علم نفس ذوي الحاجات الخاصة

(أطفال ما قبل المدرسة)

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الجمهورية العربية السورية
منشورات جامعة دمشق
مركز التعليم المفتوح
قسم رياض الأطفال

علم نفس ذوي الحاجات الخاصة
(أطفال ما قبل المدرسة)

الدكتور
غسان أبو فخر
الأستاذ في قسم التربية الخاصة

الدكتورة
سها زعلوق
الأستاذة في قسم التربية الخاصة

الدكتورة
سعاد المالي
مدرس في قسم التربية الخاصة

جامعة دمشق

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

محتوى الكتاب

العنـــــــــــــــــــــــاوين	الصفحة
الفصل الأول : أساسيات علم نفس ذوي الحاجات الخاصة (أطفال ما قبل المدرسة)	(١٧-٦٠)
أولاً-ما هو علم نفس ذوي الحاجات الخاصة	(١٩-٢٠)
ثانياً-النمو الطبيعي للطفل والإعاقة والتأخر في النمو	(٢١-٤٤)
١ - مظاهر النمو الطبيعي	٢١
- المظاهر النمائية العامة لأطفال ما قبل المدرسة	٢١
- مظاهر التطور المعرفي الإدراكي	٢٣
- مظاهر التطور الحركي	٢٤
- مظاهر التطور اللغوي	٢٧
- مظاهر التطور الاجتماعي الانفعالي	٢٩
٢-التأخر في النمو	٣١
أ-التأخر في النمو العقلي	٣٢
ب- الإعاقة في نمو الحواس	٣٤
جـ-الإعاقة في النمو الحركي	٣٩
د-الاضطراب في النمو الانفعالي -الاجتماعي	٤١
ثالثاً-فئات ذوي الحاجات الخاصة	٤٤
رابعاً- ضرورات التدخل المبكر ومنطلقاته النفسية	٤٨
١-التدخل المبكر، تعريفه وتحديده	٤٨
٢-الفئات التي يشملها التدخل المبكر	٤٩

٣-مسوغات ضرورة التدخل المبكر ٥١
٤-المنطلقات النفسية في برامج التدخل المبكر ٥٤
الفصل الثاني: الأطفال المتخلفون عقلياً (٦١-١٠١)
مدخل ٦٣
تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته ٦٤
تعريف التخلف العقلي ٦٤
الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي ٦٦
الفرق بين التخلف العقلي والتخلف الدراسي ٦٨
خصائص المتخلفين عقلياً ٦٩
آ-الخصائص الجسمية ٦٩
ب-الخصائص العقلية ٧٠
جـ - الخصائص الشخصية ٧١
حاجات المتخلفين عقلياً ومشكلاتهم ٧١
أسباب التخلف العقلي ٧٤
نسبة انتشار ظاهرة التخلف العقلي ٧٦
تصنيفات التخلف العقلي ٧٧
آ-التصنيف الطبي ٧٧
ب-صعوبات الزملات ٧٨
جـ - التصنيف السيكولوجي ٨٣
د-التصنيف التربوي ٨٥
العناية بالأطفال المتخلفين عقلياً ٨٦

الإجراءات اللازمة للعناية بالمتخلفين عقلياً ٩١

الفصل الثالث : الطفل التوحدي (المنغلق) (١٠٣-١٣٢)

أولاً- ما هو التوحد (الانغلاق)؟ ١٠٦

-تعريف كانر التشخيصي ١٠٦

-تعريف كريك ١٠٧

-تعريف روتر ١٠٨

-تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين ١٠٨

ثانياً- مدى شيوع الاضطراب ١٠٩

ثالثاً- تشخيص التوحد ١١٠

-المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد ١١٠

-متلازمة أسبرجر ١١٣

-اضطراب ريتز ١١٤

ملاحظات حول عملية التشخيص ١١٥

رابعاً- النظريات المفسرة للتوحد ١١٦

-الاتجاه العضوي ١١٦

-الاتجاه النفسي ١١٧

-نظرية في العقل ١١٧

خامساً- خصائص الأطفال التوحديين ١١٩

-الخصائص اللغوية (الاتصالية) ١٢٠

-الخصائص الاجتماعية ١٢٢

-الخصائص السلوكية ١٢٣

-الخصائص المعرفية ١٢٥

سادساً- البرامج العلاجية والنفس -تربوية ١٢٦

-برامج العلاج الطبي ١٢٦

-العلاج نفسي ـ تربوي ١٢٨

الفصل الرابع: الأطفال الموهوبون (١٣٣-١٦٤)

مدخل ١٣٥

-من هم الأطفال الموهوبون في الروضة؟ ١٣٦

-خصائص الأطفال الموهوبين في الروضة ١٣٨

-العوامل التي تتدخل في تكون الموهبة وتشكلها ١٤٢

أ-العومل الوراثية ١٤٣

ب-العوامل البيئية ١٤٤

- الكشف عن الأطفال الموهوبين في الروضة ١٤٨

-العناية بالأطفال الموهوبين في الروضة ١٥٢

الفصل الخامس: الإعاقة السمعية (١٦٥-٢٠٢)

- أهمية الحاسة السمعية ١٦٧

- آلية السمع ١٦٨

- تعريف الإعاقة السمعية ١٧٠

- نسبة انتشار الإعاقة السمعية ١٧٣

- تصنيفات الإعاقة السمعية ١٧٣

١- التصنيف من حيث العمر عند الإصابة ١٧٣

٢- التصنيف من حيث موقع الإصابة ١٧٤

٣- التصنيف حسب درجة فقدان السمع ١٧٦

- أسباب الإعاقة السمعية ١٧٨
- عوامل وراثية ١٧٨
- عوامل غير وراثية ١٧٨
التقييم السمعي والتعرف على الإعاقة السمعية ١٧٩
- طريقة الملاحظة ١٨٠
- اختبارات الهمس ١٨١
- اختبارات الساعات الدقاقة ١٨١
- اختبار الشوكة الرنانة ١٨١
- جهاز قياس السمع الكهربائي ١٨٢
- القياس السمعي الكلامي ١٨٣
- أثار فقدان السمع على النمو ١٨٣
- الخصائص اللغوية - تأثير الإعاقة السمعية على لغة الأطفال ١٨٣
- تأثير الإعاقة السمعية على النمو المعرفي ١٨٧
- تأثير الإعاقة السمعية على النمو التحصيلي ١٨٨
- تأثير الإعاقة السمعية على النمو الجسمي- الحركي ١٨٩
- تأثير الإعاقة السمعية على النمو الاجتماعي - الانفعالي ١٩٠
- تأهيل المعوقين سمعياً وتربيتهم ١٩٢
-التدخل المبكر ١٩٢
-التـــأهيل السمعي-اللغوي ١٩٤
-أشكال التواصل اللغوي ١٩٥
- التواصل الشفوي ١٩٦
الطريقة اليدوية- الإشارية: ١٩٧

- التواصل الكلي ١٩٩

الفصل السادس: الإعاقة البصرية (٢٠٣-٢٤٦)

أولاً- الإعاقة البصرية ٢٠٥

١- أهمية الحاسة البصرية ٢٠٥

٢- آلية الإبصار ٢٠٦

٣- أسباب الإعاقة البصرية ٢٠٧

ثانياً - تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها ٢٠٨

١- التعريف القانوني ٢٠٨

٢- التعريف التربوي ٢٠٩

أ ـ التصنيف الطبي القانوني للإعاقة البصرية.

ب ـ التصنيف التربوي للإعاقة البصرية.

ج ـ التصنيف حسب تأثير الإعاقة على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر.

ثالثاً - نسبة انتشار الإعاقة البصرية ٢١٢

رابعاً - أثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة ٢١٢

١- النمو الجسمي الحركي ٢١٣

٢- النمو المعرفي ٢١٩

٣- النمو الكلامي واللغوي ٢٣١

٤- النمو الانفعالي-الاجتماعي ٢٣٣

خامساً - حاجات الطفل الكفيف قبل المدرسة ٢٣٨

سادساً - التدخل المبكر ٢٤٠

الفصل السابع: سيكولوجيا الطفل المعوق حركياً (٢٤٧-٢٧٦)
التعريف بالطفل المعوق. ٢٤٩
حالات الإعاقة الحركية ٢٥٠
أولاً- الشلل الدماغي ٢٥٠
-نسبة شيوع هذه الإصابة ٢٥٠
-تصنيف حالات الشلل الدماغي ٢٥٠
-الوقاية من الشلل الدماغي ٢٥٢
-الخصائص العامة للشلل الدماغي ٢٥٣
ثانياً-الخلل العضلي (الهزال التدريجي للعضلات) ٢٥٥
-الأعراض العامة التي تدل على وجود الإعاقة ٢٥٦
-الأسباب والعلاج ٢٥٦
ثالثاً-نوبات الصرع ٢٥٧
-مدى شيوع الصرع ٢٥٨
-أنواع نوبات الصرع ٢٥٩
-الخصائص النفسية للمصابين بالصرع ٢٦١
-إجراءات مساعدة الطفل أثناء النوبة الصرعية ٢٦٢
-علاج الصرع ٢٦٣
رابعاً-حالات أخرى ٢٦٥
خامساً-الخصائص السلوكية والنفسية للمعوقين حركياً ٢٦٩
سادساً- الخدمات النفسية والإرشادية ٢٧١
-الخدمات النفسية والإرشادية لأسر ذوي الحاجات الخاصة ٢٧٢
- الحاجات الخاصة بالأطفال المعوقين حركياً ٢٧٣

الفصل الثامن: الاضطرابات اللغوية (النطق والكلام) (٢٧٥- ٣١٧)
أولاً- الإطار العام للاضطرابات اللغوية ٢٧٧
ثانياً- مفاهيم ومصطلحات أساسية ٢٧٨
ثالثاً - مراحل النمو اللغوي. ٢٨٥
رابعاً - النمو الطبيعي للنطق واللغة وعيوبها. ٢٨٧
خامساً- العوامل المؤثرة في النمو اللغوي. ٢٨٨
سادساً: قياس اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها ٢٨٩
سابعاً - تصنيف الاضطرابات اللغوية وتعريفها. ٢٩٣
١-اضطرابات الكلام ٢٩٤
٢-اضطرابات النطق ٢٩٨
٣-اضطرابات الصوت ٣٠٢
٤-اضطرابات اللغة ٣٠٢
ثامناً- الإجراءات الوقائية والعلاجية لاضطرابات اللغة ٣٠٤
١-التدابير الوقائية في مواجهة عيوب النطق والكلام ٣٠٤
٢-التدابير العلاجية في مواجهة عيوب النطق والكلام ٣١١
١- العلاج الطبي ٣١١
٢- العلاج النفسي ٣١١
٣- العلاج الكلامي ٣١٢
الفصل التاسع: صعوبات التعلم (تشخيصها وعلاجها) (٣٢١-٣٥٢)
مدخل ٣٢٣
أولاً-تعريف صعوبات التعلم عامة وفي الروضة خاصة ٣٢٥
ثانياً-مظاهر صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة ٣٢٨

١- المجال اللغوي ٣٢٩
٢-المجال الإدراكي ٣٣٠
٣- المجال الحركي ٣٣٧
٤-المجال الانفعالي الاجتماعي ٣٣٨
ثالثاً-خطوات تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال في الرياض ٣٣٩
رابعاً-أساليب علاج صعوبات التعلم عامة وفي الرياض بخاصة ٣٤٤
١- المعالجة الحركية ٣٤٦
٢-المعالجة السمعية ٣٤٦
٣-المعالجة البصرية ٣٤٧
٤-المعالجة اللمسية الحركية ٣٤٨

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

المقدمة

نقدم كتاب علم نفس ذوي الحاجات الخاصة لطلبة رياض الأطفال / التعليم المفتوح، في إطار الاهتمام بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مراحل الطفولة المبكرة (سن ما قبل المدرسة). وهذا الاهتمام يتقاسمه أكثر من مجال: التربية وعلم النفس والإرشاد والطب وفروع أخرى. والكتاب الحالي تغلب عليه الموضوعات النفسية وهو يختلف بذلك عن التربية الخاصة،والاختلاف يكمن في أنه ركز أولاً على إعاقات النمو والتي لم تلق الاهتمام الكافي كما لقيته أنواع الإعاقة الأخرى، وثانياً أنه ركز على موضوعات الأسباب والتشخيص والخصائص أكثر من تركيزه على الجوانب التربوية التعليمية. وبذلك فإن الطالب عندما يقرأ موضوعاً في التربية الخاصة وموضوعاً في سيكولوجيا الطفل ذي الحاجة الخاصة فإن النظرة لديه تتكامل، لتشكل مزيجاً نفسياً-تربوياً حول كل فئة من الفئات المشمولة في إطار التربية الخاصة ،آخذين بالحسبان أن فئة الأطفال المتفوقين، فئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة التي هي من اهتمام منظومة من العلوم التربوية والنفسية .

ينطوي الكتاب على مجموعة فصول، تناول الفصل الأول تحديد علم نفس ذوي الحاجات الخاصة، والنمو الطبيعي للطفل في كل مظاهر النمو الحركي واللغوي والاجتماعي والمعرفي، وذلك بهدف تحديد مظاهر التأخر النمائي لفئات من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة والمظاهر التي تميز كل فئة من هذه الفئات. كما تم تناول موضوع التدخل المبكر لكونه موضوعاً يقترب من اهتمامات الطلبة في رياض الأطفال فوقف البحث عند الضرورات والمنطلقات النفسية في برامج التدخل المبكر.

وتناول الفصل الثاني التخلف العقلي،تعريفه وتصليفاته وأهم الخصائص التي تميز هذه الفئة من الأطفال وحاجاتهم ومشكلاتهم.كما وقف عند الأسباب ونسبة الانتشار، وبحث في التصنيف، فحدد التصنيف الطبي والتصنيف السيكولوجي والتصنيف التربوي. إضافة لذلك تناول الفصل أيضا العناية بالأطفال المتخلفين عقلياً والوقاية من التخلف العقلي.

أما الفصل الثالث فعالج سيكولوجيا الطفل التوحدي (المنغلق) حيث تناول التعريف بهذا الطفل ومعايير التشخيص وبعض الملاحظات حول ذلك،والنظريات المفسرة للتوحد وكذلك خصائص هؤلاء الأطفال السلوكية والنفسية والاجتماعية والمعرفية، ثم أساليب العلاج الطبية والنفسية والتربوية .

وقد وقف الفصل الرابع عند فئة الأطفال الموهوبين في الرياض فتم تحديدهم، وخصائصهم والعوامل التي تتدخل في تكون المواهب وتشكلها من عوامل وراثية وبيئية، وبيان أساليب اكتشافهم .وكذلك أوجه العناية من أساليب تنشئة وتوفير مستلزمات أكان ذلك في الروضة أم في البيت.

تناول الفصل الخامس موضوع الإعاقة السمعية والطفل المعوق سمعياً تعريفاً وتشخيصاً وتصنيفاً وتقويماً ،كما أتى على الآثار الناجمة عن الإعاقة السمعية على نمو الطفل من النواحي المختلفة حسية ومعرفية وشخصية. ومن ثم وقف الفصل عند أساليب التواصل عند المعوقين سمعياً.

وبحث الفصل السادس تناول المعوقين بصرياً، فبحث في تعريفهم وتصنيفهم والأسباب المؤدية إلى إصابتهم، كما تناول الآثار الناجمة عن الإعاقة البصرية، وأوجه العناية بهم بخاصة من خلال التدخل المبكر وتلبية حاجاتهم في سن ما قبل المدرسة.

أما الفصل السابع فقد وقف عند فئة الأطفال المعوقين حركياً، فتم التعريف بهم، وتصنيفهم وأخذ مجموعة من الإعاقات فتناولها من حيث التشخيص والأسباب المؤدية لها وخصائصها النفسية والاجتماعية ثم حدد الخدمات الممكنة في الجوانب النفسية والتربوية والطبية ،وهذه الفئات هي فئة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والأطفال المصابين بالصرع والمصابين بالخثل العضلي وبإعاقات أخرى. وانتهى الفصل عند تحديد الخدمات الإرشادية والنفسية للمعوقين ولأسرهم .

واختص الفصل الثامن بعرض الاضطرابات اللغوية في النطق والكلام واللغة، فتم تحديد هذه الفئات والأسباب المؤدية لها،ثم التدابير العلاجية الكلامية والنفسية التربوية. وجاء الفصل الأخير ليقف عند صعوبات التعلم مظاهر تشخيصها وأساليب علاجها لدى أطفال الرياض من صعوبات نمائية لغوية ومعرفية واجتماعية،ثم خطوات تشخيص هذه الصعوبات وسبل علاجها.

يحدونا الأمل في أن يستفيد الأبناء الطلبة من هذه الموضوعات، وأن تشكل لهم معيناً في حياتهم العملية والأكاديمية، وأن تكون هذه الموضوعات حافزاً لهم من أجل مزيد من البحث والاستقصاء لتكتمل معرفتهم وتعمقهم في أي مجال من مجالات هذا العلم.

المؤلفون

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الأول

أساسيات علم نفس ذوي الحاجات الخاصة

(أطفال ما قبل المدرسة)

أولاً-ما هو علم نفس ذوي الحاجات الخاصة

ثانياً-النمو الطبيعي للطفل والإعاقة والتأخر في النمو

١-مظاهر النمو الطبيعي

-المظاهر النمائية العامة لأطفال ما قبل المدرسة

-مظاهر التطور المعرفي الإدراكي

-مظاهر التطور الحركي

-مظاهر التطور اللغوي

-مظاهر التطور الاجتماعي الانفعالي

٢-التأخر في النمو

آ-التأخر في النمو العقلي

ب-الإعاقة في نمو الحواس

جـ-الإعاقة في النمو الحركي

د-الاضطراب في النمو الانفعالي -الاجتماعي

ثالثاً-فئات ذوي الحاجات الخاصة

رابعاً- ضرورات التدخل المبكر ومنطلقاته النفسية

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الأول

أساسيات علم نفس ذوي الحاجات الخاصة

(أطفال ما قبل المدرسة)

أ.د غسان أبو فخر

أولاً-ما هو علم نفس ذوي الحاجات الخاصة :

يعدّ هذا العلم واحداً من فروع علم النفس، يلتقي مع التربية الخاصة بالأطفال المعوقين والأطفال المتفوقين، فيبحث في الأساسيات النفسية لأولئك الذين ينحرفون أو يختلفون عن العاديين في الجوانب الأساسية للشخصية ويسعى للتعرف بشكل معمق عن الآثار التي تنجم عن انحراف مسار النمو الطبيعي في الجوانب المختلفة .كما أنه يتناول الخصائص المختلفة لذوي الحاجات الخاصة من حيث التكيف ومشكلاته والقدرات والإمكانات المختلفة سواء أكانت قدرات عقلية كالإدراك والتذكر والانتباه والتخيل، أم كانت قدرات نفسية وانفعالية كالثقة بالنفس والنضج الانفعالي وتقدير الذات والاتجاهات نحو الذات أو الآخرين،كما أنه يبحث بالآثار الناجمة عن الإعاقة- أكانت إعاقة حركية أم إعاقة حسية أم إعاقة عقلية أو انفعالية أو تواصلية .....- في جوانب الشخصية المختلفة .كما يمكن القول إنه العلم الذي يدرس سلوك الأفراد غير العاديين أكان هذا السلوك صريحاً ظاهراً أم مضمراً، وكل ذلك من أجل زيادة الفهم بأحوال هذه الفئات ومن أجل تيسير الإجراءات الخاصة، وتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية والتربوية .

وعلم نفس ذوي الحاجات الخاصة،يتناول بحث فئات الأفراد الذين يختلفون عن الأفراد العاديين في جانب أو أكثر من جوانب شخصياتهم العقلية والحسية والحركية والتواصلية والانفعالية الاجتماعية، بحيث يمكن أن يتناول كل فئة من هذه الفئات باستقلالية، الأمر الذي تفتقد معه كل فئة بعلم مستقل، فنقول علم نفس التخلف العقلي،وعلم نفس المعوقين سمعياً،وعلم نفس المعوق بصرياً، وهكذا بالنسبة لبقية الفئات .

ويلتقي علم نفس ذوي الحاجات الخاصة مع علم نفس النمو، فإذا كان علم نفس النمو يبحث في سلسلة التغيرات التي تطرأ على الفرد منذ أن يكون جنيناً وحتى شيخوخته ،يستخلص القوانين الثابتة في النمو والتطور التي تحكم عمليات النمو الطبيعي والعادي، فإن علم نفس ذوي الحاجات الخاصة يستفيد من انجازات هذا العلم ليدرس أثر الإعاقة في النمو، ويستخلص القوانين التي تحكم سلوك الأفراد غير العاديين، كما يدرس جوانب هذه الإعاقة ومدلولاتها وانعكاساتها .

كما يلتقي هذا العلم بعلم النفس الفيزيولوجي وبعلم الأعضاء، لأنه يحتاج إلى فهم الآلية التي يكون عليها الدماغ والأعصاب والحواس المختلفة والعظام والعضلات، لكون فئات الإعاقة تكمن إصاباتها في هذه الجوانب . كما يمكن أن يلتقي هذا العلم مع الصحة النفسية والإرشاد النفسي. وهكذا فإن علم نفس ذوي الحاجات الخاصة علم متقاطع مع علوم نفسية وتربوية، يستفيد من انجازاتها ويفيد في فهم ومعرفة جوانب حياة الأفراد المعوقين والمتفوقين .

انطلاقاً مما تقدم فإن علم نفس ذوي الحاجات الخاصة يتحدد موضوعه بفئات الأفراد الذين ينحرفون عن المتوسط أو العادي مهما كان نوع الانحراف

في الجانب العقلي صعوداً وإيجابا(التفوق العقلي) أم انخفاضاً وسلباً(التخلف العقلي) أو كان الانحراف في الجانب الحسي(فقدان السمع وكف البصر) أو في الجانب الحركي(حالات الإعاقة الحركية) أو في الجوانب الانفعالية الاجتماعية (التوحد والاضطرابات النفسية والانفعالية) أو كان هذا الانحراف في الجانب التواصلي اللغوي (اضطرابات النطق والكلام واللغة)....

ثانيا-النمو الطبيعي للطفل والإعاقة والتأخر في النمو:

١-مظاهر النمو الطبيعي :

يتخذ النمو الطبيعي عند الفرد مساراً عاماً محكوماً بمجموعة من القوانين،وهذه القوانين تم استخلاصها من خلال مراحل المشاهدة والدراسة لكل مرحلة من المراحل، ولكل فترة من فترات كل مرحلة .والنمو الطبيعي المتكامل في مرحلة الطفولة ما قبل سن المدرسة، له تأثير كبير في مراحل النمو اللاحقة، فإذا تعرض هذا النمو إلى خلل أو أذى في أثناء فترة الحمل أو في أثناء الولادة وما بعدها في السنوات الأولى سوف يؤدي ذلك إلى مجموعة من الملامح الدالة على الإعاقة في نمو الجانب العقلي أو الجانب الحسي أو الجانب الحركي .....وذلك حسب موضع الأذى.

سوف يتم التوقف عند المرحلة العمرية الممتدة منذ الميلاد ولغاية سن السادسة من العمر،لكون هذه المرحلة تحدد وتطبع السنوات اللاحقة بطابعها. ولهذا سوف تحدد معالم هذه المرحلة بصورة عامة، ثم سيتم تناول كل مظهر من مظاهرها مستقلاً في المظهر المعرفي أو الحركي أو التواصلي أو الانفعالي الاجتماعي .

المظاهر النمائية العامة لأطفال ما قبل سن المدرسة :

حدد بيلي وأولري(Bailey&Wolery,1992) أهم التطورات التي تحدث في السنوات الست الأولى من حياة الفرد وهي :

في الشهر الأول من العمر يكون سلوك الطفل انعكاسياً(مجرد ردود فعل آلية لمثيرات خارجية أو داخلية)كما هو الحال مثلاً بالنسبة لاستجابة القبض أو المص. وفي هذا العمر يعي الطفل التغيرات في الأشكال والأصوات .

أما في عمر ١-٤٠ شهور فالقدرات الإدراكية للطفل تتطور، كما تتطور الذاكرة البصرية المتعلقة بالتعرف على الأشياء،ويبدأ الطفل بالابتسام الاجتماعي ويظهر قدرات أولية على تأدية الوظائف الحسية المتكاملة (كالنظر إلى اللعبة ومد يده نحوها ليمسكها).

وفي عمر الشهر الخامس يبدأ الأطفال بتمييز ذواتهم من البيئة، ويقومون بتأدية أفعال مقصودة موجهة نحو الأشياء من حولهم .وفي هذه الفترة يتطور أيضاً فهم الأطفال للعلاقات بين الوسيلة والغاية وثبات الموضوعات، والفراغ والوقت .وفي الشهور الأربعة الأخيرة من السنة الأولى ٨-١٢ شهراً تتطور قدرات عديدة لدى الطفل، من أهمها وأبلغها أثراً على نمو مفهوم ثبات الموضوعات بحيث، يصبح قادراً على إدراك أن اختفاء الشيء لا يعني زواله.

وفي النصف الأول من السنة الثانية تتطور قدرات معرفية متنوعة مثل تطور فهم العلاقات السببية (الأسباب والنتائج)والوسائل والغايات،والتقليد (التعلم بالملاحظة)،واختيار الوسائل البديلة .وتتطور الذاكرة الاستدعائية والقدرة على التقليد وتمثل أفعال الراشدين في النصف الثاني من السنة الثانية .

أما الفترة من ٢-٦سنوات فتتطور لدى لأطفال بنى معرفية داخلية لتمثل الأشياء والأشخاص في البيئة حتى وهم غائبون عن النظر .وفي هذه المرحلة

تتطور أيضاً القدرة على التعليل وربط الحوادث، وتتكون المفاهيم المختلفة مثل الزمان والمكان والاتساع والعدد.....

آ-مظاهر التطور المعرفي /الإدراكي :

إن تطور الجوانب المعرفية في السنوات الأولى يمكن أن يستدل عليها من خلال بعض الأداءات التي تنم عن توافر هذه الجوانب .وفيما يلي التطور عبر السنوات الست الأولى محددة إجرائيا من خلال الملاحظة المنظمة .وهذه المظاهر مرتبة بالتسلسل .

السنة الأولى والثانية:

- يهز الألعاب الصغيرة التي تصدر الأصوات.
- يقلد الإيماءات الجسمية (يلوح للوداع).
- يبحث عن شيء يتم إخفاؤه وهو ناظر .
- يمتلك قدرة محدودة على الانتباه .
- يتعلم من خلال الاستكشاف الذاتي .
- يعرف الفرق بين "أنا و أنت".
- يفهم معنى "على"، "تحت"، "فوق".

السنة الثالثة والرابعة :

- يستجيب للتعليمات البسيطة .
- يتحدث قليلاً عما يفعله.

- يقلد أفعال الآخرين.
- يعرف الأجزاء والكل .
- تتطور قدرته على فهم وظائف الأشياء وتصنيفها إلى مجموعات .
- يعرف عمره ويعرف اسم عائلته.
- يرسم صورة ذات ملامح واضحة نسبياً.
- يطرح الأسئلة للحصول على المعلومات .

السنة الخامسة والسادسة:

- يسمي من ٤-٦ ألوان .
- يطابق بين صور الأشياء المألوفة مثلاً (الجوارب والحذاء،التفاح والبرتقال).
- تتطور قدرته على الانتباه والتركيز.
- يعرف بعض الحروف والأرقام.
- يصنف الأشياء حسب اللون أو الشكل أو الحجم .
- يعيد سرد القصص من الكتب المصورة .
- يعرف القطع النقدية
- يعرف المربع والدائرة .

ب-مظاهر التطور الحركي :

يشمل النمو الحركي نمو حركات الجسم والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة .وهذا التطور محكوم بسلامة الجهاز العصبي والعضلي والعظمي .كما

أن مناحي النمو الأخرى تؤثر فيه أكان النمو العقلي أم الانفعالي أم الاجتمـاعي، إلا أن مسار النمو يمكن أن يندرج فيه عموم الأطفال الطبيعيين العاديين .

الحركات الكبيرة

السنة الأولى والثانية :

- يرفع رأسه،ويرفع جسمه متكئاً على ذراعيه.
- يدير رأسه وعينيه بكل الاتجاهات .
- يزحف على بطنه .
- يقف بمساعدة، ويمشي وهو مستند إلى الأثاث .
- يرمي ويركل الكرة إلى الأمام.
- يقف دون مساعدة .
- يصعد الدرج دون مساعدة وينزل بمساعدة الكبار .

السنة الثالثة والرابعة :

- يصعد وينزل الدرج دون مساعدة .
- يقف على قدم واحدة .
- يركض جيداً إلى الأمام .
- يمشي على خط مستقيم .
- يمسك الكرة إذا رميت له .
- يقفز على قدم واحدة مرتين أو أكثر .

السنة الخامسة والسادسة :

- يقفز إلى الأمام عشر مرات دون أن يفقد توازنه .
- يركض على رؤوس أصابع القدمين .
- يتسلق الأشجار والسلالم.
- يقود دراجة ذات عجلتين .
- يحمل أشياء بكلتا يديه في أثناء نزول الدرج.
- يقفز عن حبل ارتفاعه ١٥ سم .
- يركل الكرة بقدمه .

الحركات الدقيقة

السنة الأولى والثانية .

- ينقل الأشياء من يد إلى يد.
- يغلق قبضة يده.
- يفلت الأشياء من يديه لا إرادياً.
- يمسك لعبتين صغيرتين في يد واحدة .
- يضع عدة مكعبات في وعاء .
- يقلب صفحات الكتاب كل صفحتين أو ثلاث معاً.

السنة الثالثة والرابعة :

- يلتقط الدبوس بمهارة .

- يقلب صفحات الكتاب صفحة، صفحة .

- يرسم خطوطاً أفقية وعامودية ودائرية .

- يبني برجاً من تسع مكعبات .

السنة الخامسة والسادسة :

- يبني برجاً من عشرة مكعبات أو أكثر .

- يكتب بعض الحروف .

- يرسم شكل مربع ومن ثم مثلث .

- يكتب الأرقام من ١-٥.

جـ-مظاهر التطور اللغوي :

تنقسم مظاهر التطور اللغوي إلى قسمين :اللغة الاستقبالية،واللغة التعبيرية

(١)-مظاهر تطور اللغة الاستقبالية :

السنة الأولى والثانية :

- يتوقف عن الحركة استجابة للأصوات .

- يستجيب للكلمات مثل (باي ،مرحبا).

- يستجيب لصوت الجرس .

- يستجيب للتعليمات البسيطة .

- يشير إلى الناس المألوفين وإلى الألعاب .

السنة الثالثة والرابعة :

- يشير إلى صور الأشياء المألوفة عند ذكر أسمائها له.
- يفهم معنى الأسئلة من نوع : أين؟ ، ماذا؟.....
- عندما يطلب منه،فهو يشير إلى الفنجان،الملعقة،القطة، الباب .....
- يبدأ باستيعاب الجمل المتضمنة للوقت .
- يفهم الجمل السببية .

السنة الخامسة والسادسة :

- يفهم التسلسل الزمني للأحداث التي توصف له .
- يستمع إلى القصص الطويلة، ولكنه قد لا يستوعب الحقائق .
- يستطيع الإشارة إلى (القليل،الكثير).
- يعرف العديد من المفردات .
- يستطيع تأدية المهارات اللغوية قبل الأكاديمية .

(٢)-مظاهر تطور اللغة التعبيرية :

السنة الأولى والثانية :

- يكرر بعض الأصوات عندما يكون وحيدا، وعندما يكون مع الآخرين.
- يحاول تقليد الأصوات التي يسمعها .
- يبتسم للآخرين .
- يقول أول كلمة لها معنى .
- قد تصل ذخيرته اللغوية إلى خمسين كلمة .

- يستخدم كلمات متتابعة لوصف الأحداث .

السنة الثالثة والرابعة :

- يقول جملاً من كلمتين .

- يعبر عن الإحباط عندما لا يفهمه الآخرون .

- يقول جملاً من ثلاث كلمات أو أكثر .

- يتحدث عن خبراته الماضية .

- يستطيع أن يردد أنشودة واحدة على الأقل .

السنة الخامسة والسادسة :

- يستطيع التعبير عن مضمون القصة .

- يسأل أسئلة عن الوقت والسبب والكيفية .

- يتحدث مستخدماً كلمات تشير إلى المستقبل .

- الفروق بين لغته ولغة الكبار قليلة .

- يقدم المعلومات للكبار بشكل جيد .

- يقول ما هي أوجه الشبه أو الاختلاف بين مجموعة من الصور .

د- مظاهر التطور الاجتماعي الانفعالي:

السنة الأولى والثانية:

- يهتم بالوجوه .

- يبتسم بتلقائية (ابتسامة اجتماعية)

- يحاول الوصول إلى الأشخاص المألوفين .

- يميز الغرباء .

- يبادر إلى اللعب .

- يقلد سلوك الآخرين في اللعب .

- يلعب وحده ولكنه يفضل اللعب قريباً من الآخرين .

- يحاول إثارة انتباه الآخرين .

السنة الثالثة والرابعة :

- يراقب الأطفال الآخرين ويشاركهم اللعب أحياناً.

- يدافع عن ممتلكاته الشخصية .

- يشارك في النشاطات الجماعية البسيطة .

- يستمتع بالذهاب إلى حديقة الألعاب .

- يحب الحصول على ممتلكات الآخرين .

- يلعب مع الأطفال الآخرين ويتفاعل معهم .

- يفترق عن أمه دون أن يبكي .

- يعرف هل هو ولد أم بنت .

السنة الخامسة والسادسة :

- يلعب ويتفاعل مع الأطفال الآخرين .

- يبدي اهتماماً بمعرفة الفرق بين الجنسين .

- يصرخ ويتذمر عندما يشعر بالإحباط.

- يلعب ألعاباً تنافسية .

- يطلب مساعدة الكبار عند الحاجة فقط.

- يتصرف بلطف نحو الصغار ونحو الحيوانات الأليفة .

- يذهب إلى المدرسة دون إشراف الكبار. (الخطيب والحديدي ،١٩٩٨)

تلك هي أهم مظاهر النمو الطبيعي للأطفال في السن ما قبل المدرسة. وإذا تعرض الطفل أثناء نموه جنيناً ،وفي مراحل نموه اللاحقة في سنواته الأولى إلى خلل أو عيب أو إلى إصابة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو المخ، فإن ذلك سوف يؤدي إلى تأخر في النمو العقلي الأمر ينعكس سلباً على مظاهر التطور الأخرى الحركية والانفعالية الاجتماعية واللغوية .....

٢- التأخر في النمو:

إن الأطفال الذين يعانون من بطء في النمو العقلي، يكونون بطيئين في تعلم كيفية استخدام أجسامهم، ويتأخرون عن غيرهم من الأطفال العاديين في رفع رؤوسهم، وفي التقلب والجلوس واستعمال اليدين والوقوف والمشي وأداء الحركات الأخرى،ولأنهم متأخرون جسدياً فإنهم متأخرون كذلك في النمو العقلي .والعكس صحيح عند الأطفال الآخرين،حيث يوجد أطفال لديهم جهاز عصبي مركزي سليم ودماغ سليم غير أن الإعاقات الجسدية تؤدي إلى الصعوبة والبطء في استخدامهم لأدمغتهم.

فمثلاً إن الطفل الذي ولد أصماً ودماغه لا يشكو من أي أذية دماغية بمعنى أن الدماغ لديه سليم، سيجد صعوبة في استقبال المعلومات اللفظية،كما

يصعب عليه أن يفهم ما يقوله الناس وبالوقت نفسه لا يتمكن من إفهام ما يريد قوله للناس، ونتيجة لذلك فإنه يظل خارج دائرة تبادل الأفكار والمعلومات .وبما أن للغة أهمية كبيرة لنمو الدماغ الكامل، فإن الطفل قد يبدو أحياناً متبلد الذهن مقارنة مع أقرانه من العاديين،غير أنه إذا تعلم كيفية إيصال رغباته وأفكاره إلى الناس بواسطة "لغة الإشارات "في الوقت نفسه الذي يبدأ الأطفال الآخرون بالنطق،فإن قوة تفكيره (ذكائه) ستنمو بصورة طبيعية .(وبرنر،١٩٩٤)

وإذا أخذنا بالحسبان التسلسل النمائي الطبيعي وفقاً لبعض مظاهر النمو في كل فترة من فترات النمو والمذكورة سابقاً،فإنه يمكن القول أن الانحراف الملحوظ من هذه المظاهر يعطي مؤشراً على وجود التأخر النمائي .

آ- التأخر في النمو العقلي :

تختلف مظاهر التأخر في النمو العقلي تبعاً لشدة الإعاقة. ويسير النمو متأثراً بمجموعة من العوامل منها :مستوى الإعاقة إذا كانت خفيفة أو متوسطة أو شديدة ،ومنها مستوى الخدمات التي تقدم والعناية المؤسسة على الفهم والدراية، ومنها العناية المبكرة والتدخل المبكر .ولكن بكل الأحوال فإن هناك علامات تظهر حتى في مستوى الصعوبات العقلية والبسيطة مثل : بطء معدل التعلم بشكل ملحوظ، والتأخر في معظم مجالات النمو،وعدم التمتع بالكفاية الاجتماعية، والتأخر اللغوي،وعدم القدرة على تعميم المهارات وقلة أثر التعلم ،والحاجة إلى التكرار المبالغ فيه وعدم القدرة على التركيز، وعدم القدرة على الانتباه.

ومن مظاهر التأخر في النمو العقلي،في سن ما قبل المدرسة،عدم القدرة على القيام بكل المظاهر السلوكية التي يقوم بها الأطفال العاديون من خلال

ارتقائهم في السلم النمائي .فالطفل المتأخر في النمو العقلي لا يستجيب للتعليمات المعطاة له ، لا تتطور قدرته على فهم وظائف الأشياء وبعض الحالات الشديدة من التخلف العقلي لا يتمكن المصاب بها من معرفة اسمه .وفي الفئة العمرية ٥-٦ سنوات لا يتمكن الطفل من معرفة القطع النقدية، ولا يتمكن من تصنيف الأشياء في حدها الأدنى،كما أنه لا يتمكن من الانتباه للمهمات المعطاة له ولا تذكرها .

وتنعكس هذه المظاهر من التأخر على الجوانب الحركية،فالطفل الذي يشكو من تخلف في نمو قدراته العقلية يكون في سنواته الأولى والثانية غير قادر على رفع رأسه بشكل جيد على الجلوس بدون مساعدة .وفي عمر السنة الثالثة والرابعة لا يتمكن من نزول الدرج برجليه وحيداً .ومن مظاهر التأخر في هذه المجالات أنه لا يستطيع القيام بأداء الحركات الدقيقة كالتقاط دبوس صغير أو حمل القلم ووضع دائرة أو مربع بواسطته وذلك عن السنوات الثلاث الأولى من الأداء الحركي.

يتمكن مظاهر التأخر في النمو العقلي على الجوانب الكلامية فالطفل في سنته الأولى لا يستجيب للأصوات ولا إلى الكلمات المعطاة له .ولا يتمكن من تقليد بعض الأصوات الثالثة والرابعة كصوت الأشياء الأليفة له .يستجيب الجمل التي تتناسب الوقت أو الجمل البسيطة جداً له من ناحية البنية التعبيرية يتأخر في نمائه اللغات الأولى ويظهر عليه جلياً في السنة الثالثة من أول جملة مؤلفة من كلمتين أو أكثر، كما أن مستواه اللغوي الذي يستخدمه غالباً يصورة مختلفة عن أقرانه العاديين .

ويتلازم مع التأخر في النمو العقلي أيضاً تأخر في جوانب النمو الانفعالي الاجتماعي وذلك تبعاً لمستوى التأخر أو التخلف العقلي ،فالأطفال المتأخرون عقلياً تغيب عندهم الابتسامة التلقائية في مراحل نموهم الأولى، كما أنهم لا يبادرون إلى اللعب بل تقتصر مشاركتهم على مراقبة الأطفال الآخرين ،وبعض الأطفال الذين يعانون من متلازمة (داون) قد تظهر عندهم جوانب اجتماعية محببة فهم يتقربون من الآخرين ويظهرون الابتسامة،ولكن الابتسامة البلهاء التي لا تعكس محتوى المشاعر الطبيعية .

ومن مظاهر التأخر في النمو العقلي القصور في مهارات العناية بالذات والنمو الحسي، فإذا كنا نتوقع من الأطفال الطبيعيين في نموهم أن يحملوا زجاجة الحليب بيدهم أو يستخدموا الملعقة بطريقة أولية، أو يعبرون عن حاجتهم لدخول الحمام وذلك في السنة الأولى والثانية من عمرهم،فإن مثل هذه المهارات لا تتم عند الأطفال المتخلفين إلا في سن الرابعة أو الخامسة .وإذا كان الطفل الطبيعي يتمكن من خلع ملابسه أو إحكام بعض أزراره في السنة الثالثة من العمر أو يتمكن من غسل يديه دون مساعدة ولا يبال فراشه في الليل في السنة الرابعة فإن ذلك يتعذر على الطفل المتخلف في مثل هذه السن. والأمر نفسه يقال عن طفل في السادسة من عمره عندما يتناول الطعام بمفرده، أو يرتدي ملابسه بصورة مستقلة أو يعبر الشارع بأمان. فإن الذي يشكو العدام النمو الطبيعي العقلي لا يتمكن من أداء تلك المهارات في هذه السن.

إن الجهاز العصبي المركزي يغتلي ويتفاعل مع المدركات الحسية،فتنقل الأعصاب الحسية للمعلومات إلى الجهاز العصبي المركزي يكون ما يسمى بعملية الإدراك ، فنقول إن هناك مدركاً بصرياً وهناك مدركاً سمعياً وهناك مدركاً لمسياً وشمياً وذوقياً...

وإذا كانت الحواس هي المفاتيح الأساسية للتعلم والتكيف وفهم العالم ومعرفته عندما تتطور المدركات الحسية إلى مدركات عقلية، فإن الذين يعانون من نقص في النمو المعرفي لأن عمل الحواس لا ينمو بالشكل الطبيعي مقروناً بالفهم والإدراك.

وإذا أخذنا مثالاً لذلك الطفل المتخلف تخلفاً شديداً أو متوسطاً، فرؤيته سليمة في سن الخامسة أو السادسة مثلاً، قد يرى النار تشتعل إلا أنه لا يعرف مخاطرها وما يمكن أن تفعله، أولاً لوجود خلل دماغي،وثانياً لأن تعلمه ناقصاً وثالثاً لأن أثر انتقال التدريب لديه ضعيفاً .

ب-الإعاقة في نمو الحواس :

(١)- الإعاقة في حاسة البصر:

يولد بعض الأطفال وهم فاقدو الحاسة البصرية، أو قد يفد فقدان البصر إليهم في مراحل نموهم، في سنواتهم الأولى فيعتمدون في التعرف على العالم المحيط من حولهم عبر الحواس السليمة كحاسة السمع واللمس والشم والذوق . وإذا ما قارنا بين طفل عادي وطفل فاقد للبصر فإننا ندرك القيمة التي تنطوي عليها الحاسة البصرية. ففي المتوسط العام حين يبلغ الطفل المبصر تقريباً ما يتراوح بين أربعة إلى ستة أسابيع، فإنه يواجه بكثير من المثيرات البصرية بحيث يستمر استخدامه لبصره كحاسة رئيسة في أثناء فترة البلوغ .ومن خلال استخدامه لهذه الحاسة يتعلم الطفل المبصر إدراك الأشياء من مسافات أكبر، كما يمكنه رؤيتها في صورتها الكلية .كذلك فإنه يتمكن من رؤيتها من منظور اكبر من خلال استكشافها وفحصها ومعالجته بيده لها. وهكذا تبدأ الأشياء في أخذ

صفة الدوام والاستمرار بصورة أسرع بالنسبة للطفل المبصر منها بالنسبة للطفل الكفيف.

تطور المفاهيم والطفل الكفيف :

نظراً لحاجة الطفل الكفيف وافتقاره إلى وسيلة الإدراك الحسي (بخاصة البصري) اللازمة لتنظيم الأشياء والمدركات وترتيبها، فإنه لا يتمكن من رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة، إذ يجب عليه أن يدرك أجزاءها أولاً، ثم ينتهي بإدراكها ككل عن طريق معالجته بيده لها واللعب بها. فهو محدود فيما يستطيع تعلمه من هذه المعالجة اللمسية للأشياء، نظراً لأن المعلومات التي يكتفها من هذه المعالجة لن تتيح له إدراك جوهر الأشياء من حيث حقيقتها أو تعقدها أو كليتها . وإذا أصبح الشيء بعيداً عن متناول يده فإنه يذهب بالتالي بعيداً عن إدراكه . والأمر نفسه يمكن أن يقال عن الأحداث التي لا تستطيع حواسه الوصول إليها مباشرة (الحركة والصوت) فالكثير منها قد يحدث ومن ثم فإن الطفل الكفيف يستطيع بقدراً أن يصل إلى كثير من المعلومات التي تتيحها حواسه المبصرة بسهولة ويسر واستمرار .

وعلى هذه الأساس يمكن إدراك الطفل الكفيف يدقق الأمور إلى مستوى الأول وهو الذي يشير إلى صورته المعلومة الحسية، وهو تقدمه في العمر واتساع خبراته يتجه وبزيادة الفترة بها فإنه يبدأ في الانتقال بها إلى المستوى الثاني وهو المستوى الوظيفي. ولكن نجاحه في التقدم إلى مستوى أعلى من التجريد المختبري لإدراك مفهوم الشيء مساعدة ما يكون محدوداً وقاصراً إذا يصل الطفل إلى إدراك الأشياء بصورة أساسية على المستويين

الحسي والوظيفي نظراً لفقدان حاسة البصر وبالتالي تناقص فاعلية الحس اللمسي فيه(ليدون و ماكجرو ١٩٩٠)

النمو الحركي والطفل الكفيف :

يواجه الطفل الكفيف الذي فقد البصر منذ الولادة أو في سن مبكرة صعوبات نمائية في مجال الحركة وتطور المهارات الحركية، كما تتأخر لديه قياساً بما يقوم به الأطفال المبصرون من أداء حركي على مستوى الحركات الكبيرة والحركات الدقيقة .

تبين الدراسات أن الأداء الحركي للأطفال المكفوفين أضعف من أداء الأطفال المبصرين .وأن الأداء الحركي للأطفال الذين ولدوا مكفوفين أضعف من أداء الأطفال الذين فقدوا بصرهم في المراحل اللاحقة من مراحل حياتهم .وذلك أمر صحيح سواء فيما يتعلق بالمهارات الحركية الكبيرة أم المهارات الحركية الدقيقة .فبالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة أظهرت الدراسات أن بعض المهارات تتطور ببطء لدى الأطفال المكفوفين بسبب افتقارهم للدافعية لممارسة تلك المهارات، وبسبب عدم قدرتهم على رؤية الأشياء .وبالنسبة للمهارات الحركية الكبيرة يظهر لدى الأطفال المكفوفين تأخر في الزحف والوقوف والمشي والقفز والرمي وغير ذلك .والأمر يعود أيضاً إلى نقص الدافعية لديهم للتنقل،والحماية الزائدة التي يمارسها الآباء،ومحدودية النشاطات الاستكشافية .

نواحي النمو اللغوي والاجتماعي :

تتطور المظاهر النمائية اللغوية لدى الأطفال المكفوفين تطوراً طبيعياً ما لم تكن لديهم إعاقات أخرى .ولكن أنماط النمو اللغوي لديهم، تختلف عن تلك التي تظهر لدى المبصرين نتيجة الافتقار إلى المدخلات البصرية والقدرة على

التنقل و بسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها .فمن التأثيرات الواضحة للإعاقة البصرية تعطيل اللغة غير اللفظية والحد من خبرات الطفل بحيث يكوّن المفاهيم اعتمادا على الدلالات الإدراكية غير الكافية.و مما يؤدي إلى أن تكون لغة الطفل مرآة تعكس مستوى معرفته بلغة الآخرين وليس معرفته بالعالم من حوله.

كما أن المهارات الاجتماعية لدى المكفوفين تتأثر إلى حد كبير فهم لا يتمكنون من القيام بالتعبيرات الوجهية المناسبة المواقف الانفعالية، ولا يتمكنون من تقليد الآخرين فيما يقومون به من إلقاء التحية أو مراعاة الأصول الناظمة للمأكل والملبس .....

وتقتصر عمليات استكشاف البيئة لديهم على الحس اللمسي والسمعي في حين أن عملية الاستكشاف هذه أكثر ما تقوم على الاستكشاف البصري .

(١)-الإعاقة في حاسة السمع:

يولد بعض الأطفال وهم فاقدون للسمع تماماً)مع الانتباه إلى أن بقايا سمعية قليلة جداً قد تكون موجودة)وهؤلاء لا يسمعون الأصوات مهما كانت مرتفعة، ولكن قد يشعرون بالحركات والاهتزازات التي تحدثها الأصوات المفاجئة المرتفعة،فإذا ما تم التصفيق خلف رأس الطفل فإن ذلك قد يحرك الهواء خلف رقبته وبذلك يلتفت الطفل .

والطفل الأصم جزئياً يسمع بعض الأصوات فقط، ولكن في غير وضوح بحيث يتمكن من تمييز أصوات معينة دون غيرها من الأصوات،وغالباً فإن الأسرة ما تفشل في التعرف على أن ابنها يعاني مشكلة سمعية .

يؤثر فقدان السمع بصورة رئيسة على النمو اللغوي وعملية الاتصال تأثيراً سلبياً، فهو يختلف من الأطفال الذين يولدون وهم فاقدون للسمع، عن الذين يصيبهم الصمم في سن أكثر تقدماً(بعد سن الثالثة تقريباً ،بعد أن يكونوا قد امتلكوا آلية النطق والكلام المطلوبة)وهو يختلف أيضاً حسب من الحالات التي يكون فقد السمع لديها شديداً أو خفيفاً (أبو فخر،٢٠٠٤) .وفي كل الحالات فإن تأثيراً واضحاً على اللغة يظهر عبر تدني الوضوح في الأداء اللغوي وقلة المفردات،إضافة لذلك فإن بعض الحالات لا يتكلم المصابون بها أبداً وذلك بسبب نقص الخبرات والتعلم والعناية المبكرة .

إن لحاسة السمع والنطق أهمية بالغة لمعظم الأطفال في مراحل النمو وذلك للتعرف على الناس وما هم عليه.فالاتصال الطبيعي يؤمن نمواً نفسياً واجتماعياً وفكرياً طبيعياً .ويشكل لدى الصم أعظم مشكلة، حيث أن الطفل لا يسمع الكلمات بوضوح وبالتالي فمن الصعب عليه أن ينطق،لذلك فإن مشكلته تكون مزدوجة من حيث فهم ما يطلب منه وفي إفهام الناس ما يتعلق بطلباته ،مما ينجم عنه الكثير من الإحباط وخيبة الأمل وسوء الفهم للطفل وللآخرين على السواء.لذلك فليس غريباً أن يكون الطفل الأصم أحياناً بطيئاً في إيجاد علاقة مع الناس، ويشعر بالوحدة، وأنه مهمل من قبل الآخرين، وقد يؤدي ذلك إلى مشاكل سلوكية للطفل .

كما أن الكلام وتبادل الآراء والمعلومات من جهة معينة في الاتصال ضروري للنمو الفكري لأي طفل .ومعظم الأطفال الصم أذكياء شأنهم شأن الأطفال الآخرين ولكنهم يحتاجون إلى تعلم طريقة للاتصال بالآخرين في سن مبكرة لكي يطوروا قدراتهم العقلية بصورة كاملة.

جـ- الإعاقة في النمو الحركي:

تختلف الأمراض والحوادث والعوامل المؤدية لإعاقة النمو الحركي عند الطفل، وهذه العوائق قد تؤدي إلى الشلل الدماغي أو إلى حالات من التواء العنق أو الأقدام، أو إلى هشاشة العظام أو إلى العمود الفقري المفتوح .وفي كل الحالات وتنوعها يتأثر نمو الطفل من الناحية الاجتماعية والمعرفية والنفسية الانفعالية من جراء هذه العوائق.

وفيما يلي قصة (س) من الأطفال الذين يأتون إثر ولادة عسيرة ،كان لونه مزرقاً مع رخاوة في الجسم وقد تأخر تنفسه عند الولادة ثلاث دقائق .أصيب من جراء ذلك بشلل دماغي شديد فتصلب جسمه وأصبح يقوم بحركات غريبة لا يستطيع التحكم فيها، وكثيراً ما كان رأسه يلتوي إلى أحد الجانبين وكان يعاني من صعوبة في البلع.

إن جهل الوالدين بالتعامل مع هذه الحالة ،بالرغم من حبهما له أبقيا الطفل على حاله، وظل ممدداً على الأرض في إحدى زوايا البيت، تيبست ساقاه ولا يملك سوى التحديق بسقف البيت وجدرانه .وعندما بلغ سن الثالثة من عمره تمكن من نطق بعض الحروف ولكن بصعوبة كبيرة .ولما بلغ السادسة من عمره تعلم بعض الكلمات الأخرى القليلة. وكان يصرخ كثيراً وتنتابه نوبات عصبية مفاجئة ولا يستطيع التحكم في عملية التبول والتبرز، وظل في كثير من تصرفاته كطفل صغير .

غير أن تدخلاً من فريق التأهيل الذين قدموا الخدمات اللازمة من كرسي خاص وإرشاد الوالدين بكيفية التعامل مع الطفل من حيث التكلم معه وتعويده على المهارات اللازمة في الأكل والمشرب والنظافة، جعل الطفل يتكلم بصورة

أفضل وبمرور الوقت تعلم الإشارة التي تؤدي إلى تنظيفه وتعويده شيئاً فشيئاً الاعتماد على نفسه .

تبين لنا هذه القصة أولاً العلاقة بين نمو الجسم ونمو العقل والإحساس، والعلاقة المتبادلة المؤثرة والمتأثرة، فالطفل (س) كان يعاني من بطء في النمو العقلي لأنه لم يكن يعمل أي شيء فكان متروكاً في المنزل مهملاً لا تقدم له سوى الحاجات التي تحفظ له البقاء ؛ بمعنى أن دماغه لم يحفز وينشط كي ينمو ويقوى. والطفل لم يكن بمقدوره التحكم في حركات جسمه غير أن حاستي السمع والبصر كانتا جيدتين .إن التدخل اللازم من فريق التأهيل غيّر وضع الطفل بصورة ملحوظة حيث تمكن الطفل من الاتصال مع الآخرين عبر تدريبه الأولي على الحركة والكلام ،الأمر الذي ساعد على نمو دماغه وتنشيطه فتحسنت استجاباته وتعلم أمور كثيرة كانت مطلباً اوالديه .

الشلل الدماغي :

- إن الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي غالباً ما يكون عندهم بطء في النمو مقارنة بالأطفال الطبيعيين، حيث يكون الطفل عاجزاً عن تثبيت رأسه بصورة معتدلة وكذلك عند الجلوس والحركة بالاتجاهات المختلفة .

- لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي صعوبة في الاتصال،والسبب في ذلك يرجع إلى الرخاوة أو التصلب في أجهزة النطق، أو فقدان القدرة على الإشارة بالذراع، أو التحكم في عضلات الوجه .

- يبدو بعض الأطفال بليدين أو أغبياء والسبب في ذلك الاضطراب والبطء في الحركة وعدم القدرة على التحكم بالبلع أو بحركات الوجه.

- قد تتأثر حاستا السمع والبصر لدى بعض الأطفال.

- اضطراب في المزاج والانفعالات كالتقلب بين حالات الضحك والابتسام إلى البكاء والانزعاج،وهذا يعود في جانب كبير منه إلى الكبت الذي يعانيه لعدم قدرته على فعل ما يريد القيام به .(ويرنر،١٩٩٤)

تلك هي بعض الملامح العامة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، والتي تتأثر فيها جوانب النمو المختلفة .فإذا كان العائق هنا حركياً لاحظنا كيف يطال جوانب النمو الأخرى بالتأثير .إن هذا الأمر لا ينطبق على كل الإعاقات الحركية فحالات التواء القدم مثلاً أو حالات البتر البسيطة، قد لا يكون تأثيرها بالمستوى نفسه .الأمر نفسه يقال عن هشاشة العظام ،فالأطفال المصابين به في العادة يكونون أذكياء، وقد يتقدمون في الدراسة، ولكن يخشى عليهم من ضعف السمع التدريجي

د-الاضطراب في النمو الاجتماعي الانفعالي :

من العوامل التي تؤدي إلى الاضطراب في النمو الاجتماعي والانفعالي لدى الطفل وجود إعاقة حركية أو حسية أو عقلية منذ الولادة أو في سن مبكرة ،وكذلك الأمر بالنسبة للأطفال الذين يفقدون الوالدين ويعيشون أيتاماً . والأمر نفسه يمكن أن يقال عن الأطفال الذين يعيشون في كنف أسرة تكثر فيها الخلافات الزوجية وتتعارض فيها أساليب التربية، أو يكون فيها الأب أو الأم مدمنة كحول أو مخدرات،فكل ذلك يؤثر على الطفل ويجعل نموه الاجتماعي والانفعالي قاصراً عن أقرانه الذين يتمتعون بجو من الدفء العائلي والصحة النفسية والجسدية السليمة .

ولعل من بين الاضطرابات النمائية المرتبطة بالجانب الاجتماعي والانفعالي، اضطراب "التوحد" وهو اضطراب نمائي شامل،كان يطلق عليه اسم

"توحد الطفولة المبكرة ".والأطفال التوحديون غالباً ما يصبحون مراهقين وراشدين توحديين وهو ما كشفت عن بعض الدراسات التتبعية مثل دراسة"كونزاليس وآخرون"١٩٩٣"

يظهر على الطفل منذ سن مبكرة مجموعة من الأنماط السلوكية التكرارية عند تفاعله مع محيطه البيتي، فنجد أن الطفل يصر على الاستمرار في القيام بالأنشطة والحركات والتصرفات على المنوال نفسه وعلى الوتيرة نفسها بغض النظر عن تغير الموقف ،كما أن الطفل التوحدي يقاوم التغيير في نظامه اليومي، ومما يميزه أيضاً عدم القدرة على التواصل الاجتماعي فهو يؤثر أن يبقى منغلقاً على نفسه يهتم بشؤونه التافهة دون أن يعير انتباهاً لما يحصل حوله، وتغيب عنده الانفعالات اللازمة للتواصل فهو لا يتواصل بصرياً مع الآخرين، ولا يندمج معهم ولا يعبر تعبيرات تنم عن الدهشة أو التعاطف مع الآخرين .

والطفل الذي يعاني من إعاقة حركية تمنعه من التنقل والحركة بصورة طبيعية كالشلل الدماغي ستؤثر في تواصل الطفل وتفاعله،وإذا لم يتلق هذا الطفل الرعاية اللازمة سيحكم بسبطه في نموه الانفعالي فتزداد لديه ثورات الغضب،والبكاء وعدم الاستمتاع بالمواقف التي تفرح الأطفال الآخرين عادة. وتتفاقم المسألة عندما يحس أن الآخرين ينظرون إليه نظرة شفقة تنطوي على عدم التقبل والحسب .ولهذا فقد تكثر مشكلات من قبيل :التبول اللاإرادي،ومشكلات النوم والتغذية والغيرة .....

والأمر نفسه يمكن أن يقال عن حالات التخلف العقلي، وبخاصة حالات (متلازمة داون)التي يبقى معها الأطفال الصغار حتى رشدهم غير ناضجين اجتماعياً وانفعالياً. والتخلف العقلي بصورة عامة قد يمنع الطفل من التمتع

بالقدرات الاجتماعية والانفعالية التي يستطيع الأطفال العاديون من العمر نفسه إظهارها. فالأطفال المتخلفون عقلياً لا يتمكنون من بناء العلاقات الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى عزلتهم عن أترابهم، ويمكن أن يتخذ هؤلاء الأتراب مواقف الرفض والسخرية والتي يكون من نتائجها شعور الطفل بالعجز وتدني مستوى مفهوم الذات والميل إلى الانسحاب الاجتماعي . إضافة إلى ذلك قد لا يتمكن الطفل من التعبير عن حاجاته وانفعالاته وذلك قد يكون له تأثير سلبي على علاقة الآخرين به .إن كل ذلك قد يؤدي إلى ظهور مجموعة من المشكلات المرتبطة بتدني الحياة الاجتماعية، وظهور مشكلات انفعالية كالغضب والعدوان وعدم الاتزان التعليمات ....

أما بالنسبة للإعاقة السمعية فيمكن أن تمنع الطفل من التواصل المتبادل بينه وبين الآخرين، فيتعذر عليه إفهام الآخرين بحاجاته، ولا يفهم ما يطلب منه الآخرون. وقد دلت دراسات كثيرة أن الصم غالباً يعانون من انخفاض مستوى النضج الاجتماعي، وسوء فهم الآخرين وأن نسبة كبيرة منهم يعانون من مستويات من عدم الاستقرار الانفعالي .(الخطيب والحديدي،١٩٩٨)

الأمر نفسه يمكن أن يقال عن فقد البصر وتأثيره على النمو الاجتماعي والانفعالي بخاصة إذا كان الفقد البصري منذ الولادة، أو في سن مبكرة حيث أظهرت كثير من الدراسات عدم قدرة المكفوفين على إظهار التعبيرات الانفعالية والاجتماعية كما يقوم بها الأطفال العاديون في بصرهم. فهم لا يعبرون عن الدهشة أو التعجب أو كيفية التأثير بالآخر .

من خلال عرضنا السابق لمظاهر الإعاقة في النمو والتأخر في النمو، يمكن أن نميز بين نوعين من المظاهر . فهناك مظاهر ثابتة أو شبه ثابتة، وهي

ما نطلق عليه الإعاقة النمائية ،أي ان تأخر النمو هو جزء من بنية الطفل وسيستمر هذا البطء مع تقدم الطفل في مراحل نموه المختلفة مراهقاً وشاباً كحالات من التخلف العقلي ،بل معظمها، مثل حالة متلازمة داون أو المنغولية وحالات القماءة، أو القصاع، والاستسقاء الدماغي وحالات كبر الجمجمة وصغر الجمجمة وحالات التخلف العقلي المصحوبة بإعاقات أخرى(كالشلل،فقدان البصر أو السمع ...)، كما يمكن أن يندرج تحت هذه الفئة حالات التوحد والأعراض المشابهة لها مثل متلازمة أسبرجر ASPERGER'S SYNDROME والتوحد غير النمطي ATYPICAL AUTISM .وهناك مظاهر غير ثابتة في التأخر النمائي ،بمعنى أنها يمكن أن تتغير أو تتحول اذا وجدت الظروف والأساليب المناسبة في التدخل المبكر في التأهيل وإعادة التأهيل، وهذه المظاهر هي تلك المرتبطة بإعاقات كفقدان السمع أو البصر أو الحركة منذ سن مبكرة. اذن الأمر هنا متعلق بالظروف التربوية والتعليمية والتأهيلية؛ بمعنى أن الكفيف الذي فقد بصره منذ الطفولة المبكرة اذا وجد العناية المبكرة به وتدريبه على العادات الصحيحة في التنقل والحركة والتواصل مع الآخرين سينمو إلى حد كبير بصورة طبيعية في مناحي نموه المختلفة العقلية والحركية والاجتماعية .

ثالثا-فئات ذوي الحاجات الخاصة

تتعدد الفئات التي تندرج تحت مفهوم ذوي الحاجات الخاصة، وهذا المفهوم أي الحاجات الخاصة، مفهوم تتطور في إطار منظومة التربية الخاصة وأصبح مقبولاً أكثر من غيره من المصطلحات التي تشير إلى أولئك الأطفال أو الأفراد الذين تختلف احتياجاتهم التربوية والتعليمية والنفسية والاجتماعية عن الأطفال أو الأفراد العاديين .والحاجات موجودة لدى كل من هؤلاء وأولئك

والاختلاف لا يكمن في طبيعة الحاجة إنما في درجتها ،ولهذا فالقاسم المشترك بين مجموع الأطفال هو وجود الحاجة لديهم، ولكن تختلف هذه الحاجات تبعاً لوجود النقص أو المرض أو الإعاقة. ويمكن أن يتوسع هذا المفهوم او يضيق تبعاً لتعريف النقص أو الإعاقة و تبعاً للأدوات المستخدمة ومعايير التشخيص والتحديد . فمثلاً يمكن أن يقال عن طفل أنه مقصر في استيعاب التعليمات وعدم قدرته على الاستجابة الطبيعية لها أن لديه حاجة خاصة،وكذلك يمكن ان يقال عن طفل مشكل لديه (عناد كبير) أن لديه حاجة خاصة ،مثلما نقول عن طفل فقد بصره أو سمعه أن لديه حاجة خاصة .ولهذا فنحن بالمحصلة الأخيرة نصنف ذوي الحاجات الخاصة إلى فئات – بالرغم من أن هذا المصطلح جاء لنفي التصنيف،لأنه يعد أن لكل طفل بشكل أو بآخر حاجة معينة — وهذه الفئات تتحدد في ضوء الانحراف عن المستوى العادي (المتوسط) في جانب أو أكثر من الوظائف الأساسية لدى الفرد.

جوانب الانحراف عن المستوى العادي (المتوسط):

١ –الانحرافات في الجانب العقلي :

وتشمل هذه الانحرافات الابتعاد عن المستوى العادي ارتفاعاً وتفوقا في القدرات العقلية أي (الأطفال المتفوقون عقلياً) أو انخفاضاً وتأخراً في القدرات العقلية أي (الأطفال المتخلفون عقلياً). ويكون هذا الانحراف مقاساً بمجموعة من المعايير والمحكات كاختبارات الذكاء واختبارات التحصيل واختبارات القدرات الإبداعية والاستعدادات والمواهب بالنسبة للأطفال المتفوقين، واختبارات للذكاء والتشخيص الطبي والعصبي والنفسي الاجتماعي وعن طريق مختص التأهيل بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً.

٢-الانحرافات في الجانب الحسي :

وتشمل هذه الانحرافات الابتعاد عن المستوى العادي انخفاضاً وتأخراً في القدرات الحسية السمعية أو البصرية أو السمعية البصرية معاً، ويكون هذا الانخفاض ملحوظاً، ويقاس عبر أجهزة التخطيط السمعي أو بأساليب تحري فقدان السمع في سن مبكرة، فنكون أمام فئة من (الأطفال المعوقين سمعياً) أو يقاس عبر لوحة (سنلن) أو بأساليب كشف الدرجة التي يكون عندها فقدان البصر وبذلك نكون أمام فئة الأطفال (المعوقين بصرياً)، كما يمكن أن يفقد البصر والسمع معاً بحيث تكون أمام فئة من (الأطفال المعوقين سمعاً وبصراً).

٣-الانحرافات في الجانب الحركي (المرتبط بما هو عصبي أو عظمي أو عضلي):

وتشمل هذه الانحرافات الابتعاد عن المستوى العادي انخفاضاً وتأخراً في القدرات العظمية أو العضلية أو العصبية المرتبطة بالجوانب الحركية، ويقاس ذلك عبر تقييم شامل للطفل من قبل الأطباء المختصين في مجال العصبية أو العظمية أو العضلية، وتظهر هذه الإعاقات بأشكال مختلفة منها (الأطفال المصابين بالشلل أو الشلل الدماغي أو الهزال العضلي أو هشاشة العظام أو مشاكل الورك أو العيوب الفقارية.أو حالات الصرع أو حالات البتر .....) .

٤ - الانحرافات في الجانب الانفعالي والاجتماعي :

وتشمل هذه الانحرافات الابتعاد عن المستوى المتوسط أو العادي انخفاضاً واضطراباً في جوانب الحياة الشخصية الانفعالية والجوانب الاجتماعية، ويقاس ذلك بمدى تكرار السلوك، وتأثير هذا التكرار على علاقة الطفل بنفسه

وبالآخرين بحيث لا يتمكن الطفل من إنشاء علاقة فعالة ومثمرة مع الآخرين ومع نفسه،وهذا ما ندعوه بـ (الأطفال المضطربين انفعالياً اجتماعياً).

٥-الانحرافات في الجانب التواصلي اللغوي :

وتشمل هذه الانحرافات الابتعاد عن المستوى العادي أو المتوسط انخفاضاً واضطراباً في مجال التواصل اللغوي ويظهر ذلك عبر التأخر في الكلام، أو في اضطرابات النطق، أو في اضطرابات الكلام أو في اضطرابات الصوت .

ولا شك أن هذه الاضطرابات يمكن أن توجد لدى فئات من المعوقين سمعياً والمعوقين عقلياً وحالات التوحد أو الانغلاق، وبعض من حالات صعوبات التعلم . إلا أن الانحرافات المقصودة هنا هي تلك التي توجد عند أطفال عاديين في سمعهم وقدراتهم العقلية، ولكن يعانون من صعوبات في إفهام الآخرين ما يريدون قوله. ويمكن أن توجد طائفة كبيرة متنوعة من (المضطربين في النطق والكلام).

٦-الانحرافات في مجال التعلم :

وتشمل هذه الانحرافات الصعوبات النوعية أو الخاصة بالتعلم،فإذا جاءت قبل سن المدرسة ظهرت على شكل صعوبات نمائية مرتبطة بصعوبات في الانتباه والإدراك والذاكرة والتفكير أي بالعمليات النفسية المعرفية وإذا جاءت في السن المدرسية ظهرت على شكل صعوبات أكاديمية مرتبطة بصعوبات نمائية كالصعوبات في القراءة والكتابة والحساب (الرياضيات)،أو في مواد أكاديمية أخرى، ونطلق على ذلك (الأطفال الذين يعانون من صعوبات نوعية في التعلم).

٧- الانحرافات في جوانب متعددة أو في أكثر من جانب:

وتشمل هذه الانحرافات مجموع الأطفال الذين يعانون من أكثر من انحراف مما تم ذكره، فيمكن للأطفال في هذه المجموعة من الانحرافات أن يعانوا مثلاً من الشلل الدماغي والتخلف العقلي، أو قد يعاني بعضهم من كف البصر إلى جانب الصعوبة النوعية في التعلم و بعضهم الآخر يعاني من الصرع والتخلف العقلي ..

إن كل هذه الانحرافات تشكل فئات من الأطفال الذين يحتاجون إلى تدخل مبكر، و خدمات خاصة وتدابير تعليمية وتربوية تناسب طبيعة انحرافاتهم، وتضعهم بالتالي في إطار مفهوم ذوي الحاجات الخاصة .

رابعاً- ضرورات التدخل المبكر ومتطلباته النفسية :

١ - التدخل المبكر تعريفه وتحديده:

يستخدم مصطلح التدخل المبكر الآن للدلالة على مصطلح "الوقاية " الذي ساد كثيراً في الستينات والسبعينات من القرن العشرين .و قد ساد آنذاك مصطلح التربية التعويضية أي تلك التربية التي تتجه لمساعدة الأطفال المعوقين الذين ينمون في بيئة غير مناسبة لتعويض قدراتهم، والوصول بها إلى أعلى ما تستطيع إليه الوصول لتحقيق الاندماج في المجتمع بنجاح ثم تطور المصطلح باتجاه الوقاية من العجز أو الإعاقة ،وصولاً إلى مصطلح التدخل المبكر.(Sandow,1990)

والتدخل المبكر يعني جملة الإجراءات المنظمة التي تتخذها جهة مسؤولة،من أجل مساعدة أسر الأطفال المعوقين والأطفال أنفسهم في سن مبكرة .ويمكن تحديد التدخل المبكر على أنه جملة الإجراءات المنظمة الهادفة إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة

،ودعم الكفاية الوظيفية بكل أبعادها لأسرهم .والهدف من وراء ذلك تطبيق برامج وقائية للتقليل من حدوث الإعاقة من جهة، وتقليل الآثار السلبية على الأسرة والطفل وضمان أفضل تطور ممكن لقدرات الطفل عبر برامج نفسية وتعليمية وإرشادية من جهة أخرى .

وتنقسم مرحلة الطفولة المبكرة من وجهة نظر التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى: تمتد من الميلاد ولغاية عمر السنة ،يطلق على هذه المرحلة مرحلة الرضيع .

المرحلة الثانية :تمتد من عمر السنة ولغاية عمر الثالثة ،يطلق على هذه المرحلة مرحلة الحضانة.

المرحلة الثالثة :تمتد من عمر الثالثة ولغاية ٥-٦ سنوات ،يطلق على هذه المرحلة طفل ما قبل الدراسة .

٢-الفئات التي يشملها التدخل المبكر:

تستهدف خدمات التدخل المبكر الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي، والأطفال الذين يحتمل أن تلتهي الحالة المرضية لديهم بتدهور نمائي ،والأطفال الذين هم في حالة خطر من حيث إمكانية معاناتهم من التأخر النمائي إذا لم تقدم لهم خدمات التدخل المبكر .وعلى الرغم من صعوبة تحديد هذه الفئات إلا أن الباحثين يتفقون على وجود ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب حصولهم على خدمات التدخل المبكر ،وهم:الأطفال الذين يوجد لديهم مشكلة أو عجز محدد،والأطفال الذين هم في حالة خطر بيولوجي ،والأطفال الذين هم في حالة

خطر بيئي ،ويضيف بعض الدارسين فئة أخرى وهي الأطفال المتأخرون نمائياً.(عن Foster & Foster,1993 في هويدي ١٩٩٧)

الأطفال الذين لديهم إعاقة محددة :

وهم الأطفال الذين تم تشخيصهم رسمياً وتبين وجود اضطرابات طبية محددة لديهم ،ومعروف غالباً أسبابها وأعراضها .تضم هذه الفئة من الأطفال بعض الاضطرابات الصبغية ،مثل متلازمة داون ،والتشوهات الخلقية، والاضطرابات العصبية مثل الشلل الدماغي ،والاضطرابات الحسية، والاضطرابات في عملية الأيض ،والأمراض المعدية والارتباط الزائد بالأم، وحالات التسمم ،

وليس من الضروري لهؤلاء الأطفال أن يظهر عليهم التأخر النمائي مباشرة وفي الحال ،ولكن هناك احتمال حدوث ذلك لا يقل عن نسبة ٩٠% أو كما يرى آخرون ٦٥% ،والمحك المستخدم هنا هو التشخيص الطبي.

الأطفال ذوو خطر بيولوجي :

وهم الأطفال الذين ليس لديهم إعاقة في الحال، إنما هناك خطر قد يتهددهم من خلال مجوعة من المؤشرات قبل الولادة أو في أثناءها أو ما بعدها ،وهذه المؤشرات تزيد من احتمال ظهور تأخر نمائي أو مشكلات في التعلم إذا لم تتخذ الإجراءات اللازمة لمواجهتها .وهناك قائمة متعددة من هذه المخاطر المحتملة أو المتوقعة والتي تشكل عوامل خطر بيولوجي مثل إدمان الأم الحامل على المخدرات ،والولادة المبتسرة والوزن القليل للطفل ،مع ملاحظة أن الكثير من الأطفال الذين يولدون وهم في خطر بيولوجي يمكن أن يحدث لهم الشفاء بدون التدخل العلاجي .

الأطفال ذوو خطر بيئي :

وهم الأطفال الذين يولدون بصورة طبيعية وليس لديهم اضطرابات بيولوجية أو وراثية، وكانت لديهم ظروف الحمل طبيعية، وكذلك كانت ولادتهم طبيعية، ولكن الظروف التي نشأوا في ظلها تشكل خطراً على نموهم ،ويرجح أن تكون عندهم مجموعة من المشكلات أو الاضطرابات إذا لم تتخذ إجراءات التدخل المبكر. وأمثلة ذلك من عوامل الخطر البيئي :نوعية رعاية الأم ،ومستوى الاستثارة الحسية والثقافية وسوء التغذية ،والفقر الشديد ،والمحك في هذه الحالة يعتمد على فريق عمل متعدد التخصصات ليساعد في التشخيص .

الأطفال المتأخرون نمائياً:

ينظر بعضهم إلى هذه الفئة على أنها تندرج في إطار الفئة الأولى وبعضهم الآخر ينظر إليها على أنها منفصلة اعتماداً على حدوث التأخر النمائي في السنتين الأوليتين في مجال أو أكثر من مجالات النمو . وتحدد هذه المجالات فيما يلي : المجال المعرفي ،المجال الحركي ،المجال اللغوي ،المجال الاجتماعي -الانفعالي ،ومجال العناية بالذات .(الخطيب وحديدي ،١٩٩٨) . يستخدم هنا القياس النفسي والإكلينيكي، ويعد حصول الطفل على انحراف معياري أو اثنين دون المتوسط مؤشراً على وجود التأخر النمائي ،أما المحك الإكلينيكي فيعتمد على فريق متعدد التخصصات كي يصدر حكمه بشأن تأخر الطفل .(هويدي ،١٩٩٧)

٣- مسوغات التدخل المبكر :

هناك مبررات عديدة للتدخل المبكر ،وهي مبررات جاءت نتيجة البحث والتقصي في مدى فاعلية هذا التدخل ،وليس نتيجة التعاطف والشفقة وهذه

المسوغات يمكن إدراجها في عدة نقاط أوردتها الأدبيات في هذا المجال Hanson & Lynche (1995) ,Peterson (1987) .

آ-تؤكد معظم نظريات النمو على العلاقة بين السنوات الأولى من عمر الطفل والتعلم اللاحق .وأن الوقت الذي يمر من ميلاد الطفل وحتى التحاقه بالمدرسة له دلالة خاصة في متصل النمو الإنساني، حيث تتشكل أنماط التعلم والسلوك الأساسية التي تضع الأساس لكل مجالات النمو اللاحق .فعندما لا يكتسب الطفل الأنماط الضرورية للتفاعل والمهارات والأبنية المعرفية التي تعد متطلبات سابقة للتعلم الجديد، فإن هذا التعلم سيتأخر ويكون غير فعال وغير كامل، وقد يستحيل تحقيقه في بعض الحالات . فالضعف في أي مرحلة من مراحل النمو المبكرة يؤدي إلى ضعف في المراحل اللاحقة ،أي أن الآثار تصبح تراكمية .فإذا تأخر الطفل بدرجة ملحوظة عن أقرانه في بعض مجالات النمو ،فمعنى ذلك أنه لكي يلتحق بهم في مرحلة تالية يجب تسريع التعلم بسرعة أعلى من السرعة العادية ،أي من خلال البدء فوراً في برنامج التدخل المبكر .

ب-يؤكد علماء النفس أن هناك فترات حرجة أو حساسة للتعلم في السنوات الأولى من العمر،يمكن أن يكتسب فيها الطفل ويتعلم بصورة خلاقة، والفترة الحرجة هي الوقت الذي تقدم فيه مجموعة من المثيرات ويحصل عنها مجموعة من الاستجابات ،يتم من خلالها تعلم بعض المهارات ،وإن غياب هذه الخبرات أو المثيرات خلال فترات النمو ،بغض النظر عن أسباب ذلك ،سيؤدي إلى فشل الطفل في تعلم الاستجابة في وقت لاحق ،حتى إن اكتسبها في وقت لاحق ستكون غير متقنة وبكفاية أقل ،وأن الوقت الذي يمر أفقد هذه الخبرات انسجامها مع الفترة النمائية التي ضاعت منها . ولهذا فإن اكتساب الطفل وإتقانه

للمهارات النمائية لن يحدث دون برنامج إثرائي خاص يتوافر من خلال التدخل المبكر .

جـ-تؤكد الدراسات المختلفة أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط، ولكن البيئة تؤدي دوراً لا يقل أهمية عن الوراثة ،فالبيئة هي مجموعة قوى فاعلة في تشكيل طبيعة كل إنسان ،وهي تضم الرعاية الجسمية والتغذية، وأساليب تربية الطفل ،ونوعية الاستثارة وكميتها والجو الانفعالي في المنزل .....وبالرغم من أن هناك من يرى أن الذكاء لا يتعدل كثيراً وغير قابل للتغيير، إلا أن هناك مئات الدراسات التتبعية حول الذكاء ،وسمات أخرى ترجع فيها حدوث التغير زيادة أو نقصاناً ،يدل على ذلك الدراسات التجريبية التي أجريت على بعض الأطفال بعد نقلهم من بيئة أسرية محرومة ثقافيا إلى بيئة غنية بالمثيرات الثقافية والاجتماعية مما أدى إلى تغير وارتقاء مستوى ذكاءهم مما يفرض والحال هذه التدخل المبكر الذي يكون فاعلاً وذي جدوى .

د-إن وجود الإعاقة منذ الولادة أو في سن مبكرة إذا تركت بدون تدخل مبكر يمكن إن يضاعف الآثار الناجمة عنها وقد تظهر لدى الطفل إعاقات ثانوية ،فالإعاقة يمكن أن تعرقل عمليات التعلم العادية عن طريق إعاقة بعض الأساليب المألوفة التفاعل مع البيئة . وإذا ترك الأمر للفرص العادية المتاحة للأطفال العاديين، فإن الأطفال المعوقين يزيد احتمال تراجعهم ويكون تعلمهم أقل كفاية عن أقرانهم بصورة ملحوظة ،وإذا أردنا لهم المشاركة في اكتساب الخبرات فلا بدّمن التدخل والمساعدة الخاصة .

ه-كما يضاف إلى هذه المبررات أيضاً:الجدوى الاقتصادية والمثمرة للتدخل المبكر من حيث تقليل النفقات اللاحقة المخصصة للبرامج التربوية، لهذا

يقول هايدن (Hayden, 1997) إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر .(الخطيب والحديدي ،١٩٩٨)

و- إن والدي الطفل المعوق هما بحاجة إلى المعرفة ،معرفة طبيعة إعاقة ابنهما ،ومعرفة كيفية التصرف معه، وإمكانات التطور لديه وكل ذلك يوفره التدخل المبكر لتقديم المساعدة إلى الطفل وإلى أسرته .

وانطلاقاً من ذلك لم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته، لأن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية ،قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل المبكر ،حيث يذكر(الخطيب والحديدي،١٩٩٨ عن" كاستو و ماستروبيري") أنهما قاما بتحليل النتائج التي توصلت إليها أربع وسبعون دراسة علمية ،فاستنتجا أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي والاجتماعي واللغوي والأكاديمي للأطفال المعوقين بإعاقات مختلفة .واستنتج هذان الباحثان أيضاً أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل : مبكراً أكثر ،ومكثفاً أكثر ،وأكثر اهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية .

٤-المنطلقات النفسية في برامج التدخل المبكر :

إن برامج التدخل المبكر في العادة تقوم على استراتيجية معينة في تقديم الخدمات، وتنطلق في ذلك من منطلقات نظرية من أجل بناء البرنامج وتحديد مضمونه وأهدافه وطرائق الخدمة فيه.

وفيما يأتي عرض لهذه المنطلقات.

آ-الاتجاه السلوكي الإجرائي :

يؤمن أنصار هذا المنطلق أن نمو الفرد يكون نتيجة التفاعل بين الفرد وبيئته اعتماداً على مبدأ المثير والاستجابة، فالطفل يتعلم الأنماط السلوكية المختلفة، وفهم العلاقات الكائنة بين الموجودات من خلال تلقيه أكم كبير من المثيرات السمعية والبصرية واللمسية، وينتج عنها استجابات محددة تتوافق مع هذه المثيرات بناء على مبادئ أساسية تقول بها النظرية السلوكية مثل التعزيز والعقاب والانطفاء والتعميم .....وأن الفشل التعليمي يحدث عندما لا يستطيع الطفل أن يكتسب المهارات النوعية الأساسية من أجل تعلم مهارات أخرى. ولتعلم هذه المهارات يجب تدريسها للطفل، لأنها لا تظهر بشكل تلقائي .ومن هذا يرى هذا المنطلق أن التعلم يتم عن طريق التحديد الدقيق للسلوكيات المستهدفة، وترتيب المثيرات الملائمة التي يمكنها استدعاء الاستجابات المطلوبة، وبرمجة التعلم في خطوات صغيرة متتابعة مع ضرورة تعزيز الاستجابات المرغوبة .

يستخدم الاتجاه السلوكي المنطق العلاجي أو الوظيفي في اختيار المهارات التي يتم تعلمها والمحك في اختيار هذه المهارات هو أن تكون مناسبة لعمر الطفل وذات معنى له وفائدة.والطرائق المستخدمة في التعلم هي النمذجة والتلقين والتشكيل والتسلسل والتعزيز.والتعلم هنا فردي ويقوم على تقويم مبدئي للسلوك القاعدي لدى الطفل .

ب- الاتجاه النمائي :

ينطلق الاتجاه النمائي من وجود معايير للنمو في كل مرحلة عمرية، وأن الطفل لا يتعلم بعض المهارات دون غيرها إلا بعد الوصول إلى مستوى من النضج يؤهله لذلك ،وأن هذا التعلم يحدث من خلال مراحل متتابعة لكل مظهر من مظاهر النمو .لذا فقد اعتمدت البرامج الأولى للتدخل المبكر على هذا

المنطلق بهدف تقديم المساعدة للأطفال الصغار من ذوي الإعاقة على النمو من خلال المراحل العادية المعروفة للنمو .

إن محتوى البرامج وفقاً لهذا الاتجاه تقوم على تحديد مظاهر النمو التي يحتاجها الطفل لتكون في المستوى العادي ويتسلسل محتوى البرامج وفقاً لمراحل النمو المتتابعة ودور الأخصائي هنا غالباً ما يكون سلبياً فعليه توفير مستلزمات الأنشطة المطلوبة لهذا النشاط أو ذاك مقتدياً في ذلك بأنواع النشاط التي يقوم بها الطفل العادي .

وقد تطور عن هذا الاتجاه النموذج النمائي المعرفي في التدخل المبكر الذي أعده يتكئ أساسي على نظرية "جان بياجيه" في النمو المعرفي ومضمون البرامج هنا لا يختلف كثيراً عن سابقه ولكنه يركز على المراحل التي يمضيها الطفل "مثل المرحلة الحسية الحركية ومرحلة ما قبل العمليات بتركيز الأخصائي في الأمثل أصبح هنا يدرس الأدوار التي تساعد تحدي الطفل بدلاً من حل المشكلة من عدم الاتزان لديه ويساعد التنظيم والتكيف في أثناء معالجة الطفل للمواقف التحدي بدلاً من تحقيق الاتزان وبحث الطفل ويبادر الأخصائي دوراً أساسياً في تأهيل الطفل لتجربة أشياء وأنشطة جديدة وسؤاله عن تلك التي يمر بها. (هويدي ١٩٩٧)

ب- الاتجاه البيئي:

ينطلق هذا الاتجاه من أن عملية التعلم يمكن أن تتجه إلى البيئة ومكوناتها وأن الطفل يتعلم بصورة أفضل عن طريق خبراته المباشرة ومن خلال التفاعل والمعالجة المباشرة للبيئة ينمو الطفل ويصبح أكثر تكيفاً مع البيئة

بالمهام النمائية الأساسية ، مما يتيح له التقدم نحو مستويات أعلى من الكفاية المعرفية .

ويتم تحديد محتوى البرامج وفقاً لهذا الاتجاه، يتم على أساس فردي لكل طفل، بحيث يعكس مطالب البيئة الطبيعية لمن هم في مستوى عمره، ويتغير المحتوى مع نمو الطفل . ويشترط أن تكون المهارات من واقع بيئة الطفل وتحقق له التعامل المباشر مع الأشياء والتجريب والتعلم عن طريق الاستكشاف والمشاركة الفعالة.

إن طريقة التعليم المستخدمة هي طريقة التدريس العارض ،حيث تستخدم سلوكيات الطفل لتحديد المواقف والظروف التي يتم التعلم فيها ،وهدفها تدعيم الاستقلال عند الطفل .ويعد السياق الذي يحدث فيه التعلم أحد الخصائص التي تميز هذا النموذج ،فالبيئة الطبيعية هي المصدر الذي يستمد منه المحتوى ،وفي الوقت نفسه هي البيئة التعليمية .

د-الاتجاه القائم على الأنشطة :

يحظى هذا الاتجاه بالاهتمام في ميدان التدخل المبكر في الوقت الراهن ، قدم هذا الاتجاه بريكر Bricker لأول مرة عام ١٩٨٩ وسرعان ما أخذ بالانتشار واستخدم في العديد من البرامج (في هويدي ١٩٩٧ عن Hanson &Lynch 1995).

تستمد الجذور النظرية له على أفكار أربعة من أصحاب النظريات المعروفة وهم :سكنر و بياجيه و فيجوتسكي و جون ديوي .وهذا الاتجاه يقوم على ثلاثة أفكار رئيسة هي :

(١)-تأثير وتفاعل كلاً من السياق الاجتماعي المباشر والعام على تعلم الطفل ونموه .

(٢)-الحاجة إلى المشاركة الفعالة من الطفل لضمان تحقيق التعلم الجيد والكفء .

(٣)-يجب أن تكون الأنشطة والخبرات المقدمة للطفل ذات معنى ووظيفة من وجهة نظره.

توجد أربعة عناصر رئيسة في البرنامج القائم على الأنشطة وهي :

آ- الاهتمام بدوافع الطفل ورغباته من خلال تشجيعه على المبادأة في النشاط ،ثم مشاركته في اللعب والألعاب التي اختارها، وتكون القيادة للطفل في توجيه الأنشطة كلما كان ذلك ممكناً،وبالتالي تقل الحاجة إلى المعززات .

ب- إدخال التدريب والتعلم في الأنشطة العادية (الروتينية) لدمج المهارات المستهدفة التي تحقق الفائدة بشكل مباشر للطفل في السياق الطبيعي لها .وإدخال التعلم في أنشطة يخطط لها الأخصائي بحيث تثير اهتمام الطفل ويبدها مسلية له .

جـ-إن الاستفادة من مزايا الأنشطة الروتينية والمخطط لها لا يضمن حدوث التغيير في مهارات الطفل ،فهي تقدم فقط السياق الثري والطبيعي لإجراءات التدخل ،ولذا لا بد من الاستخدام المنظم للمثيرات السابقة واللاحقة والتي تحدث كنواتج متعلقة للأنشطة ،وهنا لا بدمن أن يكون للأخصائي دور مشارك وفعال .

د-إن المهارات المستهدفة من برنامج التدخل المبكر، يجب أن تكون وظيفية وتوليدية ،وظيفية بمعنى أنها تتيح للطفل التعامل مع بيئته الاجتماعية والمادية بشكل مستقل وبطريقة يرضى هو عنها والآخرون المحيطون به. والتوليدية بمساعدة الطفل على اكتساب مهارات جديدة و"متولدة " تمكنه من التفاعل في المواقف المختلفة ،أي عدم تعليم الطفل الاستجابة لإشارات معينة تحت ظروف معينة،ولكن تعليمه تعميم كل أنواع المهارات .

مراجع الفصل

- أبو فخر ،خسان(٢٠٠٤): التربية الخاصة بالطفل .منشورات جامعة دمشق، دمشق .

- الخطيب ،جمال والحديدي ،منى (١٩٩٨): التدخل المبكر .مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة .دار الفكر للطباعة ،عمان .

- ليدون ،وليام وما كجرو ،لوريتا(١٩٩٠): تنمية المفاهيم عند الأطفال المعوقين بصرياً.ترجمة :عبد العزيز الدماطي، وفاروق خليل ،مطابع جامعة الملك سعود ،الرياض .

- هويدي ،محمد (١٩٩٧): استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر . في ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ،تنظيم جامعة الخليج العربي ،أبو ظبي .

- ويرنر ،ديفيد(١٩٩٤): أطفال القرية المعوقون (دليل للأسر والعاملين .....) إشراف وتحرير :محمد بن حمود الطريقي ،المركز المشترك لبحوث الأطراف الصناعية والأجهزة ،الرياض .

المراجع الأجنبية:

- Bailey . D .,Wolery .M. (1992): Teaching infants and preschoolers with disabilities .Columbus , Ohio: Charles E. Merrill .

- Foster .R .,& Foster .B.(1993): Definitional issues :prevalence ,participation and service utilization . In: D.M .Graham (Eds.), Implementing early

intervention : from research to effective practice (pp67-91) .New. York: the Guilford Press.

- Hanson. M. & Lynch. E.(1995): Early intervention :Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled (2ed) . Austin ,Texas: pro-ed.

- Peterson. N. (1987): Early intervention for handicapped and at-risk children : An introduction to early childhood - special education . Denver : Love publishing Co .

- Sandow .S. (1990): The pre- school years: Early intervention and prevention. In: P. Evans (Eds.), Special Education: Past, present

- and future (pp64-76). London: The flamer Press.

Damascus University

الفصل الثاني

الأطفال المتخلفون عقلياً

مدخل

تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته

تعريف التخلف العقلي

الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي

الفرق بين التخلف العقلي والتخلف الدراسي

خصائص المتخلفين عقلياً

آ-الخصائص الجسمية

ب-الخصائص العقلية

ج ـ الخصائص الشخصية

حاجات المتخلفين عقلياً ومشكلاتهم

أسباب التخلف العقلي

نسبة انتشار ظاهرة التخلف العقلي

تصنيفات التخلف العقلي

آ-التصنيف الطبي

ب-صعوبات الزملات

ج ـ التصنيف السيكولوجي

د-التصنيف التربوي

العناية بالأطفال المتخلفين عقلياً

الاجراءات اللازمة للعناية بالمتخلفين عقلياً

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الثاني

الأطفال المتخلفون عقلياً

أ.د. صلاح مخيمر

مدخل :

تتعرض حياة الأسر في بعض حالاتها إلى مشكلات من نوع خاص تتعلق بالأبناء ويتأثر بها ولها الآباء ولا يعرفون سبيلاً لمواجهتها أو طريقا لحلها . من بين هذه المشكلات ما يجده الوالدان أحيانا في ولدهما وقد ضعف منه التفكير ، وبدت بصيرته في مستوى غير متوقع له، ومن هنا تذهب نفوس الآباء حسرات وتأوهات على أبنائهم وقد يقفون مكتوفي الأيدي حيال هذه المشكلة لا يعرفون ماذا سيفعلون ؟

ولما كانت السياسات التربوية المعاصرة تنادي بحق كل فرد في الانتفاع من خدمات العلوم الحديثة، وتسخير هذه العلوم لصالحه بما يتناسب مع قدراته واستعداداته، وبما يؤمن له مستوى من العيش اللائق والحياة الكريمة . ولما كان المتخلفون عقليا هم أناس مثلهم مثلنا و ما اختلافهم عنا إلا اختلافاً في درجة الذكاء وليس في النوع ، فقد تغيرت النظرة إلى هذه الفئة من الأفراد فبعد أن كان ينظر إليهم نظرة تهكم وإهمال، صار ينظر إليهم نظرة إنسانية ملؤها الإيمان الكامل بحق هؤلاء الأفراد في الانتفاع من الخدمات التي تقدم لغيرهم من العاديين – شريطة أن تتناسب مع إمكاناتهم – ومن حق المجتمع عليهم الاستفادة منهم ومن إسهامهم في العمل والإنتاج ولهذا تم ابتكار طرائق التدريس

التي تتلاءم معهم وتم وضع البرامج والخطط التعليمية التي تتناسب مع قدراتهم وامكاناتهم وطاقاتهم .

ولعل إقرار الأمم المتحدة للعام(١٩٨١) عاما دوليا للمعاقين خير دليل على اهتمام المجتمعات المعاصرة والعالم بأسره بالأفراد المعوقين بكل فئاتهم وبينهم المتخلفون عقلياً، وعلى تنبه هذه المجتمعات إلى ضرورة توفير الخدمات اللازمة لهم والتي تؤهلهم للعيش الكريم والتكيف السليم و ضمان حقوقهم كأفراد ومواطنين في المجتمع.

فمن هم الأطفال المتخلفون عقلياً؟ وما الأسباب التي أدت إلى ضعف التفكير لديهم، وما هي أشكال تخلفهم وأنواعها؟ وما الخطط والإجراءات الواجب علينا القيام بها من أجل تنمية ما تبقى لديهم من قدرات واستعدادات ؟ وكيف يمكن لنا أن نساعدهم على حسن التكيف و تحقيق الذات ؟ وهذه الأسئلة وغيرها هي ما سيكون عليه الحديث في الفصل الحالي.

تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته

تعريف التخلف العقلي

تشير المراجع المختصة إلى عدد غير قليل من التعريفات الخاصة بالتخلف العقلي ولعل أكثرها قبولا، التعريف الذي وضعه جروسمان وتبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي منذ العام ١٩٧٣ والذي لا يزال يعمل به حتى وقتنا الحاضر وفيه القول : أن التخلف العقلي هو ((المستوى من الأداء الوظيفي العقلي)) الذي يقل عن متوسط الذكاء بمقدار (٢) انحراف معياري ، ويصاحب ذلك خلل أو قصور واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية (الروسان ١٩٩٦ ص٧٦)

وكما هو ملاحظ من هذا التعريف فإن هناك بعدين رئيسين في تحديد الإعاقة العقلية وهما الأداء العقلي الوظيفي للفرد ، والسلوك التكيفي .

والقصد من الأداء العقلي الوظيفي مستوى الذكاء العام الذي يمكن قياسه بأحد مقاييس الذكاء المقننة مثل مقياس وكسلر أومقياس ستانفورد -بينيه بحيث تنخفض درجة الذكاء عن المتوسط بمقدار انحراف درجتين معياريتين . وهذا يعني أنه إذا كان وعلى سبيل المثال متوسط الذكاء عند الطفل العادي يقع في حدود (١٠٠) درجة وكانت قيمة الانحراف المعياري (١٥) درجة. فالغالب القول بأن الطفل المتخلف عقليا هو الطفل الذي لم يتجاوز حاصل الذكاء لديه (٧٠) درجة.

أما القصد من السلوك التكيفي فهو الإشارة إلى القدرة في الاعتماد على النفس من حيث رعاية الفرد لنفسه والمحافظة على ذاته في البيئة التي يعيش فيها ومن حيث تسيير شؤونه الخاصة ،ويمتد ذلك إلى مظاهر السلوك الاجتماعي والمهني المختلفة . و يمكن قياس هذا السلوك بأحد المقاييس الخاصة بالسلوك التكيفي، من مثل مقياس فايلاند للنضج الاجتماعي الذي وضعه دول (عبد الغفار و الشيخ ،١٩٩١)

وفي الواقع فإن كلا من هذين البعدين ونقصد :القدرة العقلية العامة (الذكاء) والنضج الاجتماعي ضروريان في تحديد الإعاقة العقلية ومستواها لأن عليهما يتوقف اتخاذ القرارات المتصلة بأنواع العناية والرعاية المناسبة للطفل المتخلف عقليا و مستوياته.

هذا ولابد من الإشارة إلى أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي التي تبنت تعريف جروسمان عام ١٩٧٣ عادت لتأخذ بالتعريف ذاته في العام ١٩٩٣

كتعريف فيدرالي (على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية) مع بعض الايضاحات فيما يخص البعد التكيفي من مثل القصور في مجال التخاطب أو القصور في مجال الرعاية الشخصية ، أو المعيشة المنزلية .... أو غيرها من مجالات المهارات التكيفية .راجع (الشناوي،١٩٩٧، ص٥٠ص٥١). حلاوة،١٩٩٨،ص٢٣ص ٢٥)

والشيء ذاته تقريباً يمكن أن يذكر في التعريف الذي أقرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في العام ١٩٩٤في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-IV) .حين أشارت إلى أن تشخيص الحالة على أنها حالة تخلف عقلي يشترط فيها استيفاء عنصرين أساسيين وهما : أداء ذهني وظيفي يقل عن المتوسط وبمقدار ملحوظ وتكون نسبة الذكاء فيه حوالي (٧٠) درجة أو أدنى، وعيوب أو جوانب قصور مصاحبة في الأداء التكيفي الراهن ، بالاضافة إلى حدوث مثل هذه الحالة في سن ماقبل الثامنة عشرة (IV-DSM-١٩٩٤)

وحتى نستطيع القيام بواجباتنا حيال هؤلاء الأفراد الذين يوصفون بضعف التفكير لديهم ، وحيال أسرهم يلزمنا معرفة خصائصهم وحاجاتهم، ونسبة انتشارهم في المجتمع وأشكال تصنيفاتهم وفئاتهم مع التأكيد على عدم الخلط الذي قد يقع فيه بعضهم بين التخلف العقلي والمرض العقلي إذ إن الفرق بينهما شاسع جداً والتأكيد أيضاً على عدم الخلط بين التخلف العقلي والتقشف الدراسي فالفرق بينهما كذلك كبير جداً.

الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي

كثيراً ما يتم الخلط لدى بعض الأفراد بين التخلف العقلي والمرض العقلي، (وشتان ما بين الأمرين). فالتخلف العقلي، وكما يتبين مما سبق، هو حالة من توقف النمو العقلي عند مستوى أدنى بكثير من المستوى الذي يبلغه النمو العقلي لدى غالبية الأفراد، وكما يوجد بين الأفراد طوال القامة و قصار القامة من حيث النمو الجسمي فهناك أيضا العباقرة و ضعاف العقول من حيث الجوانب العقلية وعلى ذلك فالتخلف العقلي ليس مرضا عقلياً وإنما هو حالة من النقص في حاصل الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ضعيف العقل والفرد العادي فرقا في درجة الذكاء، و هو يحدث و يمكن ملاحظته في مرحلة الطفولة ولا يصيب الفرد بعد مرحلة المراهقة في حين أن المرض العقلي أو الجنون هو عبارة عن اختلال في التوازن العقلي بسبب من التوترات و الضغوط النفسية التي يمر بها الفرد في خبراته الحياتية، أو لنقل بتعبير آخر: المرض العقلي أو الجنون هو اضطراب عقلي حاد يصيب الفرد ويؤدي إلى تفكك الشخصية لديه وانحلالها، والاختلال الشديد في الوظائف العقلية كالتفكير والإدراك والتمييز والمحاكمة (أي: عدم التوازن العقلي) في سلوكه وتصرفاته وعلاقاته الاجتماعية إلى الدرجة التي يفقد معها صلته بالآخرين وبالواقع ويعيش في عالم وهمي خاص به وبغض النظر عن درجة ذكائه وفيما إذا كانت عادية أو مرتفعة، ثم إن الاستعدادات والعوامل الوراثية تؤدي دوراً كبيراً في نشأة المرض العقلي وتطوره، بالإضافة إلى الضغوطات النفسية الشديدة والتوترات التي يتعرض لها الفرد في حياته كفجيعة الكبت المستمر أو الصراعات العميقة أو الإحباطات المتكررة والكبيرة أو القلق الشديد... أو غير ذلك. ويمكن أن يحدث المرض العقلي ـ كالفصام والبارانويا والهذيان والهلاوس ـ في أي وقت من حياة الفرد وخلال سنوات الطفولة أو الرشد أو ما بعدهما وعلى خلاف التخلف العقلي الذي

يحدث ويتطور أثناء فترة الحمل أو في أثناء المراحل النمائية للفرد قبل سن الثامنة عشر. ومن هذه الزاوية فإن مريضي العقل أو المجانين لا يمكن تسميتهم ضعاف العقول ، فالمريض عقليا قد يكون فردا عادي الذكاء وقد يكون أحيانا عبقريا وليس ذكيا فقط . يضاف إلى ذلك أن حالات المرض العقلي في كثير من الأحيان تستجيب للعلاج مما يؤدي إلى الشفاء ، في حين أن التخلف العقلي هو حالة لا يمكن الشفاء منها مادامت قد حدثت وكل ما نستطيع فعله مع الطفل المتخلف عقليا هو مساعدته على استخدام البرامج والخدمات التي تعينه على تحقيق أقصى قدر ممكن من الأداء الوظيفي في نطاق القصور الكامن في قدراته العقلية .(القريطي، ١٩٩٦)

الفرق بين التخلف العقلي والتخلف الدراسي:

كثيراً ما يتم الخلط أيضاً بين التخلف العقلي و التخلف الدراسي مع أن الفرق بينهما كبير جداً ،فإذا كان كل المتخلفين عقليا وبمختلف فئاتهم هم متخلفون دراسيا فليس هذا معناه على الإطلاق أن كل الذين يفشلون في دراساتهم أو يرسبون في المدارس العادية هم من المتخلفين عقليا . لأن مسألة التخلف الدراسي هي مسألة تربوية ذات أبعاد مختلفة ، صحيح أن التخلف الدراسي قد يأتي في بعض حالاته نتيجة الضعف في القدرات العقلية إلا أنه في معظم الحالات لا يأتي نتيجة الضعف في القدرات العقلية، وإنما نتيجة عوامل ومسببات أخرى متعددة منها ما يعود إلى الأسرة و منها ما يعود إلى المدرسة،ومنها ما يعود إلى الجو الاجتماعي البيئي السيئ الذي يحيط بالتلميذ في مجتمعه خارج البيت والمدرسة ، ومنها ما يعود إلى الفرد نفسه كعدم بذل الجهد الكافي والتحمل والمثابرة ونقص الدافعية ..... وغير ذلك ، ومن هذه الزاوية نستطيع القول بأن المتخلف دراسيا لا يمكن تسميته متخلفاً عقليا ذلك لأن

المتخلف دراسيا قد يكون من الأذكياء ولكن بسبب من عدة معوقات قد تكون شخصية أو تربوية أو أسرية أو اجتماعية يتدنى إنجازه المدرسي، وهذا يعني أن التحصيل الدراسي لا يقف عند أو على القدرات العقلية فقط وإنما على عوامل أخرى. ولهذا فإن المتخلف دراسياً ليس شرطاً أن يكون متخلفاً عقلياً ولكن العكس صحيح فكل المتخلفين عقلياً هم من المتخلفين دراسياً. ثم إن المتخلف دراسياً قد يكون من المبدعين أو الموهوبين، ولكن بسبب من خصائصه العقلية والشخصية و يأتي في مقدمتها رفضه للنظم الروتينية السائدة في المدرسة ونزوعه إلى التفكير على نحو مختلف يتدنى إنجازه ولا يعير اهتماماً كبيراً للإنجاز الدراسي وإحراز النجاح والمراكز المتقدمة فيه.

ولنعد الآن إلى حيث بدأنا لنبين خصائص المتخلفين عقلياً وأهم حاجاتهم ومشكلاتهم وأسباب ضعف التفكير لديهم. وبأي ذلك التوقف عند فئاتهم وبالاستناد على عدد من التصنيفات التي تأخذ بمعايير ومحكات مختلفة في تصنيفهم وتوزيعهم إلى فئات.

خصائص المتخلفين عقليا :

تشير الدراسات التي تعنى بالتخلف وبالمتخلفين عقليا إلى مجموعة من الخصائص التي يتصف بها هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الضعف في التفكير لديهم ، وهذه الخصائص يمكن إجمالها في ثلاثة مجالات رئيسية هي: صائص جسمية ،وخصائص عقلية،و خصائص شخصية ، ويشمل الحديث عن الخصائص الشخصية الخصائص الانفعالية والخصائص الاجتماعية. الشناوي،١٩٩٧) (مرسي ،١٩٩٦) (هالاهان و كوفمان -١٩٨١- (Hallahanand Kauffmah

أ- الخصائص الجسمية :

يتصف الاطفال الذين يعانون من ضعف التفكير لديهم بتأخر النمو الجسمي وبطئه مقارنة مع العاديين ، فالطفل المتخلف عقليا يكون وزنه عادة أقل من العادي ، كما أن التخلف العقلي لديه قد يترافق أحيانا ببعض الاضطرابات كنقص المهارات الحركية، أو ضعف البصر أو السمع أو عدم تكامل نمو الأسنان والعضلات أو بعض التشوهات في شكل الجمجمة أو العينين والفم واللسان أو الأطراف أو الأصابع .

كما يتصف هؤلاء الأطفال بتأخر النمو الحركي، و عدم الاتزان الحركي في بعض الحالات ، فالطفل ضعيف العقل قد لا يبدأ المشي قبل سن ثلاث سنوات ، أو أربعة ، وقد لا يستطيع الكلام أو التحكم في الإخراج قبل أربعة أو خمسة أعوام من عمره ، يضاف إلى ذلك التأخر في النشاط الجنسي ، وقد نجد في بعض الحالات، ضمور الاعضاء التناسلية لدى المصاب .

ب- الخصائص العقلية :

إن أهم صفة عقلية يتصف بها هؤلاء الأطفال هي التأخر في النمو العقلي، وتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن (٧٠%) ، فالطفل المتخلف عقليا يعاني من قصور في القدرة على الانتباه والتركيز، وضعف في الذاكرة والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم والمحاكمة ،ويكون نتيجة ذلك تدني التحصيل والنقص في الخبرات والمعلومات .

يضاف إلى ذلك ، وكنتيجة لتدني نسبة الذكاء لدى هؤلاء ،ولما نعرفه عن العلاقة الحميمة بين اكتساب اللغة وبين العمليات العقلية المختلفة ، التأخر في النمو اللغوي ، فالمتخلف عقليا يتأخر في الكلام مقارنة مع الطفل العادي، ما أن

القدرة على الفهم اللفظي لديه ضعيفة، وكثيراً ما نجد بين هؤلاء الأطفال من يعاني من مشكلات لغوية ، كصعوبة النطق ، والتأتأة والتأخر في الكلام وغير ذلك من هذه المشكلات .

وبشكل عام يمكن القول إن الحصيلة اللغوية لدى الطفل المتخلف عقليا منخفضة ، فقد يكون هذا الطفل المتخلف عقليا في السابعة من عمره ، بينما حصيلته اللغوية لا تتعدى حصيلة طفل عادي له من العمر أربع سنوات .

ج-الخصائص الشخصية :

يتصف المتخلفون عقليا بنقص الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية ، كما يتصف سلوكهم بالانسحاب والعدوان وعدم تقدير الذات، والميل إلى التكرار المستمر في سلوكهم، والإلحاح على هذا التكرار كأن نجد الطفل منهم لا يمل ولا يتعب من تكرار نوع واحد من أنواع النشاط ، وإذا ما سألناه فإنه يجيب بإجابة معينة و يظل يكرر هذه الإجابة مهما حصل من تغيير في السؤال ، و بشكل عام فالمتخلفون عقليا يعانون من نقص في القدرة على التكيف الاجتماعي ، ولهذا تم تحديدها كمعيار في كشف التخلف العقلي ، إلا أن هذه القدرة على التكيف ليست واحدة عند جميع المتخلفين عقليا ، وإنما تختلف باختلاف درجات الإعاقة.

و يضاف إلى ما سبق أن هؤلاء الأطفال يتصفون بنقص الاتزان الانفعالي و عدم الاستقرار و الهدوء ، و بسرعة التأثر أحيانا و بطء الانفعال أحيانا أخرى وبشكل عام عدم اكتمال النمو الانفعالي .

بقي القول: إن المتخلف عقليا ضعيف الإرادة ومن السهل اقتياده وإغراؤه، وهذا يسهل استغلاله في تنفيذ خطط بعض المنحرفين سلوكيا في أعمال السرقة والانحرافات الجنسية و غيرها....

حاجات المتخلفين عقليا ومشكلاتهم:

يتبين لنا من الفقرة السابقة بأن المتخلفين عقلياً يتصفون بخصائص تجعلهم فئة لها حاجاتها ومطالبها ولابد من توفير الخدمات التربوية الملائمة التي تتناسب مع هذه الحاجات والمطالب ومن هنا يكون السؤال ما هذه الحاجات؟

يشترك الطفل المتخلف عقلياً مع الطفل العادي بالحاجات النمائية الأساسية، ولكن تخلفه هذا يترك أثراً واضحاً في هذه الحاجات ويكون في مقدمتها ما يلي:

١- الحاجة إلى الأمن وذلك بسبب كثرة المواقف الإحباطية التي يتعرض لها وما يترتب على ذلك من مشاعر الدونية والفشل،فالطفل المتخلف عقلياً دائم الشعور بالخيبة والفشل وبخاصة حين يجد نفسه غير قادر على القيام بما يطلب منه من أعمال في المواقف الاجتماعية المختلفة.

٢- الحاجة إلى الانتماء. فالطفل المتخلف عقلياً وبسبب من تخلفه هذا قد تلفظه الجماعة وتهمله وكذلك الحال بالنسبة للأسرة فالأسرة قد لا تعترف به وفي حالات تتعمد الأم اصطحاب إخوته في زيارتها وتتركه هو كي لا يسبب لها الضيق والحرج. ولذلك فإن الطفل المتخلف عقلياً يشعر بأنه مخلوق مهدد نفسياً واجتماعياً، كما يشعر بالحاجة الماسة للاعتراف به والانتماء .

٣- الحاجة للعمل والنجاح .ولعل هذه الحاجة هي أكبر حاجاته فالمتخلف عقلياً بحاجة إلى إشباع هذه الرغبة ولكن ما يحدث أحياناً هو أن الجميع يكلفه بأعمال منزلية أو مدرسية فوق طاقته ودون إدراك لإمكانياته الحقيقية. والنتيجة هي أن هذا الطفل يفشل في أدائها ويكبت غيظه وتبدأ لديه سلسلة من الصراعات التي تشير إلى صعوبة التكيف لديه ومن هنا يأتي دورنا في عدم إهمالهم وعدم تكليفهم بأعمال فوق طاقتهم بل بأعمال تتناسب مع قدراتهم ويستطيعون النجاح في أدائها.

بقي القول بأن الطفل المتخلف عقلياً وبسبب عدم تلبية الحاجات الخاصة به قد تظهر لديه مشكلات من نوع خاص لعل أهمها ما يلي:

١- العدوان : يظهر العدوان لدى الطفل المتخلف عقلياً بأشكال عدة بينها ضرب الأطفال الآخرين وركلهم، وبينها كل الشتائم والسب عليهم وبينها تحطيم الأشياء أو إيذاء نفسه وغير ذلك من المظاهر التي تشير إلى سلوك العدوان لديه إلا أنه مما يجب الانتباه إليه هنا أن مظاهر السلوك العدواني ليست خاصة بالأطفال المتخلفين عقلياً بل تظهر أيضاً عند الأطفال العاديين . لكن ما يميز وجودها لدى المتخلفين عقلياً كثرة تفشيها بينهم مقارنة بالأطفال العاديين ويعود السبب في ذلك إلى أن المتخلفين أكثر عرضة من الأطفال العاديين للمواقف الإحباطية.

٢- الانحراف في السلوك: كالغش أو الكذب أو السرقة أو المشاجرة أو غير ذلك من هذه المشكلات.

٣- العزلة: أي الانطواء على النفس والانسحاب من المجتمع لنتيجة عدم الشعور بالأمن والانتماء.

٤- بعض المظاهر السلوكية والحركات الصبيانية التي تشير إلى عدم النضج (كتطليع اللسان أو الغمز أو تقريب الحواجب أو التأمل بأصابع اليد أو غير ذلك من الحركات التي تشير إلى عدم النضج.

ولهذا فإن العناية بالمتخلفين عقلياً لابد من أن تقوم على تحقيق أكبر قدر ممكن من الشعور بالأمن والنجاح .وحين تتحقق هذه الحاجيات للطفل المتخلف عقلياً فإن مشكلاته تقل وقد تزول وحدها. ومن هذه الزاوية تبرز أهمية البرامج الخاصة برعاية المتخلفين عقلياً والعناية بهم و تساعدهم على النمو النفسي السليم في حدود قدراتهم وإمكاناتهم.

أسباب التخلف العقلي :

تباينت الآراء بين علماء النفس فيما يخص أسباب التخلف العقلي حتى أن يانت (yannet,1961) يذكر ومنذ العام ١٩٦١ بأن هناك ماينوف على مائة سبب تذكرها المراجع المختصة التي تتحدث عن أسباب التخلف العقلي. إلا أن هذه الأسباب بعضها ما يندر حدوثه وبعضها ما يتكرر حدوثه (الريحاني١٩٨٥) وربما يعود السبب في تباين الآراء إلى الاختلافات حول أثر كل من البيئة والوراثة في التخلف العقلي. ويمكن إجمال أهم الأسباب التي يكثر ذكرها في ثلاثة أقسام رئيسية على أساس من المرحلة الزمنية التي حدث التخلف فيها:

ولكن وقبل ذلك لعله من المناسب الإشارة هنا إلى أن بعض المراجع تذكر بأن الأسباب التي يتم ذكرها هي مسؤولة عن ٢٥% فقط من حالات التخلف العقلي ، وأن هناك ٧٥% من أسباب التخلف العقلي لا تزال مجهولة حتى الآن وأن الدراسات والأبحاث لا تزال جارية ومستمرة حتى الآن، لا لتمييز الأبحاث واكتشافاتها بل للتوصل أيضاً للأسباب الوقائية فيها. وهذا يعطي أملاً في التقليل

من حجم ظاهرة التخلف العقلي والوقاية من الأسباب المؤديـة لهـا .(راجـع: مرسي، ١٩٩١)

أسباب ما قبل الولادة :

قد ينشأالتخلف العقلي نتيجة أسباب تؤثر على الطفل قبل ولادتـه، وهـذه الأسباب يمكن تقسيمها إلى فئتين رئيسيتين : فئة العوامل الجينية وفئة العوامـل الغير جينية.

ويقصد بالعوامل الجينية العوامل الوراثية التي تنتقل من الأباء إلى الأبناء عن طريق الجينات . والتخلف العقلي يحدث أحياناً نتيجة لما تحمله هذه الجينات من خصائص وراثية أو مورثات كالاضطرابات الإستقلابية، والتشوهات المخية أو القحفية (مثل صغر الدماغ وكبر الدماغ) أو بنتيجة لـشواذات كروموسـومية (أي صبغية) كالحالات المنغولية مثلاً أو متلازمة تيرنر أو غيرهـا .(هـالان وكوفمان ١٩٨١) (حلاوة ١٩٩٨)

وفي هذا المجال يمكن أن نذكر أن هناك نوعاً من التخلف العقلي يـدعى التخلف العقلي العائلي وهذا النوع من التخلف ينتقل إلى الأبناء من الوالـدين أو أحدهما وتكون وراثته عادة من الجد الأعلى في العائلة ويكثر احتمال ظهوره في زواج الأقارب والفروع المكملة بدرجة أكبر من احتمال ظهوره في الأسر التـي لا تكون صلة القربى بينها قوية . ولهذا نجد أحياناً أسرة عادية من حيث القـدرة العقلية أو حتى متفوقة من حيث الذكاء ومع هذا يوجد لديها حالة تخلـف عقلـي وإذا ا توافرت الدراسة الدقيقة لتاريخ هذه الأسرة فإنها مـن المحتمـل جـداً أن تكشف عن وجود حالات تخلف عقلي بين أفراد شجرة العائلة التي تنتمي إليهـا هذه الأسرة (الريحاني ١٩٨٥)

أما القصد من العوامل غير الجينية هو العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية مرحلة الحمل، ولعل أهم هذه العوامل الأمراض التي تصيب الأم الحامل مثل الزهري (السفلس) والحصبة الألمانية والتعرض للأشعة السينية أو أشعة اكس وتناول العقاقير والأدوية دون إذن الطبيب وسوء التغذية ....إلخ. (Mac Millan)

أسباب تحدث أثناء الولادة:

ويقصد بهذه المجموعة من الأسباب تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة كنقص الأوكسجين نتيجة ولادة عسيرة أو إستنشاق السائل الأمنيوسي أو إلتفاف الحبل السري حول العنق أو رضوض الولادة بشكل عام.

أسباب تحدث ما بعد الولادة:

والقصد من هذه الأسباب هو مجموعة الحوادث والأمراض التي يتعرض لها الطفل في السنين الأولى من حياته، والتي قد تسبب له تلفاً في بعض أجزاء المخ كحالات التهاب السحايا والتهاب الدماغ أو اضطرابات الغدد إذ أنها تؤثر بشكل واضح على النمو الجسمي، والعقلي للطفل ورضوض الجمجمة، وسوء التغذية والتسممات كالتسمم باكسيد الفحم أو التسمم بالرصاص.. وغير ذلك (Taylor and Stenberg 1989)

<u>نسبة انتشار ظاهرة التخلف العقلي في المجتمع</u>

يمكن القول هنا أن خير وسيلة للتعرف على نسبة انتشار هذه الظاهرة في المجتمع هي الاعتماد على الدراسات المسحية الموضوعية التي تعمل على سبر الواقع، وتقصي الحقائق ولكن في حال غياب مثل هذه الدراسات بسبب من صعوبتها وتكلفتها المادية يمكن اللجوء إلى وسائل أخرى من بينها منحنى

التوزع الطبيعي الاعتدالي للصفات البشرية أو ما يعرف بمنحنى غاوس ، وبناء على هذه الوسيلة (أي منحنى غاوس) تقدر نسبة التخلف العقلي في المجتمع بما يقرب من ٣% وهذا التقدير هو ما تقبل به "الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي والرابطة القومية للمتخلفين عقليا في الولايات المتحدة الأمريكية" (فراج، ١٩٨٢) (موسى،١٩٩٦)

يضاف إلى ما ذكر، القول بأن الجزء الأكبر من مجموع المتخلفين عقليا يقع في حدود التخلف البسيط و يمثل حوالي ٨٩% من مجموع الأفراد المتخلفين عقليا في حين أن نسبة الذين يكون تخلفهم متوسطا يقرب من٦% من المتخلفين عقليا وأما فئة المتخلفين تخلفا شديدا فتقع في حدود(٥%) راجع (الريحاني ،١٩٨٥) (مرسي ،١٩٩٦)

ومما تجدر الإشارة إليه أن نسبة انتشار التخلف العقلي البسيط في المجتمع تتأثر بالمستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي للأسرة ،وهذا ما تبينه الدراسات المتعددة التي تشير إلى أن نسبة الأفراد وتقصد المتخلفين تخلفا بسيطا تزداد بين أبناء الطبقات الاجتماعية الفقيرة أو الدنيا وتقل بين أبناء الطبقات الاجتماعية المتوسطة أو العليا.

في حين أن نسبة التخلف العقلي المتوسط والشديد والذي يعود سبب التخلف في معظمه إلى عوامل وراثية أو مرضية لا يتأثر بالمستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي للأسرة، و يمكن أن يوجد لدى أبناء الطبقات الاجتماعية المختلفة بما فيها العليا والدنيا وبالدرجة ذاتها .

تصنيفات التخلف العقلي

ينطبق تعريف التخلف العقلي على مجموعة واسعة من الأفراد غير المتجانسين في خصائصهم الشخصية والعقلية مما دفع الباحثين والعاملين في هذا المجال إلى تصنيفهم في فئات تسهيلاً لدراستهم، وتسهيلاً لوضع التعريف الملائم لكل فئة، ولتحديد احتياجاتهم ومتطلباتهم وأساليب رعايتهم والعناية بهم صحياً ونفسياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً. ولعل من أهم تصنيفات التخلف العقلي وأكثرها شيوعاً التصنيفات الثلاثة التالية : التصنيف الطبي، التصنيف السيكولوجي، التصنيف التربوي.

١ــ التصنيف الطبي

يعتمد التصنيف الطبي على عدد من المحكات يأتي في مقدمتها: مصدر الإصابة، والمظهر الإكلينيكي أو وصف الزملات.

أ ــ مصدر الإصابة

ومن أمثلة هذا التصنيف باستخدام محك مصدر الإصابة، التصنيف الذي وضعه تريد جولد (Tredgold) والذي قسم فيه التخلف العقلي إلى أربعة أنواع هي :

ــ تخلف عقلي أولي: ويرجع إلى أسباب وراثية.

ــ تخلف عقلي ثانوي : ويرجع إلى أسباب بيئية مكتسبة مثل الإصابة بالمرض والحوادث التي يتعرض لها الطفل قبل الولادة أو بعدها أو أثناءها.

ــ تخلف عقلي مختلط: ويرجع إلى أسباب وعوامل وراثية وبيئية معاً.

ــ تخلف عقلي غير معروفة أسبابه (مرسي، ١٩٩٦، ص ٢٦ ــ ص٢٧).

أما ستراوس (Strauss) فيقسم التخلف العقلي وفقاً لمصدر العلة أو الإصابة إلى النوعين التاليين :

ـ تخلف عقلي راجع إلى عوامل داخلية: ويحدث نتيجة الوراثة وقبل الولادة والطفل الذي يعاني هذا النوع من التخلف يستجيب للعلاج الاجتماعي والتعليم والتأهيل المهني وهو عادة سهل التوجيه وطيب السعشر.

ـ تخلف عقلي راجع إلى عوامل خارجية: ويحدث نتيجة لعوامل بيئية مكتسبة كالأمراض والحوادث التي تنشأ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، والطفل الذي يعاني من تخلف خارجي الأسباب يستجيب للعلاج الطبي أكثر من العلاج الاجتماعي، ويوصف سلوكه بالرعونة أو الضعف في التفكير، والصعوبة في توجيهه وضبط سلوكه (المرجع السابق، ص ٢٧)

ب ـ صعوبات الزملات (الحالات الإكلينيكية)

ثمة محك أو أسلوب آخر لتصنيف حالات التخلف العقلي ووفق المنظور الطبي، يعتمد على وصف الأعراض أو الملامح أو المظاهر الجسمية المميزة والظاهرة للعيان والتي على أساسها يتم تشخيص الحالات ووصفها أو ضمها لمجموعة أو زملة معينة دون غيرها وكما هو الحال في التصنيف بحسب الأسباب فإن التصنيف بحسب وصف الزملات أو الأعراض الإكلينيكية قد شاع استخدامه في الأوساط الطبية وعادة ما يتم التعرف على هؤلاء الأفراد عن طريق ملاحظة تكوين أعضاء الجسم، والخصائص الجسمية والسلوكية وبالتأكيد فإنه لكل زملة أو حالة خصائص معينة ولكن بدرجات وبأنماط متباينة. ومن أهم الزملات أو الحالات الإكلينيكية للمتخلفين عقلياً الزملات والحالات التالية :

أ ـ حالات المنغولية :

أو ما يعرف بزملة أو عرض أو تثاذر داون، وتعود تسمية هذه الحالات أو الزملة بهذا الاسم نسبة إلى مكتشفها الطبيب البريطاني (جان لانكدون داون). ومنذ ما ينوف على قرن من الزمن وبالتحديد في العام (١٨٦٦) وتشبه ملامح هذه الحالات أفراد الجنس المنغولي وهم يتصفون بصفات ومظاهر جسمية مميزة ومتشابهة كالعينين المائلتين إلى الأعلى مما تجعل الطفل يشبه أطفال بعض شعوب شرق آسيا، والقامة والأطراف القصيرة نسبياً، والفم والذقن والآذان الصغيرة، والشفاه الرقيقة الجافة، واللسان الكبير والمشقق وذي النهاية العريضة، والأنوف الفطساء الصغيرة، والكفوف العريضة السميكة، والأقدام المفلطحة أو المسطحة. وغالباً ما تكون الخطوط الثلاثة الموجودة في راحة اليد ملتحمة بعضها ببعض في إحدى اليدين أو كلتيهما لتشكل خطاً واحداً يقسم راحة اليد إلى قسمين، ويكون اتجاه هذا الخط عامودياً على اتجاه الأصابع ويعاني هؤلاء من التأخر في الكلام والارتخاء في العضلات، والصعوبة في التوافق الحركي، كما أنهم يعانون من مشكلات سمعية وبصرية ويتسمون بالوداعة والطيبة، والإقبال على الناس ومصافحتهم، والميل إلى المحاكاة والتقليد. أما من حيث الذكاء فإن معظمهم يقع في فئة التخلف العقلي المتوسط (البله) (القريطي، ١٩٩٦) (مرسي، ١٩٩٦). ولكن هذه المظاهر ليس من الضروري أن تنطبق أو تظهر على كل طفل منغولي. وقد أشارت الدراسات إلى أن متلازمة داون تحدث بنسبة ١/١٠٠٠ أي: يعاني طفل واحد من المرضى في كل ألف ولادة (مرسي ١٩٩٦)

وتعزى حالات المنغولية إلى شذوذ في الكروموزوم (٢١) حيث يكون العدد ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين (زوج) فيصبح عدد الكروموزومات لدى حالات المنغولية (٤٧) بدلاً من (٤٦) في الخلية الواحدة. غير أن هذه

الحالات يختلف أفرادها من فرد لآخر في الدرجة التي تظهر بها سماتهم وكذلك في نمط التوارث لديهم، وأكثر الطرائق التي يحدث فيها الشذوذ أو الانقسام الثلاثي للكروموزوم (٢١) هي طريقة عدم الانفصال وهو خطأ في توزيع الكروموزومات (الصبغيات) يحدث عند تكوين الخلية الجنسية سواء البويضة أو الحيوان المنوي وبذلك فإنه يمكن لأي من الوالدين الأب أو الأم أن يسهم بالكروموزوم الزائد إلاّ أن البحوث والدراسات قد أوضحت وجود زيادة كبيرة في احتمال حدوث حالات المنغولية مع تقدم الأم في العمر، ولا سيما بعد الأربعين مما يوحي بأن هنالك خطأ في الانقسام للبويضة يكون مسؤولاً عن هذه الحالات (الشناوي، ١٩٩٧) . هذا ويمكن الكشف عن هذا الشذوذ في الكروموزومات عن طريق فحص عينة من السائل الأمينوسي المحيط بالجنين في رحم الأم في أوائل الشهر الرابع من الحمل لتحديد مدى إصابة الجنين بهذا الشذوذ أو التشوه. (القريطي، ١٩٩٦)

ب ـ زملة تيرنر

تنشأ زملة تيرنر (Turner's Syndrom) نتيجة غياب أحد كروموزومي(صبغيي) الجنس فيكون زوج الكروموزوم رقم (٢٣) فرديساً (أي: X0 بدلاً من أن يكون زوجياً XX وبذلك يكون مجموع كروموزومات الخلية ٤٥ بدلاً من ٤٦ في الحالات الطبيعية ويحدث غياب كروموزوم الجنس نتيجة خلل في انفصال كروموزومي الجنس أثناء الانقسام. ويصيب هذا المرض الإناث فقط وبنسبة ١/٥٠٠٠ أي: ولادة واحدة في كل خمسة آلاف ولادة عادية. ومن أعراض هذا المرض الإكلينيكية: قصر القامة وقصر الرقبة والأصابع، وعدم نمو المبيض وتأخر ظهور الخصائص الأنثوية الثانوية وانخفاض نسبة

الذكاء ولكن هذا الانخفاض، وكما يشير (سرسي،١٩٩٦)، لا يصل مستواه إلى مستوى التخلف العقلي الحقيقي .

جـ ـ زملة كلاينفلتر

تحدث زملة أو متلازمة كلاينفلتر (KlineFelter's Syndrom) نتيجة زيادة كروموزوم الجنس (Y) بحيث يكون الكروموزوم (٢٣) ثلاثياً (XXY) بدلاً من أن يكون زوجياً (XX) أو (XY) وينشأ هذا الخلل أو الاضطراب أو الخطأ نتيجة فشل انفصالي كروموزومي الجنس أثناء الانقسام. ويصيب هذا المرض الذكور فقط وبنسبة ١/٨٠٠ أي ولادة واحدة في كل ٨٠٠ ولادة ذكرية عادية، وتزداد نسبتها طردياً مع زيادة العمر الزمني للأم وبخاصة بعد سن الأربعين. ومن أعراضها الإكلينيكية: تأخر الطفل في المشي، وفي الكلام، وتوقف نموه العقلي، وطول ساقيه، وصغر حجم أعضائه التناسلية، وتأخر ظهور الأعراض الجنسية الذكرية الثانوية، وعادة ما يكون الطفل صعب المراس، كثير العدوان والجناح.

د ـ حالات صغر حجم الجمجمة أو الميكروسيفالي

تنشأ حالات صغر حجم الجمجمة عن زيادة في أحد كروموزومات المجموعة (د) التي تضم أزواج الكروموزومات ذات الأرقام (١٣ ،١٤، ١٥)، ويحدث هذا الشذوذ أو الخطأ نتيجة فشل انفصال هذه الكروموموزومات بالشكل الطبيعي ومن أعراض هذه الحالات أو المرض صغر حجم الجمجمة بحيث يبدو الرأس كرأس طائر، ولديه فروة الرأس أكبر من حجمها بحيث يبدو الرأس كرأس طائر وجلد فروة الرأس أكبر من حجمها، وكبر حجم الأذنين، والتخلف

العقلي والتشوهات في القلب وتشقق الشفاه العليا وعادة ما ينتهي أجل مثل هذه الحالات في عمر مبكر. (مرسي ١٩٩٦)

هـ ـ حالات القماءة أو القصاع

وتنشأ نتيجة الاضطراب أو الخلل أو النقص في إفراز هرمون الغدة الدرقية ومن أعراضها الإكلينيكية سماكة الجلد وجفافه ، وسماكة أو غلظة الجفنين والشفتين ، وتضخم اللسان وتأخر نمو الأسنان ، وخشونة الصوت ، وبروز البطن ، وهبوط النشاط الحركي والكسل والخمول وبطء الاستجابة والبلادة (تبلد الإحساس). وتأخذ أعراض هذه الحالات بالظهور بعد الشهر السادس من ميلاد الطفل ويمكن علاج هذه الحالات عن طريق تزويد الطفل بخلاصة الغدة الدرقية في السنة الأولى من عمره وعادة هذه الحالات إذا لم تعالج فإن طول أصحابها لا يتجاوز في سن البلوغ والرشد (١٢ ،) سم تقريباً (القريطي ، ١٩٩٦)

و ـ حالات الفينايل كيتون بوريا pku

وهذه الحالات أو المرض تصيب الأطفال وتودي إلى التخلف العقلي وقد اكتشفها الطبيب النرويجي أوزبوجورن فولنج Asbojorn Flolling في العام ١٩٣٤ حيث بين بأن هذه الحالات هي وراثية وتنتج عن جينات متنحية لا يصاب بها الطفل إلاّ إذا انتقل إليه جينان طفريان أحدهما من الأم والآخر من الأب فيحدث خلل أو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي في الجسم بسبب من نقص الأنزيم الذي يحول حامض الفينيل آلاتين Pheny Lalanine إلى بروتين مفيد للجسم فيتراكم الحامض، وتزداد نسبته في الدم وفي أنسجة الجسم ويؤدي استمراره إلى التلف في خلايا الدماغ والجهاز العصبي فيصاب الطفل بالتخلف

العقلي الشديد أو المتوسط وقد يكون والدا الطفل بصحة جيدة وطفلهما عند الولادة بصحة جيدة أيضاً إلا أن طبيب الأطفال يستطيع اكتشاف هذا المرض بتحليل قليل من دم الطفل وقياس نسبة حامض (الفينيل آلانين) فإذا كانت نسبته عالية دلّ ذلك على وجود المرض وحاجة الطفل للعلاج .

وتبين الدراسات بأن نسبة هذا المرض هي ١/١٦٠٠٠ أي : طفل واحد من أصل (١٦) ألف ولادة . كما وتبين الدراسات بأن اكتشاف هذا الاضطراب البيوكيميائي وعلاجه في سن مبكرة يجنّب الطفل ولا يصاب بالأذى أما إذا تم التأخر في علاجه إلى السنة الثانية أو الثالثة من العمر فإن هذا الحامض يتلف خلايا الدماغ والجهاز العصبي . ومن الأعراض الإكلينيكية لحالات التخلف العقلي الناتجة عن عرض أو مرض (PKU) العيون زرقاء والبشرة بيضاء وقد يكون الطفل هادئاً مطيعاً، أو كثير الحركة ومؤذياً لنفسه وللآخرين ومخرباً (مرسي ،١٩٩٦)

٢ ــ التصنيف السيكولوجي

أكثر المحكات شيوعاً في التصنيف السيكولوجي لفئات المتخلفين عقلياً هو حاصل الذكاء أو نسبة الذكاء على اعتبار أن حاصل الذكاء هو المحك أو المعيار في التعبير عن مستوى الأداء الوظيفي للمقدرة العقلية العامة . ويستدعي هذا التصنيف توزيع الأفراد إلى فئات أو مجموعات تبعاً لنسب الذكاء لديهم وتسمية هذه الفئات بمسميات معينة.

ومن التصنيفات السيكولوجية التي بقيت لحقبة من الزمن شائعة بين علماء النفس والباحثين التصنيف الثلاثي لفئات المتخلفين عقلياً وذلك على النحو الآتي:

ـ حالات المورون Moron وتتراوح نسبة ذكائها بين ٥٠ ـ ٦٩ درجة.

ـ حالات البلهاء Imbecile وتتراوح نسبة ذكائها بين ٢٥ ـ ٤٩ درجة.

ـ حالات المعتوهين Idiot ونسبة ذكائها ٢٥ درجة فأقل .

وقد تغيرت النظرة في الوقت الحالي إلى هذا التصنيف وتم استخدام مصطلحات وتسميات جديدة لفئات التخلف العقلي عوضاً عن المصطلحات والنعوت السلبية التي توهي بالدونية بوقعها السيء على نفسية أولياء الأمور والتي لم تعد مقبولة من الناحية الاجتماعية .

ومن أهم التصنيفات السيكولوجية المعمول بها حالياً التصنيف الرباعي الذي وضعته الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقلياً وهو تصنيف يتم فيه تقسيم المتخلفين عقلياً إلى أربع فئات وذلك على الشكل التالي:

ـ التخلف العقلي الخفيف وتتراوح نسبة الذكاء فيه (٥٥ ـ ٦٩) بحسب اختبار وكسلر بلفيو للذكاء و (٥٢ ـ ٦٧) بحسب اختبار ستانفورد بينيه.

ـ التخلف العقلي المتوسط وتتراوح نسبة الذكاء فيه (٤٠ ـ ٥٤) بحسب اختبار وكسلر بلفيو و (٣٦ ـ ٥١) بحسب اختبار ستانفورد بينيه.

ـ التخلف العقلي الشديد وتتراوح نسبة الذكاء فيه (٢٥ ـ ٣٩) على اختبار بلفيو و(٢٠ ٣٥) على اختبار ستانفورد بينيه.

ـ التخلف العقلي العميق ونسبة ذكائه (أقل من ٢٥) درجة في الاختبار الأول و(أقل من ٢٠ درجة) في الاختبار الثاني.

٣ ـ التصنيف التربوي:

يشيع استخدام هذا التصنيف للمتخلفين عقلياً بين التربويين والعاملين في هذا الميدان ويعتمد بشكل رئيس على ما يمكن أن يسمى بمبدأ الصلاحية التربوية والتعليمية، ويظهر هذا المعيار واضحاً في التقسيم الذي يشتمل عليه هذا التصنيف وتبعاً لهذا التصنيف يمكن وضع المتخلفين عقلياً أو توزيعهم في الفئات الثلاث التالية:

أ ـ القابلون للتعليم **Educaliles** وتتضمن هذه الفئة الأطفال الذين يعدون ـ وبحكم هذا التصنيف ـ قابلين لتعلم المهارات الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب، وتتراوح نسبة الذكاء لديهم مابين (٥٥ـ٧٠) درجة، ويتصفون بخصائص جسمية وحركية عادية، وبقدرة على التعلم حتى الصف الخامس وهالباً لا يتمكنون من تعلّم مهارات القراءة والكتابة والحساب قبل سن الثامنة من العمر وربما الحادية عشرة، ويمتلكون درجات متوسطة في المهارات المهنية.

ب ـ القابلون للتدريب **Trainables** : وتتضمن هذه الفئة المتخلفين عقلياً غير القادرين على تعلم المهارات الأكاديمية اللهم إلاّ من تعلم قدر ضئيل منها وتتراوح نسبة الذكاء لديهم مابين (٤٠ـ٥٥) درجة، ويتصف هؤلاء بخصائص جسمية، وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي ولكنها تترافق أحياناً بمشكلات في المشي والوقوف كما يتصفون بالقدرة على التعلم حتى مستوى الصف الثاني الابتدائي وبالقدرة على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

جـ ـ الاعتماديون **Custodial** : أو ما يطلق عليهم بحالات العزل، وتتضمن هذه الفئة المتخلفين عقلياً الذين تقل نسبة ذكائهم عن (٢٥) درجة، ويتصف أفراد هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد

العاديين من أقرانهم، كما يتصفون باضطرابات في النمو اللغوي وغالباً ما يعجزون حتى عن حماية أنفسهم من الأخطار الطبيعية التي تهدد حياتهم ولهذا فإن هؤلاء ووفق هذا التصنيف غير قادرين على تعلم المهارات الاستقلالية كالعناية بالذات والقيام بالمهمات أو المهارات الحياتية اليومية الأساسية، وهم بحاجة دائمة للاعتماد على غيرهم وتقتصر العناية بهم على المؤسسات الخاصة بحيث تقدم لهم الخدمات الأساسية من مأكل ومشرب ورعاية صحية. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥) (القريطي، ١٩٩٦)

العناية بالأطفال المتخلفين عقلياً والوقاية من التخلف العقلي

كيف نعتني بالأطفال المتخلفين عقلياً :

١ـ الخطوة الأولى التي يجب القيام بها هي الملاحظة المباشرة لعدد من السلوكات التي يقوم بها الطفل في المدرسة أو في البيت أو خارجهما وحين نذكر كلمة الطفل فإننا نذكر هذه الكلمة عن قصد ،لأن معظم حالات التخلف العقلي يتم اكتشافها في مرحلة الطفولة فإذا لاحظنا على سبيل المثال أن هناك من لديه ضعفاً واضحاً في الإدراك مقارنة مع قرينه العادي أو نقصاً ظاهراً في القدرة على الفهم والمحاكمة أوالمنطق أو اكتشفنا هناك من يعاني من عيوب في النطق والكلام أو بعض الإضطرابات في النمو الحركي أو بعض التشوهات في شكل الجمجمة أو العين أو الأصابع أو من يلح على تكرار نوع معين من أنواع النشاطات دون أن يعير الآخرين إنتباهاً مهما حصل من تغيير في السؤال (كأن نسأل طفلاً عن مجموع رقمين) مثلاً، وإذا ما حاولنا مثلاً تغير صيغة السؤال إلى ضربهما فإن الطفل لا يعير السائل أي انتباه ويبقى يكرر الإجابة الأولى التي تشير إلى حاصل الجمع....) فإذا لاحظنا أو اكتشفنا ذلك كله تأكدنا من

مجموعة من الخصائص التي تشير إليها الدراسات التي تهتم بخصائص المتخلفين عقلياً. وقد ذكرنا أهم هذه الخصائص التي تقول بها الدراسات في فقرة سابقة .

٢ـ وتأتي الخطوة الثانية لتدعم ما ذكر في الخطوة الأولى وفيها يتم التأكد من هذه الخصائص التي تمت ملاحظتها فيما إذا كانت بالفعل تشير إلى حالات التخلف العقلي أو غير ذلك ويكون الإجراء هنا تطبيق نوعين من الروائز الموثوق والمعترف بها بان واحد ويكون أحدهما خاص بقياس الذكاء، والآخر خاص القدرة على التكيف ولعلنا نتذكر هنا ما قيل في فقرة سابقة حول ضرورة الاعتماد في تحديد الإعاقة العقلية أو كشفها على معياري القدرة العقلية والقدرة على التكيف وعلى عدم الاقتصار على واحد منهما فالانخفاض الملحوظ من المتوسط من حيث القدرة العقلية العامة (الذكاء)غير كاف لوحده في تحديد الإعاقة العقلية ما لم يترافق بانخفاض أو بقصور ملحوظ في القدرة على التكيف الاجتماعي وهنا لابد من التأكيد على ضرورة إتباع الدقة في تطبيق مثل هذه المقاييس وفي الوصول إلى النتائج لأن القرار الذي سيتخذ على أساسها هو قرار في غاية الخطورة مالم يكن صادقاً وصحيحاً . ومن المقاييس التي يمكن إستخدامها لقياس الذكاء رائز ستانفورد بينيه ورائز فكسلر ومن الجدير ذكره هنا هو أنه تم تطوير رائز وكسلر لذكاء الأطفال في سورية (عبد ١٩٨١) ورائز وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة وبدء المدرسة الإبتدائية في سورية أيضاً (عبد الحليم ١٩٩١) كما تم تطوير روائز أخرى في بلدان أخرى مثل الأردن . نذكر منها رائز ستانفورد بينيه(الزعبي ١٩٧٧ -- العلي ١٩٧٧) ورائز وكسلر لذكاء الأطفال (القريوتي ١٩٨٠) ولكن من العدل القول أن هذه الروائز المعدلة لتناسب البيئات العربية ما تزال بحاجة إلى المزيد من الدراسات أسوة بالنسبة

للمقاييس التي يمكن استخداسها لقياس القدرة على التكيف فهناك مقياس السلوك التكيفي الذي طوره نهيرا ورفاقه(١٩٧٤) وتبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهناك مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي والذي طوره دول(١٩٦٥). (الخطيب١٩٩٣ ص١) وفي البيئة العربية تم تطوير عدد من المقاييس الخاصة بقياس القدرة على التكيف الاجتماعي نذكر منها مقياس السلوك التكيفي (السيطين والكيلاني ١٩٨١) ومقياس كين وليفن(جاموس ١٩٨٣) (وكذلك الحال يمكن أن يقال هنا أن صلاحية هذه المقاييس واستخدامها في البيئة العربية لازالت بحاجة إلى المزيد من الدراسات.

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أيضاً هو أنه كلما تم التدخل المبكر مع الأطفال المتخلفين عقلياً تيسرت شروط أفضل للمتخصصين لتوفير الخدمات والبرامج التعليمية والتربوية الملائمة لتحقيق أكبر عدد ممكن من النمو في القدرات والإمكانات المتبقية لديهم. ومن جهة أخرى فإن الكشف عن الأطفال المتخلفين عقلياً إذا لم يتم في الوقت المناسب فإنه يصبح من الصعب جداً تلبية إحتياجاتهم وتنمية هذه القدرات المتبقية لديهم.

٣- يلي ذلك وبعد التعرف إليهم تنظيم تربيتهم بأحد الأشكال الآتية :

أ ـ المدرسة الداخلية : وهي مدرسة يتم فيها تقديم خدمات تربوية وإجتماعية وصحية وإيوائية وعادة ما ترسل إليها الحالات التي لا تتوفر لها الرعاية الكافية والإشراف في المنزل أو الحالات التي يدعى فيها الإسراع بتغيير بيئة الطفل لضمان حمايته وحماية الآخرين منه. ويعد هذا الشكل من أشكال تنظيم تربية المتخلفين عقلياً مناسباً الحالات التي تستلزم العزل والرعاية اليومية المستمرة.

ب ـــ المدرسة الخاصة : وهي مدرسة مستقلة خاصة بالتنمية الفكرية أو أنها مدرسة خاصة بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة يتم فيها تقديم الخدمات التربوية والتعليمية على مدار نصف يوم وغالباً ما يبدأ العمل في هذه المدارس منذ الصباح وحتى وقت الظهيرة أما فترة ما بعد الظهر فإن الأطفال يقضونه مع أسرهم لمزاولة حياتهم الاعتيادية مع عائلاتهم .

جـ ـــ الصفوف الخاصة الملحقة بمدارس العاديين : وهي نوع من الصفوف التي تنشأ ضمن إطار المدرسة العادية ويتم فيها تقديم الخدمات التربوية والتعليمية التي تتناسب مع قدرات المتعلمين وغالباً ما يكون عدد التلامذة فيها قليلاً لا يتجاوز عشرة تلاميذ وهذه الصفوف الخاصة تبقى معزولة بمناهجها الدراسية عن الصفوف العادية على مدار اليوم الدراسي كله .

د ـــ الصفوف الخاصة الملحقة بمدارس العاديين المعزولة جزئياً : ويقصد بها الصفوف التي يتم إنشاؤها في المدرسة العادية ويتم فيها تقديم بعض المقررات الدراسية فقط في حين يستمر تلامذتها في باقي المقررات الدراسية الأخرى مع زملائهم العاديين وعلى غرار ما يعرف الآن بغرفة المصادر .

وهذه الصفوف الخاصة قد ظهرت نتيجة التغيير في الاتجاهات والمواقف تجاه المعوقين من السلبية إلى الايجابية ونتيجة تأييد فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في المدرسة العادية والتأكيد عليها . وهذه الصفوف الخاصة هي أوسع البرامج انتشاراً بالنسبة للمتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً .

٤ـ ويأتي في الخطوة الرابعة إعداد المناهج وطرائق التدريس المناسبة نظراً لأن مناهج وبرامج المتخلفين عقلياً تختلف عن البرامج والمناهج المقررة للعاديين من حيث محتوى تلك البرامج وطرائق تدريسها. فالمتخلف عقلياً بحاجة

إلى ما يسمى بالمنهاج الفردي وإلى ما يسمى أيضاً بالتدريس الفردي والذي يمكن تطبيقه في غرفة المصادر ووفق خطة تعليمية فردية والمنهاج المقرر للتلامذة المتخلفين عقلياً لابد من أن يتضمن مجموعة من المهارات التي تساعد التلميذ المتخلف على تحقيق حاجاته وهذه المهارات هي :

١ ـــ المهارات الاستقلالية بما تتضمنه من مهارات الحياة اليومية ومهارات العناية الذاتية.

٢ ـــ المهارات اللغوية بما تتضمنه من مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

٣ ـــ المهارات الحركية بما فيها المهارات الحركية العامة والدقيقة.

٤ ـــ المهارات الأكاديمية بما تتضمنه من مهارات القراءة ومهارات الكتابة ومهارات الرياضيات.

٥ ـــ وأخيراً المهارات المهنية والاجتماعية والاقتصادية ومهارات السلامة إلا أن حاجة الطفل المتخلف عقلياً إلى هذه المهارات ليست واحدة لدى جميع المتخلفين عقلياً بل تختلف باختلاف درجة الإعاقة لديهم وعلى المعلم الذي يتعامل مع هذا الطفل الأخذ بالحسبان هذا الأمر .

٦ ـــ وأخيراً لابد لبرنامج تربية الأطفال المتخلفين عقلياً وتأهيلهم أن يرسم لتحقيق الاستقلال الاقتصادي للطفل عندما يصبح راشداً وهذا يتوقف على تعلمه وتدريبه على مهنة مناسبة تتفق مع قدراته واستعداداته، وتدريبه على المهارات الخاصة بهذه المهنة وتكسبه بعض العادات والاتجاهات اللازمة لنجاحه في هذا العمل وهذا ما يساعده على تحقيق ذاته والشعور بالطمأنينة وبالأمن والأمان.

الإجراءات اللازمة للعناية بالمتخلفين عقلياً :

وفي ضوء ما سبق ومن أجل توفير المزيد من العناية بالمتخلفين عقلياً يمكن القيام بالإجراءات الآتية :

١ــ التركيز على مرحلة الطفولة المبكرة في تنمية القدرات والاستعدادات المتبقية لدى الطفل المعاق عقلياً. وإذا توفرت للطفل المعاق عقلياً في هذه المرحلة من العمر ونقصد سن ما قبل المدرسة البرامج التربوية والتعليمية المتوازنة والملائمة وإذا ما توفر المعلم المؤهل والكفء فإن في هذا ما يساعده على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى درجة من الإمكانية التي تحددها له الوراثة. بالإضافة إلى أن هناك بعض الحالات التي قد تستجيب للعلاج الطبي.

٢ــ وتكتسب برامج التربية الخاصة للمتخلفين عقلياً أهمية خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة حين يتعلق الأمر بكون السبب في الإعاقة العقلية ليس وراثياً وإنما نتيجة الحرمان الثقافي والاجتماعي والفكري بشكل عام .اذ تفتح هذه البرامج الخاصة آفاق واسعة وجديدة أمام هؤلاء الأطفال المتخلفين عقلياً الذين ينتمون إلى طبقات محرومة اجتماعيا وثقافيا وتزودهم بالدافعية اللازمة للتعليم وربما أكثر من ذلك في حال تم اكتشافهم في وقت مبكر جداً من حياتهم فمن المحتمل أن يصبح هؤلاء في عداد الأطفال العاديين من الأطفال. خاصة وأن الدراسات في هذا المجال تشير إلى أن التأثير الحتمي للظروف البيئية يحصل بين السنة الأولى والسنة الرابعة من العمر وحين يبلغ الخامسة من العمر يكون قد أكتسب قدراً كبيرا من المعارف والمعلومات يضاهي من حيث النسبة جميع ما سوف يتعلمه في باقي حياته. وحين يتم اكتشاف الأطفال الذين يعود السبب في تخلفهم إلى الحرمان الثقافي والاجتماعي ويتم تعهدهم بالعناية والرعاية فإن

في هذا كثيراً ما يساعد على تنمية قدراتهم واستعدادهم إلى أقصى حد ممكن أو على الأقل تجاوز السبب في إعاقتهم ومن هذه الزاوية تبرز أهمية وجود مرشد نفسي واجتماعي مهمته تفقد الأطفال في البيئات المحرومة والكشف عنهم وتعهدهم بالعناية والرعاية.

٣ــ إغناء بيئة الطفل الذي يوصف بضعف التفكير وبخاصة الطفل الذي الضعف لديه من النوع البسيط (أي من فئة القابلين للتعلم). إغناؤها يكون بالمثيرات الفكرية والاجتماعية والثقافية سواء كان الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة أو أثناء مرحلة الدراسة خاصة وأن الدراسات تشير إلى أن البيئة الغنية والثرية تساعد على رفع نسبة الذكاء. وحين نقول رفع نسبة الذكاء فليس معناه أن يتحول هذا الطفل من طفل متخلف الذكاء إلى طفل عادي الذكاء، وإنما القصد تنمية ذكائه في حدود القدرات والاستعدادات التي تسمح له فيها إمكانياته.

٤ــ ضرورة أن تقع عين هذا الطفل وبصفة متكررة على المشاهد الحية حين تكون هذه الخبرة الحسية نقطة الانطلاق في توسيع معلوماته ومعارفه ومداركه بشكل عام. ومن هذه الزاوية يكون الإلحاح على ضرورة احتواء البيئة المدرسية على بعض الأمور الحسية كأن تضم بعض الحيوانات الأليفة، وبعض المزروعات والسماح للطفل بالمشاركة في تدجين هذه الحيوانات، والعناية بالمزروعات.

٥ــ الإلحاح على وجود الألعاب المنظمة والهادفة بما فيها الفردية والجماعية لأن الطفل بشكل عام سواء كان معوقاً أو عادياً، وكل بحسب قدراته يستطيع من طريق اللعب اكتشاف ميوله وهواياته وتعلم الملاحظة ومخالطة المجتمع،

وعن طريق اللعب يستطيع اكتشاف الأشياء والحصول على المعلومات والخبرات التي لا يستطيع الحصول عليها من مصادر أخرى.

٦ـ تزويد بيئة الطفل سواء المدرسية أو البيئية بعدد من الوسائل المفيدة الهادفة كالكتب المصورة والقصص المبسطة، والورق والمعجون، والكرتون وعلب التلوين والعاب الأتاري المبسطة.... وغير ذلك من هذه الوسائل والتي تنمي الخيال.

٧ـ تشجيع الطفل المتخلف عقلياً على التعبير عن مشاعره وخيالاته عن طريق التمثيل والرسم والرقص ..... وغير ذلك من هذه الأساليب التي تساعد الطفل المتخلف عقلياً من التنفيس عن انفعالاته وفي تشذيب هذه الجوانب لديه.

٨ـ تخصيص صندوق دعم مادي أولئك الأطفال الذين يأتون من أسر معدومة أو ذات دخل محدود جداً.

٩ـ الإلحاح على دور المدرسة والبيت وأساليب المعاملة المستندة إلى الفهم والدراية لخصائص المتخلفين عقلياً وما يمكن أن يتعلموه وأن تتسم هذه المعاملة بالاعتدال . لا الرفض لهم ولا الحماية الزائدة عن الحد. هذا وتشير الدراسات إلى أن أسلوب التشجيع والمكافئات في العمل مع هؤلاء الأطفال يساعد كثيراً على تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي لديهم، وأن التهديد والعقوبات تدعوهم للنفور والانسحاب من المجتمع وخلق روح العداء عندهم.

١٠-الإلحاح على مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال المتخلفين عقلياً والإيمان بفكرة تفريد التعليم في تعليم الفعاليات والأنشطة المختلفة ذلك لأن كل طفل معاق عقلياً هو حالة بحد ذاتها تحتاج إلى فهم خاص وتخطيط خاص وبرامج خاص.

١١-الإلحاح على ضرورة تضمين البرنامج التربوي الخاص بهم ببعض الأنشطة الترفيهية والترويحية مثل :التربية الرياضية والتربية الموسيقية والسباحة ،وجماعات الهوايات والرحلات والزيارات والفلون والحرف وبعض الأنواع الهادئة من المباريات لأن في هذا ما يساعدهم على تحقيق النمو النفسي والاجتماعي وتحقيق الذات.

١٢- ضرورة تعويد الأطفال على الإعتماد على النفس كلما أمكن ذلك وتشجيعهم لإنجاز ما تعهدوا بإنجازه ومراعاة ميولهم وإهتماماتهم.

١٣- الإلحاح على مراعاة مستوى الصعوبة في المادة التعليمية المعطاة لهم، لأن ارتفاع المستوى عن حدود قدرات الطفل العوق يلفر عنها و مراعاة الانتباه لدى هؤلاء الأطفال وتغيير المادة بسرعة معقولة لأنه يصعب عليهم تركيز الانتباه.

١٤-الإلحاح على العمل اليدوي أكثر من العمل النظري (كالقراءة والكتابة والحساب)لأن العمل اليدوي لهؤلاء الأطفال ينمي الميول والانتباه والثقة بالنفس والمثابرة والقدرة على التعبير عن الأفكار وبذلك نقترب من فلسفة جون ديوي التي تنادي (بالتعليم عن طريق العمل أو الفعل).

١٥-تدريبهم على بعض الأعمال المهنية البسيطة وتأهيلهم لها مستقبلاً من مثل صناعة الحلب والقص والنجارة والخياطة والصباغة والتنظيف وغير ذلك من الأعمال وفي هذا ما يساعدهم على حسن التكيف السليم وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي من جراء ما يربحونه من نصيبهم من الأتعاب ، ولذلك فإن طموح أهلهم وتذكرهم لهذه الأعمال لا يجدي نفعاً لأن الغاية هي تنظيم حياة المتخلفين عقلياً وإسعادهم لا إشباع غرور الأهل ومطالبهم.

١٦- مراجع الطبيب أو الأخصائي النفسي لأن هناك حالات يمكن أن يتوقف فيها استمرار نقص الذكاء من مثل :الحالات التي تعود إلى الإصابات في المخ والحالات التي تعود لاضطرابات في الغدد، وفي حال كان السبب في الإعاقة العقلية الاختلاف بالعامل الريزيسي فإن تدارك هذا الأمر يعود إلى ولادة طفل طبيعي وقد توصل الطب اليوم إلى علاج هذا الأمر.

١٧-وأخيراً تقبل الأسرة طفلها كما هو والابتعاد عن مشاعر الإحساس بالذنب أو الإحساس بالإحباط واليأس والعجز والإيمان بقدرة الله سبحانه وتعالى ومحاولة تنشئته التنشئة السليمة التي تقوم على الفهم والدراية لخصائصه وحاجاته وتفهم طبيعة مشكلاته ومساعدته في التوصل إلى حلها.

مقترحات عامة:

- التأكيد على وجود شعبة أو شعب تابعة للقسم المختص في كليات التربية لإعداد مدرسين ومعلمين مؤهلين لرعاية هؤلاء الأطفال والعناية بهم.
- الإلحاح على وضع برامج تربوية للآباء والأمهات لتدريبهم على العناية بضعاف العقول وضمان حسن تكيفهم وتوافقهم مع أنفسهم ومع من حولهم .
- الإلحاح على وضع برامج إرشادية وتوجيهية دورية لمعلمي ومعلمات الأطفال المعاقين عقلياً لإرشادهم لأحدث الطرائق والوسائل والبرامج في رعاية المعوقين عقلياً.
- مشاركة وسائل الإعلام في توعية الأسرة والمجتمع بالمهام والمسؤوليات التي تقع على عاتقهم والتي تتصل بالنظرة إلى المعاقين عقليا وحسن توجيههم وتحويلهم من معاقين في المجتمع وعالة عليه إلى منتجين في حدود ما تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم كأفراد منتجين بالمجتمع.

- إنشاء مراكز لتوعية الأباء وإرشادهم ملحقة بمؤسسات علاج المعوقين عقلياً أو بالمدارس العادية.

- إتاحة الفرصة لإدماج المعوقين في مجال العمل وتوفير الفرص المهنية المناسبة لهم للعمل كأفراد منتجين في المجتمع.

- الإلحاح على ضرورة وجود ما يسمى بالمدرس الزائر أو المتنقل وتكون مهمة هذا الشخص مساعدة معلمي التربية الخاصة في المراكز النهارية أو غيرها في حل مشكلات الأطفال المعوقين التحصيلية والاجتماعية والتربوية.

درهم وقاية خير من قنطار علاج:

إن كل ما قيل فيما سبق من خطط وتكليكات حول رعاية المعاقين عقلياً والعناية بهم ينطبق على الذين ثبت وجود الإعاقة العقلية لديهم .

ولكن من طرف آخر نقول أن أفضل طريقة للعناية بالإعاقة العقلية بشكل عام هي الوقاية منها ويكون ذلك بالابتعاد قدر الإمكان عن المسببات الرئيسية التي تؤدي إلى ظهورها وقد ذكرنا هذه المسببات بشيء من الإيجاز في فقرة سابقة وبناء على ما ذكرناه حول هذه الأسباب يمكن تقديم عدد من الاقتراحات وهي:

ـ الابتعاد عن زواج الأقارب بشكل عام وبخاصة إذا كان في الأسرة أمراض وراثية.

ـ منع تكرار الحمل بعد إنجاب طفل معاق إعاقة وراثية شديدة إلا بإشراف الطبيب الأخصائي بالأمراض الوراثية أو المرشد المختص بالإرشاد الجيني.

ـ التباعد ما بين الحمول.

ـ العناية بالأم الحامل وتوعيتها لتجنب كل ما من شأنه أن يؤثر على الجنين كالابتعاد عن أشعة اكس مثلاً وعدم أخذها لدواء معين أو وصفة معينة دون أخذ إذن الطبيب .

ـ تأمين كل الوسائل التي تجعل الولادة طبيعية وتوعية الأمهات الحوامل للاستعانة بالمراكز الصحية والمستشفيات كلما لزم الأمر وعدم الاعتماد على الوصفات الشعبية.

ـ تعميم اللقاحات ضد الأمراض التي قد تسبب الإعاقة من مثل شلل الأطفال والحصبة وغيرها.

ـ إنشاء مركز خاص للأبحاث الطبية التي تكشف عن بعض الأمراض الوراثية المحتمل ظهورها على غرار ما يجري في البلدان المتطورة ، والهدف من ذلك هو الكشف المبكر عن الإعاقة والحؤول دون ولادة طفل معاق يكون عالة على أسرته وعلى المجتمع.

وأخيرا فإذا كان التقدم العلمي والطبي والتكنولوجي في البلدان المتقدمة قد ساعد كثيراً على خفض نسبة الإعاقة العقلية ، فإن الأخذ بالطرق العلمية السليمة التي تؤدي الوقاية من الإعاقة العقلية وبينها الكشف المبكر عن هذه الإعاقة يساعد كثيراً في تخفيض نسبة المعاقين عقلياً في مجتمعاتنا العربية، والحد من انتشار هذه الظاهرة.

مراجع الفصل

١- البطش ، محمد وليد الكيلاني ،عبد العزيز زيد : مقياس السلوك التكويفي للمعوقين عقلياً (دليل المعلم والمرشد والباحث)، الجامعة الأردنية ، عمان ،١٩٨١ م.

٢- جاموس، زهران : تطوير مقياس كين وايفين للكفاية الاجتماعية في البيئة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الأردنية ،١٩٨٣م.

٣- حلاوة محمد السيد : التخلف العقلي في محيط الأسرة ، الإسكندرية ، المكتب العلمي للنشر والتوزيع ، ١٩٩٨م.

٤- الخطيب ، جمال محمد : تعديل سلوك الأطفال المعاقين ، دليل الآباء والمعلمين الأردن ، الشرق للنشر والتوزيع ،ط١ ، ١٩٩٣م.

٥- الريحاني، سليمان : التخلف العقلي ، الأردن ، مطابع الدستور التجاري ، ١٩٨٥م.

٦- الروسان ، فاروق : سيكولوجيا الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٦م.

٧- الزعبي ، رفعة: تطوير قائمة مفردات مقياس مستانفورد بينيه في صورة معدلة للبيئة الأردنية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الأردنية ، عمان ،١٩٧٧م.

٨- الشناوي ، محمد محروس : التخلف العقلي (الأسباب – التشخيص – البرامج) القاهرة ، دار غريب ،١٩٩٧م.

٩- الشيخ يوسف محمود – عبد الغفار، عبد السلام : سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة ، دمشق ، مطبعة الداوودي ١٩٩١م.

١٠- عبد الحليم ، مروان : رائز فكسلر لقياس ذكاء أطفال ما قبل المدرسة ومطلع المدرسة الابتدائية (دراسة ميدانية التعيير الرائز في ج - ع - س) رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية التربية جامعة دمشق، ١٩٨٨/١٩٨٧م.

١١- العلي، نصر: دلالات صدق وثبات صورة معدلة للبيئة الأردنية لمقياس ستانفور دبينيه للذكاء، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الأردنية، عمان ،١٩٧٧م.

١٢- عابر ، أحمد :رائز فكسلر لقياس ذكاء الأطفال ، دراسة للرائز ومحاولة تعييره لقياس ذكاء الطفل العربي السوري ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة دمشق ،١٩٧٧ م.

١٣- فراج ، محمد فرغلي : الإتجاه السلوكي الإنساني في علاج التخلف العقلي المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، قرارات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، تونس ، ١٩٨٢م.

١٤- القريطي، عبد المطلب أمين: سيكولوجيا ذوو الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٦، ط١.

١٥- القريوتي، يوسف :تطوير صورة معربة ومعدلة للبيئة الأردنية من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الأردنية ، عمان،١٩٨٠م.

١٦- القريوتي وآخرون : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات العربية المتحدة ، دبي، دار القلم للنشر والتوزيع،١٩٩٥م.

١٧- مرسي، كمال إبراهيم: مرجع في علم التخلف العقلي ، القاهرة ، دار النشر للجامعات المصرية ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٩٦م.

١٨- مرسي عبد العظيم شحاتة: التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً،القاهرة،مكتبة النهضة المصرية ١٩٩١م.

19- american psy shiatric associatin : diagnostical manual for mental disorders (4th.ed)(dsm-iv)

washington . d c . 1994

20 -hallahan and kauffman: exceptional children introduction to special eduction , prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey,1981

21 -Macmilland: Mental Retardation In Scood And Society, Boston , Little Brown And Comp,1977

22 -Tayler And stern Berg: Exeptional Childeren,Newyork ,1989,Macmillan Publ

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الثالث

الطفل التوحدي (المنغلق)

أولاً- ما هو التوحد (الانغلاق)؟

-تعريف كانر التشخيصي

-تعريف كريك

-تعريف روتر

-تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين

ثانياً- مدى شيوع الاضطراب

ثالثاً- تشخيص التوحد

-المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد

-متلازمة آسبرجر

-اضطراب ريتز

ملاحظات حول عملية التشخيص

رابعاً- النظريات المفسرة للتوحد

-الاتجاه العضوي

-الاتجاه النفسي

-نظرية في العقل

خامساً- خصائص الأطفال التوحديين

-الخصائص اللغوية (الاتصالية)

-الخصائص الاجتماعية

-الخصائص السلوكية

-الخصائص المعرفية

سادساً- البرامج العلاجية والنفس -تربوية

-برامج العلاج الطبي

-البرامج النفسية – التربوية

الفصل الثالث

الطفل التوحدي (المنغلق)

أ.د. عثمان أبو غزال

يعد اضطراب التوحد Autistic Disorder واحداً من الاضطرابات النمائية الشاملة ،التي لقيت حظاً وافراً من الدراسة والبحث ،والأسباب المحتملة في ذلك كثيرة، قد يكون بسبب خطورة هذا الاضطراب أو بسبب أن هذا المجال أكثر المجالات إثارة للجدل،وقد يتصل الأمر بأن مظاهر هذا الاضطراب تظهر في سن مبكرة .وفي كل الأحوال فإن هذا المجال أخذ بالتمايز وتم الاعتراف به رسمياً وذلك عندما ظهر في الطبعة التاسعة من الدليل العالمي لتصنيف الأمراض(ICD-9) الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٧ ،وبعد ثلاث سنوات ظهر في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-111)الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

(AmericanPsychiatric Association)

لقد تعددت المسميات الخاصة بهذا الاضطراب، وهذه التعددية حافظت على وجود قاسم مشترك بين أنواعها على الأقل في واحد أو أكثر من المظاهر الأساسية التي تميز اضطراب الطفولة ،من هذه المسميات متلازمة أسبرجر Asperger's Syndrome ،اضطراب تفكك الطفولة ، السلوك شبه التوحدي ،توحد غير نمطي ،اضطراب ريتز.

أولاً- ما هو التوحد (الانغلاق) ؟

التوحد اضطراب نمائي ،أطلق عليه "كانر" Leo Kanner اسم" توحد الطفولة المبكرة" وفيما بعد أصبح "اضطراب التوحد " بمعنى أنه يوجد منذ الطفولة المبكرة ويستمر في مرحلة المراهقة والرشد . وهذا ما كشفت عنه الدراسات التتبعية مثل دراسة "كسولزالمن وآخرون " Gonzales et al., (1993)

هناك مجموعة من الأعراض تميز اضطراب التوحد، وهذه الأعراض تظهر ما بين الثانية والنصف والثالثة من العمر. وبصورة أدق فقد احتوت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي DSM-1V على أن العمر الذي تبدأ فيه علامات الاضطراب في عمر الثالثة أي في ٣٦ شهراً تقريباً.

أما أعراض هذا الاضطراب فتتلخص بالثالوث الشهير (قصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي ،ونخيرة محدودة من الأنشطة والاهتمامات).ويأتي هذا القصور نتيجة لعطب أو خلل في الدماغ بحيث يؤثر هذا الخلل على جوانب مختلفة من التفاعل والإدراك والتواصل ومهارات اللعب .

وقد تطورت التعريفات الخاصة بهذا المجال، وأخذت تغتني من خلال الاهتمام المتزايد بهذه الفئة من الأطفال .ومن أهم التعريفات المستخدمة ما يأتي:

أولاً-تعريف كانر التشخيصي Kanner Diagnostic Definition

يعد تعريف "كانر " عام ١٩٤٣أول التعريفات الخاصة بالتوحد وهـو أول من ميّز بين التوحد و الفصام الطفولي وأسماه في ذلك الوقت (التوحد الطفـولي المبكر) .وقد حدد كانر الصفات الآتية لهذا الاضطراب والتركيز على الصفتين الأولى والثانية :

١-قصور شديد في التواصل العاطفي مع الأخرين .

٢--الإصرار المفرط على القيام بالنشاط نفسه .

٣- الانجذاب الشديد نحو الأشياء التي عادة ما يمسك بها بمهـارة حركيـة عالية.

٤-عدم الكلام ،أو استخدام اللغة التي لا تخدم أغراض التواصل بين الناس.

٥-وجود بعض القدرات المعرفية والعقلية الجيدة والتي يمكـن ملاحظتهـا من خلال السلوكيات التي لها علاقة بالذاكرة بخاصة لمن لديه القـدرة على الكلام .

ثانياً- تعريف كريك ١٩٦١ Creak Definition

أعطى كريك تعريفاً للتوحد أكثر شمولية عندما بالنقاط التسع الآتية:

١-اضطراب في العلاقات الانفعالية.

٢-اضطراب في الهوية الذاتية بحيث لا تتناسب مع العمر.

٣-انجذاب غير عادي نحو موضوعات معينة.

٤- المحافظة على روتين معين، ومقاومة التغيير في البيئة.

٥-تجارب وخبرات إدراكية غير سوية.

٦-قلق زائد.

٧-قصور في القدرة على الكلام وعدم قدرة على اكتسابه .

٨-أنماط حركية مضطربة وشاذة .

٩- نقص واضح في بعض الجوانب الإدراكية أو وجود وظائف عقلية غير عادية .

ثالثاً-تعريف روتر Rutter Definition ١٩٧٨

جاء تعريف "روتر" نتيجة لتحليل البحوث العلمية التي تناولت هذا الموضوع منذ أعمال(كانر) و(كريك)وقد تضمن النقاط الآتية :

١- ظهور أعراض التوحد قبل ٣٠ شهراً.

٢-ضعف أو قصور في النمو الاجتماعي قياساً بالأطفال العاديين .

٣ -ضعف أو قصور في النمو اللغوي والتواصل لا يتماشى مع مستوى الذكاء لطفل عادي .

٤-الإصرار على أنماط اللعب نفسها، وانشغال الفكر والذهن بصورة غير عادية ومقاومة التغيير .

رابعاً-تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين(NSAC)

جاء تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة عام ١٩٧٨ لرسم سياسة اجتماعية وقانونية خاصة بحالة التوحد .وقد انطوى التعريف على المظاهر الآتية :

١- اضطراب في معدل النمو وسرعته .

٢-اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات

٣-اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة .

٤-اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص (الشمري، ٢٠٠٠)

ثانياً- مدى شيوع الاضطراب :

تؤثر في تقدير نسبة شيوع هذا الاضطراب مجموعة من العوامل، منها تحديد الفترة العمرية التي يقع فيها الاضطراب فهي تختلف عندما تكون ٣٠ شهراً ومادون عن ٣٦شهراً،وكذلك عندما ننظر إلى التوحد على أنه مرتبط بالتخلف العقلي أو أن التخلف العقلي مستبعد من تحديد هذا الاضطراب ،ومن العوامل أيضاً الاعتقاد أن التوحد له ارتباط بالمستوى المعيشي الاجتماعي والثقافي (الطبقة المتعلمة المثقفة)،في حين أن الدراسات الحديثة وجدت أن الطفل التوحدي يمكن أن يأتي من أي مستوى معيشي ومن أي مجتمع عرقي .

ويذكر(الشمري ، ٢٠٠٠ عن Williams,1992)أن هناك تقديرات تقول أن حوالي ٤ أطفال من كل ١٠٠٠٠ طفل لديهم حالة توحد ،ومعظمهم من الذكور، وفي كل ٥ أطفال توحديين يوجد أنثى واحدة .وفي بلد كالمملكة المتحدة التي يبلغ عدد سكانها ٦٠ مليون نسمة، سيكون هناك حوالي ٥٠٠٠ أنثى من مختلف الأعمار ،وبالمقارنة سيكون هناك ما بين ٢٠٠٠٠٠ إلى ٣٠٠٠٠٠ ذكر في هذه المجموعة السكانية.

بينما تشير جمعية التوحد الأمريكية إلى أن عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات الساوكية المرتبطة به تقدر بحوالي ٢٠ طفلاً من كل ١٠٠٠٠ طفل .وحسب إحصائية منشورات الجمعية الوطنية للتوحد في المملكة المتحدة National Autistic Society U .K. 1997 أن ٥ إلى ١٠ أطفال من

كل ١٠٠ فرد(توحدي) يصبحون مستقلين في مرحلة الرشد ،ومن ٢٥-٣٠% قد تتحسن حالتهم بشكل جيد لكنهم لا يزالون بحاجة إلى مساندة واشراف ،والبقية سيظلون معتمدين على الآخرين أي حوالي ٦٠%. (الشمري،٢٠٠٠)

ثالثاً- تشخيص التوحد

من الأعراض الأساسية للطفل التوحدي الصعوبة في الارتباط بالآخرين وعقد الصلات معهم، وكذلك عدم القدرة على التواصل اللغوي نتيجة التأخر اللغوي والفهم . كما يعاني الطفل التوحدي من اضطراب في رؤية أو سماع مثيرات معينة في البيئة ،فقد لا يجفل الطفل التوحدي من صوت الفجار، في حين أنه ينتبه لصوت انتزاع غلاف حلوى ،وقد ينغمس في أعمال روتينية مكررة ،ولمعظمية لساعات طويلة لا يبدو أنها تهدف إلى شيء معين ،إضافة لذلك مقاومته لكل أشكال التغيير التي يمكن أن تحدث في البيئة المحيطة من حوله .

يعد التأخر في اللغة ،والسلوك غير العادي من الأمور المقلقة للوالدين وأطباء الأطفال عندما يتم تحويل الطفل الصغير جداً إلى التقويم النمائي. والتأخر في اللغة والسلوك غير العادي قد يشير إلى تأخر في النمو العام أو إلى اضطرابات نمائية غير عادية ،ولهذا قد يحصل التباس في التشخيص، ومن هنا جاء التشخيص الفارقي للاضطرابات النمائية بخاصة لدى الأطفال الصغار الذين قد يختلط التشخيص بينهم مثلاً الاضطرابات النمائية المتداخلة (Pervasive Developmental Disorders PDD) وحالات التخلف العقلي أو مجموعة التوحد. (عبدالله،٢٠٠٠)

المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد

يتفق المختصون على تبني مجموعة من المعايير السلوكية لتشخيص التوحد ،وقد تكون أكثر هذه المعايير تفصيلاً هي تلك التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي للرابطة الأمريكية للطب النفسي(DSM).إذا رجعنا إلى الدليل التشخيصي الثالث المعدل ١٩٨٧ (DSM 111-R) مثلاً سنجد أنه يتضمن ١٦ عنصراً تقع ضمن ثلاث فئات ،ولكي يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من التوحد فإن الدليل يشترط توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الـ ١٦ بحيث تشتمل على وجود مظهرين على الأقل من الفئة(أ)،ومظهر واحد من الفئة (ب)،ومظهر واحد من الفئة (ج) .ويشترط لتحقق المعيار أن يكون السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل .أما المعايير فهي الآتية :

الفئة (أ): قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة يعبر عنها في المظاهر الآتية :

(١) عدم الوعي بوجود أو بمشاعر الآخرين (يعامل الأشخاص وكأنهم أثاث ،لا يشعر بشعور الشخص الذي يبدو عليه الضيق ،لا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

(٢)لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة، أو أنه يعبر عن تلك الحاجة بطرق شاذة (لا يلجأ إلى الراحة حتى عند المرض أو التعرض للأذى أو التعب ،أو أنه يطلب الراحة بأسلوب نمطي شاذ كترديد كلمة معينة).

(٣) لديه قصور واضح في تقليد الآخرين (فهو لا يلوح بيده مودعاً ،ولا يقلد نشاطات الأم في المنزل أو يقلد الآخرين بطريقة آلية).

(٤)لا يلعب لعباً اجتماعيا أو أنه يلعب بطريقة شاذة (لا يشارك بنشاط في الألعاب الجماعية، يفضل أن يلعب لوحده، يستخدم الأطفال الآخرين في اللعب وكأنهم أدوات).

(٥) قصور كبير في القدرة على بناء علاقات صداقة، (لا يبدي أي اهتمام بالصداقة، ويفتقر إلى فهم أصول التفاعل الاجتماعي).

الفئة (ب):قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي يعبر عنه في المظاهر الآتية:

(١) لا يتواصل مع الآخرين ،إنما يصدر أصواتاً غير مفهومة ،ولا يظهر تعبيرات وجهية أو إيماءات مقبولة .

(٢)يتواصل بطرق غير لفظية شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، ينشنج عندما يقترب منه الآخرون ،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 ،كلعب أدوار الراشدين مثلاً أو تمثيل حركات أو أصوات حيوانات، وعدم الاهتمام بالقصص التي تدور حول الأحداث التخيلية.

(٤) إخراج الكلام بطرق شاذة سواء من حيث حدة الصوت أو علسوه، أو معدله .

(٥)اضطرابات واضحة في شكل الكلام أو محتواه بما في ذلك الكلام النمطي والمتكرر (التكرار الآلي لدعايات التلفزيون وإعلاناته ،استخدام كلمة "أنت"بدلاً من "أنا" أو التكلم عن أشياء ليست بذات علاقة بالموضوع).

(٦) قصور واضح في القدرة على المبادأة في الحديث مع الآخرين ،أو المحافظة على المحادثة رغم أن الطفل لديه القدرة على الكلام ،الانغماس في حديث معين دون النظر لاستجابة الآخرين له).

الفئة (ج):ذخيرة محدودة جداً من النشاطات والاهتمامات تظهر من خلال :

(١)حركات جسمية نمطية (مثل لي اليدين ،أو هز الرأس ....)

(٢)الانشغال المتواصل بأجزاء الأشياء مثل (شم الأشياء ،تحسس ملمس الأشياء ...) أو التعلق بأشياء غير اعتيادية مثل (الإصرار على حمل مقطعة قماش أو خيط ....).

(٣)الإصرار بطريقة غير معقولة على فعل الأمر نفسه أو اتباع نفس النمط في النشاط (الإصرار على إتباع الطريق نفسه عند الذهاب للتسوق).

(٤)الانزعاج أو الضيق الشديد عند أي تغيير في البيئة المحيطة مثل (تغيير الكرسي من مكانها في الغرفة).

(٥) مدى محدود جداً من الاهتمامات أو الانشغال بشيء معين على الدوام مثل (الاهتمام فقط بوضع الأشياء فوق بعضها بعضاً).

الفئة (د):يجب أن يكون الاضطراب قد ظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر .

وقد أمكن للتشخيص الفارقي تمييز مجموعة من الاضطرابات النمائية القريبة من التوحد نذكر منها أكثرها شيوعاً وتداولاً علمياً وهي :

متلازمة آسبرجر Asperger's Syndrome

تتميز متلازمة(آسبرجر) بوجود اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي إلى جانب ذخيرة محدودة للأنشطة والاهتمامات ،بينما لا يوجد تأخر ملحوظ في النمو اللغوي أو الوظيفية المعرفية أو في مهارات الاعتماد على الذات المناسبة لعمر الطفل خاصة في السنوات لثلاث الأولى(Campbell & shay,1995)

ظهر مصطلح متلازمة أسبرجر لأول مرة عام ١٩٨١ عندما نشرت "لورنا وينج" Lorna wing دراستها عن هؤلاء الأطفال ،واعتمدت في محكاتها التشخيصية على الدراسة التي قدمها الطبيب النمساوي أسبرجر عام ١٩٤٤ والتي نشرت باللغة الألمانية .لقد حصلت متلازمة آسبرجر على الاعتراف الرسمي لأول مرة عند وضعها في الدليل التشخيصي العالمي العاشر(ICD-10)عام ١٩٩٤ كإحدى فئات الاضطرابات النمائية الشاملة .

تشير محكات تشخيص متلازمة آسبرجر في الدليل التشخيصي العاشر إلى نفس المعايير المعتمدة في تشخيص التوحد وذلك بدون الاختلال اللغوي والمعرفي .إلا أن الباحثين ذهبوا في رؤية هذه المتلازمة مذهبين اثنين ،الأول قال: أن متلازمة آسبرجر هي فئة منفصلة ومتميزة عن التوحد رغم وجود تشابه في بعض الجوانب ،والثاني قال: أن المتلازمة في جوهرها اضطراب التوحد ،ولكن تمثل الدرجة البسيطة أو التوحديون ذوو الذكاء المرتفع نسبياً.وفي كل الأحوال هناك من يرى أن متلازمة آسبرجر هي شكل من أشكال التوحد أو

واحد من أطرافه التي تختلف عنه بصورة جوهرية من حيث عمر البداية والنمو اللغوي .(هويدي ،٢٠٠٠)

اضطراب ريتز Retts Disorder:

يختلف اضطراب ريتز عن اضطراب التوحد في نسبة الإصابة لدى الجنسين من جهة أولى، ونمط القصور أو الاضطراب من جهة ثانية . أما نسبة الإصابة في اضطراب ريتز فهي لدى الإناث فقط ،بينما يحدث اضطراب التوحد بنسبة أعلى لدى الذكور مقارنة بالإناث ٤/١ ـ أما نمط اضطراب ريتز فيظهر في تباطؤ نمو الرأس لدى الطفل وعدم القدرة على اكتساب المهارات اليدوية ،وكذلك التآزر الضعيف في الجذع وحركات المشي . قد يظهر الأطفال الذين يعانون من اضطراب ريتز صعوبة في التفاعل الاجتماعي شبيهة بتلك الموجودة لدى الأطفال التوحديين ،بخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة ،إلا أنها تميل إلى أن تكون عابرة وقصيرة الأجل .(عبدالله،٢٠٠٠)

ملاحظات حول عملية التشخيص:

إن عملية التشخيص تقوم على ملاحظة السلوك ،الذي يقوم به مختص ذو خبرة إكلينيكية، يجمع الملاحظات، وفي ضوءها ينطلق من فرضية يقوم باختبارها بصورة منتظمة .كما أن المختص يقوم بعد ذلك بالاستماع لأسرة الطفل، وملاحظة الطفل نفسه بكل عناية .وفي خطوة لاحقة يطبق الاختبارات النفسية، ويعد دراسة للحالة مفصلة منذ البداية.

كما أنه من الضروري معرفة العمر الزمني والعمر العقلي للطفل، فكثير من أنماط السلوك تتضح معالمها من خلال القدرات العقلية، ولذا يجب التأكد من أن السبب قد يكون في انخفاض القدرات العقلية.

إن معظم مشكلات التشخيص تتعلق بالحالات الحدية وبالحالات المشابهة لحالة التوحد ،فقد يشخص مختص هذا الطفل على أنه توحدي في حين يشخصه مختص آخر تشخيصاً مختلفاً، إن مثل هذا الأمر يؤدي إلى استنتاج خاطئ لدى كثير من الناس من أنه من المستحيل تشخيص حالة التوحد .

كما أن الحالات التي يتم تحويلها غالباً ما تنطلق من توافر بعض الاضطرابات في الجانب الاجتماعي والعقلي، إلا أنه من الضروري الأخذ بالحسبان احتمالات أخرى ،على سبيل المثال قد يعاني الطفل من مجرد تأخر نمائي سيتغلب عليه في فترة لاحقة أو قد يكون هناك سلسلة من الاضطرابات العصبية أو الحسية التي تعيق النمو الطبيعي للطفل .فالواقع أن هناك العديد من حالات التأخر النمائي والعديد من حالات الاضطراب الحدية أو الحالات غير المصنفة التي تختلط عند التشخيص . (Frith,1992)

رابعاً- النظريات المفسرة للتوحد

إن موضوع التوحد كأكثر موضوعات التربية الخاصة لاقت النقاش والإشكالية في مسائل التشخيص ومعرفة الأسباب وطرائق المعالجة .والأطفال التوحديون لا يشكلون فئة متجانسة تمام التجانس على العكس هناك أنواع وفئات متقاربة ومتشابهة بين الأفراد الذين ينتمون إلى مظلة التوحد.والأمر نفسه يقال بالنسبة للاتجاهات المفسرة للتوحد ،فلا أحد يستطيع اليوم الادعاء بوجود نظرية واحدة لتفسير اضطراب التوحد .

إن التساؤل عن ما هو التوحد ؟ يلقى ثلاث إجابات من ثلاثة اتجاهات :

الاتجاه الأول :

وهو الاتجاه العضوي الذي يرى أن اضطراب التوحد هو اضطراب عصبي بيوكيميائي. لقد نشر الدكتور بيرنارد ريملاند (Bernard Rimlad) كتابه التوحد الطفولي: الاضطراب ومضامينه لنظرية عصبية في السلوك ،عام ١٩٦٤، حيث دحض الفكرة القائلة أن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة وشجع الباحثين والمعالجين على التعامل معه بوصفه اضطراباً عصبياً بيولوجياً .وفي الوقت نفسه هناك العديد من الدراسات التي تكشف عن عوامل وراثية أو تلف في أحد أجزاء المخ أو خلل في المواد العصبية الكيميائية. إن كثرة العوامل هذه تجعل من عملية التشخيص والعلاج عملية صعبة، وبالتالي هناك من الباحثين من يشكون بقيمة هذا الاتجاه ،ويتساءلون فيما إذا كان من الممكن تحديد الاختلالات السلوكية التي تنتج عن كل نوع من الاضطرابات البيولوجية التي تتسبب في إصابة الفرد بالتوحد .

الاتجاه الثاني :

وهو الاتجاه النفسي الذي يرى أن اضطراب التوحد هو اضطراب نفسي ناتج من نوعية العلاقة الوجدانية بين الأم وطفلها الرضيع، وأن كيفية تطور هذه العلاقة وارتقاءها يحدد بدرجة كبيرة نوعية علاقة الرضيع بعد ذلك بالآخرين والعالم .ومن ثم فإن اضطراب العلاقة الوجدانية بين الأم والرضيع، ولعوامل تتصل بالأم أولاً و بالأب ثانياً سوف تؤدي بالرضيع إلى الرفض النفسي للأم ومن ثم رفض الآخرين بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية على نمو اللغة، لأنها وسيلة التواصل والتفاعل مع الآخرين .ويذهب هذا الاتجاه إلى أن الاهتمام السطحي غير الحميمي من قبل الأم في رعاية حاجات الطفل الرضيع ليس كافياً لتحقيق النمو النفسي السليم ،لأن العلاقة الوجدانية هي مشاعر وعواطف بالدرجة الأولى .في ضوء هذا الاتجاه فإن درجة اضطراب

العلاقة الوجدانية هي التي تحدد درجة اضطراب التوحد عند الطفل الصغير. ومن ثم فإن عملية التشخيص والعلاج سوف تنطلق من هذا التوجه، وتتحدد الإجراءات المتسقة التي تساعد في فهم التباينات في الصورة الإكلينيكية للتوحد .

الاتجاه الثالث :

وهو أحدث الاتجاهات في تفسير التوحد حيث يرى أن القصور الأساسي الذي يظهر من خلال التوحد هو عدم اكتمال نمو" نظرية في العقل" لدى الطفل الصغير، و تعرف هذه النظرية بأنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية mental states للآخرين (أفكارهم ،معتقداتهم ،رغباتهم، .....الخ) إلى جانب القدرة على استخدام هذه المعلومة لتفسير ما يقولونه،ولإعطاء معنى لسلوكياتهم،والتنبؤ بما سيفعلونه بعد ذلك . ويقول بريماك ووردروف Premach & Woodruff - رغما أول من قدما "نظرية العقل " إن نظام الاستنتاج هذا يمكن النظر إليه كنظرية لأن هذه الحالات الذهنية لا تلاحظ بشكل مباشر ، إلى جانب أن هذا النظام يمكن استخدامه أيضاً القيام بالتنبؤات خاصة حول سلوك الآخرين .إن هذه النظرية في العقل وعدم اكتمالها لا تمكن الطفل من أن يشكل أو يضبط النظم الإدراكية والمعرفية المختلفة التي تنمو طبيعياً جنباً إلى جنب مع وجود نظرية في العقل.كما أن غياب هذه النظرية في سن مبكرة لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية ،وفي الوقت نفسه لا يستطيع هذا الطفل أن يفهم أن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات، والإيماءات وأوضاع الجسم . قد يوجد بعض الأطفال الذين استطاعوا تحقيق درجة مناسبة من نمو نظرية في العقل، ولكن بعد انتهاء "الفترة الحرجة " لنموها ،إلا أن ذلك لا يسير في المحسن النمائي السليم، أو أن تكون مقبولة بالأسلوب السوي ،ولكن مستوى المهارات المعرفية

والاجتماعية ونوعيتها ،سيكون أفضل من الأطفال الذين لم تتطور لديهم نظرية في العقل . وهذا هو التفسير في تعدد درجات التوحد وأشكاله.(هويدي، ٢٠٠١)

وإذا كان الأفراد التوحديون يفتقرون إلى القدرة على "التفكير حول الأفكار"سواء الخاصة بهم أم بالآخر ،فإنهم يصبحون مثل الغرباء في جزيرة أجنبية ،لأن العالم الذي نعيشه هو عالم اجتماعي . إن أهم عنصر في كل ما يحيط بنا من العالم هو إنساني ،وفي الوقت نفسه فإننا نفهم السلوك الإنساني في ضوء الحالات الذهنية. بدون هذه النظرية يصبح العالم مكاناً مرعباً ولا يمكن التنبؤ به ، وبالتالي ليس من المثير للدهشة والتعجب أن نجد الطفل التوحدي غريباً ومنسحباً منه، ومعظم مظاهر السلوك الشاذ لديه والغريب يمكن فهمها في ضوء أنه لا يتمكن من "قراءة العقل "بالطريقة نفسها التي يمارسها الغالبية العظمى من البشر .

إن مثل هذه النظرية كما يقول (هويدي ،٢٠٠١) تفسر لنا مظاهر السلوك لدى التوحدي فهو يستطيع أن يستخدم الإيماءات الوسيلية ولكنه يفشل في الإيماءات التعبيرية ،يمكنه الحديث عن الرغبات والمشاعر وليس عن المعتقدات أو الأفكار ، يستطيع التعرف على مشاعر السعادة والحزن ولكنه لا يتمكن من التعرف على حالات الاندهاش والمفاجأة ،يستخدم الشخص الآخر كآلة وليس كمستقبل معلومات . وبعبارة أخرى توفر نظرية العقل آلية محددة للنظر إلى ما وراء السلوكيات السطحية الظاهرة ،والتي قد تبدو متناثرة وغير متسقة في بعض جوانبها ،مما يتيح الفرصة لوضع نظام تشخيصي يتخطى المحكات المذكورة في أدلة التشخيص المعروفة عالمياً مثل (دليل منظمة الصحة العالمية I C D -10 والدليل الأمريكي DSM-IV)، والتي يعدها بعض الدارسين مجرد محكات للفرز أكثر منها للتشخيص .

وفي النهاية كل اتجاه من هذه الاتجاهات يدعي أنه الأقدر، الذي يستطيع أن يقدم الجواب الشافي لتفسير التوحد،ولكن نجاح الإجراءات العلاجية هو الفيصل العملي الذي يحدد فعلاً أي الاتجاهات أقدر ،علماً بأن كل اتجاه يمكن أن يساهم في معرفة هذا الاضطراب وتفسيره.

خامساً- خصائص الأطفال التوحديين:

يتصف الأطفال التوحديون بعدد من الخصائص الأساسية التي يمكن اشتقاقها من الأعراض العامة التي تميز التوحدي التي ذكرتها الأداة التشخيصية للتوحد، وهي في ثلاثة مجالات أساسية : المجال اللغوي والاجتماعي والسلوكي، يضاف إليها المعرفي والتحصيلي .ولكن مما يجدر الانتباه إليه أن هذه الخصائص لا تكون في مستوى واحد لدى كل الأطفال فهناك فروق فردية، وهناك مستويات وأنواع للتوحد ،إلا أن ما يجمع بين الأنواع كافة وجود هذه الخصائص بنسب متفاوتة .

الخصائص اللغوية (الاتصالية):

تعد القدرة التواصلية واحدة من الصعوبات الرئيسة التي تواجه الطفل التوحدي، بل ليست صعوبة إنها تأخر في النمو اللغوي ويظهر هذا التأخر في مهارتي التعبير والاستقبال اللغوي أكان ذلك في مهارات اللغة المنطوقة أم في أشكال اللغة الأخرى من إيماءات و إشارات.وما يميز الطفل التوحدي في الخصائص اللغوية ما يلي :

١- لا يستطيع استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعياً.

٢- يتحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي .

٣- ضعف القدرة على استحداث كلمات جديدة والاستمرار في إعادة الكلمات وتكرارها التي سبق أن تعلمها بشكل نمطي وآلي .

٤- بالرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يمكنهم الوصول إلى مستوى متوسط من التحصيل اللغوي في مرحلة الطفولة المتأخرة أو في مرحلة المراهقة (بخاصة من لديهم ذكاء عادي) إلا أن استخدام اللغة يظل غير عادي حيث نجد أن معظمهم يرددون الأسئلة بشكل متكرر ومتعلقون بما يشغل بالهم في تلك اللحظة .

٥- يجد الطفل التوحدي صعوبة في فهم المثيرات غير اللغوية و إدراكها، مثل الإشارات والحركات اليدوية وتعابير الوجه ...مما يجعل هذا الجانب من التواصل معدوماً.(الشمري، ٢٠٠٠)

ومن أجل تمييز الخصائص اللغوية عند التوحديين يمكن مقارنتها بالخصائص اللغوية عند الأطفال الذين ينمون بصورة طبيعية .

السلوك التواصلي عند الأطفال ذوي النمو الطبيعي :	السلوك التواصلي عند الأطفال التوحديين:
يستخدمون الإيماءات ويستجيبون للإيماءات.	قصور في استخدام الإيماءات وفهمها.
نمو طبيعي لنطق الأصوات والكلام.	نمو غير طبيعي لنطق الأصوات مع عدم الكلام لدى بعضهم.
يكتسبون المفاهيم الأساسية بشكل سهل ومناسب .	صعوبة في فهم المفاهيم الأولية.

يجيبون عن الأسئلة بشكل مناسب.	وجود صعوبة في الإجابة حتى على أبسط الأسئلة .
يفهمون مضمون التواصل.	قصور في استيعاب مضمون التواصل وتوقيته المناسب.
يستطيعون الحديث مستمرين في موضوع أو أكثر.	يتحدثون في موضوع واحد لكن مع وجود تأتأة أو توقف.
يتابعون الحديث بالرغم من التغيرات المتنوعة.	يجدون صعوبة في الحديث مع أي نوع من التغيرات.
يبادرون إلى التواصل مع الآخرين .	قد يبادرون ولكن بشكل متقطع و تكراري (صدائي).
يعبرون عن المشاعر والانفعالات بالكلام	غالباً ما يستخدمون السلوك للتعبير

عن المشاعر والانفعالات.(إدريس، ٢٠٠٠) عن (Gotera et al, 1992)

الخصائص الاجتماعية:

ترتبط الخصائص الاجتماعية بالخصائص اللغوية لأن اللغة تخدم مجال الحياة الاجتماعية، كما أن الحياة الاجتماعية لا يمكن أن تستوي بدون استخدام وسائل الاتصال المختلفة. إن الأطفال التوحديين يتصفون بتأخر في النمو الاجتماعي ،فمنذ الصغر تظهر لديهم عدم القدرة على المبادرة على إنشاء العلاقة الاجتماعية مع المحيطين ، فالطفل التوحدي لا ينمي علاقة ارتباط مع

والديه وخاصة أمه، فمثلاً نجد أن الطفل التوحدي لا يتبع أمه إذا تحركت بعيداً كما يفعل الطفل العادي كما أنه لا يشعر بفقد أمه إذا غابت عنه ،ولا يشتكي لهما إذا أصابه أذى أو تعرض لحادث سقوط أو ما شابه ذلك ،وهو لا يفعل كما الأطفال الآخرين في معانقة أمه أو أنه لا يسعى للجلوس في حضنها .تغيب عند الطفل التوحدي مظاهر الانفعالات والتواصل الجسمي مع المحيطين من حوله، وبخاصة وقوع النظر عند الآخر والتفاعل معه .

وإذا كان للعب أهمية كبيرة في تنمية القدرة على التواصل خاصة إذا كان اللعب ينطوي على التخيل والتقليد ومشاركة الآخرين ،فإن الطفل التوحدي يفتقد إلى القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى لو كان النمو اللغوي المعرفي لديه في مستويات عالية .وبالرغم من أن اللعب ظاهرة تشمل كل المخلوقات الأخرى، إلا أن الطفل التوحدي لا يستطيع تنمية اللعب الاجتماعي بشكل طبيعي وعفوي كما يقوم به الأطفال العاديون .وبدون اللعب التخيلي فإن تنمية المفاهيم المجردة تصبح شبه مستحيلة مما يجعل حياة الطفل مغلقة بالروتين والأشياء المحسوسة .وكذلك فإن الإخفاق في اللعب الاجتماعي والتخيلي، سيحد من تنمية اللغة لديه مما يؤثر سلباً على تكيفه الاجتماعي في البيئة التي يعيش فيها ،لأن اللعب لدى الأطفال التوحديين غالباً ما يكون تكرارياً ونمطياً وغير اجتماعي .

وبالرغم من أن الأعراض المذكورة أعلاه قد تصبح اقل وضوحاً، إذا تجاوز الطفل الخامسة من عمره، إلا أنه يظل يواجه صعوبات كبيرة في التفاعل الاجتماعي، فمثلاً نجد أن الطفل قليلاً ما يلعب مع أقرانه ولا يكون طرفاً في تفاعل اجتماعي تبادلي ايجابي مما يساعده على تكوين علاقات وصداقات اجتماعية طيبة مع الآخرين .ومع ذلك فإن الأطفال التوحديين يقتربون من

الأشخاص الراشدين المهمين في حياتهم لجذب انتباههم،إلا أنهم يظلون ينهمكون في أنشطة وحركات روتينية فردية في معظم الأوقات .

وعلى الرغم من أن الطفل التوحدي عندما يصل إلى مرحلة المراهقة فإنه يميل إلى المشاركة ويرغب في إقامة العلاقات مع الآخرين بخاصة إذا كانت إعاقة التوحد لديه ليست شديدة إلا أنه يواجه بمجموعة من العوائق أهمها:

١-إن استجابات الطفل التوحدي لا تتم عن روح التعاطف مع الآخرين مما يجعله يبدو وكأنه غير حساس لمشاعر غيره واهتماماتهم .

٢-عدم القدرة على تحليل الرسائل والمؤشرات الاجتماعية غير اللفظية القادمة من الآخرين وفهمها ،مما يقود إلى الفشل في مواجهة متطلبات العملية التفاعلية الاجتماعية .(الشمري ، ٢٠٠٠)

الخصائص السلوكية :

هناك مظاهر سلوكية متعددة سجلتها الدراسات التجريبية عن الأطفال التوحديين منذ أن أعطى "كانر "الوصف الأولي للطفل التوحدي ،من هذه المظاهر: السلوك النمطي والتكراري والتعلق المبالغ فيه بالأشياء ،وعدم تقبل التغيير في البيئة المحيطة والرغبات الاستحواذية ،غياب الانفعالات اللازمة للتعامل الاجتماعي ...

يظهر على الطفل التوحدي منذ الصغر القيام بتصرفات نمطية وتكرارية عند تفاعله مع المحيط البيئي ،فنجد أن الطفل يصر على بعض الأفعال ويكررها بغض النظر عما تقتضيه طبيعة الموقف الذي هو فيه . كما يلاحظ على الطفل منذ سن مبكرة معارضته للتغيير، وإصراره على بقاء الأشياء كما هي ، في

مأكله أو في مشربه أو في محتويات الغرفة وتوزع الأثاث فيها أو في ذهابه أو إيابه ،و مع تقدم الأطفال في العمر تزداد هذه المظاهر وضوحاً.

سلوك التعلق والرغبات الملحة :

يظهر على الطفل التوحدي التعلق الزائد ببعض الأشياء التي قد لا تجذب الاهتمام بالحالة العادية مثل الرغبة الزائدة في مس وتحسس ثياب الآخرين أو الجدران أو الأبواب أو حمل لعبة من اللعب في كل الأوقات وكل الأماكن .وقد يتعلق بعض الأطفال ببعض الموضوعات مثل الألوان والأرقام والإعلانات التجارية . وكنتيجة لذلك فإن الطفل يصرف جل اهتمامه بأمور ليست بذي فائدة، وتصرف انتباهه عن ما يعيله على تكيفه الاجتماعي. (Howlin&Rutter,1987.)

السلوك النمطي:

وهو شكل من أشكال السلوك الذي يميز الطفل التوحدي بحيث يقوم الطفل بحركات يكررها بصورة دائمة نسبياً،ويرتبط هذا السلوك بالمقاومة للتغيير، حيث يلعبون اللعبة نفسها ولفترات طويلة، وهي لعب قد لا تنطوي على معنى أو فائدة مثل وضع الأشياء فوق بعضها بصورة آلية .كما يلاحظ عند معظمهم بعض الحركات النمطية، مثل فرقعة الأصابع أو ثنيها أو حركة الجسم بكامله (إلى الخلف والأمام)،وهناك بعض الحالات الشديدة قد تقوم بحركات مؤذية كعض الذراع أو ضرب الرأس .....إلخ.

الخصائص المعرفية:

يعجز الطفل التوحدي عن تنظيم المدركات في محيطه ،سواء أكانت هذه المدركات مادية أم اجتماعية إنسانية .وانطلاقاً من" نظرية العقل " فإن الأطفال

التوحديين ينشؤون وتتقصهم الخريطة الأولية أو البوصلة الهادية للتفكر ،ومعرفة من هو الآخر ،لهذا تتقصهم الخبرة التواصلية والاجتماعية ويبقون قابعين في دواخلهم التي لا تعير انتباهاً للآخر .إن ذلك أيضاً يجعلهم أقل قدرة على المحاكمة والمقارنة بل انعدامها عند حالات كثيرة

وإذا ما أظهر الطفل الميل نحو السلوك الاستكشافي فإنما يكون هذا السلوك بدائياً و محدوداً وقائماً على الخبرة غير الموجهة كالتحديق بالأشياء وتثبيت نظره فيها أو لمس الأشياء أو شمها ..والانتباه لديه محدوداً وغير إرادي يقتصر على النشاط الذي ينفذه.ولهذا فإن بحوثاً كثيرة أكدت الضعف المعرفي لهؤلاء الأطفال أكان ذلك في الذاكرة أم الانتباه أم التصور أم الإدراك .

إضافة لكل ذلك ،أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال يعانون من التخلف العقلي حيث تشير كثير من المراجع أن هذه النسبة تصل إلى نحو ٧٥% ،وفي الوقت الذي توجد فيه مجموعة من نقاط التشابه بين الفئتين إلا أن هناك من النقاط التي تميز بين الفئتين أهمها :

الأطفال التوحديون	الأطفال المتخلفون عقلياً
لا يتعلقون بالآخرين حتى مع وجود ذكاء متوسط	لديهم وعي اجتماعي نسبياً
يؤدون المهمات غير اللفظية وخاصة تلك المرتبطة بالإدراك الحركي والبصري ومهارات التعامل.	غير موجودة لديهم .

الاستخدام المحدود وغير العادي للغة في التواصل	استخدام اللغة في التواصل يتناسب مع مستوى الذكاء.
تقل نسبة العيوب الجسمية	تكثر العيوب الجسمية .
يمكن أن توجد لديهم مهارات خاصة (موسيقى،فن ..)	لا يبدون مثل هذه المهارات .
عندهم سلوك نمطي يشمل حركات الذراع واليد والتأرجح ...	السلوك النمطي عندهم يختلف عما لدى المتخلفون عقلياً.

(المغلوث ،٢٠٠٠)

سادساً- البرامج العلاجية والنفس -تربوية :

شهدت معالجة الأطفال التوحديين طرائق عديدة وتحولات كثيرة ،فبعد أن كانت هذه الظاهرة موضع اهتمام الأطباء وأطباء الأعصاب أخذت تتجه أيضاً إلى اهتمام النفسيين والتربويين . أما الأطباء فهم يعالجون الاضطراب من حيث التركيز على أسبابه وبالتالي يصفون الأدوية ،بينما يأخذ النفسيون بمظاهر السلوك المضطرب ويعملون على مواجهته ،والفريقان يملكان الحق ويكملان بعضهما بعضاً .

برامج العلاج الطبي :

تطرح هذه البرامج انطلاقاً من فرضيات، وغالباً ما كانت هذه الفرضيات موضع بحث وتجريب ،والآن هي برامج مساعدة للبرامج التربوية والنفسية . أهم هذه البرامج هي:الحمية الغذائية الخاصة، وجرعات هرمون السكرتين، والعلاج بالفيتامينات بخاصة B6 .

١ - الحمية الغذائية:

يؤيد هذا البرنامج بول شاتوك **Paul Shattock** ومجموعة من الباحثين الأخرين . وهم يقولون بأن أساس الاضطراب هو خلل في عملية التمثيل الغذائي **metabolic disorders** وهذا القول جاء نتيجة لدراسات مطولة أوضحت أن التوحد يمكن أن يكون ناجماً عن تأثير الببتايد **peptide** الموجود في البروتينات (القمح ومشتقاته والحليب ومشتقاته) وهذا له تأثير على التوصيل العصبي .كما يشير هذا الاتجاه إلى احتمالية أثر التطعيم الذي يعطى للأطفال وما يرافق ذلك من تأثيرات .

وانطلاقاً من كل ذلك يقترح المؤيدون لهذا البرنامج حمية غذائية خاصة خالية من هذه البروتينات وذلك بعد إجراء الفحوص الطبية المخبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المخدرة وذلك بهدف تحسين بعض المظاهر السلوكية لدى التوحديين مما يجعلهم أكثر قابلية للتدريب والتعلم .

٢-العلاج بهرمون السكريتين **secreten** :

لقد ذكر" الشمري" ما أوضحه ورنر (**Warner , 2000**) أن ٨٥% من الحالات التي قام بإعطائها جرعة واحدة من هرمون السكريتين قد حصل عندها تحسن .كما أوضح أن تأثير هذه الجرعة يستمر من ٣ أشهر إلى سنة . كما ينصح بعدم استخدام الجرعة الثانية قبل مضي ٣ أشهر من تاريخ أخذ الجرعة الأولى . أما الأمر الذي يتحسن فهو التواصل البصري، وكذلك نطق بعض الكلمات والعبارات التي لم يكن قادرا على التلفظ بها .

إن هذا العلاج وفقاً للمعلومات الأولية ليس له آثار جانبيه سلبية ،وهو بالوقت نفسه ليس علاجاً شافياً لهذا الاضطراب ،بل يمكن أن يكون مساعداً ومدعماً للاستفادة من البرامج التربوية والنفسية .

٣-العلاج بالفيتامينات :

يعد ريملاند (Rimland) من معهد أبحاث التوحد في كاليفورنيا من الباحثين الذين يؤيدون هذا الاتجاه في المعالجة لما له تأثير ايجابي على تعديل كثير من المظاهر السلوكية التوحدية . فقد أشار إلى أن أجسام الأطفال التوحديين تتطلب جرعات أكبر من بعض العناصر الغذائية والتي لا توفرها الوجبات الغذائية المعتادة ، فقد أشارت التقارير إلى أن حوالي ٣٠%- ٥٠% من هؤلاء الأطفال، حصل لديهم تحسن في بعض الجوانب السلوكية ،كالتواصل البصري ، وتحسن في عادات النوم والانتباه والتحدث واستخدام الكلمات ..عندما تم إعطاؤهم جرعات إضافية من فيتامين B6 وجرعات إضافية من المغنيسيوم . (الشمري ،٢٠٠٠)

البرامج نفس -تربوية :

من أبرز هذه البرامج ،برامج المعالجة السلوكية القائمة على تعديل السلوك والتحليل السلوكي ،والبرامج القائمة على الدمج الحسي وغير ذلك .

١-المعالجة السلوكية :

تهدف المعالجة السلوكية إلى تعديل السلوك غير المرغوب فيه ليصبح سلوكاً مرغوباً فيه . والمعالجة السلوكية يقوم بها مختصون نفسيون وتربويون من خلال تصميم برنامج يهدف إلى تقويم السلوك وتشكيله، وله إجراءات يتم فيه تحديد السلوك المطلوب تعديله وتحديد الخطوات الإجرائية لجلسات المعالجة .

لقد اهتمت البرامج السلوكية المبكرة بمجالات ثانوية بالنسبة لاضطراب التوحد أكثر من اهتمامها بأوجه الخلل الأساسية المتمثلة باضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي ،والعلاقات الاجتماعية والانفعالية فركزت على إيقاف أو تعديل مظاهر سلوكية مثل الغضب وإيذاء الذات وتكرار اللفظ واستخدمت في ذلك إجراءات العزل المؤقت والعقاب ...

والآن تعد البرامج القائمة على تعديل السلوك لا تتوقف عند خفض أو إيقاف السلوك ،بل تتعدى ذلك إلى التدريب والتعليم لكثير من المهام والمهارات. من الأساليب المستخدمة في مثل هذه البرامج طريقة المحاولة المنفصلة التي تبناها إفار لوفاس (Ivar lovass)، وهذه الطريقة تقوم على تجزئة المهمة إلى عدة أجزاء منفصلة ،ويدرب عليها الطفل حتى يتم إتقان كل جزء ومن بعدها ربط الأجزاء مع بعضها بعضاً إلى أن يتم تعلم المهارة بشكل كامل. وقبل الشروع بالتدريب على المهارة تتم عملية ملاحظة السلوك المستهدف وتحليله وقياس وضعه الراهن ومن ثم اختيار أسلوب التعديل المناسب ومتابعة الملاحظة ،وجمع المعلومات عن التغيير الذي يطرأ على السلوك المستهدف ومدى فعاليته (المرجع السابق)

وتؤكد أيضاً الدراسة التي نشرها "لوفاس " أهمية المعالجة السلوكية الناجحة للأطفال التوحديين في الثالثة من عمرهم ،باستخدام أساليب تعديل السلوك ،فبعد عامين من المعالجة حقق ٤٢% من أطفال المجموعة التجريبية تقدم ملموس على المستوى العقلي والاجتماعي و تم دمج ٤٧%منهم في المدارس العادية واعتبروا قريبين جداً من العاديين في اختبارات الذكاء والسلوك التكيفي .وكذلك فإن كتاب "كاترين موريس "المعنون "دعني أسمع صوتك "يعد وثيقة مهمة توضح خبرة إحدى الأسر في تطبيق طريقة "لوفاس " وكيف أن

هذه الطريقة ساعدت هذه الأسر على معالجة أطفالها في التغلب على مظاهر التوحد.(الخطيب والحديدي ،١٩٩٨)

٢-البرامج القائمة على التعلم المنظم :

من أهم هذه البرامج التي تبنى على هذه الفلسفة برنامج الأطفال التوحديين والمعوقين تواصلياً ،بجامعة نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية ويرمز لهذا البرنامج بحروف (Teacch) أي **(Treatment and education of Autistic and related Communication Handicapped Children)** .يهدف هذا البرنامج إلى تعليم الطفل وتدريبه على المهارات في بيئة تربوية منظمة .وغالباً ما يتم إعادة تنظيم البيئة المدرسية والمنزلية لكي تصبح مكاناً مناسباً للطفل التوحدي مما يساعده على التعلم، وتلبي احتياجاته الخاصة ،فمثلاً يمكن استخدام المعينات البصرية والرموز الإضافية التي تساعد الطفل على فهم الجداول وفترات التحول من مهمة لأخرى والتوقعات المنتظرة.

يطبق هذا البرنامج في كثير من الفصول الدراسية العادية ،ويتم نقل الطرائق المستخدمة في الفصل إلى المنزل من خلال والدي الطفل، اللذين يتم تدريبهما على كيفية استخدام مثل هذه الطرائق .(الشمري ،٢٠٠٠)

مراجع الفصل

-إدريس ،عيسى (٢٠٠٠) :اضطرابات التواصل وعلاقته بنمو مفهومي الأنا والآخر لدى الأطفال المنغلقين .رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة دمشق، دمشق .

-الخطيب ،جمال والحديدي ،منى (١٩٩٨) :التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة) دار الفكر للطباعة ،ط١،عمان .

-الشمري ،طارش مسلم (٢٠٠٠) :الأطفال التوحديون : أساليب التدخل ومقومات النجاح، في ندوة الإعاقات النمائية ،قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية .نظمتها جامعة الخليج العربي،البحرين .

-عبد الله ،أحمد عباس (٢٠٠٠) :إشكالية التشخيص في اضطراب التوحد . في ندوة الإعاقات النمائية ،.....نظمتها جامعة الخليج العربي، البحرين .

-هويدي ،محمد (٢٠٠١): تطبيقات نظرية العقل في تفسير اضطراب التوحد .في ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة .الدمام .

-هويدي، محمد (٢٠٠٠) : اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة .في ندوة الإعاقات النمائية ،قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية .نظمتها جامعة الخليج العربي .البحرين .

المراجع الأجنبية:

-Frith .U . (1992) : Autism: Explaining the Enigma. Blackwell, UK.

-Gonzales, N., Murray, A. Shay, J.& Campbell, M. et al (1993) :Autistic children on follow up : change of diagnosis .psychopharmacology Bulletin ,29(3),353-358.

-Howlin, P. Rutter, M. (1987): Treatment of Autistic children. Chichester: Wiley and Sons.

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الرابع

الأطفال الموهوبون

مدخل

-من هم الأطفال الموهوبون في الروضة؟

-خصائص الأطفال الموهوبين في الروضة

-العوامل التي تتدخل في تكون الموهبة وتشكلها

أ-العوامل الوراثية

ب-العوامل البيئية

-كيف يمكن الكشف عن الأطفال الموهوبين في الروضة ؟

-كيف يمكن أن نعتني بأطفالنا الموهوبين في الروضة ؟

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الرابع

الأطفال الموهوبون

أ.د. صفا زملوط

مدخل :

الموهوبون هم الثروات الحقيقية لشعوبهم وأممهم . لا بل كنوزها الفعلية . فهم يوفرون للمجتمع ما يحتاجه من رواد فكر وعلم وفن ، يفيدون في شتى مجالات التطور والحياة وحتى يتمكن الموهوبون من إفادة بلدهم ومجتمعهم بما لديهم من مقدرات واستعدادات وطاقات ، وحتى يكون انتاجهم ذا قيمة ومعنى في مجتمعهم يجب احاطتهم بالعناية والرعاية المناسبة التي تمكنهم من ترجمة طاقاتهم وإمكاناتهم ومواهبهم إلى أفعال قد تنعكس على شكل نتاجات ابداعية أصيلة تسهم في إيجاد الكثير من الحلول لمشكلاتنا المعاصرة .

وتشير الدراسات المتعددة التي تعنى بالموهبة والموهوبين إلى أن العناية بالموهوبين والمبدعين كلما تمت في وقت مبكر من حياتهم ، تيسرت ظروف أفضل للمربين والمهتمين لتنمية مقدرات الموهوبين واستعداداتهم بالشكل الأمثل وبما يعود عليهم وعلى بلدهم بالخير والمنفعة، وبالتالي الكشف عن أكبر عدد ممكن من الطاقات والمواهب، والتي تقع في المرتبة الأولى مما يمكن توظيفه في أي مجتمع من المجتمعات ولهذا السبب فقد افترض التربويون وعلماء النفس بأن المكان الأول الأنسب للعناية بالموهوبين والمتميزين ورعايتهم هو الروضة والمدرسة الابتدائية وبخاصة في السنوات الأولى منها لأن أهم ما يتسم به الطفل

في هذه المرحلة التفتح الذهني وتوقده والقدرة الهائلة على التعلم واكتساب المعلومات والمعارف وتكوينها وتمثلها .

ولهذا السبب أيضاً ونقصد العناية المبكرة بالموهبة والإبداع فقد وجد هؤلاء التربويون والعلماء بأن العناية بالموهوبين والمبدعين في الروضة ومن خلال توفير الفرص التربوية والتعليمية والثقافية الملائمة لهم يساعد كثيراً على تفتح مداركهم وإمكاناتهم وإبداعاتهم وظهورها على شكل سلوكات ونشاطات وممارسات ينقلونها معهم من الروضة إلى المدرسة فالجامعة ومن ثم إلى المجتمع الكبير .

وكما تشير هذه الدراسات إلى أن حياة العديد من الموهوبين الكبار والراشدين تميزت بطفولة ذات نمو عقلي واضح ومطرد رعته — سواء في الحضانة أو الروضة أو المدرسة — بيئة محفزة وملينة بالمثيرات فولدت لديهم طاقات إبداعية قادتهم قدماً نحو التفوق والإبداع ونحو التميز والتفرد .

فمن هم الأطفال الموهوبون في الروضة ؟ وهل يمكن لنا تحديدهم في مثل هذه السن المبكرة من حياتهم . وما هي أهم سماتهم ؟ وما العوامل التي تتدخل في تكون الموهبة لديهم وتنميتها أو عرقلتها عن النمو ؟ وكيف يمكن اكتشافهم والتعرف إليهم ؟ وكيف يمكن أن نعتني بهم ونرعاهم لمساعدتهم على تفجير طاقاتهم وإبداعاتهم وبالتالي تكوين شخصية رجل الغد القادر على الخلق والإبداع؟

كل هذه الأسئلة وغيرها سيكون عليه الحديث وارد في الفقرات الآتية :

١ — من هم الأطفال الموهوبون في الروضة ؟

يعتمد معظم ما نشر في الأدب التربوي فيما يخص تحديد فئة الموهوبين عامة على التعريف الذي تبنته اللجنة الحكومية للتربية في الولايات المتحدة الأمريكية بناء على التقرير الذي قدمه إليها مارلاند (١٩٧١)، أحد مفوضي رجال التربية الكبار : حيث يشتمل هذا التعريف على معظم الجوانب التي يأتي التربويون على ذكرها في هذا المجال . وفي هذا التعريف القول : إن الموهوب هو الفرد الذي تمكنه مقدراته واستعداداته العالية من القيام بأداء متميز ويحتاج إلى خدمات وبرامج تربوية خاصة فوق ما يقدمه إليه مجتمعه .

والموهوب هو الفرد الذي يظهر بالفعل أداء متميزاً أو لديه إمكانية القيام بهذا الأداء في واحد أو أكثر من المجالات الآتية : قدرة عقلية عامة ـــ استعداد دراسي خاص ـــ تفكير إبداعي ـــ قدرة على القيادة ـــ فنون مرئية أو مسرحية ـــ قدرة نفسية حركية (الرياضة مثلاً) (Black hurst and Berdine - 1981)

والشيء ذاته يمكن أن يقال فيما يخص الطفل الموهوب في الروضة، فالطفل الموهوب في الروضة هو الطفل الذي يحمل مقدرات واستعدادات غير عادية تقدم الدليل على وجود إمكانات انجاز عالية في ميادين عقلية أو إبداعية أو دراسية أو اجتماعية أو فنية أو غيرها من الميادين أو المجالات، التي تحظى بقبول الجماعة وتقديرها وهو الذي يحتاج للأسباب المذكورة أعلاه إلى خدمات تختلف عن الخدمات التي تقدم لغيره من الأطفال العاديين ، ولكن مع ملاحظة نقطتين أساسيتين هما :

— خبرات الأطفال المتواضعة في التعبير عن مواهبهم في مثل هذه السن المبكرة وأن الفرصة لم تتح لهم بعد لبلورة مواهبهم وتقديم انتاجات متميزة ذات قيمة في المجتمع الذي يعيشون فيه .

— إن الحديث عن الموهبة في رياض الأطفال يعني الحديث عن الطاقة أو المقدرات الكامنة والتي يستدل عليها من خلال السلوكات الذكية والمتميزة التي يبديها الأطفال الموهوبون في مثل هذه السن والتي يتوقع لها (أي الطاقة الكامنة) أن تعبر عن نفسها على شكل انتاجات متميزة وغير عادية في المستقبل أي حين يصبح الطفل راشداً إذا ما أحسنا العناية بها و توافرت للطفل البيئة المواتية التي تساعده على تنمية ما وهبه الله عز وجل من مقدرات واستعدادات وإمكانات غير عادية .

خصائص الأطفال الموهوبين في الروضة :

تشير الدراسات التي تعنى بالموهبة والموهوبين إلى مجموعة من الخصائص التي يتصف بها الأطفال الموهوبون في الروضة . ولدى مراجعة واستعراض العديد من هذه الدراسات وبينها (Rimm and Davis-1989)(Clark-1983)(Khatena-1982)(Ehrlich-1989)(حواشين — ١٩٨٩)

أمكن التوصل إلى أن من أهم ما يميز هؤلاء الأطفال الموهوبين في الرياض عن غيرهم من الأقران العاديين ما يأتي:

— التفوق في مستوى النمو الجسمي مقارنة بأقرانهم العاديين، فالأطفال الموهوبون يكونون أكثر وزناً وطولاً وقوة وأفضل بنية ، وأوفر صحة وحيوية، وأحسن وسامة، وأقل عرضة للأمراض ، وأكثر تفوقاً في التآزر البصري

الحركي . ولكن هذا لا يعني أنه لا يوجد بين الأطفال الموهوبين من هو أقل حظاً في نموه الجسمي .

ـ استطاعتهم المشي والتكلم في سن أبكر مما هو الحال عليه لدى العاديين وهم أقل عرضة للإعاقات الحسية والبدنية بشكل عام . وبالرغم من استخدام الكثير من الموهوبين البالغين للنظارات الطبية الآن وفيما بعد إلا أن التفسير المنطقي لهذه الظاهرة هو إجهاد أعينهم لنتيجة الحاسوب والمذاكرة وكثرة المطالعة والسهر وليس نتيجة لأي ضعف وراثي .

ـ التقدم الواضح على غيرهم في اللغة والأفكار ، فمعدلات ذكائهم تعادل ذكاء من يكبرهم سناً بمقدار نصف السنة أو السنة أو أكثر في حالات من النبوغ كما أن نموهم العقلي أو العمر العقلي لديهم يفوق سنهم الزمني ونموهم الجسماني في حين أن العمر العقلي للطفل العادي يساوي تقريباً عمره الزمني .

ـ الحصيلة اللغوية العالية مقارنة بأقرانهم العاديين ، والقدرة على استخدام الجملة التامة عندما يريدون التعبير عن أفكارهم .

ـ السرعة والمنطقية في عمليات التفكير ، والمقدرة على طرح التساؤلات ، والفهم الجيد للعلاقات الموجودة بين السبب والنتيجة ، ومنطق الطفل الموهوب لا يكتفي بكلمة (لأن ....)، بصورة متنصبة كما أنه لا يقبل أي إجابة غير منطقية أو ناقصة .

ـ القدرة على القراءة في مثل هذه السن أي سن الخامسة أو سن الروضة، فبعض الأطفال المتفوقين أو الموهوبين الذين هم في سن ما قبل المدرسة يملكون القدرة على الكلام والتخيل إلى درجة متطورة ، كما أنهم قد

يتعلمون القراءة في سن الثالثة ، والرابعة ، وتعلمهم هـذا غالبـاً مـا يتـصف بالسهولة والسرعة وبالتلقائية ومن دون مساعدة أحد .

ـ القدرة على البدء في الكتابة وتعلمها في هذه السن أو حتى فـي سـن الرابعة أو الثالثة إذا ما تلقوا مساعدة من الكبار .

ـ السهولة والسرعة والتلقائية في التعلم . والدافعية القوية للتعلم ، وقد لا تنطبق السهولة والسرعة في التعلم على جميع الحالات فعلى سبيل المثال يـذكر بأن انشتاين لم يتعلم القراءة حتى سن الثامنة ولكن بشكل عام يمكـن القـول إن السهولة والسرعة في التعلم تنطبق على معظم حالات الأطفال الموهوبين .

ـ وهناك عدد من الأطفال في الرياض يظهرون مواهـب متميـزة فـي الحساب والموسيقى والمقدرات الفنية إلى جانب المهارات اللفظية والفكرية، فقـد يتمكن الطفل ذو الموهبة الحسابية من أن يحسب بالخمسات والعشرات وأن يجمع ويطرح أعداداً مؤلفة من رقمين أو أكثر وهو لا يزال في هذه السن وعلى سبيل المثال فقد ذكر أحد الأطفال في الروضة أن " هناك حتماً أرقاماً دون الصفر لأن الحرارة قد تنخفض إلى ما دون الصفر " .

ـ الشغف بالكتب والقدرة على تركيز الانتباه لمدة أطول مـن العـاديين عندما يقومون بنشاطاتهم .

ـ تفضيل الألعاب الالكترونية أو العادية التي تخضع لقواعـد وقـوانين ، والألعاب المعقدة التي تتطلب تفكيراً وغالباً ما يميلون لأن يكـون رفـاقهم فـي اللعب أكبر منهم سناً .

ـ المقدرة على ترديد الأغاني والأناشيد والأشـعار، وروايـة القـصص القصيرة والحكايات بشكل متسلسل ومترابط .

ـ الحب العالي للاستطلاع والاستكشاف .

ـ الثقة بالنفس ، والجد في العمل ، والمثابرة ، والميل أكثر من غيرهم للمخاطرة والمجازفة .

ويضيف صبحي ١٩٩٢ نقلاً عن قائمة رصد اسكس The Essex Checklist عدداً من الخصائص العامة التي تميز طفل الروضة والمدرسة الموهوب عن غيره من الأطفال العاديين . وهذه الخصائص هي :

القدرة العالية على استرجاع المعلومات بسرعة ، الفضول وحب الاستطلاع ، البصيرة الجيدة في ربط السبب والمسبب ، توجيه أسئلة بحثية كثيرة مثيرة للجدل والاستفزاز ، استيعاب المبادئ الكامنة بسهولة والاكتفاء بالحد الأدنى من الإيضاحات والتفسيرات ، السرعة في الوصول إلى التعميمات، الاستماع إلى جزء من الشرح لا إلى التفسير كله ، القفز فوق الخطوات المنطقية في التعلم ، تخطي الملموس والمحسوس والانتقال منه إلى المجرد ، اليقظة وقوة الملاحظة ، ايلاء أهمية أكبر للقصص والروايات والأفلام ، الاستغراق لمدة طويلة في الأشياء التي تلفت انتباهه مع المثابرة ، والحرص على انجاز المهام الموكلة إليه ، من عاداته الاهتمام بالمسائل التي تشغل عادة بال الكبار مثل : الدين ، السياسة ، التلاعب بالأفكار بصورة ذكية وخلطها بالتخيلات الجامحة والتصورات ، روح الدعابة ، الطلاقة في الحديث ، حفظ وتذكر ما قرأه وبسرعة ، القدرة المتقدمة على أقرانه في فهم التعبيرات اللغوية واستخدام المفردات اللغوية ، التعاطف مع الآخرين ،رقة الإحساس ، وإدراك المشكلات ، بسرعة واتخاذ المبادرات المناسبة بصددها (صبحي ـ ١٩٩٢)

ويلخص ويب (Webb) الخصائص التي يتسم بها الطفل الموهوب عموماً بقدرة عالية على القراءة المبكرة ، وحصيلة من المفردات جيدة ، وفهم أعمق لدقائق اللغة ، وقدرة عالية على التركيز والانتباه لوقت طويل وحفظ كمية كبيرة من المعلومات ، وتعلم المهارات الأساسية بسرعة وبدون تمرين ، وحب عال للاستطلاع وعمل الأشياء والتجارب بطرائق مختلفة وتركيب الأفكار والأشياء بطريقة غير عادية ، وبديهية حاضرة ، وتعدد في الميول والمواهب (Webb ، 1989) .

وعلى الأهل والمربين الإلمام بمثل هذه الخصائص والتعرف إليها وفي ذلك ما يساعدهم على تفهم طبيعة مواهب أطفالهم وحاجاتهم ومتطلباتهم وكيفية التعامل معها أو معهم والحيلولة دون إعاقة مثل هذه المواهب عن النمو خاصة وكما يقول تورانس بأن المربين والمعلمين لا يميلون عادة إلى التعامل مع الطفل الموهوب ومرد ذلك إلى ما يتصف به الطفل الموهوب من خصائص غير عادية تتطلب تخطيطاً وأنشطة خاصة الأمر الذي يعني بذل جهود خاصة وإضافية معهم ، ولكن الطفل الموهوب بشكل عام إذا لم يتم تفهم طبيعة موهبته والخصائص المرتبطة بها فقد ينقلب إلى طفل مشاكس لإشغال الأهل والمربين به وقد تضيع مواهبه سدى قبل أن يتاح لها الظهور والنبوغ .

ولا بد من اتخاذ الحيطة والحذر في وضع القرارات بشأن أطفالنا الموهوبين لأن هذه الخصائص أو الصفات المذكورة من الممكن أن يوجد بعضها لدى العاديين كما أنها تختلف من حيث شدة وجودها من طفل إلى آخر بين الأطفال الموهوبين وكذلك بين غيرهم من الأطفال العاديين .

العوامل التي تتدخل في تكون الموهبة وتشكلها لدى طفل الروضة :

الموهبة سمة فريدة ومتفردة حبا الله بها فئة محدودة من الأفـراد تميـزت عن غيرها من الفئات أو الأفراد العاديين بالنمو العقلي الواضح، والتميز والتفوق وبالقدرة على الخلق والإبداع والتجديد.

وينطبق هذا الكلام على ناشئتنا في الابتدائية والإعدادية والثانويـة كمـا ينطبق على أطفالنا في رياض الأطفال والسؤال الذي يمكن أن يطرح هنا هـو : لماذا يكون الأمر كذلك ؟ أو بمعنى آخر لماذا توجد الموهبة لدى بعض الأفـراد دون غيرهم أو ما العوامل التي تتدخل في ظهور الموهبة وتكونها لدى أطفالنـا عموماً وفي الرياض خصوصاً.

وفي الإجابة عن ذلك نقول : هناك العديد من العوامل التي تؤثر في نمـو المواهب وتكونها وتعمل على نشوء الاختلاف في مستواها بين طفل وآخـر أو لنقل تعمل على وجودها لدى بعضهم وبشكل ظاهر دون غيرهم ويمكن إجمالهـا في قسمين رئيسيين هما : العوامل الوراثية ، والعوامل البيئية ، سنفصل في كل واحدة منها بغية الإيضاح دون أن ننسى التفاعل المهم الذي يقـوم بينهـا ودون الخوض في مسألة رئيسة طال الجدل حولها وهي : أيهما المسؤول بدرجة أكبر عن الموهبة : الوراثة أم البيئة ؟ وسوف يكون التفصيل بالعوامل البيئيـة أكثـر لأنه يمكن لنا أن نتحكم بالعوامل البيئية بدرجة أكبر بكثير من تحكمنا بالعوامـل الوراثية .

أ ــ العوامل الوراثية :

مما لا شك فيه أن الفروق الفردية في المواهب عند الأطفال تعود في قسم منها إلى عوامل وراثية ، وهذه حقيقة ثابتة لا نستطيع نكرانها والـشواهد علـى ذلك كثيرة فمثلاً يذكر العالم الأمريكي الشهير آرثر جيلسن : " أن الوراثة أهـم

بكثير من أية عوامل أخرى في تقرير الموهبة والذكاء (ياسين ١٩٨١) ويأخذ العالم الانكليزي غالتون بالمنحى ذاته في تقريره، لأثر العوامل الوراثية على الموهبة والذكاء (راجع ايزينك وزميله ـــ ترجمة الشيخ ـــ ١٩٨٣ ـــ الفصل ٦ ـــ ٧)

هذا والشواهد التي تؤيد دور العوامل الوراثية في المواهب كثيرة ومتعددة فمثلاً يذكر روشلان : أن الاختلافات الفردية في مستويات الموهبة تعود بشكل أكيد إلى العوامل الوراثية التي يبرز تأثيرها بشكل خاص في قابلية الفرد للتعلم (وطفة ـــ ١٩٩٠ ـــ ص ٣١) وهناك من يحدد نسبة تدخل العوامل الوراثية في المواهب بمقدار الثلث أو الثلثين ، ولا نريد أن نناقش ـــ وكما ذكرنا ـــ هذه المسألة التي طال الجدل والخلاف حولها وإنما كل ما يهمنا القول : بأن العوامل الوراثية دوراً مهماً في تقرير الموهبة ونموها لدى الأطفال ، وأن الطفل الموهوب هو الطفل الذي حظي بنعمة الجمع ما بين وراثة غير عادية وبيئة مواتية مما يمكنه من تحقيق نمو مستمر في مواهبه وتكونها وذلك من خلال التفاعل المستمر مع بيئته .

ب ـــ العوامل البيئية :

يتجه الحديث هنا في العوامل البيئية إلى أكثر من جهة من الجهات المتصلة ببيئة الطفل المحيطة وما تحمله هذه البيئة من مثيرات وما تتركه هذه المثيرات من بصمات في نمو الموهبة وتكونها أو الحد منها لدى الأطفال ومن بين هذه العوامل تأثر موهبة الطفل تأثراً بالغاً بما تهيئه له أسرته من فرص تربوية وثقافية واجتماعية ، ومن وفر مالي ، فقد وجد أن الكثير من الموهوبين قد تعلموا القراءة من الأسرة وبجهدهم وهم لا يزالون في الرياض وقبل دخولهم

المدرسة وان الجو العام الذي يحيط بالأسرة كان أميل إلى الغنى في المؤثرات التربوية والثقافية وأميل إلى الاستقرار في الجو العام العاطفي والاجتماعي ، وإلى حسن التعامل بين الوالدين والأولاد ، كما وجد بأن آباء وأمهات الأطفال الموهوبين والمبدعين كانوا أقل ميلاً للسيطرة والتسلط على أطفالهم ويتيحون لأطفالهم الحرية الكاملة لاتخاذ القرار الذي يراه الطفل مناسباً كما يتيحون له الفرصة لاكتشاف البيئة من حولهم ، وكثيراً ما يقرأون الكتب والقصص أمام أطفالهم وغالباً ما يفضلون أسلوب التوجيه ونادراً ما يلجؤون إلى العقاب الجسدي(قطامي وصبحي ـــ ١٩٩٢ ـــ ص ٩٧١) كما تبين في دراسة أخذت أطفالاً من طرفي المتوسط من حيث ذكاؤهم أن الموهوبين أكثر ارتقاء في مستواهم الاجتماعي من الأطفال المتخلفين وقد ظهرت نتائج العديد من الدراسات العلمية وجود علاقة جوهرية بين قدرات الأطفال الابداعية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسر التي ينتمون إليها (عبد الكافي ـــ ١٩٩٥ ـــ ص ٥٨)

وفي دراسة لشيفر (Schaefer-1970) تبين أن آباء وأمهات الإناث الموهوبات، (في سن المراهقة) كانوا على درجة جيدة من الثقافة وأن غالبية أمهات الإناث المبدعات يعملن خارج المنزل ، كما تبين أن كلا من الوالدين لديه اهتمامات ثقافية وأنشطة عقلية أكثر من الاهتمام بالتنظيمات الاجتماعية وأن آباء المبدعات وأمهاتهن يقرؤون بمعدل أكثر من المتوسط ولديهم هوايات إبداعية (قطامي وصبحي ـــ ١٩٩٢ ـــ ص ١٠٨) وفي دراسة أخرى للعالمين فرنون وزوجته دوروثي تبين بأن القسوة والتسلط تسببان الضرر البالغ والتعطيل الأكيد لنمو مواهب وقدرات الطفل وأن الديمقراطية تدعم الثقة بالنفس وتزيد من درجة الاحساس بالمسؤولية والرغبة في التعلم(حوراني وجابر ـــ ١٩٩٧ ـــ ص ٦٧)

وقد وجد أن الفقر يلعب دوراً هاماً في الحد من نمو الذكاء لدى الأطفال ، فقد تبين لدى (بيرت) فمثلاً في دراسة له أخذ فيها عدداً كبيراً من المتخلفين أن ما يقرب من نصف المتخلفين في منطقة لندن ينتمون إلى أسر فقيرة جداً أو ضعيفة الدخل بينما لا يمت منهم إلى اسر ميسورة سوى ما يقارب (١٠ %) ، (الرفاعي ــ ١٩٨٢ ــ ص ٤٤٤) وقد تبين للطحان في دراسة له أخذ فيها (٧٧) طفلاً متخلفاً دراسياً أن معظم أفرادها ينتمون إلى مستوى اقتصادي واجتماعي دون الوسط (الطحان ــ ١٩٨٣ ــ ص ٨)

وعلى هذا الأساس فقد تبدو آثار الفقر واضحة في اضمحلال الجو الثقافي العام والوسائل الترفيهية العامة في البيت والضرورية لنمو مدارك الطفل وثقافته، مثل الحاسوب والتلفزيون والستلايت والمجلات والقصص والكتب ووسائل اللعب بما فيها ألعاب الليكو والرحلات والنزهات العامة ، وكذلك تبدو آثاره في سوء التغذية فالأسرة التي يكون دخلها غير كاف لا تستطيع تأمين البروتينات والفيتامينات الضرورية لنمو أطفالها وتوفير الشروط الصحية من مسكن وملبس ولعله من المناسب أن يذكر هنا أن كل الباحثين في موضوع الطفل وصحته يلحون على موضوع التغذية والعناية بالأمراض لما لها من اثر سيء على التقدم العقلي والنشاط الجسدي (راجع ": اوبيسر ــ ترجمة : عبد الدايم ــ ١٩٦٧ ــ ص ٨٨ ــ ص ٩٨)، كذلك يكون من المناسب أن يذكر هنا أن الموهوبين والمتفوقين يميلون عادة إلى أن يكونوا بأكثريتهم في صحة جيدة بشكل استثنائي ومع ذلك فمن الممكن في حال أسر ميسورة الدخل أن يكون أثرها سلبياً في نمو طفلها .

فتفكك الأسرة نتيجة الطلاق أو غياب أحد الزوجين أو تعدد الزوجات أو وجود جو تستمر المشاحنات فيه يمكن أن يؤدي إلى اضطراب الطفل عاطفياً وحرمانه من الحنان الذي يحتاج إليه في نموه الطبيعي .

ويمكن أن نضيف إلى ما سبق ضعف الجو الثقافي الفكري في البيت وعدم الاكتراث رغم توافر الشروط المالية . فكثيراً ما نجد بعض الآباء لا يحققون رغبة أطفالهم لاقتناء قصة جيدة ولا يهتمون بمعرفة سير نموهم ويكون نتيجة ذلك ضمور الجو الفكري وهذا ما أثبتته دراسات (مكارثي) حول علاقة البيئة الثقافية العالية في التحصيل اللغوي بقولها : " إن الأطفال في البيئات الاجتماعية المتوسطة أو العليا تكون حصيلتهم اللغوية أكبر من حصيلة الأطفال في البيئات الاجتماعية الدنيا ، الذين يعانون من نقص في التجارب وفي تنوع المثيرات وفي الخلفية الثقافية التي توفرها البيئات العادية أو الغنية للطفل " (برادة وزهران ـ ١٩٧٤ ـ ص ٩)، وحول المحيط الفكري لأسر الموهوبين لعله من المناسب أيضاً أن نذكر هنا ما أشار إليه سكوتلزر حين ذكر بأن المحيط الفكري لأسر الموهوبين غالباً ما يتميز بالنشاط الذهني كالقراءة والكتابة والاستماع إلى الموسيقا وزيارة المتاحف والمكتبات وحضور المسرحيات، وغالباً ما تكون القراءة والكتب جزءاً من عملية الاستجمام (Pendarvis and Owely-1990-p63) .

بقي القول إن الانطلاق والحرية في استغلال البيئة يؤثر باطراد في نمو الذكاء والمواهب فلقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين وجدوا في بيئة حرة طليقة غير مقيدة استطاعوا أن يتعلموا في سن مبكرة بدرجة أكبر من أقرانهم الذين وجدوا في بيئات منغلقة .

وخير ما نختم به هذه الفقرة ما ذكره هالاهان وكوفمان في معرض حديثهما عن أثر العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية في الموهبة العقلية حين قالا : (ليس من المستغرب أن يكون الاحتمال الغالب لوالدين لامعين أن يكون أولادهما موهوبين ، وأن يكون هذا الاحتمال أعظم في حالهما مما هو في حال والدين متوسطي الذكاء ، وليس من المستغرب القول إن البيئة الغنية ثقافياً تقدم زاداً يساعد على نمو الموهوب أكثر بكثير مما تفعله بيئة فقيرة ثقافياً ويكمل الباحثان الشرح قائلين إن مما هو معروف جيداً أن الاحتمال الاحصائي للموهبة يزداد حين يكون لدى الوالدين حاصل ذكاء مرتفع فوق المتوسط ويوفران اولادهم بيئة ترتفع على المتوسط من حيث المؤثرات فيها (Hallahan and Kauffman-1978-p.442)

أطفالنا الموهوبون في الرياض هم أمانة في أعناقنا والاهتمام بهم في مثل هذه السن المبكرة تعني الاهتمام بمنابع الإبداع لدى الأمة ومكامنها .

والأطفال الموهوبون في الرياض اليوم هم الأمل الواعد والجيل الصاعد وبمقدار ما نهتم ونرعاهم ونوفر لهم الظروف المواتية للتنمية مواهبهم واستعداداتهم بمقدار ما يكونون مستقبلاً أكثر خيراً وأكثر عطاء لأهلهم وبلدهم ومجتمعهم.

وإذا ما علمنا بأن نمو الفرد عموماً والموهوب خصوصاً من كافة الجوانب المشكلة لشخصيته وبما فيها العقلية والانفعالية والاجتماعية والجسمية وغيرها يتأتى نتيجة لتفاعله المستمر مع المحيط الذي يعيش فيه بكل ما ينطوي عليه هذا المحيط ، وأن هذا التفاعل يبدأ منذ الولادة ، وإذا ما علمنا أيضاً بأنه من الممكن التدخل في العوامل المحيطة التي تؤثر في نمو الفرد وتطوره أمكن

القول بأن الاهتمام بهذا الفرد عموماً والموهوب خصوصاً في وقت مبكر من حياته ومنذ نعومة أظفاره يكتسب أهمية خاصة، ويساعد الموهوبين على وجه الخصوص على تفجير طاقاتهم وإبداعاتهم وبالشكل الصحيح والمثمر ، فلنعمل وقدر الإمكان على توفير هذه الشروط المحيطة في مثل هذه السن وبما يساعد على تنمية مواهب أطفالنا واستعداداتهم ومقدراتهم .

هذا وتشير نتائج البحوث والدراسات التي أجريت منذ أمد طويل وحتى الساعة إلى أن للبيئة المحيطة بالطفل دوراً كبيراً في تشكيل ذكائه وموهبته وعندما نقول " دعوا الأطفال يعيشون طفولتهم " نعني بذلك الإشارة إلى أنماط البيئة المحتملة فقد تكون البيئة غنية ومليئة بالمثيرات والمحفزات وتساعد الموهوب للوصول إلى مستوى عال من الموهبة وقد تكون فقيرة تساهم في إهدار طاقاته وقدراته وطمسها هذا إن لم نقل موتها .

كيف يمكن الكشف عن الأطفال الموهوبين في الروضة ؟

وفي الإجابة عن ذلك نقول : يمكن الكشف عن الأطفال الموهوبين في الروضة عن طريق الملاحظة المباشرة لعدد من الأنشطة والفعاليات والسلوكات التي يقوم بها الأطفال وهم في باحة اللعب أو حجرة الصف فإذا لاحظنا على سبيل المثال أو اكتشفنا بأن هناك من يتعلم بسرعة دون الحاجة إلى الإعادة والتكرار ، أو أن هناك من يفكر بشكل فيه من المنطقية ما يلفت النظر إليه أو أن هناك من يميل ميلاً شديداً للذكتة وحب الفكاهة ، أو أن لديه حباً للزعامة ، على أقرانه أو للالتقاء مع أطفال يكبرونه سناً ، أو اكتشفنا من يفضل ممارسة الألعاب التي تحتاج إلى فك وتركيب وإعادة تكوين ، أو من يملك مهارة فائقة في الرسم واستخدام الألوان، أو اكتشفنا أن هناك من يلح في طلب السؤال

لاستجلاء الغامض مما يحيط به من مواقف ، أو أن هناك من يتعامل مع الأرقام الحسابية بطريقة مغايرة لما هو متعارف عليه لدى أقرانه ، أو أن لديه القدرة للتعرف وبسرعة على المفاهيم والحجوم والموازنة بينها من مثل (فوق ـ تحت) (قبل ـ بعد ـ بين) (أكبر ـ أصغر) .....

إذا اكتشفنا جانباً أو أكثر من الجوانب المذكورة تأكدنا من مجموعة من السمات التي تؤيدها الدراسات التي تعنى بخصائص الموهبة والموهوبين والتي ذكرت في فقرات سابقة .

هذا ولا بد من تدعيم هذه الملاحظة المباشرة لعدد من السلوكات التي يقوم بها الأطفال في مثل هذه السن والتي تشير إلى وجود الموهبة لديهم لعدد من المقاييس الخاصة المساعدة في الكشف عن مثل هؤلاء الأطفال الموهوبين في الروضة ونذكر من هذه المقاييس على سبيل المثال لا الحصر :

ـ مقياس بركن للمفاهيم الأساسية (BBCS)، ويتكون هذا المقياس من /٣٠/ فقرة ويستخدم للكشف عن المتميزين والموهوبين في الروضة وفي الصف الأول الابتدائي ويتضمن سلسلة من الصور التي يطلب فيها من الأطفال اختيار الصورة المناسبة .

ـ مقياس وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة (WISC-R)، ويستخدم لقياس القدرات العقلية العامة للأطفال ما بين (٣ ـ ٧) سنوات .

ـ مقياس تورانس للأداء والحركة ويتكون من أربعة أنشطة أدائية الغرض منها الكشف عن قدرات الأطفال الابداعية بين عمر (٣ ـ ٨) سنوات (سرور ـ ١٩٩٨ ـ ص ١١٢)

ـ مقياس براید (١٩٨٣) ویستخدم لقیاس مظاهر الموهبة لدى أطفال ما قبل المدرسة من عمر (٣ ـ ٦) سنوات (الروسان ـ ١٩٩٦ ـ ص ٢٦٤)

ونحن حين نقول لا بد من تدعيم ملاحظتنا المباشرة لعدد من السلوكات التي يبديها الأطفال والتي تشير إلى وجود الموهبة لديهم بعدد من المقاييس الخاصة فنحن من جهتنا لا ننصح باستخدام مثل هذه المقاييس إلا من قبل المتخصصين في التقويم والقياس والمتمرسين به .

هذا ويرى التربويون اليوم أن عملية الكشف عن الموهوبين يجب أن تتم في مرحلة مبكرة من حياتهم لأن في ذلك ما يساعد على توفير الخدمات والبرامج التربوية والتعليمية المناسبة لهم لتحقيق أكبر قد ممكن من النمو في القدرات والإمكانات لديهم ويجدون بأن عملية الكشف هذه إذا لم تتم بسهولة في مرحلة الروضة فيجب أن تكون الموهبة قد عبرت بوضوح عن نفسها في المرحلة الابتدائية وبالتحديد في السنوات الثلاث أو الأربع الأولى منها .

يضاف إلى ما ذكر أنه يمكن للأهل أيضاً اكتشاف أولادهم الموهوبين في منازلهم أو وهم لا يزالون بعد في مرحلة الحضانة أو الروضة وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية :

ـ هل يفوق الطفل أقرانه ممن هم في سنه في الكلام ؟ وهل يظهر تدفقاً في استخدام حصيلته اللغوية ؟

ـ هل لديه قدرة على التحليل والإبداع والخيال لدى مواجهته للمشكلات؟

ـ هل هو شغوف بأكثر من شيء واحد وهل يسعى للمزيد من المعرفة عن هذه الأشياء؟

— هل يسأل أسئلة كثيرة ومتنوعة ذات مغزى ودلالة وهل يهتم حقاً بالإجابة عنها؟

— هل يحب الكتب ؟ هل يمكنه التمييز بين بعض الكلمات المكتوبة وهل يفهمها ؟ هل يرغب في القراءة ؟ هل يطلب المساعدة على تعلمها ؟

— هل يبدي اهتماماً مبكراً بالزمن وساعات الحائط والتقاويم التي تعلق على الجدران ؟

— هل يمكنه التركيز والانتباه على موضوع معين لوقت أطول مما يستطيع معظم أقرانه ؟

— هل هو من الناحية الجسمية أكثر وزناً وطولاً وأصلب عوداً من معظم أترابه في العمر نفسه ؟

إن الإجابة عن مثل هذه الأسئلة تساعدنا في التعرف على أطفالنا الموهوبين في منازلنا فالقدرة على الكلام والمشي في سن مبكرة ، والإلحاح في طلب الأسئلة العديدة عن الأسباب والسهولة في استخدام المفردات والأفكار والكلمات كلها دلالات هامة يجب أن نلاحظها وأن نؤخذ بالحسبان (حواشين — ١٩٨٩ — ص ٤٩)

هذا وتؤكد معظم نظريات الموهبة والإبداع على أهمية مرحلة التنشئة المبكرة للأطفال عموماً وللموهوبين والمتميزين خصوصاً حيث يؤدي الاهتمام المبكر بالأطفال إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من النمو في القدرات والإمكانات لديهم، وتزداد إمكانية وسهولة الكشف عن الموهوبين في حال وجود مستوى عال من التميز والموهبة حيث تكشف الموهبة عن نفسها ، ويؤكد الباحثون على ضرورة هذا الكشف والتعرف على المواهب في وقت مبكر حيث كشفت تجاربهم عن وجود مقدرات غير طبيعية عند الموهوبين قد تبدأ بالظهور في

السنوات الأولى من العمر وهم قادرون على حل اعقد الألغاز وتذكر أدق التفاصيل لأحداث مروا بها (سرور ـ ١٩٩٨)

كيف يمكن أن نعتني بأطفالنا الموهوبين في الروضة ؟

وفي الإجابة عن ذلك ـ وفي ضوء ما سبق وتم ذكره من فقرات ـ نقترح أن تتضمن مسألة العناية بالأطفال الموهوبين في الرياض ما يأتي :

١ ـ التركيز على قضية مهمة وأساسية وهي ضرورة استغلال مرحلة ما قبل المدرسة وخاصة في رياض الأطفال ـ في رعاية المواهب نظراً لما للتربية والتنشئة في سن مبكرة من أهمية في أي أمر نرغب بتسليمه وصياغته عند الأطفال ، لما للتربية في سن مبكرة من أثر على الأطفال عموماً وعلى الموهوبين خصوصاً ، وهذا ما أكده بلوم منذ عام (١٩٦٤) حين أشار إلى أن التأثير الحتمي للظروف البيئية يحصل بين السنة الأولى والسنة الرابعة من عمر الطفل ، وما أكده فلين دومان (١٩٦١) من قبله حين أشار إلى أن عملية التعلم تبدأ منذ الولادة وحين يبلغ الطفل الخامسة من عمره ويذهب إلى الروضة أو المدرسة يكون قد اكتسب قدراً كبيراً من المعلومات يضاهي من حيث النسبة جميع ما سوف يتعلمه في بقية حياته ، فالطفل عند دخوله الروضة يكون قد تعلم الحقائق الأساسية عن أسرته وجيرانه ورفاقه وأقاربه واكتسب لغته الأم . وعملية التعلم عند الطفل في سنواته الأولى تسير بسرعة هائلة إذا لم يعقبها أو يعطلها عائق ما .فالرغبة في التعلم عند الطفل جذوة لاهبة وعلى الأهل والمربين أن يكونوا على علم ودراية بذلك وأن يحاولوا الاستفادة القصوى من هذا الاستعداد الفطري الذي يملكه الطفل.

ويضيف دومان بأن دماغ الطفل يبلغ (٨٠%) من حجمه النهائي خلال السنوات الخمس الأولى من عمره ولذلك فان مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر فترة

حاسمة في حياة الطفل ، كما يشير إلى أن عمله الطويل في معهد إنماء الطاقات البشرية لمدة تزيد على عشرين عاماً تدعوه للقول : بأن ما قبل الخامسة من العمر تعتبر الفترة الذهبية لتعليم الطفل معظم الحقائق حيث تتبلور شخصيته خلالها من جراء تفاعله مع الأسرة ومع المربية ومع أترابه من الأطفال

(الطحان ـــ ١٩٧٩ ـــ ص ٧٢)

٢ ـــ إغناء بيئة الطفل بالمثيرات الفكرية (وبخاصة اللغوية) والثقافية والاجتماعية ذلك لأن الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة ـــ وكما ذكرنا في الفقرة السابقة ـــ لديه القدرة الهائلة على التعلم . ونظراً لما للتربية في سن مبكرة من أهمية فقد قيل : (أعطني طفلاً للسنوات الثماني الأولى من حياته ولك بعد ذلك أن تفعل به ما شئت) والأمثلة على أثر هذه العناية في سن مبكرة وإغناء بيئة الطفل بالمثيرات المتنوعة في بلدان العالم كثيرة ومتعددة ونورد منها ما يأتي :

ـــ الحالة التي أشار إليها (فلين دومان) وهي حالة الصبي (افي روكسان) الذي كان يتقن تسع لغات في حين لم يتجاوز الثامنة من عمره ، فقد ولد في القاهرة، وكان الجو العائلي غنياً باللغة العربية والفرنسية والانكليزية وكان جده تركيا حيث عاش مع العائلة وعندما نزحت العائلة إلى فلسطين انضمت إليه جدته لأبيه وهي اسبانية، وفي فلسطين تعلم العبرية والألمانية وعندما بلغ الطفل السادسة نزحت الأسرة إلى البرازيل فتعلم البرتغالية) .

ـــ والحالة التي أشار لويس تيرمان وهي حالة الطفلة (مارتا)، التي بدأ أبوها المحامي يعلمها القراءة وعمرها لم يتجاوز بعد تسعة عشر شهراً مستغلاً في ذلك تعليمها الحروف المكتوبة باللون الأحمر وبأحجام كبيرة ، وقد ذهل تيرمان هذا النجاح الذي حققه والد الفتاة ، وكتب عنها قائلاً : من المرجح أن هذه الطفلة تحمل الرقم القياسي العقلي للقراءة المبكرة فعندما كان عمرها (٢١)

شهراً كانت تقرأ وتفهم الجمل البسيطة وترى فيها أفكاراً مترابطة لا كلمات معزولة ، وعندما أصبح عمرها ٦ أشهراً استطاعت قراءة ما يزيد على /٧٠٠/ كلمة ، وقد أثارت هذه الطفلة لأحدنا بفهم ونطق سليمين في كتب القراءة الأولى التي لم تكن عندها قد وقعت عليها من قبل وهي لم تتجاوز الخمسة والعشرين شهراً .

ـ وأيضاً حالة السير فرانسيس غالتون العالم الانكليزي الشهير الذي تعلم القراءة وهو في السنة الثانية والنصف من عمره ، ولقد تمكن هذا العالم من كتابة رسالة قبل أن يبلغ الرابعة ، وفي الخامسة كان بإمكانه أن يقرأ معظم الكتب الانكليزية وبعض الكتب بالفرنسية وكان في هذا العمر يعرف معظم جدول الضرب وكان بإمكانه أن يدل على الوقت .

وتذكرنا هذه الحالات بحالات كثيرة من أفراد في مجتمعات متعددة قالوا الشعر في وقت مبكر من حياتهم وحلوا مسائل رياضية يتصدى لها عادة أبناء العشرين وهم لم يتجاوزوا بعد السابعة من عمرهم وأبدعوا موسيقى عظيمة أو رسوماً مرموقة المكانة وهم بعد في عمر الطفولة . وحالة الفتى الايراني محمد حسين طباطبائي والتي كتب عنها في العام (١٩٩٨) في الصحف والجرائد الرسمية هي واحدة من هذه الحالات ، فقد تمكن محمد ـ حيث يوصف بأنه خارق الذكاء ـ وهو في سن السابعة من العمر من حفظ القرآن الكريم كاملاً ، ومن ترجمة معانيه ودلالته من العربية إلى الفارسية ، وقد حصل هذا الفتى على شهادة الليسانس في العلوم الاسلامية من جامعة تبريز الايرانية كما منح وفي العام (١٩٩٨) شهادة الدكتوراه فخرية في العلوم القرآنية من جامعة الحجاز في بريطانيا (جريدة الرأي الصادرة في الإمارات العربية تاريخ ١٤ /٥/١٩٩٨)

إن هذه الحالات ربما تكون نادرة ولكن هذا لا يمنع من محاولتنا مع أطفالنا الإفادة منها، بتعليمنا إياهم ألواناً كثيرة من الأنشطة التي قد تدفع بهم قدماً نحو التفوق والإبداع.

ـ التعامل مع أطفالنا المعاملة المستندة على الفهم والدراية لخصائص الأطفال الموهوبين وما يمكن أن يتعلموه وأن تتسم هذه المعاملة باللين والاعتدال دون القسوة أو التذليل.

ـ التسامح مع أخطاء أطفالنا والبعد عن العقاب المؤذي وبخاصة الجسدي منه ، وتجنب الأساليب التسلطية والقهرية . ذلك لأن العقاب وكما يقول سكنر قد يوجه الطفل إلى ما لا يجب أن يعمله أو يفعله لكنه لا يوجهه إلى ما يجب عمله وفعله ثم إن العقاب وكما يقول سكنر: قد يقمع الاستجابة غير المرغوبة طوال فترة ممارسته (أي العقاب)، إلا أنه لا يضعف من العادة أو احتمال حدوث هذه الاستجابة ثانية ثم أن العقاب يستثير العدوان اتجاه الشخص الذي قام بالعقاب واتجاه الآخرين .

ـ البعد عن الحماية الزائدة للأطفال والمبالغة في التذليل لأن في ذلك ما يعرقل نمو المواهب لديهم ويعودهم على الاتكالية والسلبية وعدم الثقة بالنفس .

ـ توفير البيئة الانفعالية المستقرة التي يتميز بانفتاح المجال وعدم تغييره، وذلك عن طريق :

أ ـ إظهار الاحترام والتقدير لكل تساؤلات الأطفال وأفكارهم .

ب ـ عدم الاستخفاف أو السخرية من أفكار الأطفال وإنتاجهم .

ج ـ تجنب التعبير عن الاشياء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من الاتجاهات الخيالية التي يبديها الأطفال أو الألعاب التخيلية التي يقومون بها .

د ـ تشجيع الأفكار المختلفة غير العادية والمبدعة وتقديرها (قطامي ـ ١٩٩٠ ـ ص ٦٧٥)

ـ عدم المغالاة في تنميط الدور الجنسي والتصنيف بحسب الجنس .

ـ مساعدة الطفل على التعلم من الخبرات الخاطئة .

ـ السماح بقدر كاف من الحرية في العمل والتعبير واختيار الخبرات وأوجه النشاط التي يمارسها الأطفال .

ـ مكافأة الطفل عندما يعبر عن فكرة جديدة أو مواجهة موقف ما بأسلوب ابداعي .

ـ تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره واندفاعاته وخيالاته عن طريق التمثيل والرسم والتصوير والغناء والرقص وصنع النماذج والقوالب وغيرها من الأساليب التي تساعد على خلق أشياء جديدة.

ـ الإلحاح على وجود الألعاب المنظمة والهادفة بما فيها الفردية والجماعية لتنمية القدرة على الخلق والإبداع والسيطرة ، لأن اللعب يمكن من اكتشاف ميول الطفل وهواياته وتعلم الملاحظة والمنطق والصبر ومخالطة المجتمع عن طريق اللعب كما يؤكد بياجيه فالطفل عندما يستطيع اكتشاف الأشياء والحصول على المعلومات والخبرات التي لا يستطيع الحصول عليها من مصادر أخرى ، وقد ذكر أحد علماء النفس أن للصغار عملاً يزاولونه هو اللعب .

ـ تزويد حجرة الصف في الروضة بعدد من الوسائل التعليمية الهادفة بالحاسوب والكتب المصورة والقصص المبسطة والورق والكرتون وألعاب الليكو ـ والكتب التي تقترب من الألعاب كالكتب المصنوعة من الورق المقوى أو القماش المحتوية على أجزاء تتحرك أو أجزاء تتجسم إذا ما تم فتح صفحاتها، وفي هذا ما يساعدهم على حب القراءة .

ـ مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال والإيمان بفكرة تفريد التعليم ومراعاتها في البرامج التعليمية وأساليب التعلم والإكثار من الفعاليات والأنشطة الحرة .

ـ إيجاد الوضع المشكل للطفل وتوجيه الأسئلة المناسبة في الوقت المناسب وتقديم المعلومات الضرورية وترك الطفل بعد ذلك ليكون مفاهيمه، ويجد الحل الأفضل مما ينمي فضوله وحسه المبدع والريادي .

ـ تكليف الأطفال بمهمات قيادية لتنمية حب الزعامة، وبمهمات تعاونية مع الآخرين لتنمية روح الجماعة .

ـ تكليف الأطفال برسم مخططات للعب وبوضع برامج للرحلات والنزهات لتنمية القدرة على التخطيط والتنظيم والتصميم .

ـ تخصيص صندوق دعم مادي لأولئك الذين يأتون من أسر ضعيفة الدخل أو ذات دخل محدود جداً .

ـ تشجيع الأطفال على ممارسة المواقف الإبداعية، وعلى تحمل المسؤولية منذ الصغر إذ أن هذا التشجيع على الاستقلالية الشخصية وحرية استكشاف البيئة والعالم المحيط بهم يساعدهم على تزايد درجات الإبداعية والموهبة لديهم .

ـ تشجيع الأطفال على طرح الأسئلة وإثارتهم لممارسة الأنشطة الفاعلة ودفعهم إلى المناقشة والنقد البناء .

ـ تقديم أسئلة مفتوحة للأطفال من خلال أنشطتهم اليومية كلما أمكن ذلك كأن نقرأ قصة قصيرة لهم ثم نتوقف عن القراءة قبل الوصول إلى نهاية القصة ونسأل الأطفال عن نوعية تفكيرهم فيما يمكن أن تكون عليه نهاية هذه القصة وعن كيفية تفكيرهم في نهايات مختلفة ومحتملة لهذه القصة . وبحيث تكون هذه القصة جديدة عليهم ومختلفة عن أي قصة سمعوها وبذلك نعلمهم على كيفية التعلم الإبداعي وأسلوب حل المشكلة .

ـ تدريب الأطفال على الحديث عن أي فكرة يفكرون فيها .

ـ إتاحة الفرصة أمام الطفل للتعبير عن فكرته ومساعدته على توضيحها ونقلها .

ـ إعطاء وقت كاف للتفكير وأحلام اليقظة أي ما معناه الانتظار لفترة أطول للإجابة عن أسئلة الأطفال كأن ننتظر لمدة /٥/ثوان أو أكثر قبل الإجابة عند التساؤل الذي يطرحه أحد الأطفال وبعد ذلك نقوم بإعادة صياغة السؤال بعبارة أكثر وضوحاً وفي هذا ما يتيح للأطفال فرصة للتفكير وصياغة الاستجابة بلغة واضحة .

ـ تهيئة براسج في الروضة أو البيت لتنمية القدرة على الموهبة والإبداع لدى الأطفال تتضمن أنشطة اثرائية متعددة هادفة وموجهة مثل القصص التخيلية والموسيقى والرحلات والنزهات وزيارة المتاحف والحدائق العامة .

وبشكل عام نؤيد ما ذهب إليه الشاروني في حديثه عن الموهبة والإبداع حين أشار إلى أنه قد لوحظ بأن ما يساعد على تنمية الموهبة والإبداع أن يوجد

الطفل وسط جماعة تتسامح مع الأخطاء وتشجع على الاختلاف ولا تكثر من النقد وتأخذ موقفاً تشجيعياً من أفكار أفرادها ، وما يدمر الموهبة وجود الطفل وسط جماعة تسلطية تكثر من النقد والتوبيخ والتجريح والتهديد والوعيد ولا تتسامح مع الأخطاء وتنبذ من يخرج عن المألوف وتسخر من الجديد وتستخف به وتمارس أنواعاً من الضبط والعنوان والإحباط ، إن الإسراف في الانتقاد واللوم والتهكم وإظهار السلبيات خاصة عند بداية ظهور الأفكار الجديدة يؤدي إلى خوف الشخص فيتباطأ تفكيره وبالتالي تنخفض الأفكار الإبداعية لديه.

(الشاروني ١٩٩٣)

إن الآباء والأمهات الذين يمكن أن يساعدوا على نمو مواهب أطفالهم وقدراتهم الإبداعية هم الآباء الذين يتميزون بتفتح الذهن وتوحده ، وبالمرونة العقلية والبصيرة النيرة والبعد عن التزمت وعدم التسلط والقدرة على تناول وجهات نظر متعددة وعلى منح الطفل الاستقلالية حتى يكتسب الطفل نوعاً من الثقة والاختيار لمستوى أعلى من المغامرة .

ويجب علينا احترام خيال الأطفال وتجنب الوقوف في طريقه وأن يتوقف الراشدون عن الاصرار على ما يفكر به البالغون والراشدون هو الصحيح والحقيقي دائماً ثم أن العمل على اكتساب الفرد ثروة من الأفكار والمعلومات من خلال الخبرة مقدمة ضرورية لكي يجد الموهوب المادة التي يستطيع أن يصنعها في قالب جديد ومن هنا تظهر أهمية أعطاء الأطفال فرصة في اكتساب خبرات جديدة ومتنوعة كإجراء زيارات للحقول والمتاحف والمصانع والمسارح وان الفنان يحول خبرته المكتسبة إلى رواية أو مسرحية أو قصيدة أو لوحة جميلة

والعالم يحول خبرته التي تدور حول المعلومات والوقائع والبيانات التي اكتسبها إلى صياغة نظريات جديدة.

كذلك لا بد من توافر المثيرات اليومية التي تشجع الأطفال على الاقبال على التساؤل وتحملهم على إلقاء الأسئلة التي تبدأ بأدوات استفهام من مثل : لماذا ؟ وكيف ؟ ومتى ؟ وأين؟ وماذا ؟ .... (الشاروني ـ ١٩٩٣)

وكما تؤيد ما ذهب إليه العاني (١٩٩٩) في معرض حديثه عن الطفل الموهوب وعن أهمية مراعاة الجوانب الإنسانية لديه في التعامل معه وأهمية البرامج التربوية الخاصة في تربيته والعناية به كالإغناء مثلاً او الإسراع او غيرها .

وذلك حين ذكر بأن الموهوب هو أكثر حساسية من غيره وأقل صبراً على التحمل العاطفي والوجداني رغم جلده وصبره في الجانب المعرفي والكشفي ولهذا فإن مراعاة جانبه الإنساني والوجداني تصبح من الضرورة بمكان ثم أن مثل هذه المراعاة لا تقتصر على المعلم الذي يتعامل مع الطفل فحسب بل تمتد لتشمل وبالإضافة إلى المعلم البيئة المجتمع المحيط به " عائلة ومدرسة ومجتمعاً " عندما يتعامل معهم ويتعاملون معه (العاني ، ١٩٩٩) ونقول ، كما أوضح العاني :

الطفل الموهوب ثمرة غالية نادرة .

ـ قد يدفعنا حبنا لها إلى قطفها قبل أوانها فتخسرها مجه فجة .

ـ وقد تدفعنا اعتزازنا بها لعدم قطفها فتتركها للعفن في الخيار والشاطر هو الذي يقطفها عند أوانها فقط .

ومثل هذا الأوان لا يأتي من فراغ ولا يبرق من صدفة.

ـ إنه علم منطقي .

ـ وتجربة وخبرة وممارسة عميقة .

ـ وتقويم مستمر ومتلاحق .

وهنيئاً لمن يقطف هذه الثمرات ساعة خروجها من أكمامها حيـة نـضرة يانعة . (العاني، ١٩٩٩)

لقد تم استعراض واقع الطفل الموهوب والإجراءات التي يمكن القيام بهـا من أجل تنمية مواهبه وإبداعاته والسؤال الذي يمكن أن يطرح هو : هل يمكـن أن نفعل ذلك مع الطفل العادي وبالطريقة ذاتها ؟ ! وهل يمكن أن يؤدي عملنـا هذا إلى إيجاد موهوبين جدد ؟ !

وفي الإجابة عن ذلك نقول : نعم فقد دلت الأبحاث والدراسـات علـى أن إغناء بيئة الطفل بالمثيرات الفكرية واللغوية المتعددة والمتنوعة والتعامـل مـع أطفالنا جميعاً كما لو أن لديهم شرارة التفوق والإبداع فإن في ذلك مـا يـساعد على تفتح مداركهم وتنمية قدراتهم واستعداداتهم ويلهب هـذه الـشرارة لـديهم ويقويها وبذلك ننشئ الطفل الموهوب وطالب المدرسـة والجامعـة الموهـوب والمبدع .

مراجع الفصل

المراجع العربيـــــة :

١ ــ آيزنيك ، هانز وزميله : الذكاء ، وطبيعته وتشكله وعواقبه الاجتماعيـة ، ترجمة : عمر الشيخ ، عمان ، المطبعة الوطنية ، ط١ ، ١٩٨٣ .

٢ ــ أوبير ، رونيه : التربية العامة ــ ترجمة : عبد الله عبد الدايم ، بيروت ، دار العلم للملايين، ط١ ، ١٩٦٧ .

٣ ــ برادة ، هدى عبد الحميد ، زهران ، حامد عبد السلام : التأخر الدراسي ــ دراسة اكلينيكية لأسبابه في البيئة المصرية ، القاهرة ، عالم الكتب ، ١٩٧٤ .

٤ ــ حوراني ، محمد حبيب ، ابر ، عيسى عبد الله : دور المؤسسات التعليمية والتربوية في تنمية المهارات والقدرات الفردية ، ورقة مقدمة إلى ندوة (توفير المناخ العلمي لتنمية القدرات الفردية) وزارة التربية، الكويت (٧ ــ٨) ديسمبر ١٩٩٧ .

٥ ــ الرفاعي ، نعيم : الصحة النفسية ، دمشق ، مطبعة رياض ، عربين ، ١٩٨٢ .

٦ ــ الروسان ، فاروق : أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة ، الأردن، عمان ، دار الفكر ، ط ١ ، ١٩٩٦ .

٧ ــ العاني ، نزار : الطفل الموهوب بين فلسفتي الإسراع والإثراء ، مؤتمر " الطفل الموهوب استثمار المستقبل " نوفمبر ، ١٩٩٩ ، البحرين .

٨ ـــ سرور ، ناديا : مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين ، الأردن ، عمان ، دار الفكر ، ط١ ١٩٩٨ .

٩ ـــ الشاروني ، يعقوب : مداخلة مقدمة في ندوة (قايدات مبدعة في عالم متغير) القاهرة ، معهد جوتة ، ٢٦ ـــ ٢٧ ، ابريل ، ١٩٩٣ .

١٠ ـــ صبحي ، تيسير : الموهبة والإبداع : طرائق التشخيص وأدواته المحوسبة، الأردن ، عمان ، دار إشراق ، ط١ ، ١٩٩٢ .

١١ـــ الطحان ، محمد خالد : الخلفية الاجتماعية والثقافية والنفسية للمتأخرين دراسياً ، الامارات العربية المتحدة ، العين ، المكتبة الحديثة ، ١٩٨٣ .

١٢ ـــ الطحان ، محمد خالد : دليل الرعاية التربوية والنفسية ، ورقة مقدمة إلى مشروع (التدريب الاجتماعي) الذي أقامته وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والاتحاد العام النسائي في سورية بالتعاون مع منظمة اليونيسيف في العام ١٩٧٩ بعنوان " دليل المربية في دور الحضانة ورياض الأطفال "

١٣ ـــ عبد الكافي ، إسماعيل عبد الفتاح : الذكاء وتنميته لدى أطفالنا ، القاهرة، مكتبة الدار العربية للكتاب ، ط١ ، ١٩٩٥ .

١٤ ـــ قطامي ، يوسف ، صبحي ، تيسير : مقدمة في الموهبة والابداع ، الأردن ، عمان ، دار الفارس للنشر والتوزيع ، ط١ ، ١٩٩٢ .

١٥ ـــ قطامي ، يوسف : تفكير الأطفال : تطوره وطرق تعليمه ، الأردن عمان ، الأهلية للنشر والتوزيع ، ط١ ، ١٩٩٠ .

١٦ ـــ محمود ياسين ، غصون : الذكاء والقدرات العقليـة بـين التطـرف والاعتدال، لبنان ، بيروت ، دار الأندلس ، ط١ ، ١٩٨١.

١٧ ـــ وطفة ، علي: الذكاء والانتماء الاجتماعي ، مجلة المعلـم العربـي ، وزارة التربية في ج.ع.س . العدد الثالث ، ١٩٩٠ .

المراجع الأجنبية

1- Black hurst A Edward and Berdine, William, H: Introduction to Special education little Brown and company, Boston, 1981.

2- Clark,B : Growing up Gifted, developing the potential of children at home and at school, (2ed,ED), Charles E. Marrill. Publishing. CO. Abell and Howell Co, 1983.

3- Ehrich. V.S: A guide for Parents and teachers, (3ed,ED) Trillium, Press, United States, 1989.

4- Hallhan, Daniel, P. and Kauffman, James, m: Exceptional children (introduction to Special Education) Prentice-Hall Inc, Englewood Cliffs, New Jerey, 1978.

5- Khatena, Joe: Education Psychology of the hifted, New York-John Wiley Sons,1982.

6- Pendarvis. E.D, and Howley, A. A,and Howeley. C.B: The Abilities of gifted children, prentice . Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, USA,1990.

7- Rimm. S B, and Davis, G.A: Education of gifted and talented(2ed), Prentice Hall, Engle Wood Cliffs, New Jersey, USA,1989.

8- Weed and Others: Guiding the gifted child. A Practical source for parents and teachers(8^{th}.ed), Ohio Psychology Publishing Company, 1989.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

- أهمية الحاسة السمعية
- آلية السمع
- تعريف الإعاقة السمعية
- نسبة انتشار الإعاقة السمعية
- تصنيفات الإعاقة السمعية

١- التصنيف من حيث العمر عند الإصابة

٢- التصنيف من حيث موقع الإصابة

٣- التصنيف حسب درجة فقدان السمع

- أسباب الإعاقة السمعية
- عوامل وراثية
- عوامل غير وراثية

التقويم السمعي والتعرف على الإعاقة السمعية

- طريقة الملاحظة
- اختبارات الهمس
- اختبارات المساعدات الدقاقة

- اختبار الشوكة الرنانة

- جهاز قياس السمع الكهربائي

- القياس السمعي الكلامي

- آثار فقدان السمع على النمو

- الخصائص اللغوية - تأثير الإعاقة السمعية على لغة الأطفال

- تأثير الإعاقة السمعية على النمو المعرفي

- تأثير الإعاقة السمعية على النمو التحصيلي

- تأثير الإعاقة السمعية على النمو الجسمي- الحركي

- تأثير الإعاقة السمعية على النمو الاجتماعي - الانفعالي

- تأهيل المعوقين سمعياً وتربيتهم

-التدخل المبكر

-التـأهيل السمعي-اللغوي

-أشكال التواصل اللغوي

- التواصل الشفوي

- الطريقة اليدوية- الإشارية:

أ- لغة الإشارة

ب- طريقة أبجدية الأصابع

- التواصل الكلي

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

د. محمد الحلو

أهمية الحاسة السمعية:

للسمع أهمية كبيرة في حياة الإنسان إذ ينقل إليه المثيرات السمعية التي يدركها ويعطيها معان مختلفة.وفي مقدمة هذه الأصوات ما يصدر من كلام يمثل لغة الإنسان، وكذلك ما تعطيه الأصوات من معان تحذيرية أو جمالية تجعل للحياة حركتها وإيقاعها. فالسمع يعمل في ثلاث مستويات أساسية، هي المستوى اللغوي، والمستوى التحذيري والمستوى الجمالي.

فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة اللفظية والكلام فبدون هذه الحاسة لا يشعر الطفل بالأصوات والألفاظ، وبعدم تفهمه لها وتمييزه بينها، ومن ثم لا يمكنه تقليدها وتكريرها. وبناء الأساس اللازم لتنمية لغته، وتطوير إدراكه ووعيه بالعالم الخارجي المحيط به.

ويبدو أن اخطر ما يترتب على الإعاقة السمعية، هو عدم استطاعة الطفل المشاركة الايجابية في عملية اكتساب اللغة اللفظية التي تعد أكثر أشكال الاتصال سهولة وشيوعاً بين الناس، مما يؤثر على نموه العقلي والمعرفي ويعوق عملية تعليمه واكتساب الخبرات والمهارات اللازمة. كما تؤدي الإعاقة السمعية بدورها إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل، حيث تحد من مشاركته وتفاعله مع الآخرين واندماجه في المجتمع، مما يؤثر سلباً على توافقه الاجتماعي، وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية واللازمة

لحياته في المجتمع. كما تعوق عدم القدرة على السمع النمو الانفعالي والعاطفي للطفل.

ويشير مختار حمزة (١٩٧٩) إلى أن عالم الطفل الأصم خال من صوت الأم الحاني، و أصداء الضحك وضجيج اللعب، ومواء القطط وتغريد الطيور، وتصفيق الأيدي ووقع الأقدام، ويكون عالمه غريباً خال من أي معنى لأي صوت يدفعه للشعور أو لتفهم وتذوق مضمون الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية وتبدو له المناظر ساكنة غامضة محروماً من المقدرة على السؤال. مع شعور بالخوف والتذمر دون جدوى نظراً لعالم السكون المطبق من حوله.

كما أن السمع هو وسيلتنا الأولى لإدراك الأخطار المحيطة من خلال ما يتبعث معها من أصوات، فكل شيء له حركة يكون له صوت، وبذلك فإن الرعد وصوت المطر وصوت الرياح وأزيز النحل وأصوات الحيوانات على اختلافها، وما تبعثه السيارات من أبواقها والقطارات بصفاراتها كلها أصوات تحذير وإنذار ومن المعلوم أن الإنسان يسمع في جميع الاتجاهات على حين أن مدى إبصاره هو ١٨٠ درجة فقط، كذلك فهو يسمع حتى في أثناء نومه وفي داخل مسكنه مالا يمكن لعينه أن تراه.

آلية السمع:

تقوم آلية السمع على وجود موجات صوتيه 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 سنتمتر واحد، وعندما تصطدم الموجات الصوتية المختلفة به تحدث فيه اهتزازات تؤثر على العظيمات السمعية (المطرقة والسندان). 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 البيضاء".

وفي الأذن الداخلية الأداة الحقيقية للسمع التي تتألف من قنوات هلالية ودهليز 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 فترقص النهايات الشعرية تلك كالحشائش في تيار مائي، وتتحول تلك الموجات 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 دارة كهربائية، فتنتقل هذه النبضات إلى الدماغ على مسافة سنتيمترين فقط، وفي الدماغ

الحلقة الرئيسية من السمع تتم عملية تحويل الإشارات الكهربائية إلى إشارات دلالية منسقة وفيه تتم معالجة المعلومات والإحساس بها.(أبو فخر ، ٢٠٠٤)

تعريف الإعاقة السمعية:

يشير مصطلح الإعاقة السمعية (Hearing Impairment). إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً (الخطيب و الحديدي،١٩٩٧)

وتعددت التعريفات التي تناولت الإعاقة السمعية بشقيها: الفقد التام، والفقد الجزئي، آخذة في الحسبان انحراف ذوي الإعاقة السمعية عن أداء الطفل العادي في حاسة السمع وفهم الكلام والأصوات.

ويذهب كل من "هيوارد و أورلانسكاي" (Heward &Orlansky, ١٩٨٧) إلى أن الفقد التام أو الصمم (Deafness) هو عجز حسي واضح منذ الميلاد عن استقبال المثيرات الصوتية بأشكالها المختلفة، ولذا فإن الشخص الأصم لا يستطيع استخدام حاسة السمع في فهم الكلام، أو إدراك معنى الأصوات، وأن الفقد الجزئي أو ضعف السمع Hard of Hearing هو فقد جزء من القدرة السمعية، إلا أن الشخص الذي يعاني من هذا الفقد يستطيع أن يسمع الكلام وكل المثيرات السمعية الأخرى، وأن يستخدم حاسة السمع وخاصة باستعمال المعينات، وغالباً ما يعاني من تأخر في نمو المهارات اللغوية.

وهناك تعريفات أخرى لكل من فتحي عبد إبراهيم وزيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم وأحمد إبراهيم، كلها تؤكد على أن الفقد التام أو الجزئي هو غياب جزء من القدرة السمعية يمكن تعويضها عن طريق أجهزة وأدوات مساعدة حتى يتمكن المعاق من فهم الكلام المسموع.

أما "فاروق الروسان" فيطلق على الإعاقة الصم الكلي (Deafness) . إن الطفل المصاب بها هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة، أما المعاق جزئياً (Hard of Hearing)، فهو الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية ونتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية.(فرشم ، ٢٠٠٤)

وثمة تعاريف مختلفة للإعاقة السمعية منها التعريف الوظيفي (Functional Definition) ويعتمد هذا التعريف على مدى تأثير الفقدان السمعي على إدراك اللغة المنطوقة وفهمها ويرى لويد (Lioyd،١٩٧٩) أن الإعاقة السمعية تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي- اللفظي. وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند اكتشاف الفقدان السمعي ومعالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع، وفاعلية أدوات تضخيم الصوت والخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية. (الخطيب ، ١٩٩٧)

أما حمدي محمود فيحدد تعريفين للطفل المعاق سمعياً أحدهما طبي والآخر تربوي.

التعريف الطبي(Medical Definition):

و يرى أن الطفل الأصم هو الذي يعاني من فقدان سمعي مقداره ٩٠ ديسيبل أو أكثر، أما الطفل ضعيف السمع فهو الذي يقل الفقدان السمعي عن ٩٠ ديسيبل.

التعريف التربوي (Educational Definition):

ويرى أن الطفل الأصم هو الذي تمنعه إعاقته السمعية من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعات الطبية أو بدونها. أما الطفل ضعيف السمع فهو الذي يعاني من ضعف سمعي إلا أن قدرته السمعية المتبقية لديه تؤهله لاكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعات الطبية أو بدونها.

ويعرف أحمد عفت فرشم الطفل الأصم بأنه الطفل الذي يولد ولديه عجز في القدرة السمعية عجزاً تاماً، بحيث يحتاج هذا الطفل لأساليب غير لغوية في اكتساب المعلومات مثل لغة الإشارة والهجاء الإصبعي وقراءة الشفاه.

أما الطفل ضعيف السمع، فهو الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية بحيث يمكنه الجزء المتبقي منها من التواصل اللغوي مع الآخرين واكتساب المعلومات، بيد أنه يحتاج إلى بعض المعينات والأجهزة السمعية المساعدة.

ويعرف القريطي الأطفال الصم، هم أولئك الذين لا يمكنهم الاستفادة من حاسة السمع لديهم في أغراض الحياة العادية سواءً من ولدوا منهم فاقدي السمع تماماً أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة. أم من أصيبوا بالصم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة، أم من أصيبوا بفقدان للسمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماماً، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاده المقدرة على الكلام

وتعلم اللغة.(القريطي ، ١٩٩٢)، ويذكر القريطي نقلاً عن حمزة بأن الفقدان الكبير في السمع إذا ما حدث للطفل في سن ما قبل الخامسة فإن في ذلك ما يؤدي إلى زوال الذكريات المتعلقة باللغة والكلام من مخيلة الطفل تدريجياً وبالتالي فإنه يتساوى مع الطفل الذي ولد هو أصم (أبو فخر، ٢٠٠٤)

ويعرف أبو فخر الإعاقة السمعية بأنها حالة من فقدان السمع أو الكلام تحدث قبل تكون اللغة أو بعدها، وتؤثر بشكل أساسي على عملية التواصل 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.

أما الأطفال ضعاف السمع (Hard of Hearing) فهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها (القريطي، ١٩٩٦)

نسبة انتشار الإعاقة السمعية:

الإعاقة السمعية هي الأقل انتشارا بين الإعاقات الأخرى، ويمكن القول أن نسبة انتشارها ٠,٥ % وانتشار الصمم حوالي ٠,٠٧٥% وهذا يعني أن بين كل ١٠٠ شخص هناك شخصاً ضعيف السمع (العزة ، ٢٠٠١)

تصنيفات الإعاقة السمعية:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية بحسب ما يأتي:

- العمر عند الإصابة

- موقع الإصابة

- شدة الإصابة

١- من حيث العمر عند الإصابة وتقسم إلى الآتي:

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً للسن التي حدثت بها من منطلق أن فقدان السمع منذ الولادة أو في سن مبكرة يؤثر على تكوين 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). (أبو فخر ،٢٠٠٤)

أ- إعاقة سمعية ولادية (Congenital) أي أن الفرد يولد وهو ضعيف السمع منذ لحظة ولادته الأولى.

ب-إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة (Prelingual) أي الإعاقة التي تحدث عند الفرد قبل تعلم اللغة واكتسابها أي ما قبل سن الثالثة من العمر ويتميز أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على الكلام لأنهم لم يتمكنوا من سماع اللغة الملفوظة أو أضاعوا ما تعلموه بصورة تلقائية.

ج- إعاقة سمعية بعد اللغة و تشمل الأفراد الذين أصيبوا بها بعد تطور الكلام لديهم. أي بعد سن الثالثة . ويمكن للغة الملفوظة أن تبقى محفوظة نسبياً.

د- إعاقة سمعية مكتسبة وتشمل الأفراد الذين فقدوا حاسة السمع بعد الولادة وفقدوا قدراتهم اللغوية التي كانت قد تطورت لديهم إذا لم تقدم لهم خدمات تأهيلية خاصة (العزة ، ٢٠٠١)

٢- التصنيف من حيث موقع الإصابة ويقسم إلى الآتي:

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 لمادة الصمغية، أو تجمع السوائل أو الالتهابات أو النمو الخاطئ للعظيمات السمعية. ومعظم الإعاقات السمعية التوصيلية تعالج بشكل تلقائي طبياً أو جراحياً ويمكن للسمع أن يعود إلى وضعه الطبيعي (أبو فخر، ٢٠٠٤)

ب- الإعاقة السمعية الحسية العصبية (Sensorineural Hearing Loss)

يعاني أفراد هذه الفئة من مشكلة تتصل بالأذن الداخلية أو تلف في العصب السمعي الموصول إلى المخ، مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها، أو وصولها محرفة، وبالتالي عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة في المخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية، وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبي السمعي (تريطي ، ١٩٩٦)، وفي هذه الحالات يشوه الإدراك السمعي وتصل الأصوات مشوشة، وغالباً يكون هذا النوع من الإعاقة غير قابل للتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية والصوت قد لا يصحح واضحاً حتى باستخدام المعينات السمعية (أبو فخر)

ج- الإعاقة السمعية المركزية (Central Hearing Loss)

يرجع إلى إصابة المركز السمعي في المخ بخلل ما لا يتمكن معه من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها. ويحدث تفسير خاطئ لما يتم سماعه بالرغم من أن حاسة السمع طبيعية، وفي هذا النوع تكون المعينات السمعية محدودة الفائدة، وهو من الأنواع التي يصعب علاجها.

٣- التصنيف حسب درجة فقدان السمع:

يأخذ هذا التصنيف بمدى ما فقده الطفل من قدرات سمعية، ويكون التركيز هنا على البقايا السمعية، لكونها القناة الأساسية التي يمكن الاعتماد عليها في تلقي الأصوات

ولا بد من الأخذ بالحسبان شدة الفقدان السمعي؛ أكان في أذن واحدة أم في الاثنين معاً. فالأول يعرف بالفقدان السمعي الأحادي (Unilateral) والثاني يعرف بالفقدان السمعي الثنائي(Bilateral) ويقدر فقدان السمع عادة بالديسبل Decible وهو وحدة قياس السمع من ١٠- ١٢ وحدة. وتصنف الإعاقة السمعية حسب درجات فقد السمع إلى:

أ- الإعاقة السمعية البسيطة جداً)Slight)

يتراوح الفقدان السمعي ما بين (٢٧-٤٠) ديسبل. وأهم ما يميز هذه الإعاقة لدى صاحبها صعوبة سماعه للكلام الخافت، أو عن بعد، أو تمييز بعض الأصوات ولا يواجه الطفل صعوبات تذكر في المدرسة وقد يستفيد من المعينات السمعية والبرامج العلاجية.

ب- الإعاقة السمعية البسيطة (Mild):

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (٤١-٥٥) ديسبل ويفهم صاحب هذه الإعاقة كلام المحادثة عن بعد (٣-٥) أمتار وجهاً لوجه ويخسر الطالب ٥٠% من المناقشة الصفية إذا كانت الأصوات خافتة أو بعيدة، ويكون ذلك مصحوباً بانحرافات في اللفظ أو الكلام ويحتاج الفرد إلى خدمات التربية الخاصة وإلحاقه بصف خاص وقد يستفيد من المعينات السمعية.

ج- الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderate):

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (٥٦-٧٠) ديسبل وصاحب هذه الإعاقة لا يفهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عال أو واضح تاماً، ويواجه صعوبة في المناقشات الصفية الجماعية. ويعاني من عيوب في النطق والكلام ويكون معجمه اللفظي محدوداً ويحتاج إلى الالتحاق بصف خاص واستعمال المعينات السمعية.

د- الإعاقة السمعية الشديدة (Severe):

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة مابين (٧١-٩٠) ديسبل وصاحب هذه الإعاقة لا يستطيع سماع حتى الأصوات العالية ويعاني من اضطرابات في الكلام واللغة ويحول دون تطور اللغة لدى الطفل إذا كان عنده منذ السنة الأولى، ويمكنه تعلم اللغة والكلام بصورة أولية من خلال برامج تربوية خاصة مكثفة. كما يمكنه الاستفادة من البقايا السمعية إذا استخدمت المضخمات الصوتية (السماعات) لسماع إيقاع الكلام ونطقه الخاص، ويحتاج الطفل إلى مدرسة خاصة بالمعاقين سمعياً ليتعلم ويتدرب على السمع وقراءة الشفاه، وصاحب هذه الإعاقة يعتمد على حاسة البصر، ويعد أصماً من وجهة النظر التعليمية.

هـ- الإعاقة السمعية الشديدة جداً (Profound):

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ٩٠ ديسبل فما فوق. وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالاعتماد على أذنهم أو حتى مع استخدام المعينات السمعية، ويعتمد على حاسة البصر ويحتاج استخدام أساليب خاصة لتطوير الكلام واللغة وتوظيف طرق التواصل اليدوي والتدريب السمعي.

أسباب الإعاقة السمعية:

هناك عدة عوامل تتسبب في الإعاقة السمعية يلتبس أنواعها منها ما يحدث في أثناء الحمل، ومنها ما يحدث أثناء الولادة ومنها ما يحدث بعد الولادة، ويمكن تصنيف هذه العوامل في نوعين رئيسين هما:

١- عوامل وراثية:

تحدث الإعاقة السمعية الناتجة عن العوامل الجينية نتيجة انتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة. وهذا النوع من الصمم الوراثي يتضمن فقدان السمع بدرجة حادة وغير قابل للعلاج، وحالات الفقد هذه تكون مزدوجة (تصيب الأذنين) وتتضمن عيوباً حسية عصبية في الوقت نفسه. إلا أن بعض حالات عدم التكوين السمحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بالأساليب الجراحية.

٢- عوامل غير وراثية:

أ- استخدام العقاقير، هناك بعض العقاقير تترتب عليها الإعاقة السمعية إذا تعاطتها الأم في أثناء فترة الحمل وبالذات في الثلث الأول من فترة الحمل.

ب- الإصابة بالفيروسات، ومن أهم هذه الفيروسات فيروس الحصبة الألمانية إذا أصاب الأم في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، وكذلك فيروس الجدري الكاذب والالتهاب السحائي والتهاب الغدد النكفية والحصبة والأنفلونزا، وهذه الفيروسات قد تؤثر أيضاً على الطفل نفسه في طفولته المبكرة وتسبب الإعاقة السمعية.

ج- أمراض تصيب الأذن الداخلية للطفل، ومن بين هذه الأمراض الالتهاب السحائي والجدري الكاذب والكتريا العنقودية والتهاب الغدد النكفية والحصبة والأنفلونزا، حيث ينتقل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي.

د- التهاب الأذن الوسطى، حيث يقود التهاب الحلق والأنف إلى التهاب الأذن الوسطى لأنهما متصلان بالأذن عن طريق سالكوس والالتهاب المزمن يؤدي إلى حدوث الصمم نتيجة إصابة حليمات السمع.

وهناك عوامل أخرى مثل الضجيج والحوادث ومرض فيرز وتصلب الأذن والخداج واختلاف الدم (العامل الريزيسي)، (العزة ، ٢٠٠٧ - قرشم ، ٢٠٠٤)

التقويم 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 التقويم السمعي؟

هل بسبب تحديد المعينات السمعية الصناعية أي السماعات 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 (أبو الفخر، ٢٠٠٤)

وتتعدد الطرق والأساليب التي تستخدم في الكشف عن الإعاقة السمعية ومن بينها:

أ- طريقة الملاحظة، وهي الطريقة التي يقوم على ملاحظة الفرد من حيث استجاباته المختلفة نحو المثيرات الصوتية والاجتماعية والمدرسية، وكذلك وجود مظاهر جسمية تشير إلى أن الفرد يتطلب تقييما سمعياً. فالملاحظة المنظمة لها قيمتها المؤكدة في مساعدة الآباء والأمهات للوقوف على بعض الأعراض والمؤشرات التي يحتمل معها وبشكل مبدئي وجود مشكلة سمعية يعانيها الطفل.

ومن أهم المؤشرات والأعراض الجسمية والسلوكية التي ينبغي ملاحظتها للكشف عن احتمال وجود إعاقة سمعية لدى الطفل الآتي:

١- شكوى الطفل المتكررة من وجود ألم وطنين في أذنيه.

٢- عدم استجابة الطفل للصوت العادي أو حتى الضوضاء الشديدة.

٣- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.

٤- البطء الواضح في نمو الكلام واللغة.

٥- عدم مقدرة الطفل على التمييز بين الأصوات.

٦- إخفاق الطفل المتكرر في فهم التعليمات، وعدم استجابته لها.

٧- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق واضطرابات الكلام.

٨- تأخر الطفل دراسياً على الرغم من مقدرته العقلية العادية.

٩- الميل إلى عدم الاختلاط والمشاركة.

١٠-محاولة الطفل أن يتتبع الكلام من خلال شفاه المتكلمين، أو ميل الرأس بصورة واضحة نحو مصدر الصوت.

١١-قد يتحدث بصوت عال، ويقترب كثيراً من الأجهزة الصوتية- كالتلفزيون- ويرفع درجة الصوت بشكل غير عادي.

١٢-تبدو قسمات وجهه خالية من التعبير الانفعالي الملائم للكلام الموجه إليه. ويلاحظ أن بعض هذه المؤشرات أو الأعراض قد لا يعزى بالضرورة إلى وجود إعاقة سمعية، حيث يتداخل مع بعض أعراض إعاقات أخرى (القريطي، ١٩٩٦).

ب- اختبارات الهمس (Whispering).

يتطلب من الفاحص الوقوف خلف الطفل أو بجانبه ومخاطبته بصوت خفيض أو هامس مع الابتعاد عنه تدريجياً حتى الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها ويجري هذا الاختبار لكل أذن على حدة.

ج- اختبارات الساعة الدقاقة (Watch Tic Test)

يطلب من المفحوص رفع إصبعه إذا سمع صوت دقات ساعة يد عادية يضعها الفاحص على أذن المفحوص حيث يقربها الفاحص تارة ويبعدها تارة أخرى ويأخذها نحو اليمين ونحو الشمال.

د- اختبار الشوكة الرنانة:

يطلب من المفحوص رفع إصبعه عند سماعه للذبذبات الصادرة عن الشوكة الرنانة بعد ضربها بلطف باليد ومن أشكال هذا الفحص:

١- فحص وبر Weber Test

٢- فحص بنج Bing Test

٣- فحص رينيه Ranuie Test

هـ- جهاز قياس السمع الكهربائي:

تقاس حدة السمع باستخدام جهاز قياس السمع الكهربائي الأوديومتر (Audiometer) الذي ينبث أصواتاً مختلفة من حيث التردد (Frequency)، وكثافة الصوت (Intensity) وينقل الصوت إلى المفحوص عبر سماعة خاصة ليحدد النقطة التي يبدأ عندها في سماع الصوت لنوع معين من التردد. وتسمى هذه النقطة بعتبة السمع (Hearing Threshold)، ويقاس كل تردد بشكل منفصل وعلى مستوى كل أذن منفردة عن الأخرى، كما تسجل النتائج عن طريق رسام السمع الكهربائي (الأوديوجرام Audiogram)

ويقصد بتردد الصوت عدد الذبذبات الصوتية في الثانية الواحدة لنغمة معينة ويترتب على الزيادة أو النقصان في مستوى التردد الصوتي تغيرات في حدة الصوت ويعد مدى التردد الصوتي الذي يتراوح ما بين ٥٠٠ و ٢٠٠٠ ذبذبة في الثانية هو الأكثر أهمية لفهم المثيرات اللازمة للكلام والحوار في الحياة اليومية العادية.

أما كثافة الصوت، أو شدته ويقصد بها درجة الارتفاع النسبي للصوت (عال، متوسط، منخفض). وتقدر عن طريق معرفة عدد الوحدات الصوتية التي يمكن عندها للفرد سماع الصوت والوحدة الصوتية هي الديسبل Decible ويتدرج مقياسها من ١٠:١٢٠ ديسبل. ويشير هذا المقياس إلى التدرج من الأصوات المنخفضة أو الهامسة إلى الأصوات المرتفعة أو العالية.

ويبدأ مستوى السمع الذي يقل عن المعدل العادي ويشير إلى وجود مشكلات سمعية من ٢٥-٣٠ ديسبل، مما يعني فقداناً سمعياً بسيطاً، ويتدرج هذا المستوى حتى يصل على اشد حالات العجز السمعي (صمم كلي) عندما يبلغ ٩١ ديسبل فأكثر (القريطي ، ١٩٩٦)

القياس السمعي الكلامي Eudiometry Speech

ويهدف إلى تقدير استقبال الكلام وفهمه ففي استقبال الكلام يتم تحديد أدنى شدة يستطيع فيها الفرد إعادة الكلام بشكل صحيح لمقطعين لفظيين. وتكون هذه وفقاً لقائمة من الكلمات. أما من خلال فهم الكلام فيتم تحديد قدرة الفرد على سماع المعلومات الصوتية والتمييز بين الأصوات المتشابهة(أبو الفخر، ٢٠٠٤).

آثار فقدان السمع على النمو:

إن أصحاب الإعاقات السمعية لا يمثلون فئة متجانسة، حيث أن لكل فرد خصائصه الفردية، وترجع مصادر الاختلاف إلى نوع الإعاقة وعمر الفرد عند حدوثها وشدة الإعاقة وسرعة حدوثها ومقدار العجز السمعي وكيف يمكن الاستفادة منه ووضع الوالدين السمعي وسبب الإعاقة والبيئة الاجتماعية والاقتصادية التي تتصف بها الأسرة وغير ذلك، ولهذه الإعاقة تأثير ملحوظ

على الخصائص اللغوية المختلفة لدى الفرد ولأن مراحل النمو مترابطة ومتداخلة.

الخصائص اللغوية: تأثير الإعاقة السمعية على لغة الأطفال:

يؤكد كل من "هلاهان وكوفمان" (Hallahan & Kauffman,١٩٩١) أن أكبر الآثار السلبية للإعاقة السمعية يظهر أوضح ما يكون في مجال النمو اللغوي معبراً عنه باللغة المنطوقة. ويضيفان أن ذلك ليس بالضرورة صحيحاً بالنسبة للغتهم الخاصة سواء كانت الإشارة الكلية أم أبجدية الأصابع. و عليه فإن المعوقين سمعياً يعانون من تأخر واضح في النمو اللفظي وتتضح درجة هذا التأخر كلما كانت درجة الإعاقة السمعية أشد، وكلما حدثت الإصابة الإعاقة السمعية في وقت مبكر. ويعد العمر الذي بدأت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية عاملاً مهماً في تحديد درجة التأخر في النمو اللفظي، والأطفال الذين يعانون من صعوبات سمعية منذ الولادة يواجه نموهم اللفظي عجزاً واضحاً منذ الطفولة المبكرة على الرغم من أنهم يصدرون أصواتاً ويبدأ ون في المناغاة كباقي أقرانهم.

إلا أن مراحل النمو اللفظي اللاحقة تتأثر بشكل واضح نتيجة للعوامل الرئيسية الآتية:

- لا يتلقى الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين، عندما يصدر أي صوت من الأصوات

- لا يتلقى الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين، عندما يصدر أي صوت من الأصوات

– لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها.

فالقدرة اللفظية للمعوقين سمعياً قاصرة إلى حد ما، وبدون تدريب منظم مكثف من خلال توفير تدريب سمعي أو تدريب نطقي لاحقاً لن تتطور لدى الشخص المعوق سمعياً مظاهر النمو اللغوي الطبيعية، ويذكر الخطيب أن الدراسات بينت أن الطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد على ٢٠٠٠ كلمة. والأصم لا يعرف أكثر من ٢٠٠ كلمة. وبدون تعليم لغوي منظم فالطفل يعرف أقل من ٢٥ كلمة فقط، ولكن هذه الدراسات تشير إلى أن الأطفال المعوقين سمعياً يتعلمون دلالات الألفاظ والبناء اللغوي تبعا لنفس التسلسل، ولكن بمعدل أبطأ من الأطفال السامعين.(الخطيب و الحديدي ،١٩٩٧)

وهذا ما أشار إليه أبو فخر أن فقدان السمع يؤثر على مكونات اللغة الأساسية، فهو يؤثر على المكون الصوتي للغة، بحيث يتعذر إصدار الأصوات بصورة طبيعية ويؤثر على المكون القواعدي اللغوي ويؤثر أيضاً على المستوى الدلالي، وهو في كل ذلك يخفض من حجم مفردات اللغة والقدرة على الصياغة النحوية السليمة للجملة، هذا ينطبق أيضاً على اللغة المكتوبة والتعبيرية (أبو فخر، ٢٠٠٤). فالمعوقون سمعياً بحاجة إلى تعليم هادف ومتكرر فالشخص المعوق سمعياً سيصبح أبكماً إذا لم تتوافر له فرص التدريب الخاص الفاعل. إذ يشير مصطلح الطفل الأصم الأبكم (Child Deaf-Mute) إلى ارتباط ظاهرة الصمم بالبكم إذ يؤدي الصمم بشكل مباشر إلى حالة البكم(Muteness)وخاصة لذوي الإعاقة السمعية الشديدة. إن ذلك يعني أن هناك علاقة طردية واضحة بين درجة الإعاقة السمعية من جهة ومظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات

اللغوية والعكس صحيح، وعلى ذلك يواجه الأفراد ذوو الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة، أو في فهم موضوعات الحديث المختلفة، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة سماع وفهم ٥٠% من المناقشات الصفية وتكوين المفردات اللغوية في حين يواجه الأفراد ذوو الإعاقات السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية وتناقص عدد المفردات اللغوية وبالتالي صعوبات في التعبير اللغوي، في حين يواجه الأفراد ذوو الإعاقات الشديدة مشكلات في سماع الأصوات العالية وتميزها، وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي (الروسان ، ١٩٨٩)، ويشير (رضا عبد القتاح) إلى أن الصم يعانون من عجز في مهارات الاستقلال والتعبير اللغوي، وبالتالي الكفاية اللغوية، كما أن تعوهم اللغوي متأخر عن أقرانهم العاديين، ويتصفون بالقدرة المنخفضة على القراءة والحصيلة اللغوية المحدودة (قرشم، ٢٠٠٤)

ويشير(القريوتي والمرعاوي والصمادي ، ١٩٩٥) إلى أن المعوقين سمعياً ينصون وهم يعانون من صعوبات في النطق أو أخطاء في الكلام وعدم اتساق في ترداد الصوت، وأن لغة هؤلاء الأطفال تتصف بفقرها الواضح قياساً بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودة وتكون ألفاظهم تدور حول الملموس وتتصف جملهم بالقصر والتأتأة علاوة على بطء كلامهم، إضافة إلى ذلك فإن تشكيل الحروف يظهر على الفم والشفتين بشكل غير طبيعي أحياناً. وفي دراسة عن القدرة اللفظية للمعوقين سمعياً، قام بعض الباحثين بدراسة مسحية في الولايات المتحدة الأمريكية؛ حيث سألوا معلمي الأطفال المعوقين سمعياً عن تقييمهم للقدرات اللفظية لتلاميذهم . وقد تبين أن /١٥,٤%/ يتكلمون بطلاقة، و/٢٩,٤%/ يتقنون الكلام، و/٢١,٩ %/ يظهرون أخطاء

واضحة في الحديث /٢٠,٥%/ يتكلمون ولكن هناك صعوبة في فهم كلامهم و /١٢,٨%/ لا يتكلمون مطلقاً، و أن نتائج هذه الدراسة تشير إلى أن نسبة كبيرة من المعاقين سمعياً يتلقون الكلام هو القاعدة مما يذكرنا بخطأ مصطلح " الصم البكم".(القريطي، السرطاوي، الصمادي ، ١٩٩٥)

ويذهب الروسان إلى القول" بؤثر فقدان القدرة اللغوية، نتيجة للإعاقة السمعية بشكل فعال على المظاهر السلوكية الأخرى للفرد، مثل المظاهر العقلية والاجتماعية، إذ يسبب فصل اللغة عن تلك المظاهر من الشخصية. (الروسان ، ١٩٨٩)

تأثير فقدان السمع على النمو المعرفي:

إن معظم الدراسات على الرغم من تعارضها، تؤكد أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ونسبة الذكاء. وأن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء الأشخاص العاديين، ففي دراسة قامت بها كلية "جالدويت" (Gallaudet College) حول ذكاء الأطفال والشبان المعوقين سمعياً، تبين أن متوسط الذكاء الأدائي بلغ ١٠٠/٣٨ أي أنه لا يقل عن متوسط درجة الذكاء الأدائية لأقرانهم من السامعين إذ بلغت ١٠٠/٣٨.

وأشارت دراسات أخرى بحثت في الفروق بين الأطفال الصم وأقرانهم العاديين 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 التكافؤ في هذا النمو. وأن المعوقين سمعياً لديهم القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق. ويشير مورس (Moores) 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.

ويرى بعضهم الباحثين أن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة بالضرورة ويؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي الوحيدة الضعيفة لدى المعوقين سمعياً.

ويرى البعض في لغة الإشارة التي يستخدمها المعوقون سمعياً لغة حقيقية. ويعتقد هؤلاء أنه في حالة وجود اختلاف بين المعوقين سمعياً والأشخاص الآخرين من حيث الأداء على اختبارات الذكاء فإن ذلك يعزى لعدم توافر طرق التعليم الفعالة وعدم تزويدهم بالإثارة المناسبة من قبل الآباء.

تأثير فقدان السمع على النمو التحصيلي:

إن التحصيل الأكاديمي لأفراد الإعاقة السمعية غالباً ما يكون متدن على الرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم، وأن تحصيلهم القرائي هو الأكثر تأثراً بهذه الإعاقة لذلك يأتي تحصيلهم الأكاديمي ضعيفاً ويتناسب ضعف التحصيل الأكاديمي لدى هؤلاء الأطفال طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية و مستوى تعقيدها ويزداد الأمر سوءاً بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن ٥٠% من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءتهم يقاس بمستوى طلاب الصف الرابع الأساسي أو أقل من ذلك وأن ١٠% كانوا بمستوى الصف الثامن وأن ١٠% منهم كانوا بمستوى أداء

الأشخاص غير الصم وأشارت دراسات أخرى بأن لديهم صعوبات في مادة العلوم لأن لها علاقة باللغة.

وفي دراسة لأبي فخر(٢٠٠٠)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% مقابل ٤٠% لدى الصم وفي الحساب ١٠% لدى المكفوفين مقابل ٢٨% لدى الصم، وفي التهجئة ١٦% مقابل ٢٠% لدى الصم. إن التحصيل الأكاديمي لدى أفراد هذه الفئة يتأثر بشدة الإعاقة السمعية وقدراتهم العقلية والشخصية ودعم الوالدين والعمر عند حدوث الإصابة ووضع الوالدين السمعي والاقتصادي و الاجتماعي وطرق التدريس التي يتلقاها أفرادها.

تأثير الإعاقة السمعية على النمو الجسمي – الحركي:

إن مشكلات التواصل التي يعانيها المعوقون سمعياً تضع حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها. لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الحركي لديهم.

إن هؤلاء الأفراد محرومون من الحصول على التغذية الراجعة السمعية، الأمر الذي يطور لديهم أوضاعاً جسمية خاطئة كما أن نموهم الحركي يعتبر متأخراً قياساً مع الأسوياء وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة وأنهم لا يشعرون بالأمن بسبب التصاق أقدامهم بالأرض كما أن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء ويمتازون بحركة جسمية أقل.مع أن بعض الدراسات أوضحت أنه لا يوجد فروق بين الطفل الأصم والسادي في خصائص النمو الجسمي من حيث

سرعة النمو والطول والوزن والتغيرات الجسمية المختلفة إلا أن(أحمد حفت كرشم) وجد فروقاً بين الطفل الأصم والعادي في كثير من الجوانب.

١- الجهاز التنفسي- الأصم لديه قدرة أقل على التحكم في تدفق النفس والصوت، وبالتالي فإن الجهاز التنفسي أقل مرونة واستجابة من العادي.

٢- الجهاز الحركي- الأصم يفضل استخدام اليد اليسرى و العين اليسرى بشكل له دلالة إحصائية.

٣- المنطق والكلام- حاسة السمع لدى الأصم معطلة مما يترتب عليه تعطل جهاز المنطق والكلام لعدم استخدامه.

٤- الحس الإيقاعي- الأصم له عاداته الحسية الخاصة، حيث أن الشخص العادي تنمو لديه حاسة الإيقاع، وتتحسن لديه كثيراً مقارنة بالشخص الأصم، و يعزى السبب في ذلك إلى أن المعاق لا يستطيع سماع النماذج الإيقاعية في البيئة.

تأثير الإعاقة السمعية على النمو الاجتماعي- الانفعالي:

نتيجة لصعوبات الاتصال اللفظي الضرورية لإقامة علاقات اجتماعية، يلاحظ أن المعوقين سمعياً يحاولون تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي في مجموعة، ويميلون إلى مواقف التفاعل التي تتضمن فرداً واحداً أو فردين.

وافتقار الشخص المعوق سمعياً إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين و كذلك أنماط التنشئة الأسرية قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي و الاعتمادية، و في ضوء ذلك فإن الأطفال المعوقين سمعياً يميلون إلى العزلة نتيجة لإحساسهم بعدم المشاركة أو الانتماء إلى الأطفال الآخرين.

وقد استخدمت عدة دراسات مقاييس مختلفة للنضج الاجتماعي، وتبين أن النضج الاجتماعي للأشخاص الصم يسير بمعدل أبطأ لدى السامعين. ويقدر بعض الباحثين أن الصم أقل من أقرانهم في درجة النضج الاجتماعي بحدود ١٥- ٢٠% من المستوى المتوقع.

كما أنه من المتوقع أن تكون المشكلات المرتبطة بالاتصال اللفظي هي السبب في تأخر النضج الاجتماعي. فتعقد الحياة الاجتماعية و تعدد المهارات اللازمة للنجاح في المجال الاجتماعي، والتطور السريع في ملامح حياتنا الاجتماعية يتطلب ما يقابله من تطور في كفايتنا الاجتماعية. وبعض هذه الكفايات نكتسبها من خبراتنا الذاتية وبعضها الأخر عن طريق تعليمات وتوجيهات المحيطين بنا، وفي كلتا الحالتين تؤدي القدرة على السمع موقفاً حاسماً.(زيوتي ، سرطاوي، السمادي، ١٩٩٥)

وتشير دراسة (مايكلبست Myklebust) أن حوالي ١٠% من الصم أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالأطفال العاديين، و أشارت ميدو (Meadow,1980) .إلى أن المعوقين سمعياً كثيراً ما يتجاهلون مشاعر الأخرين، و يسيئون فهم تصرفاتهم وأنهم يظهرون درجة عالية من التمركز حول الذات.

ومن المعروف أن المعوقين سمعياً يميلون إلى التفاعل مع أشخاص يعانون مما يعانون منه. ربما بسبب حاجتهم إلى التفاعل اجتماعياً والشعور بالقبول وهذا يفسر تجميع أنفسهم في مجموعات وأندية خاصة بهم وأشارت الدراسات إلى أن حالا يقل عن ٨٥% من الصم يتزوجون من صم آخرين (Moores,1990) ويؤكد (أبو فخر) 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 ذاك.

يؤكد (الخطيب) حقيقة أن الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على التنظيم السيكولوجي الكلي للإنسان. على أن ذلك لا يعني أن الصمم يقود بالضرورة إلى سوء التوافق النفسي. ولا يعني وجود تأثير محدد قابل للتنبؤ لدى جميع الأشخاص المعوقين سمعياً تختلف عن خصائص الأشخاص ذوي الإعاقات الأخرى والعاديين، إلا أن البحوث أخفقت في تقديم أدلة على صحة هذا الاعتقاد. وهذا يعني أن الادعاء بوجود سيكولوجية خاصة للمعوقين سمعياً إنما هو مجرد وهم (الخطيب، الحديدي، ١٩٩٧)

إن الإعاقة السمعية تختلف اختلافاً جوهرياً من إنسان إلى آخر، فالعوامل المحددة للبناء النفسي للشخص عديدة ومتنوعة وقد بين الخطيب (١٩٩١) أن أثر الإعاقة السمعية على الفرد يعتمد على المعنى الذي تحمله بالنسبة له.

إن الدراسات المتوافرة تجمع عموماً على أن نسبة كبيرة من الأشخاص المعوقين سمعياً تعاني من سوء التكيف النفسي، وأنهم يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار العاطفي، وأنهم يذعنون للآخرين وأنهم أكثر قلقاً واكتئاباً وتهوراً، وأقل توكيداً للذات، وأشارت عدة دراسات (الخطيب ١٩٩٧) أيضا إلى أن المعوقين سمعياً يتصفون بالتشكك بالآخرين وبالعدوانية.

وكشفت دراسة عبد العزيز الشخص، ١٩٩٢ انخفاض مستوى السلوك التكيفي، وارتفاع مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين سمعياً بالنسبة لأقرانهم العاديين، وأن الأطفال المعوقين سمعياً الذين يخضعون لأسلوب الرعاية التعليمية الخارجية يتميزون بارتفاع مستوى سلوكهم أكثر من أقرانهم (القريطي

١٩٩٦) الذين يخضعون لأسلوب الرعاية والإقامة في مؤسسات داخلية. وتكشف (دراسة أبو فخر ٢٠٠٠)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 القلق ١٣% الخجل ١٧% الخوف ١١% السرقة ٣% الكذب ٦% العدوانية١١% (أبو فخر،٢٠٠٤)

تأهيل المعوقين سمعياً وتربيتهم:

التدخل المبكر. وهو نظام خدمات تربوي علاجي ووقائي يقدم للأطفال الصغار من عمر (صفر) وحتى (٦) سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة.

ويعد التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر ويرتبط ارتباطاً وثيقاً باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الكشف النمائي والاختبارات البيئية والصحية والوراثية وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وبفترة الحمل وفترة الولادة وما بعدها. فالتدخل المبكر في فترة نمو الطفل يعطي فرصة كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته. كما ويساعد الأسرة على تخطي مجموعة كبيرة من المشاكل التي سيتعرضون لها.

ويهدف التدخل المبكر إلى إجراء معالجة فورية وقائية، تهدف إلى تنمية قدرات الطفل في مجالات متعددة (الحركية، الاجتماعية، اللغوية).

كما وتهدف البرامج التربوية إلى تمكين ذوي الإعاقات السمعية من الاعتماد على أنفسهم وتقليل الاعتماد على الآخرين إلى أقصى درجة ممكنة ودمجهم في البيئة العادية بدلاً من عزلهم في مدارس خاصة بهم. ففي مرحلة ما

قبل المدرسة تلعب السنوات الأولى من عمر الطفل دوراً رئيسياً في تعليمه وتربيته لما لها من دور في النمو الكلي للفرد حين يواجه الفرد مشاكل في نموه العقلي أو الجسمي أو الانفعالي أو التربوي مما يفرض بالضرورة تقديم البرامج التربوية بشكل مبكر ومن المهم البدء في تعليم الطفل المعوق سمعياً طرق التواصل مع الآخرين خاصة من قبل والديه ولذلك تركز هذه البرامج على تدريس الوالدين وإرشادهم إلى كيفية تقديم المساعدة لهم لتعليم أولادهم طرق الاتصال بهدف تحقيق الآتي:

- تطوير مهارات الاتصال لدى الأطفال بكل أشكالها.

- توفير الفرص المناسبة لتفاعل هؤلاء الأطفال مع الأطفال السامعين وتكوين صداقات.

- تصحيح ما تبقى لدى هؤلاء الأطفال من قدرات في مجال السمع واستثمارها في اكتساب اللغة المنطوقة.

- تطوير استعدادات الأطفال لتعليم اللغة والقراءة والحساب والمهارات الأكاديمية الأخرى.

- تعليم الأطفال طرق التكيف وحل المشكلات

أما في مرحلة المدرسة فيقع على عاتق المدرسة تطوير مهارات القراءة والكتابة والحساب والعلوم والمواد الاجتماعية للطفل المعوق سمعياً، وذلك ضمن قدراتهم العقلية والبصرية والسمعية والحركية المتوفرة لديهم وتنمية عادات سلوكية متكيفة، وتعليمهم السلوك الاجتماعي وترسيخ القيم والأخلاق لديهم وروح المواطنة الصالحة، وتقديم الدعم العاطفي لهم من أجل التكيف مع زملائهم وأقرانهم في البيت والعمل.

التأهيل السمعي اللغوي:

يقصد بالتأهيل إعادة وظيفة مضطربة أو مفقودة إلى سابق عافيتها، أو استعادة جزء منها بالاستعانة بوسيلة تعويضية مناسبة، والتأهيل السمعي اللغوي الأصم هو العمل التربوي المنظم الذي يسعى من أجله تعويض حاسة السمع عبر وسائل تعويضية مناسبة قبل استخدام البقايا السمعية والحاسة البصرية والحاسة اللمسية- الحركية. وكل ذلك من أجل ترميم وإعادة تكوين ما فقده الطفل الأصم وتكوين الأسلوب التواصلي لتحقيق التفاعل والتواصل الاجتماعي (أبو فخر، ٢٠٠٤)

وتستخدم هذه الطريقة في تعليم أطفال الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة على مهارة الاستماع وتطويرها لديهم، ومن أجل التمييز بين الأصوات أو الكلمات باستخدام الوسائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد على نجاحها، بهدف توعية الطفل الأصم بالأصوات وتنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم بين الأصوات العامة والأصوات الدقيقة، وتدريب الأذن على الاستماع والانتباه السمعي، والإفادة من المعينات السمعية في توصيلها إلى الطفل لإسماعه ما يصدر عن الآخرين، وكذلك ما يصدر عنه من أصوات، وتمكينه من إخراجها وتقليدها وتكريرها مع تدريبه على تنظيم عملية التنفس وعلاج عيوب النطق، أي تعتمد هذه الطريقة على اكتساب المهارات الاتصالية اللغوية واستغلال البقايا السمعية.(القريطي، ١٩٩٦)

التأهيل السمعي والتأهيل اللغوي مرتبطان ببعضهما ارتباطاً وثيقاً، والتأهيل السمعي يخدم في مجال التأهيل اللغوي، والتربية السمعية لا تهدف إلى

رفع القدرة السمعية وإنما تسمح بتحسين المستوى السمعي للمتلقي والمعبر عنه بالمنحى البياني الذي يرسم له في تقنيات القياس.(أبو فخر، ٢٠٠٤)

ويسعى التدريب السمعي إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- استدارة الطفل الأصم نحو مصدر الصوت.
- جذب انتباه الآخرين من خلال إصدار بعض الأصوات.
- تقليد كلمة بسيطة.
- التعبير عن السرور.
- الاستجابة لتعبيرات الآخرين.
- التعبير عن حاجاته الشخصية.
- استخدام كلمات في جمل.
- استخدام الأسماء.
- كتابة موضوع تعبير مكون من فقرتين.

٣-أشكال التواصل اللغوي:

لم تستطع البحوث والدراسات أن تقدم أدلة علمية كافية توضح أي من الأسلوبين أكثر فاعلية في الاستخدام، استخدام طرق التواصل الشفوية والتي تسمح بالاندماج الاجتماعي للطفل الأصم أم استراتيجيات التواصل اليدوي ليستخدمها مع الأطفال الصم ومعلميهم.(الخطيب،١٩٩٧)

ـ التواصل الشفوي Lip Reading

ويقصد بذلك تنمية مهارة المعاق سمعياً على قراءة الشفاه وفهمها. أي أن يفهم المعاق سمعياً الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء الكلام من قبل الآخرين. أما قراءة الكلام (Speech Reading) فيقوم على تدريب الطفل الأصم وتوجيه انتباهه إلى الملاحظة لوجه المتحدث وإيماءاته ومراقبة ما يتخذه الفم والشفتان من حركات وأوضاع متباينة أثناء النطق والكلام، وحروف الكلمات المنطوقة، كالمد والضم والانطباق والفتح والتدوير وغيرها. وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية بما يساعد على فهم الكلام، مع الاستعانة بما تعكسه أسارير وجه المتحدث كالانبساط أو العبوس وإيماءاته وتعبيراته في ملء فجوات المعنى التي ربما شعر بها الطفل في أثناء عملية المتابعة والملاحظة.(القريطي، ١٩٩٦)

فمصطلح قراءة الكلام أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه، كونه يتضمن عدداً من المهارات البصرية الصادرة عن الوجه، بالإضافة إلى الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم.(الروسان، ١٩٨٩)

ويشير ساندرز (Sandres) إلى طريقتين من طرق تنمية مهارات قراءة الكلام/ الشفاه لدى الأفراد المعاقين سمعياً هما:

١- الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعاق سمعيا على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكيل المعنى المقصود.

٢- الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعاق سمعياً على الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام (الروسان، ١٩٨٩)

غير أن البصر لا يمكن أن يعوض بشكل كامل حاسة السمع المفقودة في استقبال البنى الكلامية. فقراءة الشفاه تعني كطريقة لتتبع الكلام من صعوبتين:

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

الثانية: أن كثيراً من مخارج الحروف وحركات أعضاء النطق متشابهة، ولها الصورة الشفوية نفسها تقريبا، وهذا يؤدي إلى الالتباس عند قارئ الشفاه، وذلك لتشابه رسمها الشفوي مثل أحرف (س،ش،ط،ض،د،ت،.....) (أبو فخر، ٢٠٠٥)

ويذكر فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي ١٩٨٠، أن من بين مشكلات هذه الطريقة أن النجاح في إتقانها يفترض مقدماً وجود أساس لغوي مناسب ومعرفة بقواعد اللغة، وثروة لفظية واسعة.

٢- الطريقة اليدوية - الإشارية (Manual Communication) وهي نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين والتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات. ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام لغة الإشارة (Sign Language) و التهجئة بالأصابع (Finger spelling)، وتعد هذه الطريقة ملائمة للأطفال الصم ممن لا يمكنهم سماع ما يدور حولهم وفهمه حتى باستخدام المعينات السمعية (الخطيب ، ١٩٩٧)

أ- لغة الإشارة (Sing Language) :

هي أسلوب بصري يدوي لاستقبال المعلومات والتعبير عنها والإشارات هي خليط من الأوضاع والأشكال والحركات في اليد تمثل كلمات أو أفكار محددة وهذه اللغة تسمح بالتواصل بين الناس الصم.

وتعرّف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى.

إن لغة الإشارة لغة متكاملة عند الصم، وتعلمها ضروري لكل الأطفال الصم بمستويات فقدانهم السمعي المختلفة، وتنميتها والتعرف 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 لغة الكلام المنطوق سيضيع فرص التعليم الطبيعي. لذلك ينبغي الانطلاق من هوية الطفل وحاجاته، وليس من مشكلة النقص في السمع لديه، ولغة الإشارة أداة تسمح للطفل الأصم بتطوير ذكائه وبناء شخصيته العميقة، والوصول إلى المعرفة المستمرة، وهي أداة للوصول إلى الذاكرة الجماعية للمجتمع وثقافته ، وتنطوي عملية التدريب على الإشارات لدى الصم الصغار من خلال احتياجاتهم الأولية في المأكل والمشرب والملبس، وفي حالات النوم والنظافة ثم تتوسع شيئاً فشيئاً للأمور المحيطة بالطفل. إن عملية التدريب يقوم بها الوالدان أو الأخوة (أبو فخر ، ٢٠٠٥)

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 الاحتياجات في 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.

ب- طريقة أبجدية الأصابع (Finger Spelling):

هي إشارات حسية مرئية يدوية للحروف الهجائية بطريقة متفق عليها. وهي طريقة أوجدها المربون لتكون مكملة لطريقة الإشارة، حيث تستخدم عندما يعجز الطفل عن إيجاد الإشارة المعبرة عن اسم أو معنى معين وترتكز هذه الطريقة على رسم حروف الهجاء بأصابع يد واحدة أو اليدين معاً.

ويمكن استخدام هذه الطريقة من قبل الأطفال في المرحلة المدرسية لتساعدهم على تهجئة الكلمات وقراءتها وتذكرها. وهي صعبة بالنسبة لأطفال في سن ما قبل المدرسة، نظراً لأن الطفل 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 وكذلك مشروعاً للأرقام الإشارية العربية.

٣- التواصل الكلي (Total Communication):

هذه الطريقة تدمج الكلام والإشارات والتهجئة بالأصابع والتدريب السمعي، أي طريقة تعتمد على الإفادة من جميع أساليب التواصل اللفظية واليدوية الممكنة. المزج بين توظيف البقايا السمعية إن وجدت وقراءة الشفاه ولغة الإشارة، وأبجدية الأصابع، بما يتلاءم وطبيعة كل حالة وظروفها لتنمية المهارات اللغوية لدى المعوقين سمعياً وإكسابهم المهارات التواصلية والتفاعل الإيجابي منذ طفولتهم المبكرة.

وأتت هذه الطريقة نظراً لأنه لا توجد طريقة واحدة تناسب جميع المعوقين سمعياً نتيجة اتساع الفروق الفردية فيما بينهم من حيث درجة الإعاقة وتوقيت اكتشافها، والاستعدادات الاتصالية التي يتمتعون بها.والظروف البيئية والأسرية لكل حالة.

ثبت بأسماء المراجع

١- أبو حلتم، سعيد(٢٠٠٥): مهارات السمع والتخاطب والنطق المبكرة، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.

٢- أبو فخر، غسان (٢٠٠٤) التربية الخاصة بالطفل ، دار الكتاب، جامعة دمشق.

٣- الخطيب، جمال والحديدي، منى(١٩٩٤): مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، مطبعة المعارف، عمان.

٤- الخطيب، جمال والحديدي، منى (١٩٩٧) : المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح للنشر، ط، عمان.

٥- الخطيب، جمال(١٩٩٧) الإعاقة السمعية ، دار الفكر ،عمان.

٦- الخطيب، جمال (٢٠٠١): أولياء أمور الأطفال المعوقين -- استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٧- الروسان، فاروق (١٩٨٩): سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، ط١ ، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان- الأردن.

٨- الزريقات، ابراهيم (٢٠٠٣) الإعاقة السمعية، دار وائل للنشر، عمان.

٩- سليمان، عبد الرحمن السيد (٢٠٠١) سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، الأجزاء (١،٢،٣،٤) ، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

١٠- سوروفي (٢٠٠٤) : ذوو الاحتياجات الخاصة في المراحل الدراسية المبكرة، ترجمة خالد العامري الطبعة الثانية، سلسلة تطوير التعليم - دار الفاروق.

١١- الشناوي محمد محروس(١٩٩٨). تأهيل المعوقين وإرشادهم. دار المسلم للتوزيع والنشر -الرياض.
١٢- عبد اللطيف، آذار عباس (٢٠٠٣) المرجع في تدريب وتعليم المعوقين سمعياً في المدارس العادية، دار كيوان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
١٣- العزة ، سعيد حسني(٢٠٠١) الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ط١، عمان- الأردن
١٤- قرشم، أحمد عفت ٢٠٠٤، مهارات التدريس لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة (النظرية والتطبيق ط١، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
١٥- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٦): سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي- القاهرة.
١٦- القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي جميل(١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للنشر والتوزيع، الإمارات العربية المتحدة – دبي

المراجع باللغة الإنكليزية:

- Margret Snowling, Communication Skills in Hearing Impaired Children 1998.
-Bawford and Spenders Hearing Impairment Auditiory, Perception and Language Disability 1994.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل السادس

الإعاقة البصرية

أولاً- الإعاقة البصرية

١- أهمية الحاسة البصرية

٢- آلية الإبصار

٣- أسباب الإعاقة البصرية

ثانياً – تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها

١- التعريف القانوني

٢- التعريف التربوي

أ- التصنيف الطبي القانوني للإعاقة البصرية

ب- التصنيف التربوي للإعاقة البصرية

جـ- التصنيف حسب تأثير الإعاقة على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر.

ثالثاً – نسبة انتشار الإعاقة البصرية

رابعاً – أثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة

١- النمو الجسمي الحركي

٢- النمو المعرفي

أ- الذكاء

ب-الخبرة بعالم الأشياء

ت-إدراك الشكل والعلاقات المكانية

ث-الخبرة بالألوان

ج-القدرة على التخيل والتصور البصري

ح-تكوين المفاهيم

خ-تعويض الحواس

د- الوعي المكاني

٣- النمو الكلامي واللغوي

٤- النمو الانفعالي-الاجتماعي

خامساً - حاجات الطفل الكفيف قبل المدرسة

سادساً - التدخل المبكر

أ - مرحلة الحضانة

ب - البرامج التي تقدم في دار الحضانة للطفل الكفيف

ج - مرحلة الروضة

Damascus University

الفصل السادس

الإعاقة البصرية

د.سعاد الملي

أولاً- الإعاقة البصرية

١- أهمية الحاسة البصرية

يحصل الإنسان من خلال الجهاز البصري وفي فترة زمنية أقصر على معلومات أكثر من تلك التي يحصل عليها من أي جهاز حسي آخر. وتزود العين الدماغ بإحساسات تتعلق بتفسير اللون وأبعاد الأجسام، والمسافة، والقدرة على متابعة الحركة في حالة بقاء الجسم ثابتاً وغالباً ما يسمى البصر بالقناة الحسية التي توصل الإنسان إلى ما هو أبعد من حدود جسمه، والتعلم العرضي الذي يحدث عن طريق أية حاسة أخرى. وغالباً ما يشار إلى أن حوالي ٩٠% مما يتعلمه الإنسان المبصر يحدث من خلال قناة البصر. فالطفل الذي لا يستطيع أن يرى لا يستطيع أن يتعلم من خلال القنوات التقليدية، و لهذا فلا بد من إتاحة الفرصة له لتطوير مهارة التنقل والوعي الفراغي، والنمو المفاهيمي. إن شدة الضعف أو العجز البصري و الفرص المتاحة للتعلم هي التي تحدد مدى حاجة الفرد إلى الاعتماد على الحواس الأخرى الحصول على المعلومات عن البيئة. والمعلومات التي تقدمها الحواس الأخرى تبقى محدودة، و بخاصة تلك المتعلقة بالتعلم اللفظي أو التفكير المجرد وإدراك العلاقات (حديدي ١٩٩٨)

على أن ذلك لا يعني أن عالم المعوقين بصرياً عالم محدود. فعالم المكفوفين و ضعاف البصر ليس أقل إثارة من عالم الأشخاص الذين يتمتعون بقدرات بصرية عادية، فهم يتمتعون بحب الاستطلاع و لديهم الرغبة في الاستكشاف والتعلم شأنهم في ذلك شأن الناس جميعاً. (الخطيب، الحديدي ١٩٩٧)

٢ – آلية الإبصار

تشمل عملية الإبصار على تركيب معقد، فالعين عبر أجزائها المختلفة الخارجية والداخلية تشكل أقساماً مختلفة تتألف من الأجزاء الآتية: الصلبة: وهي طبقة سميكة بيضاء مكونة من ألياف متينة وظيفتها حماية الأجزاء الداخلية، والقرنية: وهي امتداد للصلبة من الأمام وهي شفافة تسمح بمرور الأشعة الضوئية إلى داخل العين، والمشيمة: 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 محدب 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 حاسة، غير كاملة من الأمام وتحوي جسماً هلامياً نصف سائل يعرف بالجسم الزجاجي، ويخرج من الشبكية العصب البصري الذي يتصل في النهاية بالدماغ، و المنطقة القفوية فيه هي المسؤولة عن الإبصار. أما الآلية التي يتم بها الإبصار، فتتم عن طريق استقبال عدسة العين للأشعة الضوئية من المرئيات،

فتنكسر على سطحها وتتجمع على سطح الشبكية، وتتكون بذلك صورة مقلوبة للمرئي ينقلها العصب البصري إلى مركز الإبصار في المخ .

وكثيراً ما تجري مقارنة العين مع آلة التصوير، ولكن هذه الآلة تنظم بواسطة "الحدقة" كمية الضوء الداخلة و تقوم بإحكام وضع الصورة (بواسطة عدسة أو جسم بلوري) على سطح حساس ضوئياً (الفلم أو الشبكية)، وتقوم الخلايا المتلقية لشبكية 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 تغص بالعصي و المخاريط تسمى الحفيرة Forea التي تسمح بالرؤية الواضحة تماماً. (أبو فخر، ٢٠٠٤)

٣- أسباب الإعاقة البصرية

قد يفقد الفرد بصره كلياً أو جزئياً بسبب الحوادث والإصابات، أو نتيجة الأمراض المعدية كالرمد والتراخوما، أو بسبب الأمراض غير المعدية كمرض السكر، والإصابة بالحصبة الألمانية والزهري وقد يؤدي سوء التغذية ونقص فيتامين (أ) إلى ظهور عيب في الرؤية. أما العوامل الوراثية فإنها تكون مسؤولة عن حدوث عمى الألوان أو الإصابة بالمياه الزرقاء. إضافة إلى هذه الأسباب، توجد عوامل أخرى تسبب الإعاقة البصرية كالمشكلات في القرنية أو العدسة وفي الشبكية أو الضغط في العين وفي العصب البصري أو مركز الرؤيا في المخ، وهناك أسباب مرضية غير معروفة حتى الآن، وقد أحرز التقدم في الطب إلى كشف أمراض كثيرة تصيب العين وأسبابها وتشخيصها ومن ثم علاجها وبالتالي تخفيف نسبة هذه الأمراض التي تحصل قبل الولادة أو بعدها

(سليمان،٢٠٠٥)

ثانياً: تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها Visual Impairment

وهي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفاعلية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه. والإعاقة البصرية هي ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة وهي البصر المركزي والبصر الثنائي، والبصر المحيطي ورؤية الألوان. وهذا الضعف ينتج عن تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو الجروح في العين. ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعاً هي الإعاقات التي تشمل البصر المركزي.

وبشكل عام يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين:

- المكفوفون (Blind)
- المبصرون جزئياً (Partially Sighted)

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين، وهما الزاوية القانونية الطبية والزاوية التربوية.

١ - التعريف القانوني

ويهدف هذا النوع من التعريف إلى تحديد مدى أهلية الأفراد الذين يشملهم التعريف للحصول على التسهيلات والحقوق والضمانات المحلية التي يكفلها لهم القانون كمواطنين مثل الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية و التأهيلية وغيرها. ويعرّف بعض الباحثين الكفيف من حيث درجة الإبصار ومجال الرؤية بأنه " الشخص الذي يفقد البصر كلياً أو من لديه إدراك للضوء فقط أو الذي لديه إدراك للشكل، وتصل حدة الإبصار لديه إلى ٦/٦٠ أو ٢٠/٢٠٠ في العين

الأقوى بعد استخدام النظارات وأوسع مجال بصري بزاوية لا تزيد عن ٢٠ درجة. والمقصود بحدة البصر هو القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة، مثل قراءة حرف أو أرقام أو رموز أخرى وعلى وجه التحديد، فإن حدة البصر هي مقياس لقدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يصبح مُركزاً على الشبكية. وحدة الإبصار العادية هي (٢٠/٢٠) أو (٦/٦) وذلك يعني أن الفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة سنلن على بعد ٢٠ قدم أو ٦ أمتار، فإذا كانت حدة البصر لدى الفرد (٢٠٠/٢٠) أو دون ذلك فهو مكفوف طبياً وقانونياً. أما مجال الرؤية أو حقل الإبصار فهو المساحة الكلية التي يستطيع الشخص أن يراها في وقت معين دون تحريك المقلتين. ويقاس حقل الإبصار بالدرجات فبعض الأفراد يكون حقل الإبصار لديهم ضيق جداً بحيث يسمى بصرهم بالبصر النفقي (Tunnel Vision) ويكون من الصعب على هؤلاء الانتقال من مكان إلى آخر وهذا ما ينطبق على من لديه مجال بصري يقل عن ٢٠ درجة. إن مجال البصر للإنسان العادي حوالي ١٨٠ درجة فإذا أصبح أقل من ٢٠ درجة فالشخص يعتبر مكفوفاً قانونياً .

و يصنف المعوقين بصرياً طبياً و قانونياً إلى فئتين أساسيتين هما:

المكفوفون : هؤلاء الأفراد لديهم حدة بصر تبلغ ٢٠٠/٢٠ أو أقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة أو لديهم حقل إبصار محدود لا يزيد عن ٢٠ درجة.

مبصرون جزئياً: هؤلاء الأفراد التي تكون حدة أبصارهم تقع بين ٢٠/٢٠٠، ٢٠/٧٠ في أحسن العينين بعد التصحيح.

٢ – التعريف التربوي

يتناول بعض الباحثين التعريف التربوي للمعوقين بصرياً من حيث التركيز على كيفية تعلم هذه الفئة من الأفراد. ومن أكثر التعريفات المستخدمة حالياً تعريف باراجا ١٩٧٦ Barraga. الذي ينص 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 والمواد التعليمية ليستطيعوا النجاح تربوياً. و من ناحية علمية تربوية يصنف الأطفال المعوقون بصرياً إلى فئتين.

أ- **الفئة الأولى:** هي فئة المكفوفين، وهم الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة و يطلق عليها اسم قارئي برايل.

ب- **الفئة الثانية:** هي فئة المبصرين جزئياً، و هم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضاً قارئي الكلمات المكبرة.

أما تعريف هيئة اليونسكو للكفيف فهو: " الفرد الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة ويعتمد على الاستفادة من حواسه الأخرى في التعليم" ويتفق معها (Berdin) حيث يقول : الطفل المعوق بصرياً تكون قدرته على الرؤية غير فعالة أو بها عائق يحول دون استخدامها في التعليم، و يقسم هذه الفئة من حيث الرؤية الوظيفية للتعلم إلى فئتين.

١- المكفوفون: هم الأفراد الذين يفتقدون الرؤية التفصيلية للأشياء، ويتعلمون خلال برايل والمواد اللمسية والسمعية.

٢- المبصرون جزئياً : هم الأفراد الذين لديهم بقايا إبصار ويستطيعون استخدامها في التعلم مع متطلبات خاصة تساعدهم على الإنجاز .

ويتوصل عبد الرحمن إبراهيم حسين إلى أن معظم التعاريف تتفق على التعريف القانوني للمعوق بصرياً وجاء في التعريف التربوي:

الكفيف: هو الفرد الذي يفقد البصر كلياً أو لديه بقايا إبصار تصل إلى ٦٠١٦ أو ٢٠٠١٢٠ لأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية، و يحتاج إلى مواد تعليمية خاصة مثل برايل والتسجيلات السمعية.

ضعيف البصر: هو الفرد الذي تنحصر قوة إبصاره بين ٦٠١٦ أو ٢٠٠١٢٠ و بين ٢٤١٦ أو ٧٠١٢٠ بالعينين أو بالعين الأقوى بعد التصحيح بالعدسات الطبية ويحتاج إلى معينات تساعده على التعلم كالمكبرات ومطبوعات النسخ المكبرة.

كما يمكن تقسيم المعوقين من حيث تأثير الإعاقة على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر إلى الفئات الآتية:

١- مكفوفون كلياً: **The Totally Blind**

وهم المصابون بفقدان تام للبصر، وتكون قوة أبصارهم صفراً و تنقسم هذه الفئة إلى قسمين:

أ- مكفوف كلياً؛ منذ الولادة أو مكتسب قبل سن الخامسة.

ب-مكفوف كلياً؛ منذ الولادة أو مكتسب بعد سن الخامسة.

٢- مكفوفون جزئياً (ذوي الرؤية المنخفضة) **Low Vision**

وهم المصابون بقصور حاد في قوة الإبصار، فلا يزيد عن ٦٠١٦ أو ٢٠٠١٢٠ و تنقسم هذه الفئة إلى:

أ - مكفوفون جزئياً منذ الولادة أو مكتسب قبل سن الخامسة.

ب – مكفوفون جزئياً منذ الولادة أو مكتسب بعد سن الخامسة.

وقد اعتمد الباحثون سن الخامسة بالذات لأن الطفل في هذه السن، يستطيع أن يكون فكرة عن الأشكال والصور التي يراها و يحتفظ بها في الدماغ وتكون لديه القدرة على تذكر أشكالها.

– ضعاف البصر:

و هم المصابون بقصور في قوة الإبصار تنحصر بين ٦٠/١٦ ، ٢٤/٦٠ وتنقسم هذه الفئة إلى قسمين :

– حالات الضعف الثابتة (ولادي أو مكتسب)

– حالات الضعف الطارئة.

ثالثاً: نسبة انتشار الإعاقة البصرية.

تقدر الإحصائيات المتعلقة بنسبة انتشار الإعاقة البصرية وجود مابين ٠,٥ – ١,٥ من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات بصرية ذات دلالة واضحة و هذه النتائج تتباين من دولة إلى أخرى، كما تشير الإحصائيات أن مابين ١٥ إلى ٥٠ من كل ١٠٠٠ لديهم إعاقة بصرية شديدة، وأنه هناك ما يزيد على ٣٥ مليون مكفوف وحوالي ١٢٠ مليون ضعيف بصر في العالم، وأن حوالي ٨٠ % من المعوقين بصرياً يوجدون في العالم الثالث، و تزداد نسبة الإعاقة البصرية مع تقدم العمر و تزداد في الدول التي تفتقر إلى الرعاية الصحية المناسبة.

رابعاً: أثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة.

إن للعاقة البصرية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو المختلفة. وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة من أهمها:

(أ)- العمر عند حدوث الإعاقة البصرية (الخطيب ، ١٩٩٧)، فالأطفال الذين يفقدون بصرهم قبل سن الخامسة لديهم القليل من التخيل و التذكر البصري كتذكر الألوان مثلاً(Lowen Feld-1980). بينما الأطفال الذين يفقدون بصرهم بعد سن الخامسة يتعرضوا إلى صعوبات نمسية أكثر من التذكر البصري، و يتعرضون لمشكلات عاطفية كثيرة بسبب فقدانهم للرؤية، و مثل هذه المشكلات تزداد احتمالات حدوثها كلما كان الفقدان في مرحلة عمرية لاحقة (الحديدي، ١٩٩٨)

(ب)- شدة الإعاقة البصرية .

(ج)- نوع الإعاقات الأخرى المصاحبة للإعاقة البصرية وشدتها .

(د)- الفرص المتاحة للفرد للتعلم و النمو. فالحالات التي تتضمن بقايا بصرية تنطوي على فوائد جمة على الصعيد التربوي.

١ - النمو الجسمي الحركي:

بينت البحوث العلمية أن الإعاقة البصرية ليس لها أثر مباشر على مظاهر النمو. فالأشخاص المعوقون بصرياً لا يختلفون عن الأشخاص المبصرين من حيث الحجم أو المظهر الجسمي ومهارات التآزر العضلي، والقوة الجسمية لا تتأثر سلباً أو إيجاباً بالإعاقة البصرية (Demott,1982) ، (الخطيب ، ١٩٩٧)

وأن الأطفال ذوي الإعاقات البصرية يمرون بنفس المراحل التي يمر بها الأطفال المبصرون من ناحية جسدية إلا أن نموهم يتصف بكونه بطيئاً. وهذا يعود إلى العوامل ذات العلاقة المباشرة بفقدان البصر والقيود التي يضعها الأخرون على نشاطاتهم وعدم قدرة هؤلاء الأطفال على رؤية النماذج السلوكية أو غياب الإثارة البصرية اللازمة لاكتساب المهارات المختلفة والإصابة بإعاقات أخرى مصاحبة للإعاقة البصرية (كالإصابة بتلف في الدماغ أو التخلف العقلي) قد تؤدي إلى عرقلة النمو الجسمي الحركي (الحديدي ، ١٩٩٨)

بينما يترتب الإعاقة البصرية المختلفة آثار غير مباشرة على بعض الخصائص الجسمية و الحركية، ففي حين نجد النمو الجسمي في الطول والوزن يسير على نحو لا يختلف عن نمو الأطفال المبصرين فإن بعض القصور يمكن أن يلاحظ في المهارات الحركية (القريوتي والسرطاوي والعمادي ، ١٩٩٥)

إن عدم القدرة على الإبصار تحد من الدافعية للوصول إلى الأشياء و البحث عنها ربما لأن المصابين بها لا يعرفون أنها موجودة، فالطفل المعوق بصرياً يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الأصوات و الوصول إليها.حيث أن نقص الرؤية يحرم الطفل من المتابعة البصرية و يقلل من فرص اكتساب المهارات الجسمية ويقلل من تآزر اليد و تطور الحركات الدقيقة، و تنخفض دافعية المعوق للوصول إلى الأشياء التي يرغب بها في البيئة، و أن عدم تشجيع الطفل على القيام بالنشاط الجسمي قد يزيد من عرقلة التطور الحركي.

واستمرار غياب الدافعية للحركة والمشي يؤدي إلى محدوديـة اسـتخدام العضلات الضرورية و الضبط الجيد للجسم و يؤدي إلى تدني المقـدرة علـى اكتشاف البيئة.

والطفل المعوق بصرياً لديه محدودية في التعلم البـصري (الـتعلم عـن طريق التقليد).

فالأفراد يتعلمون الكثير بطريقة الملاحظة والتقليد، ومن خلال ذلك الـتعلم يعدل الفرد المهارات التي يتعلمها من خـلال الممارسـة وفـي ذلـك تطـوير للمهارات الجسمية الحركية. (حديدي ، ١٩٩٨)، ونتيجة لذلك فـإن نمـو الطفـل المعوق بصرياً من حيث معدل سرعته بطيئاً. فالتنقل الآمن والفعـال والمـستقل يتطلب أولاً تطور الإدراك بأجزاء الجسم، و فهم الاتجاهات والوضع في الفراغ والمهارات اللازمة للجلوس والوقـوف، ومـن ثـم المـشي. وقـد لاحظـت فريبرج (Frelberg, 1977) تأخراً في النمو الحركي لدى الأطفـال المعـوقين بصرياً. وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم استثارة لدافعية هؤلاء الأطفال . من العوامل التي يعتقد أن لها علاقة مباشـرة بالتـأخر الحركي عند الأطفال المعوقين بصرياً الآتي:

١- حماية الأهل الزائدة.

٢- عدم محاولة الوصول إلى المثيرات الصوتية في البيئة.

٣- العلاقة بين محاولة الاستكشاف و الشعور بالأمن النفسي.

٤- التخيل الجسدي و وضع الجسم في الفراغ.

٥- الثقة بالنفس و الثقة بالآخرين.

٦- العوامل الإدراكية.

على أن الأطفال المعوقين بصرياً يظهرون مظاهر جسمية نمطية، كانت تسمى في الماضي لزمات العمى (Blindisms) و تسمى حالياً الاستجابات الحركية النمطية (Mannerisms) و هذه الاستجابات تشمل الضغط على العين بأصابع اليد وشد الشعر وتحريك اليد بطريقة غير هادفة والدوران في المكان والحملقة في مصدر الضوء. (الخطيب ، ١٩٩٧)

ويحدد (القريوطي والسرطاوي والصمادي ، ١٩٩٥) ثلاثة اتجاهات نظرية حاولت تفسير ظاهرة السلوك الحركي النمطي لدى المعوقين بصرياً وذلك على النحو الآتي:

الاتجاه الأول : يؤكد على أن الحرمان الحسي (Seneory Deprivation) المتمثل في انخفاض مستوى الإثارة الحسية نتيجة لفقد البصر أو ضعفه يدعو الطفل إلى محاولة التعويض عن طريق الإثارة الذاتية.

الاتجاه الثاني : يؤكد على الحرمان الاجتماعي (Social Deprivation). حيث أن العزلة الاجتماعية تدفع الفرد إلى الإثارة الذاتية عن طريق السلوك النمطي.

الاتجاه الثالث: يرى أن السبب هو الضغوط و التوترات الانفعالية هي السبب وراء استسلام الفرد المعوق إلى أنماط مألوفة من السلوك الحركي .

أما منى الحديدي، ترى أن فرص إشباع الحاجات الأساسية للحركة قد تؤدي إلى أن يبحث الأطفال عن الرضا من خلال قيامهم بنشاطات جسمية نمطية غير هادفة.

يكتسب عامل الحركة والانتقال أهمية بالغة بالنسبة للطفل الكفيف، وإذا لم يكن الطفل قد لقي تشجيعاً وتدريباً ملائماً على تنمية وتطوير مهارات الحركة، فإن نجاحه في تحقيق التوافق الكلي يصبح مهدداً. (عبد الرحمن إبراهيم ٢٠٠٣)

وقد أشار (لونفيد) إلى أن الحركة تتضمن مكونين أساسين هما: التوجه العقلي و الانتقال البدني.

التوجه العقلي (Mental Orientation) يعرف بأنه قدرة الفرد على أن يدرك ما يحيط به والعلاقات المكانية و الزمانية المتضمنة. والانتقال البدني (Physical Locomotion) يعرف بأنه حركة الكائن الحي من موضوع إلى آخر بواسطة الميكانزمات العضوية.

أما هيل (Hill) فيرى أنه يتكون مسمى التوجه والحركة من مصطلحين متلازمين الأول التوجه والتهيؤ (Orientation) ويعرف بأنه عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه وعلاقته بجميع الأشياء الأخرى المهمة في بيئته. والمصطلح الثاني هو الحركة (Mobility) وتعرف بأنها قدرة واستعداد الفرد على التنقل في البيئة بأمان وفاعلية من مكان إلى آخر.

ويصنف (لون، وجيروسكات) التوجه بأنه يمثل الجانب العقلي في عملية التنقل، بينما تمثل الحركة الجهد البدني المتمثل في الأداء السلوكي للفرد.

هناك عدة عوامل مؤثرة في حركة الكفيف من أهمها الإحساس بالعوائق. حيث تتسبب الإعاقة البصرية في فقدان القدرة على إدراك العوائق وبالتالي تجنبها وهي بذلك تحد من قدرة الكفيف على التنقل بحرية في البيئة. وأجريت العديد من الدراسات التي استهدفت التعرف على تفسير يشرح إحساس الكفيف

بالعائق وما هو العامل المسؤول عن ذلك، أجمعت معظم الدراسات على أن السمع هو الميكانزم الصوتي المسؤول عن إحساس المكفوفين بالعوائق و منها دراسات (تروشال، فيلي، دولانسكي). كما أشارت الدراسات إلى أن التغيرات في ارتفاع الصوت ليس شرطاً ضرورياً كافياً للإحساس بالعوائق، بل إن التغيرات في الطبقة الصوتية هي الظرف الضروري والكافي للإحساس بوجود العوائق.

ولكي يقوم الكفيف بالحركة الصحيحة فإنه يستخدم جميع حواسه، ويعد فهم العلاقات المكانية مفتاح الحركة الجيدة. لذا كان من المهم أن يتعلم الأطفال المعوقين بصرياً هذه العلاقات في وقت مبكر من حياتهم. وكلما ازداد عدد المواقف البيئية التي يتعرض لها الأطفال، وازداد تنوعها، كلما سهل عليهم تفسير التركيبات البيئية التي يواجهونها مثل الجدران والأبواب والسلالم والأرصفة، وتعد البيئة المنزلية مركز الاهتمام في مجال التدريب على الحركة في وقت مبكر من حياة الطفل المعوق بصرياً.

وفي دراسة للباحث فريبرج (Fraiberg,1977) وجد أن الأطفال المكفوفين ولادياً مقارنة بأقاربهم المبصرين يعانون من ضعف في ثلاث نواح وهي:

أ- الوصول إلى الأشياء

ب- الحركة(مثلاً لا يتعلم الطفل الزحف إلا بعد أن يستجيب للأصوات)

جـ- وضع اليدين في خط الوسط للجسم من أجل التآزر

وقد لاحظت فريبرغ الآتي:

١- إن عدم توافر الفرص للمكفوفين للتعبير عن الاستعدادات العضلية للزحف والوصول إلى الأشياء، يؤدي إلى السلوك النمطي.

٢- استجابة الأطفال في الدراسة للتدريب على المهارات الحركية، وهذا يعني أن التأخر الحركي ليس شيئاً حتمياً لدى المكفوفين. إضافة إلى ذلك فإن هناك مشكلات حتمية يواجهها المعاق بصرياً متعلقة بإتقان المهارات الحركية وتنحصر هذه المشكلات في:

أ- التوازن؛ ب- الوقوف والجلوس؛ ج- الاحتكاك؛

د- الاستقبال أو التناول؛ هـ- الجري .

ولقد أرجع (ريان ،١٩٨١) هذا القصور في المهارات الحركي، لدى المعاقين بصرياً إلى خمسة عوامل رئيسية وهي:

١- نقص الخبرات البيئية و ينتج عنه:

(أ) محدودية الحركة

(ب) قلة المعرفة بمكونات البيئة

(ج) القصور في تناسق الإحساس الحركي

(د) القصور في التناسق العام

(هـ) نقص في المفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرون.

(و) فقدان الحافز للمغامرة

٢- عدم القدرة على المحاكاة والتقليد

٣- قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية

٤- الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور والتي تسبق الطفل عن اكتساب خبرات حركية مبكرة.

٥- درجة الإبصار، حيث تتيح القدرة على الإبصار للطفل فرصة النظر إلى الأشياء الموجودة في بيئته والتعرف على أشكالها وألوانها وحركتها مما يؤدي إلى جذب انتباهه وإثارة اهتمامه بها فيدفعه هذا إلى التحرك نحوه للوصول إليها، فيساعد ذلك على تنمية مهاراته الحركية وتدريبها في وقت مبكر.

٢- النمو المعرفي

إن البصر الوسيلة الأساسية التي يعتمد الفرد عليها للتعرف على بيئته وتطوير مفاهيمه ولتحليل العلاقات بين الأشياء وحل المشكلات. فالبصر يتيح للطفل معرفة أن الأشياء مستقلة عنه ويتيح له فرص التعلم عن طريق التقليد والاستجابة للآخرين عن طريق تقليدهم، كما ويعمل البصر على وضع أسس الاتصال اللفظي بالآخرين. فالطفل قبل أن يناغي يهتم بالشخص الذي يراه.

إن أثر الإعاقة البصرية على النمو المعرفي قد لا يكون ملحوظاً في الشهور الأولى من عمر الطفل، ولكن عندما يبلغ الطفل الكفيف عمر (٤-٥) شهور فقد لا يندفع إلى الأشياء التي توضع بين يديه أو يوجه يديه نحوها وهذا يؤخر انتباهه إلى العالم من حوله، ومع أن حاستي السمع واللمس قد تعطيان نماذج منظمة، لكنهما لا تؤديان نفس الوظيفة المتكاملة الكلية التي تؤديها حاسة الإبصار. لذا يجد الطفل صعوبة في تمييز نفسه عن الآخرين. وفي مرحلة متقدمة يجد الطفل صعوبة في عمليتي التمثل والموائمة (في مرحلة ما قبل العمليات) وذلك بسبب محدودية الخبرات البيئية (حديدي ، ١٩٩٨)

ومن الأشياء البيئية التي يصعب على الكفيف الوصول إليها الأشياء الصغيرة جداً والأشياء الكبيرة جداً والبعيدة والحيوانات الخطرة، ومفهوم اللون والعلاقات المكانية. كما ويجد الطفل المكفوف صعوبة في مفهوم الوقت والمسافة.

إن الطفل المعوق يفتقد شيئاً بالغ الأهمية لأنه لا يستطيع استخدام البصر وإنما يلجأ إلى الحواس الأخرى (اللمس، السمع) لاكتساب المعرفة. وكنتيجة لذلك لا يكتسب الطفل المعرفة الكافية عن بيئته.

أ - الذكاء

لم توضع اختبارات شفهية خاصة لقياس ذكاء المكفوفين، ولكن طبقت الاختبارات الخاصة بالمبصرين على المكفوفين بعد تعديلها وأشهرها اختبار ستانفورد وبينيه (Stanford- Binet) الذي قام بتعديله صموئيل هايز (Samuel Hayes)، عام ١٩٤٢ وقد اتفق عدد من الباحثين على أن الذكاء العام للمكفوفين أقل من الذكاء العام للمبصرين ولكن بفرق بسيط يمكن إهماله، كما بينت دراسات "جان بياجيه" أن المكفوفين يتعرضون إلى تأخر في النمو العقلي (يتراوح بين سنتين وثلاثة سنوات)، وأن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى لدى المكفوفين، وأن نسبة المتخلفين في الذكاء عند المكفوفين أعلى منها عند المبصرين.

إننا ندرك أن الذكاء هو نتاج جزئي للخبرات التراكمية في حياة الإنسان وبخاصة خبرات الطفولة المبكرة. وبناء على ذلك فإن الإعاقة البصرية هي إعاقة رئيسية وحالة قد تعيق النمو المعرفي لأنها تحد من تكامل وفهم الخبرات التي يمر بها الإنسان المبصر بصورة طبيعية عبر حاسة البصر (الخطيب،

وتشير دراسات أوسبون- تيلمان (Osbonne & Tillman) إلى أن الطفل الكفيف أقل تذكراً للأشياء من المبصر، وأنه غير قادر على الربط بين الأشياء وترابط الأفكار والموضوعات، وتشير دراسات سكيفارتز- كيفارت (Schivartz & Kepharprt) إلى أن الطريقة التي يكتسب فيها الطفل الكفيف معلوماته الخارجية تتم بصورة مشوهة ومنقوصة في فهم الأشياء البسيطة والأفكار الواضحة، كما أن تقبلهم للعالم المحيط بهم غير كامل وحركاتهم محدودة (عبد الرحمن ، ٢٠٠٣).

ويشير كيرك وجلوفر ١٨٨٩ إلى أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على ذكاء الإنسان باستثناء كونها تحد من إمكانية استخدام بعض المفاهيم البصرية، ودعم ذلك الاعتقاد الدراسة التي أجراها صموئيل هايز (Samuel ١٩٤٤ Hayes,).فقد بينت النتائج أن المعدل العام للذكاء لدى هؤلاء الأطفال كان ضمن المعدل الطبيعي.

ب - الخبرة بعالم الأشياء (الإدراك)

إن إدراك الشيء هو وجوده بمعنى أن الأشياء تدرك وتوجد طالما كانت حواسنا قادرة على الإحساس بها. وبهذا تصبح الأشياء كاملة الإدراك لمن كانت حواسه كلها سليمة. أما من فقد حاسة من حواسه فيكون إدراكه ناقصاً. وبذلك يمكننا أن نقرر بأن إدراك الكفيف للأشياء إدراكاً ناقصاً لا يملك القدرة على الرؤية، ويلعدم بالتالي وجود البعد البصري فيها، وتصبح الأشياء معروفة لديه بأبعادها الأربعة فقط (السمع والشم والتذوق واللمس) وتصبح خبراته عن الأشياء دون مستوى البصر.

عند محاولة تحديد الأهمية الخاصة للحواس المتبقية لنمو الطفل الكفيف، من الضروري أن نفهم الوظائف الأساسية لحاستي السمع واللمس كقنوات ووسائل للحصول على المعرفة وتنميتها بطريق وظيفية.

تمكن حاسة السمع الكفيف من الحصول على معلومات من خلال الاتصال اللفظي، وتحافظ على بقاء الفرد على اتصال المظاهر الاجتماعية والمادية في البيئة، إلا أنه بالنسبة للاتصال بالبيئة المادية فإن كفاءة السمع تتقلص وتنخفض إلى حد كبير. فالسمع يعطي فكرة عن بعد المسافة عن الشيء واتجاهه لكنه لا يعطي أية معلومات عن طبيعة الشيء. ويبقى السمع من المصادر الأساسية التي يستمد منها الطفل الكفيف خبراته عن عالم الأشياء منذ الميلاد. وكذلك تساعد حاسة اللمس الكفيف على إدراك الحجوم والأشكال. إلا أنها لا تستطيع إدراك المسافات البعيدة أو إدراك الحجوم الكبيرة والألوان، والتمييز بواسطة اللمس لا يكون له أثر فعال إلا إذا كان هناك اتصال مباشر بين الكفيف والشيء نفسه، وهذا يحد من قيمة هذه الحاسة، فهناك أشياء لا يمكن لمسها كالشمس والسحاب، وهناك أشياء ضخمة لا تخضع للملاحظة عن طريق اللمس كالمباني والجبال والشجر، ونجد أيضاً الأشياء المتحركة كالسيارات والأشياء الحية الخطرة والأشياء في ظروف معينة كالاحتراق والغليان، وكل هذه الأشياء تتفوق حاسة البصر في إدراكها عن حاسة اللمس.

وتعد حاسة اللمس مهمة في معرفة بعض الخبرات المهمة كخاصية السطح ومثل الخشونة أو النعومة والاستواء أو التعرج وكذلك درجات الحرارة والوزن والسماكة والحجوم والمرونة والصلابة. وفي تمييز المساحة ومعرفة الصفات المكانية للأشياء. كما أن حاسة الشم تعطي معطيات لا بأس بها عن الأشياء والأماكن المختلفة و لا سيما تلك التي لها روائح مميزة ومحدودة.

وتساعد حاسة التذوق في معرفة خصائص الأشياء مثل الحموضة والقلوية والحلاوة والملوحة.(عبد الرحمن ، ٢٠٠٣)

ت - إدراك الشكل والعلاقات المكانية

يتفق كل من هيلر وستينبرغ على أن حاسة اللمس هي الحاسة الوحيدة لاكتساب المدركات المكانية بالنسبة للأشخاص المصابين بفقد البصر الولادي.ويميز هيلر بين نمطين من إدراك الأبعاد المكانية من خلال اللمس.

١- نمط اللمس المحيط (Enveloping Touch): وفيه يتم تطويق الأشياء الصغيرة بالسماح لإحدى اليدين أو كلتاهما بملاحظة الشيء، ويسمى أيضاً اللمس التركيبي، إذ أن شكل الشيء يدرك كمرة واحدة تقريباً.

٢- نمط اللمس التحليلي (Analytical Touch): وفيه يتم إدراك الأشياء الكبيرة التي تمتد إلى أبعد من المدى المحدود لإحدى اليدين أو كلتاهما، وفي هذه الحالة تتبع الأيدي شكل الشيء من خلال الحركة لاكتساب انطباعات متتابعة من أجزاء الشيء. ويعتقد ستينبرج بناء على البحوث التجريبية بوجود عماية عقلية أطلق عليها امتداد المكان اللمسي.

ث - الخبرة بالألوان:

القدرة على تمييز الألوان هي خاصية بصرية تحدث نتيجة لتأثر شبكية العين بالضوء المنعكس من الشيء. ولا يوجد عضو حسي آخر يمكن من القيام بهذه الوظيفة، وعلى ذلك فالكفيف لا يمكنه تمييز اللون لأن شبكة العين غير قابلة للاستثارة الضوئية، أو لأن المراكز البصرية في المخ مصابة بالتلف، ومن ثم يكون إدراك اللون معدوماً.

على ذلك، فإن الأشخاص المكفوفين ولادياً والذين يفقدون أبصارهم في فترة مبكرة من حياتهم لا تكون لديهم أية ذاكرة بصرية، ولا يتكون لديهم أية أفكار حقيقية عن الألوان، فيكونون أفكاراً بديلة عن الألوان تقوم على ارتباطات لفظية وحسية وعاطفية، ولما كانت مثل هذه الارتباطات اللونية تختلف من فرد إلى آخر، كما تختلف من وقت إلى آخر عند الفرد الواحد، فإن الأفكار البديلة عن الألوان لا تكون دائمة أو مستمرة، يتعلم الأطفال المكفوفين الارتباطات الشائعة عن الألوان مثل السماء الزرقاء، الدم الأحمر، الثلوج البيضاء، لأنها جزء من الثروة اللفظية الاجتماعية التي يحتاجون إليها لتعزيز التواصل مع مجتمع المبصرين.

ج - القدرة على التخيل والتصور البصري:

القدرة على التخيل والتصور البصري هي استدعاء ما سبق أن شوهد فعلاً، والنشاط التخيلي يرتكز على عمليتين هما:

١- استرجاع الصورة الحسية في الذهن (التخيل الاستحضاري)

٢- ربط هذه الصور ببعضها بعضاً بحيث تستحدث مركبات ذهنية جديدة (التمثيل الإنشائي).

والقسم الباحثون في تناولهم لمفهوم التخيل عند الكفيف إلى فريقين ذهب الفريق الأول إلى أن الكفيف رغم عجزه عن الرؤية قادر ببصيرته على أن يرى الأشياء ويصفها بدقة شأنه في ذلك شأن المبصر، ويستند هؤلاء إلى ما يأتي به المكفوفون ببعض الصور البصرية الحافلة بالحركة الفائقة الدقة والوصف. وذهب الفريق الآخر إلى أن هذه الصور البصرية ليست أكثر من تركيب لفظي لعب فيه الاقتران دور كبير، حيث حفظه الكفيف ثم استدعاه لتركيب صور

بصرية لا تقابل في ذهنه شيئاً يمت إلى الواقع المرئي بصلة، وهذا الاقتران قد لا يكون دائماً لفظياً بل يكون اقتراناً بين إحساسين أحدهما بصري والإحساس الآخر المقترن به أي أنه لا يدرك الإحساس البصري إلا عن طريق إحساس آخ، فقد يصف الكفيف السماء بأنها صافية لكنه لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا عن طريق الإحساس الآخر الذي يصاحبه وهو الإحساس بهدوء الجو الذي لا يتخلله رياح أو مطر.

وقد قام سمير الدرويبي بدراسة تحليلية لأحلام المكفوفين والمبصرين وأشارت النتائج إلى أن العناصر البصرية التي تتراءى في أحلام المكفوفين لم تكن أكثر من التعرف عليها بواسطة ما يملكون من حواس أخرى غير حاسة الرؤية وأن لفظ الرؤية ومعناها لا يحمل في أذهانهم نفس ما يحمله المعنى في أذهان المبصرين وأن معظم عناصر الأحلام هي عناصر سمعية. كما أن معظم موضوعات هذه الأحلام هي الخوف والفزع والموت والسقوط ويسيطر عليها الغموض والكفيف لا تمكنه قدراته من ممارسة النشاط التخيلي بعناصر بصرية لأن ذاكرته وشعوره يخلوان من هذه الصور.

ح- تكوين المفاهيم:

إن بناء مفهوم عن شيء، بما يعني الاستحضار الداخلي للشيء عندما لا يكون هذا الشيء موجوداً، يعد مطلباً أساسياً مسبقاً من أجل النمو المعرفي عند الأطفال. يعتمد بناء مفاهيم عن الأشياء على خبرات حسية-حركية واسعة المدى بأشياء عديدة متنوعة، عند بناء مفاهيم عن الأشياء تجتمع لدينا الانطباعات التي نكتسبها من خلال الحواس المختلفة عن هذه الأشياء. وتنتظم هذه الانطباعات في صورة كلية للأشياء. بطبيعة الحال يحقق الأطفال سواء كانوا عاديين أو معوقين

بصرياً تقدماً في بناء المفاهيم من خلال سلسلة من المراحل النمائية العادية، وبدون البرامج المبكرة للاستثارة قد يتخلف الطفل المعوق بصرياً وراء زملائه في مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي والحركي والمعرفي، وعندما تبدأ برامج الاستثارة الخاصة في وقت مبكر يستطيع الطفل المعوق بصريا أن يتقدم في نموه المعرفي بمعدل يقترب كثيراً من معدل النمو عند الطفل المبصر.

والطفل الذي يفقد بصره (قبل سن الخامسة) يكون مجال تكوين وبناء المفاهيم لديه محدوداً وقاصراً إلى حد كبير، ويبرر ذلك العلماء على أساس أن المداخلات الحسية في حالة فقدان البصر أو السمع تضطر الطفل إلى الاعتماد على الحواس الأخرى المتبقية لديه في الحصول على المعلومات والمعارف المتعلقة بالأشياء في البيئة، كذلك فإن القصور الحركي عند الطفل الكفيف يؤدي إلى ضيق فرص استكشاف البيئة الخارجية، وما يترتب على هذا الاستكشاف من تعلم من هذه البيئة.

ويُظهر الأطفال المعوقين بصرياً نقصاً في الخيال والتصور في أنشطة اللعب مما قد يشير إلى قصور في القدرة على التجريد، أو على الأقل ميلاً إلى المفاهيم المحسوسة بشكل أوضح مما يوجد لدى زملائهم المبصرين.

واستخلص كرومر في دراسته أن الأطفال المكفوفين لا يعانون من قصور في العمليات التفكيرية. إنهم فقط يتوصلون إلى نتائج بطرق تختلف عما يحدث مع المبصرين.

ونظراً لعوز الطفل المكفوف وافتقاره إلى وسيلة الإدراك الحسي اللازمة لهذا التنظيم والترتيب لتطور المفاهيم فإنه لا يتمكن من رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة، إذ يجب عليه أن يدرك أجزائها ثم ينتهي بإدراكها ككل،

فهو محدود فيما يستطيع أن يتعلمه عن طريق المعالجة اللمسية أو السمعية، ومن هنا فإن الطفل المكفوف سوف يستغرق وقتاً أطول بكثير في تنمية وبناء إحساسه بديمومة الشيء واستمراره (عبيد ، ٢٠٠٠)، ويفسر بأن الإنسان المعوق بصرياً يواجه صعوبات في تعلم المفاهيم وصعوبة في تطور بعض المفاهيم، مما يعيق انتقاله من العمليات الملموسة (الطفولة الوسطى) حيث يقتصر إدراك الطفل الشيء على المستوى الأول، وهو إدراك الشيء في صورته المادية الملموسة بالحواس، ومع تقدمه في العمر وتضاعف خبرته بالأشياء وتزايد ألفته بها سوف يبدأ بالاتصال بها على المستوى الثاني وهو المستوى الوظيفي، ولكن بنجاحه في التقدم على المستوى الثالث لإدراك مفهوم الشيء – وهو المستوى التجريدي النظري – عادة ما يكون قاصراً ومحدوداً، إذ يميل الطفل المكفوف إلى إدراك الأشياء بصورة أساسية على المستويين الحسي والوظيفي نظراً لانعدام حاسة البصر وبالتالي تتناقص فعالية الحس اللمسي فيه (عبيد ، ٢٠٠٠)

وقد يظهر على الطفل بطء في النمو اللغوي، وقد يأخذ وقتاً أطول من الطفل العادي لربط الكلمة بمعناها. وعادة ما تتطور المفاهيم لدى الطفل الكفيف عن طريق توفير النماذج ووصف وتفسير الآخرين (حديدي ، ١٩٩٨)

خ – تعويض الحواس:

إن الاعتقاد بأن فقدان إحدى الحواس يتم التعويض عنه عن طريق تحسن تلقائي بشكل أو بآخر في حق الحواس الأخرى، يعد من المعتقدات الشائعة بشأن إدراك المكفوفين وبمثابة تساؤل حاولت كثير من الدراسات الإجابة عنه، حيث أكدت معظم هذه الدراسات أن التعويض ليس هبة بقدر ما هو نوع من الإثابة للجهد المتواصل والتدريب المستمر، وعلى ذلك فإن أي فعالية أو كفاءة عند

المكفوفين في تفسير المعلومات الحسية المستقبلة، يجب أن تفسر في ضوء الانتباه والممارسة والتكيف والاستخدام المتزايد للحواس المتبقية.

وأجريت دراسات عديدة تناولت قدرات المكفوفين بالمقارنة بقدرات المبصرين على تمييز اتجاه الصوت وتحديد مسافته وشدته وحدة حاسة الشم والتذوق واللمس وأظهرت نتائج جميع هذه الدراسات أن المكفوفين لم يكونوا على درجة أفضل من المبصرين في حد إحساسهم في المجالات السابقة. ومن أشهر هذه الدراسات دراسة بيشوب (Bishop) ودراسة وليام (William)

كما أكدت دراسة جوتسمان (Gattesman) التي أجراها على أطفال مكفوفين ومبصرين (من سن ٧ – ٨) بهدف معرفة قدرات المكفوفين في التعرف على الأشياء عن طريق اللمس مثل (مفتاح، كمثرة، قفص، أشكال هندسية)، وقد توصل إلى أنه لا يوجد اختلاف بين المجموعتين في التلقي الحسي.

واتفق مع الدراسات السابقة دراسة (جريشباخ) في ألمانيا في قياس دقة حاسة اللمس بواسطة الأشزيومتر. وقد توصل إلى أن الكفيف ليس أدق إحساساً من المبصرين بل في بعض الأحيان ثبت العكس من ذلك.

كما أثبتت دراسة بارجا(Barraga) أن التدريب على الاستخدام الوظيفي لبقايا الإبصار يؤدي إلى زيادة الكفاءة البصرية لدى المعوقين بصرياً حيث قامت الباحثة بتطوير مقياس تقدير التمييز البصري (Reliable Visual Discrimination Test)، واحتوى برنامج التدريب على ٤٤ درساً متتابعاً لـ٨ طلاب مكفوفين بينما تركت ٨ طلاب مكفوفين آخرين بدون تدريب، ثم طبقت عليهم المقياس، وتوصلت إلى أن المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب الوظيفي قد ازدادت كفاءة الرؤية لديهم، وليس معنى هذا زيادة الإبصار بل

الكفاءة كانت نتائج عمليات التركيز والتدريب المستمر. أي أنه اتفقت معظم الدراسات على أن التعويض الحسي لا وجود له بين المكفوفين والمبصرين، وان المسألة تتوقف كلها على مدى تدريب الحواس على عمل معين.

د – الوعي المكاني:

يقصد بالوعي المكاني صياغته وتكوينه للمفاهيم ا لمتعلقة بوضعه الجسماني ووضع الشيء وترتيبه في مكان معين وكذلك المتعلقة بمواقع الأشياء واتجاهاتها وأبعادها ومسافاتها، ويعد مجال الوعي-المكاني-أحد المجالات التي يتضح فيها إخفاق المكفوفين في تنمية المفاهيم وتطويرها، ولقد قام وستون وتشارش بالتعرف على خمسة مجالات أو خطوات تعلم المفاهيم المتعلقة بالحيز والمكان، وهي:

١- مكان أو حيز النشاط والعمل "....يقصد به المواقع التي يثبت الطفل حركاته وأنشطته التي يقوم بها...."

٢- مكان أو حيز البدن (....يقصد به إدراك الطفل ووعيه للاتجاهات والمسافات أو الأبعاد التي تتعلق ببدنه وجسمه....)

٣- مكان أو حيز الشيء أو الموضوع(....يقصد به إمكانية تحديد مواقع الأشياء أو حدودها من حيث صلتها بعضها ببعض فيما يتعلق بالجهات والأبعاد أو المسافات المنقولة من مكان البدن....)

٤- مكان أو حيز الخريطة (....يقصد به إتقان الخبرات المكانية المادية(الملموسة)، وتوحيدها في(خرائط عقلية) أكثر أو أقل توسعاً وشمولاً اعتماداً على أنظمة من الإحداثيات أو الجهات الأصلية التي تنطبق على الحجرات أو الأقاليم أو المدن أو الأمم....)

٥- المكان أو الحيز التجريدي النظري (....ويتضمن تصوراً أو تخيلاً محدداً لبعض الناس ولكن ليس لبعضهم الآخر، ويأتي هذا التخيل مع قدرة الفرد على التعامل مع المفاهيم المكانية المجردة أو النظرية التي تلزم لرسم الخرائط للمشكلات المتاحة أو للأفكار الجغرافية أو الفلكية أو لمشكلات تتعلق بالهندسة....)

ويواجه الطفل المكفوف العديد من المشكلات في محاولة تنمية المفاهيم المكانية الحيزية وتعلمها. فإذا كان الطفل يحصل على مفهوم سيء عن بدنه، فإنه لن يستطيع التحرك بعيداً عن نفسه ليفهم العالم من حوله.والطفل الكفيف يجب ألا أن يتعلم عن نفسه قبل أن يكون قادراً على الانتماء للآخرين بدقة والاتصال ببيئته المحيطة به.

وقد ذكر جاري و اسكاربللي أن الفرد بدون حاسة البصر لا يملك خبرة مباشرة تشد إليه المكان و الموقع معاً بحيث لا يفهم المكان إلا من خلال تجريد الإدراك، كذلك فقد أوضح روبين وكل من زوريبيلوس و باراجا أن المكفوفين يعانون صعوبة بالغة في إدراك الأشياء والأفكار التجريدية بشكل أكبر مما يعانيه الأفراد العاديون المبصرون، فالتحرك وراء مستوى إدراك مفهوم مكان الشيء يعتبر جهداً شاقاً بالنسبة لمعظم المكفوفين ولادياً وبخاصة المراهقين منهم المحرومين من الخبرة و التجربة (عبيد ، ٢٠٠٠)

٣--الخصائص الكلامية واللغوية

يكتسب المعوق بصرياً اللغة ويتعلم الكلام بالطريقة نفسها التي يتعلم بها المبصر إلى حد كبير فكلاهما يعتمد على حاسة السمع و التقليد الصوتي لما يسمعه.إلا أن المعوق بصرياً يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية

المرتبطة بمعان الكلام والمصاحبة له، ومن ثم القصور في استخدامها، كما يختلف عن المبصر أيضاً في أنه يعتمد في طريقة كتابته وقراءته على اللغة المطبوعة بواسطة الحروف البارزة مستخدماً حاسة اللمس، بينما يعتمد الفرد المبصر في ذلك على عينيه.

كما أن الطفل المعوق بصرياً لا يستطيع متابعة الإيماءات والإشارات و غيرها من أشكال اللغة غير اللفظية ويترتب على ذلك أن تقدم الطفل المعوق بصرياً في تعلم الكلام يسير بمعدل أبطأ من معدل نمو الكلام عند الأطفال العاديين، ويمتد ليشمل اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم، وهو ما يعبر عنه بالظاهرة اللفظية (Verbalism)، إذ يتعلم إطلاق مسميات على الأشياء دون أن تكون لديه خبرات حقيقية عنها؛ أي اعتماد المكفوف على الكلمات والجمل التي لا تتوافق وخبراته الحسية، فالمكفوف يصف عالمه اعتماداً على وصف المبصرين له، وكلمات ذات مدلولات بصرية لا يستخدمها سوى المبصرون في وصف الأشياء والخبرات. ولذا فهو يعيش في عالم غير واقعي، وما يعنيه ذلك هو أن المكفوف لا يصف بيئته بكلمات ذات معنى بالنسبة لما يحس به هو، إن اللاواقعية اللفظية محاولة من المكفوف للحصول على الموافقة الاجتماعية، كان يصفوا الدم بكونه أحمر بدلاً من وصفه بأنه سائل لزج أو يصفوا الحديقة بأنها خضراء بدلاً من كونها ذات ظلال وارفة (القريطي ، ١٩٩٦).وقد أطلق كتس فورت (Cutsfort) على هذه الظاهرة اسم عدم الواقعية اللفظية(Verbal Unreality)، وقامت دراسات أخرى مثل دراسات نولان (Nolan) ودراسة هارلي (Harley) واقفت نتائج دراستهما على أن هناك نوعين من اللفظية.

-لفظية ذات مدلول بصري، ولفظية ذات مفهوم أشمل ويطلق عليها اللفظية (Verbalism) واتضح من نتائج دراسة هارلي أن هناك علاقة بين اللفظية وثلاثة متغيرات هي العمر الزمني، والذكاء، والخبرة الشخصية. وقد وجد أن هذه الظاهرة تتناقص بزيادة هذه العوامل الثلاث السابقة. كما اتضح من دراسة دوكي(Dokecki) حول هذه الظاهرة إلا أنه لم يثبت لأن هذه اللفظية تؤدي إلى عدم الدقة والانضباط في التفكير، كما أنه لم يثبت كذلك أنها تؤثر في الأداء الأكاديمي أو التكيف الشخصي للتلاميذ المكفوفين، وذوه (دوكي) إلى أن الأطفال المبصرين قد يعانون من مشكلات اللفظية، وأن الأطفال المكفوفين لا يختلفون عنهم في هذا السبيل. وأكد على هذه النتائج أيضاً دراسة ديموت (Demott) حيث لم يجد فرقاً بين المبصرين والمكفوفين في إدراك لمفاهيم من خلال اللغة، وأن كلاهما يستعمل كلمات عديدة دون أن يمر بخبرة مباشرة بمدلولاتها، وأوصى ديموت بأن تشجع المكفوفين على استخدام اللغة مع زيادة تدريب حواسهم الباقية أثناء اكتساب المفاهيم(عبد الرحمن ، ٢٠٠٣)

إن البحوث التي أجريت في العلوات القليلة الماضية تدعم بقوة حقيقة أن الأطفال المعوقين بصرياً لديهم الذخيرة اللفظية ذاتها الموجودة لدى المبصرين إلا أن معاني ودلالات الكلمات بالنسبة للمعوقين بصرياً ليست ثرية أو مفصلة كما هو الحال بالنسبة للمبصرين. وليس واضحاً بعد ما إذا كان لهذه الفروق أية مضامين بالنسبة للقدرة على التفكير (الخطيب ، ١٩٩٧)

ولوحظ في دراسات كثيرة أن كثير من الأطفال المعوقين بصرياً لديهم تأخر في النمو اللغوي وليس السبب من الإعاقة البصرية وأنه كفيف بل إلى البيئة والمحيط الذي نشأ فيهما ونتيجة إهمال الأسرة (عبي ، ٢٠٠٠)

كما يعاني الأطفال المكفوفون من اضطرابات النطق والكلام فقد أشارت دراسة مسحية أجرتها (Field Stinch) إلى أنهم يعانون من بعض عيوب النطق تراوحت مابين عيوب خفيفة إلى عيوب حادة. أما أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المعاقين بصرياً والتي أجمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان: الاستبدال والتشويه أو التحريف، العلو في ارتفاع الصوت، عدم التغيير في طبقة الصوت، القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام، قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث يتمثل بعدم التغيير أو التحويل في اتجاهات الرأس عن متابعة الاستماع لشخص ما، اللفظية، قصور في التعبير.

وحاول بعض العلماء إعطاء أسباب سيكولوجية لهذه العيوب عند المكفوفين من بينها الميول الطفلية، والتمركز حول الذات، والإشباع العاطفي ومشاعر النقص والتعويض المفرط، إلا أن الدراسات التجريبية التي أجريت لم تبرهن على وجود ارتباط بين عيوب النطق وبين أي نمط استجابي سيكولوجي محدد (عبد الرحمن ، ٢٠٠٣)

النمو الانفعالي الاجتماعي

إن الإعاقة البصرية لا تؤثر بشكل مباشر على النمو الاجتماعي، ولا تخلق بالضرورة بشكل مباشر فروقاً مهمة بين المكفوفين والمبصرين، ولا يعني ذلك أنه لا توجد أية فروق بين المكفوفين والمبصرين من الناحية الاجتماعية، ولكن المقصود هو أن الفروق عندما توجد لا تعزى للإعاقة بحد ذاتها، وإنما للأثر الذي قد تتركه على ديناميكية النمو الاجتماعي، فعملية النمو الاجتماعي عملية تفاعلية يشترك فيها الأشخاص الآخرون بفاعلية، وبناء على ذلك فإن

ردود فعل الآخرين للمعوق بصرياً أدى دوراً بالغاً في نموه الاجتماعي وعلى أية حال فالبصر يلعب دوراً بالغاً في نموه الاجتماعي، وعلى أية حال فالبصر يلعب دوراً بالغاً في تطور المهارات الاجتماعية فبالنسبة للطفل المبصر، إن اكتساب المهارات مثل تناول الطعام وارتداء الملابس يشمل حاسة البصر، ويتضمن توظيف المعلومات البصرية، أما بالنسبة للطفل المعوق بصرياً فلا بد من أن يزوده والداه والأشخاص المهمين المهمون في حياته بمعلومات بديلة تعويضية. كذلك البصر يلعب دوراً مهماً بناء وتطوير العلاقات مع الأشخاص الآخرين، فالتعلق الاجتماعي كما هو معروف يعتبر أحد أول الارتباطات العاطفية الحقيقية التي تتطور بين الرضيع والوالدين، وغالباً ما يصحب تطور التعلق خوف من الغرباء، ولا ريب أن فقدان البصر يمكن أن يؤثر سلباً على هذه العملية، فحاسة البصر تكوّن المصدر الرئيسي لاكتساب المعلومات المتضمنة في التعرف على الأشخاص.

والصعوبات التي يواجهها الطفل المكفوف في عملية النمو الاجتماعي ليست متصلة به فقط، فالعملية الاجتماعية تشمل الآخرين، لذا فإن ردود فعل الآخرين تلعب دوراً بالغ الأهمية في هذه العملية فالدراسات تشير إلى وجود علاقة بين اتجاهات الأمهات نحو أطفالهم المعوقين بصرياً والخصائص النمائية. و ردود فعل الوالدين نحو الإعاقة البصرية لدى طفلهما تعتمد إلى درجة كبيرة على الصحة النفسية للوالدين بما فيها التكيف الشخصي والتكيف الاجتماعي.

وبسبب فقدان البصر، فالطفل المكفوف يحتاج إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين وهذا يصاحب عدم تلبية كثير من حاجاته مما قد يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به وهذا يؤثر بشكل أو بآخر على علاقة الطفل ببيئته، وهذا الشعور قد يدفع بالطفل إلى الاهتمام بنفسه أكثر من اهتمامه

بالمحيط الخارجي وهذا الشعور بعدم اهتمام الوالدين به أو عدم معرفته بأن الوالدين يلاحظانه أثناء نشاطاته المختلفة، قد يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما قد يحد من محاولاته لاكتشاف بيئته وهذا الشيء قد يؤثر على النمو الاجتماعي للطفل المكفوف بل وعلى نموه المعرفي أيضاً.

إن فقدان البصر يدفع بالطفل المكفوف إلى الاستمرار بالاعتماد على الوالدين، ويصحب ذلك حماية زائدة من الوالدين للطفل لأنه فاقد البصر ونتيجة ذلك أن الطفل المكفوف قد لا يطور أساليب فعالة للتعامل مع الأشياء من حوله بشكل مستقل، وهكذا يتضح أن سلوك وخصائص الأشخاص المهمين في حياة الطفل المعوق بصرياً وخاصة الوالدين مهمة جداً في عملية النمو الاجتماعي لديه. وهذا يعني ضرورة تقديم الخدمات الإرشادية المناسبة لهما فيما يتصل بطرق التفاعل الفعالة مع طفلهم المعوق بصرياً.

إن ردود الفعل السلبية قد تتولد نتيجة غياب الاتصال بين الوالدين والطفل الكفيف، وهذا بالطبع يعيق الاتصال الوثيق. وعند انتقال الطفل الكفيف من بيئة الأسرة إلى مجتمع الزملاء قد يلاحظ عليه تأخر بعض النواحي الاجتماعية مثل مهارات استخدام الاتصال غير اللفظي، والحفاظ على قبول الآخرين له. فغياب البصر يمنع الطفل من تعلم وتقليد ما هو مقبول من المجموعة. وبشكل عام، فإن النمو الاجتماعي للمعوقين بصرياً يختلف عنه لدى المبصرين. والأطفال المعوقون بصرياً المتواجدون في الأماكن التربوية العادية يظهرون سلوكيات مناسبة أكثر من الأطفال المتواجدين في الأماكن المعزولة. وهذا يعود إلى كثرة الفرص للاتصال مع العاديين (حديدي ، ١٩٩٨)

لكن الأمريكي كتسفورث (Cutsforth,1951) وهو باحث مكفوف كان من أوائل الذين أشاروا إلى أن الإعاقة البصرية تؤثر على التنظيم السيكولوجي الكلي للفرد، ويقول إن كف البصر يغير ويعيد تنظيم الحياة العقلية للفرد بأكملها. وكلما حدث هذا الوضع المولد للإحباط مبكراً أكثر، كانت الحجة إلى إعادة التنظيم أكثر. إلا أن باحثين مكفوفين آخرين لا يوافقونه الرأي حيث يصر هؤلاء على أن المكفوفين كمجموعة يتمتعون بالكفاية العقلية والاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي وبذلك فإن حاجاتهم تشبه حاجات الناس المبصرين العاديين الذين وجدوا أنفسهم في ظروف جسمية واجتماعية غير مناسبة. وعلى أي حال، يؤكد كتسفورث أن سوء التوافق السيكولوجي الذي قد يحدث لدى الإنسان المكفوف غالباً ما ينجم عن طريقة معاملة المجتمع له.

اتفقت دراسات كل من (موهل و براون و كتورت وسميث) القائمة على تحليل أحلام المكفوفين وأوهامهم على أن المكفوفين أكثر عرضة للاضطرابات النفسية، ويعانون شعوراً بالنقص والدونية وعدم الثقة، وأن الأوهام هي الوسيلة للهروب من الحياة، وأنها تختلف باختلاف مراحل النمو وكذلك بالاختلاف الجنس.

كما أشارت نتائج دراسة سامية القطان إلى أن ارتفاع مستوى القلق عند الكفيفات عن أقرانهن المبصرات، وفسرت ذلك بان القلق تعبير عن الرغبة في التوافق الذي يحقق الذات والرغبة في الخروج من المجتمع الصغير، كما أوضحت الدراسة أيضاً أن ارتفاع مستوى القلق يمكن أن يدل على الرغبة في التوافق أو سوء التوافق، والقلق المنخفض يمكن أن يدل على حسن التوافق أو الاستسلام اليائس لتصور الشخصية لقيمة الذات. واتفقت هذه النتائج مع دراسة أحمد حسين الشافعي، كما أشارت نتائجه إلى نقطة مهمة وهي أنه لا توجد

فروق بين الجنسين من المكفوفين حول القلق النفسي. وفي دراسة أخرى أوضح حمدي حسين أن الطلاب المكفوفين يختلفون في مستوى القلق تبعاً للمرحلة التعليمية، حيث أشارت نتائج دراسته إلى أن طلاب المرحلة الثانوية كانوا أكثر تقبلاً لحالة العمى والتكيف المرتفع مع ظروف البيئة وأكثر ثقة من زملائهم في المرحلتين المتوسطة والابتدائية وأن أكثر حالات الوحدة النفسية والقلق والعزلة كانت بين طلاب المرحلة الابتدائية.

يصف رشاد علي موسى الكفيف بأنه عرضة للقلق والشعور بالخوف والوسواس القهري والأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب وتناولت دراسات عديدة خصائص التوافق النفسي عند المكفوفين. فقد أشار فتحي السيد عبد الرحيم إلى أن الإعاقة البصرية تؤثر في درجة التوافق النفسي، مما يجعل المعوقين بصرياً أقل من زملائهم المبصرين توافقاً، وقد كان الترتيب وفقاً لدرجة التوافق العام من الأكثر إلى الأقل على النحو الآتي:

مجموعة المبصرين - المكفوفين كلياً- ضعاف البصر- المكفوفين جزئياً.

وقد فسر هذه النتيجة بأن المكفوفين كلياً لم يمروا بأية خبرات بصرية تجعلهم نائمين على حياتهم، أما المكفوفين جزئياً فهم يشعرون بما حولهم من خبرات بصرية ولا يستطيعون الإفادة منها، أما ضعاف البصر فلديهم قدر من الإبصار يجعلهم قادرين على الاستفادة منه في الحياة، وأوضحت نتائج دراسة شادية عبد الخالق ودراسة قدرية الكيلاني أن الاتجاهات السالبة للوالدين مثل القسوة وإثارة الألم النفسي والتفرقة والإهمال والتسلط والحماية الزائدة تتسبب في سوء التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المكفوفين.

كما أشار كل من فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي إلى جانب مهم أيضاً من الخصائص النفسية للكفيف وهي مفهوم الذات أي نظرة الفرد لذاته والمشاعر التي يحس بها هذا الفرد عن نفسه، ويعتمد مفهوم تكوين الذات لدى الكفيف على المشاعر والاتجاهات التي يعتنقها الأشخاص الذين يمثلون أهمية في حياته، ومن ثم يسهم الأقران والمعلمون والجيران والوالدان بشكل خاص في تشكيل صورة الفرد عن ذاته (عبد الرحمن ، ٢٠٠٣). وقد لاحظ وارن (Warren) أن الدراسات المتعلقة بمفهوم الذات لدى الأشخاص المكفوفين أخفقت في التوصل إلى نتائج متسقة ومتشابهة، وخرج باستنتاج مفاده عدم وجود فروق عامة ذات أهمية بين المكفوفين والمبصرين من هذه الناحية (الخطيب و حديدي ،١٩٩٧)

ويذكر القريطي أن نتائج الدراسات في هذا المجال بدءاً من دراسات (موهل ١٩٣٠ وبراون ١٩٣٨ وسومرز ١٩٤٤ وفتحي السيد عبد الرحيم ١٩٦٩ وإبراهيم قشقوش ١٩٧٧ وعفاف محمد ١٩٨٨ ونعمات عبد الخالق ١٩٩٤) تشير إلى أن المعوقين بصرياً يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية والقلق والصراع وعدم الثقة بالنفس والشعور بالاغتراب وانعدام الأمن والإحساس بالفشل والإحباط وانخفاض احترام الذات واختلال صورة الجسم والنزعة الإتكالية، وهم أقل توافقاً شخصياً واجتماعياً وتقبلاً للآخرين وشعوراً بالانتماء للمجتمع من المبصرين، كما أنهم أكثر انطواءً واستخداماً للحيل الدفاعية في سلوكهم، كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية.

خامساً- حاجات الطفل الكفيف في سن ما قبل المدرسة

تعد السنوات الأولى لكل طفل أولى درجات بناء شخصيته فلا بد من الاهتمام بأمر تنشئته وإعداده منذ المراحل المبكرة الأولى من عمره، ويجب على كل من الأسرة والمدرسة والمجتمع أن يقدموا العون للطفل الكفيف من أجل مساعدته على الاندماج مع العالم الواقعي حتى يجنبوه الإصابة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية.

وأثبتت بعض الدراسات والبحث التي اهتمت بأمر الطفل الكفيف في مرحلة ما قبل المدرسة أثر الاهتمام المبكر بإعداد الطفل الكفيف وتنشئته وتأهيله للحياة المستقبلية، وأكدت الدراسات الأخرى على أهمية توجيه أسرة الكفيف وارشاداتها لما لذلك من أهمية في مساعدة الأسرة على التغلب على كثير من المشكلات والصعوبات التي تواجهها في تربية طفلها الكفيف.

وألقت معظم الدراسات الضوء في هذا المجال على حاجات الطفل الكفيف والتي يمكن إيجازها بالآتي:

١- يحتاج الطفل الكفيف إلى ممارسة الحوار معه عما يفعله والتحدث معه كثيراً

٢- يحتاج إلى أن يكتسب المعرفة الخاصة بإدراك العناصر الموجودة بالبيئة من خلال معايشته لمجموعة من الخبرات المتنوعة.

٣- يحتاج للتعرف على الاختلاف في الأصوات المتنوعة ودلالتها.

٤- يحتاج إلى أن نعلمه كيف يميز بين الروائح، ويصفها ويدرك العلاقات بينها. ودلالات بعض الروائح مثل انتشار رائحة الدخان، النار، الغازات وكيف يميز بينها ويقي نفسه منها.

٥- تذوق الكفيف لأنواع الأطعمة المختلفة يجعل الطعام له معنى، مما يساعده على التمييز بين خصائص الأطعمة المختلفة.

٦- يحتاج إلى الثقة و الأمان من المخاوف مثل الأصوات العالية و الأماكن المرتفعة و الأشياء غير المعروفة لديه والحيوانات الغريبة.

٧- يحتاج إلى تنمية المهارات اليدوية والفنية من خلال الموسيقا والأشغال الفنية.

٨- يحتاج إلى اكتساب العادات المرغوب فيها.

٩- يحتاج إلى معرفة ما حوله من أشياء، ووضعها بالنظام في أماكنها حتى يمكن العثور عليها بسهولة.

١٠- يحتاج لأن يكون محبوباً من المحيطين به، وأن يشعر بالانتماء إلى الجماعة والتفوق بهدف التعويض.

١١- يحتاج إلى الرضى عن النفس من الأفراد المحيطين بهم لزيادة الثقة بالنفس.

١٢- يحتاج إلى الإحساس بالأمان والثقة والاعتماد على النفس.

١٣- يحتاج إلى تدريب الحواس الأخرى وكيفية استخدامها في تنشئتهم والتعرف على البيئة من حولهم.

١٤- يحتاج إلى تعلم العادات الصحية والسلوكية المقبولة.

سادساً- التدخل المبكر

تعرف هذه البرامج بخدمات التدخل المبكر أو خدمات التربية الخاصة لمرحلة الطفولة المبكرة، فالتدخل المبكر هو جملة من الخدمات التعليمية والتدريبية للأطفال المعوقين تقدم في مرحلة الطفولة المبكرة، تتمثل الأهداف فيها أساساً في:

١ -الكشف المبكر عن الإعاقة أو الوقاية منها قدر المستطاع

٢ -مساعدة الطفل الكفيف أو المعرضين لخطر الإعاقة على بلوغ أقصى ما تسمح به الظروف من أداء وتقدم.

٣ -مساعدة الأسر لهؤلاء الأطفال على التعايش مع الإعاقة، وذلك بتزويدهم بالمعلومات المناسبة والإرشاد والتدريب والحث على المشاركة النشطة في تنشئة الأطفال ورعايتهم.

- مرحلة الحضانة

لا تختلف الحاجات الأساسية للطفل الكفيف عن حاجات الطفل العادي، فالحضانة العادية هي المكان الأنسب لنموه وتطوره لأنها تتيح له فرص التعايش مع الآخرين في ظروف طبيعية غير اصطناعية. وبالطبع يجب عدم نسيان أن هذا العصر هو عصر دمج المعوقين، لذا فالحضانة العادية هي البيئة التي تضمن فرص النجاح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. ويقترح لوفيلد (Lowonfeld, 1979) وضع الطفل الكفيف مع أطفال مبصرين أصغر منه سناً في الحضانة وذلك لإتاحة فرص مواجهة التنافس والتحديات بصورة أفضل، وهذا الأمر بالتأكيد ضروري للطفل الكفيف الذي لم يظهر بعد الاستعدادات النمائية التي تتناسب مع عمره، وليس هناك حاجة إلى حضانة خاصة بالمكفوفين إذا كانت تلك الحضانة تفرض ابتعاد الطفل عن أمه لأن هذا يؤدي إلى آثار

نفسية سيئة تنعكس على النمو الكلي للطفل، ولكن الحضانة الداخلية للأطفال المكفوفين قد تكون ضرورية في حالة حاجة الطفل إلى خدمات تشخيصية وعلاجية مكثفة ومستمرة(عبيد ، ٢٠٠٠)

البرامج التي تقدم في الحضانة للطفل الكفيف

أولاً: أهداف البرامج التي تقدم في دار الحضانة للطفل الكفيف

١- التأهيل المعرفي

٢-التأهيل الحسي

٣-التأهيل الحركي

٤-اللعب الجماعي

٥-أنشطة خاصة بتدريب الحواس:

أ- ما يتعلق بالإنسان ب- بعض ما يتعلق بالحيوان غ- بعض ما يتعلق بالطيور

د-ما يتعلق بالأسماك هـ- ما يتعلق بالنباتات و- ما يتعلق بالزواحف والحشرات

ز- ما يتعلق بالمواصلات والأبنية ح- ما يتعلق بالطبيعة المحيطة

٦- اللعب التعليمي

٧- أغاني الأطفال مع الإيقاع الحركي البسيط

٦- قصص الأطفال

٩- نشاط التشكيل الفني

١٠- نشاط اللعب الحر (عبد الرحمن)

ثانياً- محتوى البرامج التي تقدم في دار حضانة الطفل الكفيف

١- الأنشطة الرياضية: أ- تمرينات مرونة العنق

ب- تمرينات اللياقة البدنية

ج- تمرينات الاسترخاء

٢- التدريب على بعض المهارات الاجتماعية

٣- التأهيل الاجتماعي

٤- التأهيل النفسي

٥- التأهيل اللغوي. (عبد الرحمن، ٢٠٠٣)

مرحلة الروضة:

إن مرحلة رياض الأطفال مهمة للكشف والتعرف على حالات الإعاقة البصرية الجزئية، فهي تهيأ الفرص لتحديد طبيعة الحالة، كما وتساعد في تحليل الحاجات التربوية والتخطيط المبكر للبرامج التربوية الخاصة. وتهتم في هذه المرحلة بتطوير الاستعدادات العامة لدى الطفل والاستعدادات الخاصة المتعلقة بالقراءة والكتابة بطريقة برايل وتطوير الاستعدادات المتعلقة بالتدريب على مهارات التعرف والتنقل والتدريبات الحسية المختلفة.

إن بعض الأخصائيين يشيرون إلى أهمية وضع الطفل المكفوف في روضة خاصة بعد التحاقه بروضة عادية والسبب في ذلك هو ترسيخ

الاستعدادات الأساسية الخاصة بالقراءة وإدراك مشكلة القراءة ومحاولة حلها مبكراً مع الطفل، إضافة إلى زيادة مستوى الكفاية.

ويرى التربويون أن الأطفال المكفوفين يلتحقون برياض الأطفال بين الخامسة والسادسة من عمرهم، وفي ذلك فائدة حيث يبقى الطفل في مستوى الروضة إلى سن السابعة ليحصل على الخبرات الكافية. ويستند هذا الرأي إلى افتراض مفاده أن الطفل الكفيف قد يكون أبطأ في المرحلة المبكرة من عمره من الطفل العادي لهذا فهو يحتاج إلى وقت أطول للاستعداد للمدرسة.

إن الأطفال في هذه المرحلة يستمتعون بالأغاني والأناشيد والألعاب والموسيقى ولديهم الاستعداد لعمل الأشياء بأنفسهم والرغبة في تحمل المسؤولية بشكل جزئي في بعض النشاطات ويرغبون في التعبير عن أنفسهم ويتعلمون سرد القصص من خلال خبراتهم وتجولاتهم.

إن التخطيط الجيد لبرامج رياض الأطفال يوفر خبرات لا تعطيها الأسرة في العادة وإنما تضيف عليها وتبقى الأسرة في هذه المرحلة الجزء الأهم من حياة الطفل لأنه يقضي الوقت الأطول معها. فهناك حاجة إلى إشراك الأهل في العملية التربوية خاصة على صعيد النواحي الحياتية اليومية والعناية الذاتية. وبعض النشاطات التي توفرها الروضة يمكن تنظيمها من خلال تدريبات جماعية وأخرى فردية.

ومن النشاطات الجماعية، الموسيقى التي تسهم في تطوير من خلالها الطفل مهارات حركية كبيرة كالركض والقفز والزحف والمشي والوثب. وتقدم القصص تقدم أيضاً ضمن نشاطات جماعية وتساعد الطفل على إظهار مشاعره حول نفسه وحول الأشياء والأحداث التي يواجهها. وهناك أيضاً النشاطات

الحركية الخارجية كاستخدام الأرجوحة والتسلق... والزيارات الميدانية لمختلف الأماكن المحلية التي تسهم في تعريفه بمجتمعه المحلي (محطة القطار، محطة الإطفاء، السوبر ماركت..) ومثل هذه الزيارات تعمل على إثراء معلوماته وتزوده بمعلومات مباشرة عن الأشياء المحيطة به.

أما التدريبات التي تركز على قدرات الطفل الفردية فهي التدريبات التي تركز على مهارتي الاستماع واللمس. إذ يجب توفير الإثارة الحسية المناسبة وتعريض الطفل لكل المثيرات البيئية من خلال الصوت واللمس والشرح المفصل لمساعدته في ربط المفاهيم المختلفة وفهم خصائص الأشياء.

قائمة المراجع

١ ـــ إبراهيم حسين، عبد الرحمن(٢٠٠٣) تربية المكفوفين وتعليمهم ، عالم الكتب، القاهرة. ط١

٢ ـــ أبو فخر، غسان (٢٠٠٤) التربية الخاصة بالطفل، مطبعة دار الكتاب- جامعة دمشق.

٣ ـــ الخطيب، جمال والحديدي، منى (١٩٩٧) : المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح للنشر، ط، عمان

٤ ـــ الخطيب، جمال والحديدي، منى (١٩٩٨). التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة) المطابع التعاونية، ص١، عمان.

٥ ـــ الروسان، فاروق (١٩٨٩): سيكولوجيا الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة) المطابع التعاونية، ص١، عمان.

٦ ـــ السرطاوي، زيدان، الشخص، عبد العزيز السيد، الجمار عبد العزيز السيد (٢٠٠٠) الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة مفهومه وخلفيته النظرية، دار الكتاب الجامعي ٢٠٠٠م.

٧ ـــ الشناوي، محمد محروس (١٩٩٨) تأهيل المعوقين وإرشادهم. دار المسلم للنشر والتوزيع - الرياض ط١.

٨ ـــ العامري، خالد(٢٠٠٤). ذوي الاحتياجات الخاصة في المراحل الدراسية المبكرة. دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة.

٩ ـــ العامري، خالد. المهارات البصرية المبكرة (٢٠٠٤) دار الفاروق للنشر والتوزيع. القاهرة، ترجمة الطبعة الخامسة.

١٠ ـــ عبد الغفار، عبد السلام والشيخ، يوسف محمود(١٩٨٢) سيكولوجيا الطفل غير العادي والتربية الخاصة، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

١١ ـــ عبيد، ماجدة السيد(٢٠٠٠)- المبصرون بآذانهم الإعاقة البصرية. دار صفاء للتوزيع والنشر، عمان.

١٢ ـــ القريطي عبد المطلب أمين (١٩٩٦). سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.

١٣ ـــ القروتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي جميل(١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للنشر والتوزيع، الإمارات العربية المتحدة – دبي

مراجع اللغة الإنكليزية:

- David. H. : "Visual Inpairments" in: Kauffman, J& Hallahan, D.: Hand Book of Education, Englwood, Cliffs New Jerry, 1991

- Nielson, Anne, S.: A description Study To Determine the Educational needs of Visually Impaired Student", Diss, Abs,Int. (A) vol, 53,No. 12, June, 1993

الفصل السابع

سيكولوجيا الطفل المعوق حركياً

التعريف بالطفل المعوق حركياً

حالات الإعاقة الحركية

أولاً- الشلل الدماغي

-نسبة شيوع هذه الإصابة

-تصنيف حالات الشلل الدماغي

-الوقاية من الشلل الدماغي

ثانياً-الحثل العضلي (الهزال التدريجي للعضلات)

-الأعراض العامة التي تدل على وجود الإعاقة

-الأسباب والعلاج

ثالثاً-نوبات الصرع

-مدى شيوع الصرع

-أنواع نوبات الصرع

-الخصائص النفسية المصابين بالصرع

-إجراءات مساعدة لطفل أثناء نوبة الصرعية

-علاج الصرع

رابعاً--حالات أخرى

خامساً-الخصائص السلوكية والنفسية للمعوقين حركياً

سادساً-- الخدمات النفسية والإرشادية

--الخدمات النفسية والإرشادية لأسر ذوي الحاجات الخاصة

- الحاجات الخاصة بالأطفال المعوقين حركياً

Damascus University

الفصل السابع

سيكولوجيا الطفل المعوق حركياً

أ.د. عثمان أبو غزال

التعريف بالطفل المعوق حركياً

الطفل المعوق حركياً هو الطفل الذي أصيب منذ الولادة أو في سن مبكرة أو في مراحل ارتقائه الأولى بإصابة جسمية (عصبية أو عضلية أو عظمية) بحيث تؤثر على حركته وتمنعه من المشاركة مع الآخرين من أقرانه على قدم المساواة معهم، كما تؤثر عليه في جوانب الاتصال الاجتماعي والتربوي التعليمي الأمر الذي يدعو إلى تقديم الخدمات الخاصة والتوجيه والتأهيل الشامل الذي يتناسب مع كل حالات من حالات الإعاقة الحركية .

حالات الإعاقة الحركية:

توجد أنواع مختلفة من الإعاقات الحركية يمكن تصنيفها نظرياً بأنواع ثلاثة، في الوقت الذي يمكن أن تتداخل فيه الواحدة مع الأخرى، وهذه الأنواع هي :

١-الإصابات الدماغية العصبية : نذكر منها حالات شلل الأطفال، والشلل الدماغي، وإصابات الحبل الشوكي وحالات الصرع .

٢-الإصابات العضلية والعظمية: نذكر منها الحثل العضلي (هزال العضلات التدريجي)، تشوه الساق والقدمين (القدم الحنفاء والمسحاء والساق

العقوسة ..)، ومشكلات الورك (الخلع الوركي)، إصابات العظام ومشكلات العمود الفقري والتشوهات الظهرية وحالات البتر.

٣- الإصابات الصحية المزمنة : نذكر منها التهاب المفاصل المزمن، الضعف الشديد في الصحة ومرض السكري والاضطرابات القلبية .....

وفيما يأتي من صفحات سنتناول بعض النماذج بصورة موسعة و سنوجز في نماذج أخرى بأفكار أولية.

أولاً- الشلل الدماغي (cerebral palsy):

الطفل المشلول دماغياً هو طفل مصاب بإعاقة تؤثر على الحركة ووضع الجسم ، و تأتي هذه الإعاقة من إصابة دماغية حدثت قبل الولادة أو خلال فترة الطفولة المبكرة،ولا تكون الاصابة في كل الدماغ، وإنما في أجزاء منها فقط وبصورة أساسية الأجزاء التي تتحكم بالحركة .وهذه الإعاقة لا تتطور غالباً ولا يشفى منها ، ولكن التدخل المبكر والإسراع في المعالجة الممكنة يمكن أن تتطور معها الحالة و يكون الأمر بصورة أفضل .

نسبة شيوع هذه الاصابة:

يعد الشلل الدماغي مسؤولاً عن أكثر حالات الإعاقة الحركية ،وفي بلدان أخرى يأتي بعد شلل الأطفال . وتشير كثير من الدراسات إلى أن نسبة شيوع هذه الإصابة تقدر بواحد من أصل ولادة كل (٣٠٠) طفل،أي أن هناك طفلاً واحداً مصاباً بالشلل الدماغي أو قد يكون معرضاً له من أصل ٣٠٠ طفل .بينما تصل نسبة المشلولين دماغياً في الدول النامية إلى نحو (٥) أطفال من أصل ١٠٠٠ طفل .

تصنيف حالات الشلل الدماغي :

يصنف الشلل الدماغي تصنيفات مختلفة تبعاً لتنوع الحالات التي لا تكون متشابهة أو متطابقة بين بعضها.فالشلل الدماغي التشنجي أكثر الحالات انتشاراً،وهناك حالات الشلل الالتوائي (التخبطي) وحالات الشلل اللاتوازني .

الشلل التشنجي :

في هذه الحالة تكون العضلات لدى الأطفال مشدودة ومنقبضة ،وقد تكون حركات الطفل غير متناسقة .فيصعب على الطفل التقاط الأشياء بأصابعه .وإذا حاول الطفل السيطرة على حركاته فهي تصبح أقل انضباطاً. وإذا كان بمقدور الطفل المشي فإن مشيته غير متناسقة بحيث يقف على أصابع القدمين وركبتاه متجهتان نحو الداخل ،لهذا يطلق على هذه الطريقة اسم "مشية المقص".(الخطيب والحديدي ١٩٩٧)

الشلل الالتوائي (التخبطي) :

يظهر هذا النوع من الشلل على شكل حركات بطيئة وملتوية أو فجائية في عضلات قدم الطفل أو يده أو ذراعه أو وجهه، وتبدو الأطراف وكأنها تقفز أو تتحرك بدون سبب الحركة .ويؤثر هذا النوع من الشلل على اللغة عندما لا يستطيع الطفل أن يتحكم بحركة شفاهه أو لسانه وبخاصة اللغة التعبيرية إلا أن ذلك لا يؤثر على الذكاء من حيث هو قدرة عقلية فمعظم الأطفال المصابين بهذا النوع يتمتعون بذكاء طبيعي.(وبرنر ،١٩٩٤)

الشلل اللاتوازني :

يتصف الطفل في هذه الحالة بحركات غير منتظمة ،فيجد صعوبة في الجلوس والوقوف و يتعرض للوقوع أثناء المشي، ويضطرب في استعمال يديه؛ أي أنه لا يتمكن من التوازن في حركاته المختلفة . وكثير من هؤلاء

الأطفال الذين يعانون من ضعف في القدرة على الحركة المتوازنة يتأثرون في تعلم المشي .ولكن بالرغم من ذلك يمكن عمل الكثير من أجل الطفل ومساعدته .

وقد يصنف الشلل الدماغي تبعاً لشدة الإعاقة التي يعاني منها الطفل إلى ثلاث فئات هي:الشلل الدماغي البسيط حيث يعاني أطفال هذه الفئة من مشكلات محدودة لا تتطلب تدخلاً طبياً ، والشلل الدماغي المتوسط الذي تتطور فيه المهارات الحركية لدى الطفل في نهاية الأمر مع أنه قد يحتاج إلى أدوات مساعدة ومساندة للحركة وللعناية بالذات .والشلل الدماغي الشديد الذي تحد فيه الإعاقة الحركية من مقدرة الطفل على العناية بنفسه، وتحول دون تمكنه من الكلام بطريقة طبيعية ومن الحركة المستقلة، بحيث يتطلب علاجاً مكثفاً ومتواصلاً.

كما يصنف الشلل الدماغي تبعاً للأطراف المصابة ،فهو يسمى شللاً نصفياً إذا كانت الإصابة تطال أحد جانبي الجسم ،وشللاً سفلياً إذا اقتصرت الإصابة على الأطراف السفلى فقط ،وشللاً رباعياً عندما تكون الأطراف الأربعة مصابة بالشلل ،وقد يكون أحادياً عندما تكون الإصابة في طرف واحد .

الوقاية من الشلل الدماغي :

إن التدابير الوقائية من حدوث الشلل الدماغي هي جزء من التدابير العامة المتخذة للوقاية من الإعاقة بصورة عامة .وهذه التدابير يمكن تحديدها بما يلي :

١-التغذية المناسبة الصحية للأم الحامل قبل الحمل وفي أثناءه.

٢-عدم الحمل المبكر بالنسبة للفتيات قبل سن ١٦-١٧ سنة .

٣-عدم تعاطي الأدوية أثناء الحمل إلا الضرورية منها .

٤- تجنب اقتراب الأم الحامل من المصابين بالحصبة الألمانية أو أخذ اللقاحات اللازمة لذلك قبل حدوث الحمل.

٥-إجراء الفحوص الدورية للأم الحامل.

٦-تجنب الولادة التي تتم في المنزل أو على يد قابلة تقوم بتسريع الولادة فتقع بأخطاء مثل (دفع الطفل بقوة نحو الرحم ،استعمال حقنة الهرمونات قبل الولادة ...)

٧- الرضاعة الطبيعية يمكن أن تخفف وتمنع الإصابات.

٨-اللقاحات اللازمة وأخذها في أوقاتها المناسبة

٩- عندما يشكو الطفل من الحمى يجب عدم وضعه في الماء، بل يجب تحريك التهوية إلى أن يشعر بالبرودة ،كما يجب عدم لفه بالملابس أو الأغطية لأن ذلك قد يزيد من الحمى وتحصل له نوبات أو إصابة دماغية.

الخصائص العامة للشلل الدماغي :

١ - الخصائص الجسمية:

تظهر العلامات الأولى لدى المشلولين دماغياً من خلال رخاوة الجسم ،وقد تظهر لدى الطفل الرضيع مظاهر خاصة بالرأس، فيبدو وكأنه سيسقط ،أو يتصلب كلوح وبصورة مفاجئة بحيث لا أحد يظن أنه قادر على حمله أو معانقته. وفيما بعد تتحدد هذه الخصائص بطبيعة مستوى الإعاقة وشدتها ونوع الشلل فيما إذا كان نصفياً أم سفلياً أم رباعياً في الأطراف كلها .و قد تتأثر حاستا السمع والبصر، ومن جراء ذلك فقد تعتقد أسرة الطفل أن ابنها عديم الذكاء لهذا

يجب معرفة قابلية الطفل للسماع والروية بدقة .أما الإحساسات الأخرى اللمس والألم والحر والبرد ووضع الجسم فهي موجودة .

٢ - الخصائص اللغوية:

كثير من الأطفال المشلولين دماغياً لا يتمكنون من الاستجابة الاتصالية كما يفعل الأطفال الآخرون من العاديين، والسبب في ذلك يعود في جانب كبير منه إلى الرخاوة أو التصلب أو فقدان القدرة على الإشارة باليد أو التحكم في عضلات الوجه . وقد يظهر الطفل بطءاً في البدء بالنطق، ثم يكلام غير واضح أو بصعوبات كلامية مختلفة .وعلى الرغم من الصعوبة التي يواجهها الوالدان في فهم ما يريده الطفل غير أنهما يجدان بالتدريج بعض الوسائل لفهم ما يريد، ففي البداية يلجأ الطفل إلى البكاء في طلب ما يريد ومن ثم يقوم بالإشارة إلى ذلك باليد أو القدم أو العين .

٣ -الخصائص العقلية :

من الصعب أحياناً قياس القدرات العقلية لدى المشلولين دماغياً،فبعض الأطفال قد يبدو بليداً وذلك بسبب الاضطراب والبطء في الحركة ،وبعضهم الآخر بسبب التواء وجهه أو سيل لعابه لعدم تحكمه في عضلات الوجه أو لصعوبة في البلع يظهر وكأنه متخلف عقلياً .

لقد تم مقارنة مجموعة من الدراسات (وقد أجريت بصورة مستقلة الواحدة عن الأخرى) و هي دراسات لـ روزنفلدRosenfeld وستاف Staff وشونل Schonell وهولوران Holoran على يد (آن هيلمان) Ann Heilman وقد وجدت أن التشابه كبير للغاية بين نتائج الدراسات المذكورة. فبفحص البيانات المجمعة وجدت أنه من بين ١٠٠٢ طفلاً شملتهم هذه الدراسات

ان نسبة ٢٥% منهم متوسطو أو أعلى من المتوسطين في ذكائهم وأن ٣٠% منهم أغبياء و٤٥% منهم متأخرون عقلياً . ولقد استخدمت جميع هذه الدراسات اختبار ستانفورد-بينيه لقياس ذكاء هؤلاء الأطفال . (عبد الغفار والشيخ،١٩٨٨)

وبعض المراجع الأخرى تذكر أن نصف الأطفال المشلولين دماغياً هم من المتخلفين عقلياً ،ولكن التخلف العقلي لا يمكن التأكد منه في الحال وبجب تقديم المساعدة للطفل وتدريبه قبل تقرير ذلك وبإمكان الأبوين معرفة هذه الناحية بصورة أفضل .

٤-الخصائص الانفعالية:

تظهر لدى الطفل انفعالات معقدة وشديدة التباين والتسارجع بخاصة إذا تعامل المحيطون حوله بشيء من الإهمال وعدم القدرة على فهم احتياجاته ،أو بعزله عن الآخرين وعدم مشاركته في حياتهم مأكلاً وزيارات وأحاديث .لهذا فهو ينتقل من الضحك إلى البكاء ونوبات الغضب والصراخ، وذلك بسبب الكبت الذي يعانيه من عدم قدرته على عمل ما يريد وما يرغب به ، فيشعر أنه حبيس نفسه التي لا يستطيع أن يعبر عما يجول فيها من رغبات وأقوال وأفعال .إن كل ذلك وغيره يمكن أن يذلل بالمساعدة والصبر في التعامل معه ومشاركته بكل ما يحتاجه .

ثانيا- العضل العضلي (الهزال التدريجي للعضلات) Muscular Dystrophy:

الطفل المصاب بالخلل العضلي هو طفل تضعف عنده العضلات من شهر إلى شهر ومن سنة إلى أخرى ولهذا يطلق على هذه الحالات من الإعاقة التدرجية .ونسبة شيوع هذا المرض: إنه غير شائع بصورة كبيرة فنسبته لا

تتعدى واحد من بين ٣٠أو ٤٠ طفلاً مصاباً بالشلل الدماغي، ويوجد بين الذكور بصورة كبيرة ويندر وجوده بين الإناث.(وبرتر ١٩٩٤)

الأعراض التي تدل على وجود الإعاقة :

تظهر الأعراض ما بين سن الثالثة والخامسة من العمر،حيث يبدو الطفل مرتبكاً أو بطيئاً في الحركة، فيبدأ بالمشي على رؤوس أصابع القدم إذ لا يستطيع وضع قدمه بصورة مستوية على الأرض ويكون ركضه غريباً وكثيراً ما يقع . و تزداد المشكلة تدريجياً خلال السنوات اللاحقة من العمر ،حيث تضعف العضلات أولاً في محيط القدمين ومقدم الفخذين والبطن والورك والكتف ثم ينتقل إلى اليدين والوجه وعضلات الرقبة .

إن معظم الأطفال المصابين بهذه الإعاقة لا يتمكنون من المشي في حدود سن العاشرة. وغالباً ما تضعف عضلات القلب والتنفس لديهم، وبذلك يموتون عادة قبل سن العشرين. إن حوالي نصف المصابين هم متخلفون عقلياً، وبعضهم الآخر نجد فيهم أذكياء جداً .

الأسباب والعلاج :

لا تعرف الأسباب الحقيقية لهزال العضلات التدريجي إنما يرجع فيه الأسباب الوراثية ومن جهة الأم التي تورث لأبنائها من الذكور المرض ،بينما الإناث يكبرون بصورة طبيعية ولكن قد يصاب بعض أولادهن بهذا المرض . لا يوجد علاج دوائي أو معالجة خاصة توقف التدهور العضلي ،ولكن بإمكان المربين والأسرة أن يعملوا الكثير من أجل الطفل وتقدمه وتطوير قدراته المختلفة . كما أن التمارين والمشابك المانعة للتقلصات يمكن أن تحافظ على مشي الطفل لفترة طويلة ،وإذا كان الطفل يتخذ وضعاً غير ملائم عند الجلوس فإن

الوسائد والمساند الأخرى تساعد على جلوسه بصورة أكثر اعتدالا،كما تساعد في منع حدوث التشوهات .

إن أحسن معالجة يمكن توفيرها للطفل لكي يبقى قوي الجسم قدر الإمكان، هو الوقاية من (التقفع) – والتقفع هو إبقاء بعض العضلات لفترة طويلة منحنية، الأمر الذي يجعلها تقصر بحيث تفقد القابلية للتمدد ، فنقول أن المفصل قد أصيب بالتقفع، ويمكن أن يحصل التقفع في أي مفصل في الجسم – أي المحافظة على النشاط عند الطفل من مشي وركض ولعب ،كما أن المحافظة على المدى الحركي وإجراء تمارين المط تمنع من (التقفع) .ومن المستحسن أن يشغل الطفل باللعب والعمل والأنشطة الأخرى التي تحافظ على مرونة مفاصله .ورغم كونه بطيئاً ومرتبكاً، فيجب تشجيعه على المشاركة إذ أن الشعور بالأسى تجاهه وتركه جالساً هو أسوأ ما يمكن أن نعمله.

ثالثاً – نوبات الصرع :

النوبة هي فترة فجائية قصيرة من فقدان الوعي مع حركات اهتزازية أو تغيرات في الحالة العقلية والجسمية . يصاب في هذه الحالة واحد من بين عشرة إلى عشرين من الأطفال حتى الخامسة عشرة من أعمارهم ،ولكن واحداً من خمسين من هؤلاء تستمر معه هذه الحالة وتتكرر بحيث يمكن إطلاق تسمية ما يعرف بحالة الصرع .

أسباب النوبات الصرعية:

١-الإصابات الدماغية :

تشكل هذه الإصابات سبباً في ثلث حالات الصرع ، وقد تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو في وقت لاحق .وفي الأعمّ الإصابات المؤدية إلى الشلل

الدماغي قد تكون وراء حالات الصرع .كما أن التهاب السحايا الدماغية يعد أيضاً من الأسباب الشائعة المؤدية إلى هذين المرضين. وقد تؤدي الحمى المرتفعة والفقدان الشديد السوائل في الجسم لدى الأطفال الصغار إلى الإصابة بالصرع .

٢- السبب الوراثي :

غالباً ما يتواجد الصرع لدى العائلات التي يوجد بينها هذا المرض فهو شائع لدى عائلات ثلث المصابين بنوبات الصرع .

٣- أسباب مجهولة :

حيث أن أكثر من ثلث الحالات تقريباً لا يوجد ما يدل على الأثر الوراثي العائلي أو وجود إصابات دماغية في تاريخ العائلة، بل تبقى الأسباب مجهولة . وهكذا فعندما تكون الأسباب محددة يسمى الصرع بالصرع العرضي ،أما إذا كانت الأسباب غير معروفة فيسمى الصرع بالصرع الغامض،ولكن فإن نسبة كبيرة جداً من حالات الصرع هي من النوع الغامض .

مدى شيوع الصرع :

يعد الصرع من الإعاقات النمائية حيث يصاب به الأطفال قبل بلوغهم سن الثامنة عشرة .والإحصاءات المتوفرة تشير إلى أن الصرع ينتشر في الدول الآخذة بالنمو أكثر من الدول المتقدمة .فإذا كان الصرع ينتشر بنسبة عشرة بالألف في الدول المتقدمة، فإنه في الدول الآخذة بالنمو قد يصل إلى ٢٠ في ١٠٠٠. وإذا أخذنا بهذه النسبة فإن ما يزيد على مليون مواطن في العالم العربي يعانون من الصرع.

وقد يترافق الصرع مع حالات أخرى من الإعاقة ،فعلى سبيل المثال أن نسبة كبيرة (ما يزيد عن ٨٠%)من المشلولين دماغياً من النوع التشنجي يعانون من الصرع، وما يزيد عن ١٨%من المتخلفين عقلياً لديهم نوبات من الصرع. (الخطيب والحديدي ١٩٩٧)

أنواع نوبات الصرع :

تختلف نوبة الصرع من حالة إلى أخرى من حيث، مدى فقدان الوعي ومن حيث، مدتها ومدى التحكم فيها ،ومن حيث، شدتها وقوتها ومن حيث الإشارات الجسمية التي تظهر على الطفل والإشارات السابقة على النوبة .فهناك علامات تحذيرية أو إحساس بقرب حدوث النوبة فيعرف الطفل كما أسرته متى تكون النوبة على وشك الحدوث ،فبعض الأطفال قد يمرون بحالة إنذار قد يرون خلالها وميضاً من الضوء أو اللون أو يجهشون في البكاء مفاجأة ،وفي بعض من النوبات تكون العلامة التحذيرية على شكل خوف أو تخيل منظر أو صوت أو روائح . ونوبات الصرع يمكن أن تكون كبيرة أو صغيرة والكبيرة منها أكثر شيوعاً لأن بعض الأطفال الذين تصيبهم النوبات الصغيرة يمكن أن تتطور إلى نوبات كبيرة .ويمكن تتبع أنواع الصرع في فترات الطفولة كما الآتي:

١-- نوبات الوليد : تبدأ من تاريخ الولادة إلى أسبوعين.

تظهر على شكل استرخاء أو تصلب، وفترات من توقف التنفس،وتبدل اللون إلى أزرق ،بكاء غريب ودوران كرة العين نحو الخلف، وحركات اهتزازية وغريبة لجزء من الجسم أو كله.

٢-نوبة التشنجات الطفولية أو(داء وست): تبدأ من ٣-٨ أشهر وتمتد إلى ٤ سنوات .

تظهر من خلال الفتح الفجائي للذراعين والساقين من ثم ثنيهما، ويتم ذلك عند الاستيقاظ أو الاستلقاء للنوم .معظم الأطفال الذين تحدث هذه التشنجات عندهم متخلفون عقلياً.

٣-نوبات مترافقة مع الحمى: من ٦أشهر إلى ٤ سنوات .

تحدث هذه النوبات عندما يصاب الطفل بحمى شديدة بسبب التهاب الحلق أو الأذن أو الإصابة بالبرد الشديد.وهذه من النوبات الطويلة التي قد تبقى لمدة ١٥ دقيقة .

٤- نوبات نفس -حركية :تحصل في أي عمر .

تبدأ مع علامات الإنذار مشاعر من الخوف ،ومشاكل في المعدة، وغرابة في الشم والذوق وهلوسات في السمع والرؤية .و تتجسد النوبة بنظرة لا معنى لها وحركات غريبة في الوجه واللسان أو الفم .وقد تتطور هذه النوبة إلى النوبات "الكبيرة".

٥-النوبات الكبرى أو "الداء الكبير ":تحصل في أي عمر .

تظهر على شكل فقدان الوعي مسبوقة بإنذارات نفسية وحركية مثل المشاعر المبهمة والحركات العليفة والتلوي ،ودوران العين إلى الخلف .وأثناء النوبة يصرخ الفرد ويفقد وعيه ويسقط على الأرض، ويحدث تشنج عام في الجسم، كما أن التنفس يتوقف لحظياً ويفقد الفرد القدرة على الضبط فبعض الأطفال أو الأفراد يعضون السنتهم وبعضهم الآخر يفقد السيطرة على ضبط المثانة والتبرز، وتستمر النوبة عادة من ٢-٥ دقائق .يعقب النوبة عادة الاضطراب والنوم العميق .إن هذا النوع من النوبات يحدث بصورة كبيرة قياساً بالأنواع الأخرى .تلك بعض الأنواع من النوبات الصرعية الأكثر شيوعاً.

الخصائص النفسية للمصابين بالصرع :

أولاً -الذكاء :

إن معظم الأفراد المصابون بالصرع، يقعون في مستوى متوسط في الذكاء وقلة من هم في مستوى عال في ذكائهم ،وهذه القلة يستخدمها الأخصائيون من أجل طمأنة المصاب وأسرته أن كثيراً من المشاهير والمبتكرين كانوا يعانون من هذا المرض ،وهذا يؤشر على وجود علاقة ايجابية بين الصرع والذكاء

وهناك رأي آخر يقول أن النوبات المتكررة يمكن أن تتلف الدماغ، وبالتالي تؤذيه مما يدفع إلى تأخر القدرات العقلية . وبين الرأيين يمكن القول أن الأشخاص المصابين بالصرع هم كما الأشخاص الأصحاء من حيث ذكائهم فيما إذا أعطوا الفرص نفسها ،وقد أثبت حقيقة هذه النقطة كثير من الدراسات منها ما قام به ليتوكس Lennox وكولينز Collins حيث طبقا اختباراً للذكاء على ٩٣ توأماً منها ٦٣ توأماً غير مصابين بالصرع بينما كان الثلاثون الباقون من المصابين بذلك المرض .ووجد الباحثان أن متوسط نسبة ذكاء الأطفال الأصحاء كان ١٠٨ بينما كان متوسط نسبة ذكاء الأطفال المصروعين ٩٦ أي أن الفئتين تقعان في مستوى عادي من الذكاء .وفي دراسة أخرى طبق الباحثان على عينة من الأطفال الصرعيين بلغت ٣٠٠ طفلاً مقياساً للذكاء وهو مقياس ستانفورد بينيه، وكان متوسط نسبة الذكاء ١٠٤. إن ذلك يدل على أن ذكاء الأطفال المصابين بالصرع لا يختلف كثيراً عن ذكاء الأطفال العاديين .(عبد الغفار والشيخ ١٩٨٧)

ثانياً -الشخصية :

لا توجد خصائص محددة أو ثابتة في شخصية الطفل المصاب بالصرع، إنما توجد خصائص متعددة بتعدد المؤثرات التي تكون الشخصية .وبالرغم من أن هناك سمات طبعت شخصية المصاب بالصرع وهي سمات غير مستحبة كالتمركز حول الذات والأنانية وعدم الاستقرار والتشكك والعنف وتقلب المزاج وسوء التوافق في المنزل والمدرسة بسبب النوبات التي تصيبه فيتعذر بقاؤه في غرفة الصف لفترة طويلة . إلا أن واقع الحال يبقى الأمر نسبياً ،فلقد بين بريدجBridge من دراسته على مجموعة من الأطفال المصروعين بلغ عددها ٧٤٢طفلاً أن ٩% بينهم يعانون من اضطرابات الشخصية الحادة و٣٧% من اضطرابات متوسطة ،بينما لم تظهر أية اضطرابات في حالة النسبة الباقية وهي ٥٤% من الأطفال .

والدراسات المختلفة التي طبقت اختبارات الرورشاخ للشخصية، أظهرت تنوعاً كبيراً في أنماط الشخصية بين الأطفال المصابين بالصرع ،كما أظهرت دراسات أخرى أن المشكلات السلوكية تشابه إلى حدٍ كبير تلك المشكلات التي يعاني منها فئات أخرى من الأطفال في العيادات النفسية .وانطلاقاً من ذلك كله، لا نرى مبرراً لنسب مجموعة من التعميمات الجامدة حول الشخصية الصرعية. (المرجع السابق)

إجراءات مساعدة الطفل أثناء النوبة الصرعية:

١-يجب التعرف على العلامات التحذيرية التي تحصل عادة لدى المصاب مثل الخوف المفاجئ أو الصيحة أو الإنذارات، وذلك من أجل اتخاذ الإجراءات المناسبة لمساعدة الطفل و حمايته مثل وضعه على فراش أو في أي

مكان آمن وبعيد عن احتمالات الأذى الذي يمكن أن يلحقه المصاب بنفسه أثناء النوبة .

٢-عند حدوث نوبة كبيرة يجب عدم تحريك الطفل إلا إذا كان في وضع يشكل خطورة عليه .

٣-حماية الطفل من الأذى، وذلك عبر إبعاد أي آلة حادة أو صلبة موجودة بجواره ويجب عدم كبح جماح حركته بالقوة لأن ذلك قد يؤذيه .

٤- يجب عدم وضع أي شيء في فم الطفل في أثناء النوبة الصرعية سواء كان ذلك طعاماً أم شراباً أو دواءً أو أي شيء آخر لتفادي عض لسانه.

٥- أثناء فترة النوبة أو التشنج يجب إدارة رأس الطفل إلى أحد الجانبين بلطف لكي يخرج اللعاب من فمه ولا يسحبه إلى الرئتين من خلال التنفس .

٦-بعد الانتهاء من النوبة يجب توفير الوقت للطفل من أجل الراحة أو النوم وإذا اشتكى الطفل من الصداع ،وهذا كثير الحدوث بعد النوبات يجب إعطاءه (باراسيتامول أو اسبيرين).

علاج الصرع:

ينبغي أن تكون الخطة العلاجية للصرع خطة متكاملة في جوانبها المختلفة ،تأخذ بالحسبان العلاج الدوائي الطبي والعلاج النفسي وتكوين الاتجاهات الإيجابية لدى المجتمع اتجاه هذا المرض .

١- العلاج الدوائي الطبي :

وهو علاج يقوم به الأطباء من خلال وصفة طبية تشتمل على أدوية معينة توصف لمنع النوبات ،وبعض أنواع الصرع يمكن التحكم فيه بدواء

معين، وأنواع أخرى يؤثر فيها دواء آخر أو مجموعة من الأدوية .تشير المراجع إلى أن أفضل أنواع الأدوية التي تم تجريبها بالنسبة لكل أنواع النوبات هو "فينوباربيتال"Phenobarbital وما ينتمي إليها. والدواء الذي يأتي بعده وهو خاص بالنوبات الكبيرة هو فينيتوين phenytoin .

٢- العلاج النفسي :

يعتمد هذا العلاج على مساعدة الأفراد أو الأطفال من أجل مزيد من التوافق وقبول الأمر الواقع ،وذلك بتوجيه الاهتمام إلى الجوانب السليمة في الشخصية والتوجيه السليم للفرد نحو حالته ،كالرثاء للذات والخجل والانسحاب وتجنب الزواج وإنجاب الأطفال، ومشكلات أخرى يمكن للعلاج النفسي أن يعدل فيها وأن يسهم في خدمة الفرد أو الجماعة وذلك عن طريق العلاج الفردي أو الجمعي .

٣-التعديل الايجابي للاتجاهات الاجتماعية :

قد تبدو النوبات مخيفة للناس الذين يشاهدون المصابين بها، ولهذا السبب فإن الأطفال المصابين بالصرع وكذلك البالغين قد يمرون بأوقات عصيبة أحياناً لكي يقبلهم المجتمع .الأمر يتصل بالوالدين والجيران، ويمتد للآخرين الذين يحيطون بالفرد.ففي إحدى الدراسات الاجتماعية لمجموعة من المصابين بالصرع وجد على سبيل المثال، أن أمهات الأطفال الصرعيون يفرطن في حماية أطفالهن ولديهن إحساس بالعار والخجل الأمر الذي ينعكس على المصاب سلباً .وفي المحيط الاجتماعي يواجه الفرد مجموعة من المشكلات المختلفة إضافة للمشكلات التعليمية عند اختياره لمهنة من المهن أو لبناء أسرة فهو يواجه

بالرفض وعدم التقبل ولهذا من متطلبات العلاج أيضاً تغيير الاتجاهات السلبية لدى الآخرين عن هؤلاء المرضى ومرضهم وتكوين اتجاهات أكثر ايجابية .

رابعاً-حالات أخرى

توجد عشرات الأمراض التي تؤدي إلى إعاقة في الحركة الجسمية مثل العيوب الولادية الشائعة ،وتشوه القدمين والساقين وحالات البتر ومشاكل الورك وإصابات العظام والتهاب المفاصل المزمن وتشوه الفقرات الظهرية والأمراض المزمنة كالسكري والقلب وما شابه.....ولكن وجدنا أن الاقتصار على التوسع في بعض من أنواع الإعاقات الحركية قد يفي بالأغراض التربوية والنفسية، ويعطي المجال أكثر فأكثر لمن يريد الاستزادة من أجل أن يبحث ويهتم وفقاً لمجال اهتمامه أو الحالات التي يتعامل معها ،ومع ذلك سيتم إلقاء الضوء على بعض الحالات الأخرى بصورة مختصرة.

-ألم المفاصل :

يبدأ مرض ألم المفاصل عادة ما بين السادسة من العمر ولغاية العاشرة ،ويمكن أن يحدث قبل هذه السن أو بعدها بصورة نادرة ،ويصيب الإناث أكثر من الذكور .أما أسبابه فغير معروفة تماماً ،ولكن يرجح فيها أنها ناتجة عن زيادة بروتين الجسم أو زيادة في حمض الورك في الدم .

من أهم أعراض المرض سخونة في المناطق المفصلية مع شعور بالألم مصحوباً بالوخز أو الخدر ،ويسوء وضع الطفل تدريجياً حيث تمر أوقات يقل فيها الألم وأخرى يتفاقم فيها المرض ،ويبدأ الألم عادة في الركبة والكاحل والأصابع والقدم والرقبة والورك .ما يحتاجه الطفل الراحة والدفء وتناول الأدوية وإجراء بعض التدريبات اللازمة للحفاظ على قوة العضلات .

-سكري الأحداث :

وهو أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعاً في مرحلة الطفولة ،ينجم عن عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بكميات كافية .والمشكلة في هذا المرض عند الأطفال لا يتوقف تأثيره عندهم بل يمتد للأسرة التي يقع على كاهلها عمليات الضبط والانتباه إلى الطفل ،فهو غالباً ما يشكل تحدياً صعباً بالنسبة لهم .كما يشكل مصدراً للضغوط النفسية بالنسبة للطفل.

إن الأطفال المصابين بالسكري يحتاجون إلى تنظيم الطعام، وإتباع الحمية ،والحقن بالأنسولين يومياً وفحص البول وضبط نسبة السكر في الدم .إن كل ذلك لا يقوم به الطبيب إنما الأسرة هي التي تتحمل هذه الأعباء .والصعوبة تكمن في أن بعض الأطفال لا يستجيبون للتعليمات الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من الضغوط على الأسرة .لهذا فإن المسؤولية اليوم ينبغي أن تمتد لتشمل أكثر من الطبيب ،فتشمل أيضاً العاملين في الميادين الإنسانية والاجتماعية والنفسية، مثل المختصين في الإرشاد النفسي والاجتماعي والمعلمين .ولعل أفضل الخدمات هي تلك التي يقوم بتقديمها ومتابعتها فريق متعدد التخصصات ،وهذا الفريق ينبغي أن يراعي القضايا الأساسية الآتية (الخطيب والحديدي ،١٩٩٨ عن Umbrcit,1983):

١-إن مساعدة الطفل وأسرته تتطلب معرفة طبيعة المرض وإدراك تأثيراته المحتملة على الطفل وعلى العلاقات الأسرية والصحة النفسية .

٢-لا يقتصر تأثير السكري على الوالدين، إنما قد يمتد ليشمل الأخوة والأخوات .

٣-تختلف استجابات الأسر وكذلك الأطفال نحو مرض السكري ،الأمر الذي يتطلب عملية تقويم اوضع الطفل وأسرته بشكل فردي، وذلك يمكن تحقيقه عبر مجموعة من الإجراءات مثل المقابلة ،والتقارير الذاتية ،والمقاييس النفسية والاجتماعية .

٤-يجب مساعدة الطفل وأسرته على التعبير عن مشاعر القلق والامتعاض،وعلى مقدمي الخدمات الإنسانية والاجتماعية الحرص على بناء علاقة طيبة وقوية ،تقوم على الثقة وتشعر باهتمام حقيقي والاستماع لأفراد الأسرة جميعهم .

٥-بما أن المشكلة الأساسية للطفل والأسرة تتجلى بعدم تجاوب الطفل المصاب بالسكري للنظام العلاجي فإن على الأخصائيين استخدام الأساليب المناسبة لتحقيق هذا الهدف الأساسي،وقد يساعد في ذلك اشتراك الآباء في مجموعات" الدعم الأسري "،واستخدام أساليب التعديل السلوكي ،وتقديم البرامج الإرشادية للأطفال بهدف مساعدتهم في تطوير إدراك صحيح للمرض والتكيف مع متطلباته .

-مشاكل الورك :

تخلع 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 يتم فحص الطفل بعد عشرة أيام من ولادته لمعرفة ما إذا كان عنده ورك مخلوعة أم لا.

وهناك مشكلات بسبب تلف غطاء عظمة الفخذ وانزلاقها، منها مشكلة تلف غطاء أو مركز نمو رأس عظمة الفخذ المسمى بداء "بيرثز" ،ويبدأ عادة بين سن الرابعة والسادسة ،ونسبة حدوثه ١/ ٣٠٠ إلى ١/٦٠٠ طفل من الذكور .والمشكلة الثانية انزلاق غطاء رأس عظمة الفخذ ،وهي أقل شيوعاً ويحدث بصورة مفاجئة أو بالتدريج عادة بين سن ١١إلى 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 الطفل المجال كي يظل نشيطاً وعدم إجباره على الركض أو القفز أو المشي لمسافات طويلة -إذا كان الأمر يزعجه- والتمارين المعقولة الضرورية (ويرتر، ١٩٩٤)

-اضطرابات العمود الفقري :

تمثل اضطرابات العمود الفقري مظهراً آخر مميزاً من مظاهر الإعاقة الحركية ،وذلك نتيجة لما يتصل بهذا الإضطراب من خلل في القدرة الحركية لدى الفرد .ويقصد باضطرابات العمود الفقري ،ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود الفقري ،وتبدو مظاهر ذلك ،كما يذكرها" بليك "في(الروسان ،١٩٨٩) ،فيما يأتي:

١-تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها

٢- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية ،وتعرف هذه الحالة باسم (Spina Bifida with Meningocele) .

٣-بروز نتوء من العمود الفقري بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية وتعرف هذه الحالة باسم (Spina Bifida with Meningomyelocele).

وقد ترتبط هذه الحالات من الاضطراب بحالات أخرى، مثل استسقاء الدماغ والتي تمثل شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية ،كما ترتبط بحالات التهابات الدماغ أو العمود الفقري، وتعد أسباب اضطرابات العمود الفقري غير معروفة .

خامساً-الخصائص السلوكية والنفسية للمعوقين حركياً :

تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها تبعاً لتعدد أنواع الإعاقة الحركية ،لهذا يكون من الصعب الكلام عن خصائص ثابتة وعامة ،فالأطفال المشلولين دماغياً كما لاحظنا يختلفون من حيث خصائصهم عن الحالات الصرعية وهؤلاء يختلفون أيضاً عن الحالات الأخرى من الإعاقة الحركية . فالخصائص التحصيلية والخصائص الشخصية فيها تنوع ،بتنوع فئات الإعاقة الحركية .ففي حين يتمكن مثلاً الأطفال المصابين بالصرع والأطفال المصابون بشلل في الساقين والأطفال ذوو بعض الأمراض المزمنة أن يقوموا بفعل الكتابة والقراءة بالصورة الطبيعية إلى حد ما ،فإن الأطفال المشلولين دماغياً وذوي الاضطرابات في العمود الفقري أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد،لا يتمكنون من إتقان مهارات القراءة والكتابة.

وحتى الخصائص السلوكية والنفسية، قد يتعذر وضعها في إطار محدد وعام ،لأن هذه الخصائص ليست ناجمة فقط عن الإعاقة وحسب، بل هي نتيجة لموقف المجتمع اتجاه الإعاقة بصورة عامة ،وهو موقف يتسم بالسلبية والنظرة

الدونية ،و إذا ما كانت هذه المواقف أكثر إيجابية ،فإن الخصائص هذه سوف تتعدل وتتغير .

لقد حدد علماء النفس والعاملون في مجال الإعاقة بعض الخصائص بصورة عامة بغض النظر عن الفروق البيئية ويمكن تلخيصها بالآتي :

١-مشاعر الدونية والنقص ،وتنجم هذه المشاعر عن وجود الاختلاف والتباين في القدرة ما بين الطفل المعوق حركياً وأقرانه من العاديين ،فعندما يقارن الطفل وضعه بالأطفال الآخرين ،يشعر أن هناك أنشطة كثيرة يحب أن يشارك فيها ولكن الإعاقة تمنعه من ذلك ،وإذا ما أقدم على المشاركة فإن فرص الفشل فيها كثيرة بخاصة الأنشطة التي ترتبط بكفاءة بعض الأعضاء اللازمة للمشاركة والتنافس فيها مع الأقران .

٢-عدم الشعور بالأمن والاطمئنان ،وهذا الشعور ينجم عن أن الطفل لا يكون واثقاً مما يقوم به وينجزه ،فهو يراقب ردة فعل الآخرين اتجاهه،ويشعر أنه معرض للمخاطر والعوائق ،وإذا ما أصابه الفشل فإنه يتوقع من الآخرين عدم التقبل له .

٣- الاستكانة والشعور بالعجز ،وهي مشكلة نسبية بحيث يستكين الطفل لقدره ،ولا يقوم بأي محاولة لتجاوز إعاقته ،إنما يقبل بالأمر الواقع كما هو، وبالتالي يزيد اعتماده على الآخرين مما يفقده احترامه لذاته ويجد في الانسحاب ملاذاً سهلاً وفي أحلام اليقظة سبيلاً للخلاص .

٤-الإسراف في استخدام وسائل الدفاع الأولية مثل الميل إلى النكوص حيث يميل الطفل لأن يتصرف تصرفات طفليه لكي يكون محط انتباه الآخرين ممن يحيطون به .أو استخدام وسائل دفاعية أخرى كالتبرير والكبت والإسقاط

مما يولد في نفسه كثيراً من الصراعات التي تؤدي به إلى عدم التكيف والتقبل المتبادل منه ومن الآخرين .

٥- ظهور بعض الانحرافات السلوكية مثل: الميل إلى العناد والكذب، أو العدوان الموجه إلى الذات أو إلى الآخرين .

٦-عدم الثبات الانفعالي بحيث يظهر عند الطفل استجابات انفعالية لا تتفق وطبيعة المثيرات فمثلاً قد يبكي الطفل لأتفه الأسباب أو يضحك في الوقت الذي لا يتطلب الضحك.

نؤكد من جديد أن هذه الخصائص ليست ثابتة عند المعوقين حركياً فهي نسبية ويكثر وجودها بينهم، ويبقى للتربية والاتجاهات الاجتماعية نحو هذه الفئة من الأطفال الدور الحاسم في تكونها أو غيابها .

سادساً-الخدمات النفسية والإرشادية للمعوقين حركياً

تشمل الخدمات النفسية والإرشادية أسرة الطفل والطفل نفسه. لأن الإعاقة عند الطفل تؤثر على الأسرة بالدرجة الأولى بخاصة إذا كانت الإعاقة منذ الولادة أو في سن مبكرة .وتتباين درجة التأثير تبعاً لنوع الإعاقة وشدتها وزمن الإصابة فيها، وكذلك الظروف الأسرية والمجتمعية التي ينتمي إليها الفرد .وشيئاً فشيئاً تؤثر الإعاقة على الطفل نفسه عند احتكاكه بالوسط الذي يعيش فيه.

الخدمات النفسية والإرشادية لأسر ذوي الإعاقة الجسمية الحركية :

تقدم الخدمات النفسية والإرشادية لأسر ذوي الإعاقات الجسمية الحركية من خلال تعريف الوالدين بطبيعة هذا النوع من الإعاقة أو ذاك عند طفلهم،

وكيفية التعامل مع الطفل، وما الإجراءات التي ينبغي على الأسرة أن تقوم بهما من أجل تطوير قدرات الطفل وإمكاناته وجعله مشاركاً في الأعمال أو الأنشطة البيتية والمنزلية .كما يمكن مساعدتهم على مواجهة مشاعرهم السلبية التي يعانون منها اتجاه طفلهم ،وذلك عن طريق مشاركتهم المسؤولية في إيجاد الحلول للمشكلات التي يواجهونها .إن الخدمة الإرشادية تتحدد في هذا المجال بتغيير اتجاهات الوالدين ومواقفهم السلبية من الطفل المعوق حركياً واستبدالها باتجاهات إيجابية تساعد على تقبل الطفل وفهم حدود إمكاناته وقدراته، وما هو متوقع منه ،بالإضافة إلى مساعدة الأسرة على التعرف على مصادر الخدمات التي يمكن أن يستفيد منها الطفل .(Capuzzi&Gross, 1997)

أما الحاجات الخاصة بأسر ذوي الإعاقات الجسمية الحركية فيمكن تلخيصها بما يلي :

١- الحاجة إلى الدعم النفسي بسبب ما تعانيه الأسرة من وجود طفل معوق وتوفير هذا الدعم عن طريق إجراءات الإرشاد الأسري للوصول إلى التكيف مع وجود الإعاقة وتقبل الطفل المعوق .

٢- الحاجة إلى الدعم الاجتماعي بسبب ما تعانيه الأسرة من تحيز ضدها نظراً لوجود طفل يعاني من إعاقة من بين أفرادها، والعمل على أن يتقبل المجتمع الفرد المعوق وتعديل الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة والمعوقين .

٣-الحاجة إلى الراحة والاستمتاع وتوفير الوقت اللازم لمن يقومون برعاية الطفل أن يجدوا أوقات الفراغ بهدف تفريغ الأحباء والمعاناة اليومية التي يتطلبها وجود طفل معوق ،وذلك عن طريق التعرف على مصادر الدعم

في المجتمع كالمراكز التي يمكن أن ترعى الطفل لأوقات محددة يستطيع من خلالها الوالدان ممارسة النشاطات الترفيهية التي هم بحاجة إليها .

٤ – الحاجة إلى توفير المعلومات العلمية الدقيقة عن طبيعة الإعاقة التي يعاني منها أحد أفراد الأسرة وكيفية التعامل مع مثل هذه الحالات وما الذي يمكن أن تسهم فيه الأسرة لمساعدة ابنها وكذلك توفير معلومات عن المصادر المجتمعية والمؤسسات والمراكز والمدارس التي يمكن أن تقدم الخدمات التي يحتاجها الطفل المعوق .

٥ – الحاجة إلى الدعم المادي وتوفير الأموال اللازمة للعناية بالفرد المعوق جسمياً وصحياً وشراء المستلزمات التي تساعده على التكيف ،لأن الكلفة المالية لرعاية المعوقين جسمياً حركياً أكبر بكثير مما تتطلبه رعاية غير المعوقين .

٦–الحاجة إلى تشكيل نواد أو جمعيات تضم أسر الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً لتبادل المعلمات ودعم بعضهم البعض والدفاع عن حقوق أبنائهم ومطالبة الجهات الرسمية بتوفير ما تحتاجه الأسرة في ظل وجود طفل معوق بين أبنائها .(الصمادي ،١٩٩٩)

أما الأفراد المعوقون جسمياً حركياً فلهم احتياجاتهم وذلك في سياق تطورهم ونموهم وهذه الحاجات هي أقرب لهم مما هي عند أسرهم .ويمكن تلخيص الحاجات الخاصة بالأطفال المعوقين حركياً بالآتي :

١ – الحاجة إلى الخدمات الصحية والخدمات المساندة التي تشمل العلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي .

٢-الحاجة إلى التعديلات والتسهيلات البيئية المختلفة التي تشمل: المداخل والممرات والحمامات وتوفير المصاعد وأماكن وقوف السيارات وتعديل السيارات ووسائل النقل بما يتناسب وطبيعة الإعاقة الجسمية الحركية .

٣-الحاجة إلى توفير الأدوات والأجهزة المساعدة الضرورية للتنقل أو التأهيل: مثل الكرسي المتحرك وعكاكيز المشي وأجهزة التقويم والأطراف الاصطناعية .

٤-الحاجة إلى الأدوات والأجهزة التعليمية اللازمة لعملية التواصل والتعلم.

٥-الحاجة إلى خدمات التأهيل المهني والتهيئة المهنية بما يتناسب وطبيعة الإعاقة .

٦- الحاجة إلى الدعم النفسي عن طريق توفير خدمات الإرشاد النفسي وتقبل الإعاقة والعمل على تطوير قدرات الفرد المعوق جسمياً وصحياً.

٧-الحاجة إلى الدعم الاجتماعي، وتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو المعوقين جسمياً وصحياً وجعلها أكثر ايجابية وتقبلاً لحالة المعوق (Bigge,1986)

مراجع الفصل

-الخطيب ،جمال والحديدي ،منى (١٩٩٧) : المدخل إلى التربية الخاصة . مكتبة الفلاح للنشر ،ط١ ،عمان .

-الخطيب،جمال والحديدي ،منى (١٩٩٨) : التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)دار الفكر الطباعة ،ط١ ،عمان .

الروسان ،فاروق (١٩٨٩): سيكولوجيا الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة) جمعية عمال المطابع ،عمان .

-الصمادي ،جميل محمود (١٩٩٩) : الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة . نظمتها جامعة الخليج العربي ، مسقط .

-عبد الغفار ،عبد السلام والشيخ ،يوسف محمود (١٩٨٤) :سيكولوجيا الطفل غير العادي والتربية الخاصة .منشورات جامعة دمشق ،دمشق .

-ويرنر ،ديفيد (١٩٩٤): أطفال القرية المعوقين (دليل للأسر والعاملين ....) إشراف وتحرير: محمد بن حمود الطريقي ، المركز المشترك لبحوث الأطراف الصناعية والأجهزة، الرياض .

-Biggc. J. (1989) :Teaching individuals with physical and multiple disabilities, Charles E .Merrill.

-Capuzzi .D . &Gross. D.(1997) :Introduction to the counseling profession , Ellyn & Bacon .

-Umbreit. j .(1983) : Physical disabilities and health impairments .Columbus Ohio : Charles E .Merrill .

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية (النطق والكلام)

أولاً- الإطار العام للاضطرابات اللغوية

ثانياً- مفاهيم ومصطلحات أساسية

-التواصل

- اللغة

-الكلام

-النطق

ثالثاً: مراحل النمو اللغوي

رابعاً: النمو الطبيعي للنطق واللغة وعيوبها

خامساً: العوامل المؤثرة في النمو اللغوي

سادساً: قياس اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها

سابعاً: تصنيف الاضطرابات اللغوية وتعريفها

١. اضطرابات الكلام

أ - اللجلجة

ب- السرعة الزائدة في الكلام

ج- ظاهرة البطء أو التوقف في أثناء الكلام

٢. اضطرابات النطق Articulation Disorders

أ - الإبدال

ب - الحذف

ج- الإضافة

د - التشويه

* خصائص اضطرابات النطق

* أسباب اضطرابات النطق

٣. اضطرابات الصوت Voice Disorders

٤. اضطرابات اللغة Language Disorders

أ - تأخر ظهور اللغة

ب - فقدان القدرة على فهم الكلام والتعبير عنه

ج - صعوبة الكتابة

د - صعوبة فهم الكلمات أو الجمل

هـ - صعوبة القراءة

و - صعوبة تركيب الجملة

ثامناً: الإجراءات الوقائية والعلاجية لاضطرابات اللغة

١- التدابير الوقائية في مواجهة عيوب النطق والكلام

أ- مسوغات التدابير الوقائية

ب- إجراءات التدابير الوقائية

١- الجهاز التنفسي

٢- الجهاز الصوتي

٣- جهاز الرنين

٤- أجهزة النطق: - التدريب على التنفس

- تدريب حركات النطق - تطوير السمع الانتقائي

٢- التدابير العلاجية في مواجهة عيوب النطق والكلام

١- العلاج الطبي ٢- العلاج النفسي ٣- العلاج الكلامي

الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية

أولاً- الإطار العام للاضطرابات اللغوية

مقدمة:

اللغة ناتج من نواتج الفكر الإنساني و أداة من أدواته، فهي تمده بالرموز وتحدد له المعاني وتمكنه من أداء الأحكام وتخريج الأفكار وتكوين المقدمات واستنتاج النتائج. وقد عبر عن ذلك أحد الباحثين" إذا أردنا أن ندرس الفكر والنتاج الفكري، فالواجب أن ندرس اللغة. وإذا أردنا أن ندرس اللغة، فعلينا أن ندرس أثرها في المجتمع"

- والكلام يمثل مظهراً من مظاهر تفرد الإنسانية، ولا يمكن النظر على أنه أصوات عديمة المعنى. بل يشير إلى معان ودلالات محددة لا تأتي إلا من خلال الخبرة والتعليم والتدريب. والإنسان يمتلك معجزة الإدراك المعرفي الذي يستطيع من خلاله فك شفرة الرموز اللغوية" Linguistic Code" مما يجعل لديه القدرة على تحويل الرموز من نظام إلى نظام وترجمتها. فالإنسان يفرق عن الحيوان في امتلاكه نظاماً معرفيا معقداً يمكنه من تحويل التفكير إلى لغة، واللغة إلى تفكير. فاللغة أداة التعبير عن المعنى وتتضمن جانبين رئيسيين هما:

١- اللغة المنطوقة أو المكتوبة وهو ما يسمى باللغة اللفظية " Verbal Langnage"

٢- اللغة غير اللفظية "Non Verbal Language" و تتمثل في الحركات والإشارات والإيماءات التي يمكن من خلالها فهم معنى معين أو دلالة مخصوصة تواضع العرف على معين لها.

وقد يكون من المناسب في هذا السياق التعرف على بعض الفروق بين الكلام (اللغة المنطوقة) واللغة المكتوبة.

١- الكلام ضروري للتواصل، ولذلك يكتسب الأطفال اللغة المحكية حولهم دون تعلم مباشر ممن يعيشون حولهم. أما في حالة الكتابة فيحتاج الطفل إلى تعليم مباشر.

٢- الكتابة تمثيل دائم وسجل ثابت للوقائع والأحداث أما الكلام إذا لم يتم تسجيله صوتياً يزول بمجرد النطق ويتحول إلى موجات صوتية مرئية

٣- يستطيع الكاتب أن يرجع ويغير ما يكتبه بحيث يخرجه بالصورة التي يريدها. أما الكلام فيصعب التغيير فيه أو تعديل التفوهات التي صدرت عنه.

٤- يفيد المتكلم في حديثه من النبر والتنظيم والإشارات باليد أو الرأس وبعض أعضاء الجسم الأخرى بينما لا تستخدم هذه الأمور في الكتابة.

٥- يستخدم الإنسان في الحديث جملاً كاملة أو أشباه جمل أو جمل ناقصة. أما في الكتابة يلجا الكاتب إلى كتابة جمل مفيدة تراعي قواعد النحو و الصرف.

ثانياً-مفاهيم ومصطلحات أساسية

١- التواصل Communication

التواصل هو عملية تتضمن تبادل الأفكار والآراء والمشاعر..... بين الأفراد بشتى الوسائل والأساليب مثل الإشارات والإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركات اليدين، والتعبيرات الانفعالية، واللغة....

وتعد اللغة المنطوقة (الكلام) أحد أشكال التواصل التي تتيح للفرد نقل المعلومات بصورة دقيقة ومفصلة، فالتواصل عملية تتضمن جوانب لفظية وأخرى غير لفظية و التعبير عن الأفكار لا يقتصر على الوسائط السمعية أو اللفظية فهناك أساليب عديدة تشمل حركات اليدين والأصابع، وتعبيرات الوجه، وحركات الجسم. كلها أساليب للتواصل تخضع لنظم متفق عليها بين الأفراد وتختلف عن اللغة الشفهية أو التحريرية. وأساليب التواصل المستخدمة مع المعوقين سمعياً (إشارات وصفية، تهجي إصبعي، قراءة الشفاه...) فهي تشابه اللغة من حيث أن لها متطلبات نمائية قبل اكتسابها، وتسير وفق سياق منظم ومحدد متفق عليه بين المتعاملين بها.

٢- تعريف اللغة- Language

حظيت اللغة بمحاولات عديدة لتعريفها وتحديدها وقد أخذت هذه التعريفات وجهات مختلفة. ويعرف سابير (Sabir,1921:8) اللغة بأنها " طريقة بشرية وغير غريزية لنقل الأفكار والأحاسيس والرغبات بواسطة رموز تنتج طوعاً"

وانتقد هذا التعريف من حيث أنه هناك الكثير مما يمكن نقله بواسطة اللغة لا يندرج ضمن هذه الأفكار والأحاسيس والرغبات وعلى سبيل المثال ما يؤكده فيرث (Firth, 1964) على أهمية الوظيفة الاجتماعية للغة من تخطيط، إرشاد، وداع، مديح، ذم.... ويشير كريستال (Crystal, 1986) إلى أهمية استعمال

اللغة كتدوين الحقائق في السجلات الرسمية والتاريخية والتقارير العلمية، ومن ناحية أخرى هناك أنظمة متعددة للرموز المنتجة طوعاً لا تندرج ضمن تعريف اللغة كالإيماءات والحركات اليدوية وغيرها من الإشارات.

أما بلوك و تريجر (Block and Trager 1942) فقد عرفا اللغة على أنها منظومة من الرموز الصوتية التوفيقية يمكن بواسطتها لمجموعة من الناس في مجتمع معين أن تتعاون. وهذا التعريف يؤكد على الوظيفة الاجتماعية للغة ولا يؤكد على أهمية الوظيفة التواصلية.

أما هول(Hall,1968) فيرى أن " اللغة نمط سلوك اجتماعي يقوم به البشر بواسطته بالاتصال والتفاعل بعضهم مع بعض برموز شفهية سمعية توافقية يستخدمونها بحكم العادة". وهذا التعريف اشتمل على عدة نقاط منها الاتصال والتفاعل وأشار إلى المرسل والمتلقي للإشارات الصوتية من خلال مصطلح "شفهي سمعي". وأن اللغة التي يستعملها الأفراد في مجتمع ما هي جزء من ثقافة ذلك المجتمع، وأنها استجابات متكررة لمثيرات معينة يمكن التنبؤ بها.

أما روبنز(Robins, 1979) ، فيرى أن اللغات ما هي إلا منظومات من الرموز... تبنى بكاملها تقريباً على أساس العرف الخاطئ أو العرف التوفيقي، ويؤكد روبنز على مرونة تلك الرموز وقابليتها للتكيف، وأن اللغات قابلة بغير حدود للتوسع والتعديل وفق الحاجات والحالات المتغيرة للمتحدثين بها. وروبنز هنا يتجه إلى تبني حقيقة أن اللغة قابلة لتوسيع المنظومة اللغوية وقابلة لتعديل مكونات تلك المنظومة ضمن حدود معينة.

يرى تشومسكي (Chomsky, 1975) أن كل لغة طبيعية تتكون من عدد محدد من الأصوات وعدد محدود من الأحرف في أبجديتها، وأن كل جملة من الجمل يمكن تمثيلها بسلسلة متعاقبة من الأصوات ومن مهام عالم اللغة لدى وضعه لغة ما، أن يقرر أياً من هذه السلاسل المتعاقبة محدودة العناصر تشكل جملاً وأياً منها لا تشكل جملاً، كما عليه أن يبين الخصائص البنيوية التي تتمتع بها نظمها الصوتية والنحوية والدلالية. وأن هذه الخصائص البنيوية مهمة في عملية الاكتساب اللغوي.

ويعرف وورهف (Wardhaugh, 1972) النظام بأنه "نظام من الرموز الصوتية التواصلية التي تستخدم في التواصل بين الناس" ويعتبر التعريف أن النظام هو الركن الأساسي في اللغة بغض النظر عن وجود نظام كتابي لها أم لا. وعن تطور هذا النظام إن وجد. فالكتابة تعتمد على الكلام ولاحقة له. وأن نظم الكتابة المختلفة تعكس محاولات الإنسان تمثيل الأصوات اللغوية وهي تتشكل منها من كلمات وجمل لها معان مختلفة على الورق.

أما ستيفن بنكر (Steven Pinker, 1997) فيقول: إن اللغة الغنية من التكوين البيولوجي لأدمغتنا تتطور وتنمو عند الطفل بشكل عفوي دون جهد مبذول معتمد، وهي تنقل دونما إحساس بقواعدها.

ومن أكثر تعريفات اللغة شمولاً ، التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للعلاج واللغة والسمع المعروفة بـ "أسها" ASHA. " فعرفت اللغة على أنها نظام معقد وديناميكي من الرموز المتفق عليها يستخدم في شتى أنواع التفكير والتواصل (Owens 1992)" . ويؤكد هذا التعريف على الجوانب التالية:

١- تتطور اللغة في إطار تاريخي اجتماعي ثقافي معين

٢- اللغة سلوك تحكمه قواعد معينة، ويتألف هذا السلوك من مستويات مختلفة هي الصوتي (Phonology) والصرفي (Morphology) والنحوي (Syntax) والدلالي (Semantics) والبرجماتي أو السياقي (Pragmatics)

أ- المستوى الصوتي (Phonology) هو الذي يحدد نطق الكلمات أو أجزاء الكلمات وفق الأنماط المقبولة أو المتعارف عليها لدى الجماعة اللغوية.

ب- الصرفي (Morphology) يعالج من خلاله أبنية الكلمات وأنواعها وتصريفاتها أو اشتقاقاتها

جـ- المستوى النحوي (Syntax) يعني ترتيب كلمات الجملة أو الجمل في أشكالها المقررة في اللغة

د - الدلالي (Semantics) ويعني ترتيب الوحدات اللغوية وفق سماتها الدلالية المعروفة أو المقبولة في اللغة

هـ- البرجماتي أو السياقي (Pragmatics) ويقصد به مجموع المفردات اللغوية المتاحة للتعبير عن المعاني والمواقف المختلفة في إطار اللغة.

٣- اكتساب اللغة واستخدامها تحكمه مجموعة متشابكة من العوامل البيولوجية والإدراكية والنفسية والبيئية.

٤- يتطلب الاستخدام الناجح والفعال للغة لغايات التواصل فهماً عميقاً وواسعاً للسلوك والتفاعل الإنساني، ويشتمل ذلك على فهم لعملية التواصل

غير اللفظي Non verbal ولـدور التعزيـز Reinforcement والعوامـل الثقافية والاجتماعية في اكتساب اللغة.

أما نظرية المعلومات Informatics Theory في تعريف اللغـة فتقـول أنها " تتضمن عملية اتصال، وعملية الاتصال اللغوي هي دوران للرسائل التـي يبعث بها المرسل(معطيات الرسالة)، والتي تسير عبر وسط معـين أو قنـوات معينة لتصل إلى مستقبل يقوم بتحليل هذه الرسالة وفهمها وبالتالي تـؤدي هـذه الرسالة وظيفتها بتوافق وانتظام، ويجب على المرسـل والمـستقبل أن يتقيـدوا بشفرة معينة أو رموز متفق عليها The Code، ومفهوم الكـود يتطـابق مـع مفهوم اللغة من حيث الصرف والتزامن والمجـاز والوصـف، وأن مـضمون الرسالة يجب أن يتطابق مع قواعد النحو والكلام حتى يتم فهم الرسالة وتحليلها.

٣-تعريف الكلام Speech

رغم تعدد صور اللغة وأساليبها إلا أن الشائع بين البشر اسـتخدام اللغـة الشفهية والكلام استقبالا/استماعاً وإرسالاً/ تحدثاً. وبذلك يعـد الكـلام الجانـب الشفهي أو المنطوق أو المسموع من اللغة، وهو الفعل الحركي لهـا. والكـلام عبارة عن سياق من الرموز الصوتية يخضع لنظام معين متفق عليه في الثقافـة الواحدة، وهو بذلك أكثر خصوصية من اللغة لأنه أحد صورها، فاستخدام الكلمة المسموعة هي الأصل، والكتابة مهارة مكتسبة تضم رمـوزاً لتـدوين الكـلام ومعانيه. وتعتمد عملية الكلام على نمو مجموعة من الأجهزة الحسية والحركية والعصبية لدى الفرد ويعد تكامل وظائف هذه الأجهزة وتناسقها مطلباً واستعداداً أساسياً لممارسة الكلام بصورة صحيحة.

ويختلف الرمز بالأصوات عن الرمز بالحروف ونحوها لوجود علاقة بين الصوت وما يدل عليه تتمثل في حركة الفم وكيفية تشكيله وفي صفة الصوت الصادر.

وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال يقضون من ٩-١٢ شهراً بعد مولدهم قبل ممارسة الكلمات الأولى. ويتم خلال هذه الفترة سلسلة من الأحداث النمائية تسبق القدرة على الكلام من نمو عضوي (القدرة على التحكم في عضلات الوجه والأعضاء والجهاز التنفسي والجهاز الصوتي، وتزداد قدرتهم على التحكم في عملية إصدار الأصوات وتنظيمها في كلمات مفهومة. ونمو في المقدرات العقلية والمعرفية.

ويميز كلاً فيجوتسكي وبياجيه الكلام المتمركز حول الذات والكلام الاجتماعي، حيث أننا نجد الطفل يتكلم ويسلك وكأن وجهات النظر تنتمي إليه شخصياً، وفي عمر ثلاث سنوات تكون التلفظات المتمركزة حول الذات تمثل نصف ما ينطقه والنصف الآخر من الكلام اجتماعياً.

ثم تنخفض تدريجياً نسبة الكلام المتمركز حول الذات إلى أن تصبح ربع كلام الطفل في عمر السابعة. فاللغة ظاهرة اجتماعية وأداة تفاهم واتصال بين أفراد الأمة الواحدة. وهي نمط من السلوك لدى الأفراد والجماعات، أما الكلام فهو سلوك فردي يتجلى عن طريق كل ما يصدر عن الفرد من أقوال ملفوظة أو مكتوبة. فاللغة تشير إلى الجانب الاجتماعي بينما يشير الكلام إلى الجانب الفردي.

ويعرف بادجر الكلام بأنه الفعل الحركي، وهو يتطلب التنسيق بين عدة عمليات هي التنفس، إخراج الصوت، رنين الصوت، نطق الأحرف وتشكيلها.

ويؤدي الفم دوراً مهماً في عملية الكلام، ففي أثناء الكلام نلاحظ أجزاء الفم تتحرك في سياق متتابع ومنظم ومستمر، ويتخذ الفكان والشفتان واللسان وسقف الحلق أشكالاً وأوضاعاً مختلفة ومتغيرة بما يتناسب وعملية الكلام التي تتضمن ١٥٠ كلمة في الدقيقة تحمل معاني مفهومة هذا بالإضافة إلى الحركات المستمرة للجهاز التنفسي والجهاز الصوتي.

٤- تعريف النطق Articulation

النطق هو عملية تشكيل الأصوات (اللبنات الأولى للكلام) الصادرة عن الجهاز الصوتي كي تظهر في صورة رموز تنتظم بصورة معينة وفي أشكال وأنساق خاصة وفقاً لقواعد متفق عليها في الثقافة التي ينشأ فيها الفرد، فالأصوات تعد الخامة الأساسية للكلام، وهي تخرج مصحوبة بهواء الزفير وتتعرض لمجموعة كبيرة من العمليات تشترك فيها عدة أجهزة: الجوف والحلق والفم واللسان والأسنان والشفتان والأنف، وتخرج الأصوات في صورة رموز (تقابل حروف التهجي) متمايزة من بعضها، لكل منها خصائص وصفات تميزه عن غيره. ويصعب على الفرد ممارسة الكلام بصورة صحيحة ومثمرة قبل أن يتعلم كيفية تشترك فيها عدة أجهزة: الجوف والحلق والفم واللسان والأسنان والشفتان والأنف، وتخرج الأصوات في صورة رموز (تقابل حروف التهجي) متمايزة عن بعضها، لكل منها خصائص وصفات تميزه عن غيره. ويصعب على الفرد ممارسة الكلام بصورة صحيحة ومثمرة قبل أن يتعلم كيفية إخراج الأصوات، أي نطقها بصورة تتفق مع تلك القواعد.

ثالثاً: مراحل النمو اللغوي

إن للغة علاقة بالنمو البيولوجي والاستعداد الفيزيولوجي والعقلي لدى الإنسان، ويمكن تقسيم النمو اللغوي إلى أربع مراحل:

١- مرحلة الصراخ أو البكاء (Crying Stage) تنمو هذه المرحلة من الميلاد وحتى الشهر التاسع من عمر الطفل، يعبر الطفل خلالها عن حاجاته وانفعالاته من خلال الصراخ والبكاء، ويمكن عدها مؤشرات أو منبهات على قدرة الطفل على التحدث مستقبلاً.

٢- مرحلة المناغاة (Babbling Stage) في هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات البسيطة وأحرف العلة مثل ألاه والواو والياء نتيجة لسماعه إياها والمتعة التي تسببها يبدأ بتكرارها ويتحكم بها وتمتد من الشهر الرابع أو الخامس تقريباً وحتى الشهر الثامن أو التاسع ويمكن القول بأن المناغاة هي لغة الإرسال ذو الطرف الواحد في ذلك العمر من عمر الطفل من الخامس تقريباً وحتى الشهر الثامن أو التاسع ، ويمكن عدها إشارة ايجابية يمكن الاستدلال منها على مستقبل الطفل اللغوي إلى حد ما.

٣- مرحلة التقليد (Imitation Stage) في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات والكلمات التي يسمعها تقليداً غير صحيح، فكلماته تكون ناقصة لبعض الحروف حيث يغير أو يبدل أو يحذف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، ويرتبط ذلك بمجموعة من العوامل أهمها مدى نضج جهاز النطق، وضعف الإدراك السمعي وقلة التدريب. ولكن مع استمرار عوامل النضج التدريب والتعلم تصبح قدرة الطفل على التقليد أكثر دقة وتمتد من السنة الأولى وحتى الرابعة.

٤- مرحلة المعاني (Semantic Stage) في هذه المرحلة تزداد قوة إدراك الطفل ويصبح قادراً على الربط بين الرموز اللفظية ومعانيها وتمتد من السنة الأولى وحتى الخامسة وما بعدها. والحقيقة تجدر الإشارة إلى أنه يجب التركيز على اللغة المنطوقة الخاصة أي اللغة التي يمكن استثمارها والتفاعل معها مع محيط الفرد الاجتماعي أي القاموس اللغوي المفيد في التعلم والاتصال أما اللغة المنطوقة العامة لا تعتبر مؤشراً صادقاً على قدرة الفرد اللغوية للتعلم.

وأن مظاهر المحصول اللغوي للطفل تختلف من عمر إلى آخر، وذلك حسب مراحل نموه الزمني حيث تعد السنة الأولى من عمر الطفل مرحلة الكلمة الواحدة، والسنة الثانية مرحلة الجملة ذات الكلمتين، والسنة الثالثة مرحلة ذات الكلمتين، والسنة الثالثة مرحلة إنشاء الجمل، أما السنة الرابعة فتعد مرحلة الحديث مع الآخرين، والسنة الخامسة مرحلة، أما السنة الرابعة فتعد مرحلة الحديث مع الآخرين، والسنة الخامسة مرحلة إنشاء الجملة الكاملة.

رابعاً: النمو الطبيعي للنطق واللغة وعيوبها

يعد الكلام ظاهرة نمائية تعتمد على العمر الزمني للفرد ويتأثر بدرجة النضوج الجسمي والعقلي والاجتماعي والنفسي، ويكتمل نمو الكلام في سن السابعة أو الثامنة وينمو كلام الطفل ابتداء بصراخه ومناغاته وتقليده للأصوات حتى النطق السليم وتكوين ثروة لغوية لديه لكل مرحلة سماتها وإذا ما ظهر أي انحراف عن المألوف لدى الطفل فإنه يمكن اعتبار ذلك دلالة على وجود اضطراب في لغة الطفل بغض النظر عن مرحلتها والعمر الذي هو فيه. إن الصعوبات اللفظية تعتمد إلى درجة كبيرة على السمع ومهارات الفرد الاستقبالية

(القدرة على الاستيعاب) أو المهارات التعبيرية (أي قدرته على الإرسال) أو كلاهما ومن اضطراباته اللغة الآتي:

١- عيوب دلالات الألفاظ - يمتاز الطفل المعوق لفظياً بعيوب في ثروته اللفظية التعبيرية أو المستقبلية مصحوب بقصور في فهم العلاقات بين الألفاظ واستخدامها أو في فهم المضادات أو المترادفات أو في قصور في استخدام الكلمات ذاتها وأهم ما يميز هذا العيب فقدان الطفل للربط بين الألفاظ ومعانيها.

٢- العيوب التركيبية - من أهم مظاهرها قصور الطفل في مجال ترتيب الكلمات، واستخدام أماطها المختلفة، وفهمها وتكون جمل الطفل قصيرة وغير تامة.

٣- عيوب النظام المورفولوجي الصرفي- ويشير هذا العيب إلى عدم قدرة الطفل على فهم واستخدام علامات التشكيل والصرف في الأسماء والأفعال والصفات وغيرها.

٤- عيوب النظام الصوتي - وهي عيوب أقل شيوعاً لدى الأطفال، وتشمل هذه العيوب قصوراً في نظام الصوت بحيث يكون مخزون الطفل الصوتي محدوداً.

٥- عيوب في استخدام اللغة بشكل فاعل - ومن مظاهر هذه العيوب عدم قدرة الأطفال على وصف الشيء، أو تفسيره أو في شرح أوجه الشبه والاختلاف أو علاقات السبب والنتيجة أو استخلاص الأفكار(العزة،٢٠٠١)

خامساً: العوامل المؤثرة في النمو اللغوي:

يتأثر النمو اللغوي للطفل بعدد من العوامل حددها فتزجيرياد(Fitzgeraid,1977) كما يأتي:

١- الجنس(Sex) إذ يلاحظ أن الإناث أسرع في نموهن من الذكور.

٢- العوامل الأسرية (Family Factors): ويقصد بذلك ترتيب الطفل في الأسرة والظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، فالطفل الوحيد في الأسرة أكثر ثراء في محصوله اللغوي مقارنة مع الأطفال العديدين، ويؤكد ذلك ما توصلت اليه دراسة هويدات (١٩٧٧)، والتي بينت أن متوسط الكلمات الجارية للطفل الأول في الأسرة هو(٦٨٥,٦) كلمة، كما أن أطفال المؤسسات والملاجئ أقل محصولاً من الناحية اللغوية مقارنة مع الأطفال الآخرين الذين يتربون مع أسرهم بسبب قلة خبراتهم واتصالهم مع الآخرين وإهمالهم أحياناً.

٣- الوضع الصحي والحسي للفرد(Physical-Sensory Position): و يقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمية والحسية للفرد وعلاقتها بالنمو اللغوي، إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية السمعية والبصرية والنطقية للفرد.

٤- وسائل الإعلام (Communication Media): ويقصد بذلك أهمية دور وسائل الإعلام كالإذاعة والصحافة والتلفزيون... في زيادة المحصول اللغوي للطفل.

٥- عملية التعلم(Learning Process): ويقصد بذلك أن عملية التعلم وما تتضمنه من قوانين التعزيز والاستعمال والإهمال تؤدي دوراً مهماً في تعلم اللغة.

٦- القدرة العقلية(Intellectual Ability): ويقصد بذلك أن أهمية القدرة العقلية (الذكاء) في النمو اللغوي للطفل، فالطفل الذي يتميز بذكاء عال يفوق الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً في محصوله اللغوي، كما يتميز باكتسابه للغة في عمر زمني مبكر مقارنة مع الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، كما تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل العادي في نهاية السنة الأولى من العمر، في حين تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل المعوق عقلياً في نهاية السنة الثالثة تقريباً، وهذا ما تؤكده الدراسات حول أهمية القدرة العقلية في النمو اللغوي (الروسان، ١٩٨٩)

سادساً: قياس اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها:

تهدف هذه المقاييس إلى جمع المعلومات عن البناء اللغوي لدى الفرد ومحتواه ودلالات الألفاظ واستخدام اللغة ونطق الكلام والطلاقة اللغوية وخصائص الصوت والهدف من التشخيص هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل ومعرفة مدى قابليته للعلاج ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب أن تحتوي على المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل، ويجب أن تشمل عملية التقييم النواحي الآتية:

المسح المبدئي (الفرز) لعملية النطق Articulation Screening

يستخدم الفرز في المدارس العامة للتعرف على الأطفال ممن لديهم اضطرابات نطق خلال مرحلة رياض الأطفال، والسنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، ومن ثم يمكن تحديدها في وقت مبكر، فتقدم برامج التدريب المناسبة لتلافي تطورها أو ثباتها مع الأطفال، وتحويل الحالات الشديدة إلى اختصاصي علاج اضطرابات النطق والكلام لتلقي العلاج المناسب. وتتضمن هذه العملية فحص الأطفال قبل التحاقهم بالمدرسة وتحديد أخطاء النطق عند الطفل.

١- تقييم النطق(Articulation Evaluation)

إمكانية ملاحظة الطفل في موقف تفاعلي طبيعي قدر الإمكان لاستخلاص نتائج حول نطق الطفل وكلامه، وطبيعة الاضطراب الذي يعانيه، وعدد الأخطاء والأصوات التي يكثر فيها الاضطراب.

٢- اختبار السمع والاستماع (Hearing and Listening Testing)

يعد قياس السمع وتخطيطه جزءاً أساسياً من عملية تقويم اضطرابات النطق حتى لو استخدم كمقياس فرز عادي. كما أن دراسة الحالة توضح مشكلات السمع التي مر بها خلال نموه، ومعرفة هل سبب الاضطراب يعود لأسباب سمعية.

٣- فحص أجزاء جهاز النطق

يجب فحص أجزاء جهاز النطق جيد المعرفة مدى كفاءة أجزائه في القيام بوظائفها المختلفة وخاصة في عملية النطق.

٤- مقياس النطق The Articulation Inventory

أداة تساعد الاختصاصي في التعرف على أخطاء عملية تشكل أصوات الكلام، وكذلك موضع الصوت الخطأ في الكلمة ونوع الاضطراب. أي أخذه فكرة وصفية عن اضطرابات النطق لدى الطفل، ثم تحويلها إلى تقديرات كمية للاضطراب.

٥- اختبار القابلية للاستثارة Stimulability Testing

يتضمن تحديد قدرة الطفل على نطق الصوت المضطرب بصورة صحيحة أمام الاختصاصي، عندما يتكرر عرضه عليه(سمعياً وبصرياً ولمسياً)

بصورة مختلفة (سمعية، بصرية، لمسية). إن تكرار عرض الصوت على الطفل في صور مختلفة يعمل على استثارته ودفعه إلى نطقه بصورة صحيحة.

٦- الاختبار المتعمق Deep Testing

ويعتمد على عدة نظريات حركية لإنتاج الكلام، وأن الصوت الواحد لا يمكن أن ينطق مستقلاً أو يختص بحركات مستقلة ولكنه يتأثر بالأصوات السابقة عليه واللاحقة له.

٧- تحليل عملية إصدار الأصوات Phonological Process Analysis

تظهر لدى الأطفال جميعاً اضطرابات النطق عند عملية إصدار الأصوات وهي ما يقوم به الأطفال خلال سنواتهم الأولى من تبسيط لكلام الكبار. والأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق، يستمرون في استخدام عملية التبسيط في الوقت الذي يكون أقرانهم قد تخطوها.

٨- تحليل الخصائص أو الصفات المميزة للأصوات

لكل صوت صفة أو أكثر تميزه عن بقية الأصوات وصفاتها المختلفة وبالتالي يمكن مقارنة الصوت المضطرب بالصوت النموذجي الصحيح، بهدف تحديد الخاصية المضطربة ومحاولة علاجها.

١٠-اختبار اللغة Language Testing

يتعين على اختصاصي علاج اضطرابات النطق تحديد الكفاءة اللغوية لدى الطفل من حيث المفردات والفهم والتركيب والشكل أو الصرف (الشمص ١٩٩٧)

إن اضطرابات النطق واللغة ترجع لأسباب متنوعة، وإن قياسها وتشخيصها يتطلبان فريق متعدد التخصصات يشمل الآتي: أخصائي الأعصاب

وأخصائي علم النفس وأخصائي اجتماعي وأخصائي سمع ومعلم التربية الخاصة. أما بالنسبة لقياس العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات التواصل فقد تأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال التالية:

١- المنحى التشخيصي العلاجي - ويركز على دراسة خصائص الفرد السلوكية وتقديم العلاج المناسب، وقد يشمل تحليل مهارات الفرد الكلامية واللغوية وتدريبه عليها.

٢- المنحى السلوكي التعليمي - يقيم اضطرابات اللغة و الكلام على أساس مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي وتحديد المثيرات البيئية واللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلي وتحديد المفردات وطرق تعديل السلوك المفيدة في العلاج.

٣- المنحى التفاعلي بين الشخص، ويركز على تحديد مواطن القوة والضعف لدى الفرد في مجال استخدام الكلام واللغة في الاتصال مع الآخرين، بهدف تنظيم الأنماط السلوكية المناسبة لدى الفرد.

٤- المنحى النفسي التحليلي- ويهدف إلى تحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات التواصل. وقد يفيد في العلاج الاختبارات الاسقاطية والدراما.

٥- المنحى البيئي الشمولي- يهدف إلى دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي ترتبط باضطرابات التواصل، وتكون عملية القياس منصبة على تقييم ديناميكيات الشخصية لدى الفرد ومهاراته اللفظية وغير اللفظية ومهاراته في التواصل الاجتماعي (الخطيب، جمال، الحديدي، منى ١٩٩٧)

سابعاً: تصنيف الاضطرابات اللغوية وتعريفها:

تتعدد مظاهر اضطرابات النطق والكلام تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية إليها، ولذلك هناك اتجاهات مختلفة في تصنيف المضطربين في النطق والكلام على هذا الأساس:

١- المضطربون الذين يعود اضطرابهم إلى أسباب عضوية، ويدخل من ضمنها التشوهات في جهاز النطق و التنفس وضعف السمع والصمم 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 وطلاقته والنطق وعيوبه. هناك تصنيف يقول به هاريسون Harisson وهو تصنيف طبي جعله في أربعة أشكال:

٢- الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها اضطراب في إنتاج اللغة المنطوقة أو الكلامية أو المكتوبة، مثال ذلك حالات الأفازيا (الاحتباس الكلامي) .

٣- 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 أو اللجلجة.

٤- حالات فقدان الصوت الناجمة عن مرض في الحنجرة، أو في أعصابها مما قد يسبب عسر الصوت.

٥- اضطرابات كلامية تحدث نتيجة الاضطرابات في تكامل الوظائف العقلية مثل حالات الذهانية فالكلام يضطرب نتيجة الاضطراب العام الذي يصيب اللغة (أبو فخر ٢٠٠٥)

١- اضطرابات الكلام Speech Disorders

ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته وسرعته ونغمته وطلاقته، أو قد تظهر اضطرابات الكلام في التأخر الكلامي والحصول اللغوي من المفردات لدى الطفل. واضطرابات الكلام كثيرة ومتعددة يمكن استعراض الاضطرابات الكلامية الأكثر شيوعاً.

أ- اللجلجة Stuttering واللعثمة Stammering

اللجلجة هي إعاقة لاإرادية في طلاقة الكلام، حيث يضطرب إيقاع الكلام، ويتضمن تكرار لاإرادي للأصوات والمقاطع الصوتية وإطالتها، وكذلك التوقف علوة عن الكلام مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي ويصاحب بمعاناة الغدد للتخلص منها بسبب أن الكلام يصبح ملفتاً للنظر ويؤثر على عملية التواصل وينتاب الملجلج حالة من التوتر والخوف أثناء الكلام وتظهر لديه ردود الفعالية كالتوتر الزائد واضطراب عملية التنفس مع الإتيان بحركات غير عادية بصورة ملفتة للنظر مثل الحركات مثل الحركات غير المنتظمة للرأس أو العينين أو اليدين أو الكفين أو الرجلين ، الرقبة ، الفم ، مع ارتعاش الشفتين والضغط المبالغ عليهما أثناء الكلام.

وقد تتغير نبرات صوته ارتفاعاً وانخفاضاً وقد يتنفس (شهيقاً) في أثناء الكلام مفاجأة، وقد يخرج هواء الزفير دفعة واحدة ولا يستخدم منه سوى القليل في الكلام (بيركنز ١٩٨٣)

وقد يصبح الملجلج منطوياً أو متمركزاً حول ذاته بصورة ملحوظة وقد يصاحب ذلك بردود فعل انفعالية مثل القلق والحزن والخوف والعدوانية والإحباط والدونية وعدم الكفاءة.

أما اللعثمة فهي اضطراب في الكلام يتميز بتوقفات تشنجية أو تردد في النطق وهي حالة تشبه اللجلجة إلا أنها أشد منها وهي تأخذ حالة تشنج أو توتر وتعد اللجلجة واللعثمة من اضطرابات التلفظ مع العجز عن التلفظ والتردد في النطق.

وفيما يلي مثال للتمييز بين هذين العرضين نطق كلمة " محمد"

لجلجة م م م م محمد (نطق حرف الميم أو الحاء أكثر من مرة)

توقف

لعثمة: م ← حمد (نطق حرف الميم مرة واحدة يليه توقف ثم إكمال الكلمة). أو توقف ملحوظ محمد (التوقف قبل نطق الكلمة، ثم نطقها في شكل دفعة واحدة.وجرت العادة لدى باحثي اللغة استخدام أحد اللفظين للإشارة إلى الآخر، لأنه غالباً ما توجد الحالتين معاً.

واللجلجة اضطراب يغلب عليه أن يكون وظيفياً، وهي اضطراب في توصيل المعلومات للآخرين ولهذا الاضطراب أساسه النفسي والاجتماعي. وهي ظاهرة نمائية تتطور من شكل إلى آخر ومن الأفضل إلى الأسوأ مع مرور

الوقت. وعلى الأغلب تقف عند مستوى معين من الشدة. وهي تبدأ منذ فترة الطفولة المبكرة كما أنها تنتشر لدى الذكور أكثر من انتشارها لدى الإناث.

ويرى بعض الدارسين أن اللجلجة لاتحدث في كل الأوقات بدرجة واحدة. فقد لا يلجلج الطفل وهو مع رفيق له أو عندما يكون بمفرده. لكنه يلجلج بشدة عندما يكون مع آخرين يمثلون السلطة بالنسبة له. وغالبا ما يكون ذكاء الملجلج متوسطاً أو أعلى. وأحيانا تكون اللجلجة عارضة عند أطفال وهم في مراحل ارتقائهم، وتسمى باللجلجة الارتقائية وتظهر مابين الثانية والرابعة من العمر، وقد تستغرق عدة شهور. وهناك اللجلجة الحميدة، عادة تبدأ من ست وثماني سنوات من العمر وتستغرق سنتين أو ثلاث سنوات. وهناك أيضاً اللجلجة المتمكنة وتبدأ من سن ثلاث سنوات إلى ثماني سنوات. ويستغرق هذا النوع الأخير فترة طويلة إلا إذا حدث تدخل فعال لعلاجها. وتعد اللجلجة التي تظهر بعد عمر الخامسة أكثر خطورة من التي تظهر في عمر مبكر. (سيد يوسف ١٩٩٠)

وتشير كثير من الدراسات منها دراسة مورلي (Morly 1957) إلى أن اللجلجة تقع عند ٧,٥٠ %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 والحروف. (الزراد ، ١٩٩٠)

ب- السرعة الزائدة في الكلام Cluttering

تعد السرعة الزائدة في الكلام واحدة من اضطرابات الكلام. ومن أعراضها اندفاع الكلمات وعرض الأفكار بشكل سريع لدرجة أنه لا تتضح بعض الكلمات وتنعدم القدرة على متابعتها. وعند بعض الحالات الشديدة يتعذر على الفرد فهم ما يقال، وأن الفرد المصاب لا يشعر بمشكلته وطريقة كلامه غير المألوفة، فإذا ما تأتى من جديد عاد إلى السرعة الزائدة في الكلام، وبذلك يحصل عنده تداخل بين الحروف أو الأصوات أو حتى حذف لبعض الأصوات أو المقاطع اللفظية. ويتم أثناء ذلك تدفق الأفكار على الذهن بسرعة لدرجة يتعذر معها التنظيم من الناحية الفكرية والناحية الكلامية. وتجدر الإشارة إلى التمييز بين السرعة الزائدة في الكلام أي تدفق الكلام مع منطقية الكلام، وترابطه والوصول إلى الموضوع الأصلي. وحالة الكلام العزير الذي يغيب المعنى فيه ولا يستطيع أن يحتفظ بالموضوع الذي يتكلم فيه هو تعبير عن اضطراب شديد.

ويتم العلاج عادة من طريق توجيه الانتباه إلى عملية السرعة الزائدة في الكلام وأحياناً يطلب من المريض أن يعرض مجموعة من الحوادث بشكل متسلسل ومنطقي وفي لغة بسيطة وواضحة. مع تدريب الفرد على القراءة كلمة، فكلمة، وذلك من خلال فتحة صغيرة داخل قطعة صغيرة من الورق المقوى، تسمح برؤية كلمة واحدة من الجملة المكتوبة وينقل القارئ ورقة المقوى كلمة فكلمة، وعلى أن يقرأ بصوت مرتفع. ويجب أن يفهم المريض أهمية العملية الكلامية في نمو الفرد وعلاقاته وتكيفه (الزراد، ١٩٩٠)

ج- ظاهرة البطء أو التوقف في أثناء الكلام (Blocking)

نلاحظ المتحدث يقف عن الكلام، بعد كلمة أو جملة لفترة ما، مما يسبب بإثارة الملل ولفت الانتباه وخلق شعور عند السامع بأنه قد أنهى كلامه علماً بأنه لم ينته من الحديث، وتؤدي اضطرابات الكلام أياً كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الأخرين.

٢- اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

وهي أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشكل مناسب بحيث يحدث استبدال أو تشوه أو إضافة أو حذف، وقد لا يكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة وقد تعزى اضطرابات النطق إلى الحرمان البيئي، والسلوك الطفولي، والمشكلات الانفعالية وبطء النمو(الخطيب و حديدي ، ١٩٩٧)

أ- الإبدال Substitution

وهي عبارة عن إبدال حرف يجب أن يأتي بالكلمة بحرف آخر لا لزوم له، ويشوه عملية النطق، كأن يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو حرف (ر) بحرف (ل)، ومن أبرز الحالات هي استبدال حرف السين (س) بالحرف (ث)، فيؤدي إلى ما يسمى بالثأثأة Sigmatism . والسبب في ذلك بروز طرف اللسان خارج الفم. وينتشر هذا المرض لدى الأطفال في عمر السنة الدراسية (٥-٧) سنة حيث تبدأ مرحلة تبديل الأسنان. وفي بعض الحالات يقوم الطفل بتبديل أكثر من حرف في كلامه. وهذه الحالات تحدث بسبب تبديل الأسنان أو بسبب عدم انتظام الأسنان من حيث الكبر أو الصغر والتطابق والقرب والبعد وخاصة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة وتكون الأسباب وظيفية و انفعالية مثل الخوف الشديد أو الانفعال لدى الطفل أو عامل التقليد.

ب- الحذف (Omission)

يقوم الطفل بحذف بعض الأحرف التي تتضمنها الكلمة وقد يحذف حرفاً أو أكثر من الكلمة، فيأتي كلامه غير مفهوم أو واضح، وقد يكون الحذف في بداية الكلمة أو في وسطها أو آخرها. إلا أنه غالباً ما تتركز عمليات الحذف في نهاية الكلمات وبالنسبة للأحرف الساكنة.

ج- الإضافة (Addition)

ويقصد بذلك إضافة الطفل حرفاً حديثاً إلى الكلمة المنطوقة مثلاً: (أبابا) بدلاً من (بابا) (مسمواح الخير) ، (إسلام عليكم) ، وتكون هذه الإضافة إضافة الحروف الكلمات أمراً عادياً ومقبولاً حتى من الدخول إلى المدرسة وبدى السمع الذين يحاولون الكلام وإعطاء.

د- التشويه (Distortion)

يتضمن التعريف والتشويه تغيير الأصوات بطريقة تقربه من الصوت العادي، بيد أنه لا يشبه تماماً، فيلجأ الطفل الكلمات بطريقة غير مألوفة يحدث بسببه معناها ودلولها لدى الشخص السامع نتيجة لذلك التشويه، مثلاً: نطق كلمة (شجرة) بدلاً من (سكاكر). وتكثر هذه الاضطرابات لدى الأطفال الأكبر عمراً ويكون ذلك في حالة ازدواجية اللغة لدى الصغار، أو بسبب طغيان لهجة على لهجة أخرى، أو بسبب تطور الكلام لدى بعض الأطفال، ويتحسن المريض تلقائياً ويمكن أن تتبع هذه الحالات بسبب تلوث طفيف في الأسنان واللثة واللثة ويلتهب حادة بوجود فتحة طولي مصاحب لهذه الحالات إذا استمرت بعد عمر (٧) سنة. (الزواد، ١٩٩٧)

خصائص اضطرابات النطق

- تنتشر هذه الاضطرابات بين الصغار في مرحلة الطفولة الباكرة
- تختلف الاضطرابات الخاصة بالحروف المختلفة من عمر زمني إلى آخر
- يشيع الإبدال بين الأطفال أكثر من الاضطرابات الأخرى.
- يحتاج الطفل إلى العلاج إذا بلغ السابعة واستمر في المعاناة من اضطرابات الكلام.
- تتفاوت اضطرابات النطق في درجتها أو حدتها من طفل إلى آخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، ومن موقف إلى آخر.
- يفضل علاج اضطرابات النطق في المراحل المبكرة، لأنه مع تقدم السن يصبح الأمر أكثر رسوخاً، وأصعب في العلاج.

- أسباب اضطرابات النطق والكلام:

يصعب تحديد سبب معين لاضطرابات النطق. نظراً لأن هؤلاء الأطفال لا يختلفون انفعالياً أو عقلياً أو جسمياً عن أقرانهم.

أ- العوامل البيئية. تعد البيئة المصدر الأساسي لتوفير الأصوات التي يستقبلها الطفل ويتعامل معها ويكتسبها ويتعلمها ويكون حصيلته اللغوية منها، ويستمد تكلمه منها عند نضجه. وبالتالي إذا حرم الطفل من مصادر أصوات الكلام بعد مولده لا يمكنه ممارسة الكلام بصورة طبيعية.

ب- الإعاقة السمعية: وهي تتعلق بمرحلة الاستقبال من عملية الكلام. وبالتالي فإن أي خلل أو اضطراب تتعرض له هذه الحاسة، يؤثر بدرجة أو بأخرى في عملية الكلام فيحول دون إتمامها بصورة صحيحة، ومن ثم تعد الإعاقة السمعية من الأسباب الأساسية لاضطرابات النطق والكلام.

ب- أسباب إدراكية حسية: أوضحت كثير من الدراسات وجود علاقة بين عدم القدرة على التمييز السمعي واضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال. وأن الإعاقة العقلية تؤثر تأثيراً كبيراً على النمو اللغوي للطفل، حيث يتأخر في الاستجابة للأصوات والتفاعل معها، كما يتأخر في إصدار الأصوات، والمقاطع الصوتية، ويأتي كلامه مفككاً وغير مفهوم وملئ بالأخطاء فتشيع اضطرابات النطق من إبدال وتحريف وحذف كما تشيع اضطرابات الصوت. حيث يتسم صوته بالنمطية، وهو مزعج وغير سار وترتبط اضطرابات الكلام والنطق كماً وكيفاً بدرجة الإعاقة العقلية.

د- المشكلات الحركية- اللفظية: Oral-motor Difficulties

إن الجوانب الحركية لعملية الكلام تؤثر بدرجة حادة في نطق الأصوات، وتسفر عن اضطرابات في النطق مثل عدم القدرة على إصدار الحركات المتسقة اللازمة للنطق وعسر الكلام الناتج عن عدم القدرة على التحكم الإرادي في حركة أجزاء جهاز النطق وبعض الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق، يتميزون بعدم تناسق شكل الفم، وعدم اتساق حركة أجزاء الفم عند الكلام (بوس ودارلي،١٩٧٤)

قد ترجع اضطرابات النطق إلى شق الشفاه أو سقوط الأسنان وهناك بعض الإصابات التي تؤدي إلى اضطرابات النطق من أهمها: شق الحلق أو الشفاه، خلل شكل اللسان، تشوه الأسنان

هـ- أخطاء عمليات إصدار الصوت Faulty phonological processes يمر الطفل بعدة عمليات عقلية يطلق عليها دون Dunn (١٩٨٢) عملية إصدار الصوت Phonological process وهي العملية التي يستخدمها الطفل عندما يحاول نطق كلام الكبار بصورة مبسطة، وهي ترتبط إلى حد كبير بمعظم اضطرابات النطق لدى الأطفال، ويستغرق الطفل قرابة سبع سنوات كي يتمكن من ممارسة كلام الكبار. ويقضي جزء كبيراً مستمعاً لكلام المحيطين به ويحاول مقارنة الأصوات ببعضها ونطق بعضها. وهكذا تحدث عملية التبسيط وتظهر اضطرابات النطق الوظيفية التي تنتشر بين الأطفال خلال السنوات الأولى من عمرهم (الشخص ، ١٩٩٧)

٣- اضطرابات الصوت (Voice Disorders)

وهي اضطرابات تتصل بالأصوات ونبرتها وإيقاعها، وكذلك من حيث شدة الصوت أو انخفاضه وارتفاعه ونوعيته 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 واهتزازه.

الصوت الخشن، بحة الصوت، الصوت(الهامس) الخنخنة في الصوت، الصوت الطفلي، انعدام الصوت كلياً.

٤- اضطرابات اللغة (Language Disorders)

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 وتشمل هذه الاضطرابات زمن ظهور اللغة أو تأخرها أو تركيبها ومعانيها وقواعدها أو صعوبة قراءتها أو كتابتها، وهي تشمل المظاهر الآتية:

أ- تأخر ظهور اللغة:(Language Delay) ، ويعني ذلك أن الكلمة الأولى عند الطفل لا تظهر في وقتها وقد تتأخر حتى سن الثانية وينتج عن ذلك سوء اتصال مع الآخرين وقلة المحصول اللغوي في القراءة والكتابة.

والطفل المتأخر لغوياً هو الطفل الذي لا يستطيع أن يؤدي ما يؤديه الأطفال العاديون من حيث مهارات اللغة. فالطفل المتأخر في كلامه في عمر الأربع سنوات نجد أن المتوسط اللغوي لديه يتراوح حوالي(٧٠٠-٨٠٠) كلمة، بينما المحصول اللغوي للطفل العادي من نفس العمر يصل إلى حوالي (١٥٤٠) كلمة، ويمكن تلخيص أهم الأعراض الشائعة للتأخر الكلامي:

- إحداث أصوات عديمة الدلالة، والاعتماد على الحركات والإشارات.
- التعبير بكلمات غير واضحة بالرغم من تقدم عمر الطفل.
- تعذر الكلام بلغة سلوفة ومفهومة.
- عدد المفردات يكون ضئيلاً.
- الاكتفاء بالإجابة (بنعم) أو (لا)، أو بكلمة واحدة أو بجملة فعل وفاعل.
- الصمت أو التوقف في الحديث.
- يصاحب ذلك اضطرابات سلوكية ونفسية شخصية.

وتتراوح نسبة انتشار حالات الكلام بحوالي ٣-٥% من مجموع الأطفال، وبنسبة تتراوح بين ٢٠-٢٥% من اضطرابات الكلام لدى الأطفال.

ب- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها (Aphasia)

الأفازيا اصطلاح يوناني الأصل يعني عدم الكلام أو احتباس الكلام، وتشتمل على مجموعة من الاضطرابات اللغوية مثل فقدان القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو عدم القدرة على فهم الكلمات المنطوق بها أو إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات أو مراعاة القواعد النحوية التي تستعمل في المحادثة أو الكتابة، وقد اصطلح على إطلاق اسم الأفازيا أو حبسة على عدد من الأمراض الكلامية على الرغم من التفاوت بوجودها في المظهر الخارجي (أبو نصر، ١٩٩٢م) إلا أن الدليل الإحصائي يشير إلى معدل انتشار حبسة الاحتباسية في المجتمع المصري المركزي، ومن خلال البحوث الحديثة تم تشخيص أو تصنيف مجموعة أنواع من الحبسة نذكر منها ما يلي: (أبو نصر، ٢٠٠٠م) عن (الزيات، ١٩٩٠م)

أ- حبسوية الكتابة (Dysgraphia) وهي عدم قدرة الطفل على الكتابة بشكل صحيح في عمر زمني معين، مقارنة بالأطفال الأسوياء في عمره الزمني نفسه.

ب- حبسوية الذكر والتعبير (Dysmnia & Agnosia)، وهي عدم القدرة على فهم معنى الكلمة المناسبة في المكان المناسب لها ومن ثم التعبير عنها بحيث يلجأ إلى استخدام كلمة بدلاً من كلمة أخرى.

جـ- حبسوية فهم الكلمات أو الجمل (Rubiella/ Agnosia)، وهي عدم القدرة على فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة ويبدأ بتكرار الكلمة أو الجملة دون فهمها.

هـ- صعوبة القراءة (Dyslexia) عدم قدرة الطفل على قراءة المادة المكتوبة بشكل صحيح مقارنة مع أقرانه ممن هم في عمره الزمني.

و- صعوبة تركيب الجملة (Language Deficit) وهي ما يواجهه الطفل من مصاعب في بناء الجملة وتركيبها من حيث القواعد والمعنى، لتعطي المعنى الصحيح، كما يعاني الطفل صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب.

ثامناً: الإجراءات الوقائية والعلاجية لاضطرابات اللغة.

١ - التدابير الوقائية في مواجهة عيوب النطق والكلام:

١- البرامج التربوية الوقائية:

أ- مسوغات 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 واضطراباته من إبدال للحروف أو حذفها، أو تقديم أو تأخير فيها، أو توقف ملحوظ، ومواجهة هذه العيوب تكون في بدايتها أسهل والتدابير المتخذة قد تكون أنجع وأفضل، ولهذا فإن مسوغات التدخل المبكر تنطلق من الأمور الآتية:

١- 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 واللجلجة و ١٠% لاضطرابات أخرى وهذا ما يستدعي المواجهة في سن مبكرة.

٢- إن مواجهة هذه الاضطرابات في سن مبكرة تسمح بعملية التصحيح والتقويم للنطق السليم بصورة أفضل، لا سيما أن جهاز النطق والجهاز العصبي عند الطفل يسمح بإدخال التعديلات على الأنشطة التي ترغب في تكوينها بصورة أفضل من السنوات اللاحقة.

٣- معظم أنشطة الطفل الحركية والاجتماعية والعقلية يدخل فيها النشاط اللغوي وإذا لم تعالج عيوب النطق فإن تأثيرها سيطال جوانب حياة الطفل المختلفة. لهذا تتطلب هذه المرحلة توجيه العناية لها، لأنها المفتاح في التخفيف من حدة المشكلة التي تطال حياة الطفل مستقبلاً.

ب- إجراءات التدابير الوقائية

تنطلق الإجراءات الوقائية في مواجهة اضطرابات النطق والكلام من المعرفة بآلية الكلام والأقسام التي تنطوي عليه، وكذلك الكيفية التي يتعامل معها في جوانب هذه الآلية.

أما آلية الكلام فتتضمن ثلاثة أجهزة عضوية- فيزيائية وهي جهاز التنفس وآلية أعضاء النطق، وجهاز إنتاج الأصوات.

الجهاز التنفسي

ويتكون من الرئتين والقصبة الهوائية. والجهاز التنفسي هو الذي يسمح بدخول الهواء إلى الرئتين وخروجه ماراً بأعضاء النطق فإحداث 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 محدثاً اهتزازات تقود إلى إنتاج الأصوات.

الجهاز الصوتي The Phonoltory System

يقع هذا الجهاز أعلى القصبة الهوائية، ويتكون من الحنجرة والحبال الصوتية. والحنجرة عبارة عن هيكل من الغضاريف عددها تسعة، ثلاثة منها مفردة وثلاثة مزدوجة وهي تشبه صندوقاً صوتياً بداخله وتران صوتيان يمتدان في اتجاه أفقي من الخلف إلى الأمام، وبينهما مسافة يطلق عليها فتحة المزمار Glottis والوتران الصوتيان عبارة عن غضاريف وعضلات الحنجرة في حركتها إلى الداخل والخارج لإحداث أصوات الكلام. والحبلان الصوتيان لابد أن يتقاربا لإحداث الاهتزازات اللازمة لإصدار الأصوات، ويكون الصوت ضعيفاً عندما يقل تقاربهما، ولا يهتزان، أثناء الشهيق أي لا بد من عمود هواء الزفير ليحرك الحبال الصوتية فتهتز محدثة الأصوات اللازمة لعملية الكلام.

جهاز الرنين The Resonance System

يمر الصوت بعد صدوره من الحنجرة بعدة تجاويف لا تعمل على تقويته وتضخيمه، وإضفاء صيغة معينة ومميزة عليه، تعرف بجهاز الرنين ويضم عدة تجاويف (البلعومي، الحلقي، الفمي، الأنفي) وكلها مبطنة بأغشية مخاطية تساعد على رنين الصوت وجهارته. واللهوم يلعب دوراً مهماً في عملية تضخيم الصوت، ويتضح ذلك من خلال ملاحظة حركة اللهوم إلى أعلى وأسفل أثناء الكلام.

كما يعد الفم غرفة رنين أخرى يمر بها الصوت، حيث تتحرك أجزاءه من فك وأسنان ولسان وشفتين، فيتغير شكل التجويف الفمي طبقاً لذلك، وتحيك الصوت بسقف الحلق الصلب مما يزيد من فرصة تعرض الصوت للرنين. ويتكون سقف الحلق من جزأين أمامي صلب-وخلفي رخو تتعلق به اللهاة وتقابل البلعوم. وحركة الحلق الرخو إلى أعلى وعلى أسفل تساعد على غلق التجويف الأنفي أو فتحه كي يسمح بمرور الهواء إليه، أو إلى التجويف الفمي حسب نوع الأصوات المنطوقة. ويتم فتح التجويفين تماماً أثناء التنفس العادي، ويتم غلق التجويف الأنفي أثناء نطق أصوات جميع حروف التهجي عدا الأنفية منها مثل (حرف النون والتنوين).

أجهزة النطق The Mechanism of speech.

يخرج هواء الزفير من الرئتين مصحوباً بالأصوات التي يصدرها الصوت، وهي أصوات خام غير متمايزة، وتقوم أجزاء جهاز النطق بتشكيلها كي تخرج في صورة أصوات معينة ومفهومة ومتمايزة تحدث الكلام المنطوق العادي ويشمل ذلك اللسان، الشفتان والأسنان، واللهاة والحنك. هذه الأجهزة مجتمعة تؤلف كلاً متكاملاً لتشكيل آلية النطق المرتبطة أصلاً بالجهاز العصبي المركزي والدماغ (أبو فخر ، ٢٠٠٤). إن التدريب على النطق السليم سوف يتجه إلى هذه الأجزاء الثلاثة من خلال التدريب على التنفس الإيقاعي وتدريبه حركات أعضاء النطق وتدريب السمع الصوتي-الفونيمي

التدريب على التنفس الإيقاعي:

إن تنفس الأطفال في أثناء الراحة منتظم تلقائياً، تتناوب فيه عمليتا الشهيق والزفير بانتظام، أما في أثناء الكلام فهو منتظم إرادياً يتم التنفس فيه عبر الفم

والأنف. إلا أن الأطفال يبالغون في تنفسهم بحركات الصدر العليا في أثناء الكلام.

ومنهم من يقوم بتنفس عميق وقوي عندما يلفظ جملة طويلة في أثناء سرده لقصة. في هذه الحالة فإن التنفس يستهلك كمية كبيرة من نسبة الزفير. لذا فإن أواخر الكلمات تستنفذ احتياطها من الهواء الموجود داخل الرئتين، ومثل هذا الزفير يعيق طلاقة التعبير وسلاسته. ولمواجهة هذه المظاهر فإن المربين في رياض يمكن أن يقوموا بالتمارين الآتية.

أ- التمارين التحضيرية في التنفس السليم: تهدف هذه التمارين إلى تقوية عضلات التنفس وآليته، ويكون تأثيرها في الساعات الأولى من الصباح المدرسي، وهي تشمل على تمارين (سويدية) عامة مثل الشهيق العميق يليه الزفير الطويل مترافقاً مع رفع الذراعين إلى الأعلى وخفضهما إلى الأسفل، وتمارين أخرى في فتح الذراعين وضمهما إلى منتصف الصدر. إضافة إلى تدريبات في عمليات انفخ كالبالون والصافرات أو النفخ على سطح المرايا أو تقليد خفيف الأشجار س س س او صوت الريح ش ش ش .

ب- تمارين التنفس في أثناء الكلام: تتم هذه التمارين في أثناء الكلام بشكل تلقائي دون قسر ويفضل في المراحل الأولى للتنفس الكلامي أن يكون الأطفال في حالة استرخاء من أجل تحقيق الانسجام والتوافق بين التنفس ومتطلبات اللفظ كما يجب أن يؤدي الأطفال اللفظ دون عنف أو قوة ودون أن يستنفذوا احتياطي الهواء المزفور بخاصة في نهاية الجمل، أو في العبارات الطويلة، ويمكن تقطيع الجمل متدرجين من البسيط والسهل إلى المركب والصعب كأن يبدأ بالكلمات التي تحتاج إلى زفرة واحدة متجانسة وبالتدريج تدخل الجمل التي يعبر عنها بزفرتين أو ثلاث زفرات. أن تردد الأناشيد

والأغاني الإيقاعية المضبوطة بكلمات سهلة وبسيطة وتحت إشراف المربية التي تقوم بالنطق السليم، يمكن أن تعود الأطفال على التنفس الإيقاعي في أثناء الكلام.(أبو فخر ، ٢٠٠٤)

١- تدريب حركات النطق:

تتأثر سلامة الأصوات التي ينطقها الطفل بسلامة السمع- الفونيمي ، وهذا الأمر يجب أخذه بعين الاعتبار في حالة التدريب، حيث أن تنفذ التمارين الخاصة بأعضاء النطق مترافقة مع تطوير السمع- الصوتي.

تعمل أعضاء الكلام والنطق بشكل متكامل ومنظم، وأي تغير وظيفي في أحد الأعضاء يقود إلى تبدل في الأعضاء الأخرى. فالشهيق العميق يترافق معه هبوط في الحنجرة، أما الزفير فيقود إلى رفعها ورفع الرأس ورجوع اللسان يقودان إلى خفضها.

وتبدو عند بعض الأطفال أخطاء في حركة أعضاء النطق، كأن يتكلم الطفل ورأسه منحن إلى الأسفل أو فمه غير مفتوح بشكل كاف أو شفاهه مرتخية أو وضعية اللسان ليست صحيحة، وكل هذه المظاهر قد تقود إلى عيوب في النطق أو الكلام.

وأهم التدريبات الوقائية الخاصة بأعضاء النطق:

١- الرياضة العامة. وتشمل تمارين أعضاء الجسم بكامله ومن ضمنها حركات أعضاء النطق، مثل رفع الرأس على 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 متزامنة مع واحد ...اثنين. وهذه التمارين يمكن أن تدرب حركات أعضاء الكلام.

٢- تمارين رياضة الفم وتتم عبر الفتح والإغلاق المتتالي، أو تقليد الابتسام والضحك أو وضع الشفة السفلى تحت الأسنان القواطع وبقاء الشفة العليا مرفوعة (في أثناء ذلك يمكن للطفل أن يحدث حرف ف ف ف ..)

٣- تمارين خاصة باللسان مثل إخراجه وإرجاعه إلى الفم أو الحركة الجانبية إلى اليمين واليسار أو وضعه في التجويف الحلقي 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 النوافذ مفتوحة، والتدريبات المأخوذة في المدرسة ينبغي أن تنفذ في البيت كي تكون للتدريب فاعليته.

٢- تطوير السمع الفونيمي:

يمثل السمع الفونيمي لدى كثير من الأطفال بسبب غياب التدريب الخاص بالتمييز الكلامي الأمر الذي يؤدي إلى عيب في اللفظ من حيث إيقاعه ونغمته حيث تقوم المربية بمجموعة من التمارين تبدأ بنطق الحروف ثم المقاطع فالكلمات ثم الجمل في إيقاع وتنغيم مناسبين.(المرجع السابق)

٤- التدابير العلاجية الخاصة بالاضطرابات اللغوية:

عند القيام بالعلاج لابد من مراعاة أمور عامة مثل، عمر الفرد وثقافته ووضع أسرته، وتحديد نوع اضطرابه.فإذا كانت الأسنان تتعلق بأساليب التغذية

الوالدية أو الوسط الأسري فينبغي الاتجاه نحو علاج نفسي. وإذا كانت الأسنان تتعلق بنواح عضوية فينبغي الاتجاه نحو علاج عضوي، ولابد علد تحديد الأسباب ومعالجتها التوجه نحو العلاج الكلامي أو معالجة مظاهر الاضطراب. ونكون بذلك أمام ثلاثة أنواع من المعالجة وهي:

١- العلاج الطبي:

يمكن للعلاج الطبي أن يكون دوائياً أو جراحياً بحسب الحالة فبعض الحالات تحتاج عملاً جراحياً مثل حالة الزوائد الأنفية والتهاب اللوزتين أو سد فجوة سقف الحلق..كما يمكن أن توصف الأدوية كالمهدئات النفسية في حالات اللجلجة والتلعثم.

٢- العلاج النفسي

قد يعاني الطفل المضطرب لغوياً من مشكلات نفسية ومن وسط أسري مشحون بالمشكلات فيظهر لديه الاضطراب في اللغة كمتنفس. ويكون مصحوباً بعزل أو قلق أو خوف أو تردد. وهنا يكون العلاج النفسي ضرورياً. ويتخذ عدة طرائق منها العلاج باللعب والعلاج بطريقة التحليل بالصور ومناقشة مشكلات المريض مع نفسه ووالديه ومدرسيه والعلاج بالإيماء وبالإقناع وبالاسترخاء والعلاج السلوكي الكلي والمنفرد، والتحليل النفسي المختصر والعلاج الكلامي.

إن القاسم المشترك بين هذه الطرائق هو إبعاد الطفل عن مشكلته والتفكير فيها وتهيئة الأجواء الحرة التي تنتفي فيها القيود والمراقبة والسماع للطفل بالتعبير التلقائي.

٣- العلاج الكلامي:

يقوم العلاج على مساعدة الطفل من أجل مقاومة عيوب كلامه، وبث الثقة بنفسه وهناك طرائق متعددة معتمدة 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. وهناك قائمة تمارين خاصة تبدأ بالعادة بالحروف المتحركة ثم الساكنة، ثم المقاطع فالكلمات تتم القراءة بهدوء بحيث يعتمد المريض على قراءة المعالج أولاً ثم يقوم المريض بتقليده. وهذا الأسلوب يحقق الغاية وقتياً. ومن أجل تدعيم هذا الأسلوب وجد ما يسمى بتعليم الكلام من جديد. حيث يتم إشراك في أشكال مختلفة من المحادثة تنسيه مشكلته مثل الأحاجي والألغاز والمناقشات الجماعية القائمة على اللعب والتسلية والكلام الحر الطليق.

أما الطريقة الثانية فهي طريقة تمريرات الكلام الإيقاعي، وهي تفيد في صرف انتباه المصاب عن مشكلته وتؤدي 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 خطوة يخطوها، ولكن تتم الأمور بشكل إيقاعي وهناك طريقة النطق بالمضغ وتهدف إلى تخليص المصاب من فكرة أن الكلام إليه صعب وعسير وفي هذه الطريقة يسأل المريض باللجلجة عن إمكانية إجراء حركات المضغ بهدوء وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة من الطعام وأن تحدث أصواتاً في أثناء المضغ، وأن يلفظ كلمات في أثناء المضغ وهذه الكلمات تكون أجوبة لأسئلة يسألها المعالج، والفائدة هنا هي تحويل انتباه الطفل المريض عن نطقه المزعج وأن المريض ينطق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ، وبالوقت نفسه تخليصه من الانفعالات المرافقة

لاضطرابات الكلام (الزراد ١٩٩٠) وهذه الطرق مفيدة في معالجة مظاهر اللجلجة والتلعثم والتأتأة.

إن علاج الحالات المختلفة لاضطرابات النطق والكلام ينبغي أن تقوم على عمل متكامل بين معلم الصف والمعالج الكلامي والأسرة.

مراجع الفصل

١. أبو حاتم سعيد (٢٠٠٥) مهارات السمع والتخاطب والنطق المبكرة. دار أسامة للنشر والتوزيع عمان – الأردن.

٢. أبو فخر، غسان عبد الحي: التربية الخاصة للأطفال المعوقين منشورات جامعة دمشق، ١٩٩٢.

٣. أبو فخر، غسان عبد الحي: التربية الخاصة بالطفل منشورات جامعة دمشق ٢٠٠٤.

٤. أبو معال عبد الفتاح (٢٠٠٠) تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال، دار الشروق، عمان.

٥. أمين سهير محمود (٢٠٠٠) اللجلجة. ط١ دار الفكر العربي– القاهرة.

٦. البلاوي، ايهاب(٢٠٠٣) اضطرابات النطق والكلام.

٧. جودت جرين (١٩٩٠) التفكير واللغة (ترجمة عبد الرحمن العبدان).

٨. الخطيب، جمال والحديدي، منى والسرطاوي، عبد العزيز إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (قراءة حديثة مترجمة بتصرف دار حنين للنشر، عمان (١٩٩٢)

٩. الخطيب، جمال والحديدي، منى، (١٩٩٧) المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح للنشر،ط١، عمان.

١٠. الخطيب، جمال والحديدي منى، (١٩٩٨) التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة) دار الفكر للطباعة، ط١، عمان.

١١. خليل حلمي (١٩٨٧) اللغة والطفل، ط١ دار المعرفة الجامعية – الإسكندرية.

١٢. الروسان، فاروق(١٩٨٩) سيكولوجيا الأطفال غير العاديين(مقدمة في التربية الخاصة) المطابع التعاونية، ط١، عمان.

١٣. الزراد، فيصل(١٩٩٠): اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المريخ، الرياض.

١٤. السعيد، حمزة خالد (١٩٩٩) العيوب الإبدالية عند الأطفال الطبيعيين مابين ٣-٧سنوات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا، عمان.

١٥. سليمان السيد عبد الحميد (٢٠٠٣) سيكولوجية اللغة والطفل – دار الفكر العربي القاهرة.

١٦. سليمان السيد عبد الحميد (٢٠٠١) في علم النفس اللغوي سيكولوجية الاستماع والقراءة، ط١ دار الإخلاص للطباعة والنشر القليوبية.

١٧. سيد يوسف جمعة (١٩٩٠) سيكولوجية اللغة والمرض العقلي عالم المعرفة العدد ١٤٥.

١٨. الشخص، السيد عبد العزيز (١٩٩٧)، اضطرابات النطق والكلام، شركة الصفحات الذهبية المحدودة، الرياض.

١٩. شقير ، زينب محمود (٢٠٠٠) اضطرابات اللغة والتواصل ط١، النهضة المصرية، القاهرة.

٢٠. صالح أمل عبد الرحمن ٢٠٠٠، محاضرة في تشخيص وعلاج اضطرابات الصوت والكلام. مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

٢١. صالح عبد الرحيم(١٩٩٢) تطور اللغة عند الطفل، دار الفاتن للنشر والتوزيع-الأردن.

٢٢. الصمادي، جميل، الناطور، مبادة (٢٠٠٣) ط١ تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الجامعة العربية المفتوحة - الكويت.

٢٣. عبد الغفار، عبد السلام والشيخ، يوسف محمود (١٩٨٢). سيكولوجيا الطفل غير العادي والتربية الخاصة. منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٢٤. عبده، داود، عبده، سلوى حلو (١٩٩١) في لغة الطفل جـ١ المفردات الطبعة الثانية دار الكرمل للنشر والتوزيع عمان الأردن.

٢٥. عبده، داود، عبده، سلوى حلو في لغة الطفل جـ٢ الجملة. دار الكرمل للنشر والتوزيع عمان الأردن.

٢٦. عرفة محمد علي (٢٠٠٤)، أمراض التخاطب وطرق علاجها، مركز الإرشاد النفسي-جامعة عين شمس.

٢٧. العزة، سعيد حسني (٢٠٠١)، الإعاقات السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، ط١، الدار العالمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

٢٨. عطية نوال محمد(١٩٧٥) علم النفس اللغوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة،

٢٩. فهمي، مصطفى(١٩٧٥) أمراض الكلام، ط٤، مكتبة مصر، القاهرة.

٣٠. القريطي، عبد المطلب أمين(١٩٩٦) سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.

٣١. القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل(١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة، دار العلم للنشر والتوزيع، الإمارات العربية المتحدة، دبي.

٣٢. المشاقبة، فارس موسى مطلب (١٩٨٧) في اضطرابات النطق عند الأطفال العرب، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية سلسلة الدراسات العلمية المتخصصة.

٣٣. منصور حسام نصر رسالة ماجستير(١٩٩٣) خطط العلاج اللغوي، جامعة عين شمس ١٩٩٣.

مراجع اللغة الإنكليزية.

- Andrews, J., Leigh, I., & Weiner, M.(2004).

Deaf people: Evolving perspective from psychology education, and sociology. Boston, Ally & Bacon.

- Bandur, D. and Shewan, C. (2001) Language oriented Treatment: A Psycholinguistic approach to aphasia in: Roberta chapey(ed), Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل التاسع

صعوبات التعلم (تشخيصها وعلاجها)

مدخل

أولاً-تعريف صعوبات التعلم عامة وفي الروضة خاصة

ثانياً-مظاهر صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة

١- المجال اللغوي

٢-المجال الإدراكي

٣- المجال الحركي

٤-المجال الانفعالي الاجتماعي

ثالثاً-خطوات تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال في الرياض

رابعاً-أساليب علاج صعوبات التعلم عامة وفي الرياض بخاصة

١- المعالجة الحركية

٢-المعالجة السمعية

٣-المعالجة البصرية

٤-المعالجة اللمسية الحركية

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل التاسع

صعوبات التعلم

تشخيصها وأساليب علاجها

أ.د. صلاح زهلوك

مدخل

مما لا شك فيه أن السنوات الأولى من حياة الفرد تعد ذات أثر كبير على مستقبله، وبأنها تصبح أكثر تأثيراً حين يتعلق الأمر بالحراف واضح وملحوظ وبشكل سلبي في أحد الجوانب المشكلة لشخصيته كالجانب العقلي أو المعرفي أو الحركي أو الجسمي أو الانفعالي، وتصنفه وهو في عمر ما قبل المدرسة أو الروضة بأنه طفل ذو مشكلات تعلمية وسلوكية أو أنه يعاني من أي نوع من أنواع الإعاقات.

هذا وقد تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بالكشف المبكر عن ذوي صعوبات التعلم وبضرورته، وذلك للإيمان بأن الكثير من المشكلات التعلمية والسلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد يمكن تصحيحها أو تداركها وتجاوزها في حال تم الكشف عنها أو عنهم في عمر مبكر من حياتهم، وللإيمان أيضاً بأن الكشف المبكر عنهم أو حتى عن أصحاب الإعاقات الأخرى يقلل من إجهاد الأسرة ومعاناتها فيما بعد حين يكون ولدها في المدرسة وبالتالي توفير الكثير من النفقات والمصروفات التي تتطلبها خدمات التربية الخاصة.

وتشير الدراسات والأبحاث المتعددة التي تقف في موضوعاتها عند ذوي صعوبات التعلم وأهمية الكشف المبكر عنهم إلى أن قابلية هذه الفئة من الأفراد لإحراز أي تقدم أو نجاح تربوي تتضاءل وباطراد مع التأخر في الكشف عنهم، وبأن مثل هذا الكشف المبكر عن ذوي صعوبات التعلم يؤثر إيجابياً على فعالية البرامج والأنشطة والخطط التربوية والعلاجية المعدة لعلاجهم والعناية بهم.

وفي دراسة لبيكر وكوف (Becker and Keogh , 1973) ، تبين بأن تدارك ذوي صعوبات التعلم لصعوباتهم التعلمية والسلوكية تتباين وتتغاير من مستوى دراسي معين إلى آخر في حال تم توفير العلاج الملائم لها وبأن هذه النسبة قد تصل إلى ٨٥% في الصف الثاني الابتدائي في حين أنها تتضاءل إلى ١٦% في الصف الخامس أو السادس من المرحلة الابتدائية أو مرحلة التعليم الأساسي . (كوافحة، ٢٠٠٣، ص١٠٣)

إن كل ماتقدم يدفع إلى ضرورة الكشف عن ذوي صعوبات التعلم كلما تم في عمر مبكر من حيواتهم تيسرت شروط أفضل للمتخصصين لتوفير البرامج العلاجية والتربوية الملائمة لتحقيق أكبر قدر ممكن من الفائدة، وربما لتدارك مثل هذه الصعوبات وشفائها، وكلما تم التأخر في الكشف عنهم أدى ذلك إلى مزيد من استفحال المشكلة وبالتالي صعوبة علاجها وبسبب من تعدد أنواعها وأشكالها وتداخلها مع بعضها.

يتناول الحديث في الفصل الحالي صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة، وذلك من حيث تشخيصها وأساليب علاجها آخذين بعين الاعتبار أن التدخل المبكر لعلاج مثل هذه الظاهرة في مرحلة الطفولة المبكرة يساعد كثيراً في تصويبها وتقويمها وتداركها وربما شفائها نهائياً وبالتالي الحيلولة دون ظهور

مشكلات سلوكية أخرى قد تصاحب الصعوبة الأساسية في التعلم كتدني مفهوم الذات والعزلة أو الانسحاب أو العدوانية أو التبرير والكذب أو الحركة الزائدة والنقص في الانتباه ، أو غير ذلك من المشكلات السلوكية والنفسية .

من المفيد والضروري الوقوف أولاً عند التعريف العلمي لهذه الظاهرة لتحديد ماهيتها والعناصر أو الأبعاد الرئيسة التي تشتمل عليها، منطلقين في ذلك من تعريفها عامة ويلي ذلك تعريفها في الروضة خاصة .

أولاً ـ تعريف صعوبات التعلم عامة وفي الروضة خاصة

يعتمد معظم ما ينشر في الأدب التربوي والنفسي فيما يخص تحديد ذوي صعوبات التعلم على التعريف الذي وضعته اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم (NJCLD) في العام ١٩٩٤

(National Joint Committee On Learning Disabilities)

وفيه القول بأن : « صعوبات التعلم هي مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات دالة 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 أو لا تنشئ بحد ذاتها صعوبات في التعلم ، ومع أن صعوبات التعلم يمكن أن تحدث متلازمة مع بعض ظروف الإعاقة الأخرى (مثل : قصور حاسي أو تأخر عقلي أو اضطراب انفعالي جوهري، أو مع مؤثرات خارجية (مثل : فروق ثقافية أو

تعليم غير كاف أو غير ملائم) إلاّ أنها (أي : صعوبات التعلم) ليست نتيجة لهذه الظروف أو المؤثرات» . (الزيات ، ١٩٨٩ ، ص ص ٢١-٢٢)

وانطلاقاً مما جاء في هذا التعريف وسواه فإنه يمكن تعريف صعوبات التعلم في الروضة على الشكل الآتي :

هي مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات دالة في العمليات النفسية الأساسية (كالانتباه والإدراك والتمييز والذاكرة والتفكير والكلام واللغة ....وغيرها) التي تسبق مهارات التعلم الأكاديمي أو لتقل المهارات التي يحتاجها الطفل في تحصيله الدراسي اللاحق (أي : التحصيل المدرسي) ، ويمكن الاستدلال عليها من خلال التباين الواضح في نمو هذه العمليات أو الوظائف النفسية ، وهذه الاضطرابات هي ذاتية المنشأ ومن المفترض أن تكون راجعة إلى خلل أو تأخر في نمو الجهاز العصبي المركزي ، ويمكن أن تكون هذه الاضطرابات أو الصعوبات متلازمة مع حالة أو أكثر من حالات الإعاقات الأخرى (كالإعاقة البصرية أو السمعية أو العقلية أو الانفعالية والاجتماعية)، أو متلازمة مع مؤثرات وظروف بيئية (كالاختلافات الثقافية والتعليم غير الملائم والعوامل النفسية) إلاّ أنها ليست نتيجة لهذه الإعاقات أو ظروف الحرمان الثقافي أو الاقتصادي أو البيئي أو التعليمي أو التربوي عامة .

وكما يلاحظ من التعريفين السابقين فإنه يتم التركيز في التعلم المدرسي وبخاصة في المرحلة الابتدائية على الصعوبات النمائية والأكاديمية، في حين أنه يتم التركيز في التعلم ما قبل المدرسي على الصعوبات النمائية دون الأكاديمية . والصعوبات النمائية هي الصعوبة في الانتباه أو الإدراك أو التفكير أو غيرها

من العمليات النفسية الأساسية اللازمة للتعلم أما الصعوبات الأكاديمية فهي الصعوبة في القراءة أو الكتابة أو الحساب أو التهجئة والتي تعد الأساس في التعلم المدرسي .

وكما يلاحظ أيضاً من التعريفين السابقين فإنهما يشتملان على العناصر والأبعاد الآتية :

- عدم تجانس صعوبات التعلم أو ذوي صعوبات التعلم .
- الاكتساب والاستخدام .
- الصعوبات هي داخلية المنشأ وليست خارجية .
- مسؤولية الجهاز العصبي المركزي عن هذه الصعوبات أو الاضطرابات .
- حدوث صعوبات التعلم في كل الأعمار أو خلال حياة الفرد وليس المقصود هنا إمكانية حدوثها في عمر العشرين أو الثلاثين أو الأربعين مثلاً وإنما القصد هو أن هذه الصعوبات إذا لم تعالج في وقت مبكر من حياة الفرد والذي من المفترض أن يكون في مرحلة ما قبل المدرسة أو المدرسة الابتدائية ، وبخاصة في السنوات الأولى منها فإن هذه الصعوبات من الممكن أن تظهر لدى الفرد في أي مرحلة من مراحل عمره التالية .
- إمكانية تلازم هذه الصعوبات مع ظروف الحرمان الثقافي أو البيئي أو التعليمي إلاّ أن هذه الصعوبات هي ليست نتيجة لها .

- إمكانية التلازم مع بعض المشكلات الأخرى التي قد تترتب عليها ولكن الصعوبات لا تعزى إليها .

- إمكانية تزامن الصعوبات مع بعض الإعاقات الأخرى إلا أن هذه الإعاقات ليست منشئة لها أو أن هذه الإعاقات ليست هي السبب في صعوبات التعلم

وهناك نقطة رئيسة نرى من الضروري الإشارة إليها وهي أن تحديدنا لصعوبات التعلم في الروضة غالباً ما يتسم بعدم الدقة والموضوعية وبالتتبع غير الدقيق تماماً وذلك بسبب من التسارع في النمو لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، وبسبب من عدم قدرتنا على التنبؤ بمعدل تسارعه نتيجة الفروق الفردية بين الأطفال ولهذا فعلينا كمربين وأهل أن لا نطلق الأحكام جزافاً ونسارع إلى تصنيف الطفل على أنه ذو صعوبة في التعلم أو أنه يعاني من صعوبات تعليمية لمجرد ملاحظتنا لبعض الصعوبات التي قد تكون مؤقتة أو عابرة .

وهناك نقطة رئيسة أخرى يكون من اللازم التنويه إليها أيضاً وهي أن الحديث عن صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة يعني الحديث عن صعوبات لم تتضح معالمها بعد وبالشكل الكافي وبسبب من عدم الاتزان النمائي الذي يتسم بها الأطفال في هذه المرحلة ويكون الكشف عنها أو عن أحد مظاهرها منبئاً أو مؤشراً أو دليلاً على صعوبات تعلمية لاحقة في المستقبل وليس على أساس أنها صعوبات تعلم حقيقية .

ويضاف إلى ما سبق القول لابد من اتخاذ الحيطة والحذر في الكشف عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم واستخدام أكثر من وسيلة أو أسلوب في الكشف

عنهم والحكم عليهم بأنهم من ذوي صعوبات التعلم أو خلاف ذلك (كالملاحظة المباشرة أو الاختبارات المقننة مما سيأتي الحديث عنها في فقرة لاحقة) وقد تبين بأن تقنية الملاحظة المباشرة لسلوك الأطفال وتفاعلهم مع أقرانهم والمستندة على المعايير النمائية والتطورية يمكن الاعتماد عليها في مرحلة الطفولة المبكرة وبدرجات كبيرة .

ثانياً ـ مظاهر صعوبات التعلم لدى الأطفال في الروضة :

إن مظاهر صعوبات التعلم لا ترتبط بالمدرسة حصراً وإنما تبدو جلية وواضحة حتى في عمر ماقبل المدرسة أو الروضة، حيث تأخذ هذه المظاهر صورة أعراض تعكس وجود عيب أو اضطراب يصيب التفكير أو الكلام أو الفهم أو اللغة أو الإدراك أو الانتباه أو التمييز أو القدرات الحركية أو السلوك الاجتماعي، أو غير ذلك من العمليات النفسية التي تلازم التعلم المدرسي. وعلى الرغم من أن الطفل في الروضة قد يعاني من صعوبات في جانب أو أكثر من جوانب النمو أو العمليات النفسية هذه، إلا أنه قد يكون متميزاً في جوانب أخرى. فعلى سبيل المثال قد نجد طفلاً يتمتع بذاكرة طيبة إلا أن إدراكه للأمور وبشكل ملحوظ ليس كما يجب أو أنه في مجال اللغة يفهم الكثير مما يقال له أو يسمعه إلا أنه يواجه مشكلة في التعبير والإفصاح عما يريد بطلاقة أو أنه يتمتع بذاكرة بصرية ممتازة إلا أن ذاكرته السمعية ضعيفة .... وغير ذلك من أشكال التباين هذه في العمليات النفسية. وينظر التربويون إلى مظاهر صعوبات التعلم في الروضة وكما أشرنا سابقاً كمؤشرات أو منبئات لصعوبات لاحقة في المدرسة أو لثقل ينظرون إليها كمؤشرات سابقة للصعوبات الأكاديمية.

ومن المظاهر المهمة الدالة على صعوبات التعلم لدى بعض الأطفال في الروضة دون غيرهم والتي تعد مؤشرات أساسية لضرورة التدخل المبكر وتوفير الخدمات والبرامج العلاجية الملائمة المظاهر التي تبدو في كل مجال من المجالات الأربعة التالية : المجال اللغوي ، المجال الإدراكي ، المجال الحركي، المجال الاجتماعي.

<u>١ـ المجال اللغوي :</u>

يتفق الباحثون على أن هناك علاقة وطيدة مابين اللغة والتفكير، وأن اللغة هي ضرورية لجميع أنواع التعلم كما يتفقون على أن إتقان مهاراتها يتطلب إتقاناً مسبقاً لها في مرحلة ما قبل المدرسة.

وأما الاضطرابات فيها فيمكن تصنيفها في ثلاثة أقسام رئيسة وذلك على الشكل الآتي : الاضطرابات اللغوية الداخلية ، و الاضطرابات اللغوية الاستقبالية، والاضطرابات اللغوية التعبيرية .

ويقصد بالاضطرابات اللغوية الداخلية الاضطرابات التي تتعلق بالنظام اللغوي الذاتي الذي يستعمله الفرد عند التحدث مع نفسه (أي : الكلام الداخلي)، ويسميه بياجيه مرحلة ما قبل التفكير وقد تشتمل عملية اكتساب هذه القدرة اللغوية أو الكلام الذاتي على تكوين الصور اللفظية للكلمات والمفاهيم. ويبدو الاضطراب الأساسي في هذا النوع من اللغة في عدم القدرة على تحويل الخبرات إلى رموز لفظية .

وأما الاضطرابات اللغوية الاستقبالية فتتمثل في عدم القدرة على فهم الرموز اللفظية والذين يعانون من مثل هذه الاضطرابات يسمعون ما يقال لهم لكنهم لا يفهمونه وقد تم إطلاق تسميات مختلفة لهذا النوع من الاضطرابات

اللغوية وبينها: الصمم الكلامي ، والحبسة الاستقبالية ، والحبسة الحسية ، وعدم القدرة على فهم المسموع ويعاني الأطفال المصابون بهذه الاضطرابات من صعوبة في ربط الأسماء بمدلولاتها ، ومن صعوبة في تسمية الأشياء ، وتذكر أسمائها، وقد يعاني بعض من هؤلاء من مشكلة تكرار المفردات والجمل دون فهم معناها .

وأما الاضطرابات اللغوية التعبيرية، فتبدو في عدم القدرة على استخدام اللغة التعبيرية كوسيلة للتواصل فالأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب يسمعون ما يقال لهم ولكنهم لا يفهمونه، وعادة الطفل الذي يعاني من اضطراب في التعبير يعاني أيضاً من اضطراب في الاستقبال اللغوي لأن الاضطراب في أحدهما يؤثر في الغالب على الأداء في الجانب الآخر وتسمى اضطرابات اللغة التعبيرية بالحبسة الكلامية أو الحبسة الحركية أو العمى اللفظي الخلقي. والأطفال أو الطلبة الذين يعانون من مثل هذا النوع من الاضطرابات اللغوية قد يواجهون صعوبة في استرجاع الكلمات حين الحاجة إليها وإلى استخدامها أو يعانون من صعوبة في تنظيم الكلمات والعبارات لاستخدامها في التعبير عن الأفكار وقد لا يستطيع المصاب بهذا النوع من الاضطراب وفي الحالات الشديدة منه تقليد الأصوات أو نطقها . (الوقفي، ١٩٩٦، ص ص ١٧ ـ ٢٠)

ولعل هذه الاضطرابات أو الصعوبات اللغوية وبأقسامها الثلاثة هي من أكثر صعوبات التعلم انتشاراً وشيوعاً لدى الأطفال في الرياض ففي جانب اللغة الداخلية أو الكلام الداخلي أو لنقل اللغة التي يتحدث بها الإنسان مع نفسه نجد الطفل يعاني من عدم المقدرة على ربط ما يتم سماعه بالخبرة السابقة وعدم القدرة على التعميم ويمكن القول بشكل آخر بأن هذه الصعوبة في اللغة الداخلية

للطفل في الروضة تتمثل في أن هذا الطفل قد يجد صعوبة في استخدام اللغة في التفكير بسبب من الصعوبة في تخزين المعلومات وتنظيمها وربطها مع غيرها من المعلومات السابقة وأما في جانب اللغة الاستقبالية فقد نجد الطفل عاجزاً عن فهم اللغة بشكل كلي أو جزئي مما يشكك بوجود إعاقة سمعية لديه ولكن الحقيقة خلاف ذلك فحاسة السمع لديه تكون سليمة ومعنى العجز لديه في اللغة يكمن في عدم المقدرة على فهم الرموز اللفظية للكلام الذي يسمعه لاضطراب في ذاكرته أو ضعف في قدرته على الربط بين المفردات والحوادث . وأما في جانب اللغة التعبيري فتتمثل المشكلة أو الصعوبة فيها لدى الأطفال ممن هم في عمر الروضة في عدم المقدرة على اكتساب التعبير اللفظي أي ما معناه : عدم المقدرة على التعبير عن الذات بالرموز والألفاظ إذ نجدهم يحاولون استرجاع الكلمات استرجاعاً آلياً لاستخدامها في جمل أو أشباه جمل للتعبير عن ذواتهم . ويفضل بعضهم استخدام مصطلح التأخر في الكلام ، أو حبسة الطفولة ، أو صعوبة اللغة الشفوية للدلالة على هذا النوع من الصعوبة في اللغة أو الصعوبة في التعلم بشكل عام .

وبالتأكيد فإن هذه الاضطرابات أو الصعوبات التي تعتري جانباً أو أكثر من هذه الجوانب اللغوية تترك بصماتها بشكل سلبي على مهارات التفكير وتقلل من المخزون اللغوي للطفل أو الثروة اللغوية لديه وتؤثر بشكل سلبي على عملية التواصل . ويعني هذا كله ضرورة تصويب لغة الطفل وتصحيحها في مثل هذا العمر المبكر من حياته وبمساعدة المؤسسات العلاجية المتخصصة وقيام الأهل والمربية بدورهم بشكل كامل . (الوقفي، ٢٠٠٣)

٢ ـ المجال الإدراكي :

يقصد بالإدراك العملية التي يتم فيها تعرف المعلومات وتفسيرها وهو بهذا الشكل يعني القدرة العقلية التي تعطي المعاني للمنبهات الحسية والأساس في المعرفة والعمليات العقلية العليا كالتحليل والتخيل والتجريد .. وغيرها ، والعملية الإدراكية تبدأ باستقبال وسيلة أو أكثر من وسائل الحس للمعلومة أو المثير ، ومن المعروف في هذا المجال أن الأشخاص يختلفون في الوسيلة التي يفضلونها أكثر من غيرها في استقبال المعلومات وتمثلها وهم في ذلك أنواع فمنهم البصريون الذين يتعلمون بشكل أفضل إذا ما رأوا المعلومات، ومنهم السمعيون الذين يدركون بشكل أفضل إذا استمعوا للمعلومة ومنهم الحركيون الذين يؤثرون الكتابة ويتحسن تعلمهم إذا ما كتبوا المعلومة .

ولكن حين نقول بأن بعض الناس بصريون أو سمعيون أو حركيون في استقبال المعلومات فنحن لا نستطيع إطلاق مثل هذه الأحكام بمنأى عن التفاعل ما بين أنظمة الاستقبال هذه أو لا نستطيع إطلاق هذه الأحكام في حال تعطيل وسائل الاستقبال الأخرى .

أي ما معناه اعتماد بعض الأفراد على إحدى أدوات أو أقنوات الاستقبال للمعلومات أكثر من غيرها ونتيجة لمراحل النمو المختلفة التي مروا بها ودون أن ننسى العملية التكاملية ما بين أنظمة الاستقبال جميعها وسعاتها وفعاليتها على استخدام أكثر من وسيلة استقبالية في الوقت نفسه .

ومما يلاحظ على بعض الأطفال ممن هم في عمر الروضة، الاضطراب في النمو ما بين أنظمة الاستقبال وتكاملها . فعلى سبيل المثال قد نجد الطفل العادي بأنه قادر على استقبال المعلومة من خلال أداة أو قناة أو وسيلة استقبالية واحدة ولتكن الاستماع إلى المعلم أو المربية وهي تلفظ كلمة معينة ولتكن (قطة)

أو(عصفور) مثلاً والنظر إلى هذه الكلمة المقدمة له سواء على السبورة أو الكتاب المصور لديه. في حين أن الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم نجده غير قادر على سماع المعلم وهو يذكر هذه الكلمة، أو غير قادر إلى النظر إليها لا على السبورة ولا في الكتاب المصور أو غير قادر على كلتا الحالتين مع بعضهما ويعني ذلك عدم المقدرة على استقبال المثيرات السمعية والبصرية معاً وفي آن واحد ومثل هؤلاء الأطفال يعانون في الغالب من صعوبة في استقبال المعلومات من خلال وسيلتين أو نظامين حسيين . أو أكثر من وسيلة في الوقت نفسه . ونظراً لما تتطلبه الكثير من المهمات التعليمية من استخدام أسلوب أو وسائل أو حواس البصر والسمع والحركة واللمس، فإن الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التكامل ما بين هذه الوسائل أو أنظمة الاستقبال سوف يجدون صعوبة في التعلم إذا ما عرضت عليهم المثيرات الحسية في الوقت نفسه، وبخاصة حين تكون هناك سرعة في عرضها . (كيرك وكالفنت، ١٩٨٨)

وعلى كل الأحوال فالصعوبات الإدراكية لا تظهر من خلال التكامل ما بين أنظمة الاستقبال فقط وإنما من خلال كل نظام على حدة أيضاً ولعل من أهم هذه الاضطرابات في هذا المجال الاضطرابات في الإدراك السمعي ، والاضطرابات في الإدراك البصري .

* الاضطرابات في الإدراك السمعي : ويقصد بها الضعف في الإدراك السمعي على الرغم من سلامة حاسة السمع وحدتها أي ما معناه : الاضطراب أو الضعف في القدرة على التعرف لما يسمع وتفسيره ومن أمثلة هذا النوع من الاضطرابات الآتي :

أ ـــ الاضطراب في مهارات الوعي الصوتي : أي ما معناه عدم الوعي أو عدم المقدرة على معرفة أن الكلمات التي يتم سماعها تتكون من أصوات عدة فالكلمة (راح) مثلاً تسمع بالنسبة لذوي صعوبات التعلم من خلال صوت واحد أما في حال العاديين فإنها تسمع من خلال ثلاثة أصوات وهي (ر ـــ ا ـــ ح) والحال ذاته يمكن أن يقال فيما يخص الكلمات ذات الوزن المتشابه (راح ـــ ساح ـــ ناح) أو (غيث ـــ ليث) أو بالإنكليزية (Hat ـــ Sat) (met ـــ set) وما شابه. وتكون نتيجة ذلك عدم المقدرة على فهم واستخدام مبادئ الهجاء الصحيحة واللازمة لتعلم الأصوات، والتعرف إلى صورها الرمزية وتحليل المفردات إلى أصواتها التي تشتمل عليها أو التي تكونها (تعود المفردات) .

ب ـــ الاضطراب في الذاكرة السمعية : ويقصد بذلك الضعف في القدرة على تخزين ما تم سماعه واستدعاؤه عند الضرورة ويتم التأكد من ذلك من خلال تكليف الأطفال شفوياً بسلسلة من الأعمال التي تقيس مثل هذا الجانب، وبما يتناسب بالتأكيد مع عمرهم الزمني والعقلي . ويمكن أن نضرب أمثلة عديدة حول هذا النوع من الاضطراب في الذاكرة السمعية فعلى سبيل المثال الطفل في نهاية عامه الثاني من المفترض أن يكون قادراً على استرجاع أحداث الأمس واستدعائها ، وعلى البحث عن الألعاب المفقودة، ومن المفترض أيضاً أن تكون لديه حصيلة معينة من المفردات أو الكلمات المنطوقة التي يفهمها ويستخدمها في كلامه الناضج ، فإذا ما كانت لديه صعوبة أو اضطراب في تذكر ما سمعه أو ما شاهده (إذا أردنا أن نتحدث عن الاضطراب أو الصعوبة في الإدراك البصري) فإنه سوف يواجه صعوبة في تعلم أسماء الألوان والأحجام والأعداد والأشياء والأحداث ...وغيرها .

جـ ـ الاضطراب في المزج الصوتي : والقصد من ذلك الاضطراب في القدرة على تركيب أصوات مفردة ومزجها لتكوين مقاطع وكلمات وتركيبها مع بعضها لتصبح ذات معنى ودلالة .

*الاضطرابات في الإدراك البصري : ويقصد بها كما هو الحال في الاضطرابات السمعية عدم القدرة التعرف على المرئيات وتمييزها لا لضعف في البصر أو الدقة فيه وإنما نتيجة للاضطرابات في النظام الإدراكي المتعلق بهذا الجانب ومن الأمثلة على مثل هذا النوع من الاضطرابات الآتي :

آ ـ الاضطراب في التمييز البصري : وهو الاضطراب في القدرة على التفريق بين الأشياء المرئية والتمييز ما بينها من حيث الحجم أو الشكل أو الهيئة أو العمق أو المسافة أو ما شابه كأن لا يستطيع الطفل مثلاً التفريق أو التمييز بدقة بين الأحرف المتشابهة من حيث الهيئة من مثل (ب ـ ت ـ ث)، أو التمييز ما بين حرفي (n-h) أو (b /d) أو(ح ـ خ ـ ج) أو ما بين كلمتي(big/dig) وما شابه...أو التمييز ما بين الدائرة والمربع والمستطيل .... وهكذا .

ب ـ الاضطراب في التمييز بين الخلفية والصورة : أي الاضطراب في تمييز الشكل عن الخلفية وتبدو هذه الصعوبة في تشتت الانتباه نحو مثيرات لا تتعلق بالمهمة المطلوب إنجازها .

جـ ـ الاضطراب في الإغلاق التعبيري : ويقصد به إغلاق مثير يعرض بشكل ناقص أو غير كامل كأن يدرك الطفل دائرة غير متصلة على أنها دائرة، أو يدرك وهو يقرأ كلمة معينة ينقصها حرف أو نقطة .... على أن القصد بهما هو كذا والشيء ذاته يمكن أن يقال فيما يخص الأحداد والأشكال الهندسية

الأخرى، وبالتأكيد لا بد في هذا النوع من الاضطراب الأخذ بالحسبان المرحلة النمائية التي يمر بها الأطفال في مثل هذه السن وعدم إطلاق الأحكام جزافاً وبخاصة إذا ما تذكرنا بأن من أهم خصائص هذه المرحلة عدم الاتزان النمائي .

د ـ الاضطراب في الإدراك الكلي والجزئي : مما هو ملاحظ لدى المتعلمين بأن بعضهم يدرك الأشياء بكليتها في حين أن بعضهم الآخر يدركها من خلال الأجزاء والتفاصيل ومن دون الانتباه للصورة الكلية للشيء، إلاّ أن التعلم الفعال يتطلب من المتعلمين هذين النوعين من الإدراك (أي : الكلي والجزئي)، ففي القراءة مثلاً من المطلوب من المتعلم أن ينتقل من الكل إلى الأجزاء ليدرك الأشياء بكليتها ومن ثم الانتقال إلى الأحرف وتمييزها أو العكس أي من الأجزاء إلى الكليات، وما يلاحظ على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في هذا النوع من الإدراك أنهم يعتمدون على طريقة واحدة في الإدراك مع أنه من المفروض من الطفل ذي الصعوبة في التعلم، أن يدرك معتمداً على الطريقتين أو هذين النمطين أو الأسلوبين من الإدراك الكلي والجزئي فعلى سبيل المثال قد يقوم الطفل بتلوين ساعدي أو ساقي صورة إنسان أو فتاة أو رجل بلون مختلف عن الساعد أو الساق الأخرى، ويعني هذا أن مثل هذا الطفل لا يدرك الكل، وأنه يقتصر في إدراكه على الجزئيات أو التفاصيل فقط. (الوقفي،٢٠٠٣)

٣ـ المجال الحركي:

من أهم المظاهر الحركية التي يمكن أن تلاحظ على الأطفال ذوي صعوبات التعلم ممن هم في عمر الروضة الارتباك والرعونة في أداء المهارات الحركية الكبيرة كالمشي والركض والرمي والركل والقفز ومسعود الدر

ونزوله ومسك أو رمي الطابة واللعب بالألعاب الفردية أو الجماعية .....وغيرها حيث أن هذه المهارات جميعها تتطلب تناسقاً للعضلات الكبيرة للجسم .

ومما يلاحظ أيضاً الاضطراب أو البطء في أداء المهارات الحركية الدقيقة التي تقوم بها العضلات الصغيرة كالمعصم والأصابع وعضلات الصوت، والتي تبدو على شكل بطء غير عادي في مهارة ارتدائهم لملابسهم وزر الأزرار وتعلم الأكل وتجميع الخرز والتقاطه والقص والإمساك بالقلم أو الطبشورة أو العاب البناء والتناسق بين اليد والعين أو العين والقدم (التآزر الحركي البصري) .

كما يلاحظ النشاط الزائد (أو فرط الحركة) على بعض من هؤلاء الأطفال حيث يكونون دائبي الحركة والنشاط لا يهدؤون ولا يمكثون على حال أو في مكان واحد حتى إن بعضهم إذا بقي في مقعده فإنه لا يتوقف عن التململ والنظر إلى هنا وهناك اي الاضطراب في الانتباه والتشتت فيه .(السرطاوي وسيسالم ،١٩٨٧)

ومن الجدير ذكره هو أن هذه المظاهر يمكن ملاحظتها بسهولة من خلال فشل الطفل في تحصيله للمهمات النمائية التي يكتسبها غيره من أقرانه العاديين وعند دخول الطفل للمدرسة فإن مثل هذه المظاهر التي تدل على الصعوبات الحركية، تؤدي به إلى مشكلات في مهارات القراءة والكتابة والتهجئة، التي تتطلب تناسقاً للحركات الصغيرة وتعد أساسية للنجاح في هذه المهارات .

وبشكل عام فالصعوبات الحركية يمكن تحديدها والتعرف إليها من خلال الملاحظة المباشرة لعدد من السلوكات التي يقوم بها الأطفال، ومن خلال مقارنة هذه السلوكات بالمعايير النمائية للأطفال العاديين .

4- المجال الاجتماعي والانفعالي :

يرتبط بالمظاهر أو الأعراض السابقة مظاهر أخرى تنبدى على شكل اضطراب في نمو المهارات الاجتماعية والانفعالية فالضعف أو الاضطراب في المهارات الحركية قد يؤدي إلى الاضطراب في تفاعل الطفل مع أترابه ومشاركته لهم ألعابهم . والضعف في القدرات اللغوية يشكل عائقاً في تواصل هذا الطفل معهم . وقد يبدو على بعض الأطفال مظاهر الانسحاب والعزلة عن الآخرين أو النشاط الزائد والعدوانية أو الاعتمادية القوية على الآخرين والعجز عن أداء بعض المهمات التي تتناسب مع عمره بشكل مستقل وغير ذلك من هذه السلوكات التي تكون نتيجة للاضطرابات في المجالات اللغوية والإدراكية والحركية .

وبناء على ما تقدم فإنه يمكن القول بأن في تضافر هذه الصعوبات أو الاضطرابات مع بعضها يؤدي إلى الضعف في الاستعداد للمدرسة . فالضعف في الذاكرة السمعية أو البصرية مثلاً لا يساعد الطفل للتعرف الطبيعي على الحروف الهجائية والمفردات والتمييز بين الأصوات أو (الفونيمات)، والضعف في المهارات الحركية الدقيقة يؤدي إلى سوء الخط ونتيجة للضعف في التآزر الحركي البصري ما بين العين وقبضة اليد لديه، وعموماً ففي تضافر هذه العوامل مع بعضها ما يؤدي إلى البطء في فهم الكلمات أو المفردات والمفاهيم العددية والكمية ومفاهيم الزمان والمكان وسوء التنظيم والتصنيف

والتمييز بين الأشكال أو الأحجام.... وغير ذلك من هذه المعوقات وبالتالي الضعف في الاستعداد للمدرسة.

ثالثاً ـ خطوات تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال في الرياض:

يمكن لنا تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال في الرياض من خلال القيام بالخطوات والإجراءات الآتية :

١ـ الملاحظة المباشرة لعدد من السلوكات والأنشطة التي يقوم بها الأطفال وهم في حجرة الصف أو باحة الروضة فإذا لاحظت المربية أو اكتشفت وعلى سبيل المثال بأن هناك من لديه ضعفاً واضحٌ في معرفة الألوان وتسمية أجزاء الجسم والعد غيباً من (١ـ١٠) أو مقارنة الحجوم والزمن والأشكال من مثل (فوق ـ تحت) (قبل ـ بعد ـ بين) (أكبر ـ أصغر) أو اكتشفت بأن هناك من يعاني من ضعف القدرة على التفكير أو من تأخر واضح في الكلام وفهم اللغة واستخدامها ومن سلامة النطق أو الضعف الواضح في سعة الذاكرة أو التعرف لاسمه كاملاً وجنسه وأسرته . وإذا اكتشفت المربية أو لاحظت أن هناك من يعاني من قصور واضح في المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة كالإمساك بالكرة والحجل والوثب إلى أعلى والوثب الطويل وبناء عدد من المكعبات ولمس أطراف أصابع اليد بالأخرى والقص بمقص لتقليد الأشكال البسيطة والحروف أو اكتشفت بأن هناك من يلاحظ عليه القصور الواضح في التفاعل مع الأقران والآخر وفي السلوك التكيفي ككل من مثل عدم المقدرة على التعود على مهارات الأكل والشراب وتعود العادات الصحية في الحمام والاتكالية وبشكل مستمر على الآخرين والرعونة .....إذا اكتشفت المربية سلوكاً أو أكثر من هذه السلوكات والمظاهر المتعلقة بالمهارات المعرفية

واللغوية والحركية والتواصلية ومهارات العناية بالذات وإذا ثابرت على الملاحظة وأكدت ملاحظات جديدة ما تم اكتشافه، وملاحظته فإن ملاحظات المربية تقدم دليلاً مهما للقول بوجود صعوبة في التعلم لدى الطفل الذي تمت ملاحظته .

ويمكن تدعيم ملاحظات المربية بملاحظات الوالدين وطبيب الصحة والمشرفين التربويين في الروضة، وممن لهم معرفة بالطفل والمربية التي تستمر مع الطفل في الروضة لفترة من الزمن بإمكانها تعديل ما تمت ملاحظته حول الطفل حتى تصبح ملاحظتها أكثر دقة وموضوعية .

٢ـ الأخذ بالحسبان (محك الاستبعاد) أي : استبعاد الحالات الأخرى التي تعود للإعاقة العقلية أو الإعاقة السمعية أو البصرية أو الضعف في السمع أو البصر أو حالات الحرمان البيئي والثقافي والاقتصادي .

٣ـ تطبيق مجموعة من الاختبارات المقننة أو المعيرة والمناسبة لمثل هذه السن وذلك لتحديد التباين بين المجالات النمائية وبينها : اللغوية والمعرفية والحركية والتواصلية والتوافقية، ولتحديد التباين أيضاً حتى ضمن المجال الواحد في عدد من الجوانب فيه . (أي : محك التباين بين المجالات ومحك التباين ضمن المجالات) . حيث يتم مقارنة التباين بين المجالات أو ضمن المجالات بمعدلات النمو السوية أو الطبيعية أو معدلات النمو لدى الأطفال العاديين .

ولعل من أهم هذه الروائز والمقاييس التي يمكن أن تذكر في هذا المجال أو في الكشف عن ذوي صعوبات التعلم الآتي : رائز وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) ، و مقياس جودانف ـ هاريس

للرسم Goodenough-Harris Drawing test ، و رانز الينوى للقدرات السيكولغوية(Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) و بطارية كاوفمان وكاوفمان لتقييم الأطفال . (الروسان، ١٩٩٦) (كامل،١٩٩٦) وغيرها من المقاييس التي تقيس الذكاء والنضج العقلي وسعة الذاكرة والإدراك وأنظمة الاستقبال التي تستخدم الآن على نطاق واسع في بلدان العالم المتقدم في مجال صعوبات التعلم وللاستزادة حول هذه المقاييس يمكن الرجوع للمراجع المختصة لأن المجال لا يتسع هنا التوقف عندها وعند مضامينها جميعها.

٤ ـ وتأتي الخطوة الرابعة وفيها يتم إجراء وصف سلوكي شامل ومفصل للصعوبة وفيما إذا كانت تتطلب إجراءات علاجية أو وقائية أو نمائية فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يعاني من تأخر لغوي فإنه يجب تحديد القصور أو الضعف النوعي في الجوانب الفرعية للتأخر اللغوي وذلك للوقوف على تحليل سلوكي يدور حول التأخر اللغوي للطفل وهل يعود هذا التأخر إلى ضعف في الكلام الداخلي (الذاتي) أو إلى ضعف في اللغة الاستقبالية أم في استخدام اللغة التعبيرية .. أم غير ذلك .

٥ ـ وتأتي الخطوة الخامسة ليتم فيها تحديد الأسباب التي ترتبط بالصعوبة التي تم تحديدها فمثلاً هل يرتبط الضعف أو القصور في القدرة على الكلام الداخلي (أي : تحويل الخبرات إلى رموز لفظية) كصعوبة فرعية ذوي صعوبات التعلم فريق متكامل من المتخصصين مكون من أطباء أعصاب وأطباء عيون وأطباء سمع بالإضافة إلى الأهل والمربي والأخصائي النفسي والأخصائي في القياس التربوي والنفسي والأخصائي في أمراض الكلام والنطق مع متابعة حالة الطفل وعدم الاكتفاء بوسيلة واحدة في التشخيص كالاعتماد على الملاحظة المباشرة فقط أو نتائج اختبار رائز واحد وإنما الجمع بينها جميعها

على أن يتم البدء أولاً بالمعلومات التي يسهل الحصول عليها وبينها الملاحظة المباشرة وتاريخ الحالة من الناحية الطبية والصحية والخلفية الأسرية .

ويشير السيد (٢٠٠٠) نقلاً عن سالي ويرنر (Sally Werner) إلى مجموعة من الأسئلة والاستفسارات (وضعت ضمن قائمة عرفت باسم قائمة سالي لمساعدة المعلم في تشخيص صعوبات التعلم) التي تمثل الإجابة عنها بدقة رصداً لأهم الخصائص والمظاهر السلوكية التي يزعم السيد بأنها تشير وبصورة نهائية إلى أن الطفل الذي تنطبق عليه معظم هذه الخصائص فيها يكون من ذوي صعوبات التعلم وفي حال كان لا يعاني من أي نوع من أنواع الإعاقات ولعله من المفيد التنويه إلى نقطة رئيسة، وهي أن هذه الأسئلة والاستفسارات قد تسم وضعها في حال الطفل في المدرسة . ولكن مع ذلك فإنه يمكن لنا الاستفادة منها بشكل أو بآخر في حال الطفل في الروضة حيث أن اكتشاف أكثر من مظهر منها قد يكون مؤشراً لصعوبات دراسية لاحقة أو لتقل مؤشراً لصعوبات في الاستعداد للمدرسة، ومؤشراً أيضاً لضرورة التدخل المبكر وسنتوقف عند أهمها:

• هل هذا الطفل لا يفهم ما يسمعه بصورة جيدة ؟ كأن نسأله عن معنى مفردة من مستوى عمره فيجيب إجابة خاطئة ، أو يطلب منك أن تعيد السؤال وباستمرار ، أو أن يقول لك بعد سماع السؤال : (ها) ثم يسكت ؟

• هل هذا الطفل تصدر عنه استجابات غريبة بعض الشيء مثل المشاكسة مع الأقران ؟ والتململ في المقعد أو كثرة الالتفات إلى هنا وهناك والحديث مع أقرانه في أثناء النشاط التعليمي؟

* هل هذا الطفل يستخدم تعبيرات لغوية غير صحيحة كأن يستخدم مفردات ناقصة أو مفككة المعنى أثناء اجابته عن الأسئلة مقارناً بغيره من الأقران العاديين ؟.

* هل هذا الطفل يبدي تبايناً واضحاً في المجالات النمائية لديه ؟

* هل هذا الطفل يعاني من نواحي قصور في استخدامه الشفوي للكلام، كأن لا يستطيع تكرار الكلمات وراء المعلم بصورة صحيحة وغير مفككة ؟

* هل هذا الطفل يرتبك أحياناً في معرفة الاتجاه الصحيح كأن تقول له مثلاً اكتب في الصفحة اليمين أو على يمين الصفحة فإذا به يكتب في الصفحة الشمال أو على شمال الصفحة أو تقول له اكتب في أعلى الصفحة فيكتب في أسفلها ؟

* هل هذا الطفل مستواه الدراسي متغير من يوم إلى يوم ومن مادة إلى أخرى ؟

فمثلاً مستواه مرتفع في الحساب ولكنه منخفض في القراءة أو الكتابة أو التعبير ؟

* هل هذا الطفل يكرر الكلام وراء معلمه بصورة صحيحة ولكنه لا يستطيع أن يقرأ في كثير من الأحيان من الكتاب بصورة صحيحة ؟

* هل هذا الطفل لا يستطيع أن يفهم التعليمات التي تُعطى له بسرعة وبسهولة كأن يقول المعلم له وعلى سبيل المثال : اقفل الباب أو اجلب الطباشير أو افتح الكتاب أو افتح على صفحة كذا، فنجده مرتبكاً ومشتتاً ولا يعرف حتى ماذا طُلِبَ منه أو يخطئ في فهم ما يريد المعلم أو الآخر ؟

* هل هذا الطفل غالباً ما يعاني من التشتت في الانتباه وعدم التركيز والشرود داخل حجرة الصف؟ .

* هل هذا الطفل في بعض الأحيان يعاني من ضعف القدرة على تذكر المعلومات، وسرعة النسيان للمعلومات داخل حجرة الصف؟ (السيد ، ٢٠٠٠،ص ص ٣٠٠ ــ ٣٠١)

رابعاً ــ أساليب علاج صعوبات التعلم عامة وفي الروضة خاصة

تقع أساليب علاج صعوبات التعلم عامة في ثلاثة أنواع رئيسة وهي : التدريب القائم على تحليل المهمة ، والتدريب القائم على العمليات النفسية ، والتدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية.

ويقصد **بالتدريب القائم على تحليل المهمة** التدريب المباشر على مهارات محددة وضرورية لأداء مهمة أكبر أو أعلى من حيث مستواها أو صعوباتها أو بمعنى آخر هو الأسلوب الذي يبسط تلك المهمات المعقدة وبما يساعد على إتقان مكوناتها بشكل مستقل إذ يتم في هذا الأسلوب اختصار المهمة التعليمية المطلوبة إلى النقطة أو الحد الذي يُمكّن الطفل من الاستجابة إليه ومن ثم الانتقال خطوة خطوة إلى السلوك الأكثر تعقيداً.

وأما **التدريب القائم على العمليات النفسية** فالقصد به تحديد القصور النمائي الذي يعاني منه الطفل ذو الصعوبة في التعلم ومن ثم تصحيحه فإن كان الطفل مثلاً يعاني من مشكلة في التمييز البصري، فمن المفيد تدريس التمييز البصري للأحرف والكلمات والتركيز عليه أكثر من تدريس التمييز للدوائر والمربعات والأشكال الهندسية ، وإذا كان يعاني من الاضطرابات في المزج الصوتي فمن المفيد تدريس هذا المزج الصوتي للأحرف وتوليف الكلمات منها

والتركيز عليها أكثر من التمييز البصري .... وهكذا . وبالطبع فإن هذا الأمر ينطبق على الصعوبة في القراءة والحال ذاته يمكن أن يقال فيما يخص الصعوبة في التهجئة أو التعبير أو الحساب أو غيرها.

وأما الأسلوب الثالث فيقصد به الأسلوب الذي يجمع مابين الأسلوبين السابقين ويدمج مابينهما أي ما معناه أن هذا الأسلوب لا ينظر إلى العمليات النفسية على أنها قدرات عقلية منفصلة وإنما ينظر إليها على أساس أنها سلسلة من العمليات العقلية المتعلمة والسلوكات أو الاستجابات الشرطية التي تتعلق بمهمة معينة (كيرك وكالفنت ، ١٩٨٨)

وإذا جئنا إلى أساليب علاج صعوبات التعلم في الروضة أمكن القول بأن هناك مجموعة من الأنشطة والإجراءات والاستراتيجيات التي يمكن القيام بها من أجل علاج صعوبات التعلم لدى بعض الأطفال في الروضة يمكن إضافتها إلى الأساليب العامة في علاج صعوبات التعلم أو عدها نوعاً من التوسع والعمق فيها وهذه الأنشطة والإجراءات وكما يذكرها (الوقفي،٢٠٠٣) هي على الشكل الآتي :

١ـ المعالجة الحركية

وتتضمن تنمية المقدرة على نشاطات الحركات الكبيرة من مثل تحريك مختلف أجزاء الجسم بشكل سهل ويسير، كالمشي أو الحجل أو القفز بإحدى أو بكلتا القدمين أو الوقوف لحظة من الزمن على رجل واحدة أو المشي بين درجات سلم ملقى على الأرض إلى الأمام وإلى الخلف ، والمقدرة على نشاطات الرمي والإمساك كرمي الطابة إلى قرين آخر أو هدف أو إلى المعلم وإعادة الإمساك بها ، والمقدرة على نشاطات الاتزان كألعاب الحبل كما تتضمن المقدرة

على نشاطات الحركات الدقيقة كمتابعة خطوط أو صور أوحروف أو أعداد أو تصاميم، ومحاولة ضبط سكب الماء في أوانٍ أو زجاجات بلاستيك مدرجة إلى الحد الذي يطلبه المعلم وكلما صغرت الأنية كانت المهمة أصعب، أو قص الأشكال الهندسية أو الصور ، أو الرسم والتلوين بحيث لا يخرج التلوين عن حواف الشكل المطلوب أو الجزء المطلوب منه ، وتعرف أجزاء الجسم وتعرف الأجزاء المفقودة وإتباع بعض التعليمات المطلوبة كوضع الطفل يده اليسرى على أذنه اليمنى ويده اليمنى على كتفه الأيسر أو أن يعود إلى الخلف أو يمشي للأمام .. وغير ذلك .

٢ ـ المعالجة السمعية

ومن النشاطات التي يمكن أن تذكر في هذا المجال الاستماع إلى الأصوات كأن يغمض الأطفال عيونهم ويستمعون إلى أصوات مختلفة كأصوات السيارات والطائرات والحيوانات وغير ذلك ، أو سقوط القلم أو صوت النقر على زجاج أو مقعد وكذلك التمييز السمعي كأن يطلب للأطفال بعد تغميض أعينهم تحديد الجهة في الغرفة التي جاء منها الصوت وهل هو قريب أم بعيد قوي أم ضعيف، وكذلك الذاكرة السمعية كأن يضع المعلم أمام الطفل خمسة أو ستة أشياء ويعطيه سلسلة من التعليمات كأن يقول ضع المكعب الأحمر فوق الطاولة وضع الوردة على الكرسي وأعط الكرة لزميلك .. أو يطلب المعلم من الطفل حفظ كلمتين وإعادة تكرارها ثم ثلاث كلمات وهكذا، ويحسّن حفظ الأناشيد الطفلية تحسين الذاكرة السمعية . يضاف إلى ذلك الإدراك البصري كنشاطات التلوين والتصاميم الهندسية أو رسمها من الذاكرة بعد عرض نموذج عنها وفرز مكعبات أو عيدان أو أزرار على أساس اللون أو الحجم أو الشكل وإيجاد أشياء مستديرة أو مربعة أو مثلثة ومطابقة لعبة الدومينو ولعبة الورق (

الشدة) حيث يتم تعلم مطابقة الأشكال والأعداد، يضاف أيضاً الذاكرة البصرية كأن يطلب إلى الطفل تعرف الشيء الناقص بعد عرض صورة عليه من مستوى عمره وقد نزع جزء منها .

٣ـ المعالجة البصرية

إن بعض النشاطات تساعد على تحسين الإدراك البصري ومن بين هذه الأنشطة تلوين أشكال هندسية أو رسمها من الذاكرة بعد عرض نموذج عنها، وتصليف مكعبات أو أزرار أو غيرها من الأشياء على أساس اللون و الحجم أو الشكل . ومن بين هذه النشاطات أيضاً تعرف الشيء المفقود وبالطبع بما يتناسب مع عمر الطفل كأن يكون هذا الشيء المفقود قطعة ناقصة في لوحة أو لعبة معينة أو صورة ما أو الطلب إلى الطفل تأليف قصة من خلال عرض سلسلة من الصور عليه ثم استبعادها وبالاعتماد على ذاكرته البصرية للصور أو الطلب للطفل تذكر ما شاهده بعد عرض صورة معينة عليه ولمدة وجيزة ... وغير ذلك من هذه الأنشطة التي تنمي الإدراك البصري.

٤ ـ المعالجة اللمسية والحركية

ومن النشاطات في هذا المجال لمس مواد مختلفة لمعرفة درجة نعومة الخشب أو المعدن أو الورق أو الأشياء المبتلة أو الأطعمة ثم لمسها ثانية دون أن يراها ليميز بينها ومن ذلك لمس حروف كبيرة أو أشكال مكتوبة على السبورة أو مصنوعة من البلاستيك أو الخشب أو المعجون حيث يمكن لمسها ومن ثم تمييزها بعضها عن بعض ومنها وضع ماء ساخن أو بارد بدرجات متفاوتة وجعل الطفل يلمسه في الأواني المختلفة ليميز بين درجات الحرارة ويقال مثل ذلك بالنسبة لأوزان أشياء مختلفة أو الروائح المختلفة للتمييز بينها

ومن هذه النشاطات أيضاً كتابة الحروف والأعداد أو رسم الأشكال في الهواء أو على الرمل (الوقفي، ٢٠٠٣)

صحيح أن مثل هذه الاستراتيجيات أو الأنشطة يتم تطبيقها مع أطفال الرياض بشكل عام ومن أجل نموهم الحركي والمعرفي والعقلي والإدراكي والتواصلي واللغوي ومن أجل تطوير مداركهم ومعارفهم ولكن تطبيق مثل هذه الاستراتيجيات والأنشطة مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم وعلى وجه الخصوص قد يكتسب أهمية خاصة كونه يساعدهم على تجاوز الكثير من الصعوبات الأكاديمية اللاحقة واستعدادهم للمدرسة بشكل عام .

وخلاصة القول أن الفصل الحالي حاول تسليط الضوء على ظاهرة من الظواهر المدرسية التي أصبحت تتكرر ملاحظتها في السلوات الأخيرة لدى عدد غير قليل من الأطفال في مدارسنا. وقد سعى الفصل للتوقف عند هذه الظاهرة لدى الأطفال في الرياض عن قصد نظراً لما للتدخل المبكر من أهمية في تجاوز مثل هذه الظاهرة أو المشكلة التعليمية وتداركها (ولقصد : صعوبات التعلم) ، وفي فعالية البرامج والخطط العلاجية المعدة لعلاجها. ومبيناً أهم المظاهر التي تبدو على كل مجال من مجالات التطور أو النمو الآتية : المجال اللغوي، المجال الإدراكي، المجال الحركي، المجال الشخصي والاجتماعي والتي تساعد في الكشف عنها لدى بعض الأطفال في الرياض ومبيناً أيضاً الخطوات الأساس التي تلزم لتشخيصها وبيانها : الملاحظة المباشرة ، وتطبيق عدد من الروائز والمقاييس، ... وغير ذلك من هذه الخطوات، وكذلك أهم الأساليب في علاجها ويأتي في مقدمتها : المعالجة الإدراكية، والمعالجة الحركية .... وغيرها والتي يمكن إضافتها إلى الأساليب العامة في علاج صعوبات التعلم أو عدها كنوع من التوسع والعمق فيها.

مراجع الفصل

١ــ الروسان، فاروق: **أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة**، دار الفكر، عمان، الأردن، ط١، ١٩٩٦.

٢ــ السرطاوي ، زيدان احمد سيسالم ، كمال سالم : **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً (خصائصهم وأساليب تربيتهم)** ، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع ، الرياض ، السعودية ، ط١ ، ١٩٨٧ .

٣ــ السيد، السيد عبد الحميد سليمان : **صعوبات التعلم (تاريخها، مفهومها، تشخيصها، علاجها)**، دار الفكر العربي، القاهرة ، ٢٠٠٠.

٤ــ كامل، محمد علي : **سيكولوجية الفئات الخاصة** ، النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٩٦.

٥ــ كوافحة، تيسير مفلح: صعوبات التعلم والخطة العلاجية المقترحة، دار المسيرة، عمان، الأردن، ٢٠٠٣.

٦ــ كيرك وكالفنت : **صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية**، ترجمة أحمد زيدان السرطاوي و عبد العزيز السرطاوي ، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، السعودية، ١٩٨٨.

٧ــ الوقفي، راضي وآخرون: **تقييم الصعوبات التعليمية (مختارات معربة)**، كلية الأميرة ثروت، عمان ، الأردن، ط١، ١٩٩٦.

٨ــ الوقفي، راضي: **صعوبات التعلم النظري والتطبيقي** ، كلية الأميرة ثروت، عمان، الأردن، ط١، ٢٠٠٣.

المراجع الأجنبية:

9- Attorney Lawrence m,Slegal: Nolo's, IEP, **Guide, Learning Disabilities** , U.S.A,2003.

10- Philip, L,Safford : **Teaching Young Children with Special Needs**, The C.V.Mosby company, Saint Louis, USA,197

Damascus University

اللجنة العلمية
أ . د مها زحلوق
أ. د غسان أبو فخر
أ . د أمطانيوس مخائيل

المدقق اللغوي
د. عبد الرحمن عبد الرحيم

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات