين سلوكياً. كما أن المجتمع لم يغفل أمر هذه الفئة فأنشأ مؤسسات لرعاية الأحداث الجانحين وعيادات للإرشاد والعلاج لحالات الاضطراب النفسي والعقلي. كما أن المدارس أوجدت تنظيمات مختلفة إما على شكل صفوف خاصة بالمضطربين سلوكياً؛ وهذه الصفوف مؤقتة ريثما يتم تعديل سلوك الطفل وتقويمه، وإما على شكل خدمات يقدمها المرشدون النفسيون

والاجتماعيون والموجهون التربويون الذين يقومون بدراسة الحالات وتشخيصها ووضع إجراءات الإرشاد اللازمة للمضطربين سلوكياً ولذويهم.

إلا أن المدرسة لم تأخذ بعد دورها الفاعل في مواجهة الاضطرابات السلوكية بالأطفال، والمعلمون أيضاً غالباً ما يثير انتباههم الطفل المشاكس والمشاعب والعدواني والأطفال الذين يقومون بأفعال السرقة، وقلما ينتبهون إلى أولئك الأطفال الخجولين المنسحبين، والسلبين، ومثل هؤلاء الأطفال ينبغي توجيه العناية لهم والاهتمام بهم والوقوف عند مشكلاتهم ومواجهتها.

التعرف على المضطربين سلوكياً في المدرسة:

تتطلب عملية تنظيم التربية الخاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً من معرفة هذه الاضطرابات وأنواعها، وتحتاج عملية التعرف إلى خبرة المختصين لمساعدة المعلمين والمرشدين أيضاً في تحديد حالات الاضطراب أو الحالات المهيأة للاضطراب، ويقدم (كافرسيس Kavaraceus) الاستمارة التالية ليستخدمها المدرسون في التعرف على الأطفال من تلك الحالات، ونقدم بعض بنود هذه الاستمارة: (عبد الغفار، اشيش، ١٩٨٢)

|   |                                  |     |    |           |
|---|----------------------------------|-----|----|-----------|
| ١ | يبدي كراهية نحو المدرسة.         | نعم | لا | غير متأكد |
| ٢ | لا يخضع لقواعد المدرسة ونظمها.   |     |    |           |
| ٣ | لا يميل إلى البرامج المدرسية.    |     |    |           |
| ٤ | يرسب في اختبارات كثير من المواد. |     |    |           |
| ٥ | رسب سنة دراسية أو أكثر           |     |    |           |
| ٦ | قدرته الأكاديمية محدودة.         |     |    |           |
| ٧ | طفل سيء السلوك.                  |     |    |           |

|    |                              |  |  |
|----|------------------------------|--|--|
| ٨  | يحطم أدوات المدرسة وآثارها.  |  |  |
| ٩  | يتميز سلوكه بالقسوة والعنف.  |  |  |
| ١٠ | ينفجر في نوبات غضب بالصف.    |  |  |
| ١١ | يهرب من المدرسة.             |  |  |
| ١٢ | يرغب في الانقطاع عن المدرسة. |  |  |
| ١٣ | لا يشارك في نشاط المدرسة.    |  |  |

وإذا كانت هذه بعض أوجه المشكلات التي يمكن أن يعاني منها الأطفال في المدرسة، فإن هناك اضطرابات سلوكية تشير إلى انحراف في العلاقة الاجتماعية مع الآخرين، كالانضمام إلى رفاق السوء، والسرقة، والانسحاب، أو تشير إلى اضطراب في الشخصية كالشعور بالنقص، والحساسية المفرطة، وقضم الأظافر والقلق وماشابه ذلك.

### برامج التربية العلاجية :

تهدف برامج التربية العلاجية الموجهة للأطفال المضطربين سلوكياً إلى مساعدتهم من أجل التخلص من الاضطراب والعودة بالطفل إلى الحياة الآمنة المشبعة بالحب والتقبل، وعند إنشاء فصل خاص بهؤلاء الأطفال يكون في الاعتبار أن وجود الأطفال سيكون مؤقتاً ريثما يتم تعديل سلوكهم ، ولهذا يتطلب هذا الفصل وجود مختصين معالجين لأوجه الاضطرابات المختلفة وبأساليب مختلفة.

وبرامج التربية العلاجية تختلف من بلد إلى آخر من حيث استخدام طرائق مواجهة حاجات هؤلاء الأطفال، ولكن الهدف واحد. فهذه الطرائق تقوم

على اتجاهات ومدارس مختلفة في العلاج ، فمنها من يقوم على أساس نظرية التحليل النفسي، أو على أساس الاتجاه غير المباشر الذي يمثله (روجرز) ، ومنها مايقوم على أساس النظرية السلوكية ، وغيرها من الاتجاهات، وعندما نتكلم عن هذه الاتجاهات لانعني أن تجد لها طريقاً في التطبيق الاكلينيكي ، بل أن يستفيد التربويون منها لتطبيقها في برامج التربية العلاجية.

تقضي برامج التربية العلاجية أن يتواجد الأطفال المضطربين سلوكياً في صف تتوفر فيه أجواء التسامح وإطلاق الانفعالات المكبوتة، والتقبل والحب والمزيد من العناية والدفء العاطفي. أما طرق التدريس فينبغي أن تقوم على التدرج من البسيط إلى المركب، ومن المهمات المحسوسة إلى المهمات الأكثر تجريداً. كما ينبغي أن تتضمن محتويات المنهاج أنشطة فنية ورياضية وترويحية، وأنشطة اجتماعية تشبع حاجة الطفل إلى الانتماء والتقبل.

### برامج الإرشاد والتوجيه:

يمكن لمؤسسات مختلفة أن تعد برامج خاصة في الإرشاد والتوجيه معدة لمساعدة الأفراد من أجل تحقيق أفضل للتكيف مع الذات والآخرين. ويعرف برنامج التوجيه والإرشاد أنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً؛ بهدف مساعدة الأفراد في تحقيق النمو السوي والتوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها" (زهران، ١٩٨٦، ٤٣٩).

أما خدمات البرنامج فتتضمن الخدمات النفسية والخدمات التربوية، والخدمات الاجتماعية وغيرها...

وهذه البرامج يكون لها أهداف وقائية وعلاجية يقوم بها فريق متخصص من المرشدين والمدرسين . — المرشدين وغيرهم مما تضمهم المدرسة، وذلك لتقديم الخدمات لأولئك الطلبة الذين يعانون من مشكلات سلوكية وتعليمية. وفي

حال وصول المشكلة إلى حد الاضطراب فيمكن تحويلها إلى المرشد المتخصص أو المعالج النفسي المتخصص.

### المؤسسات التي تعنى بالمضطربين سلوكياً:

هناك جهات متعددة تعنى بالمضطربين سلوكياً، المدرسة وما تقدمه من خدمات عبر المرشد النفسي فيها، وعبر قدرتها على تنظيم برامج خاصة بهؤلاء الأطفال، والمؤسسات الخاصة برعاية الأحداث الجانحين، هذه المؤسسات التي تنظمها قوانين خاصة بها من حيث التشريع القانوني الذي يحدد فيه أعمار كل من الحدث والطفل والولد والمراهق والفتى وتوضيح شأن من يلاحق منهم، فالطفل لا يلاحق جزائياً، ولا عقاب على الولد، ولكن المحكمة أن تفرض عليه تدابير الحماية، ولها في حالات التكرار أو التمرد أن تفرض عليه تدابير التأديب، ولا يعاقب المراهق إلا أن المحكمة تفرض عليه تدابير التأديب بموجب حكم يصدر عن محكمة الأحداث. أما الفتى فيحبس؛ ولكن الأحكام القانونية النافذة في حال الكبار تخفف في حالته، وتنفذ عقوبة حبسه في أمكنة خاصة تتوافر فيها وسائل التربية والتعليم.

وتقدم في مؤسسات إصلاح الأحداث الجانحين أوجه الرعاية النفسية الاجتماعية والتعليمية والإرشادية، ويتم تأهيل الحدث تعليمياً ومهنياً .

وهناك مؤسسات في التوجيه النفسي وعيادات الطب النفسي تعنى بالمضطربين سلوكياً، أكان ذلك داخل مؤسسات رسمية أم مؤسسات خاصة . كما توجد مراكز للإرشاد تقدم خدماتها للأسر، كون الاضطرابات السلوكية عند الأطفال ترجع في جزء كبير منها إلى الوسط الأسري الذي يعيشه الطفل.

ولا تختلف هذه المؤسسات من حيث طبيعة خدماتها، إنما تختلف باختلاف درجة الاضطرابات والتعامل معها؛ فعيادات الطب النفسي تُعنى بالمشكلات السلوكية الأكثر خطورة، كحالات السُّذَّهان، وحالات الاضطراب النفسي والعقلي الشديدة، بينما تهتم عيادات التوجيه والإرشاد بالحالات المتوسطة والخفيفة، والتي يرجع الاضطراب فيها إلى عوامل بيئية.

ومع ازدياد حالات الاضطراب السلوكي عند الأطفال فإن المسؤولية تقع على الجهات المذكورة وغيرها، ولكن يعول على المدرسة أن تأخذ دورها بشكل أوسع بحيث تنظم برامج وقائية وعلاجية تستهدف هذه الحالات.

### سادساً- الطفل المنغلق (التوحدي) Autistic

لقد ترجم مصطلح (Autistic) بترجمات مختلفة منها " التوحدي" و "الذاتوي" و"الانطوائي" و"الاجتراري"، ونؤثر ترجمتها بالانغلاق أو المنغلق، لأن المبدأ في هذا المصطلح هو الانغلاق على الذات، وهذه الحالة يختلط موقعها عند العاملين في مجال التربية الخاصة، فمنهم من يفرد لها بحثاً خاصاً؛ ومنهم من يلحقها بالاضطرابات السلوكية لكونها اضطراباً سلوكياً شديداً، ومنهم من يلحقها بحالات التخلف العقلي، وفي بعض المراجع يتم الجمع بينها وبين فصام الطفولة، ونؤثر أن نلحقها مع اضطرابات السلوك ولكن مع استقلالية نسبية، فهذه الحالة هي اضطراب سلوكي، ولكن لها من الخصائص ما تتميز به عن حالات كثيرة من الاضطراب السلوكي والتخلف العقلي.

١- وصف الاضطراب ومعدل انتشاره:

إن أول من وصف هذا الاضطراب هو (ليوكانر Leo Kanner) والذي أكد على أن هذا الاضطراب يظهر في مرحلة مبكرة من النمو؛ وذلك قبل السنتين

ونصف، وتظهر علامات هذا الاضطراب من خلال عدم القدرة على التواصل الاجتماعي.

وتجمع المراجع المختلفة على وصف الطفل المنغلق أنه طفل غير قادر على إنشاء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، فهو لا يتواصل بصرياً؛ ويكون مشغولاً بذاته ولا يعنيه ما يجري حوله، وهو بالوقت نفسه يعاني من اضطراب في التواصل اللغوي، فلا يستجيب الاستجابات المطلوبة أكان ذلك من حيث الأداء أم من حيث اللغة، أم من حيث الاستجابات الانفعالية. يصف عالما النفس (دوراند وكار Durand and Carr 1988) الطفل المنغلق بأنه " يبدو قانعاً وراضياً عن ذاته، ولا يبدي انفعالاً واضحاً أو تودداً حين ملاحظته، ولا ينتبه إلى أي شخص قادم أو خارج أمامه، ولا تبدو عليه علامات السعادة حين رؤيته أحد والديه أو أقرانه في اللعب" (عبدالله، ٢٠٠١، ١١)، كما يتصف الطفل المنغلق بالسلوك النمطي والمقاومة للتغيير، والانجذاب الشديد نحو بعض الأشياء دون غيرها. إلا أن (كانر) يرى أنه على الرغم من رغبة هؤلاء الأطفال أن يتقوا ويخيلهم وتفضيلهم اللعب بالشيء نفسه وبشكل نمطي، إلا أنهم يتقبلون عدداً محدوداً من الناس يمكن أن يساعدوا في إخراجهم من العزلة. وإن هذه الاجتماعية تزداد مع تقدمهم في العمر، وهذا عنصر هام ينطوي على التفاؤل من إمكانية تحسين وتعديل سلوكهم.

وهناك فروق بين الأطفال المنغلقين، ففي حين يتعذر عند بعضهم اللغة بصورة مفهومة وطبيعية، نجد عند بعضهم لغة مفهومة، وقد يظهر بعضهم قدرات خاصة في الحساب أو التعبير الفني؛ في حين نجدهم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية ومانتطلبه من عمليات تواصل لغوي وبصري.

وقد تترافق مظاهر هذا الاضطراب مع حالات التخلف العقلي، كما أنها قد تترافق مع حالات الصرع و حالات من الأمراض العقلية. يظهر هذا الاضطراب عند الذكور أكثر بأربعة أضعاف مما عند الإناث ، ونسبة انتشاره قليلة نسبياً حسب بعض المعطيات بحوالي ٢-٥ ولادات من كل ١٠٠٠٠ عشرة آلاف ولادة. أما في معطيات أخرى تبين أن معدل حدوث هذا الاضطراب قد بلغ حالة لكل ١٠ آلاف طفل.

## ٢- تشخيص الانغلاقية وتعريف الطفل المنغلق:

يذكر (الخطيب وحديدي ١٩٩٧) أن الانغلاقية بحسب دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي هي أحد أشكال " الاضطرابات النمائية العامة" ويقدم هذا الدليل ستة عشر معياراً لتشخيص الانغلاق على الذات ، وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات وهي :

١- قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

٢- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل.

٣- وجود مدى محدود جداً من النشاطات والاهتمامات.

## الفئة الأولى : وتتضمن المعايير التالية :

١- لا يتواصل الطفل مع الآخرين وإنما يصدر أصواتاً غير مفهومة، ولا يظهر

تعبيرات وجهية أو إيماءات مقبولة.

٢- يتواصل بطرق غير لفظية شاذة(التشنج عندما يقترب من الآخرين، لا ينظر

إلى الشخص الذي يتفاعل معه، ولا يبتسم له، لا يرحب بالوالدين أو بالزوار،

يحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

٣- غياب النشاط التخيلي وعدم الاهتمام بالتقصص أو الأدوار التي تدور حول أحداث تخيلية.

٤- إخراج الكلام بصورة غير مألوفة من حيث حدة الصوت أو علوه أو إيقاعه.

٥- اضطراب ملحوظ في محتوى الكلام، مثل التكرار الآلي لدعايات (التلفاز) أو استخدام الضمائر بصورة غير صحيحة كقوله أنت بدلاً من أنا أو العكس.

٦- قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم بالرغم من قدرته على الكلام.

الفئة الثانية : قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل ، ويظهر في الأشكال التالية:

١- عدم الوعي بوجود الآخرين وبمشاعرهم (يعامل الأشخاص وكأنهم أدوات، لا يتعاطف معهم انفعالياً).

٢- لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة، ويعبر عن هذه الحاجة بطرق شاذة.

٣- لا يقلد الآخرين ولا يستطيع تمثل العادات الاجتماعية ، فهو لا يلوح بيده مودعاً أو لا يقلد نشاطات الأم في المنزل، وإذا قلد بعض الإشارات فإنما يقلدها بطريقة آلية نمطية.

٤- لا يشارك الأطفال في ألعابهم إنما يؤثر اللعب منفرداً.

٥- عدم قدرته على إنشاء صلات وعلاقات صداقة بينه وبين الآخرين.

الفئة الثالثة : وجود مدى محدد جداً من الاهتمامات والنشاطات ، ويظهر ذلك عبر مايلي :

١- حركات جسمية نمطية مثل هز الرأس أو ثني اليدين وماشابه ذلك.

٢- التعلق بأشياء ليس لها قيمة والانشغال بصورة متكررة بأجزاء الأشياء.

٣- الإصرار على النمطية في النشاط كأن يصر على اتباع الطريق نفسه السني  
يذهب به إلى البقال.

٤- الانفعال الشديد عند إحداث تغيرات بسيطة في البيئة مثل تغير الكرسي من  
مكانه مثلاً .

٥- مدى محدود من الاهتمام والنشاط كأن يركز على وضع الأشياء فوق بعضها  
بصورة آلية.

ويتم توظيف هذه المعايير في التشخيص؛ وذلك عندما ينطبق على الطفل  
على الأقل فقرتان من الفئة الثانية، وعلى الأقل فقرة من الفئة الأولى وفقرة من  
الفئة الثالثة، ولا يعد هذا المعيار محققاً لفرض التشخيص إلا إذا كان السلوك  
شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل.

وفي ضوء هذه المعايير في التشخيص يمكن تحديد الانغلاقية بما يلي :  
الانغلاقية : اضطراب نمائي سلوكي يصيب الطفل ويظهر عبر مشكلات  
أساسية في العلاقات الاجتماعية وفي التواصل مع الآخرين، ومع المحيط وعبر  
الأنماط السلوكية التي تكشف عن نفسها مثل عدم الاكتراب بالمحيط الطبيعي  
والاجتماعي، والاهتمام بشؤون ذاتية خاصة وبالانجذاب نحو الأشياء وتكرار  
فعلها ومقاومة التغيير والانفعال بالذات .

### ٣- خصائص الأطفال المنفلقين :

هناك مجموعة خصائص تميز هذه الفئة من الأطفال أهمها:

#### أ- خصائص تواصلية :

تعد القدرة التواصلية واحدة من الصعوبات الرئيسية بالنسبة للطفل  
المنغلق، وتظهر هذه الصعوبة في مهارتي التعبير والاستقبال اللغوي، أكان ذلك

في مهارات اللغة الملفوظة أم في أشكال اللغة الأخرى ، الإيماءات، والتعبيرات والإشارات.

وبين الأطفال المنغلقيين فروق فردية في القدرة التواصلية، فعند ٥٠% من الأطفال ذوي الحالات الشديدة تضطرب القدرة التواصلية اللفظية وغير اللفظية، وعند القسم الآخر من ذوي القدرات العالية تضطرب القدرة التواصلية اللفظية فقط.

ومما يميز الأطفال في خصائصهم التواصلية بحسب (كوتر وآخرون 1992، Gotera et al) أن هذه الفئة من الأطفال تعاني قصوراً في فهم واستخدام الإيماءات، أما قدراتهم التعبيرية فهي محدودة ، فعند ٥٠% منهم يتعذر الكلام ، وهناك صعوبات في فهم المفاهيم الأساسية وبواجهون صعوبات في الإجابة على أبسط الأسئلة ، وتظهر عندهم مجموعة من اضطرابات اللغة مثل ترديد الكلام بغير المفهوم (أكولاليا) واستخدام الأسماء بشكل معكوس، والتوقف في أثناء التواصل، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر بصورة سوية سليمة.(عن جيلبرغ وبيترز ١٩٩٩).

#### ب - خصائص اجتماعية:

إن الخصائص الاجتماعية مرتبطة مع الخصائص التواصلية، لأن التواصل يتطلب الآخرين؛ والسلوك الاجتماعي يتطلب التواصل اللغوي . إن ما يتصف به الأطفال المنغلقيون عدم قدرتهم على إنشاء علاقات اجتماعية بحيث يقتصر التواصل على أشخاص محددين وبشكل نمطي وآلي؛ فهم يخافون من الأشخاص الجدد والأماكن الجديدة، وعدم القدرة على فهم الأمور الاجتماعية ومسبباتها، وهم يتجنبون الاتصال البصري مع الآخرين، لهذا نجد أن بصرهم منكفئ إلى الأسفل أو يغربون عن النظر بعيون الآخرين، وغالباً ماتكون

استجاباتهم استجابات غير سوية كالصراخ أو الضحك أو التمتمة بشكل غير مناسب إزاء المواقف والآخرين؛ ويقتصر اللعب على أنفسهم، فهم يرفضون اللعب الاجتماعي، ولا يشعرون بالتعاطف نحو الآخرين وتنفصهم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم، كما أنه لا يتوفر لديهم حتى الحد الأدنى من الفهم الاجتماعي (المرجع السابق، ١٨).

### ج - الخصائص المعرفية :

يعجز الطفل المنغلق عن تنظيم المدركات في محيطه، ولا يستطيع التركيز على موضوع خارج ذاته، وهو غير قادر تماماً على المحاكاة والمقارنة والتمييز لهذا يظهر سلوكه الاستكشافي محدوداً، فهو قد يبقى محديقاً ومثبتاً نظره في أشياء دون مبرر لذلك، وإذا أظهر سلوكاً استكشافياً فإنما بطرق بدائية وغير مناسبة كالشم ومسك الأشياء باليد، وهو لا يتذكر إلا ما يناسب ذاته، ولديه انتباه محدود جداً للنشاط الذي ينفذه. لهذا فقد أكدت بحوث كثيرة أن هناك ضعفاً معرفياً يقوم عليه اضطراب (الانغلاق) وبخاصة في الإدراك وتعلم الانتباه والذاكرة والتصور والتفكير.

وما تشير إليه بعض الأبحاث أن هناك نحو ٧٥% من الأطفال المنغلقين هم متخلفون عقلياً فقد وجد (جيلبرغ Gilberg) أن أكثر من ٧٥% من الأطفال الذين يعانون من الذهان الطفولي والانغلاق حاصل ذكائهم مادون ٧٠% وهم بذلك يندرجون ضمن التخلف العقلي (المرجع السابق).

### د - الخصائص التعليمية :

لاشك أن الطفل المنغلق الذي يعاني من صعوبات كبيرة في الاتصال اللغوي والاجتماعي ونقص الجوانب المعرفية، سيؤثر ذلك في جوانب حياته التعليمية، إضافة إلى أنه يظهر عند قسم كبير من الأطفال نقص في نسب الذكاء، لهذا فإن خصائصهم التعليمية تشابه إلى حد كبير خصائص المتخلفين عقلياً.

أما خصائصهم التعليمية فتظهر في مقاومة التغيير في البيئة التعليمية ،  
وضعوبة في مواكبة الوقت المطلوب لإنجاز مهمة تعليمية ما، وعدم القدرة  
للاستفادة من مواقف تعليمية معينة في مواقف أخرى، وغياب الدافعية للتعلم ،  
وظهور الاندفاعية وعدم الثبات في المواقف، وعدم القدرة على إنشاء المفاهيم  
وتعلمها، وهو بالتالي بحاجة إلى من يعلمهم أو يوجههم في صنع القرار أو  
الخيار أمام ما يواجهونه.

#### هـ - خصائص متعلقة بقدرات خاصة :

على الرغم من أن الطفل المنغلق يعاني من نواحي قصور مختلفة؛ إلا  
أن هناك أدلة - ربما تكون استثنائية - تشير إلى وجود مهارات مكانية  
بصرية، ولديه القدرات المميزة على التوجه كما بينت ذلك (وينج Wing) وإن  
بعضهم لديه قدرات خاصة موسيقية، وعددية وغانائية، وقدرات في تذكر  
الأماكن، ونسخ الرسوم (أبو فخر، ١٩٩٢).

#### ٤- التوجهات العامة في معالجة الانغلاقية

شهدت معالجة الأطفال المنغلقين طرائق عديدة وتحولات كثيرة، كانت  
لهذه الطرائق مزايا وسلبيات، والتحول الذي طرأ على هذا الميدان يجد أن كان  
من اهتمام الأطباء والنفسيين انتقل أيضاً إلى التربويين لأخذ أدوارهم ، لأن  
مشكلة الأطفال المنغلقين ، مشكلة سلوكية يمكن أن تتحسن وتعديل في سياق  
الممارسات المنظمة والموجهة من التربويين المختصين.

إن الدراسات الأولى كانت تركز على الأسباب المرضية، ودور العوامل  
البيولوجية، وطرحت آنذاك مشكلة العلاقة والفرق بين الفصام والانغلاق  
الطفولي. لقد تم البدء باستخدام الطرق الفيزيائية والحث الكهربائي، ثم جاءت  
المعالجات النفسية مقترنة مع إعطاء الأدوية والعقاقير، ومازالت الأدوية تؤخذ  
بشكل أو بآخر كعوامل منشطة للعمليات العقلية.

أما الاتجاه الآخر في المعالجة فكان يتم على يد النفسيين؛ كالمعالجة القائمة على التحليل النفسي والمعالجة السلوكية القائمة على تعديل السلوك. ولا شك أن التربويين يمكنهم الاستفادة من إنجازات علم النفس وتوظيفها في التربية وإعادة التربية، وذلك من أجل استخدام وسائل ضبط السلوكي؛ أكان في مجال تعليم مهارات التواصل اللغوي، أم مهارات الاتصال الاجتماعي وإثارة الاهتمامات لدى هذه الفئة من الأطفال.

إن التربويين يدركون تبعاً لخصائص هؤلاء الأطفال كم يتطلب العمل التربوي من وقت وجهد لجني الثمار في تعليم هؤلاء الأطفال وتعديل سلوكهم. مع الأخذ بعين الاعتبار أن كل حالة تشكل تحدياً خاصاً للمربين، وتتطلب طرائق ووسائل خاصة قد تختلف عن حالات أخرى، فهذه الحالات تتطلب تنمية أساليب التواصل اللفظية وغير اللفظية، وتعليم ضبط الانفعالات العاطفية، والإعداد المناسب لاحتمالات كيفية تقوية الاستجابة وإثارة اهتمام الطفل وزيادة إقباله على الآخرين، وإكسابه العادات الصحيحة الشخصية والاجتماعية.

ولأجل هذه المهمات تستخدم أساليب كثيرة سنعرض لأهمها وهي :

#### المعالجة السلوكية :

المعالجة السلوكية طريقة من طرائق تعديل السلوك وتحسينه، تقوم على تصميم برنامج يعده مختصون نفسيون وتربويون، وتستند هذه البرامج على إجراءات تهدف إلى تقويم السلوك المضطرب؛ وذلك عبر إبعاد العوامل التي تشجع على ظهوره (تعديل السلوك) وإبدالها بعوامل مساعدة على ظهور سلوك إيجابي مرغوب فيه (تشكيل السلوك).

لقد اهتمت البرامج السلوكية المبكرة بمجالات ثانوية بالنسبة للاضطراب الانغلاقية أكثر من اهتمامها بأوجه الخلل الأساسية المتمثلة باضطراب العلاقات الاجتماعية، واضطرابات التواصل اللغوي، وركزت على إيقاف أو تعديل

سلوكيات غير مرغوب فيها كالغضب وإيذاء الذات، وتكرار اللفظ مستخدمة في ذلك إجراءات العزل المؤقت والعقاب الذي يستخدم غالباً لتأثيره المشتت أكثر من تأثيره القمعي، وهذا التأثير المشتت هو مفتاح معظم العلاجات السلوكية للانغلاق (ملكية، ١٩٩٨).

وتوجهت المعالجة السلوكية إلى الوالدين بالأساندة والإرشاد والتدريب، خاصة فيما يتعلق بتطوير اللغة، ودعم التعلم والتعليم، ولذلك أعدت طرق علاجية لتدريب الوالدين بوصفهما معالجين مشاركين بهدف الحفاظ على السلوك التكيفي الجديد المتعلم وتعميمه (ملكية، ١٩٩٨، ٢٨٧).

وتؤكد كثير من الدراسات أهمية التدخل المبكر في العلاج، وذلك بمساندة الأسرة، منها الدراسة التي نشرها (إيفار لوفاس Evar Lovas) عن المعالجة الناجحة للأطفال الانغلاقيين في عمر الثالثة؛ باستخدام أساليب تعديل السلوك، فبعد عامين من المعالجة حقق ٤٢% من أطفال المجموعة التجريبية إنجازات كبيرة على مستوى النمو العقلي والاجتماعي، وتم دمج ٤٧% من الأطفال في مدارس عادية؛ واعتبروا قريبين جداً من العاديين في اختبارات تكاء والسلوك التكيفي. كذلك فإن كتاب (كاترين موريس) المعنون "دعني سمع صوتك" يعد وثيقة هامة توضح خبرة إحدى الأسر في تطبيق طريقة (لوفاس) وكيف أن هذه الطريقة ساعدت هذه الأسر على معالجة أطفالها في التغلب على مظاهر الانغلاقية (الخطيب وحديدي، ١٩٩٨، ٣٠٠).

وهناك مؤسسات تهتم بهذه الفئة من الأطفال:

ففي سورية توجد مؤسسة للأطفال المنغلقين هو بيت السلام للأطفال.

تركز هذه المؤسسة في خطواتها العلاجية على مايلي:

١- العلاقة التربوية

٢- التعامل مع جسد الطفل.

٣- العمل والتعاون مع الأسرة.

٤- المعالجة النفسية الفردية.

٥- الشكل التنظيمي لعمل الفريق المعالج.

أما العلاقة التربوية فتعد العنصر الأساسي في التطوير الدينامي للطفل، ولها بعد علاجي يهم التربويين كما يهم أولياء الأمور، وتتطوي هذه العلاقة حتى استخدام مجموعة من الأدوات والوسائل التي تهدف إلى تحسين مستوى الطفل الإدراكي ، وبناء علاقة محرّكة وفاعلة تسمح بإعادة وتبع النمو النفسي بالشكل المطلوب، وتركز هذه العلاقة أيضاً وبشكل خاص على اللعب الذي يمتاز فيه التقبل والتودد والتواصل البصري، وله فائدة علاجية بتكوين " الأنا" و"الأخر".

كما تتضمن هذه العلاقة التواصل الكلامي المملوء بالانفعالات المشتركة لتحديد الحاجات وكيفية تلبيتها، بحيث يتمكن الطفل في ظل ظروف كهذه من تحديد رغباته الداخلية والإحساس بالمتعة في العمل والتواصل.

أما التعامل مع جسد الطفل والتنبه الحسي - الحركي، فيسمح في التعرف على ذات الطفل ومعرفة مواضع الجسم وأجزائه، والمحيط الذي يحتلّه، وهذا يمهد للإحساس ما بداخل الجسد وخارجه، كما أن هذه الخطوة تتيح للطفل تعلم كيفية التوجه والتنقل في المكان والزمان ، وكل ذلك يكون مترافقاً مع ألعاب " محببة" وأنشطة تعتمد على تحريك الجسد.

أما المعالجة النفسية الفردية فهي تقدم من مختص نفسي يقدم خدمات خاصة للطفل عبر اعتماده على مجموعة طرائق تهدف إلى ذات الهدف المتجه إلى تنمية قدرات التواصل الاجتماعي واللغوي لدى الطفل ، وتنمية قدراته العقلية والحسية.

أما العمل مع الأسرة فيتم ذلك من خلال الاجتماعات العفوية والتلقائية بين المعلمين والأسر عند اصطحاب الأهل لأطفالهم يومياً إلى المركز، وأن هذه

العلاقة هامة جداً إذ تسمح بالحوار وتبادل المعلومات والمطالبات باجتماعات أخرى منظمة ومخطط لها.

إن الاجتماعات المنظمة هي التي يدعى إليها أولياء الأمور ، ويتم فيها الاجتماع مع الطبيب والمشرفة التربوية، بحيث يتم فيها تبادل الآراء بشأن الطفل، ويتم كذلك رسم الخطط العلاجية ومتابعتها في المركز وفي المنزل.

أما عمل الفريق المتخصص من المشرفين التربويين وغيرهم ، فيقوم على عمل تقويمي لسير العمل والإجابة عن التساؤلات وتذليل الصعوبات، واستمرارية البحث في الطرائق الأكثر نجاحاً لمعالجة أوجه الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال المنفلتون، وعمل الفريق يقوم على اجتماعات تدعم وتحافظ على دينامية الفريق وحيويته كما تطور العمل من خلال تفهم إخفاق الفريق أو نجاحه في المداخلات التي يقوم بها.

ويعتقد أخيراً أن تفعيل هذه الأشكال المذكورة وتنظيمها وتطويرها في ضوء مستجدات البحث في هذا المجال؛ يجعل من هذه المؤسسات نموذجاً يحتذى في التربية الخاصة .

## المراجع العربية

- ١- أبو حطب، فؤاد (١٩٨٦) : القدرات العقلية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط٥، القاهرة.
- ٢- أبو علام، محمود، مرسي، كمال ابراهيم (١٩٩٢) : مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، إدارة الخدمات النفسية، وزارة التربية، الكويت.
- ٣- أبو فخر، غسان (١٩٩٢) : التربية الخاصة للأطفال المعوقين، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- ٤- أبو فخر، غسان (١٩٩٧) : التنمية المبكرة للتخاطب عند الأطفال الصغار المعوقين سمعياً، الندوة العلمية الثالثة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، الاسكندرية (١١-١٣ أكتوبر).
- ٥- أبو فخر، غسان (١٩٩٧) : آثار الإعاقة على الفرد والأسرة والمجتمع، المؤتمر التربوي " دور كليات التربية في تطوير التربية من أجل التنمية في الوطن العربي " ، كلية التربية ، دمشق (١١-١٣ أيار).
- ٦- أبو فخر، غسان (١٩٩٩) : فاعلية قراءة الشفاه والإشارات الدالة على مخارج النطق عند الصم، مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية ، العدد الرابع (٦٤-٩).
- ٧- أبو فخر، غسان (٢٠٠٠) : المعوقون حسيّاً والصعوبات المرافقة لإعاقتهم، مجلة شؤون اجتماعية، الشارقة، العدد ٦٧ (٤٧-٨٧).
- ٨- أبو فخر، غسان (٢٠٠١) : العلاقة التعاونية بين أولياء الأمور والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، المجلة العربية للتربية ، تونس م ٢١، العدد ٢ (٦٨-٣٤).

- ٢٧- الرفاعي، نعيم (١٩٨٢) : التعريف بالإعاقة، أسبابها وآثارها (الأبحاث والتوصيات المتخذة في الحلقة الدراسية الخاصة برعاية المعوقين بالتعاون مع اليونيسيف، دمشق (١٩-٢٢/٤).
- ٢٨- الروسان، فاروق (١٩٨٩) : سيكولوجيا الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة) المطابع التعاونية، ط١، عمان.
- ٢٩- الروسان، فاروق (١٩٩٨) : قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر، ط١، عمان.
- ٣٠- روشكا، الكسندرو (١٩٨٩) : الإبداع العام والخاص، ترجمة : د. غسان أبو فخر، سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٤٤، الكويت.
- ٣١- رومانوس، انطوان (١٩٩٣) : تعليم الطفل الأصم اليوم، دورة تعليمية جمع النصوص ونسقها (رومانوس بالاشتراك مع الصندوق الدولي للتأهيل) سهيله، لبنان.
- ٣٢- الريحاني، سليمان (١٩٨٥) : التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، ط١، عمان.
- ٣٣- زحلق، مها (١٩٩٣) : التربية الخاصة للمتفوقين، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- ٣٤- الزراد، فيصل (١٩٩٠) : اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المريخ، الرياض.
- ٣٥- الزريقات، ابراهيم (٢٠٠٣) : الإعاقة السمعية، دار وائل للنشر، عمان.
- ٣٦- الزيات، فتحي (١٩٩٨) : صعوبات التعلم، الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، دار النشر للجامعات، القاهرة.
- ٣٧- السرطاوي، زيدان احمد وسي سالم، كمال سالم (١٩٩٢) : المعاقون أكاديمياً ودراسياً، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.

- ٣٨- السرطاوي، زيدان احمد وسي سالم، كمال سالم (١٩٩٠) : تشجيع أولياء أمور المعوقين على المشاركة في برامج التربية الخاصة، مجلة جامعة الملك سعود، م٢، العلوم التربوية (١)، الرياض (١٩٧-٢١٥).
- ٣٩- السعد، سميره عبد اللطيف (١٩٩٢) : معانساتي والتوحد، الشويخ، الكويت.
- ٤٠- السعيد، حمزه خالد (١٩٩٩) : العيوب الابدالية عند الأطفال الطبيعيين ما بين ٣-٧ سنوات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا، عمان.
- ٤١- سليمان، نبيل (١٩٩٢) : التخلف وعلم نفس المعوقين، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- ٤٢- سليمان، عبدالرحمن سيد (١٩٩٨) : فصول في سيكولوجيا غير العاديين "الاجترارية" كلية التربية ، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ٤٣- سويف، مصطفى (١٩٦٩) : الأسس النفسية للإبداع الفني في الشعر خاصة، دار المعارف، القاهرة.
- ٤٤- السيد، السيد عبد الحميد سليمان (٢٠٠٠) : صعوبات التعلم (تاريخها، مفهوما، تشخيصها، علاجها)، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ٤٥- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧) : التخلف العقلي (الأسباب، التشخيص، البرامج)، دار غريب للطباعة، القاهرة.
- ٤٦- شيفل، ماريان (١٩٦٥) : الطفل الموهوب في الفصل الدراسي العادي، ترجمة: محمد نسيم رأفت، مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة ونيويورك.
- ٤٧- صادق، فاروق محمد (١٩٨٢) : سيكولوجيا التخلف العقلي، عمادة شؤون المكتبات، جامعة الملك سعود، الرياض.

- ٤٨- صادق، فاروق محمد (١٩٨٨) : برامج التربية الخاصة في مصر تكون أو لا تكون، بحوث المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري، مجلد ١/، دراسات الطفولة بعين شمس (١٩-٢٢ آذار).
- ٤٩- الطحان، خالد (١٩٨٢) : المتفوقون في البلاد العربية ، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس.
- ٥٠- الطيب، محمد عبد الظاهر (١٩٩٨) : مشكلات الأبناء وعلاجها (من الجنين إلى المراهق)، مطبعة الجمهورية، الاسكندرية.
- ٥١- الطيب، محمد عبد الظاهر و أبو فخر، غسان (٢٠٠١): معوقات التعاون بين أولياء الأمور والعاملين في مؤسسات التربية الخاصة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رابطة التربية الحديثة، مجلة عالم التربية، القاهرة (١٩-٦٠).
- ٥٢- عبد الغفار، عبد السلام (١٩٧٨): التفوق العقلي والابتكار، دار النهضة العربية ، القاهرة.
- ٥٣- عبد الغفار، عبد السلام و الشيخ، يوسف محمود (١٩٨٢) : سيكولوجيا الطفل غير العادي والتربية الخاصة، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- ٥٤- عبدالله، محمد قاسم (٢٠٠١) : الطفل التوحدي أو الذواتي (الانطواء حول الذات وعلاجه، اتجاهات حديثة)، دار الفكر ، عمان.
- ٥٥- العجمي، محمد حسنين عبده (٢٠٠٠) : استراتيجيات الدمج لتربية المعوقين بجمهورية مصر العربية ضرورةً عصرية، لماذا، وكيف؟، المؤتمر السنوي لكلية التربية بجامعة المنصورة (٤-٥ أبريل).
- ٥٦- غنايم، ابراهيم (٢٠٠٠): فلسفة التربية واقتصاديات التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر السنوي لكلية التربية بجامعة المنصورة (٤-٥ أبريل).

- ٥٧- الفقي، حامد عبد العزيز (١٩٧٤): التأخر الدراسي (تشخيصه وعلاجه) مؤسسة الصباح، الكويت.
- ٥٨- فيرست، تشارلز (١٩٩٣): الدماغ والفكر، ترجمة: محمد سيد رصاص، دار المعرفة، دمشق.
- ٥٩- فهمي، مصطفى (١٩٧٥): أمراض الكلام، ط٤، مكتبة مصر، القاهرة.
- ٦٠- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٦): سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ٦١- القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصادي، جميل (١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للنشر والتوزيع، الإمارات العربية المتحدة، دبي.
- ٦٢- القاموس الإشاري العربي للصح (٢٠٠١)، مطابع المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس.
- ٦٣- كامل، أحمد سهير (٢٠٠١): تجربة مصر في مجال رعاية الموهوبين والمتفوقين، مجلة الطفولة والتنمية، العدد ٤ مجلد ١/، (٢٠٣-٢٣٠) القاهرة.
- ٦٤- كامل، عبد الوهاب محمد (١٩٩٧): علم النفس الفيزيولوجي (مقدمة في الأسس السيكوفيزيولوجية والنيوروبولوجية للسلوك الإنساني، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
- ٦٥- كامل، محمد علي (١٩٩٦): سيكولوجيا الفئات الخاصة، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
- ٦٦- كرد علي، محمد (١٩٣٨): خطط الشام، الجزء السادس، مطبعة المفيد، دمشق.

- ٦٧- كنون، عبدالله (١٩٧٥) : *النبوغ في المغرب العربي*، دار الكتاب اللبناني، بيروت.
- ٦٨- كيرك وكالفانت (١٩٨٨) : *صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية*، ترجمة: زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- ٦٩- ليدون، وليام وماكجرو، لوريتا (١٩٩٠) : *تنمية المفاهيم عند الأطفال المعوقين بصرياً*، ترجمة: عبد العزيز الدماطي وفاروق خليل، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض.
- ٧٠- مارديني، خالد (١٩٨٢) : *الوسائل الصحية الأساسية للوقاية من الإعاقة، الأبحاث والتوصيات المتخذة في الحلقة الدراسية الخاصة برعاية المعوقين بدمشق (١٩-٢٢ أيار)*.
- ٧١- مايلز، كريستين (١٩٨٧) : *الطفل المعاق عقلياً وأسلوب التعامل معه*، ترجمة: ليلى أبو شعر، منشورات جمعية المحبة بدمشق.
- ٧٢- *المجلة العربية للتربية والثقافة والعلوم (١٩٨٢) : ميثاق الثمانينيات* السنة الثانية، العدد الأول، تونس.
- ٧٣- مرسي، كمال ابراهيم (١٩٨١) : *الطفل غير العادي من الناحية الذهنية*، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٧٤- مرسي، كمال ابراهيم (١٩٩٦) : *مرجع في علم التخلف العقلي*، دار النشر للجامعات المصرية، ط١، القاهرة.
- ٧٥- مرعي، السيد احمد (١٩٨٨) : *طرق تعليم الطفل الأصم في ما قبل المدرسة الابتدائية في البلاد العربية*، الندوة العلمية الرابعة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، دمشق.

٧٦- مطحنة، خالد ابراهيم (١٩٩٤): دراسة تجريبية لمدى فعالية برنامج قائم على نظرية تشغيل المعلومات في علاج صعوبات التعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا، كلية التربية.

٧٧- المكتب المركزي للإحصاء، الإصدار الثالث (٢٠٠١)، الجمهورية العربية السورية، رئاسة مجلس الوزراء، دمشق.

٧٨- الطلي، سوسن (٢٠٠٢): فاعلية برنامج حاسوبي في تعليم الصمم مهارات القراءة والكتابة باللغة الإنكليزية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.

٧٩- ملكية، لويس كامل (١٩٩٨): تعديل سلوك المعاق عقلياً، دليل الوالدين والمعلم، مطبعة فيكتور كيرلس، القاهرة.

٨٠- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، إدارة التربية (١٩٨٦): مشروع خطة متوسطة المدى لدعم مؤسسات إعداد معلمي التربية الخاصة وتأهيل المعوقين في الوطن العربي، تونس.

٨١- مينتر، بيتر (١٩٨٧): التعاون بين آباء الأطفال المعوقين ومعلميهم ضرورة ملحة، اليونسكو مستقبلات، المجلد ١٧، العدد (٢) (١٩٩-٢٠٧).

٨٢- النحاس، أمل (١٩٩٧): التعليم المبكر للغة الإشارة، الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، الندوة العلمية الخامسة (٧-٩ تشرين ٢)، دمشق.

٨٣- هونكه، زيفرد (١٩٩١): شمس العرب تسطع على الغرب، ترجمة: فاروق بيضون وكمال دسوقي، دار الأفاق الجديدة، الدار البيضاء.

٨٤- وزارة التربية (١٩٩٥): واقع فئات من التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة وأساليب معاملتهم في الصفوف الأربعة الأولى من المرحلة الابتدائية والشعب الداعمة، الجمهورية العربية السورية.

٨٥- ويرنر، ديفيد (١٩٩٥) : أطفال القرية المعوقون (دليل للأسر  
والعاملين...) إشراف وتحرير : محمد بن حمود الطريقي، المركز المشترك  
لبحوث الأطراف الصناعية والأجهزة ، الرياض - السعودية.

### المراجع الأجنبية

- 1- Attman, A(1996): Meeting the needs of adolescents with impaired hearing. In: F. Martin& J. clark.(eds),Hearing care for children. Boston: Allyn and Bacon.
- 2- Callow, R(1985): Recognizing the gifted child, in Povey,R (ed), Educating the gifted child. London.
- 3- Chulliat,R(1971): La lecture labial. Revue generale de l'enseignement des deficients auditifs, N° special 63e annee. Paris.
- 4- Cruikshank, W.M.(1972): Some issues facing the field of learning disabilities. Journal of learning disabilities 5,380-388.
- 5- Fewell, R.(1982): The early years in N.G. Hearing (ed), Exceptional children and youth. Columbus, Ohio: charles,E.Merrill.(pp51-71).
- 6- Frainberg, S(1977) : Insight from the blind: Comparative studies of blind and sighted children. N.Y: Basic Books.
- 7- French, J.C(1975): The highly intelligent dropout in Barb, W.B& Renzulli,J .S. Psychology and education of gifted(2<sup>nd</sup> ed) New York: Wiley (pp 433-434).
- 8- Grossman, H.J(1983): Manual on terminology and classification in mental retardation, Washington D.C(A A M D).
- 9- Hallaham, D & Kauffman, J(1991): Exceptional children. Introduction to special Educational préntice-Hall. In Englewood cliffs. Newjericy (5<sup>th</sup> ed)

- 10- Heward, W& Orlansky, M(1988): Exceptional children(3th ed). Columbus, Ohio : Charles E, Merrill.
- 11- Jamieson, J(1994) : The impact of hearing impairment In: J.Katz.(ed). Handbook of clinical audiology. Baltimore: Williams and Wilkins.
- 12- Johnson,S.W and Morasky R.L(1980): Learning disabilities (second edition), Boston, London, Sydney Toronto, Allyn and Bicon Mc.
- 13- Lee Swanson, H and Keagh, B(1990): Learning Disabilities, theoretical and research issues. New York: Library of congress.
- 14- MacMillan, D.L(1977): Mental retardation in school and society. Brown and company, Boston.
- 15- Maspétiot et al(1966): L education de l enfant sourd par les parents avant l école E.S.F. Paris.
- 16- Meisels,S(1985): The efficacy of early intervention. Topic in early child hood special education 5,1-12.
- 17- Moores,D(1996): Education the deaf: psychology principles and practices. Boston: Houghton Mifflin company.
- 18- Renzulli, J(1978): What makes giftedness; Reexamining a definition, ph; Delta Kappan,60,180-183.
- 19- Smith, R.M, Nelsworth j.t(1975): The exceptional child a functional approach. New York Mac Grow-Hill. Book company.
- 20- Terman, L.M(1975) : The discovery and encouragement of exceptional talent, In Barbe,W.B& Renzulli, j.s Psychology and Education of Gifted .(pp.6-20).
- 21- Torrance, E.P(1996): Torrance test of creative thinking. New Jersey, personal press.
- 22- Tredgold A(1961): Mental Deficiency : William and Wilkins, Baltimore.

- 23- Van Riper,C(1978): Speech correction: Principles and methods. Englewood Cliffs.N.J: Printice-Hall.
- 24- Warnok,H.M(1978): Report of the committee of enquiry into the education of handicapped children and young people, London.



## قاموس المصطلحات

### A

|                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| Ability             | القدرة                           |
| Abnormal            | شاذ (غير سوي)                    |
| Acceleration        | الإسراع                          |
| Achievement         | التحصيل (الإنجاز)                |
| Adaptation          | توافق (تكيف)                     |
| Addition            | إضافة                            |
| Adjustment          | تكيف                             |
| Adventitious        | مكتسب                            |
| Affective Disorders | اضطرابات عاطفية (الشمالية)       |
| Aggression          | عدوان                            |
| Aggressive          | عدواني                           |
| Aid                 | أداة مساعدة                      |
| Amputation          | البتن                            |
| Anxiety             | قلق                              |
| Aphasia             | احتباس (فقدان القدرة على الكلام) |
| Arthritis           | التهاب المفاصل                   |
| Articulation        | النطق                            |
| Assessment          | تقييم                            |
| Ataxia              | اللاتوازني (التخلج)              |
| Athetosis           | التخبط (اللاإرادي)               |
| Audiogram           | تخطيط سمع                        |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| Audiologist      | أخصائي قياس السمع |
| Audiometer       | قياس السمع        |
| Auditory Turning | التدريب السمعي    |
| Autism           | الانغلاق          |

## B

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| Behavior              | سلوك                      |
| Behavior Modification | تعديل السلوك              |
| Blind                 | كفيف (أعمى)               |
| Blocking              | التوقف (التوقف عن الكلام) |
| Braille Method        | طريقة برايل               |
| Brain Injuries        | الأذى الدماغى             |
| Brain Dysfunction     | الخلل الدماغى             |

## C

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Cerebral Palsy          | شلل الدماغى               |
| Child Prodigy           | الطفل المعجزة             |
| Chromosome              | حامل الجينين (الصبغيات)   |
| Cluttering              | السرعة الزائدة في الكلام  |
| Color-Blindness         | عمى الألوان               |
| Communication Disorders | اضطرابات التواصل          |
| Conductive              | توصيلى                    |
| Convergent Thinking     | التفكير المتقارب (المحدد) |

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| Creativity | الإبداع                      |
| Cretinism  | القصاص (القماءة)             |
| Criterion  | مقياس                        |
| Curvatures | انحناءات (العمود الفقري)     |
| Custodial  | الاعتمادية (الطفل الاعتمادي) |

## D

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| Deaf Blind         | أصم كفيف             |
| Deafness           | الصمم                |
| Deaf-mute          | أصم - أكم            |
| Deficiency         | نقص (تعطل)           |
| Diagnosis          | تشخيص                |
| Disability         | معيوبة (عجز)         |
| Discrepancy        | تباين                |
| Disorder           | اضطراب               |
| Distortion         | التشويه              |
| Divergent Thinking | تفكير متباين (متشعب) |
| Down's Syndrome    | مقلامة داون          |
| Dull               | بليد (غبى)           |
| Dysarthria         | عسر الكلام           |
| Dysfunction        | تلف (اختلال وظيفي)   |
| Dysgraphia         | صعوبة الكتابة        |
| Dyslexia           | صعوبة القراءة        |
| Dysnomia           | صعوبة التذكر         |

Dystrophy

الحنك

E

Early Intervention

تدخل مبكر

Ecolalia

تكرار الكلام (صدى الكلام)

Educable

قابل للتعلم

Emotion

انفعال

Enrichment

الاثراء

Epilepsy

الصرع

Evaluation

تقييم

Exceptional Children

طفل غير عادي (استثنائي)

Exclusion

استبعاد

F

Finger Spelling

لغة الأصابع (أبجدية الأصابع)

Fluency

طلاقة

Functional

وظيفي

G

Genes

مورثات

Genius

عبقري

German Measles

حصبة ألمانية

Giftedness

تفوق

## Grouping

## تجميع

### H

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| Habilitation       | تأهيل                   |
| Handicapped        | معوق                    |
| Hard of Hearing    | أصم جزئياً (ضعيف السمع) |
| Hearing Aid        | معين سمعي               |
| Hearing Impairment | إعاقة سمعية             |
| Heredity           | وراثية                  |
| Hydrocephalus      | استسقاء دماغي           |
| Hyperactivity      | نشاط زائد               |
| Hyperopia          | مد البصر (طول البصر)    |

### I

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Idiot            | معتوه        |
| Imbecile         | أبله         |
| Impairment       | إعاقة (ضعف)  |
| Inclusive School | مدرسة شاملة  |
| Inner Ear        | أذن داخلية   |
| Insight          | تبصر (بصيرة) |
| Integration      | دمج          |
| Intelligence     | ذكاء         |

P

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| Paralysis                | شلل              |
| Perceptually Handicapped | معوق إدراكياً    |
| Perinatal                | في أثناء الولادة |
| Physical                 | جسمي             |
| Postnatal                | بعد الولادة      |
| Prenatal                 | قبل الولادة      |
| Prevention               | وقاية            |
| Profound                 | عميق             |
| Psychomotor              | نفسى - حركي      |

R

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Rehabilitation    | إعادة التأهيل |
| Remedial Teaching | تدريس علاجي   |
| Residual Hearing  | بقايا سمعية   |
| Retardation       | تخلف          |
| Rubella           | حصبة ألمانية  |

S

|               |              |
|---------------|--------------|
| Screening     | الكشف        |
| Self          | ذات          |
| Semantic      | دلالة (معنى) |
| Senllen Chart | لوحة سينلن   |

**Talent**

موهبة

**Total Communication**

تواصل كلي

**Trainable**

قابل للتدريب

**V**

**Verbal**

لفظي

**Vision**

البصر

**Visual Impairment**

إعاقة بصرية

**Voice Disorder**

اضطراب صوتي

**W**

**Withdrawn**

انسحابي



