



كلية الخدمة الاجتماعية



وحدة ضمان الجودة والتخطيط الاستراتيجي



جامعة الفيوم

قسم مجالات الخدمة الاجتماعية

الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة

القائم بتدريس المقرر

أ.م.د / صباح حسن علي أحمد

٢٠٢٤/٢٠٢٥ م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى
الْأَغْرَاجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ
حَرَجٌ وَمَنْ يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلُهُ
جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ
وَمَنْ يَتَوَلَّ يُعَذِّبُهُ عَذَابًا أَلِيمًا)

{صدق الله العظيم}

[سورة الفتح: آية ١٧]

الخطة الزمنية الدراسية لمقرر (مدخل الرعاية الاجتماعية)

بالفصل الدراسي الاول – العام الجامعي ٢٠٢٤/٢٠٢٥م

م	الاسبوع	خلال الفترة من	رقم المحاضرة	محتوى المحاضرة
				الي
١	الأولى	٢٠٢٤/٩/٢٨	٢٠٢٤/١٠/٣	المحاضرة الاولى المفاهيم الأساسية في مجال رعاية ذوي الإعاقة
٢	الثانية	٢٠٢٤/١٠/٥	٢٠٢٤/١٠/١٠	المحاضرة الثانية فنّة المتفوّقين والموهوبين
٣	الثالثة	٢٠٢٤/١٠/١٢	٢٠٢٤/١٠/١٧	المحاضرة الثالثة فنّة المعاقين ذهنياً
٤	الرابعة	٢٠٢٤/١٠/١٩	٢٠٢٤/١٠/٢٤	المحاضرة الرابعة رعاية فنّة المعاقين سمعياً
٥	الخامسة	٢٠٢٤/١٠/٢٦	٢٠٢٤/١٠/٣١	المحاضرة الخامسة فنّة المعاقين بصرياً
٦	السادسة	٢٠٢٤/١١/٢	٢٠٢٤/١١/٧	المحاضرة السادسة فنّة الإعاقات المتعلقة بالنمو!Autism إعاقه التوحد
٧	السابعة	٢٠٢٤/١١/٩	٢٠٢٤/١١/١٤	المحاضرة السابعة فنّة الإعاقات المتعلقة بالنمو!Autism إعاقه التوحد
٨	الثامنة	٢٠٢٤/١١/٦	٢٠٢٤/١١/٢١	المحاضرة الثامنة مهارات تأهيل وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة
٩	التاسعة	٢٠٢٤/١١/٢٣	٢٠٢٤/١١/٢٨	المحاضرة التاسعة مهارات تأهيل وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة
١٠	العاشرة	٢٠٢٤/١١/٣٠	٢٠٢٤/١٢/٥	المحاضرة العاشرة امتحان الميد ترم
١١	الحادي عشر	٢٠٢٤/١٢/٧	٢٠٢٤/١٢/١٢	المحاضرة الحادي عشر دمج ذوي الإعاقة
١٢	الثانية عشر	٢٠٢٤/١٢/١٤	٢٠٢٤/١٢/١٩	المحاضرة الثانية عشر دمج ذوي الإعاقة
١٣	الثالثة عشر	٢٠٢٤/١٢/٢١	٢٠٢٤/١٢/٢٦	الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة
١٤	الرابعة عشر	٢٠٢٤/١٢/٢٨	٢٠٢٥/١/٢	الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة
بدء امتحانات الفصل الدراسي الاول ٢٠٢٤/٢٠٢٥ اعتباراً من السبت ٤/١/٢٠٢٥م				
حتى الخميس ٢٠٢٥/١/٢٣				
اجازو نصف العام ابتداءً من السبت ٦/١/٢٠٢٥ حتى الخميس ٦/٢/٢٠٢٥				

مقدمة:

تقاس حضارة أي أمة باهتمامها بالضعفاء من أبنائها، فعنابة المجتمع بالفئات الخاصة هي المعيار الذي نستطيع من خلاله أن نحكم على مدى تقدم أو تأخر هذا المجتمع. وما لا شك فيه أن وجود ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين في أي مجتمع يعد ظاهرة اجتماعية فرضت نفسها، وأصبح من الطبيعي مع تطور الفكر الإنساني أن تأخذ هذه الفئات المعرضة للخطر Populations at Risk حقها من الاهتمام والرعاية وأن تكون موضع اهتمام الباحثين والدارسين، لأنه من الواجب تمنع المعاق ذهنياً أو بدنياً أو نفسياً بحياة كاملة وكريمة في ظروف تكفل له كرامته وتعزز اعتماده على الذات، وتيسّر مشاركته الفعلية في المجتمع.

وقد أثرت المتغيرات المعاصرة عن تسامي فئات اجتماعية مهمشة تحتاج بالضرورة إلى جهود خارجية اجتماعية أو طبية أو تأهيلية لتمكينها من الحياة الاستقلالية الممكنة لتعيش وتعايش ضرورات الحياة، فهي فئات غير إشكالية فهم ضحايا أوضاع اجتماعية أفرزتها الحياة الإنسانية المعاصرة لهم احتياجات ومشكلات شديدة الخصوصية، رغم أنهم يُنمطوا بالأصحاء والأسواء، وفي نفس الوقت هم بحاجة إلى خدمات خاصة ورعاية منظمة كالمعاقين وغير الأسواء.

فالتاريخ القديم والحديث شهد فئات الملونين والزنوج في مجتمع البيض، وفئات المنبوذين في مجتمع البراهمة، وفئات اللقطاء وفاذدي الهوية والنسب في المجتمعات الشرقية، وفئات الغجر Ghibsy الهائمين بين المدن الأوروبية وما إليهم، كذا فئات النوريين، وفئات البدو الرحل المهمشين اجتماعياً ومن على شاكلتهم.

إلا أن عالم اليوم أضاف فئات جديدة من الفئات السوية خاصة مع تسامي المنافسة والصراعات وسيطرة المادة والتقدم العلمي والتكنولوجي أهمها فئة المهوبيين والنوابغ المهمشين في مجتمعاتهم، والفقراء والمتسلولين الذين حُرموا من التعليم والحماية، والمسنون الذين تناست أعدادهم مع التقدم الصحي رغم تسامي احتياجاتهم ومشكلاتهم الخاصة، وفئات الأطفال العاملين بالورش، وفئات الأطفال المُهملين والمُساء معاملتهم، والعاطلون ضحايا البطالة وسياسة تعليم لا توظيف، وفئات مرضى الفشل الكلوي والالتهاب الكبدي ومرضى متلازمة العوز المناعي "الإيدز" إلى جانب فئات اللقطاء والعوانس والمطلقات وخريجي السجون والإصلاحيات وأسر مرضى العقول.

ويعرض المؤلفون في كتابهم هذا لفئات منتقاه من ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانت فئات سوية أو لا سوية برأياً متكاملة ومعاصرة مذيلين كل فصل والكتاب برمه بتوضيح ممارسة الخدمة الاجتماعية مع تلك الفئات بالتركيز على المنظور المعاصر لممارسة الخدمة الاجتماعية وهو الممارسة العامة المميز لخخص مجالات الخدمة الاجتماعية.

وإننا لنرجو أن تكون قد سطينا شيئاً يفيد منه الطلاب والمهتمين بذوي الاعاقة والمعلمون والآباء والأمهات من امتحنهم الله سبحانه وتعالى بإصابة أحد أطفالهم بنوع من الإعاقات، داعين الله حُسن التوفيق بهذا العمل العلمي المتواضع فإن أصبنا فلة الحمد والمنه وإن أخطأنا فعذرنا أننا حاولنا فالكمال لله وحده سبحانه وتعالى.

والله تبارك وتعالى نسأل أن يُعلمنا ما ينفعنا
وينفعنا بما علمنا والله ولي التوفيق ،،،،،

المؤلفون

الفصل الأول
المفاهيم الأساسية في
مجال رعاية ذوي
الإعاقة

عناصر الفصل الأول

مقدمة

أولاً : تعريف الفئات الخاصة

ثانياً مفهوم الإعاقة

ثالثاً مفهوم المعوق

رابعاً: مفهوم الاصابة

خامساً: مفهوم العجز

سادساً : مفهوم الإعاقة البصرية

سابعاً: مفهوم الإعاقة السمعية

ثامناً: مفهوم الإعاقة الذهنية

تاسعاً: مفهوم الإعاقة البدنية

عاشرًا: مفهوم خدمات رعاية المعوقين

حادي عشر : مفهوم تأهيل المعاقين

ثاني عشر : مفهوم التكيف

ثالث عشر : مفهوم الخدمة الاجتماعية للفئات الخاصة

مقدمة :

أصبح الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة قضية من أهم القضايا التي تشغّل تفكير العديد من العلماء خاصة علماء التربية الخاصة وعلم النفس التربوي لأنها أحد المعايير الأساسية التي يقاس بها تقدم أي أمة في هذا العصر عصر الانفجار المعرفي ، وقبل الخوض في تعريف مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن نفرق بين مفهوم الإعاقة بمفهومها التقليدي ، كذلك الطفل المعوق ، وبين مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة الحديث الذي أدرج تحته فئتي الموهوبين والمتوفّقين عقلياً ، وفيما يلي توضيح لتلك المصطلحات.

أولاً : تعريف الفئات الخاصة:

التعريف الأول:

تعرف الفئات الخاصة بأنهم "الأفراد الذين يختلفون عن يطلق عليهم لفظ عادي أو سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو النفسية أو المزاجية إلى درجة تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى تصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه . * يلاحظ أن هذا المفهوم يركز على الفئات الخاصة غير السوية فقط والتي تعاني من قصورا في الناحية الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو النفسية وأنهم يحتاجون إلى عملية تأهيل .

التعريف الثاني:

هي كل مجموعة من "الأفراد في المجتمع بغض النظر عن السن أو الجنس أو الدين يتميز أفرادها بخصائص أو سمات معينة إما أن تعمل على إعاقة نموهم وتفاعلهم وتوافقهم مع أنفسهم ومع البيئة المحيطة "

* ويلاحظ أن هذا المفهوم أنه يشير إلى النواحي السوية ضد العابرة أو الموهوبين وأصحاب القدرات الخاصة وفي النواحي المرضية ضد كافة ألوان النقص أو المرض أو الاضطراب الجنسي أو العقلي أو النفسي أو الخلقي الذي يعيق نمو الشخصية وتقديمها وكافة مجالات النشاط الإنساني .

#- بعض تصنیفات الفئات الخاصة:

إذاء المفاهيم السابقة للفئات الخاصة ظهرت تصنیفات لها ذكر منها:

التصنیف الأول : أصحاب عجز ظاهر وغير ظاهر:

(أ) ويعني بالعجز الظاهر أصحاب العاهات البدنية أو الجسمية كالمكفوفين والمقطعين والصم وبمثوري الأطراف والمتخلفين عقلياً والمرضى العقليين.

(ب) أما العجز غير الظاهر فهو أصحاب مرضى القلب والفشل الكلوي

التصنیف الثاني : فئات خاصة سوية وأخرى غير سوية:

(أ) الفئات الخاصة غير السوية وتنقسم إلى:

- أصحاب عجز حسي :وهم المكتوفين والصم باختلاف درجاتهم.
- أصحاب عجز عقلي :وهم مرضى العقول وضعفائها.
- أصحاب عجز اجتماعي :وهم الفئة التي تواجه درجة من درجات العجز في تفاعلهم مع بيئاتهم.

- أصحاب عجز خلقي :ويتمثلون في فئة المنحرفين كبار وهم
 (ب) الفئات الخاصة السوية : وتشمل العباقة والموهوبون حيث أنهم يحتاجون كذلك إلى لون من ألوان الرعاية والعناية الخاصة.

التصنيف الثالث: تتبع للمجالات التي تستخدم فيها العلاج:
 وتنقسم إلى:

(أ) إصابات بجميع أنواعها وهي:

- الكسور والتي قد تنشأ عنها تبיס مؤقت في المفاصل أو دائم.
 - إصابات أخرى كالحروق والجروح التي تؤدي أيضاً إلى تبיס في المفاصل أو شلل الأطفال.
 = بتر الأطراف.

(ب) فقد البصر أو ضعفه والسمع والنطق.

(ج) الأمراض الباطنية والسل وأمراض القلب وأمراض المفاصل المزمنة.
 (د) الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية.

التصنيف الرابع: ويشمل:

(١) فئات تعاني من نقص أو اضطراب أو مرض جسمى وتتضمن:
 (أ) كل ما يعزز قدرة جسمية لأى سبب من الأسباب ويندرج تحت هذا فئات ذوي العاهات الجسمية والمشوهين والمسنين.

(ب) كل ما يعزز من قدرة حسية خاصة وتشمل الصم والبكم والمكتوفين.

(٢) فئات تعاني من نقص أو اضطراب عقلي وانفعالي وتشمل:
 - المرضى عقلياً ونفسياً.

(٣) فئات تعاني من نقص أو اضطراب خلقي :

وتشمل مدمني المخدرات والخمور وحالات الاضطرابات الجنسية في صورها المختلفة وال مجرمين والأحداث المنحرفين والمشرددين.

* وهذا يعني أنه يمكن تصنيف الفئات الخاصة إلى:

(١) فئات خاصة (لا سوية إيجابية):

وتتضمن الأفراد ذوى القدرات الخاصة والتي لها دلالة معينة في طريقة التفاعل مع المجتمع الخارجي وبالتالي تحتاج إلى نوع خاص من الرعاية الاجتماعية والنفسية التي يقوم بها الأخصائي تمييزاً لها عن الفئات العادية.

(٢) فئات خاصة (لا سوية سلبية):

وتتقسم تبعاً لمكونات الشخصية الإنسانية إلى:
* من الناحية الجسمية:

وتتضمن الأفراد الذين يصابون بإعاقة إما حركية أو حسب تحول دون قدرتهم على أداء الأدوار الطبيعية التي يمارسها الفرد العادي في المجتمع مما يؤثر على قدرتهم في التكيف مع المجتمع، ومنها:

من ناحية الحركية: وقد تكون الإعاقة ظاهرة مثل البتر والشلل وقد تكون الإعاقة غير ظاهرة مثل مرضي القلب والسرطان.

من ناحية الجسمية: ومن أمثلتها الصم والبكم والمكفوفين.
* من الناحية النفسية

و من أمثلتها المرضى النفسيين مثل الاكتئاب النفسي.

١- أسباب الاهتمام بذوى الإعاقة :

(أ) الاتجاه الإنساني :

لا ينكر التاريخ الأحداث السلبية المتعددة التي مرت بذوى الاحتياجات الخاصة وعانوا من أهوالها ، وفي وقت كان الناس ينظرون إليهم على أنهم فأل شؤم ومصدر للنكبات ، ورمز للآثام التي ارتكابها والديهما مما أدى إلى رفضهم وتشريدهم من قبل المجتمع وتعريضهم للمهالك في كثير من الأحيان وقد أدى ذلك إلى زيادة الاهتمام بهم ، إلا أن الأمر يتطلب تكافف المجتمع بكل أفراده ومؤسساته وأجهزته من أجل مساعدتهم وتوفير كل أساليب العلاج النفسي والعلمي والتربوي لخفيف الآثار النفسية والاجتماعية التي يواجهونها ، فذوى الاحتياجات الخاصة لهم نفس حقوق العاديين من منطلق إنساني حيث أن ما يعانونه من قصور في قدرتهم العقلية قد منعهم من إنجاز ما عليهم من واجبات .

(ب) الاتجاه الاجتماعي :

تواجه الأسرة التي تحولت من أسرة ممتدة واسعة إلى أسرة نووية صغيرة كثيراً من المتاعب والصعوبات بسبب طفليها ذوى الاحتياجات الخاصة لأنه في حاجة دائمة ومستمرة إلى مزيد من الرعاية والعناية ، ولا سيما إذا كان من فئة البلهاء أو المعتوهين ومما يزيد للمعاناة عند الأسرة محورين أساسين :

المحور الأول: تولد الشعور بالذنب لدى الوالدين حيث يلقون على أنفسهم المسئولية كاملة لإنجاب هذا الطفل .

المحور الثاني: لما كان الآباء يعانون من نقص الخبرة في التعامل مع حالات الإعاقة العقلية (لصعوبة فهم عالم الإعاقة وما تتطلبه من مهارات تدريبية خاصة) لذا أصبح من الواجب أن يهتم المجتمع ككل بمثل هذه المشاكل التي تؤثر سلباً على الفرد وعلى الجماعة وإسهاماً في تخفيف هذا العبء على أسر ذوي الاحتياجات الخاصة ، نادي كثير من المربيين والأطباء بضرورة إنشاء مؤسسات تربوية متخصصة ل التربية هؤلاء الأطفال وإكسابهم بعض المهارات لكي يستطيعوا الاعتماد على أنفسهم ، ومن ثم تخفيف بعض الأعباء النفسية والاجتماعية التي تعاني منها الأسرة .

(ج) اتجاه تكافؤ الفرص ومراعاة مبدأ الديمقراطية :

لابد من تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص ومراعاة مبدأ الديمقراطية بين أفراد المجتمع ، لذا كان من الضروري منح أفراد هذه الفئة الفرص المناسبة لتقي التعليم والتدريب مع المشاركة الكاملة في الحياة العامة ليعيشوا حياة طيبة ولا يكونوا عالة على المجتمع أسوة بغيرهم من الأسواء وبالقدر الذي تسمح به قدراتهم واستعداداتهم ، حيث أن الفرد يولد بالقدرة على تكوين القدرات وليس القدرات ذاتها وبالقدرة على تكوين الاستعداد وليس الاستعداد ذاته اللهم إلا المعجزات .

(د) اتجاه التنمية البشرية :

لا شك بأن الكادر البشري أهم استثمار يسعى المجتمع لتحقيقه واستغلاله فالطاقة البشرية لا تقدر بثمن ولما كان ذوي الاحتياجات الخاصة يمتلكون قد لا يستهان به من هذه الطاقة ، إذن لابد من الاستفادة منها في ضوء الإمكانيات المتاحة ، وذلك بعد تأهيل القادرين منهم للعمل وزيادة الدخل الاقتصادي وإلحاقهم بأعمال بسيطة تتناسب مع ما تبقى لديهم من قدرات وطاقات حتى يتحولوا من أفراد يعتمدون على الدولة في معيشتهم إلى أفراد يسهمون في إنتاج ورفاهية هذا المجتمع ، وبذلك تكون قد نجحنا في معاونتهم على التوافق النفسي والاجتماعي من جانب ، والاستثمار البشري من جانب آخر ولعلنا يجب أن نقرر أن أهم استثمار في بني البشر هو استثمار العقل وتكامل وظائفه .

(هـ) اتجاه حماية المجتمع من انتشار الأمراض الاجتماعية :

من المعروف أن ذوي الاحتياجات الخاصة لديهم قابلية للاستهواء كما يسهل انقيادهم للآخرين مما قد يترب عليه سهولة استغلالهم في بعض الأعمال غير المشروعية التي لا تتناسب مع الشرائع السماوية ، ومن هنا كانت ضرورة توفير الرعاية والعناية حماية لهذه الفئة من الانحراف وحماية المجتمع من انتشار الأمراض الاجتماعية .

(و) اتجاه الدراسات والبحوث والقياس النفسي :

شهد النصف الأخير من القرن العشرين زيادة ملحوظة للدراسات والبحوث والاختبارات التي أجريت على ذوي الاحتياجات الخاصة ، مما كان له أثر في توجيه الأذهان إلى الاهتمام بتوفير البيئة التربوية والنفسية لهذه الفئة وكذلك نوع الأنشطة التي يمكن أن تقدم لهم ونوع الأعمال التي يكونوا قادرين على إنجازها ، وما يتاسب مع استعداداتهم الجسمية وتكيفهم مع متطلبات الحياة.

- فلسفة ذوي الاحتياجات الخاصة :

تقوم فلسفة ذوي الاحتياجات الخاصة على تعين الخطوات التي يمكن عن طريقها تحقيق رسالة التربية الخاصة في الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ، وهي تمكّنهم من الحياة العملية بقدر ما يمكن تتميّته من قدراتهم للحصول على مكانة طبيعية في المجتمع وذلك بالنظر إلى ما يلي :

(أ) وقاية المواليد من الإعاقة ، وذلك بتوعية الأسرة قبل الإنجاب ، وسرعة اكتشاف الإعاقة في الطفل فور ولادته .

(ب) معالجة الإعاقة في وقت مبكر تخفف من ثباتها واستمرارها وتسرع بالتعامل معها ، ومساعدة الطفل على تقبل ذاته ، وتقبل الأسرة لحالته ، وعدم اليأس من الاصلاح ، وتهيئة إذهان الوالدين إلى حسن التصرف في معالجة الموقف بما يتطلب من حكمه واتزان عاطفي .

(ت) تقوية الشعور بالتضامن الاجتماعي ومسؤولية الوطن عن كل أفراده ، وذلك بحذف عبارات التعبير والانتقاد من ألفاظ اللغة وخاصة من الصغار ، ومعاقبة الذين يتعمدون الإساءة إلى أخوانهم ذوي الاحتياجات الخاصة.

وبناءً على ذلك، فإن فلسفة ذوي الإعاقة تتضمن أسلوبًا خاصًا مشتملاً على الطريقة الفردية التي يتم بها تدريب كل فرد على حسب نوع احتياجاته الخاص مقترباً بتكنولوجيا هذا العصر ، حتى يتواهم مع التقدم المذهل الذي فرض نفسه على ساحة الألفية الثالثة .

١- مجالات ذوي الإعاقة :

يوجد اتفاق من المتخصصين على أن مجالات ذوي الاحتياجات الخاصة ، كالتالي:

- الإعاقة العقلية .
- الإعاقة الحركية (الجسمية) : مبتور أحد الأطراف أو أكثر - المشلولون - المقعدون .
- الإعاقة الحسية : المكفوفون - الصم - البكم - ضعاف البصر الذين لا يجدي فيهم تصحيح البصر .
- الإعاقة بأمراض مزمنة .
- الإعاقة الاجتماعية .

كما تم إدماج مجموعة الاضطرابات التي تشخيص في مرحلة المهد والطفولة والمراهقة في الدليل التشخيصي (DSM-IV) (١٩٩٤) في الآتي :

- التخلف العقلي .
- اضطرابات التعلم .
- الاضطرابات النمائية المنتشرة .
- اضطرابات المهارات الحركية .
- اضطرابات الانتباه والسلوك التمزيقى .
- اضطراب فرط النشاط واضطراب الانتباه .
- اضطراب الكل والتغذية .
- اضطراب التواصل .
- اضطرابات أخرى .

كما تشمل مجالات ذوي الإعاقة الفئات التالية :

- المكفوفون بصرياً ولادياً أو كف حادث أو ضعاف البصر .
- الصم وضعاف السمع .
- المعوقون حركياً (شلل الأطفال - البتر - الشلل الدماغي - ... وغيرها) .
- حالات التخلف العقلي .
- الموهوبون والمتتفوقون .
- ذوي صعوبات التعلم .
- البكم .
- مرضي القلب - سل العظام - ضمور العضلات .

ومن ثم ، فإن مجالات ذوي الاحتياجات الخاصة تشمل (معاقين - متقوفين أو موهوبين) ، لتشير إلى نوعية البرامج التعليمية والتربية والإرشادية التي تقدم للفرد ذوي الحاجات الخاصة الذي ينحرف أدائه عن المتوسط الإحصائي سلباً أو إيجاباً إذا ما تم مقارنته بالعاديين ، لذلك تعتبر التربية الخاصة وسيلة فعالة تستخدم في إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التي يتم إدخالها على المنهج العادي بكامله أو في جزء منه ليساعد ذوي الاحتياجات الخاصة على التوافق السليم مع البيئة التي يعيشون فيها ، وإعدادهم للإعداد السليم لتحقيق الحياة العامة التي يعيشها العاديون مما ييسر أقل الإمكانيات لتلك الفئة التي يجعلهم في بؤرة الاهتمام.

#- أهم أهداف رعاية ذوي الإعاقة فيما يلي :

- ١- القياس والتشخيص الدقيق لكل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة .

- ٢- تصميم خطة تربوية فردية لكل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة تتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم .
- ٣- تخفيف الضغوط النفسية (القلق - الاكتئاب - الاحباط - السلبية - الانسحاب -...الخ) الناجمة عن حدة الإعاقة أو عدم تكيف الموهوب أو المتفوق مع وضعه الراهن .
- ٤- مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على الاستقلالية والتوكيدية والاعتماد على النفس والثقة بالنفس " الكفاءة الشخصية" .
- ٥- الوصول بذوي الاحتياجات الخاصة إلى الكفاءة الاجتماعية ، والتوافق النفسي والاجتماعي .
- ٦- التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة الذين لم تتمكنهم قدراتهم واستعداداتهم على تواصل الأداء الأكاديمي من خلال تربيتهم على بعض المهن التي تتلاءم مع احتياجاتهم الخاصة .
- ٧- التدخل المبكر للكشف عن نوعية البرامج العلاجية التي تحتاجها كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ، ومساعدة أباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال البرامج الارشادية .
- ٨- استخدام التكنولوجيا لذوي الاحتياجات الخاصة لمسايرة روح هذا العصر ، وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة على أحد التكنولوجيات الحديثة.

ثانياً: مفهوم الإعاقة:

إن تحديد معنى الإعاقة في مجتمع من المجتمعات يتوقف على عاملين هما: معلوماتنا عن الإعاقة ، ووجهة نظر واتجاهات المجتمع نحو الإعاقة، وهما عاملان يتأثران ببعضهما ولا يمكن تناول أحدهما بمعزل عن الآخر ، وتتأثر المعلومات التي جمعها عن الإعاقة وكيفية فهمها واستخدامها بالضغوط السياسية والاجتماعية التي يعاني منها المجتمع على حد كبير . إلا أنه قد يوجد ما يشبه الاتفاق بين العلماء على أن هناك عوامل رئيسة أدي تواجدها وتوافرها إلى تغيير نظرة المجتمعات عن معنى الإعاقة ومفهومها وفلسفتها رعاية المعوقين ، تتمثل هذه العوامل في :

- الاتجاه المتتطور السريع نحو التصنيع وزيادة التحضر وما واكتبه ذلك من تغير طبيعة العمل من الريف إلى الحضر إلى المجتمع الصناعي .
- تطور التعليم وانتشار الوعي .
- ثورة الطب واكتشافاته المتتالية لأمراض تعيق صاحبها لم تكن معروفة من قبل كل هذه العوامل ساعدت على تغيير مفهوم المجتمعات عن الإعاقة ، حتى أصبحت المجتمعات القرن الحالي تعاني من ارتفاع نسبة الإعاقة بها - وفقاً لمفهومات المعاصرة - وخصوصاً بين الأطفال أكثر من ذي قبل ، كذلك ساعدت زيادة التحضر - بصفة خاصة على انتشار المرض نتيجة

لشروع ظاهرة الفقر وما يتربّع عليها من أمراض سوء التغذية وانخفاض مستويات الصحة داخل المجتمع المتحضر .

كذلك تطورت أدوات القياس النفسي والعقلي مما ساعد على تحديد مفهوم واضح للإعاقة .

فالبعض يعرفها : " بأنها الحالة التي تمنع الفرد من القيام بوظائفه الطبيعية كلياً أو جزئياً .

بينما يرى البعض الآخر أنها " نقص القدرة الجسمية أو العقلية أو العاطفية التي تحد من قدرة الفرد علي المساهمة في أداءه اليومي ، ويرتبط مفهوم الإعاقة بالكثير من المفاهيم الأخرى التي تداخل معه ، ومن أهم تلك المفاهيم كما أوضحتها منظمة الصحة العالمية كما يلي :

١ - الخل : فقد أو شذوذ في التركيب أو في الوظيفة السيكولوجية أو الفيزيولوجية أو التشريحية .

٢ - العجز : هو عدم القدرة على أداء وظيفة ما ، ويكون عادة من جراء ضرر أو ضعف يلحق بالبنية .

٣ - عدم القدرة: هو غالباً ما ينتج عن عوامل جسمية أو عقلية مما يعيق القيام بالأنشطة المختلفة ، نتيجة العجز الذي قد يستمر مدى الحياة أو لفترة معينة .

تعرف الإعاقة أيضاً بأنها : " قصور أو تعطل عضو On Organe أو أكثر من الأعضاء Or More than One الداخلية للجسم من القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة Acquired ، ميكروبية أو فيروسية Microorganism أو حوادث معينة

كما يشار إليها بـ " معاناة كل فرد نتيجة عوامل وراثية أو بيئية من قصور جسمى أو عقلي تتربّع عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية تحول بينه وبين تعليم أو أداء بعض العمليات العقلية أو الحسية ، التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح ، وهي كل انحراف أو قصور يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من البرامج والخدمات التعليمية والتربوية التي تقدم للفرد السليم الذي هو في مثل عمره ، ويطلب ذلك إعداد برامج وخدمات من نوع خاص تتناسب مع نوع الإعاقة لديه .

كما يؤكد على أنها " حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة ، المرتبط بعمره ونوعه وخصائصه الاجتماعية والثقافية ، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية .

كما تعرف بأنها " عدم القدرة على أداء أنشطة معينة بدرجة الكفاءة المتوقعة من الفرد مثل الصعوبة في السير او السمع او الكلام ، وتحدث على مستوى أي عضو أو جهاز في الجسم .

ثالثاً: مفهوم المعاق (ذو الإعاقة) :

وهناك بعض المصطلحات المتدالولة بين الناس في أحاديثهم العادية من قبيل : أعمى ، أعرج ، أبكم ، ضرير ، عاجز ، وأبله ، وجميعها تعبّر عن الاتجاه السلبي نحو الإعاقة ، حيث أنها تعكس للأفراد العاديين صورة مخيفة عن القصور لكون الفرد الفاقد يفقد الكثير من الامكانيات والمهارات .

ولعل ذلك هو ما دفع كثير من العلماء والباحثين إلى المناداة بضرورة استخدام مصطلح " غير عادي Exceptional " أو مصطلح " معوق Handicapped " بدلاً من هذه المصطلحات ، ذلك لأن مصطلح " غير عادي " يشير إلى كل فرد يختلف عن الفراد العاديين بدرجة تجعله يحتاج إلى خدمات خاصـم من قبيل تعديل المدرسين مثلـاً حتى يمكن الاستفادة من طاقته الكلية ، ومن ثم فكل من المعاقين ذهنياً والمتوهقين عقلياً يعتبرون غير عاديين .

أما مصطلح " معاق " : فيشير إلى عدم قدرة الفرد على القيام بعمل ما نتيجة لقصور معين يعاني منه ، بحيث إذا ما أمكن تهيئـة ظروف معينة أمامـه أو إجراء تعديلـات معينة في البيئة ، عندـئذ يصبحـ في وسـعـه أداءـ هذاـ العملـ - فضـلاـ عنـ أنـ هـنـاكـ العـدـيدـ منـ المـهـامـ وـ الـأـعـمـالـ الـأـخـرىـ - التيـ يمكنـ أنـ يـؤـديـهاـ الفـردـ المـعـوقـ كـغـيـرـهـ منـ الأـفـرـادـ العـادـيـنـ ،ـ كـمـاـ أـنـ مـصـطـلـحـ مـعـوقـ يـعـتـبرـ مـصـطـلـحـاـ نـسـبـيـاـ حـيـثـ أـنـ الإـصـابـاتـ لـاـ تـسـبـبـ مـشـكـلـةـ كـبـيرـةـ إـلـاـ إـذـاـ وـجـدـ عـائـفـاـ كـبـيرـاـ أـمـامـهـ ،ـ فـالـمـعـاقـ حـرـكيـاـ الـذـيـ يـسـتـخـدـمـ كـرـسـيـ بـعـجـلـاتـ -ـ عـلـيـ سـبـيلـ المـثـالـ قـدـ لـاـ يـعـتـبرـ مـعـوقـ إـلـاـ إـذـاـ كـانـ عـلـيـ أـنـ يـصـعـدـ سـلـماـ يـضـمـ الـعـدـيدـ مـنـ الـدـرـجـاتـ كـيـ يـصـلـ إـلـيـ الـفـصـلـ الـدـرـاسـيـ .

* - المعاق يشير على من تعوقـهـ قـدرـاتهـ الـخـاصـةـ عـلـيـ النـمـوـ السـوـيـ إـلـاـ بـمـسـاعـدـةـ خـاصـةـ ،ـ وـهـوـ لـفـظـيـاـ مشـتـقـ مـنـ الإـعـاقـةـ أـيـ التـأـخـيرـ أـوـ التـعـويـقـ ،ـ وـلـمـعـوقـ تـعـرـيفـاتـ مـتـعـدـدةـ ،ـ وـقـدـ تـخـلـفـ فـيـ الصـيـاغـةـ وـالـشـكـلـ وـلـكـنـهاـ تـنـقـقـ فـيـ الـجـوـهـرـ وـالـمـضـمـونـ .

يعرف المعاق بأنه " كل فرد نقصـتـ إـمـكـانـيـاتـ للـحـصـولـ عـلـيـ عـلـمـ مـنـاسـبـ وـالـاسـتـقـرارـ فـيـهـ نـقـصـاـ فـعـلـيـاـ نـتـيـجـةـ لـعـاهـةـ جـسـمـيـةـ أـوـ عـقـلـيـةـ .

كـماـ يـعـرـفـ عـلـيـ أـنـهـ "ـ الـفـردـ الـذـيـ يـتـطـلـبـ تـعـدـيلـاـ فـيـ الـمـارـسـاتـ التـحـصـيلـيـةـ أـوـ الـخـدـمـاتـ التـرـبـوـيـةـ الـخـاصـةـ ،ـ لـلـوـصـولـ بـهـ إـلـيـ أـقـصـيـ سـعـهـ مـمـكـنـةـ وـ نـاتـيـ الصـعـوبـةـ نـتـاجـاـ لـمـشـكـلـاتـ اـجـتمـاعـيـةـ أـوـ طـبـيـعـيـةـ أـوـ أـكـادـيمـيـةـ بـصـورـةـ فـعـالـةـ عـنـ مـقـارـنـتـهـ بـأـقـرـانـهـ العـادـيـنـ .

وـيـعـنـيـ مـصـطـلـحـ (ـ مـعـاقـ)ـ "ـ كـلـ شـخـصـ عـاجـزـ كـلـيـاـ أـوـ جـزـئـيـاـ ،ـ عـنـ ضـمـانـ حـيـاةـ شـخـصـيـةـ أـوـ اـجـتمـاعـيـةـ طـبـيـعـيـةـ ،ـ نـتـيـجـةـ نـقـصـ خـلـقـيـ أـوـ غـيرـ خـلـقـيـ فـيـ قـدـرـاتـهـ الـجـسـمـيـةـ أـوـ الـعـقـلـيـةـ .

كـماـ يـطـلـقـ عـلـيـ بـأـنـهـ "ـ الـفـردـ الـذـيـ يـعـانـيـ مـنـ قـصـورـ وـاضـحـ فـيـ خـاصـيـةـ حـسـيـةـ أـوـ حـرـكـيـةـ جـسـمـيـةـ بـوـجـهـ عـامـ أـوـ عـقـلـيـةـ أـوـ أـجـزـاءـ الـحـرـكـةـ أـوـ مـرـضـ مـزـمـنـ أـوـ إـعـاقـةـ عـقـلـيـةـ أـوـ نـفـسـيـةـ لـاـ يـمـكـنـهـ مـنـ الـاستـفـادـةـ الـكـاملـةـ بـكـلـ بـرـامـجـ التـرـبـيـةـ الـتـيـ تـقـدـمـ لـلـعـادـيـنـ وـيـحـتـاجـ إـلـيـ رـعـاـيـةـ خـاصـةـ .

رابعاً: مفهوم الاصابة:

لقد تعددت وجهات النظر في تحديد مفهوم الإصابة فيها:

التعريف الأول : هي كل ما يحدث للشخص وينجم عنه ضرر يقعد الشخص عن أداء عمله.

التعريف الثاني : هي النتيجة الحتمية لحدث يترتب عليه إيداء عضوي يعوق قدرة الفرد الإنتاجية مع ما تخلفه من مشكلات اجتماعية تعود بالضرر على الفرد وأسرته من جهة و على عمله من جهة أخرى.

التعريف الثالث : هي فقدان مستمر أو مؤثث نفسي أو فسيولوجي أو تشريحي في الجهاز أو الوظيفة وقد يكون ذلك فقداناً لجزء من أجزاء الجسم أ، حدوث تشوية فيه أو شلل أو إصابة بالسكر أو خلل بالبصر أو ضعف أو تأخر عقلي أو فقدان السمع جزئياً أو كلياً.

خامساً: مفهوم العجز:-

من أهم التعريفات التي تناولت مفهوم العجز :

التعريف الأول : حالة من الضرر أو التعطيل البدني أو العقلي ذات صورة موضوعية يمكن عادة وصفها و تشخيصها بمعرفة طبيب، و هي بالضرورة شيء طبي.

و العجز هو كل شخص ليس أمامه فرص للحصول على عمل مناسب و الاحتفاظ به سوى فرص محدودة نتيجة لنقص في قدراته الجسمانية أو العقلية.

التعريف الثاني :

يقصد بالعجز أنه يتضمن أن الشخص الذي كان قادرًا على القيام ببعض الأعمال بنفسه أصبح عاجزاً عن القيام بها دون مساعدة الغير، كلما كانت نسبة العجز أكبر كلما كانت الحاجة إلى المساعدة أكثر.

و من التعريفات السابقة يتضح ما يلى :

أن العجز هو قصور في أداء أي نشاط أ، وظيفة بصفة دائمة أو مؤقتة نتيجة الإصابة بعوامل وراثية أو الإصابة بعد الميلاد مما يسبب قيداً أو نقصاً بالطريقة أو في المدى، الذي يعتبر عادياً بالنسبة للبشر أو بشكل طبيعي كما هو منظر من الإنسان السوي.

ينتج عن حالة العجز لدى أي شخص مشكلات اقتصادية و نفسية و اجتماعية حيث تؤثر نسبة العجز و طبيعته على الأداء الشخصي لعمله أو علاقته بالآخرين أي توافقه مع نفسه و تكيفه مع البيئة التي يعيش فيها.

يتضمن العجز ثلاثة عناصر هي :

- انحراف في الوضع الجسمي أو في الأداء الوظيفي.

- يترتب على الانحراف نوع من عدم الملاءمة الوظيفية.

- يكون ذلك في إطار بعض المتطلبات البيئية.

سادساً : مفهوم الإعاقة البصرية

تعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية مما يؤثر سلباً على أدائه ونموه .

كما أن الإبصار عملية تتضمن رؤية الأشياء بالعينين والقدرة على إدراكها وتفسيرها .

والجزء الأول من العملية وهو القدرة على الإبصار بالعينين يسمى حدة الإبصار ، والذي يمكن قياسه بدقة عن طريق قياس البصر باختيار العين ، حيث تكون حدة الإبصار نتيجة للرؤية العادية .

والجزء الثاني من تعريف عملية الإبصار هو القدرة على تفسير المرئيات ، وهي قدرة متعلمة عن طريق الخبرات البصرية المكتسبة في بدء الحياة ، وهذا الشق لا يمكن قياسه بمقاييس علمية دقيقة .

ومن أكثر التعريفات شيوعاً ما ينص على أن "الشخص يعد أعمى" إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن (٢٠/٢٠) قدماً أي (٦٠/٦٠) متراً في أقوى العينين وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارة الطبية أو العدسات اللاصقة.

وأيضاً يمكن تعريف الأعمى قانونياً :- بأنه من تكون حدة إبصاره المركزية ٢٠٠/٢٠ أو أقل في أفضل العينين بعد التصحيح أو وجود قيود في مجال الرؤية في العين الأفضل بزاوية ٢٠ درجة أو أقل وتعرف في قانون الضمان الاجتماعي عام ١٩٣٥ الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري شديد بأنها : تلك التي لا يمكن الانخراط في العمل الإنتاجي أو التكيف ذاتياً معه حسب مستواه.

المكفوفون من المنظور الطبي : هم هؤلاء الأشخاص الذين لا يستطيعون الرؤية أو هم الأشخاص الذين كفت لديهم القدرة على الإبصار عبر أعينهم . ويحدث هذا إذا أصيبت أعينهم بخلل ما أو قد يكون هذا الخلل طارئ يتعلق بإصابتهم بحادث . أو قد يكون خلل ولادياً ، يجد الشخص نفسه واقعاً تحت وطأته منذ لحظة مولده

وتعرف الإعاقة البصرية " بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفاعلية واقتدار ، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه ، وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البشرية .

العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والإصابة بكف البصر :

تختلف أسباب كف البصر من بلد إلى آخر حسب ظروفها وامكانيتها ومدى ما تمنحه من رغبات لأفرادها .

- **العوامل الوراثية** هناك أمراض تنشأ بسبب العوامل الوراثية في مرحلة ما قبل الميلادي إلى مشكلات الوراثة الولادية قبل ضمور الشبكية ، وأخطاء الإبصار مثل قصور النظر وطول النظر وعمى الألوان ، كما أن هناك عوامل جنسية ينتقل من أحد الأبوين أو الاثنين معاً تؤدي إلى حدوث كف البصر
 - **العوامل المرضية** :أن هناك أمراضاً متعددة المصدر منها :
 - **المياه البيضاء** : حيث تصبح فيها العدسة غير شفافة ومعتمة مما يمنع دخول الضوء إلى العين وتكون بسبب تقدم العمر أو أشعة الشمس الحارة .
 - **رآرأة العين** : هي حركة اهتزازية لإرادية في إحدى العينين أو كليتهما ويجب معالجة الطفل قبل بلوغه عمر التاسعة .
 - **أمراض الشبكية** : هي الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب الشبكية ومنها قصور الأنسجة وهي عدم نمو الأجزاء المركزية المحيطة بالشبكية .
 - **المياه الزرقاء** : وهو ارتفاع ضغط العين الداخلي مما يسبب كبر حجم العين وتسمى هذه الحالة باستسقاء مقلة العين .
 - **العوامل الخلقية** :إصابة الأم بالأمراض : فيمكن أن تصاب الأم في الأشهر الثلاث الأولى بالحصبة الألمانية التي تؤثر على المراكز المخية الخاصة بحاسة البصر عند الطفل.
- #- تصنيفات الإعاقة البصرية :-**

- تشير تقسيمات المكفوفين وفقاً للأغراض التعليمية والاجتماعية إلى أربعة فئات هي :
- المكفوفين كليّة وهؤلاء الذين ولدوا عمياناً أو أصيّبوا بالعمى قبل سن الخامسة .
 - المكفوفين كليّة الذين أصيّبوا بالعمى بعد سن الخامسة .
 - المكفوفين جزئياً الذين ولدوا بإصابتهم أو أصيّبوا بها قبل سن الخامسة .
 - المكفوفين جزئياً الذين أصيّبوا بعجزهم بعد سن الخامسة .
 - والسبب في اختيار سن الخامسة أنه يقوم على افتراض أن من يفقد إبصاره -جزئياً أو كلياً- قبل سن الخامسة لا يمكنه الاحتفاظ في ذراه بالصور البصرية السابقة على فقدان الإبصار.

كما تعددت تصنيفات الإعاقة البصرية بتنوع الاتجاهات التي تتناولها ويمكن سردتها على التالي :

- **كف البصر** : ويحتوى على من هم فاقدون الإدراك الحسي البصري ولديهم قصور قوى وذوق قدرتهم على الإبصار تعادل $\frac{1}{3} / 100$ ما تستطيع العين الطبيعية إبصاره 200 مرة .

-٢- **كف البصر الجزئي** : ويحتوى على من هم قادرين على الإبصار ولو بدرجة ضعيفة جداً وتعادل نسبتها من $100/5$ $100/10$ مما تستطيع العين الطبيعية إبصاره 200 مرة.
سابعاً: مفهوم الإعاقة السمعية:

يشمل مصطلح المعاقين سمعياً فئات الصم و ضعاف السمع و تعتبر أولى المشكلات التي تواجه من يتعرض للعمل مع المعوقين سمعياً صعوبة التعريف لمصطلحي (الإعاقة السمعية و ضعيف السمع فأحياناً ما ينظر إلى المصطلحين كمفهوم واحد و أحياناً أخرى كمفهومين مختلفين لكل منها دلالته، كما ينظر إليهما كبعض تصنيفات الإعاقة السمعية و تختلف النظرة إلى المصطلحين باختلاف الثقافات و التخصصات التي تتعرض لها).

يعرف الصم و البكم من الناحية الطبية بأنهم "هؤلاء الذين حرموا حاسة السمع منذ ولادتهم أو الذين فقدوا السمعية قبل تعلم الكلام أو هم الذين فقدوها بمجرد أن تعلموا الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

هذا و ينقسم الصم إلى نوعان أساسيان و هما :

(١) **الصم الخلقي "الولادي"** و يمثل الأفراد الذين ولدوا صم، و هؤلاء يمثلون حوالي 60% من حالات الصم تقريباً.

و من أسبابه :

١- مجموعة من العوامل الوراثية

٢- نقص الأكسجين في دم الطفل.

٣- التهاب أغشية المخ أثناء حمل الجنين.

٤- إصابة الأم بمرض الزهري.

٥- الجروح و الإصابات أثناء عملية الولادة.

٦- تعاطي الأم أدوية تؤثر على الجنين أثناء الحمل.

(٢) **الصم العارض "المكتسب"** و يصيب الأفراد الذين ولدوا بحاسة السمع عادية و لكنهم أصيروا بالصم في إحدى مراحل حياتهم نتيجة لمرض أو حادث. و من أسبابه:

١- الإصابة بالأمراض المعدية في دور الطفولة مثل الحمى القرمزية الحصبة، الالتهاب السحائي.

٢- المضاعفات بعد العمليات الجراحية في الأذن.

٣- الحوادث.

أما عن ضعاف السمع فهم أولئك الذين يقعون بين أسواء السمع والصم من حيث القدرة السمعية- بسبب ما لديهم من بقایا السمع وقد يطلق عليهم مصطلح "ذو الخل السمعي" إلا أن

الأطفال من ذوى الخلل السمعي يتفاوت تصنيفهم تبعاً لمدى فقدان السمعي من بسيط إلى متوسط إلى شديد إلى حاد أو عمى.

فجدهم مثل المعاين سمعياً ينقسمون إلى:

١ - الضعف السمعي البسيط وهو فقدان السمع الجزئي الذي يصل إلى حد سماع الأصوات ما بين (٤٠ : ٢٠ ديسيل).

٢ - الضعف السمعي المتوسط وهو فقدان السمع الذي يصل معه سماع الأصوات ما بين (٤٠ : ٦٠ ديسيل).

٣ - الضعف السمعي الشديد وهو فقدان السمع الذي يصل معه درجة سماع الأصوات ما بين (٨٠ : ٦٠ ديسيل).

ثامناً: مفهوم الإعاقة الذهنية :

تعدد التعريفات التي تناولت مفهوم المعاين ذهنياً و الإعاقة الذهنية منها، يرتبط مفهوم الضعف العقلي أو التخلف العقلي بمفهوم الذكاء ويدل على نمو غير كاف للقدرات العقلية لا يساعد على التعليم المعتاد، كما يدل من ناحية أخرى على دونية القدرات الازمة للتوفيق و البقاء في وسط بيئي و ثقافي معين.

و لا يشير الضعف العقلي إلى مرض عقلي فالضعف العقلي ليس مرضًا، و هو حالة تلازم الفرد منذ طفولته و يكون فيها نموه العقلي أبطأ من نموه الجسماني، أي أن سنة العقلي يكون أقل من سنة الزمني، و قد يلازم الضعف العقلي مرضًا عقليًا إذا ما صادف الفرد ظروفاً تحول دون تكيفه النفسي و الاجتماعي و تؤدي إلى مرضى العقلي يكون أقل من سنة الزمني، و قد يلازم الضعف العقلي مرضًا عقليًا إذا ما صادف الفرد ظروفاً تحول دون تكيفه النفسي و الاجتماعي و تؤدي إلى مرضه العقلي، و لكن ليس معنى ذلك أن كل ضعيف عقليًا لابد أن يصاب بمرض عقلي، فاغلب ضعاف العقول لا يعانون من الامراض العقلية او العصبية.

و يعرف بأنه نقص محدد في الذكاء العام حدد بأنه كل شخص يقف النمو العقلي عنده مهما بلغ من العمر عند ذكاء طفل في الثانية عشرة من عمره أو أقل ، هذا النقص يرجع أساساً إلى تأخر أو توقف في النمو العقلي لأسباب مختلفة ليس منها المرض العقلي، و لكن يسبب نقص في نمو المخ ذاته او عجز في مزاولة المخ لوظيفته العقلية بصورة عادية.

و يعرف أيضاً بأنه حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي يولد بها الطفل، او يحيث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية او جينية او بيئية فيزيقية ، و يصعب على الطفل الشفاء منها، و تتضح آثار عدم اكتمال النمو المواتمة البيئية بحيث ينحرف مستوى هذا الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين.

تاسعاً: مفهوم الإعاقة البدنية :

تعرف بأنها قصور يعوق الفرد عن الحركة بسبب خلل أو عاهة أو مرض أصاب العضلات أو المفاصل بطريقة تحد من وظيفتها العادية أو فقد أحد الأطراف مما يؤثر على تعليم المعاق و على إعاليه لنفسه و على تكيفه الشخصي و الاجتماعي.

و هناك مجموعة من الاسباب تؤدي لمثل هذه النوعية من الاعاقة منها الاسباب

التالية :

١- مجموعة الاسباب الراجعة إلى الحوادث : سواء كانت هذه الحوادث حوادث الطريق او استخدام نوع معين من المواصلات و الحوادث في اماكن العمل او الحوادث التي تحدث في المنازل.

٢- مجموعة الاسباب الراجعة الى الحروب : تمثل الحروب السبب الأكثر تأثيراً في حدوث الاعاقة البدنية خاصة فقد الاطراف

٣- الاصابة ببعض الامراض التي لا علاج لها : قد يصيب الشخص بعض الامراض مثل السكر و من المعروف او مضاعفاته قد تؤدي الى التسمم في جزء معين من الجسم و يكون البتر لوقاية باقي الاجزاء.

٤- مجموعة الاسباب المحدثة للشلل : و قد تكون هذه الاسباب متمثلة في نقص الفيتامينات، لذلك تقتصر الإصابة هنا على الأطفال او قد تكون ضغوطا عصبية على بعض الفقرات العنقية و التي تؤدي الى عدم تدفق الدماء في الشريان فتحت الجلطة التي تؤثر على حركة الإنسان.

* **مجموعة من الامراض تساعد على حدوث الاعاقة البدنية :**

(١) امراض الجهاز العصبي : و تشمل الشلل المخي، شلل الأطفال و الشلل النصفي الحاد و الضمور العضلي الشوكي الوراثي.

(٢) امراض العضلات : الاعتلال العضلي المتزايد - الاعتلال العضلي الوراثي - مرض الوهن العضلي .

(٣) امراض المفاصل : خلع مفصل الورك الخلفي - مرض التهابات المفاصل.

(٤) امراض العظام : الكساح ، امراض العظام الخلفية ، نقص الاطراف الخلفية ، ضخامة نصفية للبدن ، زيادة عدد الاصابع و التحام الاصابع و تقوس العمود الفقري الخلفي ، مرض تعجز العظام و اعوجاج القدم

(٥) امراض الجلد الوراثية : مرض مطاطية الجلد، مرض فقاعات البشرة و يواجه المعاقين بدنيا (بسبب عدم القدرة الجسمانية) الكثير من المشكلات التي تحد من إشباعهم لاحتياجاتهم المختلفة.

* **المشكلات التي يتعرض لها المعاقين بدنيا:**

(١) عدم القدرة على التكيف مع الإعاقة البدنية.

(٢) نقص البرامج التدريبية التأهيلية لهؤلاء المعاقين من خلال برنامج تأهيلي يراعي في بعض الجوانب الاجتماعية و النفسية و توفير خدمات لهؤلاء المعاقين.

(٣) للتعامل مع الشخص المعاق بدنياً على انه شخص طبيعي بالرغم من ان المعاق بدنياً شخص "متمايز" عن غيره من الاشخاص.

(٤) الضغوط النفسية التي يعني منها المعاق بدنياً كسبب فقد إحدى الأطراف أو توقعه الما يحده من عدم استخدام العضو المفقود أو بسبب نظرة الآخرين له.
عاشرًا: مفهوم خدمات رعاية المعاقين :

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم خدمات رعاية المعاقين :

التعريف الاول : هي مجموعة من الانشطة التي يقدمها المتخصصون الاجتماعيون و غيرهم من المهتمين لمساعدة المعاقين ليكونوا أكثر كفاءة و قدرة في الاعتماد على انفسهم و تقوية العلاقة بينهم.

التعريف الثاني : تتضمن مجموعة الخدمات الاجتماعية و التأهيلية التي تقدم للمعاقين لمساعدتهم على تغيير أفكارهم و اتجاهاتهم عن الذات و تقبلها و العمل على حل المشكلات التي تواجههم من خلال توفير الخبرات الجماعية التي يكتسبونها أثناء تفاعلهم و ارتباطهم بأعضاء الجماعة الآخرين و إقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم، خاصة و ان الحياة الجماعية للمعاقين قد تتميز بأنهم يكونوا أكثر تعاطفاً و تفهمًا بعضهم البعض للتشابه الكبير في ظروفهم بالنسبة للعجز

و يتضح من التعريف السابقة ما يلي :

أ- أن خدمات رعاية المعاقين عبارة عن مجموعة الخدمات الاجتماعية و التأهيلية بما يتضمنه من أنشطة و برامج صحية و اجتماعية و نفسية.

ب- تقدم هذه البرامج للمعاقين طبقاً لنوع و درجة إعاقتهم و تبعاً لطبيعة اهداف المؤسسة التي تقدم خدماته لهم.

ج- تقدم تلك الخدمات عن طريق الاخصائيين الاجتماعيين و غيرهم من المهنيين المتخصصون كل في مجال تخصصه

د- تستهدف تلك الخدمات مساعدة المعاقين على تغيير افكارهم و اتجاهاتهم عن الذات و حل مشكلاتهم ليكونوا أكثر كفاءة و قدرة على الاعتماد على انفسهم و تكيفاً مع بيئتهم.

حادي عشر : مفهوم تأهيل المعاقين

يعيش الفرد في بيئه مادية و اجتماعية يؤثر فيها و يتاثر بها ، و هو يكون مع هذه البيئة وحدة متكاملة، و من انماط سلوكه و شخصيته عامة لإنتاج ذلك التعامل динاميكي بين

عدة قوى و عوامل، بعضها يرجع إلى تكوين الفرد البيولوجي و بعضها يرجع إلى مقومات مجاله الحيوي ، و تعتبر شخصية للفرد المحصلة النهائية لهذا التفاعل.

احيانا يختل هذا التكيف مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الانسان ان يواجهه بمفرده و عندئذ يحتاج الى خدمات من غيره تساعد على إعادة التكيف او إعادة التوافق ، سوء كانت هذه الخدمات في صورة او كانت في صورة تطوير البيئة لكي تتلاءم مع صفات شخصيته بمعنى أنه يحتاج إلى إعادة للتعليم او إعادة الاعداد للحياة.

التعريف الأول : و هو عملية مواجهة بالأهداف و محددة بالزمن تهدف لتمكين الشخص المعاك من الوصول الى المستوى الوظيفي العقلي او الاجتماعي الامثل و تزويده بالأدوات اللازمة لتساعده في حياته و يمكن ان يشتمل على المعايير المخصصة للتعويض عن العجز أو الوظيفة او التحديد الوظيفي و المعايير الأخرى المخصصة لتسهيل التوافق الاجتماعي او إعادة التوافق.

التعريف الثاني : هو عملية منسقة لاستخدام الاجراءات الطبية و الاجتماعية و التعليمية و الاهلية مجتمعه في مساعدة الفرد المعاك على تحقيق اقصى مستوى ممكن من الفاعلية لنفسه و الاندماج في المجتمع.

و من أهم الإجراءات التي تتبع في عملية تأهيل المعاقين :

١- دراسة حالة الشخص الاجتماعية : دراسة عامة تتضمن ظروفه الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و المهنية (بحث الحالة الفردية).

٢- التشخيص الطبي و النفسي : و يشمل الفحص تقرير درجة العجز و طبيعته و قياس القدرات البدنية و تحديد مواصفات و ظروف العمل المناسبة، كما يشمل الدراسات و الاختبارات النفسية وقياس القدرات العقلية و اكتشاف المهارات و المواهب الخاصة في الشخص.

٣- الاعداد البدني : استعادة قدراته الجسمية بتزويده بالأجهزة التعويضية و الاطراف الصناعية و تربيته على استعمالها و تنمية قدراته بالرياضة و العلاج.

٤- التوجيه المهني : و هو يشمل معاونة الشخص على فهم حقيقة مشكلته و مساعدته على التكيف في وضعه الجديد و اختيار المهنة الملائمة له.

٥- التدريب على العمل المناسب : و يشمل التدريب البدني المهارات التي تتفق و مطالب العمل الموجه اليه و تنمية المهارات الازمة لها، كما يشمل التدريب المهني اللازم لمزاولة هذا العمل.

٦- الخدمة الاجتماعية: كإعانة الأسرة و مصاريف الانتقال و ثمن الدورات و الخدمات الازمة للتدريب أو البدء في عمل جديد.

٧- التتبع : التأكد من استقراره في حياته الجديدة و حل مشكلته الاجتماعية تمكينا له من الاستقرار في عمله و الافادة من الجهود و التي بذلت معه و المعونات التي تقدم له.

ثاني عشر: مفهوم التكيف :

يعتبر مفهوم التكيف من المفاهيم الهامة التي شاع استخدامها، إلا أنه لم يستقر بعد على تعريف محدد له، فقد استخدم بمعانٍ متعددة كالتوافق في المجال البيولوجي، أو التوافق في مجال الصحة النفسية والعقليّة.

يعرف التكيف الاجتماعي أيضاً بأنه "عملية ديناميكية مستمرة يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة، وبناء على ذلك الفهم نستطيع أن نعرف الظاهرة بانها القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين الشخص وبيئته".

يشار إلى التكيف فيعرف بأنه "تغير سلوك الفرد كي ينسجم مع غيره من الأفراد خاصة باتباع التقاليد والخصوص لالتزامات، أما يواجه الفرد مشكلة خلقية، أو يعاني صراعاً نفسياً تقتضي معالجتها يغير الفرد من عاداته واتجاهاته ليوائم الجماعة التي يعيش في كنفها ، هذه الحالة يستخدم تعبير التوافق الاجتماعي".

و يعرف التكيف كذلك بأنه "محاولة الفرد احداث نوع من التوازن والتوازن بينه وبين بيئته المادية أو الاجتماعية و يكون ذلك عن طريق الامتثال للبيئة او التحكم فيها او ايجاد وسط بينه وبينها".

و هناك تعريفاً للتكيف يوضح أنه "العملية التي يزداد الإنسان تلاؤم مع البيئة"
ثالث عشر : مفهوم الخدمة الاجتماعية للفئات الخاصة

هي الجهود الحكومية والأهلية التي تقدم لأفراد الفئات الخاصة بهدف مساعدتهم على التكيف والتوافق في المجتمع و ذلك عن طريق تحديد أسباب سوء توافقهم و تكيفهم و العمل على علاجها، كما تهدف إلى تقديم الخدمات الوقائية والإرشادية لأفراد هذه الفئة و للمجتمع بغض الطرف عن المشكلات التي يعاني منها أفراد الفئات الخاصة.

وهي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية التي تعمل مع الفئات الخاصة سواء كانوا أفراد أو جماعات و ذلك باستغلال امكانياتهم و امكانيات مجتمعهم للتغلب على الصعوبات التي تعوقهم عن قيامهم بوظيفتهم و رفع ادائهم الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن.

مراجع الفصل الأول

أولاً : المراجع العربية :

- ١- عبد الناصر عوض أحمد جبل (٢٠٠٣) : ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ط ٣ .
- ٢- سعد محمود سلام (١٩٨٨) : الحد من الإعاقة المهنية ، بحث مقدم إلى المؤتمر الرابع ، القاهرة ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين .
- ٣- تدريب المعوقين في المجتمع (١٩٨٤) : دليل البلدان النامية في التأهيل ، الإسكندرية ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط.
- ٤- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٧) : معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- ٥- يحيى حسن درويش (١٩٩٨) : معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، الشركة المصرية العالمية للنشر .
- ٦- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧) : اضطرابات النطق والكلام "خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها ، القاهرة ، مكتبة الفتح .
- ٧- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (الأسلوب التربوية والبرامج التعليمية) ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- ٨- عبد العزيز الغريب صقر (٢٠٠٤) : تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في إطار لتصور العام لحقوق الأطفال ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، " تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي الواقع و المستقبلي " ، في الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، المجلد الأول .
- ٩- أبو النجا أحمد عز الدين ، عمرو حسن أحمد بدران (٢٠٠٤) : برامج التربية الرياضية للطفل المعاق حركياً (تحديات الواقع - استشراف المستقبل) المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، " تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي الواقع و المستقبلي " ، في الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، المجلد الأول .
- ١٠- إبراهيم عباس الزهيري (٢٠٠٣) : تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم في إطار فلسي وخبرات عالمية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- ١١- إسماعيل شرف (١٩٨٣) : تأهيل المعوقين ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث
- ١٢- آمال عبد السميح باشه (٢٠٠٥) : مدخل إلى التربية الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

- ١٣- جابر محمود طلبة (٢٠٠٤) : تربية الأطفال المعوقين في ثقافة المجتمع العربي بين قيود الأسر ومطالب التحرر ، رؤية إنسانية ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " الواقع و المستقبل " ، في الفترة من (٢٥-٢٤) مارس ، المجلد الأول .
- ١٤- حمدي شاكر محمود (١٩٩٨) : مقدمة في التربية الخاصة (أدوات التشخيص ، معايير النمو ، برامج التعلم ، فنيات الإرشاد) ، الرياض ، دار الخريجي للنشر والتوزيع .
- ١٥- سهير كامل أحمد (١٩٩٨) : سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب.
- ١٦- عبدالقادر محمد عبدالقادر (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوي الإعاقة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٧- عادل منصور محمود صالح(٢٠٠٤) : تربية ذوي الاحتياجات الخاصة في دور الحضانة ورياض الأطفال "رؤية مستجدة" ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " الواقع و المستقبل " ، في الفترة من (٢٥-٢٤) مارس ، المجلد الأول
- ١٨- فاروق محمد صادق(٢٠٠٤) : حقوق الإنسان من ذوي الاحتياجات الخاصة وأهم المأزق القيمية في بناء وتنفيذ الخدمات والبرامج ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " الواقع و المستقبل " ، في الفترة من (٢٥-٢٤) مارس ، المجلد الأول .
- ١٩- فوزية أخضر (١٩٩٧) : دمج المعاقين مع الأطفال الأسيوبياء ، كتب المجلة العربية ، العدد السابع .
- ٢٠- غسان أبو فخر (١٩٩٨) : لـإعاقة حواجزها ، مجلة العربي ، العدد (٤٧٧) ، الكويت ، وزارة الإعلام .
- ٢١- فهد محمد المسبحي (٢٠٠٢) : الإعاقة والمعاقين العناية بذوي الاحتياجات الخاصة وتحويل طاقاتهم المعطلة إلى قوي منتجة ، الرياض ، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر .
- ٢٢- يوسف القريري وآخرون(١٩٩٥) : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات العربية المتحدة (دبي) ، دار القلم .
- ٢٣- وليد السيد أحمد خليفة (٢٠٠٦) : الكمبيوتر والخلف العقلي (في ضوء نظرية تجهيز المعلومات) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢٤- زهير أحمد السباعي (١٩٨٧) : المعوقون" ندرة المعوقين" ، الرياض ، الجمعية الفنصلية الخيرية .

-٢٥ شريف محمد شريف (٢٠٠٤) : الحقوق التربوية للطفل المعاق "رؤية إسلامية" ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " الواقع و المستقبل " ، في الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، المجلد الأول .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- 26-Daived, M.& Peter,D.(1996):" The Child With adisability" , Second edition , Black Well Science .
- 27-Daniel,A.&Elena,B.(1993):" Human Communication and its disorders" , Second edition, Prentice Hall Englewood , New Jersey .
- 28-Jannet,A.(1993):" Assessment in Speech and Language the rapy in assessment of Childdren With Special Needs" , New Fetter Lane , London, EC4 ,P4,eg.

الفصل الثاني

فئة المتفوقين والموهوبين

عناصر الفصل الثاني

- مفهوم التفوق.

- العوامل الاجتماعية المؤثرة على التفوق.
- خصائص وصفات الموهوبين والمتوفقيين.
- المحكّات والمعايير المستخدمة في مجالات الموهبة.
- المشكلات التي تواجه الطالب المتوفقين.
- أهداف الرعاية التربوية للتلاميذ المتوفقين دراسياً.
- اتجاهات حديثة في رعاية المتوفقين.
- دور الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المتوفقين والموهوبين.

مقدمة :-

يقال تقدم وتطور الدول اليوم بنوعية طاقاتها البشرية الأمر الذي جعل المجتمعات تهتم بأبنائها من ذوي القدرات المميزة لتحقيق أهدافها الاقتصادية والاجتماعية وإيجاد الحلول لمختلف المشكلات فالاهتمام بالعقل المبتكرة والمتفوقة ورعايتها هو الطريق الصحيح لخروج المجتمعات من أزمتها الراهنة.

ولقد أكد الكثير من الباحثين في العلوم الاجتماعية والنفسية أهمية التفوق ليس بالنسبة لتقدم الإنسان فحسب بل لمجرد استمراره على سطح الأرض، فالموهبة العقلية والمتفوقيين على اختلاف أنواعهم هم من أهم مصادر الثروة ودعائم القوة في أي مجتمع حيث أن الاهتمام بالمتفوقيين يعتبر حتمية حضارية يفرضها التحدي العلمي المعاصر.

ويعتبر الاهتمام بالمتفوقيين قديم قدم المعرفة الإنسانية فقد تحدث أفلاطون عن طبقة الفلاسفة ومميزها عن غيرها بالعقل والحكمة وجعلها لذلك أهل لتولي زمام القيادة في المجتمع.

أما في العصر الحالي فقد بدأ الاهتمام بالتفوق والإبداع بشكل واضح مع نهاية الأربعينيات وبداية الخمسينيات من هذا القرن كموضوع رئيسي في علم النفس الحديث وارتبط ذلك الاهتمام بظروف الحرب العالمية الثانية كما ارتبط بعد ذلك إلى وقتنا الراهن بظروف التسابق التكنولوجي بين الدول الصناعية المتقدمة.

وإذا كانت الدول المتقدمة صناعياً تولي اهتماماً كبيراً بالمتفوقيين والمبدعين وإذا كان الابتكار والتفوق هو طريق التقدم فإن غياب الإبداع والتفوق في الثقافة العربية يمثل أحد المعوقات التي تواجه المستقبل العربي ومن هنا كانت أهمية العناية بالمتفوقيين والمبدعين وتنمية التفوق خاصة في مراحل التعليم المختلفة ومن ثم كان الاهتمام بالطلاب المتفوقيين ورعايتهم يمثل حاله حضارية مطلوبة لتقدير مجتمعنا.

والخدمة الاجتماعية كمهنة تعمل على تحقيق التغيير الاجتماعي المرغوب وتستهدف تحقيق الرفاهية في المجتمع عن طريق المساهمة في حل مشكلاته وإشباع احتياجاته توجه اهتماماً نحو الفئات المختلفة في المجتمع ومن بينهم فئة الطلاب المتفوقيين لرعاية هذا التفوق والعمل على تنميته واستثماره واستثماره لخير المجتمع لتحقيق رفاهيته.

مفهوم التفوق:

يلاحظ كثرة الترافق والتدخل وأحياناً التعارض بين بعض المصطلحات المستخدمة في هذا المجال كالعصرية والتفوق والابتكار والموهبة بحيث أن الكثير من الدراسات المتخصصة والبحوث في هذا المجال اعتمدت على محكّات أو معايير متعددة لتحديد المقصود بالتفوق ومن أهم هذه المعايير أو المحكّات:

- (أ) مستوى الذكاء.
- (ب) القدرات الخاصة.
- (ج) التحصيل الدراسي.
- (د) التفوق بمعناه العام في أي مجال من مجالات الحياة التي يقدرها المجتمع.

فمن أول الدراسات التي تعتمد على الذكاء العام في التعرف على المتفوقيين دراسة دنلاب Duniab وهلونحول Hollinigworin وترمان Termanoden وادن وغيرهم ومع أن هؤلاء الباحثين قد اعتمدوا على الذكاء العام كمحك للتعرف على المتفوقيين إلا أنهم اختلفوا في تحديد نسبة الذكاء التي تدل على التفوق ومع ذلك فقد أختلف بعض العلماء في تحديد نسبة الذكاء التي استخدموها للتعرف على المتفوقيين كما اختلفوا في اللفظ والمعاني والمصطلحات المستخدمة في التفوق كالموهوب والعصري والنابغة وقد أطلق البعض هذه الصفات على من تبلغ نسبة ذكاؤه ١٤٠ فأكثر بينما فضل البعض الآخر استخدام مصطلح التفوق لمن تقع نسبة ذكاؤهم بين ١٢٠،

.١٤٠

واعتبر بعض الباحثين أن التفوق قدرة عقلية خاصة وإن المتفوقيين في نظر هؤلاء الباحثين قد يكونوا من المتميزين في التحصيل الدراسي والتحصيل الدراسي أكبر ثقة من اختبارات الذكاء العام كما أن التحصيل الدراسي يعتبر وسيلة صالحة للكشف عن قدرات الابتكارية نظراً لارتباط التحصيل الدراسي ارتباطاً وثيقاً بالذكاء.

وقد اعتمد فريق من الباحثين على التفوق العام في أي مجال من المجالات التي يقدرها المجتمع كمحك يميز بين الموهوبين أو المتفوقيين ويسمى هذا الفريق بين المتفوقيين في الذكاء وفي الابتكار وبناء على أراء هؤلاء قد يكون التفوق العقلي ذكاء عاماً أو قدرة خاصة أو تحصيلاً دراسياً وقد يكون ابتكار علمياً أو فنياً وقد يكون التفوق غير العقلي جسرياً أو حركياً أو نحو ذلك.

كما نجد أن هناك فريق من الباحثين يدمج بين أكثر محك لتحديد المتفوقين حيث فريق بعض الباحثين بين ثلاثة مستويات للمتفوقين على أساس الذكاء وعلى أساس القدرات الخاصة مجتمعه والمستويات الثلاث هي: العادي والمتوسط والمرتفع فال المستوى المرتفع هو الذي يحصل على درجة أعلى من ١٪ على اختبار القدرات الخاصة وتزيد نسبة ذكاؤه في اختبارات الذكاء ١٣٧ ، ويؤكد هذا الفريق على أنه يجب الاعتماد على أكثر من محك للتعرف على المتفوقين أو المهوبيين أو المبتكررين وعدم الاكتفاء بمحك واحد ولا يتعارض الرأي القائل بأن التفوق هو المحك المناسب في هذا المجال.

ولما كان التفوق بمعناه العام سواء كان تفوقاً عقلياً أو تفوقاً غير عقلياً قد لقي الكثير من القبول من الكثير من الباحثين، ولما كنا نهتم بالطلاب المتفوقين كفئة خاصة نجد أن نقترح التعريف التالي للطلاب المتفوقين: "مجموعة من الطلاب ذات قدرات عقلية عامة تميزوا عن غيرهم من الطلاب في التحصيل الدراسي ولديهم استعدادات زائدة عن المتعارف عليه، سواء في التحصيل الدراسي أو في أي نوع من المهارات التي يقدرها المجتمع المدرسي.

ويمكن تحديد الطالب المتفوق إجرائياً على أنه:

- ١- الطالب المتفوق في التحصيل الدراسي هو الذي حصل على ٨٥٪ فأكثر في اختبار آخر العام في السنة السابقة وتم تقييمه من قبل المدرسة على أنه طالب متفوق.
- ٢- الطالب الذي تفوق في الأنشطة المدرسية المختلفة رياضية فنية ثقافية اجتماعية ... إلخ، وحصل على مركز على مستوى الإدارة التعليمية فأعلى.

العوامل الاجتماعية المؤثرة على التفوق:

تلعب الظروف الاجتماعية دوراً هاماً في ظهور التفوق أو حجبه حيث يؤكد الكثير من الباحثين على أهمية العوامل الاجتماعية في تنمية التفوق والابتكار فإذا أمكن تحديد العوامل التي تشجع على الابتكار فقد يصبح من الممكن أن نقترح التغيرات التي تعمل على تنمية حيث أن التفوق والابتكار لا يظهر فجأة حيث ينمو التفوق والابتكار عند الشخص تدريجياً وذلك عن طريق مواجهة للمواقف والمشكلات المختلفة والتعرف عليها وعلى قدراته وحل ومواجهة هذه المشكلات والمواقف بنجاح يساعد في تنمية الشخص المبتكر والمتفوق.

ومن العوامل الاجتماعية التي تؤثر على التفوق:-

١- المستوى التعليمي للوالدين:

يلعب المستوى التعليمي لكل من الأب والأم دوراً هاماً في ظهور تفوق الطلاب أو حبه بمعنى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأب وللأم كلما كان ذلك أفضل بالنسبة لظهور تفوق أولادهما حيث أن الآباء المتعلمين يمكنهم الاستجابة لحاجات أولائهم وتقدير ظروفهم وتوفير الظروف التي تعمل على تنمية تفوقهم ذلك بجانب أسلوب تنشئة أولادهم اجتماعياً تساعد على ذلك، وقد أكدت الكثير من الدراسات هذا العامل.

٢- المشاركة في الأنشطة المختلفة:

تعتبر مشاركة الطلاب في الأنشطة المختلفة داخل المنزل وخارج المدرسة وسائل المؤسسات الاجتماعية الأخرى أحد العوامل الاجتماعية المؤثرة في التفوق بمشاركة الطالب في هذه الأنشطة تساعد على النضج الاجتماعي فقبله للمسؤولية الاجتماعية والعمل التعاوني مع الآخرين والتعود على التفكير المستقل والتفاعل الإيجابي مع البيئة المحيطة ومواجهة المشكلات لينمو من خلال المشاركة في الأنشطة المختلفة.

٣- الاستقرار الأسري:

يعتبر توفر الظروف الأسرية الملائمة شرط ضروري لظهور الموهبة والتفوق واستمراره، فالأسرة هي التي تطبع شخصية الفرد بطبع معين يؤثر عليه طوال حياته فالأسرة التي تشجع ابنها على القراءة والمناقشة والتي يجد فيها صدراً رحباً لمناقشاته ورعايتها كاملة من الأب والأم لتقدمه الدراسي ومتابعة هذا التقدم وتشجعه وتتوفر ما يحتاج إليه من أدوات دراسية ووسائل تفيد في تقدمه، كما إن توفير الجو الهادئ الذي لا تسوده المشاحنات الأسرية أو غياب أحد الأبوين وتفكك الأسرة كل هذه الأمور مناخ ملائم لتنمية التفوق.

خصائص وصفات الموهوبين والمتفوقين:

أن الدراسات قد تعددت وتتنوعت من حيث الجوانب التي اهتمت بخصائص وصفات الموهوبين والمتفوقين عقلياً وامتدت لتشمل الخصائص والصفات الجسمية والعقلية والسمات

الانفعالية والاجتماعية بجانب بحث الظروف التي ينمو في ظلها الموهوب والمتفوق عقلياً ويمكن عرض خصائص وسمات المتفوقيين عقلياً وذلك على النحو التالي:

١- الخصائص والصفات الجسمية:

أن الأطفال المتفوقيين عقلياً يتمتعون بمستوى مرتفع من اللياقة البدنية بوجه عام، كما أنهم يكونون أكثر طولاً وأكثر قوة عن غيرهم من الأطفال، ويتعلم الأطفال المتفوقيين المشي قبل الأطفال العاديين بحوالي شهر، كما أنهم يبدأون الكلام قبل الأطفال العاديين بقدر ثلاثة شهور ونصف.

وتتمثل مظاهر النمو الجسمي في:

- وزن أكبر عند الميلاد.
- إلنشي والكلام في وقت مبكر.
- البلوغ في وقت مبكر.
- ظهور مبكر للأسنان.
- تغذية أعلى من المتوسط.
- زيادة في الطول والوزن وارتفاع الكتفين.
- قدرة حركية عالية.

٢- الخصائص العقلية والتعليمية:

يتميز المتفوقيون عقلياً عن العاديين من حيث معدل النمو اللغوي ومستواه وأنهم أكثر قدرة من العاديين على القراءة السليمة ويستخدمون ألفاظاً تتنمي إلى مستوى يفوق ألفاظ العاديين، وهم أكثر من العاديين قدرة على المحادثة الذكية، كما يتميزون عن العاديين بالقدرة على التذكر، ودقة الملاحظة، والقدرة على التفكير المنظم، وهم يصلون إلى مستوى تحصيلي أعلى من مستوى تحصيل العاديين، وأن هؤلاء الأطفال يتميزون عن غيرهم بنضجهم المبكر في جميع الجوانب فهم يستخدمون اللغة تحدثاً وقراءة في سن مبكرة وعلى مستوى ممتاز، وهم يظهرون قدراتهم وتفوقهم في التحصيل المدرسي منذ أيامهم الأولى في المدرسة وهم كذلك يبدون على مستوى فائق من حيث النضج الانفعالي والاجتماعي، ويتبين في أعمالهم - في هذه السن المبكرة - بوادر القدرة على الابتكار أكثر لكثير بين العاديين من قرائهم في السن.

٣- الخصائص والصفات الانفعالية – الاجتماعية:

كان من الشائع أن هناك ما بشبه الارتباط بين التفوق العقلي والاضطرابات الانفعالية – الاجتماعية سواء اتخذ هذا التفوق صورة العبرية أي القدرة على الإنتاج الابتكاري. أو اتخاذ صورة الموهبة أو مستوى العقلي العام المرتفع.

غير أن الدراسات المتعددة التي أجريت في هذا المجال تشير إلى عدم وجود هذا الارتباط، بل أن النتائج التي حصل عليها الباحثون إلى ارتباط موجب بين التفوق العقلي في صورة المتعددة وتلك الانفعالية والصفات الاجتماعية المرغوب فيها.

كما تشير هذه الدراسات إلى الدراسات إلى قدرة أولئك الأفراد على الوصول إلى مستوى مرتفع من حيث التوافق الشخصي والاجتماعي. وأن لدى الأطفال المتفوقيين من الصفات والاجتماعي. وأن لدى الأطفال المتفوقيين من الصفات المرغوب فيها أكثر مما لدى العاديين ... فهم:

- أكثر حساسية اجتماعية من العاديين.
- أكثر قدرة على نحمل المسؤولية.
- أبناء يمكن الثقة فيهم والاعتماد عليهم.
- أكثر ثباتاً من الناحية الانفعالية.
- أقل عرضه للإصابة بالاضطرابات الانفعالية – الاجتماعية.

كما أن المتفوقيين عقلياً من الأطفال يتصرفون بمستويات عالية من الثقة بالنفس، والمثابرة وقوية العزيمة، والتفاؤل والمرح، والتعاطف مع الآخرين ورقة المشاعر، كما أنهم أكثر شعبية من العاديين، وغالباً ما يختارهم قرناؤهم في السن لمواقع القادة.

٤- الخصائص السلوكية للطلاب المتفوقيين والموهوبين:

(أ) خصائص عامة:

- حصيلة لغوية متقدمة، تضم كثيراً من الكلمات بالنسبة لعمره الزمني.
- ذاكرة متميزة، تضم كثيراً من المعلومات.
- محب للمعرفة، يسأل أسئلة لا نهاية لها "أسئلة تبدأ بـ" لماذا" ثم أسئلة تبدأ بـ "ماذا؟".
- تعدد الاهتمامات والهوايات، وتنوعها.
- جاد ينغمس تماماً في الأنشطة والأفكار.

- لديه دوافع قوية لأداء أشياء تهمه، وربما لا يرغب في العمل في الأنشطة غيرها.
- قد يقاوم سرعة الانتقال من موضوع إلى آخر.
- لديه دوافع قوية لأداء أشياء تهمه، وربما لا يرغب في العمل في الأنشطة غيرها.
- قد يقاوم سرعة الانتقال من موضوع إلى آخر.
- يبدي مستويات عالية من التفكير بالنسبة لأقرانه، وتفضيل التفكير المجرد.
- يفهم علاقات السبب والنتيجة المعقّدة.
- يفضل العمل المعقّد، والذي يمثل تحدياً على العمل العادي.
- يمكنه أن يتبع شيئاً أو أكثر في نفس الوقت (مثلاً: أحلام اليقظة حول المستقبل وسماع حديث فرد آخر).
- لماح ويدرك المطلوب بسرعة، لذلك فإنه يقاوم الانشغال بالأعمال البطيئة أو البسيطة.
- يقترح "طريق أفضل" لعمل الأشياء، ويعرضها على زملائه، ومدرسية وعلى الكبار الآخرين.
- حساس للجمال، ولمشاعر الآخرين وانفعالاتهم.
- إحساس متقدم بالعدالة والحيادية.
- واع بقضايا دولية قد لا يهتم بها كثير من أقرانه.
- يمكن أن يفضل العمل بمفرده، ويقاوم التعلم التعاوني.
- الميل إلى القيادة والسيطرة، في المواقف الجماعية.
- يحتاج إلى أن يشارك الكل باستمرار فيما يعرفه، ويضيق صدره إذا لم يستند للحديث أو الإجابة في أي موقف.

(ب) التفكير الابتكاري:

- يقدم أفكار جديدة أو أصيلة.
- يستطيع تقديم احتمالات لا نهاية لها لمختلف المواقف.
- يقول ما يفكر فيه دون اعتبار للنتائج أو العواقب.
- مفكر نابغ، ولكنه لا يعبأ كثيراً بالتفاصيل، أو المكان، والزمان الذي يتعين عليه العمل فيهما.
- يهتم بشغف بموضوع أو مجال يحتاج إلى جهد شاق.

- قد تكون لديه موهبة في مجال الفنون.
- لديه طلاقة في إنتاج الأفكار وتطويرها.
- ذو خيال واسع، كثيراً ما يستغرق في أحلام اليقظة (التفكير في حلول جديدة غير مألوفة للمشكلات).
- يفضل الأمور غير المألوفة سواء في المظهر أو الأفكار وغير ذلك.
- قد يحصل على درجات في الاختبارات المبنية تفوق كثيراً مستوى أدائه في الفصل.

• البصيرة:

أن قدرة الموهوبين على المحاكمة غير العادية تمكّنهم من أن يكونوا أكثر بصيرة وأمتلاك العناصر الأساسية للمواقف.

إن مهارات المحاكمة العقلية المتقدمة عند الطلبة أصبحت أوضح بشكل مباشر عند بدايات حلقات الإرشاد الفردي حيث ظهر ذلك من خلال مستوياتهم العالية في المفردات ومن خلال سلوكهم المعقد الذي يعبر عنه بأفكارهم.

• الحاجة إلى الفهم:

حب الاستطلاع العقلي في حد ذاته هو مظاهر الشخصية لأن الحاجة تدفع الفرد للبحث عن المعرفة محب للاستطلاع والتحري أن حب الاستطلاع الطبيعي يمكن أن يتكمّل في العملية الإرشادية عندما يعي الأطفال الموهوبين أنفسهم كعينات تجريبية في البحث، إنهم يتعلّموا أن يلاحظوا أنفسهم تحت ظروف مختلفة وأن يأخذوا الملاحظات ويحتفظوا بالمفكريات ويرسموا الخرائط إنهم يستطيعون أن يراقبوا تقدمهم من خلال سياسات مختلفة اختياروها بأنفسهم.

• الحاجة للإثارة العقلية:

يتوق الأطفال الموهوبين إلى المثيرات العقلية منذ الطفولة، إنهم يبحثون عن كل شيء جديد ويلاحظ عليهم الذاكرة المميزة وسرعة النمو والتعلم السريع ويتصفون بذاكره غير عادية بما في ذلك آباءهم.

• التجريد:

من سمات الموهبة سهولة التجريد وطلب الكمال وهي المظاهر الأكثر بروزاً باعتبارها عناصر هامة لفهم الموهوبين، ويعرف الكمال بأنه مجموعة معقدة من السمات والسلوكيات

تتضمن العمل وعاداته والاهتمام بالتفاصيل والقيم العالية غير الواقعية لأنفسهم ولآخرين إن العبء يقع على عاتق الوالدين الذين يدفعان بأنفائهم نحو الكمال ولا شك أنهم نتاج لوالديهم.

إن الكمال ينتج الطاقة الحافزة التي تقود إلى الإنجاز إن امتلاكهم للمعايير تقود إلى الإنجاز والكفاءة والطاقة والتفاعل لتوكيد الذات وتكوين مفهوم الذات الناجح الذي يمكنهم من تحقيق الأهداف وإنجاز العمل الإبداعي، ويري البعض إن البحث عن الكمال يقود إلى الاكتئاب والشعور بالخجل والندم، إن عدم استطاعتهم تحقيق الأهداف قد يكون بسبب الفعل القهري الموجود لديهم وعلى الرغم من ذلك فإنهم متغلبون بالإنجاز، إنهم يرون الأهداف المعقّدة والمفضّلة أكثر من الأطفال الذين في نفس عمرهم وإن لديهم أصدقاء كبار لديهم نضجاً كافياً إن حب الاستطلاع والكمال دوافع غير رحيمه في شخصية الأطفال الموهوبين لأن كلاماً يصعب تغييره.

• القوة:

إن القوة مرتبطة بحقيقة جميع الصفات حتى أن الإثارة الزائدة يمكن التفكير فيها كقوة إن إحدى مظاهر هذه السمة هو السلوك القوي الذي يسعى إليه الأطفال الموهوبين وبعضهم يعطي اهتماماً كبيراً بعلم الفلك أو الكمبيوتر أو القصص الإغريقية إنهم يريدون معرفة كل شيء في كل مجال إنه مستحوذ عليهم بالأسئلة العديدة.

وإذا ما أراد هؤلاء تحقيق أهدافهم إنه من الصعب عليهم الاعتماد على المجالات الدراسية المجزأة من مادة الكتب المقررة على قدر الطلبة العاديين للحاجة إلى مشاريع مستقلة ومنهاج مستقل عن مناهج العاديين وفي مجالات معرفة.

• المثابرة:

الأطفال الموهوبين لديهم قدرة كبيرة على التركيز بالنسبة لأقرانهم حيث أنهم مهتمين بما يفعلون وإن لديهم مدي واسعاً من الانتباه منذ طفولتهم إن الانتباه يصبح لديهم مشكلة إذا كانت المثيرات العقلية بالنسبة لهم غير كافية.

• الوعي الذاتي الحاد:

الأطفال الموهوبين مفكرون تحلياليون لأن لديهم أدوات مميزة ولديهم تجارب عن الأشخاص مختلفين، وطعم مختلف، وموسيقي مختلفة، وإنهم يتتفوقون في أشياء، صعبة إنهم يمتازون في مشكلات التحليل ويضعون الحلول النظرية للمشكلات وإننا ندهش من تفكيرهم في موضوعات لها علاقة بالدين والله والحب.

• عدم التقبل وعدم اللياقة:

إن هؤلاء الأطفال موهوبين ومبدعين ويريدون تحقيق ذاتهم كما أن لديهم حب الاستطلاع وقلق وتفكير متشعب إنهم يحصلون على الرضا المتعدد من العمليات الإبداعية إنهم قادرون روحياً وجسدياً وتفيض روحهم الفريدة إلى العالم الخارجي، أنهم يشعرون بالنشاط والسعادة التي يمكن أن يرافقها عوامل إيجابية.

إنهم بحاجة إلى فرص للتعبيرات الإبداعية، وعندما تغلق هذه المسارات فإن الدافع يمكن تحويله إلى مسارات مدمرة، قدم اللياقة تسبب لهم مشكلات مع معلميهم وإن دور المرشد التربوي أن يحترم الفرادة الإبداعية لهؤلاء الطلاب لكي يتجاوزوا الفجوة بين أنفسهم والآخرين وإن يفرقوا بين سوء التكيف الإيجابي وبين الثورة.

• دوافع الموهوبين:

يمتاز الموهوبين بصفة عامة بقوة الدافع إلى الاستكشاف والاستطلاع والتعلم والتعرف والتقسي وتجهيز الأسلحة وطلب الإجابة عليها، وقد ترجع قوة الدافع لدى الغالبية العظمى منهم إلى ما يتحققه اكتساب المهارات والمعارف من إشباع، وإلى ما يجلبه لهم من تقبل ورضي من جانب الأبوين والمدرسين.

ووجود هذا الدافع القوى إلى المعرفة والتعلم لدى الموهوبين يعتبر فرصة سانحة أمام المدارس والكليات التي ترغب في تنمية المواهب الإنسانية واستثمارها كمصدر من أهم مصادر الثروة القومية، وكثيراً ما يؤدي حرمان الموهوبين من إشباع دوافعهم إلى شعورهم بالضيق والألم وقد يتعرضون للفشل أو يصبحون عدوانيين نحو المدرسة والمدرس ونحو العمل المدرسي.

• هوايات الموهوبين:

من أظهر خصائص الموهوبين كثرة تنوع الهوايات والاهتمامات، ولكن الانشغال بالقراءة للكتب وال المجالات قد يصرفهم عن عالم الواقع أو يبعدهم عن الاهتمام بالمظاهر المادية في البيئة المحيطة ولذا ينبغي تشجيع الموهوبين على الاهتمام بعالم الحيوان والنبات وبعمليات التصنيع والتجارة وزيارة المتاحف والمناطق الأثرية والمؤسسات الاجتماعية والسياسية والأماكن التاريخية، وذلك لكي يتكون لديهم القدرة والاهتمام بالواقع والإحساس به العيش به، وليس معنى أن يمنع الموهوب من القراءة أو يحال بينه وبين الكتب وال المجالات ونحوها ولكن على العكس من ذلك ينبغي تشجيعه على قراءتها وخاصة فيما بين الثامنة والعشرة حيث تزداد

الرغبة في هذه السن في المعرفة وتزداد الحاجة إلى فهم العالم من حوله ولا ينبغي فرض كتب معينة في هذه السن المبكرة كما لا يجوز منعهم من قراءة بعض الكتب التي قد لا ترتاح إليها الكبار إذ أن الهدف في هذه السن هو تكوين الميل والرغبة والدافع وتنمية المهارة وتكوين الاتجاه الإيجابي نحو الكتب ونحو المعرفة بصفة عامة وعندما ينضج الطفل الموهوب سوف يدرك بذلك ما هو أفضل وأكثر فائدة له.

المحكّات والمعايير المستخدمة في مجالات الموهبة

وبيان أهم مميزاتها وعيوبها:

لقد درج الباحثون في محاولة للتعرف على الموهوبين على الاعتماد على وسائل كثيرة من أهمها: الاختبارات بأنواعها المختلفة، وخاصة اختبارات الذكاء العام واختبار القدرات الخاصة.

١- اختبارات الذكاء العام:

يعتمد استخدام اختبارات الذكاء العام في عملية التعرف على الموهوبين على بعض الفروض الإمبريالية التالية:

أ) المستوى الذي يحققه الفرد في الإجابة على أسئلة اختبارات الذكاء العام المقللة يظل إلى حد ما ثابتًا خلال الطفولة والمراحل وربما بعد ذلك.

ب) القدرة على تحقيق درجات معينة في الإجابة على اختبارات الذكاء العام ذات علاقة بالقدرة على النجاح في المدرسة أو الكلية.

ج) الأفراد الذين يحققون درجات عالية في الإجابة على الاختبارات الذكاء العام في مرحلة المراهقة أقرب إلى أن يحققوا امتيازا فيما بعد.

وعلى الرغم من أن تقنيات الاختبارات يجعل منها أدوات موضوعية للحصول على المعلومات الكمية إلا أن استعمالها يجب أن يكون محدوداً بسبب عدم وصولها إلى المستوى المطلوب من حيث الدقة، فمعظم الاختبارات التقليدية تقوم على تصورات عن طبيعة الذكاء ليست موضوع اتفاق، وقليل منها يصلح لقياس أنواع هامة من السلوك، وكل المحاولات التي بذلت لتحقيق الموضوعية والدقة العملية القياس لن تصبح فعالة حتى تتعرف الدراسات العلمية على الأبعاد ذات الأهمية للسلوك المراد قياسه ثم تبني الاختبارات الملائمة لقياس هذا الأبعاد.

#- اختبارات الذكاء واختبارات الابتكار والتعرف على الموهوبين:

إن بناء المقياس يتطلب وجود تعريف إجرائي متفق عليه بين العاملين في الميدان وهذا ما لم يحدث حتى الآن بالنسبة للذكاء، والابتكار، فهناك عدد كبير من التعاريف للذكاء كلها صحيحة ولكن بينها تعريف واحد مجمع عليه، ولعل من الصعوبة في هذا المقام ترجع إلى أن صياغة التعاريف تقتضي أن يكون هناك شيء محدد أو أشياء تعتبر حقائق ثابتة وإن تكون هناك فروض تشرح قصر هذه الحقائق في صورة يمكن اختبارها والتعاريف القائمة حالياً لم يتحقق لها ذلك، ولذا فهي تنصب أحياناً على العملية التي توصف بالموهبة ذكاء أو ابتكار وأحياناً تنصب على النتائج الذي ينتج عن هذه العملية وفي هذه الحالة الأخيرة تثور عدة تساؤلات حول من يصدر الحكم على الانتاج الذي يعبر عن الموهبة الذكائية وما خصائصه أو مواصفاتها أو مؤهلاته؟.

أن من أهم مشكلات المعايير هي المحتوى والمستوى فالمحظوظ هو الصفة والصفات التي تعين وجود الموهبة وتحدد مجالها ودرجاتها وتوضح تميز الموهوب فيها عن المستويات الأدنى منه، والصفات العقلية قد تكون عامة كالذكاء أو خاصة كالقدرة العددية أو الموسيقية وقد تكون ابتكارية كما تعبّر عنها درجات الأفراد في اختبارات الابتكار مثل الاصالة والمرونة والطلاق، ومحظوظ الذكاء العام قد يكون قدرات حسية حركية وقد يكون سرعة في الفهم وقدرة على إدراك الرموز اللغوية أو العددية أو إدراك للمفاهيم الحسية وال مجردة، وقد يكون محتوى الذكاء قدرات خاصة علمية أو فنية.

والمستوى يحدد التدرج الطولي الذي ينسب الفرد إلى جيله إلى جيل السابق أو اللاحق وذلك مثل العمر العقلي، أو يحدد التدرج العرضي فيناسب الفرد إلى جيله فقط ويحدد موقعه في هذا الجيل.

والآن ا محتوى المقياس الذي يمكن الاعتماد عليه في الكشف عن الموهوبين ذكاء أو ابتكار أو تحصيلاً؟ وهل هذا المحتوى يكون في الطفولة المبكرة هو نفس المحتوى في الطفولة المتأخرة أو في مرحلة المراهقة والرشد.

ومن أهم أنواع المشكلات التي تواجه الاختبارات بمختلف أنواعها في مجال الموهبة والموهوبين مشكلة الصدق التنبؤي أو العلاقة بين ما يحصل عليه الأفراد من درجات في الاختبارات والنجاح الملي لهم في الحياة وهناك هل التساؤلات التي قد توضح المقصود بهذه

العلاقة ومنها: هل يمكن أن يتحقق الصدق العملي للاختبارات بحيث يمكن التنبؤ بالنجاح في الحياة العملية في المستقبل لمن حصلوا على درجات عالية في هذه الاختبارات؟

ويرى البعض أن عدم تحقيق الصدق العملي والنجاح في الحياة لبعض الموهوبين الذين حصلوا على درجات عالية في الاختبارات التي توفرت لها دقة البناء وسلامة التقنيين وصحة التطبيق والتفسير قد يرجع إلى عوامل انجعالية أو اجتماعية أو جسمية أو أسرية أو نحو ذلك.

ومع أنه يمكن القول بأن اختبارات الذكاء التي تحقق لها ما تقدم قد تستطيع الكشف عن الموهوبين، فإنه يمكن القول أيضاً بأن كثريين من مرتفعي الذكاء قد لا يمكن التعرف بواسطة تلك الاختبارات، ولذا فإنه من الضروري مساندة الاختبارات بمزيد من المعلومات.

٢- اختبارات القدرات الخاصة:

أن اختبارات القدرات الخاصة ذات أهمية في التمييز بين الموهوبين وغيرهم وخاصة في المجالات الموسيقية والميكانيكية ولكن هذه الاختبارات أيضاً لا يتحقق لها الصدق العملي ولا يمكن التنبؤ بدرجة عالية من الثقة بأن من تقع درجاته بين أعلى ١٠% أو بين أعلى ١١% في هذه الاختبارات سوف يكون على درجة عالية من البراعة في الموسيقي أو غيرها من المواهب في الحياة العملية في المستقبل وما سبقت إثارته من تساؤلات حول المحتوى والمستوى بالنسبة لاختبارات الذكاء العام والابتكار يمكن أن يثار أيضاً بالنسبة لاختبارات القدرات الخاصة.

٣- اختبارات التحصيل:

أفادت الدراسات أن القدرات الذكائية والابتكارية تتعكس على التحصيل المدرسي أو بمعنى آخر أن التحصيل يتضمن عناصر ذكائية وعناصر ابتكارية لا يستطيع اختبار الذكاء وحده ولا اختبار وحده أن يكشف عنها، ولكن ينبغي التفرقة بين اختبارات التحصيل المقننة التي يتتوفر لها ما سبقت الإشارة إليه من سلامة البناء وموضوعية التقنيين ودقة التطبيق أو الإجراء وصحة التفسير، وبين اختبارات المدرسين أي اختبارات التحصيل التي يضعها ويجربها ويفسرها المعلمون.

٤- ملاحظات الآباء وتقاريرهم:

على الرغم من أن تقديرات الآباء لذكاء أبنائهم تتصرف بالمحاباة والمغالاة بصفة عامة إلا إن هذه التقارير ذات قيمة في التعرف على الأطفال الموهوبين في وقت مبكر فالآباء أكثر

الناس التصاقاً و دراية بسلوك أطفالهم و خصائصهم التي قد لا تكشف عنها الاختبارات المتنوعة، وهم أعرف بهم من المدرسين والمرشدين النفسيين.

وفي دراسة ترمان وأدون السابقة قرر الباحثون أن الملامح المبكرة للتفوق لوحظت أول ما لوحظت بواسطة الأبوين، ولكن ينبغي النظر إلى ملاحظات الآباء وتقاريرهم على أنها مجرد معلومات مساعدة إلى جانب المحكّات الأساسية في هذا الصدد.

٥- ملاحظات وتقارير المدرسين:

على الرغم من أن المدرسين هم أكثر الناس ملاحظة للتلاميذ بعد الأبوين إلا أنهم كثيراً ما يخطئون في التعرف على الأطفال الموهوبين، ففي دراسة تيرمان وأدون السابقة قام حوالي ستة آلاف مدرس باختيار التلاميذ الموهوبين في فصولهم، وأفادت الدراسة أن حوالي ١٦% فقط من بين من اختارهم المدرسوون كانوا موهوبين، أي أن المدرسين قد أخطأوا في خمسة من كل ستة تم اختيارهم بواسطتهم على أنهم موهوبون.

وقد يرجع السبب في خطأ المدرسين في التعرف على الموهوبين إلى عوامل كثيرة من بينها الألفة وحسن العلاقة ونحو ذلك من العوامل الذاتية التي يختار على أساسها المدرسوون بعض التلاميذ على أنهم موهوبون ومن بين العوامل أيضاً اعتماد المدرسين على تحصيل التلاميذ مع قلة من الموهوبين هم الذين يتفرّقون تحصيلياً إلى الحد الذي يتافق مع مستوى ذكائهم، إذ أنه في حالات كثيرة تعجز طرق التدريس أو المقررات الدراسية عن تحدي ذكاء الموهوبين أو استشارة قدراتهم، وقد يكون بعض الموهوبين عادات دراسية خاطئة تؤدي إلى قصورهم في التحصيل وبالتالي يعتبرهم المدرسوون عاديين إن أقل من العاديين.

وقد تكون هناك بعض العوامل النفسية لدى بعض المدرسين تدفعهم إلى التقليل من شأن التلاميذ الموهوبين، فقد لا يرتاح المعلم لوجود بعضهم بين تلاميذه وقد لا تكون لديه القدرة الكافية للتعامل معهم وتنمية مواهبهم وتقديرها. كل ذلك يجعل تقارير المدرسين و ملاحظتهم في هذا الصدد غير أساسية ولكنها هامة.

المشكلات التي تواجه الطلاق المتفوقين

يعاني الطلاق المتفوقين من بعض المشكلات الخاصة بهم والتي تختلف عن المشكلات التي يعاني منها باقي الطلاق ومن هنا كانت أهمية العمل على تجنب حدوث هذه المشكلات والعمل على مواجهتها.

وهذا وقد توصل أحد الباحثين إلى أن هناك عوامل بيئية تشجع على الابتكار وهي:

- ١- توفر إمكانيات الثقافية والمادية.
- ٢- الانفتاح على المثيرات الثقافية.
- ٣- إتاحة حرية استخدام وسائل الاتصال الثقافية لكل المواطنين.
- ٤- التحرر من التمييز (ضد الأفراد والجماعات).
- ٥- التعرض لمثيرات ثقافية مختلفة بل حتى متعارضة.
- ٦- تحمل وجهات النظر المختلفة وإبداء الاهتمام بها.
- ٧- تفاعل مجموعة من الأفراد المتميزين في حقبة زمنية معينة.
- ٨- الإكثار في الحوافز والجوائز.

تصنيف المشكلات التي تواجه الطالب المتفوقين:

يواجه الطالب المتفوقين مشكلات قد تؤثر على استمرار تفوّقهم وبالتالي يجب العمل على منع حدوث هذه المشكلات أو علاجها للتقليل من أثارها، وهذه المشكلات قد تكون مشكلة مرتبطة بشخصية الطالب المتفوق نفسه أو مشكلات مرتبطة بأسرة الطالب أو مشكلات مرتبطة بالمدرسة أو مشكلات مرتبطة بالمجتمع نفسه ومن المشكلات التي تواجه الطالب المتفوقين في المدرسة ما يلي:

١- مشكلة متعلقة بعلاقة الطالب بزملائه:

يواجه الطالب المتفوقين في المدارس مشكلات تتصل بعلاقتهم بزملائهم وتفاعلهم معهم حيث تتميز علاقة الطالب المتفوق بزملائه بالعنف أو بالسوء كنتيجة للتعالي بعض الطلاب المتفوقين على زملائهم أو عدم قدرتهم على التكيف مع زملائهم أو شعور باقي الطلاب بالنقص لمقارنة مدرسيهم بينهم وبين الطلاب المتفوقين وكل ذلك يؤدي إلى عدم تعاون الطالب المتفوق مع زملائه.

٢- مشكلات متعلقة بعلاقة الطالب بمدرسيه:

وهذه المشكلات تتمثل في محاولة انتشار الطالب المتفوق بوقت الحصة والنشاط وكثرة أسئلته وتعليقاته داخل الفصل مما يؤدي إلى عدم تنفيذ طاعة المدرس في الحصة وبالتالي تعطيل المنهج المقرر ، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تعامل المدرس مع الطالب المتفوق ومن بين هذه المشكلات أيضاً تشتت الطالب المتفوق برأيه حتى ولو كان خطأ وأحياناً يعمد بعض الطلاب المتفوقين إلى الإجابة السريعة على الأسئلة قبل أن ينهي المدرس كلامة وقبل أن يطلب منه المدرس ذلك مما يؤدي إلى تأثير العلاقة بين الطالب المتفوق والمدرس.

٣- المشكلة المتعلقة بعلاقة الطالب المتفوق بالمنهج الدراسي:

و هذه المشكلة تتعلق بالمنهج الدراسي المقرر وعدم ملائمة لمستوى الطالب المتفوق والذي لا يعطي الفرصة للطالب لكي يظهر إبداعه وابتكار بجانب طول المنهج وحشوه بمعلومات كثيرة تتطلب الحفظ في حين أن الطالب المتفوق يريد أن يكون المنهج الدراسي مرن يتبع له الفرصة لظهور تفوقه وضرورة أن يكون هناك مناهج وبرامج دراسية اختيارية أو دراسات إضافية بجانب المنهج الدراسي القائم.

٤- المشكلات المتعلقة بعلاقة الطالب المتفوق بالأنشطة المدرسية:

أن الأنشطة المدرسية من الأهمية بمكان لظهور ونمو عملية التفوق لذا فإن دور المدرسة هو ضرورة توفير هذه الأنشطة لكن من الملاحظ أن عدم توافر الأنشطة وعدم توافر الأماكن الازمة هذه الأنشطة وعلى توافر الفنيين والأخصائيين المشرفين على هذه الأنشطة بجانب عدم توافر الوقت الكافي لممارسة هذه الأنشطة كل ذلك يمثل مشكلة للطالب المتفوق.

٥- المشكلات المتعلقة بعلاقة الطالب بالإمكانيات المدرسية:

وتتمثل هذه المشكلات في عدم توافر الأدوات والإمكانيات المدرسية كمعامل اللغات أو العلوم والملعب والأدوات الازمة لممارسة النشاط، والكتب المختلفة بجانب عدم توافر أخصائيين مشرفين على هذه الأنشطة المدرسية.

أهداف الرعاية التربوية للتلاميذ

- ١- تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص وتقدير الفروق الفردية بين الطالب ورعاية ذوى القدرات العقلية والتحصيلية الفائقة منهم، وتهيئة الظروف التربوية وتوفير الفرص التعليمية التي تساعدهم على إيماء مواهبهم وإثراء شخصياتهم وتنميتها من أجل إعداد جيل من العلماء القادرين على حمل الأمانة والمساهمة الفعالة في تقدم المجتمع.
- ٢- تشجيع التلاميذ المتفوقين والمبدعين على التعلم الذاتي.
- ٣- إكساب التلاميذ المتفوقين أساليب التفكير القائمة على تنمية حب الاستطلاع والانفتاح لخبرات جديدة ولأفكار متعددة.
- ٤- تنمية الميول الإبداعية لدى التلاميذ المتفوقين والمبدعين.
- ٥- مساعدة التلاميذ المتفوقين والمبدعين على تطوير البيئة وتطويرها.
- ٦- تنمية قدرات التلاميذ المتفوقين والمبدعين في المجالات المختلفة.

اتجاهات حديثة في رعاية المتفوقين

للكشف عن المتطلبات الازمة لاستمرارية نبوغ التلاميذ المتفوقين بالمرحلة الثانوية، استلزم الأمر ضرورة التعرف على الاتجاهات الحديثة في أساليب اكتشافهم، ونظم رعايتهم وبرامجهم ومناهجهم كالتالي:

١- اتجاهات حديثة في أساليب اكتشاف المتفوقين:

كان لا خلاف الباحثين حول تعريف المفاهيم عاملاً مهماً في إطلاق العنان للمزيد من البحوث والدراسات العلمية التي تناولت جميع جوانب الموضوع، كما كان هذا الاختلاف مفيداً من الناحية العلمية في تنوع البرامج الثانوية، وأساليب الكشف عن الطلبة الموهوبين والمتفوقين، ومن أهم المحكّات المستخدمة في التعرف على المتفوقين:

- معامل ذكاء مرتفع يبدأ من ١٢٠ أو ١٤٠ فأكثر.
- مستوى تحصيلي مرتفع يضع التلميذ ضمن أعلى ٢ أو ٥ % من زملائه بالصف الدراسي نفسه.
- استعدادات عقلية مرتفعة من حيث التفكير الإبداعي.
- استعدادات عقلية مرتفعة من حيث القيادة الاجتماعية.
- مستوى عالي من الاستعدادات العقلية في مجالات الفنون البصرية أو الأدائية، أو اللغات، أو العلوم، أو الرياضيات.

ولا شك أن الكشف عن الموهوبين والمتفوقين، وتحديد صفاتهم وخصائصهم يعد الأساس المبدئي لتحديد متطلباتهم، واحتياجاتهم التعليمية والنفسية ومن ثم وضع البرامج التربوية المناسبة لهم، والمشبعة لمتطلبات نموهم واحتياجاتهم الخاصة كما أنه له أهميته الفائقة في تصنيفهم لأغراض التسجيل، والدراسة وبحث مشكلاتهم، ويستلزم إنجاز هذا النوع من الخدمات ضرورة توفير مجموعة متكاملة من الطرق، والأدوات العلمية الازمة لتشخيص مظاهر التفوق لدى النشء والشباب لذلك تستخدم عدة طرق للكشف عن المتفوقين تختلف من حيث طبيعتها ومحتوي كل منها، ومظهر التفوق الذي تقيسه، كما أن لكل منها مميزاتها وعيوبها، ومن أهم الطرق والأدوات ما يلي:

٢- ترشيحات الأقران	١- ملاحظات الوالدين
٤- ترشيحات المعلمين	٣- التقارير الذاتية
٦- الاختبارات التحصيلية	٥- مقاييس الذكاء
٨- ترشيحات الخبراء والثقافات	٧- اختبارات التفكير الإبداعي

ويختلف الباحثون في تحديد نسب المتفوقيين من التلاميذ في حاله استخدام مكممات أو منبئات متعددة، فمثلاً يتوقع وارد Ward أنه يمكن أن تصل نسبتهم إلى حوالي ١٠% بينما توقع تورانس Torrance أن تصل هذه النسبة إلى ٢٠% تقريباً على حين توقع تايلور أن تبلغ نسبتهم حوالي ٣٠% من مجموع السكان Taylor.

٢- اتجاهات حديثة في رعاية المتفوقيين:

لتيسير تقديم برامج تعليمية خاصة للتلاميذ المتفوقيين دراسياً تستخدم النظم الآتية:

(أ) نظام التجمع Grouping

يهدف هذا النظام إلى تعليم التلاميذ المتفوقيين دراسياً داخل مجموعات متجانسة من ذوي الاستعدادات المتشابهة والمتكافئة، ويشمل هذا النظام ما يلي:

- التجمع في مدرسة مستقلة:**

إن نظام إنشاء المدارس المستقلة للمتفوقيين ليست جديدة من الناحية التاريخية، فقد وجدت في نهايات القرن التاسع عشر في الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول الأوروبية.

وفي العالم العربي شهد النصف الثاني من القرن العشرين حركة انتشار واسعة لهذه النوعية من المدارس كما في مصر ١٩٦٠م، والأردن ١٩٩٣م وغيرها من الدول العربية الأخرى.

- التجمع في فصول مستقلة:**

غالباً ما تنشأ هذه الفصول ضمن المدارس العادية، وتتبع فيها نفس المناهج الدراسية للعاديين مع إثرائها، وقد كانت بداية هذا النظام في الولايات المتحدة عام ١٩٢١م.

ب) الاتجاهات الحديثة في برامج ومناهج المتفوقيين:

يحتاج التلاميذ المتفوقيين إلى برامج تربوية خاصة تتناسب مع قدراتهم، واستعداداتهم العقليّة العالية فلا شك أن برامج التعليم العام تناسب التلاميذ المتوسطين الذكاء والقدرات، ولا تناسب المتفوقيين منهم.

وت تكون برامج التعليم التلاميذ المتفوقين دراسياً بالمرحلة الثانوية من البرامج

التالية:

▪ البرامج الإثرائية Enrichment

وهي أحد الاتجاهات التربوية التي تهدف إلى إعداد التلاميذ المتفوقين، وهو بين العاديين في فصل واحد، ويفيد علماء التربية خطة إثراء البرنامج التعليمي، وتعزيزه ليصبح أكثر ملائمة لمستوى قدرات المتفوقين في مادة أو أكثر من المواد الدراسية وهناك اتجاهين لذلك هما:

- أن يكون المنهج الإضافي امتداداً وعميقاً في المنهج الأصلي للعاديين.
- أن يكون المنهج الإضافي ليست له علاقة بالمنهج الأصلي ولكن الإثراء يقتضي تحسين الكم والكيف وأن يوجد برنامج إثراء خارج المدرسة مكملاً لما يقدم داخل الفصل، ويحتاج الأمر ضرورة توفير مرونة في الجدول الدراسي وتدريب للمعلمين، ومرونة في المنهاج وطرق التدريس.

وتتعدد مزايا الإثراء في نواحي عديدة من أهمها ما يلي:

- يسمح للتلميذ أن يبقى مع أقرانه وهذا يعطيه الفرصة لممارسة القيادة وإنمائها.
- تجويذ عمل المعلم محاولته تطوير أساليبه في التدريس لتناسب مع المتفوقين داخل الفصل.
- خفض النفقات لأن الإثراء داخل الصفوف العادية أقل تكلفة من نظام المدارس والفصول المستقلة.

ومن أمثلة المشروعات الإثرائية:

- تكليف التلاميذ المتفوقين ببعض الواجبات والأنشطة القراءات الإضافية.
- تكليف التلاميذ المتفوقين بإجراء بعض المشروعات البحثية، والدراسات المستقلة المبنية على مهارات التفكير العليا.
- عقد الندوات والمحاضرات والحلقات النقاشية وورش العمل التي يشارك فيها مع التلاميذ المتفوقين خبراء متخصصون في مجالات تقويمهم.
- الأخذ ببرامج تبادل زيارات التلاميذ للدول الأوروبية وممارسة الهوايات والمخيمات الصيفية والتدريب على برامج تعليم الحاسب.

▪ البرامج الإسراعية Acceleration

تعتبر برامج الإسراع من أقدم الممارسات التي ارتبطت بالتلמיד المتتفوق، فقد وجدت برامج الإسراع قبل أن تبلور علم النفس التعليمي، والقياس العقلي للتلמיד المتتفوق وشغلت حيزاً كبيراً في الأدب التربوي فقد توصل الباحث كولييك (Kuiitk, 1992) على أن الإسراع في الصفوف الخاصة بالمتتفوقين كان مطابقاً في الولايات المتحدة منذ عام ١٨٩١م، وفي الدول العربية – ومنها مصر في السبعينات – أو الإسراع يتم بصور استثنائية بقرار محلي من إدارة المدرسة.

والغرض من هذا النظام هو الانتهاء من التعليم في كل مرحلة في مدة زمنية أقصر من المعتاد، وبذلك ينتقل التلاميذ إلى مراحل التعليم المختلفة في سن أصغر من زملائهم.

وتبني هذه الاستراتيجيات على أساس أن التلميذ لديه سرعة استيعاب وفهم وتعلم، بما يمكنه من إنهاء البرنامج الدراسي في زمن أقل، وسن مبكرة عن أقرانه العاديين.

ومن أهم البدائل التنفيذية:

- الإسراع في تعلم مادة دراسية معينة Subject Matter Acceleration حيث يسمح لطالب الصف الأول الثانوي مثلاً، بدراسة مقرر الكيمياء الخاص بالصف الثالث، ليتمكن من التقدم في مقرر دراسي معين بالمعدل الذي يتاسب ومقدراته على التعلم وموهبتة، وبذلك تصبح البرامج الدراسية عبر محدودة الصفوف Ungraded Programs.

- التقدم الفردي المستمر Continuos Individual Progress ويسمح طبقاً لهذا البديل للتلميذ الذي أمكنه دراسة مقررات صفة الدراسي في أقل من عام دراسي بالانتقال إلى دراسة مقررات الصف التالي مباشرة في العام نفسه.

دور الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المتتفوقين

للأخصائيين الاجتماعيين دور متوازناً في مجال رعاية الطلاب المتتفوقين ليكمل هذا الدور دور المعلمين في المدرسة، حيث أن أهمية الخدمة الاجتماعية في المجال التعليمي تكمن في أنها تقوم بمعاونة المدرسة على أداء رسالتها التعليمية والتربوية عن طريق تهيئة مجال

الخدمات الفردية والجماعية والمجتمعية للطلاب والبيئة المحيطة أيضاً فهي تساعد الطلاب على مواجهة مشكلاتهم الفردية والمتنوعة وتمكنهم من الانضمام لجماعات متعددة يمكنهم عن طريقها تنمية هواياتهم المختلفة وتدعمهم علاقاتهم واكتساب خبرات جديدة، كما تقوم الخدمة الاجتماعية كذلك بتدعيم العلاقة بين المدرسة والمجتمع المحلي.

والخدمة الاجتماعية أيضاً تساعد في خلق الظروف الاجتماعية المناسبة لظهور التفوق وتنميته حيث لم تعد الخدمة الاجتماعية تهتم بالدور العلاجي وتعمل على معالجة الطواهر السلبية فقط بل اتجهت أخيراً إلى تدعيم وجودها وتوسيع دورها ليصبح دوراً وقائياً إنسانياً واتجهت إلى التعامل مع الطواهر الإيجابية كالتوافق وزيادة الأداء الاجتماعي للفرد.

ومما سبق يتضح أن الخدمة الاجتماعية دوراً هاماً في رعاية المتفوقيين من خلال خدماتها وأنشطتها المتعددة في المدارس حيث تعتبر الأنشطة المدرسية وسيلة لتهيئة المناخ المناسب لعملية التفوق وتشجيعه وتنمية الموهبة بين الطالب والخدمة الاجتماعية وهي تقدم خدماتها للطلاب عن طريق أنشطة متنوعة يمكنها أن تسهم في توفير الجو المناسب للتفوق على مستوى المدرسة أو الأسرة أو المجتمع المحلي.

ويتضح دور الأخصائي الاجتماعي في رعاية الطلاب المتفوقيين في المدرسة فبجانب تلقي الطلاب المتفوقيين لخدمات الخدمة الاجتماعية المدرسية فإنهم يتلقون رعاية خاصة من الأخصائي الاجتماعي والتي يمكن توضيحها فيما يلي:

#- دور الأخصائي الاجتماعي مع الطالب المتفوق:

١- مساعدة الطالب المتفوق على اكتشاف حقيقة دوافعه بحيث تكون هذه الأهداف واقعية يمكن تحقيقها وتناسب مع قدراته وإمكانياته.

٢- التوجيه الدراسي والمهني للطالب المتفوق عن طريق مساعدته على التعرف مبادئ الدراسة المختلفة التي تناسبه ونوع المهنة التي يمكن أن يمارسها حتى يبني اختياره على أساس من المعرفة بنوع الدراسة أو المهنة مع تطبيق اختبارات علمية.

٣- مساعدة الطالب المتفوق على حل مشكلاته التي تعترضه سواء التي تتعلق بالمدرسة أو الأسرة أو المجتمع المحلي.

٤- الاهتمام بالنشاط الإبداعي للطالب المتفوق في المجالات التي يبرزون فيها كالرسم أو الموسيقى أو القصة والشعر أو المجال العلمي أو اللغات أو المجال الرياضي.

المراجع

- ١- مريم إبراهيم هنا وآخرون: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩١م.
- ٢- عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، الجزء الثالث، ذوى الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- ٣- محمد نجيب توفيق: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٨م.
- ٤- محمد نجيب توفيق: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مرجع سابق.

الفصل الثالث

فئة المعاقين ذهنياً

Mental Deficiency

"Retardation"

* - أولاً: مفهوم التخلف العقلي وتصنيفاته:

يعني مفهوم الضعف العقلي Mental Deficiency أو التخلف العقلي Retardation انخفاض نسبة الذكاء لدى الفرد بحيث لا يستطيع أن يتعلم مثل بقية أفراده وبالتالي يؤدي إلى عدم وجود قدرات التوافق والتكيف مع البيئة الخارجية وسوف نلاحظ وجود عدد كبير من التصنيفات التي تقسم المتخلفين عقلياً كلاً حسب منظوره الخاص. فهناك التصنيفات حسب الدرجة أو حسب مصدر العلة أو حسب التشخيص الإكلينيكي ... الخ.

(أ) التقسيم حسب مرتبة الإعاقة (الدرجة):

- المعتوه Idiot هو أقل نسبة في الذكاء بين الأفراد وتكون في حدود ٢٤ درجة فما أقل.
- الأبله Imbecile هو الشخص الذي يستطيع أن يتكلم ولكن بعدد محدود جداً من الكلمات ونستطيع من خلال تدريبه تدريباً مكثفاً أن نعلمك كيفية إشباع حاجاته الأساسية ونسبة ذكاءه تقع ما بين ٢٥ إلى ٥٠ درجة.
- المأفون أو المورون Moron وهو أحسن قدرًا مما سبق ونسبة ذكائه تقع ما بين (٥١ - ٧٠).

- هناك فئة يطلق عليها Dul - Backward (Dul) وتعني بها الأغبياء وتكون نسبة ذكائهم ٧٠ إلى ٨٥ ولكنهم أقل من الأطفال العاديين.

سوف نلاحظ أن الأبله والمعتوه يقعون في أقصى المنحنى الاعتدالي لنمو الذكاء إلا أننا نستطيع أن نعلمهم كيفية الاعتناء بأنفسهم من حيث المأكل والملبس ولكن بعد تدريب طويل، ونجد أن هؤلاء الأفراد لا يستطيعون أن يعولوا أنفسهم وهم يعجزون عن تعلم القراءة أو القيام بأعمال حسابية بسيطة.

والجدول التالي يوضح اتفاق هذا التقسيم مع تقسيم هيئة اليونسكو.

التوابي الاجتماعية	نسبة النقاء بالتقريب	المصطلح المأثور استعماله	درجة الضعف العقلي
لا يدرك العالم الخارجي إنراكاً وأحياناً، لا يقدر على حماية نفسه، عدم قدرته على التفاعل مع الآخرين، ضعف التنمو الاجتماعي، لا يستطيع القيام بأي عمل	صفر - ٢٤	معتوه Idiot (في إنجلترا وفرنسا، أمريكا، ألمانيا)	ضعف عقلي شديد
يفهم كلام الآخرين، و يستطيع أن يتصفح على الأخطر المطبوعة به المادية مثل النار، يتعلم الأشياء الروتينية السهلة.	٥٠ - ٢٥	أبله Imbecile (في إنجلترا وأمريكا)	ضعف عقلي متوسط
لا يستطيع الاستمرار في التعليم، يصل إلى مستوى الصيف الرابع الابتدائي على أقصى تقدير، لا يستطيع تحمل المسؤولية، وتحصيم القراءة على التضييج الاجتماعي.	٧٠ - ٥١	مأفون Feeble - Minded في إنجلترا أمريكا Moron	ضعف عقلي بسيط
هؤلاء الأطفال يستطيعون أن يتكلموا في المواقف الاجتماعية العادي، وأن يتعلموا حرف ومنهن قدر عليهم دخل مادي ولكن لا يستطيعون الاستمرار في التعلم الدراسي العادي.	٨٥ - ٧٦	Dul or Backward (إنجلترا)	غباء عادي

(ب) التقسيم حسب التشخيص الإكلينيكي:

يقوم هذا التقسيم على أساس وجود بعض الاضطرابات الفسيولوجية والمرضية ، بالإضافة إلى نقص الذكاء، وتكون هذه الاضطرابات واضحة لنتعرف على هذه الحالات وهذا التقسيم يكون على النحو الآتي:

١- حالات القطاع .Cratins

٢- حالات المنجوليين .Mongols

٣- حالات صغر الجمجمة Cases of small skull

٤- حالات كبير الجمجمة Enlarge cases Skull

٥- حالات الشلل Cases of paralysis

وسوف نلاحظ أن هذه الحالات لا تظهر في الضعف العقلي البسيط أو الغباء ولكنها تظهر بوضوح في حالات البلهاء والمعتوهين.

التقسيم الخاص بالأطفال:

وهو يهتم بالأطفال الذين يدخلون المدارس بالتعليم وهو ينقسم إلى:

(أ) ضعاف العقول Feeble Minded

هؤلاء الأطفال يظهرون بوضوح من خلال النشاط اليومي للمدرس والتلميذ، ومن خلال الاختبارات المدرسية المختلفة، حيث يظهر عدم قدرتهم على الاستفادة من التعليم المدرسي العادي، لذلك فلابد من إنشاء فصول خاصة بهم، إن أقصى ما نعلمهم هو كيفية التدريب على إشباع حاجاتهم الأساسية بدون مساعدة.

(ب) الأطفال المتخلفين عقلياً Mentally Handicapped

هم يعانون من نقص في الذكاء إلا أنهم أحسن حالاً من الأطفال ضعاف العقول في عدة خصائص:

- أن الطفل المتخلف عقلياً لديه القدرة على تعلم الأمور الاجتماعية من زملاء المدرسة والاعتماد على نفسه وقضاء حاجاته بسهولة ويسراً ولكن العقل يحتاج على تدريب شديد.

- أن الطفل المتخلف عقلياً إذا كان لا يستطيع أن يتعلم من خلال مدرسة إلا أنه يمكن أن يتعلم حرفة ويكون متقدماً فيها أو جيد هذا بعكس الطفل ضعيف العقل.

- أن نسبة ذكاء هؤلاء الأطفال وإن كانت صغيرة (من ٥١ - ٧٠) إلا أنها أعلى من ضعاف العقول.

(ج) - بطيء التعلم Slaw Learner

ونعني به الطفل الذي يجد صعوبات في المناهج الدراسية وذلك بسبب ضعف بسيط في ذكائه أو عدم قدرته على التعلم بالأسلوب العادي الذي يتعلم به زملائه حيث أن هؤلاء الأطفال

يحتاجون إلى أسلوب خاص في الشرح (المنهج الدراسي)، وذلك من خلال المجسمات والتنوع في أساليب التدريس واستخدام البيئة الخارجية مقامها.

②- الخصائص الجسمية والنفسية للمتelligent عقلياً:-

أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأطفال المختلفين عقلياً الذين يدخلون مؤسسات خاصة بهم لرعايتهم تكون صحتهم العامة أقل من المستوى العادي، كما أن قابليتهم للإصابة بأمراض مرتفعة مع بطيء في النمو الجسمي.

١- الخصائص الجسمية:

توضح العديد من الشواهد أن ضعيف العقل يظهر فيه عدد من العيوب الجسمية أكثر من الأسواء فعلى سبيل المثال لا الحصر:

- اعوجاج في شكل الرأس والعينين والأذنين.
- اضطرابات جلدية متعددة.
- عيوب في النطق والكلام.
- إصابات بأمراض معدية.

- تظهر في المختلفين عقلياً مشكلة الصمم ولها أهمية خاصة حيث أنها وسيلة هامة وحيوية لنمو اللغة والنمو العقلي كله فالنقص السمعي إذا لم يتم علاجه يكون سبباً لإعاقة عملية التعلم المدرسي.

٢- الخصائص النفسية:

برغم من أن الذكاء سمة عقلية إلا أنها قد شغلت بال الباحثين في هذا المجال حيث إن ضعاف العقول يزدادون بعداً عن السواء مع التقدم في العمر وتحتل عدم القدرة على استخدام اللغة عنصراً أساسياً في مجال الضعف العقلي ويرجع ذلك إلى أن النمو اللغوي والفهم اللفظي ارتباطاً بمفهوم الذكاء وكما يظهر ضعاف العقول تخلفاً في المفاهيم المجردة مثل الحرية، العدل، المساواة.

ولقد كشفت أبحاث "كونين Keunin" أن المختلفين عقلياً يعانون من التصلب أو الجمود وهو يقصد بها الصعوبات التي يواجهها المختلفون عقلياً في الربط بين الأنشطة أو الأشياء أو الأفكار وكذلك المختلفون عقلياً متأخر في نضجه الاجتماعي والأنشطة الاجتماعية المختلفة.

٣- محكّات تصنيف المختلفين عقلياً:

أ) المحك الاجتماعي والقانوني:

قد صدر في إنجلترا عام ١٩١٣ قانون الضعف العقلي وتبعه بعض التعديلات وقد تحدد مستويات ثلاثة للمختلفين عقلياً:

- **المعتوه:** وهو الشخص الذي يصل به القصور العقلي إلى الحد الذي يجعله عاجزاً عن حماية نفسه ضد الأخطار ، وبالتالي هو مصدر خطر لنفسه وللآخرين.
- **الأبله:** وهو الشخص الذي يتتوفر فيه قدر من النقص العقلي يمنعه من التصرف في شئونه الخاصة وبالتالي فهو في حاجة إلى رعاية مستمرة.
- **المأفون:** وهو الذي يحتاج إلى قدر من الرعاية والتحكم حتى يُسمح له بالتصرف في بعض شئونه ولا يحتاج إلى الإيداع في مؤسسات خاصة.

ب) المحك السيكومترى:

هو الذي يعتمد فيه على اختبارات الذكاء وكان أقدم هذه المعايير هي نسبة الذكاء التقليدية التي تحدد بنسبة ٧٠% بأنها الخط الفاصل بين السواء والضعف العقلي والتي تقابل على وجه التقريب النسبة التي تقابل انحرافين معياريين أدنى من المتوسط (أي المتوسط لنسب الذكاء ١٠٠ درجة) حيث إن الانحراف المعياري يساوي ١٥.

ونجد أن مستوى الضعف العقلي كما يحددها المحك السيكومترى في مقاييس استانفورد بنيه. نجد أن هذا التصنيف له العديد من المحاذير أثناء استخدامه بالرغم من أن له فائدة كبرى في تفسير الأداء في الاختبارات.

ج) المحك التعليمي:

هذا المحك يرتبط بالأفراد الأقدر على التعليم هم الفئات العليا من المتخلفين عقلياً، وذلك بتهيئة الفرص التعليمية لهؤلاء خارج المؤسسات مما يتطلب تحديد الحالات القابلة للتعليم وخاصة مع تطوير البرامج التعليمية الخاصة بهؤلاء وهي ما تسمى بال التربية الخاصة.

نسبة الحالات في المجتمع	مدى نسبة الذكاء الانحرافية	نقطة القطع بالترجمة المعلارية	المستوى
٠.٠٠٠٣	أقل من ٢٠	٥-	الخطير
٠.٠٠٣	من ٢٠ إلى ٣٥	٤-	الشديد
٠.١٣	من ٣٦ إلى ٥١	٣-	المتوسط
٠.١٤	من ٥٢ إلى ٦٨	٢-	الخفيف

#- أسباب الضعف العقلي:

١- الوراثة Genetics:

ونعني بها انتقال السمات من الوالدين إلى الأولاد والأحفاد وتمثل الوراثة كل العوامل الداخلية التي كانت موجودة عند الإخساب ، أي عند بدء الحياة وتوضح الكثير من الدراسات أن الإمكانيات الكامنة التي تورث وليس السمات أو الخصائص وتعتبر الوراثة عاملاً هاماً في الذكاء.

أسباب الضعف العقلي



تنقل الخصائص الوراثية للفرد من والديه عن طريق الجينيات Genes التي تحملها الكروموسومات (Chromosomes) التي تحتويها البويضة الأنثوية Ova المخصبة من حيوان منوي ذكري (Sperm) يصل الاختلاف بين الباحثين إلى درجة كبيرة، فمنهم من لا يؤمن بأثر الوراثة كعامل حاسم في التخلف العقلي ومنهم من يقول أن الوراثة مسؤولة عن ٨٠ - ٩٠% من الحالات.

والسؤال الذي يثار؟ ما الذي يورث هل الضعف العقلي كما يقول "جودار" سمه تورث كباقي الموراثات أو أن الشيء الذي يورث هو الاستعداد للضعف العقلي.

وقد اهتم الدارسون بدراسة التوائم المتطابقة والتوائم غير المتطابقة والأشقاء وغير ذلك من الاحتمالات المختلفة للقراوة ومدى التشابه بينهم والاختلاف في مختلف الخصائص الجسمية والعقلية ، ومن أشهر هذه الأبحاث تلك التي قام بها أيزنك Eysenck عام ١٩٥١ حيث توصل إلى أن الوراثة في الذكاء وكذلك دراسة هرندون Herndon عام ١٩٥٤ حيث توصل إلى أن للوراثة آثار في تحديد مستوى الذكاء عند الأفراد.

٢- البيئة Environment

هي كل العوامل الخارجية التي تؤثر مباشراً أو غير مباشر في ذكاء الفرد وتشمل كل العوامل المادية والاجتماعية والثقافية في المجتمع ولهذا العامل أثر كبير وإيجابي في تشكيل ذكاء الفرد وهذا ما أشار إليه ثورونديك في تعريفه للذكاء فمثلاً تؤثر البيئة العائلية ، وفي بعض الدراسات أشارت إلى أن الأسرة التي ينشأ فيها الفرد أثر كبير على ذكائه مثل أبحاث فرنون (D.Vernon) التي كشفت أن لعدد أفراد الأسرة علاقة كبيرة بمستوى ذكاء الأطفال حيث يرتفع ذكاء الأطفال في الأسرة الصغيرة ويقل هذا المستوى في الأسر الكبيرة ، ويعزى البعض ذلك إلى أن كثرة عدد الأطفال في الأسرة الواحدة يقلل من مقدار الاستئثار المعرفية والاهتمام من جانب

الوالدين كما أن بعضاً من التفاعل بين الطفل وأبويه يؤثر على هذا الجانب المعرفي ، وهناك بعض الدراسات الأخرى التي أكدت عدم وجود أية علاقة بين حجم الأسرة والذكاء ، كما أكدت بعض الأبحاث على أن ذكاء الأطفال يتأثر بعمر الوالدين حيث وجد أن أطفال الشباب أكثر ذكاءً من أطفال كبار السن (الشيخوخة) غير أن نتائج هذه الأبحاث أرجعت هذه الفروق إلى اختلاف المستوى الاجتماعي الاقتصادي التقافي مما يؤكد أثر المستوى الاقتصادي الاجتماعي التقافي للأسرة على ذكاء الأفراد في الحضر والريف ، كما تؤكد الكثير من الدراسات النفسية أن مستوى الذكاء يتأثر بالبيئة الحضرية والبيئة الريفية حيث وجد أن متوسط ذكاء الأطفال في الحضر أعلى من متوسط ذكاء الأطفال في الريف ، وأن هذه الفروق تتناقص بتقدم العمر ويظهر في هذه الفروق بصورة أكثر وضوحاً في الأداء اللغوي وحتى الأذكياء من سكان الريف كثيراً ما يقومون بالانتقال والهجرة إلى المناطق الحضرية تاركين أصحاب المستويات الأدنى من الذكاء مما يؤدي إلى انخفاض متوسط الذكاء لديهم.

٣- إصابات المخ : Brain injuries

نجد أن هذه الإصابات مختلفة ومتنوعة وهي كما يلي:

- الاستسقاء الدماغي Hydrocephalus وهذا يتسبب عن تجمع أو احتباس السائل النخاعي بتجاويف المخ ، ويعتبر كبر الججمة من الظواهر الإكلينيكية لهذه الحالات.
- عدم وصول الأوكسجين إلى الجنين إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة وذلك لفترة من الزمن ويترتب عن إتلاف الخلايا وبالتالي يؤدي إلى الضعف العقلي وُتُعرف هذه الحالة باسم Cerebral Anoxia.
- حالات الوضع غير الطبيعي وخاصة عند ميلاد الطفل الأول ويترتب على ذلك عادة تزيف داخل الججمة Intracranial hemorrhage.
- يؤدي بدوره إلى قصور في النواحي الحركية والعقلية ومن المشاهد في مثل هذه الحالات أن يولد الطفل ولونه أقرب إلى اللون الأزرق أو النحاسي (Blue baby) على أن كثيراً ما تؤدي حالات إصابة المخ أثناء عملية الولادة إلى وفاة الطفل بعد الميلاد أو إصابته بالشلل.
- الإصابة ببعض الأمراض في الطفولة كثيفة بأن تحدث تلف في المخ ومن هذه الأمراض الحمى القرمزية Scarlet Fever والالتهاب السحائي Meningitis والتهاب الدماغ Encephalitis إلا أنه يكون تلف جزء قد تؤدي إلى بطء الفهم وليس التخلف العقلي.

٤- الاضطرابات الفسيولوجية :

يُحدث التخلف العقلي أحياناً اضطرابات فسيولوجية تصيب الجسم مثل.

* تعرض الجنين للإصابة بالعدوى بمرض خطير من الأم وهي حامل وما يترتب على ذلك من إصابة الجهاز العصبي المركزي بالتلف ، ومن أشهر هذه الأمراض الحصبة الألمانية

الأولى لهذه الحصبة ينتج عنه إصابة الجنين بعرض أو أكثر من الأعراض التالية:

- ماء أزرق في العينين.
- تخلف عقلي.
- مرض القلب.

- اضطرابات الغدد ونقص إفرازاتها فمثلاً في حالات الأطفال المنغوليين وهم نوع من الأنواع الإكلينيكية لضعف العقول لوحظ أنهم يعانون نقصاً في إفرازات الغدة الدرقية thyroid والغدة النخامية Pituitary وكذلك الحال في الأطفال مرض القصاع Cretinism - يحدث القصاع نتيجة نقص نسبة التيروكسين في جسم الجنين أثناء وجوده في الرحم : إما لتضخم الغدة الدرقية عند الأم الحامل ، أو لنقص كمية اليود في طعامها ، وتسمى هذه الحالة " بالقصاع الولادي " . وقد يصاب الطفل بالقصاع بعد الميلاد بسبب نقص التيروكسين في جسمه بسبب تضخم غدته الدرقية أو لنقص اليود في تغذيته ، وعادة لا تظهر أعراض هذا المرض قبل الستة أشهر الأولى من الولادة حيث يكون الطفل خلال هذه الفترة معتمداً على هرمون الغدة الدرقية الذي استمد من الأم أثناء المرحلة الجنينية . كما وجد أن إصابة الطفل بتضخم الغدة الدرقية بعد سن السادسة من عمره لا يسبب له القصاع ، وهذا ما جعل الإصابة بالقصاع نادرة ، حيث بلغت نسبتها بين أطفال السويد ١٢٥٠٠ وهي أعلى نسبة في العالم.- ، وتشمل الأعراض الإكلينيكية لهذا

المرض على :

- جفاف الجلد
- برودة الجسم
- تقوس الساقان .
- غلظة اللسان وتديله . - يظهر الفم مفتوح غالباً . - أنف أفطس ووجه منتفخ .
- يعاني من الشخير أثناء التنفس .
- يتسم بانتفاخ البطن وفتق السرة
- الخمول وقلة النشاط وبطء الاستجابة .
- التأخر في المشي والجلوس والنطق والتسنين(فلا تكتمل الأسنان وتسقط بسرعة) .
- بطء النمو الجسيمي واضطرابه ، فالطفل يتسم بمظاهر مثير جداً من صغر الحجم وضآلة الجسم.
- عدم التنااسب بين أعضاء الجسم (على خلاف القزم الذي يعاني في إفراز هرمون النمو للفص الأمامي للغدة النخامية والذي يحتفظ جسمه بقدر أكبر من التنااسب) .
- كما أن نقص الهرمون يؤدي إلى بطء عمليات الأيض وتوقف العظام عن النمو في الطول .
- عدم نمو أعضاء التناضل بصورة طبيعية .

- يبدو الطفل وديعاً لا يصرخ

ومن الناحية الانفعالية يتوقف النمو العقلي لدى الطفل ، حيث لا يتجاوز معامل ذكاءه عن (٥٠) . إذ أن القصاع هو أحد أسباب التخلف العقلي ، وخاصة إذا لم يتم اكتشافه في وقت مبكر . أما إذا عولج الطفل خلال السنة الأولى من عمره بحقنه يومياً بهرمون الثيروكسين بجرعة تتراوح من ١٥ - ٢٠ مجم ، فإن هذه الأعراض تزول ، ويستأنف النمو الجسمي والنفسى بصورة طبيعية ، أما إذا جاء تأخر العلاج فقد تزول الأعراض الجسمية ، ويظل التأخير العقلي ، نظراً لما يُصيب الخلايا العصبية من خلل كبير جداً خلال السنة الأولى من العمر ، وبالتالي فنمو الذكاء والحالة النفسية للفرد تحتاج لوجود هرمون الثيروكسين في الدم بكمية مناسبة في خلال السنوات الأولى حتى لا يُصاب الطفل بهذا التخلف العقلي الشديد.

٥- الجنس:

توضح بعض الدراسات أنه تزداد نسبة التخلف العقلي عند الذكور بصورة أكثر وضوحاً من الإناث، كما أن الفروق في الذكاء عند الذكور تزداد وتقل عند الإناث.

٦- الحاجات الأساسية للأفراد المعاقين ذهنياً :

١- الحاجة إلى الأمان وال الحاجة إلى الانتماء:

إن الفرد المعاق يتعرض للعديد من المواقف المحبطة التي يفشل فيها مما يجعله يشعر بالخيبة لأنّه عجز عن القيام بما هو مطلوب منه في المواقف المختلفة، كل ذلك لا يجعله يشعر بأنه عضو مرغوب فيه في المجتمع الذي يعيش فيه بل إنّ الجماعة التي قد يوجد فيها قد تسخر منه بسبب عجزه وكثرة فشله وقصوره في أداء ما يُطلب منه وطبعي أن ذلك يجعله في حاجة إلى الأمان والانتماء إلى جماعة تحسن التعامل معه.

٢- الحاجة إلى العمل والنجاح:

من البديهيات أن الفرد يشعر بالسعادة والفرح عندما يقوم بعمل ما إلا أن المحيطين بمعاق لا يجعلونه يشعر بهذه السعادة لأنهم لا يطلبون منه أداء عمل يتناسب مع قدراته واستعداداته ويتحقق له الشعور بالسعادة والرضا عن النفس نتيجة لنجاحه في أداء هذا العمل، بل أن المحيطين بالفرد المعاق ينظرون إليه على أساس أنه أقل منهم في المهارات وهذا بدوره يجعل المعاق يشعر بعدم التكيف مع المجتمع المحيط به ، ومن مظاهر عدم التكيف التي قد تظهر لدى المعاق.

- العزلة والانطواء الاجتماعي.

- العداون وأخذ أشكال متعددة مثل العراك، عدم تناوب السلوك مع الموقف الموجود فيه.

٧- نظرة سريعة إلى جهود العلماء في تنمية قدرات الأفراد المعاقين عقلياً:

*- أعمال سيجان:

كانت تعتمد نظرية سيجان في التعليم على فروض عصبية فسيولوجية وقد فرق سيجان بين نوعين من المتخلفين عقلياً.

أ) سطحي.
ب) عميق.

النوع الأول يضعف أو يتلف الجهاز العصبي السطحي أما النوع الثاني فينشأ عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي وأنه لتعليم أو تدريب هؤلاء الأفراد اعتقد "سيجان" أنه لو درب الجهاز العصبي السطحي تدريباً خاصاً عن طريق تدريب العضلات والحواس. وإحداث صدمات بسيطة لخلايا الجهاز العصبي المركزي اعتبر "سيجان" أن اللمس هي أول وأهم حاسة يجب تتميّتها وقد أدرك أن كلام ضعاف العقول هو أصعب المهارات اكتساباً بالنسبة لهم.

* - أعمال منتوري:

كانت ترى أن مشكلة الفرد المختلف عقلياً هي قبل كل شيء مشكلة تربوية أكثر منها طبية.

كان حجر الزاوية في طريقة ما روى منتوري هو تعليم الفرد لنفسه بنفسه فنوادي النشاط والأدوات الازمة لها أعدت ونظمت بصورة تمكن الفرد من أن يعلم نفسه بينما يتتحى المدرب جانباً ويظل سلبياً يشرف على هذا النشاط ويتم هذا التعليم الذاتي بواسطة أدوات ملموسة.

* - Descoedres

كانت ترى أنه من الضروري تمية معارف المعاق عن طريق الإدراك وتدريب الحواس ، وكما أكدت على صفة النفعية أو الوظيفية للتعلم فهي بصفة اعتقاداً كبيراً بضرورة استخدام النشاط المتعلم في الحياة الواقعية إذا أردنا للتعلم أن يحدث ويصبح ذا فاعلية في حياة هؤلاء الأفراد.

وتتعدد طرق تعليم هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً على النحو التالي:

١- اتباع طرق تربوية خاصة وعلجية مع الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة للإصابة في المخ (ستروسبيس).

٢- ضرورة الاهتمام بإعدادهم مهنياً وتوجيههم وإرشادهم وتدريبهم على العمل الذي يلائمهم بواسطة برامج تعد لذلك الغرض (هنجر فورد).

٣- ضرورة العمل على تدريب الحواس وتنميّتها وأن تكون طريقة تعليمهم عن طريق الحواس (سيدرس).

٤- تبسيط منهج الدراسة العادية بحيث يتلاءم مع إمكانيات الأطفال المعاقين عقلياً (إنسكيب).

٥- الاهتمام بالمواد العلمية في المدرسة مثل التدبير المنزلي وأشغال الخشب مع ربطها بالمواد الدراسية حتى تكون طريقة التدريب أكثر فعالية في تعليم هذه الفئة من الأطفال (دنكان).

- ٦- استخدام طريقة وحدات الخبرة في تعليمهم (إنجرام).
- ٧- مراعاة الفروق الفردية في تعليم هذه الفئة من الأطفال وهذا لا يعني بالضرورة تعليم هؤلاء الأطفال فرديا إنما مواعدة التعليم للحاجات الفردية لكل طفل سواء كان التعلم في مجموعات أو مع الأفراد (سيدرس).

نظرة تاريخية لرعاية المتخلفين عقلياً:

لم تكن النظرة العلمية نحو الضعف العقلي سائدة قبل القرن التاسع عشر ولكن بعد ذلك أدرك الأطباء أن الضعف العقلي مرض يمكن أن يعالج، كما تعالج مظاهر الإعاقة نحو أعضاء الجسم وكانت البداية على يد إتارد Itard في فرنسا في بداية القرن التاسع عشر:

- على أن الطريقة التي اتبعها أتارد أخذها سيجون Seguin فيما بعد وعمد على تطويرها وتحسينها وأنشأ سيجون أول مدرسة خصصت لتعليم ضعاف العقول عام ١٨٣٧.

- كانت أكثر النتائج تشجيعاً بالنسبة لأبحاث سيجون تلك التي أسفرت عنها المجموعة من الدراسات التنبغية على الأطفال التي تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٠ - ٧٠ (فئة المورون)، ولقد أوضحت النتائج أن معظم الأطفال من هذه الفئة استطاعوا أن يحيوا حياة عادية بعد إعطائهم تربيناً خاصاً على الرغم مما كشفت عنه اختبارات الذكاء من أنهم يعانون من ذكاء منخفض ولكن التدريب المكثف الذي تم على يد الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيين النفسيين قد أسفر عن هذه النتيجة ، والعناصر التالية توضح المبادئ والشروط التي يجب مراعاتها عند التعامل مع الأفراد المتخلفين عقلياً، وقد حاولت أن اختصرها إلى أكبر قدر ممكن:

- أن تقوم البرامج المختلفة للتدريب على أساس استعداداتهم وميولهم.

- أن تكون المواد التعليمية التي تعطي لهم هم أطفال سهلة ومجسمة ومرتبطة بالبيئة.

- تخطيط جيد يساعد على القضاء على السلوك غير المرغوب فيه.

- تشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم وأن يحلوا المواقف المشكلة بأنفسهم.

- تنويع طرق العمل معهم حتى لا يصابوا بالملل والضيق.

- العناية الفردية للمدرب أو للمعلم في الفصول الخاصة بالأفراد المعاقين.

- أن يستخدم دائماً العبارات التي تشجع حتى يشعر بالثقة بالنفس.

- العمل على خروج الأطفال المنعزلين والمنطوين منهم بشتى الوسائل.

- تجنب أسلوب العقاب البدني أو اللفظي.



- عدم إظهار مشاعر السخط والضيق عندما يفشلوا في أداء عمل معين.
إن هذه العناصر تضمن لنا أن يتافق المختلف عقلياً مع المجتمع ويتكيف معه ويقصد هنا بالتوافق أن يستطيع المختلف عقلياً أن يتعامل مع الموقف الموجود فيه دون إشراف أو تحكم من شخص آخر، وأن يكونوا معتمدين على أنفسهم فقط.

ـ التخلف العقلي:

تلاحظ عدد من الأسر بعض العلامات الدالة على التخلف العقلي وهي تقسم إلى:

أ) أعراض عامة.

ب) أعراض جسمية.

ج) أعراض عقلية معرفية.

د) أعراض اجتماعية.

هـ) أعراض انفعالية.

=الأعراض العامة وهي:

- تأخر في النمو العام.

- قصر متوسط طول العمر.

- العجز عن المحافظة على الحياة.

- جمود ورتابة السلوك.

- القابلية والتعرض للإصابة بالأمراض.

- العجز عن كسب أو العمل في كثير من الأحيان.

- ظهور المستوى الغريزي بكثرة.

- نقص القدرة على ضبط السلوك وتعديلها.

ـ الأعراض الجسمية:

- بسط النمو الجسمي.

- نقص حجم وزن المخ.

- تشوه الأذن والعينين والأسنان.

- بسط النمو الحركي.

- ضعف واضطراب النشاط الحسي.
- صغر الحجم والوزن عن العادي.
- تشوه شكل وتركيب الجمجمة.
- تشوه الأطراف.

- تأخر الحركة واضطراباتها.

٨- الأعراض العقلية المعرفية:

- بسط النمو المعرفي.
- نقص الذكاء عن ٧٠٪.
- عدم توافق القدرات.
- ضعف الانتباه والتركيز.
- قلة التخيل والتصور.
- ضعف الكلام والذاكرة.
- ضعف الإدراك والتعتميم.
- ضعف التحصيل الدراسي.

٩- الأعراض الاجتماعية:

- صعوبة التوافق الاجتماعي.
- نقص الميول والهوايات.
- عدم تحمل المسؤولية.
- اضطراب مفهوم الذات.
- اضطراب التفاعل الاجتماعي.
- الانسحاب والعدوان.
- عدم الاهتمام بالمعايير الاجتماعية.

١٠- الأعراض الانفعالية:

- التقلب والاضطراب الانفعالي.
- سرعة التأثر.
- سوء التوافق الانفعالي.
- بسط الانفعال وغرائبه.
- عدم تحمل القلق والإحباط.
- عدم اكمال الانفعالات وتهذيبها.
- قرب رد الفعل من المستوى البدائي.

ولقد أوضحت العديد من الدراسات أثر وجود طفل مختلف عقلياً على الأسرة وقد أشارت النتائج إلى:

- ١- ترداد الروابط بين الزوجين إذا كانت العلاقة فوية.
- ٢- تفکك الروابط بين الزوجين سبب قدوم الطفل.
- ٣- ترضي بعض الأمهات بقدوم الطفل المختلف عقلياً.
- ٤- تجعل بعض الأسر الأخت الكبرى إن وجدت أم صغيرة للطفل المختلف.

ذلك يحتاج الطفل عقلياً إلى:

- ١- تنمية قدراتهم ومهاراتهم الحركية والعضلية وتدريبهم على حسن استخدام أعضائهم الجسمية في مرونة ويسر مثل مزاولتهم لأعمال الصلصال والأعمال اليدوية.
- ٢- يحتاج الطفل المختلف عقلياً إلى من يعلمهم الحياة الاجتماعية ويدربهم على اكتساب العادات الأساسية وأن يجعلهم متقبلون في المجتمع المحيط لهم حتى يكتسبوا السلوك المرغوب فيه.
- ٣- يجب عمل برامج تعليمية خاصة حتى يمكنهم التحصيل والاستيعاب بقدر إمكانياتهم فقد ينجحوا في تعلم المبادئ الأولى للقراءة والكتابة.
- ٤- العمل على تقوية وتنمية القدرات المعرفية واللفظية لدى الطفل المختلف عقلياً حتى تصل إلى أقصى مدى لها.

* - رعاية وتعليم حالات متلازمة (داون) بين التوجّه الطبي الوراثي - والتربوي الخاص :

(١) حقائق عن متلازمة "داون":

إن الأفراد الذين ينتهيون إلى هذا العرض هم "أفراد" لهم خصائص بدنية مميزة ، وربما تكون أهم هذه الخصائص المرتبطة باهتمامنا بهم هي الخصائص العقلية والمعرفية المحدودة، والتي يرجعها كثير من العاملين في مجال الوراثة والطب إلى كروموزوم شاذ زائد (٢١) أو ما يشابهها من الحالات التي قد ينتج عنها درجات متنوعة من الإصابة ، ومن ثم فإن الفروق الفردية بينهم هي نفسها مجال للدراسة والتقييم الشامل.

ولسوف نقتصر هنا على سرد موجز للحقائق التي ذكرها سيجفريد Siegfried في دليل معهد Institute of National Down Syndrome Education and Research, Texas (1996)

إن النسبة المئوية لانتشار عرض "داون" تقع بين ١ : ١٠٠٠ أو ١٠٠٠٠ من المواليد الجدد، وقد تختلف تلك النسبة لأسباب بحثية، أو حضارية أو فروق بين المجتمعات، فمثلاً هناك ٢٥٠٠٠٠ أسرة في الولايات المتحدة يتأثرون فعلاً بوجود حالات عرض "داون" بين أفرادها.

(٢) كيف ينمو أطفال متلازمة "داون":

عادة ما يكون أطفال متلازمة "داون" أصغر حجماً، وأن نموهم البدني والعقلي أبطأ مما هو في الأطفال العاديين من نفس السن، وأن معظم أطفال متلازمة "داون" يكون قصورهم العقلي يتراوح بين المستوى البسيط والمتوسط، وعلى أية حال فإن هناك حالات لا يكون لديها تخلف عقلي، أو أنها تكون في المستوى البيني، بينما تكون بعض الحالات مستواها شديد التخلف.

وباختصار فإن هناك تباين كبير في القدرات العقلية والمعرفية بين أفراد الفئة، كما أن هناك تباين في استجاباتهم للتنمية العقلية.

وبالنسبة للنمو الحركي فإن الطفل بطيء أيضاً، فالطفل العادي يسير فيما بين عمر ١٢ - ١٤ شهراً، وكل الأطفال هنا في هذه الفئة عادة ما يتعلمون السير فيما بين ١٥ - ٣٦ شهراً، كما أن النمو اللغوي لديهم من الواضح أن يتأخر ويضطرب في كثير من الأحوال.

ومن ثم فإنه من المهم أن نؤكد أهمية الرعاية والإثراء في حياة المنزل والأسرة، والتدخل المبكر، وتكثيف الجهود التربوية، وهي التي يكون لها آثار إيجابية أكيدة على نمو الطفل.

(٣) ما هي الملامح البدنية في طفل متلازمة "داون":

بالرغم من أن الأفراد من عرض "داون" لهم خصائص بدنية مميزة لهم، فإنهم بوجه عام يشبهون الفرد "المتوسط" في المجتمع المحلي، أكثر من كونهم مختلفين عن الناس الآخرين.

إن الخصائص الجسمية قد تبدو ذات أهمية للطبيب، في تشخيصه الطبي، ولا توضع أوزان أكثر من اللازم عليها في التقييم النهائي، فليس لدينا طفل متلازمة "داون" يكون لديه كل الأعراض، فالبعض يكون لديه بعض الأعراض والبعض الآخر قد يكون لديه معظم الأعراض.

فبعض الأعراض تتضمن تقطّع مؤخرة الرأس، ميل وانحدار الحاجب، ثنيات صغيرة في الركن الداخلي للعينين، حاجز أنفي منزق depressed nose، آذان صغيرة نوعاً، فم صغير، حركة عضلية قاصرة الانعكاس، حركات فقرية ligaments loss سائية، كف يد وقدم صغير، ٥٥٪ منهم يكون لديه خط واحد في كف اليد عرضياً، غالباً ما يوجد فجوة بين أصبع القدم الأول والإلbow، وبالتالي له؛ وغيرها من الأعراض غير المذكورة أعلاه (عادة لا تسبب أي عجز أو قصور في الطفل).

(٤) أنماط الشذوذ الكروموزومي في حالات متلازمة "داون":

يوجد ثلاثة أنماط رئيسية من الشذوذ الكروموزومي في هذه الحالات:

أ- إن الغالبية العظمى من أطفال متلازمة "داون" (حوالي ٩٥٪) يكون بها كروموزوم إضافي (٢١)، فالحالة العادية يكون ٤٦ كروموزوم في كل خلية، أما الفرد من متلازمة "داون" يكون لديه ٤٧ كروموزوم، وتسمى هذه الحالة بالكروموزوم (٢١) الثلاثي.

ب- إن النمط الثاني يسمى بالمحول – المنقول Translocated حيث يكون الكروموزوم الزائد منتقل إلى كروموزوم آخر، وعادة ما يكون على الكروموزوم ١٤، ٢١، ٢٢، فإذا ما وجدنا هذه

الحالة في طفل من متلازمة "داون" فإنه من المهم أن نفحص كروموزومات الوالدين حيث أن ١/٣ الحالات يكون أحد الوالدين حاملاً الكروموسوم الإضافي المنتقل، وهذه الحالات من الكروموزومات قد توجد في ما بين ٣ - ٤% من أفراد حالة متلازمة "داون".

ج- توجد حالة كروموسوم شاذة أخرى، وهي ما يسمى الموزايبك، وتلاحظ هذه الحالات في ١% من أفراد حالة متلازمة "داون"، وفي هذه الحالة فإن بعض الخلايا يكون بها ٤٧ كروموسوم، والبعض الآخر من الخلايا يوجد به ٤٦ كروموسوم، إن حالة الموزايبك يتحمل أن تكون ناتجة عن خطأ ما في انقسام الخلية بعد بداية الحمل.

(٥) مسببات حالة متلازمة "داون":

وبالرغم من ظهور العديد من النظريات، إلا أنه ليس معلوماً بالتأكيد الأسباب الحقيقية لعرض "داون". فيعتقد المهنيين أن الشذوذ الهرموني، أشعة X، عدو المسالك التنسالية، مشكلات المناعة بالجسم، أو الاستعداد الوراثي ربما تكون كلها أو إحداها السبب في عدم حدوث انقسام الخلايا بالطريقة الصحيحة، ومن ثم ينتج عن الحالات متلازمة "داون".

ومن المعلوم منذ فترة من الزمن أن خطر احتمال حدوث حالة متلازمة "داون" في الطفل - تحدث- كلما كان سن الأم أكبر، أي أنه كلما زاد عمر الأم عند الحمل - كلما زاد احتمال أن يأتي طفلها من متلازمة "داون".

وعلى أية حال فإن معظم مواليد متلازمة "داون" (أكثر من ٨٥%) ولدوا لأمهات أقل من ٣٥ سنة في العمر، إن بعض الباحثين يقررون أن الآباء الكبار في السن أيضاً ربما يؤدون لنفس المخاطرة بإنجاب طفل متلازمة "داون".

والآن فإنه من المعروف، أن الكروموسوم الشاذ الزائد (٢١) ربما يأتي من الأم أو من الأب، ولكنه في معظم الأحوال يأتي الكروموسوم الزائد من الأم.

(٦) ما نوع المعلومات المطلوبة للوالدين أثناء الإرشاد الوراثي:

تردد نسبة الخطر لدى الوالدين الذي يأتي لهم طفل من متلازمة "داون" في حمل الأم، فنسبة احتمال تكرار طفل آخر من متلازمة "داون" تصبح ١% في حالة الكروموسوم (٢١) الثلاثي، أما إذا كان الطفل لديه كروموسوم منتقل أي أن أحد الوالدين يحمل هذه الصفة، فإن المخاطر بولادة طفل مماثل تزداد أكثر، أن المخاطرة الحقيقة تعتمد على نمط الانتقال ومكانه وما إذا كانت الصفة محمولة بواسطة الأب أو بواسطة الأم.

(٧) الاهتمامات الصحية الملاحظة في حالات متلازمة "داون":

يحتاج طفل متلازمة "داون" الرعاية الصحية المناسبة، مثل أي طفل آخر، إن طبيب الأطفال وطبيب العائلة يجب أن يكونوا قريين من الطفل وحفظ صحته في مستوى جيد، عن

طريق الفحوص الدورية، تقوية المناعة، الاستجابة السريعة للاحتياجات الصحية الطارئة، وتقديم الدعم والإرشاد للأسرة، وعلى أي حال فإن هناك مواقف وحالات تحتاج الرعاية الخاصة والمختصة مثل:

أ- أن ٦٠% من أطفال متلازمة "داون" لديهم قصور سمعية، ومن ثم فإن أخصائي السمع ربما يكون تقديرهم للحالة مطلوباً منذ وقت مبكر في حياة الطفل، وعلى أن تكون المتابعة في أوقات متقاربة، مع تقديم الدعم المناسب والأدوات التعويضية المناسبة مع الإرشاد المناسب في ذلك المجال.

ب- أن ٤٥% من أطفال متلازمة "داون" لديهم أمراض قلب تكوينية، فربما تجرى عمليات في الوقت المناسب، ويحتاجون إليها ومن أجلها إلى رعاية طبيب قلب، علاوة على ضرورة استمرار وجود طبيب أطفال.

ج- تكثر حالة الشذوذ في الأمعاء في هؤلاء الأطفال، مثل حالات الانسداد، صغر المثانة، أو صغر الانتي عشر، وصغر فتحة الشرج وغيرها، ولذلك فإن الرعاية الدائمة والملاحظة المستمرة يكون لها فوائد جمة في سلامة أداء وظائف الجهاز الهضمي.

د- تزداد لديهم نسبة المشكلات البصرية، ٣% منهم لديهم كataract ويحتاجون إلى إزالتها، والحوال، وقصر النظر، وطول النظر، وغيرها من الحالات التي تحتاج رعاية مستمرة وتصحيح أو تدخل جراحي عند اللزوم.

هـ- اضطرابات التغذية: إن بعض هؤلاء الأطفال والذين لديهم مشكلات قلبية خطيرة غالباً ما يفشلون في الاستجابة لمستوى تغذية مناسبة ويظهر هذا على تكوينهم وبنائهم الجسمي في الطفولة المبكرة، وعلى الجانب الآخر فإن السمنة تلاحظ في سن المراهقة وأوائل الرشد، ويمكن علاج هذه الحالات كلها بالإرشاد الغذائي وتنقية الوجبات والمتابعة المستمرة.

و- أن ١٥% منهم لديهم اضطرابات في الغدة الدرقية وغالباً ما يكون قصوراً في الوظائف، ومن المهم أن نتعرف على هذه الحالات منذ وقت مبكر حتى نستطيع تحجيم تأثيرات الحالة على الجهاز العصبي المركزي ووظائفه.

ز- المشكلات في الهيكل العظمي: تزيد هذه المشكلات لدى أطفال متلازمة "داون" وتتضمن اضطرابات تكوينات وإزاحة الركبة، إزاحة الفخذ، وعدم استقرار بعض الفقرات بالرقبة (عظمتي الرقبة ١، ٢ غير مرتبطين بأحبال عضلية وعصبية متينة) Atlantoaxial وهذه الحالة منتشرة بين حوالي ١٥% من أطفال متلازمة "داون"، وأن معظم هؤلاء الأطفال قد لا يشعرون بها أو لا تمثل مشكلة رئيسية لهم، ولكن ٦% منهم قد يحتاجون إلى عمليات تدخل في الرقبة.

ح- بعض الأعراض الأخرى: مثل مشكلات المناعة العامة في الجسم، اللوكيميا، مرض الزهايمر، النوبات، اضطرابات النوم، الأمراض الجلدية، كلها أعراض وأمراض خاصة تحتاج الملاحظة والرعاية والتحويل إلى خدمات تخصصية ومتابعة.

* - ثانياً: العوامل المؤدية للإصابة بالضعف العقلي:

هناك الكثير من التصنيفات التي حددت العوامل المسببة للتخلُّف العقلي وتباينت من حيث الشكل دون المضمون وتقسيماتها من حيث نوعية العوامل وليس طبيعتها .. فهناك اتجاه يهتم بتحديد طبيعة تأثيرها "وراثية - مكتسبة - وراثية ومكتسبة .." بينما يوجد اتجاه آخر يحدد تلك العوامل من حيث المراحل التي يمر بها الطفل ويطلق عليها عوامل مرحلية "أثناء الحمل - أثناء الولادة - بعد الولادة - تتبعية...".

وفيما يلي نستعرض العوامل الرئيسية للضعف العقلي حيث يقسمها العلماء إلى طائفتين:

- ١- ضعف عقلي أولى أو وراثي.
- ٢- ضعف عقلي ثانوي أو مكتسب.

١] العوامل الوراثية المؤدية للإصابة بالضعف العقلي نوجزها فيما يلي:

* إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أكسيد الكربون.
* تكوين الخلايا وتحدث نتيجة التغيرات التلقائية التي تطأ على الجينات التي تحمل الصبغيات وتعترف هذه التغيرات بالطفرة العاملية حيث ينشأ عنها وجود صفات جديدة بالنوع تنتقل من جيل لآخر.

* اختلاف دم الأم عن دم الطفل H.R وقد ثبت أن في حالة أم سالبة وأب موجب قد يؤدي إلى وفاة الجنين في رحم الأم أو تصاب خلايا المخ مما يترب عليه حالة التخلُّف العقلي.

* تجمع عنصر النحاس بكميات غير طبيعية في المخ ويكون ذلك نتيجة إدخال الإنزيمات التي تؤثر في الجهاز العصبي وخاصة من حيث التفاعل الكيماوي والعمليات الكهربائية في المخ.

* خلل في قدرة الجسم على التمثيل الغذائي للبروتين ينتقل عن طريق الوراثة من الآباء للأبناء وهذا يؤدي إلى تخلُّف عقلي إذا لم يكتشف ويعالج في الأسابيع الأولى من ميلاد الطفل.

٢] العوامل المكتسبة المؤدية للإصابة بالضعف العقلي:

وهي تلك العوامل التي تتصل ببعض الأمراض التي تصيب الأم أثناء فترة الحمل والتي تؤدي بدورها إلى بعض الاضطرابات في تركيب الخلايا التي تسبب التخلُّف العقلي أو تصيب الطفل أثناء عملية الولادة وأيضاً العوامل التي يتعرض لها الطفل بعد الولادة .. وفيما يلي نستعرضها باختصار:

أ) عوامل تتعرض لها الأم الحامل وتؤثر على الجنين:

* إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الأولى من الحمل.

* تسمم البلازمـا.

* إصابة الأم بمرض الرهـي خلال مراحل نمو الجنين المتأخرة وذلك نتيجة ما يفرزه المرض من ميكروبات.

* نقص الأكسجين أثناء فترة الحمل يؤدي إلى تلف أغشية المخ.

* تعرض الأم الحامل لبعض الإصابات الداخلية كالسقوط أو وجود الجنين في موضع غير عادي في الرحم، بالإضافة إلى حدوث رضوض وصدمات بدماغ الجنين بما يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ.

* تعرض الأم الحامل للإشعاعات إكس والإشعاع النووي وغيرها من الإشعاعات .. حيث لها تأثير ضار على خلايا المخ.

ب) عوامل يتعرض لها الطفل أثناء عملية الولادة:

* الإصابات التي تصيب رأس الجنين وتحثـت نتيجة استخدام الأجهزة أو الأدوات الطبية لتسهيل عملية الولادة.

* الولادة المبتسرة حيث يولد الطفل ناقص الوزن والنـمو مما يزيد قابلـته للإصابات المباشرة بالأـمراض.

* زيادة نسبة الصفراء.

* نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة حيث أن النـقص إذا استمر أكثر من ثلاثة دقائق يؤدي إلى تلف خلايا المخ.

ج) عوامل يتعرض لها الطفل بعد الولادة:

* الالتهابـات المخـية الناتـجة عن إصابـات بكتيرـية أو فيـروسـية أو نـقص الفـيتـامـينـات بالـجـسـم لـمـدة طـوـيـلة.

* اضطرابـ الغـدد الصـماء وـنـقص إـفـراـزـاتـها كـاضـطـرـابـ الغـدـة الدرـقـية وـالـغـدـة النـخـامـية.

* التـسمـم يـحدـث نـتيـجة تـناـولـ العـقـاقـير بـطـرـيقـة خـاطـئـة أو تـناـولـ بـعـضـ المـوـادـ الكـيـميـائـية أو التـسمـمـ بالـرـصـاصـ وـغـيـرـهاـ منـ المـوـادـ الـتـيـ لـهـ تـأـثـيرـ ضـارـ عـلـىـ الجـهـازـ العـصـبـيـ المـركـزيـ.

* إـهمـالـ عـلاـجـ الطـفـلـ عـنـ إـصـابـتـهـ بـبـعـضـ الـأـمـرـاـضـ كـالـسـعـالـ الـدـيـكـيـ وـالـحـمـىـ الـقـرـمـيـةـ وـالـحـصـبـةـ وـالـحـمـىـ الشـوـكـيـةـ.

* الإـصـابـةـ بـالـصـرـعـ.

* الـحوـادـثـ وـالـإـصـابـاتـ حـيـثـ يـسـقطـ الطـفـلـ رـأـسـهـ فـيـ الشـهـورـ الـأـوـلـىـ أوـ تـرـطمـ الرـأـسـ بـجـسـمـ صـلـبـ بـمـاـ قـدـ يـؤـديـ إـلـىـ إـيـذـاءـ الـجـهـازـ العـصـبـيـ.

وبصفة عامة هناك اتجاه حديث يرى أصحابه أن الذكاء ظاهرة ضمن ظواهر النمو تتطور تبعاً لمدى ما يتعرض له الفرد من فرص تعليمية وعليه فإن المستوى العقلي للطفل يعتمد على وجود البيئة المناسبة.

والخلاصة .. نرى ضرورة أن نتخذ الاتجاه التكاملـي في تحديد أسباب التخلف العقلي وأن يحمل التشخيص كافة العوامل والمسـيبات نظراً لطبيعتـها كـلـاً من العوامل الوراثـية والبيئـية.

* **ثالثاً: السمات والخصائص العامة لفئات الضعف العقلي:**

نوضح فيما يلي السمات العامة للمتخلفين عقلياً وذلك لارتباطها المباشر بأساليب وبرامج الرعاية الخاصة لهذه الفئة وأيضاً من خلالها يتحدد دور الأخصائي الاجتماعي عند عملـيه مع أفراد هذه الفـئة.

هذا ونود الإشارة إلى أن هناك تداخل فيما يتعلق بهذه السمات بين المتخلفين عقلياً وبين الأسوـيات .. أيضاً أنه ليس من الضروري أن تتوارد كل هذه السمات في كل فـرد من المـتخـلفـين عـقـليـاً بل هناك تـقاـوتـ في مـدى وـضـوحـ هـذـهـ السـمـاتـ لـدـىـ أـفـرـادـ هـذـهـ الفـئـةـ.

١] السمات والخصائص الجسمـية:

يتـسمـ هـؤـلـاءـ الأـطـفـالـ المـتـخـلـفـينـ عـقـليـاًـ بـقلـةـ نـموـهـ الجـسـميـ وـالـحـرـكيـ وـفـيمـاـ يـليـ تـوضـيـحـ أـهـمـ هـذـهـ السـمـاتـ:

- * الميل للقصر والسمنة مع عدم التناسب بين الوزن والطول.
- * شذوذ وتشوه في الشكل الخارجي للجسم وكذلك في الأطراف.
- * وجود عجز بيولوجي وخاصة في الجهاز العصبي.
- * بطء في النمو الحركي عموماً سواء في الجلوس أو المشي حيث تتأخر عمليات النمو لديهم فمثلاً لا يبدأون المشي قبل بلوغهم ٣ سنوات ولا يبدأون الكلام وضبط الإخراج قبل بلوغهم الرابعة من العمر.

- * لديهم نقص في حجم وزن المخ عن المتوسط الطبيعي للعاديـنـ.
- * النطق والكلام بطيء ومخارج الألفاظ غير واضحة.
- * انعدام الشم والتذوق أحياناً.
- * البلوغ يكون مبكراً إلا أن هناك ضعف واضطراب في النشاط الجنسي.
- * القابلية للتعرض للإصابة بالأمراض نسبـةـ عـالـيـةـ بـيـنـهـمـ وبـالتـالـيـ مـتوـسـطـ العـمـرـ لـدـيـهـمـ منـخـفـضـ.
- * قلة عدد الخلايا العصبية عند المـتـخـلـفـينـ عـقـليـاًـ حيث تصلـ إلىـ ٣ـ مـلـيـونـ خـلـيـةـ فيـ حـينـ تـبـلـغـ ٤ـ مـلـيـونـ عـنـ الشـخـصـ العـادـيـ.
- * لـوـحظـ زـيـادـةـ إـفـرـازـ الغـدـةـ المـخـيـةـ التـيـ تـسـبـبـ نـمـوـ العـظـامـ وـأـيـضاـ الغـدـةـ الدـرـقـيةـ.

٢] السمات والخصائص العـقـليـة:

* انخفاض معدل النمو العقلي لدى المختلفين عقلياً إلا أنه يمر بنفس مراحل النمو للطفل العادي.

* يعني من نقص في التمييز.

* يعني من عجز في قدرته على التصور حيث لا يمكنه إعطاء صورة دقيقة لما يراه فالتأمل الباطني ضعيف دليه.

* القدرة على التخيل ضعيف وتفكيره ساذج وذلك نظراً لقلة معلوماتهم ونقص خبراتهم.

* القدرة على الانتباه والتركيز ضعيفة وهم يحتاجون دائماً لمثيرات قوية لتجنب انتباهم.

* القدرة على التذكر ضعيفة حيث هم كثيرو النسيان .. قدراتهم على التفكير فاقرة خاصة بالنسبة للمعاني.

* التداعي عندهم يشبه التداعي الحر عند الطفل حيث يسترسلون في أحاديث عديمة الفائدة والقيمة.

* قدرتهم على الملاحظة الدقيقة أو المقارنة أو التفضيل بين الأشياء ضعيفة وهي ترتبط بقلة معلوماتهم وضعف خبراتهم وضآللة أفكارهم.

٣] السمات والخصائص الانفعالية والنفسية:

عاني أفراد هذه الفئة من اضطرابات انفعالية ونفسية معقدة ومتتشابكة منها على سبيل المثال:

* تقلب المزاج وسوء التوافق والاستقرار الانفعالي حيث منهم من يميزه بطء الانفعال أو سرعته.

* يتسم غالبيتهم بالخجل - الخوف - الأنانية - الانسحاب - التكامل - الاعتماد على الآخرين - الاتجاه العدائي لدى بعضهم - حب الاستطلاع الزائد - التسرع والنشاط الزائد - العصبية - سهولة الاستثناء - القابلية للاستهواء - الإحباط السريع - الانطواء - اضطراب الحالة المزاجية.

* بعضهم يبدو لديهم ميول انتحارية.

* قد تدفع غريزة اعتبار الذات الدرجات العليا منهم "المورون" إلى محاولة السيطرة والعناد.

* أحياناً تبدو لديهم مخاوف مرضية من بعض الحيوانات ومن الظلام.

٤] السمات والخصائص الاجتماعية والأخلاقية:

* المثل العليا والاستجابات الأخلاقية لديهم منخفضة لأن رغباتهم قريبة من المستوى الغريزي.

* لا يمكنهم التحكم في رغباتهم ويميزهم أحياناً الاندفاع دون تعقل وهذا ما يفسر وجود الانحراف الجنسي بينهم.

* تعاني هذه الفئة من انخفاض القدرة على التعامل مع المشكلات والآراء الاجتماعية التي يتعرضون لها مما يصيبهم بالإحباط والإحساس بالفشل.

- * تعاني من ضعف الكفاية الاجتماعية لديهم متمثلة في عدم التوافق الاجتماعي واضطراب التفاعل الاجتماعي والميل إلى مشاركة الأصغر سناً في النشاط الاجتماعي.
- * تعاني من ضعف الإرادة حيث يسهل انقيادهم للغير دون مقاومة غالبيتهم للاستهواء وسرعة التأثير فيهم وسهولة استخدامهم في أعمال انحرافيه ويساعد على ذلك عدم تقديرهم للمسئولية.
- * العدوانية والانطوانية تظهر نتيجة زيادة إفراز الهرمونات الخاصة بزيادة النشاط وفقدان توجيهه.
- * عدم الشعور بالذات نتيجة عدم قدرته على القيام بأدواره وعدم شعوره بقيمةه بالإضافة إلى وجود سمة التردد الزائد لديه نتيجة عدم قدرته على اتخاذ القرار وإدراك ذاته.

*** - رابعاً: المشكلات التي تواجه ضعيف العقل وأسرته:**

تتعدد وتتنوع المشكلات التي تواجه ضعاف العقول وفيما يلي عرض لأهمها:

١- المشكلات التعليمية:

سبق أن أشرنا أن هناك فئة واحدة "المورون" من فئات الضعف العقلي أفرادها قادرين على التعلم إلا أنه بطبيعة الحال يجب أن نُسلم بأن قدراته العقلية لا تساعد على التأقلم في التحصيل مع غيره من الأسواء حيث أن ما يتعلمها الطفل العادي في سنة واحدة يتعلمها الطفل ضعيف العقل فيما بين من ٢ - ٣ سنوات. كما يحتاج أفرادها لأسلوب خاص في التعليم وأدوات ووسائل تعليمية خاصة .. هذا مع العلم بأن أقصى تعليم يحصل عليه ضعيف العقل هو حتى السنة الرابعة الابتدائي .. ولذلك يجب ألا نركز معهم على التعلم فقط بل يحتاجون إلى تدريب من نوع معين.

٢- المشكلات الاقتصادية:

من أكبر المشكلات التي تواجه ضعاف العقول صعوبة إيجاد الأعمال التي توفر لهم الدخل الملائم وبذلك يصبح عالة على أسرته وعلى المجتمع .. ولذلك يجب تدريبهم على أعمال تعينهم على كسب العيش وذلك بشرط الإشراف المصحوب بالصبر والعطف والرغبة في مساعدتهم وأيضاً أن تكون الأعمال ليست في حاجة لابتکار أو تغيير، والملاحظ أن فئة "المورون" لو وجدت رعاية مناسبة يستطيع أفرادها إتمام عملية التدريب المهني بنجاح مع محاولة مساعدتهم لتوفير فرص عمل لهم.

٣- المشكلات القضائية:

ضعيف العقل إدراكه محدود وليس عنده بعد نظر .. هذا بالإضافة إلى سهولة استهواهم وانقيادهم لذلك يستخدمهم المجرمين كوسائل لتنفيذ الجرائم مثل سرقة المواشي وقيادتها في الريف أو حمل حقائب المخدرات أو استغلال الفتيات في الدعارة .. وهذا يتطلب من الدولة

حماية أفراد هذه الفئة من استغلال الخارجين عن القانون لهم وأيضاً أن تخفف مسؤوليتهم الجنائية لعدم إدراكهم لها.

٤ - المشكلات الاجتماعية:

أثبتت العديد من الدراسات بأن معاملة أسر المتخلفين عقليًا قد تتسم بالقسوة عليهم نتيجة شعورهم بالذنب تجاههم مما ينعكس على سلوكهم تجاه معاملتهم .. و البعض الآخر يتعاملون معهم بحرص زائد وحماية حيث يتم عزلهم عن المجتمع الخارجي للتخفيف من حد الشعور بالعار لديهم .. هذا بالنسبة للوالدين .. أما بالنسبة لأخوة المتخلفين عقليًا فمنهم من ينظرون إليهم نظرة عطف وإشراق دون محاولة تقديم أدنى مساعدة ممكنة لهم وآخرين يهملونهم ويتخلون عنهم بل وينظرون إليهم نظرة غضب باعتباره عنصر معوق في الأسرة.

ما سبق يتضح أن المخالف عقليًا يعاني من صعوبة تكوين علاقات مع أشقاءه كما أنه يفتقد لمن يشاركه في اللعب أو تعلم القيم المرغوب فيها.

*** خامساً: الرعاية الخاصة للمخالفين عقليًا:**

هناك آراء مختلفة تدور حول رعاية التخلف العقلي وأهمية المجهودات التي تبذل مع المخالفين عقليًا بالنسبة للفرد ذاته ولأسرته وللمجتمع.

وتختصر هذه الآراء في اتجاهين رئيسين:

الاتجاه الأول: يرى عدم جدو الرعاية والعلاج والتدريب والتعليم وذلك لعدم تحقيقها نتائج ملموسة حيث إن العلاج هنا خدمة الشفاء والتخلص من التخلف تماماً.

اما الاتجاه الثاني: ينادي بأهمية الرعاية والعلاج والتعليم والتدريب حيث من خلالها يحدث نسبة تحسن وارتقاء للمخالف، والتي مهما كانت درجتها بسيطة فهي تشجع على الاستمرارية حيث أنها تساعد على المخالف عقليًا على تحمل المسؤولية وترجعه من حيز الإعاقة التامة إلى الاعتماد على النفس جزئياً.

هذا ويمكن تعريف الرعاية الخاصة بالمخالفين عقليًا بأنها "تلك الجهد التي تبذل في علاج وتعليم وتأهيل وتشغيل المخالفين عقليًا بهدف حمايتهم وتوفير الحياة الإنسانية لهم وتنمية استعداداتهم وقدراتهم ومهاراتهم الجسمية والذهنية والاجتماعية إلى أقصى حد ممكن بالنسبة لإمكانياتهم .. وإعدادهم لممارسة الحياة الاجتماعية معتمدين على أنفسهم حسب استعداداتهم ويحصلون على عمل يعولون به أنفسهم ويشاركون بجهودهم حتى ولو كانت ضئيلة في تنمية مجتمعهم.

وفيما يلي نستعرض برامج الرعاية الخاصة لهذه الفئة مع التركيز على برامج الرعاية الاجتماعية.

١ - برامج الرعاية الطبية:

سبق أن ذكرنا أن هناك العديد من العوامل الوراثية والمكتسبة التي تسبب الضعف العقلي .. وأنه نظراً لتقديم البحث العلمي في المجال الطبي حيث تم التوصل على إمكانية القضاء على بعض أسباب الضعف العقلي فور الولادة بما يحقق نتائج ملحوظة ومن أمثلتها .

* حالات التخلف الناتجة عن فشل عملية التمثيل الغذائي لحامض الفينيل كيتون بوريما حيث إذا اكتشف مبكراً يتم تغذية الطفل بغذاء خاص لا يحتوي على هذا الحامض ويستمر ذلك حتى بلوغه السادسة من عمره أو أكثر حسب إرشادات الطبيب.

* حالات انحلال الدم الولادي: حيث يظهر نتيجة اختلاف فصيلة دم الجنين عن دم الأم، وينتج عن ذلك أجسام مضادة تعمل على فتك كرات الدم الحمراء لدم الطفل وتحولها إلى مادة صفراء تؤدي خلايا الدماغ .. وإذا تم اكتشافها فور الولادة يتم حقن الطفل خلال ٧٢ ساعة من ولادته بمصل لوقف تكوين الأجسام المضادة مع إجراء عملية تبديل دم الطفل، والناتج أثبتت نجاح هذا النوع من الحالات إذا تم اكتشافها وعلاجها خلال الأسبوعين الأولين من ميلاد الطفل.

أما بالنسبة لجهود الطب الوقائي الذي يعمل من أجل حماية الأبناء من الإصابة بالخلف العقلي حيث يتم ذلك من خلال تعاون كل من الطبيب والأخصائي الاجتماعي .. وفيما يلي نوجز جهود الطب الوقائي :

* توعية الشباب بضرورة فحص الراغبين في الزواج للتحقق من سلامية الزوجين وخلوها من الجينات المريض الفطرية والتأكد من تجانس فصائل الدم عندهما.

* تشجيعهم على الاعتراب في الزواج لتحسين النسل والتقليل من احتمالات التقاء الجينات المريضة.

* توعية الأمهات بخطورة الإنجاب بعد بلوغهن سن الأربعين حيث تكون نسبة التخلف مرتفعة نتيجة ضعف البويضة أو تلفها.

* توعية الأمهات بضرورة المتابعة الطبية أثناء الحمل وحرصها على عدم التعرض للحوادث التي تؤدي الجنين مع ضرورة تنظيم التغذية حتى نضمن سلامتها وسلامة الجنين.

* توعية الأمهات بضرورة فحص الطفل حديث الولادة دوريًا للكشف عن اضطرابات التمثيل الغذائي وعلاجها في الوقت المناسب.

* توعية الأمهات بالعناية بالصغار ووقايتها من الأمراض والتسمم بالمعادن "رصاص - زرنيخ - زئبق .." لأن هذا التسمم يتلف خلايا الدماغ.

* الاهتمام بتعميم المناطق المختلفة اقتصادياً وثقافياً واجتماعياً حتى لا تكون مناطق تفريخ للمتخلفين عقلياً.

٢- برامج الرعاية البدنية:

سبق أن أشرنا أن المتخلفين عقلياً يتأخرون في نموهم الحركي مما يظهر في ضعف مهاراتهم الحركية في الوقوف والمشي والجلوس والقفز وفي تناول الأشياء بالفك والتركيب والدفع الشديد .. ويرجع هذا التأخر لعدة أسباب منها:

* إصابتهم بأمراض جسمية وتشوهات خلقية وعاهات.

* سوء التغذية حيث غالباً ما ينتمي لأسرة متخلفة اقتصادياً وثقافياً.

* نقص فرص التدريب الحركي.

وغالباً ما تؤدي هذه العوامل إلى ضمور عضلات ضعيف العقل وتبييضها وضعف مهارات الحركية وانحراف قوامه.

ومن هنا تأتي أهمية الرعاية البدنية التي تتم بمعرفة متخصصين لوقايتهم من الترهل الجسمي ومساعدتهم على تنمية مهاراتهم البدنية .. وحتماً أن تنمية الجوانب البدنية سوف تساعدهم على تتميمتهم نفسياً واجتماعياً وتعليمياً وتأهيلهم.

٣- برامج الرعاية النفسية:

لا تهدف برامج الرعاية النفسية إلى شفاء المتخلفين عقلياً ولكن تهدف إلى مساعدتهم على تكوين نمط جديد من السلوك المقبول اجتماعياً والتخلص من الصراعات النفسية ومشاعر الإحباط .. وتركز برامج العلاج النفسي على ما يأتي:

* المساعدة في إزالة مخاوف الطفل نحو أسرته ومجتمعه وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة لديه عن المجتمع والناس.

* محاولة تخليص المخالف عقلياً من نزعاته العدوانية تجاه نفسه وتجاه الآخرين.

* العمل على زيادة ثقة المخالف في نفسه عن طريق توفير الأنشطة الحركية والذهنية التي يستخدم فيها قدراته ومهاراته بنجاح.

* مساعدة المخالف على تقبل ظروفه الذهنية والاجتماعية وتدريبه على تحمل الإحباط.

٤- برامج الرعاية التعليمية:

سبق أن ذكرنا أن هناك فئة واحدة "مورون" من فئات الضعف العقلي أفرادها قادرين على التعليم وتبلغ نسبتهم ٧٥٪ من إجمالي عدد المخالفين عقلياً وهي نسبة لا يُستهان بعدها حيث إنها تمثل الغالبية، ومن المعروف أن المخالف عقلياً يختلف عن الإنسان العادي في معدل نموه الذهني وفي المستوى الذي يتوقف ارتقاوه عنده. حيث أن دهن المخالف عقلياً ينمو ببطء وهذا الاختلال في النمو الذهني بين العادي والمخالف يؤدي إلى الاختلاف بينهما في سرعة التحصيل الدراسي وأيضاً في مستوى العمليات الذهنية التي يتعلمها كل منهما ولذلك فالمخالف عقلياً يحتاج لكي يتعلم الالتحاق بمدارس خاصة "مدارس التربية الفكرية" ومعظمها تابعة لوزارة التربية والتعليم، ويتحدد الهدف الرئيسي لتلك المدارس في محاولة الوصول بالمخالف عقلياً

لمرحلة تمكّنه من التكيف مع نفسه ومع بيئته وتكون شخصيته التي تمكّنه من أن يعول نفسه اقتصاديًا واجتماعيًا دون إشراف دائم و مباشر .. ويشترط في تلك المدارس أن يعمل بها مدرسين متخصصين يعملون في ضوء تكتيكات تخطيطية هادفة تعمل على تنفيذ البرامج للأطفال وجماعاتهم المكونة داخل الفصول الملحة بتلك المدارس المخصصة لهم.

هذا مع العلم بأن فاعلية أداء تلك المدارس ونجاحها في أداء وظائفها وتقدم فريق عملها يتضح في عملية التقديم الدائمة والمستمرة للخدمات المقدمة من خلال البرامج والأنشطة المطبقة والتي تلائم طبيعة تلك الفئة وتطور مراحل نموها المختلفة، وتهدف تلك البرامج إلى تهيئة الظروف الاجتماعية والتربوية المحيطة إلى نفس الطفل والتي يمكن عن طريقها تزويده بالمعلومات والمهارات المراد استيعابها وتعليمها له تحقيقاً لأهداف التربية في تلك المدارس وهي بذلك توجه اتجاهاته وميوله إلى الأفضل.

هذا ويمكن القول بأن هذه البرامج والأنشطة تهدف في مجملها على تحقيق أفضل قدر من الكفايات المختلفة لجوانب شخصية الطفل أي استكمال النقص في تلك الجوانب لتمكّنهم من الانخراط في المجتمع بما تبقى لهم من قدرات وإمكانات ذاتية تدعمها تلك الأنواع المختلفة من هذه البرامج لاستغلالها الاستغلال الأمثل وكل هذه البرامج تحث الطفل على عمليات الإصاغة وتنفيذ التعليمات والتوجيهات إلى جانب تربية اللغة والقدرة على التعبير وإصلاح بعض عيوب النطق والكلام ومن خلال هذه البرامج تستخدم الأسس والأساليب العلمية التي تسعى على الوصول بهؤلاء الأطفال إلى أفضل مستوى من التكيف والتوافق الاجتماعي مع نفسه ومع بيئته. وفيما يلي نوضح الأسس التي تقوم عليها عملية التعليم لفئة ضعاف العقول:

أ) إيجاد الدافع للتعلم وهذا يحتاج لجهود كبيرة من الآباء والمدرسين والأشخاص الآخرين.
ب) الحصول على الثواب بعد كل نجاح حيث يتشجع المتختلف عقلياً نتيجة حصوله على مكافأة مادية أو أدبية.

ج) العقاب على الأخطاء حيث يكون مفيد في العمل على تعديل السلوك لدى المتختلف عقلياً.
د) التركيز على الفهم حيث يجب اختيار الموضوعات التي يتعلّمها الطفل بدقة بحيث تكون مناسبة لقدراته وشخصيته ويستطيع فهمها واستيعابها.
هـ) التكرار حيث يحتاج المتختلف عقلياً على تكرار الاستجابة عدة مرات حتى تكون العادة لديها أو يكتسب المهارة والمعرفة وهذا يجعله في حاجة إلى مدة زمنية أطول من الطفل العادي.
و) الاستعانة بوسائل الإيضاح: خاصة تلك التي تجذب انتباه الطفل وتكون في حدود قدرته على الفهم.

ز) مراعاة النضج: حيث لا يجب البدء بتعليم المتختلف عقلياً أي خبرة إلا إذا وصل إلى درجة من النضج تعدد لتعلمها بغض النظر عن عمره الزمني.

ح) المرونة والتتنوع: ينبغي مراعاة المرونة في المناهج وفي البرنامج التعليمي حتى يمكن مراعاة الفروق الفردية وأن يكون هدفنا الوصول بالطفل لأقصى مستوى تسمح به إمكانياته.

٥- برامج الرعاية والتأهيل المهني:

تعني إعداد المتelligent عقلياً للحياة العملية بتدريبه على مهنة مناسبة وتشغيله في عمل مفيد يمكنه من إعالة نفسه وإعالة أسرته، ويجب مساعدة الطفل على اختيار حرفه مناسبة لإمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية .. ويتم تشغيل الطفل في بداية تعلمها في مراكز مهنية تصقل تلك المهارات والقدرات الحرفية .. وهذه التدريبات المستقبلية لا تأتي إلا بعد مجموعة من التدريبات المتكاملة في وظائفها وأهدافها والمتمثلة في هدف بعيد المدى وهو تأقلم الطفل وتواافقه مع أفراده وجماعته.

هذا وقد أثبتت العديد من الدراسات النجاح المهني لفئات المورون بشرط مساعدتهم في اختيار العمل المناسب لقدراتهم وهم غالباً يحتاجون لممارسة مهن الخدمات وأيضاً المهن التي لا تتطلب مهارات عالية، ونوضح فيما يلي بعض المهن المناسبة للمتelligent عقلياً ممارستها: صناعة الفرش - صناعة الخيزران - صناعة النسيج البسيط - الموسيقى - تشغيل أنوال السجاد - الخياطة - صناعة الخزف - التريكو ..

٦- برامج الرعاية الاجتماعية:

يتتيح تنفيذ هذه البرامج الفرصة لعلاج الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها المتelligent عقلياً كالشعور بالنبذ والحرمان والانطواء على النفس وفقدان القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين أو محاولة الاندماج معهم .. كما تهدف تلك البرامج أيضاً إلى تدريب المتelligent عقلياً على حب العمل واحترام مشرفي النشاط وتقدير العمل اليدوي والإقبال عليه والخروج إلى حيز الإنتاج .. كما تعمل هذه البرامج على تدريب المتelligent عقلياً على الانقاض بوقت الفراغ بما يفيدهم ويحميهم من توجيهه وقتهم إلى الشر والعدوان.

أيضاً تهدف تلك البرامج من خلال الممارسة على تربية المتelligent على الاهتمام بالعمل واحترام النظم والقوانين .. ومن أهداف هذه البرامج الترويج عن المتelligent عقلياً من خلال المشاهدة فقط أو المشاركة في تنفيذها "الحفلات - الرحلات - المسابقات ...

هذا ويمكن القول بأن هذه البرامج والأنشطة تهدف في مجملها إلى تحقيق أفضل قدر من الكفايات المختلفة لجوانب شخصية المتelligent عقلياً. أي استكمال النقص في تلك الجوانب لتمكنهم من الانخراط في المجتمع بما تبقى لهم من قدرات وإمكانيات ذاتية تدعيمها تلك الأنواع المختلفة ٢ من هذه البرامج لاستغلالها الاستغلال الأمثل.

هذا ويتم تقديم هذه البرامج والعمل على تحقيق أهدافها م خلال الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل على مساعدة ضعيف العقل على مواجهة المشكلات التي تواجهه في الأسرة وفي المجتمع الخارجي.

وبصفة عامة نستطيع أن نجزئ الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي إلى ثلاثة أدوار فرعية متداخلة ومتربطة ومتقابلة يؤثر كل منها في الآخر ويتأثر به .. وتمثل هذه الأدوار فيما يلي:

أ) دور أخصائي خدمة الفرد مع ضعيف العقل وأسرته.

ب) دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع ضعاف العقول كجماعة.

ج) دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع المحيط بضعف العقل.

و سنوضح فيما يلي طبيعة هذه الأدوار والخدمات التي تقدم من خلالها:

(أ) دور أخصائي خدمة الفرد مع ضعيف العقل وأسرته:

يبداً هذا الدور منذ تقدم أسرة ضعيف العقل بطلب إلى مركز التوجيه النفسي والتأهيل

حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتالي:

* إجراء مقابلة تمهيدية مع ضعيف العقل ووالديه وذلك للتعرف على المشكلة وأعراضها وتاريخها وتطوراتها والجهود السابقة التي بذلك كمحاولة لعلاجها.

* تحويل الحالة إلى الأخصائي النفسي لإجراء الاختبارات المناسبة لقياس ذكائه وسماته شخصيته وتحصيله الدراسي .. كما يتم تحويله للطبيب وذلك لإجراء الفحص الطبي الشامل للحالة.

* إجراء العديد من المقابلات مع الوالدين للتعرف على التاريخ التطوري للحالة واستكمال دراسة الظروف البيئية التي نشأ فيها ضعيف العقل واستجابات الأسرة له.

* يتولى الأخصائي الاطلاع على نتائج الفحوصات النفسية والعقلية والجسمية وفي ضوء النتائج التي توصل إليها من خلال المقابلات التشخيصية المتعمقة التي أجراها مع الوالدين يمكن من تحليلها وتقديرها ومن ثم تشخيص الحالة وتحديد البرامج والخدمات التي يحتاجها ضعيف العقل في ضوء قدراته وإمكانياته.

* يقوم بتبيين الوالدين بظروف الآباء مع توضيح مسؤولياتهما في برنامج رعايته.

* يتتيح الأخصائي لضعف العقل "المورون" الفرصة لتحمل المسئولية والتي تنمو من خلال الممارسة ويتم ذلك من خلال إشراكه معه في كافة عمليات خدمة الفرد وفي تطبيقه لمفاهيم التقبل وحق تقرير المصير.

* يساعد الأخصائي ضعيف العقل على إدراك نقاط القوة في شخصيته وكيفية استثمارها وذلك عن طريق استخدامه لأساليب العلاج الذاتي كالمعونة النفسية - التعلم - الاستبصار.

ولكي يستطيع الأخصائي مساعدة عملية مختلف عقلياً بنجاح فلابد أن يكون لأسرته دور حيث يجب أن يستثمرها الأخصائي لتحقيق الأهداف المرجوة .. وهذا يتطلب من الأخصائي كسب ثقة الوالدين خاصة وأن ما ينتابهما من مشاعر سلبية قد تعرقل الجهود المبذولة.

(ب) دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة ضعيف العقل:

* مساعدة الأسرة على تقبل الأمر الواقع ومحاولة تخليصهما من المشاعر السلبية تجاه الابن المختلف عقلياً.

* إقناع الوالدين بضرورة تقبل الابن كما هو حتى يمكنهما مساعدته.

* يوضح للوالدين أن استخدام أسلوب الرفض والمعاملة السيئة للابن قد تؤدي به للانحراف.

* تشجيع الأم لمساعدة الابن في تعليميه عادات النوم وتناول الطعام بشكل سليم وتدريبه على التفاعل التلقائي داخل الأسرة من خلال تشجيعه في حالة إحراز أي تقدم في سلوكه أو عند أدائه عمل ناجح.

* مساعدة الأم على تعليم الابن النطق الصحيح مع إرشادها إلى ضرورة استخدامها التكرار حتى يحقق الاستجابة وتحرص على تشجيعه في المجالات التي يبذلها.

* التخفيف من حدة الشعور بالتشاؤم نحو الأبناء المختلفين عقلياً.

* تدعيم الوازع الديني لدى أسرة ضعيف العقل من أجل تقبله والعمل على رعايته ومساعدته بطريقة صحيحة.

ويصورة عامة نلخص دور الأخصائي عند عمله مع أسرة ضعيف العقل في التالي:

* مساعدة الآباء على تفهم مشكلات أبنائهم وكيفية علاجها.

* تعديل اتجاهاتهم نحو أبنائهم بحيث لا يبالغون في العطف عليهم ولا في كراهيتهم ونبذهم.

* تعديل طموحات الآباء بالنسبة لأبنائهم بحيث لا يتوقعون الشفاء التام لأبنائهم وأيضاً لا يباشرون من تحسن حالاتهم في المستقبل.

* مساعدة الآباء على إشباع حاجات أبنائهم المختلفين عقلياً دون إفراط أو تفريط.

* مساعدة الآباء على إلتحق أبنائهم بمدارس التربية الفكرية أو مراكز التأهيل المهني وتشجيعهم على متابعتهم.

* تشجيع الأسرة على استقادة الابن من خدمات المجتمع أقصى استقادة ممكنة.

* مساعدة الأسرة بـإلحاق الابن بعمل مناسب بعد الانتهاء من تأهيله مهنياً.

ويستخدم الأخصائي أسلوب المقابلة والزيارة المنزلية لضعيف العقل من فئة "المورون" وأسرته أي أنه غالباً يركز في عمله على المقابلات المشتركة داخل منزل الأسرة.

(ب) دور الأخصائي الاجتماعي مع ضعاف العقول كجماعة:

مساعدة المتخلفين عقلياً على الانضمام لأحدى الجماعات الموجودة بالمؤسسة حيث يحرص الأخصائي من خلال عمله مع الجماعة على تنفيذ ما يلي:

* مساعدة المتخلفين عقلياً كأعضاء في جماعة على التعبير عن رغباتهم وحاجاتهم ومعاونتهم على مقابلتها بقدر الإمكان.

* المساعدة في وضع برامج هادفة تساعد الأعضاء على النمو والتغيير.

* المساعدة في تنفيذ تلك البرامج والإشراف عليها.

* تقييم قدرة تلك البرامج والأنشطة التثقيفية والتعليمية والترويحية على إحداث التقدم والنمو وتحسين السلوك الاجتماعي للأعضاء.

* إتاحة الفرصة للأعضاء للإحساس والشعور بالدفء والحب نتيجة الانتفاء للجماعة.

* إتاحة الفرصة للأعضاء للاعتماد على النفس بشكل بسيط.

* مساعدة الأعضاء على استخدام قدراتهم المتبقية.

* تقديم برامج ترفيهية لهم تتناسب مع نواحي عجزهم.

* مساعدتهم على التكيف مع أسرهم وزملائهم.

* العمل على شغل وقت فراغ الأعضاء عن طريق ممارسة الهوايات الملائمة لهم.

* مساعدة الأعضاء على تحمل المسؤولية من خلال تشجيعهم على المشاركة في التجهيز لبعض الأنشطة المحببة إليهم.

* تشجيع الأعضاء على محاولة اكتساب علاقات اجتماعية جديدة وتدعمهم ثقفهم بأنفسهم وذلك من خلال تشجيعهم على المشاركة في النشاط المحبب لهم.

* تنظيم رحلات داخلية ومعسكرات صيفية للأعضاء في حدود قدراتهم وذلك كوسيلة للتربية عليهم وأيضاً كوسيلة لربطهم بالمجتمع.

* تنظيم مناقشات جماعية لآباء وأمهات المتخلفين عقلياً لمساعدتهم على تخفيف مشاعر الحزن والأسى وتسعادهم على تبادل الخبرات لخدمة أولائهم.

(ج) دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع المحبط بضعف العقل:

* العمل على استثارة المجتمع الخارجي لتوعيتهم بحجم مشكلة الضعف العقلي في المجتمع والأسباب المؤدية لحدوثها وكيفية الحد من انتشارها .. مستخدمين في ذلك أدوات العمل الاجتماعي التي من أهمها وسائل الإعلام.

* إثارة الوعي لدى جماهير المجتمع بالمشكلات التي يعاني منها فئة الضعف العقلي وطبيعة الخدمات المقدمة لخدمة هذه الفئة وكيفية التعامل مع أفرادها.

* الإشراف على إجراء البحوث التقويمية للخدمات وأوجه الرعاية الاجتماعية التي تقم لفئات الضعف العقلي من خلال المؤسسات المعدة لرعايتهم ومدى ملاءمة وكفاية هذه الخدمات حتى يتسنى العمل على تطويرها بقدر الإمكان.

* التنسيق مع الجهات المسئولة والمشتركة في تقديم برامج الرعاية لفئات الضعف العقلي على المستوى القومي كوزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة ووزارة العمل وذلك بهدف تحديد صور التعاون التي تتم من خلال هذه الأجهزة.

* تنظيم برنامج زيارات لقيادات المجتمع للمؤسسة وذلك كوسيلة لربط ضعاف العقول بالمجتمع الخارجي وأيضاً كمحاولة لدعيم هذه القيادات لنشاط المؤسسة وتمويلها.

* تنظيم برامج للجهود الذاتية لضعاف العقول "فئة المورون" لخدمة البيئة المحيطة بالمؤسسة وذلك لغرس روح الانتماء والولاء لديهم تجاه المجتمع وأيضاً كوسيلة لشعور المجتمع الخارجي بهم كفئة وتعريفهم بكيفية التعامل معهم.

* عقد مؤتمرات سنوية للعاملين بالمؤسسة أو بالقطاع ككل لمناقشة المشكلات التي تعوق تحقيق المؤسسة لرسالتها وكيفية التغلب عليها وتعديل البرامج لتساير تغير احتياجات ضعاف العقول.

* استضافة بعض الخبراء إلى المؤسسة وتنظيم لقاءات لهم مع العاملين بغرض دراسة المشكلات التي تعوق المؤسسة من تحقيق أهدافها أو الوقوف على الجديد بالنسبة لبرامج الرعاية المناسبة لهذه الفئة.

* إيجاد الروابط بين المؤسسة والمنظمات الأخرى الموجودة بالبيئة المحيطة بصفة خاصة وبالمجتمع بصفة عامة "مؤسسات اقتصادية - مؤسسات ترفيهية - تثقيفية" وذلك للاستفادة منها في خدمة عملائها "ضعف العقول".

* نشر الوعي لدى أفراد المجتمع المحيط بالمؤسسة بكيفية التعامل مع ضعاف العقول وضرورة تقبلهم وحسن معاملتهم.

* سادساً: الاتجاهات الحديثة في رعاية المتخلفين عقلياً:

نعرض فيما يلي أهم الاتجاهات الحديثة لرعاية ضعاف العقول:

* الاكتشاف المبكر للحالات لما قد يكون له من أثر في تحسن الحالة أو تجنبها لمزيد من التدهور لها.

* التركيز على تحسين الظروف البيئية لما قد تحدثه من آثار تقديمها مثل توفير الرعاية للطفل في أسرته وتشجيع الأسرة على تقبل الطفل ورعايته.

* اكتشاف وتنمية القدرات الاستثنائية عند بعض ضعاف العقول مثل (الموسيقى - القدرات الرياضية..).

* تشجيع ضعاف العقول على العمل والإنتاج وفق قدراتهم.

* تطبيق المبادئ التربوية والنفسية عند تأهيل ضعاف العقول.

* خلق الدافعية لديهم عن طريق ربط تأهيلهم باهتماماتهم وميلهم مع تشجيعهم بصفة مستمرة.
ونعرض فيما يلي لأهم الاتجاهات الحديثة في رعاية ذوي الإعاقات الذهنية وهي تجربة الدمج مع عرض لتجربة المملكة العربية السعودية في دمج المعاق ذهنياً في مدارس التعليم العام.

* - أولاً: تعريف مصطلح (الدمج):

برنامج أو مصطلح الدمج Main streaming وهو تعليم المعاقين في المدارس العادية مع أقرانهم العاديين وإعدادهم للعمل في المجتمع مع العاديين.

هذا البرنامج شغل الكثير من المهتمين والمتخصصين في تربية وتأهيل المعاقين ومصطلح (الدمج) في أمريكا ظهر بظهور القانون الأمريكي رقم (٩٤ - ١٤٢) لسنة ١٩٧٥ الذي نص على ضرورة توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعاقين مع أقرانهم العاديين.

ومن التعريفات تعريف "هيجرتي Hegarty" وهو أن الدمج يعني تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية بحيث يتم تزويدهم ببيئة طبيعية تضم أطفالاً عاديين وبذلك يتخلصون من عزلتهم عن المجتمع.

ويرى "كوفمان Kauffman" أن الدمج أحد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة وهو يتضمن وضع الأطفال المعاقين عقلياً بدرجة بسيطة في المدارس الابتدائية العادية مع اتخاذ الإجراءات التي تضمن استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة في هذه المدارس ويرى "مادن سلانين Slanin" أن الدمج يعني ضرورة أن يقضى المعاقون أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمداداهم بالخدمات الخاصة إذ لزم الأمر.

وهناك جماعة من المختصين اختاروا مصطلح التكامل Integration للتعبير عن عملية تعليم المعاقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ويميز أصحاب هذا الرأي بين أربعة أنواع من التكامل .

1- التكامل المكاني الذي يشير إلى وضع المختلفين عقلياً في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية.

2- التكامل الوظيفي ويعني اشتراك المختلفين عقلياً مع التلاميذ العاديين في استخدام المواد المتاحة.

3- التكامل الاجتماعي ويشير على اشتراك المختلفين عقلياً مع التلاميذ العاديين في الأنشطة غير الأكademie مثل اللعب والرحلات والتربية الفنية.

٤- التكامل المجتمعي ويعني إتاحة الفرصة للمتختلفين عقلانياً للحياة في المجتمع بعد تخرجهم من المدارس أو مراكز التأهيل بحيث نضمن لهم حق العمل والاعتماد على أنفسهم بعد الله قدر الإمكان.

***ثانياً: تجربة دمج المعاقين في مدارس التعليم العام في منطقة الرياض:**

بدأت وزارة المعارف ممثلة في الأمانة العامة للتربية الخاصة رغبتها في دمج طلاب التربية الفكرية في منطقة الرياض مع أقرانهم العاديين في مدارس التعليم العام في العام الدراسي ١٤١٨/١٤١٩ هـ. وبناء على هذه التوجهات العلمية قام قسم التربية الخاصة بإدارة التعليم بإشعار المعاهد وحثهم على حصر جميع الطلاب الأحياء في المعاهد وذلك تمشي مع توجهات الوزارة وفتح برامج فصول تربية فكرية في كل مدرسة وهي في منطقة الرياض.

في العام الدراسي ١٤١٩ هـ تم افتتاح أول برنامج في مدينة الرياض وكان بمدرسة ابن البطار الابتدائية في حي المصيف، ويعتبر هذا البرنامج النواة الأولى لدمج المعاقين فكريًا ولأن البرنامج وجد البيئة المناسبة لدمج هؤلاء الطلاب فقد لاقى نجاحاً منقطع النظير، وأصبح عدد الفصول في هذه المدرسة حتى الآن ثمانية فصول للتربية الفكرية وكان لنجاح تجربة هذه أثر كبير على اعتماد فتح برامج فصول ملحقة في الكثرة من مدارس التعليم العام في جميع الأحياء في منطقة الرياض وأصبح عدد برامج الدمج في المدارس العادية (١٥) برنامج، والجدول التالي يوضح توزيع البرامج في مدارس التعليم العام في مدينة الرياض.

جدول يوضح عدد الفصول والعاملين في مدارس التعليم العام في منطقة الرياض لعام ١٤٢١

البيان/ المعهد	عدد القصول	عدد المعلمين							منشد طلابي	مندب نطق	الأخصائي النفسي
		غير سعودي	Saudi	غير سعودي	بنانية	فنية	تراثية	خاصة			
ابن البيطار	٨	٥	٧٣	٦	٢	٢	٩	١	١	-	١
الطفيل بن الحارث	٣	-	٣٦	-	١	١	٤	-	١	-	١
ابن حزم	٣	*	٢٧	-	١	١	٣	-	١	-	١
أبي سفيان الحارث	٣	-	٢٦	-	*	١	٣	-	١	-	١
النظم	٣	-	٢٦	-	١	*	٣	-	١	-	١
طلحة بن عبد الله	٤	-	٣٩	-	١	*	٤	-	١	-	١
الفجر	٤	-	٤٤	-	١	١	٤	-	١	-	١
أشد بن قراءة	٢	*	١٣	-	١	١	٢	-	١	-	١
الروضة	٢	*	٢٣	-	*	*	٢	-	١	-	١
الجهاد	٢	-	٢٤	-	١	١	٢	-	١	-	١
إمام الدعوة	٢	-	١١٩	-	١	*	٢	-	١	-	١
إلياس بن محاوية	٢	-	١٩	-	١	*	٢	-	١	-	١
ابن العاص	٢	-	٢٧	-	*	*	٢	-	١	-	١
الشفا	٢	-	-	١	١	*	٢	-	١	-	١

ثالثاً: إعداد آلية لعملية الدمج:

لا شك أن كل عمل أو برنامج جديد في البداية يواجه عوائق قد تعيق تقدمه ولذا لابد من وضع آلية تساهم في تفعيله وتطويره نحو الأفضل ومن خلال اهتمامي وتجربتي الشخصية فقد قمت بعمل آلية لدمج المعاقين ذهنياً في مدارس التعليم الجزء الأول من هذه الآلية لقى اهتماماً ونفذ تدريجياً من قبل قسم للتربية الخاصة والجزء الآخر ما زال يواجه عوائق أمام تقدم البرامج وشموليتها أما ما يتعلق بالجزء الأول من الآلية فقد شمل الإجراءات والخطوات التالية:

(١) تحديد أهداف وشروط برنامج الدمج.

(٢) تحديد إجراءات التنفيذ.

(٣) تحديد إجراءات تقييم البرنامج والتغلب على المشكلات الطارئة.

أما ما يتعلق بالجزء الثاني من الآلية والذي لم يتم تنفيذه حتى الآن ذلك الجزء الهام الذي يعمل على تصحيح وتعديل اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والمعاقين وهذا الجانب يشكل عائق أمام نمو البرامج وتطورها، لذا فإني أرى قبل إحداث أي برنامج مستقبلاً عمل الآتي:

أولاً: عمل دراسة عن واقع صور الاتجاهات النفسية نحو المعاقين.

ثانياً: إجراء دراسات ميدانية تساعد في وضع الخطط والبرامج المستقبلية التي تهدف إلى تعديل الاتجاهات نحو المعاقين.

ثالثاً: تعديل الاتجاهات السلبية وتصحيح المفاهيم الخاطئة نحو المعاقين في إطار منهجي ميداني باستخدام الوسائل المرئية والمسموعة والمفروءة.

رابعاً: توجيه القائمين في مجال التربية الخاصة إلى استخدام الإعلام كأداة لتعديل الاتجاهات نحو المعاقين سواء بالنسبة لأسر المعاقين أو لأقاربهم أو لأفراد المجتمع بصورة عامة.

خامسًا: التوسع في فتح برامج الدمج في مدارس التعليم العام ومتابعة هذه البرامج وتطويرها.

وتعتبر هذه العوامل ذات الأثر الفعال في نمو وتطوير البرامج الخاصة فهي تلعب دوراً أساسياً في التنشئة الاجتماعية والثقافية بمرور الوقت وبذلك نستطيع تحقيق النمو والتفاعل الإيجابي لأنائنا المعاقين مع مجتمعهم وذلك وفق الخطط المرسومة والمنظمة التي سخرتها الدولة طبقاً ل سياساتها التعليمية العامة للمجتمع وموارده وتعبر عما وصل إليه من حضارة وقدم.
أما ما يتعلق بالجزء الأول من الآلية فيشمل الخطوات التالية:

(١) تحديد أهداف وشروط الدمج:

أ- أهداف الدمج:

- تحقيق المشاركة والتفاعل الاجتماعي والثقافي والرياضي والفنى بين المعاقين وأقرانهم العاديين.

ب- شروط الدمج:

*- أن يكون الطالب متكيف نفسياً وانفعالياً حتى يستطيع الاندماج مع الطلاب العاديين في المدرسة.

*- تهيئة المدرسة بداية بالمدير والمعلمين والمرشد الطلابي، والطلاب العاديين.

*- اختيار الحالات القابلة للدمج في المعهد حيث أن هناك الكثير من الحالات لا يمكن دمجها مثل حالات (التوحد، والاضطرابات السلوكية الحادة، والصرع، وصعوبات النطق الشديدة) وغيرها من الحالات التي يمكن دمجها.

*- توفير جميع الإمكانيات والاحتياجات المادية والفنية والوسائل التعليمية للبرنامج.

*- توفر الكوادر البشرية من (معلمين - أخصائيين نفسيين - مدربين نطق).

(٢) تحديد إجراءات التنفيذ:

أولاً: الإجراءات التي يمكن الاعتماد عليها في اختيار مدارس الدمج:

أ- إجراءات الأولية:

*- حصر الطلاب في الأحياء حسب المستويات الدراسية التي سيتم فيها فتح برنامج تربية فكرية.

*- مخاطبة مركز الإشراف التربوي التي تتبع له مدارس الحي لترشيح مدرسة مناسبة لفتح فصول تربية فكرية.

*- زيارة مشرف التربية الفكرية للمدارس المرشحة واختيار الأفضل منها.

- * - توجيه خطاب لمركز الإشراف موضح فيه اسم المدرسة وعدد الفصول التي سيتم اعتماد فتحها للعام الدراسي القادم.
- * - توجيه خطاب للمعاهد لإشعار أولياء أمور الطلاب الذين سيتم نقلهم في البرامج الجديدة في مدارس التعليم العام.
- * - توجيه المعاهد بتحديد احتياجات الطلاب من النقل (الباصات) ورفعها لشئون الطلاب بالإدارة لاتخاذ اللازم قبل بداية العام الدراسي.

بـ- الإجراءات اللاحقة:

- * - إعطاء معلومات كاملة لإدارة المدرسة عن فئة الطلاب التي سيتم نقلهم للفصول في المدرسة مع توضيح الطرق والأساليب التي يمكن دمج طلاب التربية الفكرية مع أقرانهم العاديين في المدرسة.
- * - اختيار المعلمين المتميزين من المعاهد والمعلمين المنقولين من خارج المنطقة وتوجيههم لمدارس الدمج بما في ذلك معلمي التربية الرياضية والفنية.
- * - تسديد جميع حاجات البرامج المعتمدة في مدارس التعليم من الوسائل التعليمية والأثاث والنقل (الباصات) قبل بداية العام الدراسي.
- * - اختيار معلم متخصص متميز من المعاهد مع بداية كل برنامج لمتابعة احتياج البرنامج والتسيير مع قسم التربية الخاصة والمعاهد في نقل الطلاب للبرامج ومن ثم الرفع بالمعوقات والمشكلات التي تواجه البرنامج.

(٣) تحديد إجراءات التقييم المبدئي لبرنامج الدمج والتغلب على المشكلات الطارئة:

لكي نتمكن من تقييم برنامج الدمج بشكل جيد في مدارس التعليم العام لابد من توافر وسائل وإجراءات دقيقة تساعدنا على تقييم البرنامج ولذلك قمنا بتشكيل لجان خاصة في كل مدرسة مكونة من (المدير والوكيل والأخصائي النفسي والمرشد الطلابي ومعلم من البرنامج). ومن هذا المنطلق تم تحديد جميع السلبيات التي تواجه برامج الدمج في التعليم العام وقد كانت على النحو التالي:

أ- تحديد السلبيات الناتجة عن الدمج:

لاشك من وجود الكثير من إيجابيات الدمج في مدارس التعليم العام والتي لا يمكن حصرها إلا أنه لا يخلو أي عمل في بدايته من السلبيات فمن خلال جولاتي ومتابعتي للبرامج منذ البداية لاحظنا بعض السلبيات والتي قد يكون السبب فيها ضعف الطرق والإجراءات التي بدا به الدمج وعدم وجود الآلية الواضحة في اختيار المدارس أو المعلمين والتي تلقي علينا حدوثها عند فتح برامج جديدة ولعلى أهمها:

- * - نقص الوعي والمعلومات عن طبيعة العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة لدى إدارات ومعلمين مدارس التعليم العام الأمر الذي تسبب في البداية إلى نقل بعض البرامج إلى مدارس أخرى.
- * - القصور الواضح من وسائل الإعلام من الصفح والتلفاز في نشر الوعي في المجتمع السعودي عن قدرات وإمكانيات واحتياجات الفئات الخاصة.
- * - عدم وجود إمكانية لفتح برنامج فصول في المدارس الحكومية في بعض الأحياء الأمر الذي ترتب عليه اختيار مدارس مستأجرة صالحة للدمج ولكن المشكلة تكمن في عدم وجود ساحات كبيرة للنشاط.
- * - وجود نقص واضح في بعض المدارس في عمال النظافة والأدوات والوسائل التعليمية الأمر الذي يتطلب توجيه خطاب عاجل من الأمانة العامة للتربية الخاصة للمستودعات في المنطقة لتوفير هذه الاحتياجات لمدارس الدمج.
- * - عدم توفر النقل (الحافلات) مع بداية كل عام دراسي.
- * - عدم توافق فسح الطلاب التربية الفكرية مع طلب التعليم العام نظراً لوقت حصص التربية الفكرية.

ب- الإجراءات التي تم اتخاذها حيال بعض هذه السلبيات:

- * الاجتماع بجميع مديري ووكلاً مدارس التعليم العام التي بها برامج الدمج ومناقشة جميع العقبات والمشكلات التي تواجه الدمج وكيفية معالجتها.
- * - توجيه رواد النشاط بعمل أنشطة اجتماعية وثقافية ورياضية لبرامج الدمج في مدارس التعليم العام مع أقرانهم العاديين. ويتم تغطيته من قبل مسئول الأعلام العلاقات العامة ونشر الخبر في جميع الأجهزة الإعلامية المفروعة والمسموعة والمرئية.
- * - تسديد حاجات البرامج من الوسائل والعاملين قبل بداية كل عام دراسي.
- * - نظراً لعدم توافق وقت الحصص للتربية الفكرية مع التعليم العام تم وضع آلية تنظيم الحصص لكي تتوافق مع الفسح والأخرى للتعليم العام حتى يتم دمج الطلاب وتحقيق الأهداف المنشودة.

(٤): الاقتراحات والتوصيات:

- * - ضرورة توسيع المشاركة والتفاعل الاجتماعي والثقافي والرياضي للمعاقين في المجتمع.
- * - يجب أن يكون هناك دور إعلامي بجميع قنواته لتنمية المجتمع بالقدرات والإمكانات لذوي الاحتياجات الخاصة.
- * - عدم التوسع في البرامج ويكفي بالعدد الحالي حتى يتم وضع الآية الجيدة في فتح البرامج مستقبلاً.

- * - يجب أن يكون هناك آلية محددة في قبول طلاب الدمج (تقويم - دراسي).
- * - يجب أن يكون هناك لجنة لرعاية وتعديل السلوك في كل برنامج مكونة من المدير الأخصائي النفسي والمرشد الطلابي ومعلم متخصص من البرنامج لمتابعة الحالات السلوكية وعلاجها ومتابعة الطالب الجدد في فترة الملاحظة ورفع تقرير دوري عن حالتهم.
- * - يجب أن يكون هناك اجتماع دوري لمديري ووكلاء المدارس مع مشرفي قسم التربية الخاصة أو الأمانة العامة للتربية الخاصة ومناقشة المستجدات في البرامج ووضع الحلول المناسبة.
- * - عمل دورات خاصة لغير المتخصصين في رعاية وتعليم الفئات الخاصة في مدارس الدمج.
- * - يجب دراسة وضع زمن الحصة لطلاب التربية الفكرية برامج الدمج لكي تتوافق مع التعليم العام.

المراجع

- (١) إلهامي عبد العزيز إمام وآخرون: **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، ٢٠٠١، ص ص ١٩ - ٣٢.
- (٢) فاروق محمد صادق: **رعاية وتعليم حالات متلازمة داون بين التوجيه الطبيعي الوراثي والتربوي الخاص**، النشرة الدورية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد (٦٥)، السنة الثامنة عشر، مارس ٢٠٠١، ص ص ٢٢ - ٢٦.
- (٣) صفاء عبد العظيم محمد: **متحدو الإعاقة العقلية وتأهيلهم**، في أحمد السنهاوري وآخرون: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مركز السوق الريادي، جامعة حلوان، القاهرة، ١٩٩٩.
- (٤) صفاء عبد العظيم وآخرون: **الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة**، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٣، ص ص ١٥٢ - ١٥٤.
- (٥) خليل ميخائيل مغوض: **القدرات العقلية**، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٠، ص ص ٢٨٦ - ٢٨٨.
- (٦) مصطفى حسان وآخرون: **الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة**، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، ١٩٨٤، ص ص ١٥٦ - ١٥٩.
- (٧) معيض بن عبد الله الزهراني: **دمج المعاقين فكريًا في مدارس التعليم العام**، إدارة التعليم الموازي "قسم التربية الخاصة"، الإدارة العامة للتعليم بمنطقة الرياض، وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٣.

الفصل الرابع

رعاية فئة المعاقين سمعياً

عناصر الفصل الرابع:

تمهيد

أولاً: تعريف الإعاقة السمعية

ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعية

ثالثاً: المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية

رابعاً: أسباب حدوث الإعاقة السمعية

خامساً: الخصائص النفسية المميزة للأطفال المعاقين سمعياً

سادساً: دور الخدمة الاجتماعية في مجال المعاقين سمعياً

تمهيد:

يعتمد الكائن البشري اعتماداً كلياً على حواسه ومن خلالها تأثيره الإحساسات المختلفة التي تكون خبراته، هذا بالإضافة إلى المعلومات التي يستقبلها من خلال حواسه والتي تكون عالمه الإدراكي والفكري والتصورى والتخيلي.

فالحاجة الإنسانية إلى الاتصال، يكون الإنسان في كل حالاته في حاجة إلى أن يتصل بالآخرين من البشر، فالحاجة إلى الاتصال تولد معه وتبقى معه طوال حياته، فالوليد يحتاج إلى أن يلمس، وهي الصورة الأولية للاتصال مع الآخرين، ثم تأخذ الحاجة إلى الاتصال التشعب خلال قنوات مختلفة حسب مراحل النمو.

وتلخص "Sieburg" سبل إشباع الحاجة إلى الاتصال بمراحل العمر قائلة: أن الوليد يحتاج إلى أن يلمس وأن يحمل وأن يرفع إلى أعلى وأن يدلل ويداعب، ويحتاج الطفل الصغير إلى الأمان، والذي يتمثل في رضاء الكبار عنه، ويحتاج الحدث أو الصبي إلى التقبيل من أقرانه، والمرادون يحتاج إلى الاهتمام به من جانب أفراد الجنس الآخر، وأن يكون محظوظاً أنظارهم وإعجابهم، ويحتاج الراشد إلى كل هذه الأنواع من السلوك المعبرة عن التعلق مضافاً إليها الحاجة إلى الإشباع الجنسي المباشر، وهذه الجوانب المتعددة من التعبير عن الألفة كلها تشير إلى حاجة الإنسان إلى الاتصال مع الآخرين، والفشل في تحقيق هذا الاتصال في أي سن أو في أي مرحلة يكون في معظم الحالات نتائج غير مرغوبة وأحياناً ما تكون كارثة على النمو النفسي للفرد.

وتعتبر عملية الاتصال جوهر استمرار الحياة الاجتماعية وتطورها، فالحضارة الإنسانية حافظت على بقائها وتطورها من خلال عملية الاتصال، وعملية التربية تقوم على الاتصال الفعال، ونجاح التلميذ الأصم في تحقيق الاتصال الفعال مع المجتمع من حوله من الأهداف الرئيسية من وراء تربيته، وذلك لأن الصمم يفرض على ضحاياه جداراً من العزلة في حالة استسلام الأصم لـإعاقة السمعية، وانسحابه من أي تفاعل مع المجتمع، وتلك العزلة تكون أشد وطأة عندما لا يلتحق الأصم بالمدرسة ولا يحصل على قدر من التعليم المنظم، ولذلك لا يبالغ إذا ذكرنا أن التحدي الأعظم الذي يواجه الصم يتمثل في كيف يتفاهمون فيما بينهم وكيف يتعلمون لغة المجتمع؟ وكيف يتصلون بمجتمع العاديين؟

فنتيجة لعدم قدرة الطفل الأصم على مشاركة الآخرين بوسائل اتصالهم المختلفة التي تعتمد في الأساس على القدرة على السمع وتنمية الأصوات والكلام، فهو غالباً ما ينعزل عن الجماعة ويبعد أنه لا تتاح له فرص التفاعل الاجتماعي والحصول على الخبرات الاجتماعية بصورة سليمة وهذا يؤدى إلى تكوين شخصية منطوية غير ناضجة اجتماعياً واجتماعياً ويزيد ذلك من إحساس الطفل الأصم بالنقص والقصور والدونية والعجز، الأمر الذي يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي.

وتمثل الإعاقة السمعية مشكلة لحوالي ١٥٠,٠٠٠ فرد في مصر، وهي الثالثة في الترتيب الإحصائي بعد الإعاقة الذهنية والبصرية، وعالمياً فهناك (أصم) واحد لكل ٢٥٠٠ من السكان.

والصم كإعاقة سمعية، ليس مجرد قصور في أحد أعضاء الحس وخاصة طبلة الأذن أو ما تعرف طبياً (بالغشاء الطبلي) ثم طبلة الأذن الرقيقة الداخلية المستقبلية للموجات الصوتية ثم عظمات الأذن الوسطي... الخ، ولكن يعني بالدرجة الأولى عجز عن التخاطب مع الآخرين كلياً إذا كان الصمم كلياً وجزئياً إذا كان صمم جزئياً.

أولاً: تعريف الإعاقة السمعية:

تعرف الإعاقة السمعية بأنها حرمان الإنسان من حاسة السمع إلى الدرجة التي يجعل الكلام المنطوق ثقيلاً للسمع، مع أو بدون استخدام السماعات وتشمل الإعاقة السمعية فئتين.

١- الصم:

ويعرف على أنه: "الشخص الذي حرم من حاسة السمع أو من هو فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو من بعدها، لمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة". والضم أيضاً هم: "الذين فقدوا حاسة السمع لأسباب وراثية أو مكتسبة، سواءً منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة، وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية، لذا فهو في أمس الحاجة إلى تأهيل يناسب قصور الحسي". والضم هم: "الذين يتعرّضون إليهم أن يستجيبوا تدل على فهم الكلام المسموع لوجود عجز أو اختلال يحول بينه وبين الاستقبال من حاسة السمع".

٢- ضعيف السمع:

هو: "الشخص الذي فقد جزءاً من حاسة السمع، ويعاني من نقصاً في قدراته السمعية، ويكون هذا النقص غالباً على درجات".

ويتبّع من التعريفات السابقة أن الأصم لا يمكنه الاستجابة للكلام المسموع ولا يمكنه فهم ما يقال، كما أنه هو التعويق أو التعطيل الكامل لحاسة السمع، أما ضعيف السمع فإنه يستطيع الاستجابة للكلام المسموع، استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدراته السمعية ولذا فإن الفرق بين الأصم وضعيف السمع فرقاً في الدرجة".

وهناك وجهات نظر ترى أن هناك صعوبة في وضع حد فاصل بين المقصود بالأصم وضعيف السمع وأحياناً ينظر إليها كمفهوم واحد وأحياناً كمفهومين.

ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعية:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية وفقاً لبعدين أساسيين هما:

١- الوقت الذي حدث فيه فقدان السمع.

٢- مدى الخسارة السمعية.

١- الوقت الذي حدث فيه فقدان السمع:

وتصنيف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى ثلاثة أنواع هي:

(أ) صمم ما قبل اللغة:

ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم قبل اكتسابهم اللغة، أي قبل سن الثالثة، وهذا يترك أثراً سلبياً على النحو اللغوي للطفل، لأنّه يفقد كثيراً من المثيرات السمعية، مما يؤدى إلى محدودية خبراته، وقلة تنوعها، ويكون غير قادر على تعلم الكلام واللغة.

(ب) صمم ما بعد اللغة:

ويشير إلى الصمم الذي يصيب الفرد بعد بلوغه سن الخامسة، أي بعد اكتساب الكلام واللغة، حيث تكون قد تتوفر لديه مجموعة من المفردات اللغوية، وهو يستطيع المحافظة عليها أو تقويتها إذا توفرت له الرعاية التربوية اللزمة.

(ج) صمم في السن المتأخر:

ويشير هذا النوع من الصمم إلى الأفراد الذين ولدوا بحاسة سمع ولكن في الكبر تعرضوا لبعض الظروف، كالحروب والحوادث بأنواعها والمرض، وهؤلاء يعانون من آثار الصمم، إلا أنه لا يؤثر على نموهم النفسي والتعليمي فهناك فرق بينهم وبين ذوي الصمم في سن مبكرة جداً، ومع ذلك فهم أيضاً في حاجة إلى تفهم لغة الكلام وترجمة حركات الشفاء.

٢- مدى الخسارة السمعية:

وتصنيف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى خمس فئات وهي:

(أ) الفئة الأولى:

تضم الأفراد الذين يكون نقص السمع عندهم من (٢٥-٢٠) وحدة صوتية أقل من العاديين وهذه الفئة يمكنها تعلم الكلام عن طريق الأذن، لأنهم يقفون على الحدود الفاصلة بين العاديين في السمع ومن لديهم عيوب سمعية واضحة.

ب) الفئة الثانية:

وتضم المعاقين الذين يكون نقص السمع عندهم من (٤٠-٣٠) وحدة صوتية، وهذه الفئة تجد صعوبة في فهم الكلام عن طريق الأذن إذا كان مصدر الصوت يبعد مترين أو أكثر، وتجد صعوبة في متابعة الحديث الذي يدور بين الناس بعضهم البعض.

ج) الفئة الثالثة:

وتتضمن حالات نقص السمع من (٤٠ - ٦٠) وحدة صوتية، وتجد هذه الفئة فرصة في تعلم الكلام إذا وجدت الوسائل المعينة على السمع، فاستخدام آلة السمع يصبح ضروري لهذه الفئة.

د) الفئة الرابعة:

وتتضمن الحالات التي يكون نقص السمع فيها من (٦٠-٧٠) وحدة صوتية، وهذه الفئة لا تنمو عندها اللغة والكلام بصورة تلقائية، ويجب أن تتعلم هذه الفئة الاتصال عن طريق استخدام الوسائل الخاصة.

هـ) الفئة الخامسة:

وتتضمن الحالات التي يكون نقص السمع فيها عن (٧٥) وحدة صوتية إلى أعلى من ذلك، وتتضمن حالات النقص الكامل، ولا يمكن تعلمها اللغة أو مقومات الاتصال، بل تعلم عن طريق قراءة الشفاه.

ومن الملاحظ أن الحالات الثلاث الأولى تندرج تحت فئات ثقل السمع، أما الحالتين الأخيرتين فهي فئات الصمم التام.

ثالثاً: المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية:

من أهم المؤشرات والأعراض الجسمية والسلوكية التي ينبغي ملاحظتها وأخذها بعين الاعتبار للكشف عن احتمال وجود إعاقة سمعية ما يلي:

١- إخفاق المعايق في الكلام ف سن العادي وعدم قدرته على فهم كلام الآخرين وتجاوיבهم معهم، وعدم معرفة الجهة التي يأتي منها الكلام.

٢- تظاهر على المصاب عيوب في الكلام مع أصوات غير واضحة وغريبة وتأخره الدراسي رغم تتمتعه بقدرات عقلية عادلة.

٣- عدم الانتباه والاهتمام بالأنشطة التي تتطلب الاستماع ونشاطات شفهية، وهذا يتمثل في عدم رغبة المصاب في الاتصال بالآخرين، فيحب العزلة والانطواء.

٤- الشكوى من آلام في الأذن، وصعوبات في السمع ووجود أصوات رنين نستمر في الأذن.

٥- الحرص على الاقتراب من مصادر الأصوات ورفع درجة المذياع أو التلفزيون بشكل غير عادي ومزعج للآخرين.

٦- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حين يتكلم بصوت طبيعي.

٧- يقوم بلف رأسه أو يميل جانباً نحو المتكلم ليسمع أكثر.

٨- عدم الضغط الكافي على الكلمات أثناء نطقها مما يؤدي إلى عدم وضوح نطق الكلمات.

٩- يبدو المعايق غافلاً متکاسلاً فاتر الهمة وسرحان.

١٠- تبدو قسمات وجه الطفل خالية من التعبير الانفعالي الملائم للكلام الموجة إليه، أو الحديث الذي يجري من حوله.

ويلاحظ أن بعض هذه المؤشرات أو الأعراض قد لا يعزى بالضرورة إلى وجود إعاقة سمعية، حيث تتداءل مع بعض أعراض إعاقات أخرى، كالخلاف العقلي والاضطرابات

الانفعالية والتواصلية، وقد يرجع إلى عيوب في جهاز النطق، أو إلى عوامل تتعلق بنقصان الدافعية للتعليم لدى الطفل، أو أساليب تشنّته الوالدية اللاسوية، أو يكون راجعاً للتغيير البيئي والحرمان الثقافي المفروض عليه، مما يلزم التحقق الدقيق من صحة احتمال وجود قصور سمعي لدى الطفل عن طريق جهاز قياس السمع، وفي ضوء بيانات تفصيلية عن الحالة الصحية والاجتماعية للطفل وسلوكه العام ومقدرتة العقلية.

رابعاً: أسباب حدوث الإعاقة السمعية:

يرى البعض أنه نتيجة للصمم الولادي Congenital الذي يؤدى إلى إصابة عصب السمع وإن مرضي القصاع يكونون مصابون بالصمم نتيجة لكتافة تبطين الأذن الوسطي وإن الصمم المكتسب Acquired الذي يحدث نتيجة للالتهابات أو الحوادث تظهر في المرضي المعتوهين الذي لم يصل نموهم اللغوي بعد من مرحلة الصياح.

فقد يكون فقدان الكلام أو الصم عرضاً من الأعراض المصاحبة لفصام الطفولة المبكرة في تلك الحالة لا يتكلم المريض لأنّه بلغ في انعزاله التام عن المجتمع ولم يعد يجد ضرورة للاتصال بالغير عن طريق التعبير بالكلام، أحياناً فقدان الكلام المؤقت نتيجة لعدم السمع عرضاً من أعراض الھستيريا يفقد بعض الأطفال الھستيريون صوتهم ويصبحون لأسابيع أو شهور تحت ضغط الصراعات الانفعالية الشديدة.

ويرى البعض أن الإعاقات السمعية يجب أن تقسم إلى ما هو وراثي وما هو يرجع لعوامل خارجية.

١- الأسباب الوراثية للإعاقة السمعية:

إن حالات الإعاقة السمعية ذات الأسباب الوراثية تحدث نتيجة لانتقال حالة مرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة وهذا الصمم الوراثي يتضمن فقدان السمع بدرجة حادة ويكون غير قابل للعلاج وكذلك فإن الحالات تكون مزدوجة أي تصيب الأذنين وأيضاً الأجهزة الحسية والعصبية، وتظهر هذه الأمراض الوراثية للإعاقة السمعية من خلال:

- صغر حجم الأذن مع اتساع الفم وخلل في تكوين الإنسان.
- وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس وتلوين العينين بلونين مختلفين.

٢- الأسباب غير الوراثية للإعاقة السمعية:

استخدام العقاقير والكيماويات: هناك بعض العقاقير التي يترتب على استخدامها وجود إعاقة في السمع سواء عن الجنين أو عند الطفل حديث الولادة أو حتى عند الشخص الراشد حيث تسبب إصابة الخلايا القروحية في الأذن بالتلف، على أن الأفراد يختلفون غط بعضهم البعض في درجة تأثيرهم بالعقاقير.

الإصابة بالفيروسات: قد يحدث للأم الحامل الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية الأمر الذي يؤدى إلى إعاقة سمعية لدى الجنين وكذلك هناك بعض الأمراض التي تتسبب في إعاقات سمعية مثل الالتهاب السحائي، التهاب الغدة النكفية، الجدري.

إصابة الأذن الداخلية: عذلك بعض الأمراض التي قد تصيب الأذن الداخلية مما يؤدى إلى إعاقة سمعية من هذه الأمراض البكتيريا العضوية، البكتيريا السجية الأنفلونزا حيث يتسلل الفيروس عن طريق التقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى المخ.

إصابة الأذن الوسطي: أهم مرض يصيب الأذن الوسطي هو الالتهاب السحائي المخي حيث يتواجد سائل في الأذن الوسطي مما يسبب انسداد قناة استاكبيوس وتعتبر هذه المشكلة المشكلات الشائعة في الأطفال في فترة الطفولة المبكرة وكذلك يمكن أن يتاثر سمع الأفراد نتيجة لتجمع أشياء غريبة عند الأذن في القناة السمعية.

طرق تعليم المصابون بإعاقات سمعية:

١- طريقة تعرف باسم طريقة الإشارات Manuals Method وتعتمد هذه الطريقة على الإشارات والإيماءات وحركات الجسم التي تعتبر بها عن الأفكار حركات اليدين والكتفين والتجهيزات المختلفة على الوجه.

٢- طريقة تعرف باسم الطريقة الشفوية وهي تقوم أساساً على قدرة الطفل على ملاحظة حركات الآخرين هي حركات (الفم - اللسان - الشفاه) وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية (حروف) وهذه الطريقة يحتاج إلى أن يكون بجانب المعاقد معلم يتمرن من خلاله ولذلك لا يمكن تعلم الكلام عن هذه الطريقة بسهولة.

إن عملية قراءة الكلام لدى المصاب بإعاقة السمعية لا تعتمد فقط على ملاحظات حركات اللسان والشفاه بل تعتمد على حاسة اللمس حيث أن الفرد عن طريق وضع يديه مثلاً على فتحة الأنف أو فم الشخص الذي أمامه يحس من خلال الهواء الصادر بالحرف ومعنى ذلك أن عملية قراءة الكلام عند المصاب بإعاقة سمعية هي عملية تعتمد على الإدراك البصري والإدراك اللمسى.

خامساً: الخصائص النفسية المميزة للأطفال المعاقدون سمعياً:

لقد قامت عدّة من الدراسات الخاصة بالأطفال المعاقدون سمعياً وكشفت هذه الدراسات عن أن هناك:

- مشاعر نقص.
- سوء تكيف أسري.
- سوء تكيف اجتماعي.
- أحلام يقظة.
- قلة الرغبة والاهمام بالحياة.
- الميل إلى الإشباع المباشر ل حاجاتهم.
- نقص الكفاية الاجتماعية.
- وجود استجابات عصبية.
- عدم القدرة على تحمل المسؤولية.
- هذه الأبحاث قد قام بها كلا من نبنزوللي برونشويج، براد واى سيرنحر وسترفح وكيرك ... إلخ.

لذلك يلخص د/ مصطفى فهمي أهم الصفات البارزة في شخصية الفرد الأصم فيما

يلي:

- إن الطفل الأصم يميل بسبب عاهته إلى أن ينسحب من المجتمع لذلك فهو منطوي وغير ناضج اجتماعياً.
- أن الأطفال المعاقدون سمعياً لديهم مشكلات خاصة بالسلوك مثل السرقة والتكميل والعدوان ... إلخ.
- إن استجابات الطفل الأصم لاختبارات الذكاء التي تتفق مع نوع إعاقته لا تختلف عن استجابات الطفل العادي.
- إن الأطفال الصم يميلون غالباً إلى الإشباع المباشر ل حاجاتهم بمعنى أن مطالبهم يجب أن تشبّع بسرعة.
- أثبتت اختيار فاتيلاند للنضج الاجتماعي أنهم غير كاملين من ناحية النضج الاجتماعي بسبب عجزهم عن التفاعل مع المجتمع والآخرين.
- إن المخاوف تظهر بصورة واضحة لدى البنات المعاقدات أكثر من الذكور وأكثر هذه المخاوف ظهوراً هي الخوف من المستقبل.
- إن التكيف الاجتماعي غير واضح لدى الأطفال المعاقدون كما أثبت ذلك اختبار (روجرز للشخصية وقياس براون للشخصية).

وعند التحدث عن المعاقدون سمعياً نلاحظ أن هناك الصمم وهناك ضعف السمع ولكن الشخص الذي يعاني من الصمم هو الذي يتذرع عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع، بينما الشخص الذي يشكو ضعفاً في سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع

استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله وهذا بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية.

نعني بذلك أن الشخص الأصم يعني عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع فهي معطلة لديه وهو لذلك لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادلة، في حين أن ضعاف السمع يعانون نقصاً في قدرتهم السمعية ويكون هذا النقص له درجات. وهناك طرق لقياس حدة السمع لتعرف إذا ما كان يعني من الصمم أو ضعف السمع منها:

- ١- اختبار الهمس Whispering Test
- ٢- اختبار الساعة الدقيقة Watch Tick Test
- ٣- اختبار بواسطة الصوت الطبقي للإنسان The Spoken Uaice Test
- ٤- القياس عن طريق الأجهزة السمعية.

الخصائص الكلامية للطفل ضعيف السمع:

١- عدم القدرة على التحكم في الفترات الزمنية من الكلمة والتي تليها (الإسراع في النطق).

٢- عدم القدرة على فصل الأصوات المختلفة (تدخل الأصوات).

٣- عدم الضغط الكافي على الكلمات أثناء نطقها (الكلام مخفق غير واضح).

كيفية تعليم الأطفال المعاقين سمعياً:

نجد أن هناك وسائل لتعليم الأطفال المعاقين سمعياً من أكثر هذه الأساليب:

١- التواصل اللفظي.

٢- التواصل اليدوي.

٣- التواصل الكلي.

١- التواصل اللفظي:

حيث يتخذ من الكلام وقراءة الشفاه وسائل أساسية لتعليمهم ويرى المؤيدون لأساليب التواصل اللفظي أن هذا النظام ينطوى على مجموعة من المزايا.

يعتقد هؤلاء بأن كثيراً من التلاميذ الصم يتعلمون من خلال هذا الأسلوب ليس فقط الكلام الواضح بل يستطيعون أيضاً عن طريقه قراءة الشفاه إقامة طرق للتواصل مع بقية أفراد المجتمع وهذا يعني أن أساليب التواصل اللفظي تساعدهم على الدخول في عالم الأشخاص العاديين.

من ناحية أخرى يرى البعض أن الأمور باللغة الصعوبة بالنسبة للأطفال الصم بدرجة حادة إصدار الكلام نظراً لأن هؤلاء الأطفال لا يسمعون الآخرين وهم ينطقون بالكلام فإنهم لا يستطيعون ضبط حماقاتهم الصوتية الذاتية لتقليد الكلام الصادر عن الآخرين كما أن قراءة الشفاه هي في أفضل الأحوال نوع من التخمين نظراً لأن عدد كبيراً من الكلمات في اللغة تشبه بعضها بعضاً عند النطق.

نظراً للمشكلات والصعوبات التي يتعرض لها من يقوم بالتعلم من خلال هذه الطريقة والتي تتمثل في:

- وجود أساس قوي مناسب.

- معرفة بقواعد اللغة.

- ثروة لفظية واسعة.

٢- أساليب التواصل اليدوي:

يعني بالتواصل اليدوي استخدام لغة الإشارة حيث تعتبر لغة الإشارة ملائمة بصفة خاصة للأطفال صغار السن لأنه يكون من السهل عليهم رؤيتها، كما أن الطريقة لا تتطلب تنسيقاً عضلياً دقيقاً لتنفيذها ويستطيع الأطفال الصغار التقاط الإشارات بسهولة كما أنهم يستخدمونها استخداماً جيداً في التعبير عن أنفسهم.

ما يفيد في طريقة التواصل اليدوي ماعرف بطريقة هجاء الأصابع يكون هجاء الأصابع مفيدة عندما لا توجد إشارة خاصة لكلمة معينة أو عندما لا توجد إشارة خاصة لكلمة معينة أو عندما يكون الشخص الذي يعطي الإشارات يجعل إشارة معينة لذلك فإن اكتساب اللغة لمهارات تواصلية يختلف باختلاف المرحلة النمائية التي بها الطفل.

بالنسبة للقدرة على هجاء الأصابع واستخدامها بطريقة صحيحة فقد أظهرت الممارسات العلمية أن الأطفال الصم الذين يعرضون للغة الإشارة وهجاء الأصابع منذ ميلادهم يكتسبون قدرة على هذه المهارة والسبب في ذلك هو أن هؤلاء الأطفال يتعرضون لهذه الطريقة في وقت مبكر للغاية ويترسخون لها بصفة دائمة.

٣- أساليب التواصل الكلي:

يقصد بالتواصل الكلي هو إن يتعلم الطفل استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل حتى تناح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع ويشمل أسلوب التواصل الكلي على الصورة الكاملة لأنماط اللغوية وهي:

- الحركات التعبيرية التي تقوم به الطفل.
- لغة الإشارة.
- الكلام.
- القراءة الشفاه.
- هجاء الأصابع.
- القراءة والكتابة.

إن التواصل يبدأ من الطفل والوالدين منذ ميلاد الطفل بدأً من الحركات البدائية الفحة ووصولاً إلى أشكال متطرفة من التواصل ولذلك فالاستخدام المبكر المستمر لنظام التواصل الكلي يساعد على النمو العقلي الأمر الذي يؤدي إلى تحصيل جيد بالنسبة للمعاق سمعياً.

إن التفاعل الإنساني هو أساس التواصل يجب أن يتم بطريقة منتظمة ليس بطريقة عشوائية ويمكن أن تكون على النحو الآتي:

- تعتبر الإشارة أسهل الطرق لتمكين الطفل الصغير المصاب بالصم الولادي من التواصل بالمعنى الحقيقي للكلمة، أي أن يكون قادراً على التعبير عن نفسه وعن أفكاره.
 - تساعد الإشارات التي تدعم قراءة الشفاه والسمع عندما يقوم المعلم بإصدار إشارات والتحدث في وقت واحد وعندما يستخدم الطفل الأدوات المبكرة للصوت الملائمة له هناك أطفال لا يستفيدون من أجهزة تكبير الصوت فإن الإشارات تدعم قراءة الشفاه.
 - أن القدرة على السمع تدعم المهارات السمعية اللغوية بالنسبة لعدد كبير من الأطفال المعاقين سمعياً عندما تكون الأدوات المعنية من النوع الذي يسهل السمع ويتوقف نجاح هذه الطريقة على
- قدرة الطفل على أن يسمع الكلام الصادر منه.
 - التغذية المرتدة السمعية.
 - أن يسمع كلام الأشخاص الآخرين.
 - أن يكون لديه قدرة على هجاء الأصابع.

حيث يتطلب هجاء الأصابع تقريباً نفس المستوى من النضج ومن الخبرات اللغوية الذي تتطلبه القراءة والكتابة وهكذا تصبح طريقة التواصل الكلي من الطرق الهامة للأطفال المعاقين سمعياً وتمكنهم من الاستفادة من الأساليب الأخرى تقوم العديد من المؤسسات بعنابة الأفراد ضعاف السمع على أساس أنهم درجة أخف وطأه من المصابون بالصم وذلك عن طريق:

- تعويد المصاب التمييز من الأصوات المختلفة.
- إعطاء تمرينات يقصد بها تعريف المصاب بالأصوات الدقيقة.

- إعطاء تمارينات بقصد بها إثارة الانتباه السمعي لدى المصاب.
 - وحتى نتعرف على ما مدى النقص الذي يعاني منه ضعاف السمع فيمكن تقسيم النقص السمعي Hearing Losses إلى:
 - نقص سمعي بسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية أقل من العادي.
 - نقص سمعي من النوع المتوسط Moderate وهو يتالف من ٤٠ وحدة صوتية أقل من العادي.
 - نقص سمعي شديد Severe وهو يتالف من ٦٠ وحدة صوتية أقل من العادية.
 إن أفراد الفئة الأولى يمكن تركهم في الفصول العادية ليواصلوا تعليمهم مع الأطفال العاديين على أن يكونوا في الصفوف الأساسية.
 - أفراد الفئة الثانية يجب أن نقدم لهم أجهزة تساعدهم على السمع مع بقاءهم في فصول رعاية أيضا.
 - أما أفراد الفئة الثالثة فيجب عزلهم في فصول خاصة بهم نتيجة لاختلاف أساليب التدريس عند الأطفال العاديين.
- يدرك يرت أن كثيراً من الأمراض التي لا بد أن يصاب بها الأطفال يكون لها ذيول تؤثر في سلامة الأذان وبالرغم من أن حاسة السمع قد لا تتلف نهائياً، فإن الأطفال في معظم الأحيان يتعرضون لظروف خاصة يفقدون فيها حاسة السمع مؤقتاً يحدث عادة في فترة حرجة بالنسبة إلي تعلمهم.

أما أعراض ضعف السمع لدى الأطفال فهي كما يلي:

- ١- تقلص عضلات الوجه أثناء الإصغاء.
- ٢- الميل بالرأس إلى ناحية واحدة حتى يمكن الإصغاء بأذن معينة.
- ٣- عدم الالتفات وإهمال التعليمات.
- ٤- عدم الاستجابة للنداء.
- ٥- الشعور بألم الأذن وخروج إفرازات صمغية من الأذن.
- ٦- وجود عيوب في الكلام والخلط بين الكلمات ذات النطق المتشابه.
- ٧- الميل إلى الانزواء والعجز عن الاشتراك مع أفراد الجماعة.

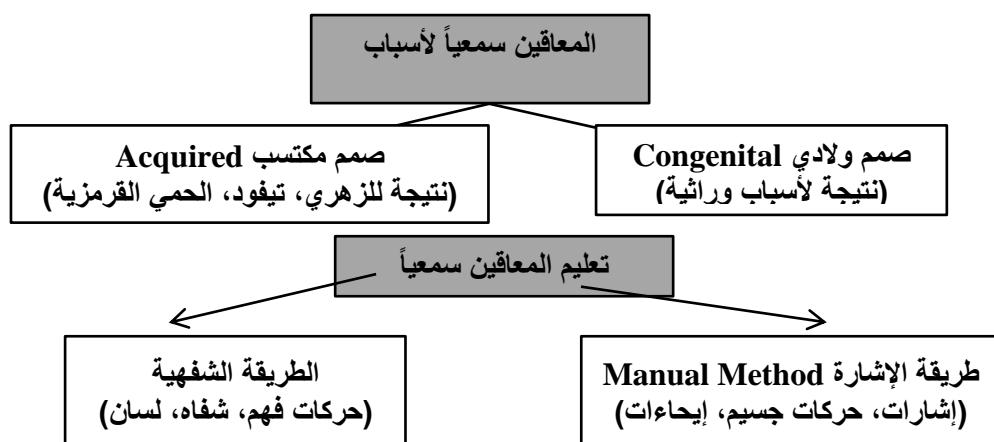
إن ضعف التلميذ في قدرته السمعية قد تأخذ صورة ضعف قوة التحليل والتجميع وكلاهما قد يقلل من كفاءة الشخص على التعليم حيث معظم الأطفال الذين يعانون أحد أو كلا هذين النقصين يظهرون نقصاً في دقة السمع إذ أن نقصهم السمعي مصدره نقص فسيولوجي.

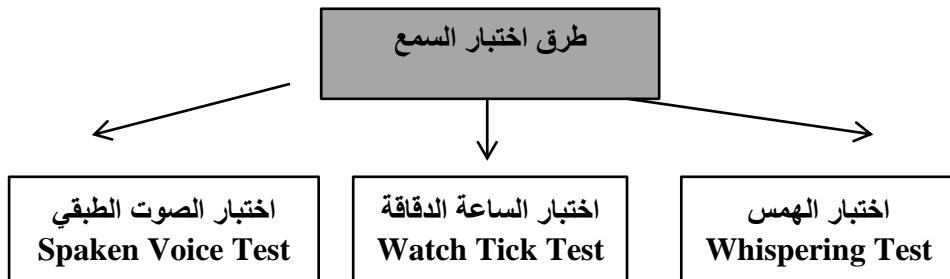
المحاولات الأولى لتعليم المعاقين سمعياً:

- بدأت المحاولات في النصف الأخير من القرن السابع بينما حاول القديس يوحنا تعليم طفل أصم.
- في القرن ١٥ بدأت أول محاولة جدية لتعليم طفل أصم سجلها الباحث رودلفوس اجريكولا وأنه ليس من الممكن تعليم الطفل القراءة والكتابة في الوقت الذي يفقد فيه القدرة على السمع.
- وفي القرن ١٨ ظهر في باريس باحث يدعى جاكوب بيربير عرض حاله شاب أصم نجح في تعليمه.
- سوف نلاحظ أن مل هذه المحاولات فردية قام بها بعض الأفراد وكان من أثارها الهامة توجيه الاهتمام نحو إنشاء أول مدرسة لتعليم الأطفال الصم في باريس.
- كان الراهب (دى لابيه) هو من أنشأ هذه المدرسة وكان يعتقد أن الطريقة الوحيدة لتعليم الطفل الأصم تكون عن طريق الإشارة Manual Method حيث كان ماهراً في الربط بين الإشارات المختلفة وبين لغة الحديث.

- انتقل الاهتمام لهؤلاء الأطفال من فرنسا إلى ألمانيا حيث أسس صموئيل هاينيك أول مدرسة لتعليم الصم في هامبورج.
- كان يعتقد أن الطفل الأصم يستطيع (قراءة الشفاه) وكما أن في استطاعته تعلم الكلام ولذلك يعتبره الكثيرين أنه أبو الطريقة الشفوية Oral Method في تعليم الصم.
- أيضاً ظهر الباحث فريديريك موريتز هل حيث كانت فلسفة في علاج الصم وتعليمهم تتحصر في "اتبع في تعليم الطفل الأصم نفس الخطوات الطبيعية التي يتعلم بها الطفل العادي طريقة الكلام".
- في إنجلترا أنشأ توماس بريديوود عام 1760 مدرسة للصم وكان يستعمل في تعليم الصم الطريقة الشفوية.
- في مصر أنشأت لهم معاهد خاصة، كما أنشأت لهم معهد للتدريب والتوجيه ومن أشهر هذه المعاهد (معهد الأمل) بالقاهرة.
- من هنا أشارت الدراسات إلى أن التحصيل الدراسي للأطفال الذين يتلقون تعليمهم بالمدارس اليومية للصمم كان أعلى بدرجة واضحة من تحصيل الأطفال المنتظمين في معاهد داخلية وكما أشار إلى أن الفرق بين المجموعتين لا يقبل التفسير في إطار ارتقاض الذكاء أو الدرجة الأفضل من السمع أو تأخر زمن الإصابة لدى الأطفال المدارس اليومية.
- يتضح من البيانات التي ظهرت في الدراسات أن الأطفال في المدارس الداخلية الذين تم تعليمهم من خلال طرق وأساليب سمعية حصلوا على نسبة تعليمهم أعلى مما حصل عليه الأطفال الذين يتشاربون معهم في درجات الذكاء والسمع وزمن الإصابة من تعلموا بوسائل وطرق أخرى غير سمعية كطريقة الإشارات اليدوية.

ومما سبق يتضح أن:





سادساً: دور الخدمة الاجتماعية في مجال المعاقين سمعياً:

تهدف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعاقين إلى المساعدة في تحقيق التوافق بين المعاقين والبيئة التي يعيشون فيها، لكي يتم التبادل بينهما على نطاق واسع ولصالح كل منهما، وفي المجال يرى بینکس ومايناهان Pincas & Minahan إلى أن الخدمة الاجتماعية في سعيها لإحداث التوافق بين المعاق والبيئة تساعدهم على القيام بواجباتهم الحياتية، وتحقيق أماله بأقل قدر من الضيق والتوتر، وربطة بالأنظمة الاجتماعية التي تمد بالموارد والخدمات والفرص التي يحتاج إليها، مع تقوية وتدعم تلك الأنظمة حتى تتمكن من تأدية وظائفها بفاعلية متزايدة.

ويمكن للخدمة الاجتماعية أن تساهم في مال رعاية المعاقين سمعياً من خلال ثلاثة مستويات هي:

١- العمل مع المعاق نفسه:

يهدف الأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة المعاق سمعياً على تعديل السلوك غير المقبول ودعم وتطوير السلوك الإيجابي المرغوب فيه لدى المعاق فالأخصائي الاجتماعي يقوم بمساعدة المعاق سمعياً على التغلب على عاهته بما يناسب ظروفه الشخصية والاجتماعية وقدراته الخاصة وذلك عن طريق:

- التخفيف من حدة المشاعر السلبية المصاحبة للإعاقة مثل الشعور بالخوف والقلق والعجز وغيرها مع إبراز الجوانب الإيجابية التي يتمتع بها المعاقين سمعياً عموماً وتميزهم عن غيرهم من البشر مثل القدرة على الصبر والجلد في أداء الأعمال، والتفوق في المهن التي تسبب الإزعاج الشديد وقوة الحواس غير السمعية.
- تعديل اتجاهات المعاق سمعياً نحو نفسه وإعاقته وإثارة دوافعه للاعتماد على ذاته في التغلب على ما يقابلها من صعوبات، واتخاذ اتجاهات سوية عن الحياة مبنية على الواقع والتقدير الصحيح لقدراته وإمكاناته وأن يكيف نفسه حسب الحدود التي ترسمها الإعاقة.
- تعديل اتجاهاته السلبية أو العدوانية نحو البيئة المحيطة به مثل الأسرة والاصدقاء والمدرسة وتعاونته على إقامة اتصال ناجح مع الآخرين.
- المحافظة على ما تبقى لدى المعاق سمعياً من قدرات وإمكانيات بوقايتها من التدهور والعمل على تحسينها وتنميتها عن طريق تدريب حاسة السمع وتزويدها بالوسائل اللازمة والمتقدمة مثل استخدام المعينات السمعية وتزويد بالقرارات الأساسية مثل القدرة على استخدام لغة الإشارة وحركات الشفاه.
- مساعدة المعاق على اكتساب العادات والصفات الشخصية السوية التي تحفظ له اعتباره وكرامته مثل النظافة العامة، والعناية بالظهور العام، دون مبالغة، والألفة والمرح مع الآخرين.

▪ تشجيعه على أن يكون لديه اهتمامات و هوبيات مناسبة و مقبولة لشغل وقت الفراغ، و تشجيعه على الانضمام لنادي الصم لأنه يستطيع أن يحقق ذاته أكثر من خلال جماعة الصم ويجد الفرصة للتعبير عن مشاعره و تخفيف حدة الصراعات داخله.

- توضيح أنواع الخدمات المتوفرة في المجتمع سواء التعليمية أو الطبية أو التأهيلية أو التشغيلية التي يمكنه الاستفادة من خدماتها وكيفية استفادته منها.
- مساعدة المعاق سمعياً على تحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلال الاقتصادي عن طريق الكشف عن قدراته وإمكانياته واختيار مجالات التدريب المهني التي تنفق مع هذه القدرات ومساعدته على اكتساب العادات الطيبة نحو العمل مثل حب الانتظام في العمل والمواطبة واتباع التعليمات والأوامر.

٢- العمل مع أسرة المعاق:

يهدف الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال إلى إتاحة الفرصة أمام المعاق لتكوين علاقات أفضل وتحفيز العوامل السلبية في البيئة وتعديل الجوانب البيئية أو تخفيف ضغوطها الواقعة عليه.

- تغيير اتجاهات الأسرة نحو المعاق بحيث تتواءن، فلا تصل إلى حد التدليل الزائد الذي يحول دون اعتماد على نفسه أو تصل إلى الرغبة في عزلة قدر المستطاع عن الاتصال بالآخرين وعدم الاحتكاك بالعالم الخارجي، لعدم رغبة الأسرة في معرفة الآخرين لوجود مثل هذه الحالة في الأسرة.
- تصحيح مفاهيم الأسرة نحو الإعاقة السمعية وطبيعتها وأسبابها وتوضيح احتياجات المعاق سمعياً والأسلوب الأمثل للتعامل معه.
- توفير برامج تعليمية للوالدين موازنة للبرامج التي تقدم للمعاق، وتدريبهم على مهارات التواصل معه، وقد يكون من المفيد إعداد دليل للأباء والأمهات للاسترشاد به في فهم حالة الطفل وكيفية التواصل معه.
- العمل على تقبل الأسرة للمعاق ومعاملته معاملة طيبة مثل باقي أخوته دون تبرم أو ضيق بالمسؤوليات التي تضاف كأعباء إضافية على الأدوار داخل الأسرة.
- العمل على توفير المساعدات الاقتصادية للأسر المعوزة لمساعدتها على تحمل التكاليف الاقتصادية المرتبطة بشراء أنواع معينة من العلاج أو شراء الأجهزة الطبية المعاونة.

٣- العمل على مستوى المجتمع:

- العمل على تغيير القيم والاتجاهات المجتمعية السلبية تجاه الإعاقة وتوسيع المجتمع بكيفية التعامل معهم، والعمل على تقبلهم كمواطنين لهم نفس حقوق المواطن العادي، وأنهم قادرين على الاندماج والمشاركة في الانتاج.
- إعداد كتيبات مبسطة للتعریف بالإعاقة السمعية وأسبابها ودلائل حدوثها وكيفية الاكتشاف المبكر لها، وطرق الوقاية منها.
- إجراء البحوث والدراسات المتخصصة في الإعاقة السمعية، وتشجيع البحوث في مجال الوقاية والعلاج والاتصال بالهيئات العلمية التي تعمل في هذا الميدان والاستفادة من نتائج بحوثها أولاً بأول.
- إعداد البرامج التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصم قبل الالتحاق بالعمل، وأثناء العمل، نظراً لأهمية هذه البرامج للارتقاء بالمستوى المهني للأخصائي الاجتماعي في هذا المجال.

- اتخاذ التدابير اللازمة لإصدار مزيد من التشريعات الخاصة والتي تسمح باستيعاب المعاقين سمعياً في مجالات العمل المختلفة والتي تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم وحمايتهم من الاستغلال.
- القيام بعملية التنسيق والاتصال وتدعيم بين المؤسسات التي من الممكن أن يستفيد من خدماتها المعاق سمعياً.
- الاستفادة من موارد المجتمع وامكانياته في تدعيم وتحسين الخدمات المقدمة من المؤسسات والمدارس الخاصة برعاية الصم، ومحاولة تطوير خدماتها بما يتاسب تلبية حاجات المعاقين سمعياً.
- التوسيع في إنشاء المراكز الطبية المتخصصة، والوحدات الصحية السمعية المحلية، لإجراء الفحوص الدورية على الأطفال والاكتشاف المبكر لأمراض السمع وتشخيص حالات الإعاقة في مراحلها الأولى وتزويد المعاقين سمعياً بالأجهزة السمعية وتأهيلهم وتدريبهم على استخدامها.
- وتجدر الاشارة إلى أهمية أن تكامل مجموعة الخدمات التي تقدم للمعاقين سمعياً، وذلك بتعاون مختلف جهود المتخصصين المشتركين في المستوى الفردي والاسري والمجتمعي.

المراجع

- ٥- **أوجين مندل، ماكاي ميرتون:** إنهم ينمون في صمت - الطفل الأصم وأسرته، ترجمة عادل الأشول، دار العلم للطباعة، القاهرة، ١٩٧٦م، ص ٥.
- ٦- **محمد السد صادق:** سيكولوجية الطفل المعاك سمعياً وأساليب تواصله مع الآخرين "دراسة إرشادية"، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد ٥٧، يناير - مارس ٢٠٠١، ص ص ٦-٧.
- ٧- **علاء الدين كفافي:** الإرشاد والعلاج النفسي الأسري "المنظور النسقي الاتصالي"، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٩م، ص ١٢٢.
- ٨- **أحمد حسين اللقاني وأمير القرمishi:** مناهج الصم "التخطيط والبناء والتنفيذ"، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٩٩م، ص ٥١.
- ٩- **محمد عبد المؤمن:** سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٦م، ص ٧٤.
- ١٠- **عادل عز الدين الأشول:** موسوعة التربية الخاصة، الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٨م، ص ١٩٥.
- ١١- **إلهامي عبد العزيز وآخرون:** سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عيد شمس، القاهرة، ٢٠٠١، ص ص ١٠٠ - ١١٤.
- ١٢- **فاطمة محمد الحسيني الشرقاوي:** متحدوا الإعاقة السمعية وتأهيلهم، فى أحمد السنھوري وآخرون: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مركز السوق الريادي، جامعة حلوان، القاهرة، ١٩٩٩م، ص ص ١١٨ - ١٢٥.
- ١٣- **ماجدة سيد عبيد:** الإعاقة السمعية، دار الهديات للنشر والتوزيع، الرياض، ١٩٩٢م، ص ١٥.
- ١٤- **مصطفى الحسيني النجار:** العلاقة بين ممارسة سيكولوجية الذات والتوافق النفسي والاجتماعي للأطفال الصم وضعاف السمع، رسالة دكتوراه "غير منشورة"، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٨٩م، ص ص ١٠ - ١٢.
- ١٥- **غريب سيد أحمد:** الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٢م، ص ١٢.
- ١٦- **عبد الفتاح عثمان:** الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، الانجلو المصرية، القاهرة ، ١٩٧٩م، ص ٦٧.

الفصل الخامس
فئة المعاقين بصريًا
Blindness

مقدمة

لقد خلق الله تعالى الإنسان من العدم ، وأغدق عليه بفيض النعم، فمنهم من أنعم عليه بالصحة والجمال، ومنهم من أنعم عليه بكثرة العيال، ومنهم من أنعم عليه بفقد إحدى حواسه وأبدلها ما هو خير منها: كمن فقد حاسة البصر، فقد أبدله الله تعالى بدلاً منها بالسمع المرهف، والعقل النير ، والقلب البصير ، والذي قد يرى به ما لا يراه البصير.

ولقد صدق الله تعالى القائل في محكم التنزيل: (أَفَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونُ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ .
فمن هذا المنطق فإننا نوضح نظرة الإسلام إلى الكيف، فإنه يمكننا بأن نوجز تلك النظرة في كلمتين هما: التقدير والتيسير أو بمعنى آخر المكرمة والمرحمة ، فمن مواطن التيسير الإسلامي على الكيف.. كما في قوله تعالى: (لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حِرْجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حِرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حِرْجٌ) والمعنى انه ليس على الأعمى ولا على شبيهه كالمريض والأعرج حرج في التخلف عن الغزو والجهاد، لما لهم من العذر، ففي نفي الحرج عن هؤلاء مزيد من الاعتناء بأمرهم وتوسيعاً لدائرة الرخصة أمامهم، وهنالك ألوان الرحمة والمكرمة والإنصاف الإلهي في توجيهات القرآن في هذا المجال .

والمجتمع الإسلامي في تواده وتراحمه ، يرحم الصغير ، ويوقر الكبير ، ويرحم بعضه
بعضًا ، ويساعد أفراده الأقوىاء الضعفاء منهم ، فيعودون المريض ، ويعينون الضعيف والعاجز وذا
الحاجة .

وبالرغم من تقدم الحياة البشرية وتطورها ، إلا أن الجهد الموجه لخدمة المعوقين بصرياً ما زال يحتاج لوقفة وتأمل وتقدير ، ودفع للأمام ، في ظل مفاهيم إعادة التأهيل ، وتطور الحلول التقنية الموجهة لكافة الأغراض ، والتسليم بحق الكيف في المشاركة في دفع الإنتاج والتنمية في مجتمعه كعنصر فاعل ومنتج .

أولاً: الاعاقة البصرية "ما هيّتها وأنماطها":

قبل الحديث عن الإعاقات البصرية لابد أن تتعرف أولاً على تركيب حاسة الإبصار:
العين هي عضو الأ بصار في الإنسان وتُعرف باسم المقلة وتتكون من:
أ - الصلبة.
ب - القرنية.
ج - المشيمية.
د - العدسة.
ه - الفرزحية.
و - الشبكية.
- الصلبة: هي طبقة سميكة بيضاء مكونة من ألياف متينة الوظيفة المخصصة لها هي حماية الأجزاء الداخلية.

-**القرنية**: هي امتداد للصلبة من الأمام وهي شفافة والوظيفة المخصصة لها هي السماح بمرور الأشعة الضوئية إلى داخل العين.

-**المشيمية**: طبقة تتكون من خلايا بها مادة سوداء تجعل بياض العين معتم.

-**العدسة**: جسم مستدير من مدبب السطحين والوظيفة هي جمع الأشعة الضوئية على الشبكية.

-**القرحية**: توجد أمام العدسة وتتصل بنهاية المشيمية وهي غشاء مستدير يشتمل على مواد ملونة تكسب العين لونها الخاص والوظيفة تعمل على توسيع وتطبيق الحدقة لتحديد كمية الضوء الداخلة للعين.

-**الشبكية**: تتكون من خلايا دقيقة حساسة غير كاملة من الأمام وتحتوي على جسم هلامي نصف سائل يعرف باسم الجسم الرجاجي.

- أمثلة لعيوب البصر:

أ- طول النظر.

ب- قصر النظر.

ج- الاستجماتزم.

-**طول النظر**: أن كرة العين فيها تصبح قصيرة جداً من الأمام وأن أشعة الضوء التي تدخل العين تجمع الصورة خلف الشبكية وفي هذه الحالة لا تستطيع العين رؤية الأشياء القريبة ولتصحيح هذا العيب تستخدم عدسة مدببة الوجهين.

-**قصر النظر**: تكون كرة العين طويلة جداً ولذلك فإن الصورة تتكون أمام الشبكية ولتصحيح هذا العيب يستخدم عدسة مقعرة الوجهين ، حيث تعرف الأشعة الضوئية بطريقة تؤدي إلى تكوين الصورة على الشبكية.

-**الاستجماتزم**: خطأ في الانكسار راجع إلى عدم انتظام سطح القرنية أو عدسة العين وهي ترتبط في بعض الحالات بالأشخاص طوال النظر.

تُلعب كلاً من حاسة السمع، اللمس، الشم، دوراً هاماً لدى المكفوفين وضعاف البصر الشديد.

أ- **حاسة السمع:**

تعتبر هذه الحاسة من أنشط الحواس عند الشخص الأعمى برغم من السمع يعطي فكرة عن مقدار بعد الشيء أو اتجاهه ولكنه لا يعطي أي معلومات عن طبيعة هذا الشيء.

ب- **حاسة اللمس:**

تحتل المركز الثاني لدى الكفيف فعن طريقها يكتسب الكثير من الخبرات ونجد أن حاسة اللمس لا تساعده الكفيف بدرجة كافية إلا من خلال وجود مؤشرات سمعية كافية تجعله يميز الأشياء.

جـ- حاسة الشم:

لهذه الحاسة دور هام لدى الكفيف فقد أوضحت "هيلين كيلر" أنها تستطيع عن طريق الشم أن تدرك الأماكن التي تتنقل إليها وتتعرف على ما إذا كانت في محل أو عيادة طبيب .. الخ.

وقد كانت بداية الاهتمام بالمكفوفين أثناء إنشاء أول معهد لهم في باريس عام ١٧٨٥ وكان يعرف باسم المعهد الأهلي لصغار العميان وقد أسسه (فالتن هو).

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فيرجع إنشاء أول معهد للعميان إلى (جون فشر) الذي كان يدرس الطب في باريس وزار معهد العميان بها.

وتعتبر الطفرة الهائلة في تعليم المكفوفين حينما ابتكر "لويس برايل" طريقة لتعليمهم القراءة والكتابة ولم تكن طريقة برايل هي الطريقة الوحيدة لكتابه البارزة ولكن كانت أكثرها توفيراً للجهد والوقت.

#- شخصية الكفيف:

تصبح المشكلة أكبر لدى الكفيف الذي فقد حاسة الأ بصار خلال الخمس سنوات الأولى من حياتهم فهم يعتمدون على اللمس، الشم، التذوق، اللمس، كما أن الصورة الذهنية Mental Pictures تُسْتمد من حواسه المختلفة.

إن حاسة اللمس على سبيل المثال لدى الكفيف تتطلب اتصالاً مباشراً بالشيء الذي هو موضوع الإحساس مما قد يتغدر معه في بعض الأحيان الاتصال المباشر، كما أن مدى اللمس محدود قد لا يتعدى طول الذارعين، كما أن الألوان وتمييزها لا يستطيع بحاسة اللمس أن يتعرف عليها.

فانفصل الطفل الأعمى عن البيئة الخارجية المحيطة به يؤثر على نموه النفسي حيث لا يستطيع الطفل الكفيف أن يكتسب أنماط السلوك المختلفة التي يكتسبها الطفل البصر بسهولة عن طريق التقليد البصري والتي تعتمد على حاسة الإبصار مثل ارتداء الملابس.

ومما لا شك فيه أن اتجاهات أفراد الأسرة والمحيطين للطفل الكفيف تؤثر على مدى تقبلهم له ، ولقد قام أحد العلماء بدراسة تجريبية تناولت هذه المشكلة بأن أعطى عدد من الطلاب استفتاء يتضمن عدة سمات رغم أنها خاصة بالمكفوفين فقط منها (٢٠ صفة فيزيقية) (١٤ صفة اجتماعية) (٢٦ صفة نفسية) فتوصل إلى:

أ- السمات الفيزيقية:

- يستعين بكلب يرشده.
- يحمل عصا.
- ينقص وجهه التعبير.
- يلبس نظارة.

بـ- السمات الاجتماعية:

- يتعلم في مدارس خاصة.

- نادراً ما يعمل في مهن يدوية.

- يعتمد على غيره من الناحية المادية.

جـ- السمات النفسية:

- حاسة اللمس عنده دقيقة.

- يتمتع بذاكرة قوية.

كما أظهرت الدراسات أن المكفوفين توافقهم الشخصي الاجتماعي منخفض إذا ما قورن

بالأشخاص العاديين، كما أن توافق البنات أحسن من توافق الذكور.

وينظر بعض الآباء على أن وجود طفل كفيف نوع من العقاب حيث يرو أن إصابة الطفل بالعمى تعتبر عيباً وخزياناً شخصياً للوالدين ولكن يجب على الآباء أن يتعاملوا مع الكفيف من خلال:

١- تقبل الطفل وعجزه.

٢- انكسار العجز وعدم الاعتراف به.

٣- عدم الحماية الزائدة للكفيف.

٤- عدم نبذ الطفل.

#- تعريف الكفيف:

١- من الناحية الطبية:

هي الحالة التي يفقد فيها الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهي

العين ولهذه الأسباب.

أ- أسباب خارجية:

إصابة الطبقات المتخصصة بالقرنية أو الشبكية.

بـ- أسباب داخلية:

إصابة العصب البصري.

٢- من الناحية الاجتماعية النفسية:

نأخذ تعريف اليونسكو هو الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة ، وقد يستطيع الاستفادة من حواسه الأخرى.

ويرى البعض أن العمى هو العجز عن عد الأصابع على مسافة متراً واحداً في كل الظروف وقد أقر هذا التعريف في المؤتمر الطبي الاسترالي في حين أن العمى الجزئي هو امتلاك لقدرة بصرية تساوي $\frac{60}{20}$ أو $\frac{200}{20}$.

في حين يعتقد عدد من الباحثين أنه يمكن اعتبار فاقد البصر قانوناً أي فرد يمكنه أن يميز على مسافة ٢٠ قدم فقط هو ما يمكن للفرد العادي أن يميزه على مسافة ٢٠٠ قدم أي ضيق المجال البصري للفرد.

من هنا يقسم المكفوفون إلى العناصر الآتية:

- كف كلي:

- ولداً أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

- أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

- كف جزئي:

- أصيبوا بالعمى قبل سن العاشرة.

- أصيبوا بالعجز بعد سن الخامسة.

إن المكفوفين يستعينوا بمختلف الإحساسات وتعبيراتها كتغير درجة الحرارة أو الطنين الضوئي، وتغير طبقة الأرض وتغير الروائح ويستغلها كلها كوحدة ليكون فكرة عن الموقف الذي هو فيه.

لقد أوضحت دراسة " Sokellario " أن كفيبي البصر من المراهقين على درجة عالية من القلق إزاء الأحداث الخارجية التي لا يمكن السيطرة عليها. يرى البعض أن كيف البصر يمكن أن يؤدي إلى العزلة، الانطواء وهذا يعني ظهور سمات شخصية سلبية مثل:

الخضوع - الاكتئاب - الشعور بالنقص - العدوانية - ضعف الثقة بالنفس - الانطواء.

*** - ثانياً: تعريف الإعاقة البصرية:**

يمكن إرجاع محاولات التعرف على حالات القصور البصري وتصنيف هذه الحالات إلى مصدرين أساسيين هما: المصدر القانوني والمصدر التربوي.

التعريف القانوني لكتف البصر (Blindness) الذي تأخذ به معظم السلطات التشريعية ينص على حدة إبصار تبلغ ٢٠/٦٠ أو أقل في العين الأحسن مع أفضل أساليب التصحيح الممكنة، أو حدة إبصار تزيد على ٢٠/٢٠ إذا كان المجال البصري ضيقاً بحيث يصل إلى زاوية إبصار لا تتعدي ٢٠ درجة.

حدة الإبصار (Visual acuity) هي قدرة العين على تمييز تفاصيل الأشياء وتقدر حدة الإبصار العادبة بأنها ٢٠/٢٠، وعندما تكون حدة الإبصار لدى أحد الأفراد هي ٢٠٠/٢٠ فنه يستطيع أن يرى من مسافة ٢٠ قدماً ما تستطيع العين العادبة أن تراه من مسافة ٢٠٠ قدم، ويشير المجال البصري إلى المنطقة البصرية الكلية التي يستطيع الفرد أن يراها في لحظة معينة، العين العادبة تستطيع أن ترى بزاوية تبلغ ما بين ٦٠ إلى ٧٠ درجة، وعندما يكون مجال الإبصار محدوداً فإن المنطقة البصرية تكون أقل.

أما الأفراد ضعاف البصر (Partially Sighted) فإنهم يعرفون أيضاً من جانب السلطات القانونية بأنهم أولئك الأفراد الذين يمتلكون حدة إبصار تتراوح من ٧٠/٢٠ إلى ٢٠٠/٢٠ في العين الأفضل بعد التصحيح الممكن.

يرى الأخصائيون التربويون أنه نظراً لأن التعريف القانونية تضع التركيز بصفة أساسية على حدة الإبصار، فإن هذه التعريف لا تتيح معلومات ثابتة حول الطريقة التي يستطيع الفرد أن يسلك بها أو أن يؤدي وظائفه في الإطار الاجتماعي، وبالإضافة إلى ذلك فإن التعريف القانوني يفشل في إيضاح درجة الكفاءة أو الفعالية التي يستخدم بها فرد من الأفراد الجزء المتبقى لديه من البصر، وكان من نتيجة ذلك أن التعريف التربوي يفرق بين الشخص الكيف والشخص ضعيف البصر على أساس الطريقة التي يتعلم بها كل منهم على أفضل نحو ممكن.

- المكفوفون في ضوء التعريف التربوي:

هم أولئك الذين يصابون بقصور بصري حاد مما يجعلهم يعتمدون على القراءة بطريقة "برail" ، أما ضعاف البصر فهم الأفراد الذين يستطيعون قراءة المادة المطبوعة على الرغم مما قد تتطلبه هذه المادة أحياناً من بعض أشكال التعديل (على سبيل المثال، تكبير حجم المادة ذاتها أو استخدام عدسات مكرونة).

- خصائص وأثار الإعاقة البصرية والمتطلبات التربوية:-

أولاً: دور البصر في النمو الإنساني وأثار الإعاقة البصرية على مظاهر النمو:-

الإعاقة البصرية حالة تصيب الجهاز البصري لكن آثار الإصابة تتجاوز الإحساس البصري ذاته ، وتمتد فتؤثر على كل مجالات النمو الإنساني تقريباً سواء ما كان منها يتعلق بالنواحي الإدراكية أو المعرفية أو الاجتماعية والانفعالية.

= دور البصر في المجال الإدراكي:-

- أ- يعتبر البصر مصدراً من مصادر المعلومات.
- ب- إن البصر يلعب دوراً في استخدام المعلومات التي يحصل عليها الفرد من الحواس الأخرى وخاصة حاسة اللمس والسمع.
- ج- إن البصر يلعب دوراً واضحاً في الإدراك المكاني المباشر.
- د- إن البصر يمهد الطريق أمام الطفل للوصول إلى البيئة الواسعة والممتدة.
- هـ- يتربّى على ما تقدم من وظائف البصر أن العالم الإدراكي للطفل الصغير يعتمد اعتماداً كبيراً على حاسة البصر مما يتربّى عليه أن آثار فقد البصر أو قصوره يتتجاوز كثيراً الأثر المباشر وهو نقص المعلومات البصرية، والنتيجة المتوقعة هي عباء متزايد على القنوات الحسية الأخرى، إذ يجب أن تعمل هذه القنوات دون المساعدة التي يتلقاها البصر عند الطفل المبصر ثم إن القنوات الحسية عليها أن تتحمّل بعض الوظائف التي يؤديها الطفل عادة من خلال حاسة البصر.

دور البصر في مجال التفاعل الاجتماعي:

- أ- يمثل البصر وسيلة فعالة يتعرف الطفل من خلالها على الأشخاص حتى بالنسبة للطفل الصغير.
- ب- يتواصّل البصر كثيراً من مظاهر التفاعل الاجتماعي التي تتم بين الأفراد.

ثانياً: التباين والاختلاف في آثار الإعاقة البصرية على الأفراد والعوامل المؤدية إليه:-

هناك تباين واسع المدى في القدرات والخصائص يمكن ملاحظتها بين الأفراد المعوقين بصرياً:

١ - في المجال الإدراكي والمهارات الحركية:

يمكن أن يتراوح المعوقون بصرياً من أفراد يتميزون بعدم النشاط وقصور في الحركة ونقص في الوعي بالمعلومات الحسية الخارجية المتاحة ودرجة عالية من الاستثناء الذاتية إلى أفراد يتميزون بالحركة الكاملة والمستقلة وحساسيّة عالية في استخدام المعلومات والبيانات البيئية استخداماً وظيفياً.

٢ - في المجال المعرفي:

يتراوح التباين بين المعوقين بصرياً من عدم القدرة على بناء المفاهيم واستخدامها استخداماً فعالاً إلى قدرة عالية على بناء هذه المفاهيم.

ومن عدم القدرة على الأداء الوظيفي فيما عدا في المواقف التعليمية الأولى إلى النجاح المهني الناجم الذي يقوم على استخدام الشخص المعاك بصرياً بجميع الفرص والمظاهر التعليمية المتاحة.

٣- في المجال الاجتماعي:

يتراوح التباين بين المعاقين بصرياً من أفراد يفتقرون إلى مهارات الاعتماد على النفس والبقاء في حالة اعتماد على الآخرين إلى أفراد مستقلين استقلالاً شبه تام ومعتمدين على أنفسهم إلى حد كبير.

٤- في المجال الانفعالي:

يتراوح التباين بين المعاقين بصرياً من حالات القصور والاضطراب الانفعالي الذي يظهر في مجموعة من الأعراض الإكلينيكية إلى حالات تتميز بالتوافق التام وتحقيق الثبات والاتزان الانفعالي.

ثالثاً: انعكاسات الإعاقة البصرية على بعض مظاهر النمو:

١- تعويض الحواس:

من المعتقدات الشائعة عن القدرات الإدراكية لدى المعاقين بصرياً أنهم نتيجة للإصابة في البصر يوهبون بإمكانيات أكبر في القنوات الحسية الأخرى وهنا يجب الفصل بين القدرات الحسية التمييزية من جهة، وبين فاعالية الانتباه والاستخدام الوظيفي للمعلومات المختلفة.

أ- فيما يتعلق بالقدرات الحسية التمييزية فإن الأدلة المتوفرة إلى الآن تتفق فكرة تعويض الحواس فلم توجد فروق بين المعاقين بصرياً وبين المبصرين أو بين المجموعات المختلفة من المعاقين بصرياً في القدرات الحسية التمييزية.

ب- أما بالنسبة لفاعلية الانتباه توجد أدلة على أن إمكانيات تركيز الانتباه ربما تنمو على نحو أفضل لدى بعض الأفراد المعاقين بصرياً مما هو الحال بين الأفراد المبصرين بوجه عام وينطبق ذلك بصفة خاصة على الانتباه السمعي.

٢- الإدراك اللمسي:

يعتبر اللمس مصدراً هاماً من مصادر المعلومات عن العالم المحيط بالأفراد حتى المبصرين منهم وبالنسبة للأطفال المعاقين بصرياً فإن اللمس يكون أكثر من الضروري الاعتماد عليه كعامل وسيط للمدركات التي يؤديها البصر في الظروف العادية.

أ- يكتسب الإدراك اللمسي أهمية خاصة بالنسبة لبعض المظاهر السلوكية الوظيفية كتعلم المادة اللمسية بطريقة برايل أو إدراك المواد التعليمية كالرسوم والخرائط عن البيئة المكانية.

ب- اللمس يساعد الطفل المعاك بصرياً من حيث أنه يزوده بمصدر رئيسي للمعلومات عن الأشياء التي تحيط به وتقع في نطاق اللمس.

ج- يترتب على ما نقدم أم محاولات استخدام الرسوم اللمسية في المواقف التعليمية مع الأطفال المعاقين بصرياً يجب أن يراعى بصورة ملائمة ما يمكن أن يوجد بين الأطفال من فروق في استراتيجيات الحصول على المعلومات اللمسية كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن تدريب

الأطفال المعاقين بصرياً على استراتيجيات أكثر فعالية في الحصول على المعلومات اللمسية من الأمور ذات الفائدة القصوى في العملية التعليمية لهؤلاء الأطفال.

٢- الإدراك السمعي:

أ- ليس هناك دليل على أن القدرات التمييزية السمعية لدى المعاقين بصرياً أفضل منها لدى الأطفال المبصرين كما أنه لا توجد فروق بين معظم المجموعات الفرعية من الأطفال المعاقين بصرياً في هذا الشأن.

ب- توجد شواهد على أن الأطفال المعوقين بصرياً تتموّل لديهم في كثير من الأحيان عادات الانتباه السمعي أكثر فعالية مما هو الحال مع الأطفال المبصرين عادة.

ج- تتضمن عملية الحركة نوعاً من الإدراك السمعي فالشخص المعوق بصرياً بدرجة حادة يعتمد في تنقلاته وأسفاره اعتماداً كبيراً على الدلالات السمعية ومن هنا كان التدريب المنظم على الاستفادة من الدلالات من العوامل الهامة في تعليم الحركة للطفل المعوق بصرياً.

٤- تعلم الحركة:

أ- يبدأ التدريب الرسمي على الحركة عادة في السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية وأن كثيراً من العوامل التي تعد حيوية بالنسبة للحركة الجيدة تتموّل في الفترات المبكرة من حياة الأطفال مما يستوجب بدء تدريب الطفل المعاق بصرياً على الحركة في وقت مبكر بقدر الإمكان.

ب- أن الاتجاه التدريجي نحو التدريب الجسمي للأطفال المعاقين بصرياً صغار السن سواء كانت برامج التدريب موجهة إلى التدريب على الحركة أمر يعد من المظاهر النمائية المرغوب فيها.

ج- بطبيعة الحال تعتبر المهارات التمييزية الحسية الرئيسية وبصفة خاصة مهارات التمييز السمعي حيوية لكن في نفس الوقت فإن إدراك التوجيه الجسمي لا يقل عن ذلك أهمية.

د- أن مفاهيم العلاقات المكانية بما في ذلك العلاقات بين عناصر المكان الخارجي والعلاقة الخاصة بالمكان الخارجي علاقات متداخلة إلى حد بعيد مع عوامل التمييز الحسي وعلى ذلك فإن مفاهيم العلاقات أياً منها لا يصل إلى النمو الكامل دون نمو مقابل في المهارات الأخرى.

هـ- بالإضافة إلى العوامل الإدراكية والعوامل المعرفية فإن بعض الأبعاد مثل الثقة بالنفس والثقة بالآخرين متضمنة أيضاً في عملية الحركة وعلى ذلك فإن تركيز الانتباه

على بعض مكونات الحركة دون غيرها لا ينتفع أن ينفع عنه تحسن في الحركة الكلية ما لم نأخذ في الاعتبار علاقة أحد المكونات بالسلوك الكلي للحركة.

٥- النمو المعرفي:

إن القدرات والمهارات المعرفية ذات صلة بكل مجال من مجالات السلوك الإنساني تقريباً إلا أن علاقة هذه القدرات بالخبرات التعليمية ذات أهمية خاصة.

أ- إن البصر إن لم يكن حيوياً للنمو المعرفي فهو مصدر بالغ الأهمية للمعلومات مما يغذي العمليات النمائية المعرفية عند الطفل المبصر فالطفل العادي يحصل على معلومات بصرية حول العلاقات السببية وأوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء واستمرارية الأشياء والأشخاص على مدى الوقت والمكان أيضاً عن إمكانيات التغير في هذه المفاهيم.

ب- إن البصر يقوم بدور تكامل المعلومات التي يحصل عليها الفرد عن طريق القنوات الحسية الأخرى ومن ثم يلعب البصر دوراً هاماً في بناء المفاهيم.

ج- إن الإعاقة البصرية تجعل مجرى النمو المعرفي أكثر صعوبة مما يتربّب عليه ظهور فروق في النمو المعرفي بين الأطفال المعاقين بصرياً والأطفال المبصرين.

د- إن الطفل الذي يفقد البصر تماماً يتحتم عليه أن يبني مفاهيم عن العالم الذي يحيط به على أساس معلومات تختلف في طبيعتها عن المعلومات المستمدّة من البصر فقيمة السمع تعد محدودة بالمقارنة بالبصر نظراً لعدم استمرارية الخبرات السمعية، واللمس يعد غير ملائم لكثير من أنواع الخبرات المعرفية.

٦- النمو الاجتماعي:

يغطي النمو الاجتماعي مدىًّا واسعاً من المظاهر تتراوح من نمو العلاقات الاجتماعية الملائمة مع الأفراد والجماعات إلى نمو بعض المهارات الاجتماعية الازمة لأنشطة الحياة اليومية وهناك العديد من العوامل التي ترتبط بالإعاقة البصرية والتي يمكن أن تؤثر على ديناميكية عملية التطبيع الاجتماعي مما يجعل اختلاف مجرى النمو الاجتماعي للأطفال المعاقين بصرياً عن زملائهم من المبصرين من الأمور المتوقعة ومن بين هذه العوامل ما يأتي:

أ- من الواضح أن البصر يعد مهماً للغاية بالنسبة لاكتساب المهارات الاجتماعية وهذا يجعل دور الوالدين وغيرهم من أعضاء الأسرة في تزويد الطفل المعاك بضرورياً معلومات عن تلك التي يكتسبها الطفل المبصر عن طريق البصر.

ب- إن الأطفال المعاقين بصرياً أبطأ في نمو المهارات الاجتماعية بالمقارنة بالأطفال العاديين.

ج- لما كان البصر مصدراً هاماً للحصول على المعلومات التفصيلية فمن الطبيعي أن يكون الطفل الذي يتمتع بدرجة من الإبصار أقل تأثراً في النمو الاجتماعي من الطفل الذي يفقد البصر تماماً.

د- إحدى الخصائص التي تسند عادة إلى الأطفال المعاقين بصرياً تتمثل في اعتمادهم النسبي على الأشخاص الآخرين والميل إلى السلبية بدلاً من التفاعل الإيجابي مع الأشخاص الآخرين.

وهكذا، وبعد أن استعرضنا أهم الخصائص العمرية لطلاب المدرسة وأثر فقدان حاسة السمع على النمو الإنساني لفرد، وخصائص وأثار الإعاقة البصرية ومتطلباتها التربوية، علينا ألا نتجاهل أساليب التنشئة الاجتماعية التي تساعد المعاق وتؤهله اجتماعياً بحيث يكون قادراً على التكيف مع نفسه وأسرته ومجتمعه مع التركيز على اكتشاف نقاط القوة في شخصية الأصم والكيف والتركيز عليها وتنميتها.

* - ثالثاً: كف البصر كمشكلة اجتماعية:

يعد كف البصر مشكلة اجتماعية بجانب كونه مشكلة فردية، وهذا المدخل يجعل الأخصائيين الاجتماعيين يهتمون بربط المكفوفين بالمنظمات والهيئات التي ترعى المكفوفين، فالعمى كمشكلة اجتماعية يجعل أسرة الكيف شعر بالارتباك أمام التحديات لتدارب الجوانب المنطقية للعمى وكذلك الكيف نفسه ويحتاج الكيف وأسرته لوقت قبل اتخاذ قرار بأن (طريقة برايل، أو العصا البيضاء الطويلة، أو الكلب المرشد، أو أجهزة التسجيل، أو القارئ المصاحب، أو الكمبيوتر المعد والمهيأ للمكفوفين، والأساليب الجديدة في إدارة حياة المنزل وحياة الكيف) ذات كفاءة بنفس الأساليب التي اعتمدوا عليها وهم مبصرين ، وإذا كان العمى كان بعد فترة، أو بنفس الأساليب التي يعتمد عليها المبصرين وذلك أيا كانت بداية العمى، وبعد الاتحاد الوطني للمكفوفين في الولايات المتحدة الأمريكية أقدم وأكبر منظمة تتعدد بمحاربة التمييز والتفرقة في العمل، والتعليم ووسائل الحياة المريحة، كما عمل أيضاً على إنهاء نظام الحجز والوصاية في المؤسسة، ومعاملة المكفوفين كطبقة ثانية، كما أن أعضاء الاتحاد وقادته مستعدون دائماً لمساعدة المكفوفين الجدد من جميع الأعمار، ومساعدة أسرهم على فهم كف البصر كمشكلة اجتماعية، فأحياناً نجد كفيف البصر متسللاً، أو عازفاً للموسيقى، أو كلاهما معاً، إلا أن الكيف بعد تدريبه في تدبير أحواله الشخصية والتكيف مع العمى فهو يستطيع الدراسة، والعمل، وبقيمه أسرة، ويدرك إلى المطعم، ويشارك في نفس أنشطة وأدوار الحياة للمبصر، ولأن المكفوفين قد يواجهون أنماطاً من التفرقة والتمييز بينهم وبين المبصرين، لذا فإن الأخصائيين الاجتماعين عليهم دراسة العمى كمشكلة اجتماعية والعمل على إيجاد حلول لها.

* - رابعاً: الخدمات التأهيلية الاجتماعية للمكفوفين:

- تهدف الخدمات التأهيلية الاجتماعية للكيف نحو تمكينه من استعادة استقلاله الاقتصادي والاجتماعي وذلك عن طريق أنواع متعددة من الخدمات وهي:
- ١- محاولة توفير العلاج الرمدي للمستحق له من المكفوفين مما يمكن من تحسين درجة الإبصار إلى أقصى حد ممكن.
 - ٢- توفير الخدمات التربوية التي تتم الكيف بتعليم متكافئ على المستوى العادي وفقاً للأسس والمبادئ العلمية والفنية في مجال تربية المكفوفين.
 - ٣- توفير خدمات الإرشاد النفسي والتوجيه المهني والتدريب والإلتحاق بالعمل المناسب مع التتابع.
 - ٤- الإعداد والتعليم في المنزل.
 - ٥- النشاط الاجتماعي والثقافي والترويحي.
 - ٦- المعونة المالية.

بينما نجد أن المعونة المالية تعتبر ضرورية وأساسية للكيف، إلا أن مثل هذه المعونة يجب أن ينظر إليها على أنها جزء على هامش برنامج الرعاية للمكفوفين لا يجب أن يصرفنا عن الجوانب الأخرى، وفي الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن المكفوفين الكبار من الناحية القانونية الذين لم يلتقطوا بقوة العمل يحصلون على دخل إضافي كضمان اجتماعي، فوجد أن إعانة الدخل للضمان الاجتماعي على المستوى الفيدرالي مثل غيرهم من المعاقين تصل إلى (٤٥٨) دولاراً في الشهر لفرد الكيف، (٦٨٧) دولاراً شهرياً للزوجين، ومع ذلك فإن بعض الولايات التي تعطي المنح الفيدرالية تقرر إضافة تقديم مساعدة مالية دفعه واحدة للمكفوفين أكثر من غيرهم من المعاقين، ويعتبر محك الكسب بالنسبة للمكفوفين المتلقين لمساعدة تأمين الضمان الاجتماعي للمعاقين مختلف عن ذوي الإعاقات الأخرى، فمسح للمكفوفين الاستمرار في العمل وفي نفس الوقت تلقى مساعدة الضمان الاجتماعي للمعاقين بحيث لا يزيد النشاط المريح الحقيقي للكيف عن (٩٤٠) دولاراً شهرياً أو (١١٢٨٠) دولاراً سنوياً، أما أصحاب الإعاقات الأخرى فيحدد النشاط المريح الحقيقي بألا يزيد عن (٥٠٠) دولاراً شهرياً، ويجب على الأخصائيين الاجتماعيين الذين يقدمون خدماتهم للعملاء المكفوفين أن يكونوا يقظين لهذا الفارق فيما يخوله القانون للمكفوفين، ويتأكدوا من أن مكاتب الضمان الاجتماعي المحلية تفحص أنشطة العمل والكسب لعملائهم المكفوفين في ضوء هذا الشرط للمكفوفين في قانون الضمان الاجتماعي.

وفي مصر فإن قانون الضمان الاجتماعي يكفل المعاش للعاجزين عجزاً كلياً ونحو ذلك سنة عن ٦٥ سنة ويثبت العجز الكلي من الفحص الطبي فإذا ثبت أن الكيف من العاجزين عجزاً كلياً فإنه يدخل ضمن المستحقين لمعاش الضمان الاجتماعي ، أي أنه غير قادر على القيام

بأي عمل لكسب عيشه إما لمرض أو حادث أو حالة لأزمته منذ الولادة أو يدخل ضمن فئة كبار السن (الشيخوخة) وهو كل رجل أو امرأة لا زوج لها بلغ سنة أو سنها ٦٥ سنة ويثبت السن بوثيقة رسمية أو بالفحص الطبي.

٧- الخدمات المقدمة للكفيف الأصم والمكفوفين المسنين.

هناك قطاعان من فئة المكفوفين والذين تلف بصرهم وهم الذين لديهم تلف في السمع كما لديهم تلف في البصر، وهؤلاء الذين فقدوا الرؤية قرب نهاية أو بعد انتهاء حياتهم في العمل، وفي الولايات المتحدة الأمريكية يحصلون على خدمات استثنائية، فقد كفل قانون التأهيل بتعديلاته في عام ١٩٩٢م تقديم خدمات تأهيلية لهؤلاء الناس الذين تزيد أعمارهم عن (٥٥) عاماً وتلف بصرهم ويحتاجون مساعدة لحفظ على أنفسهم في بيوتهم، وأسرهم، ومجتمعاتهم المحلية، وأيضاً أنشأ مركز هيلين كيلر الوطني للشباب والكبار من العمى الصم طبقاً لتعديلات قانون التأهيل عام ١٩٩٢م، وفي مصر تقدم الخدمات التأهيلية للمكفوفين من خلال المؤسسات وأشهرها المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون (القاهرة).

خامساً: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع ذوي الإعاقات البصرية:

يمكن تطبيق اختصاصات ومسؤوليات الممارس العام في العمل مع فئة المكفوفين على النحو التالي :

١) تهتم الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية بالتركيز على المشكلة والمواقف التي يمر بها الناس على متصل أنساق العملاء دون التركيز على نسق واحد للعميل (فرد - زوجان - أسرة - جماعة صغيرة - مجتمع مؤسسة - مجتمع جيرة - مجتمع محلي - مجتمع وطني). لذلك فإن الممارس العام يتعرف على المواقف التي يمر بها الكفيف وأسرته وتقدير حجم تلك المواقف، ويحلل أين مواطن الخلل في الأداء الاجتماعي للكفيف في علاقته بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها (ونقصد بالأداء الاجتماعي : تلك الأنشطة الضرورية للحياة التي يقوم بها الكفيف) ، وأي عقبة أمام هذا الأداء الاجتماعي تعد مشكلة تحتاج إلى مساعدة لحلها على جميع المستويات (الكفيف وزوجته، أو الكفيفة وزوجها، والأسرة، والمؤسسة، والجيرة، والمجتمع المحلي وأحياناً مساعدات على مستوى المجتمع الوطني) مثل العمل على إصدار تشريعات تكفل مزيد من الخدمات للمكفوفين، وتتضح بمهارات الممارس العام في الملاحظة، والاتصال، فهو خبير في جميع المعلومات المناسبة من مصادر عديدة، وبالتالي يحللها ليتبين أين تكمن مناطق الاهتمام أو المشكلة.

٢) قيام الممارس العام بتعزيز عملية حل المشكلة والتغلب عليها وتنمية قدرات المكفوفين وذلك بربطهم في عملية حل المشكلة، وتعزيز قدراتهم في التغلب على مشكلاتهم وحلها، وتنمية جوانب القوة فيهم.

٣) منح القوة للمكفوفين سواء بشكل فردي أو بشكل جماعي، لكي يتمكنوا من حل مشكلاتهم الشخصية، والاستفادة من قدراتهم بفاعلية أكثر، فالخدمة الاجتماعية تستخدم المشاركة بين أنساق العميل والأشخاص الاجتماعيون، تلك المشاركة تدور حول منح القوة والتي تتضمن أن كل الأنساق المستفيدة من خدمات مهنة الخدمة الاجتماعية (فرد - زوجان - أسرة - جماعة صغيرة - مجتمع مؤسسة - مجتمع جيرة - مجتمع محلي - مجتمع وطني) لديهم القوة الكامنة لإيجاد حلول لمشكلاتهم، ومنح القوة هي عملية إطلاق القوى الكامنة لدى الأنساق الاجتماعية، واكتشاف وإيجاد الموارد والفرص لتعزيز الأداء الاجتماعي السليم أثناء محاولة أنساق العميل لإيجاد حلول لمشكلاتهم ومحاولاتهم لإشباع حاجاتهم.

٤) يعمل الممارس العام على ربط المكفوفين بالأنساق التي تزودهم بالموارد، والخدمات، والفرص، وربطهم بغيرهم من الناس الذين يستطيعون المساعدة بتقديم الخدمات، وبتقديم فرص جديدة، ولكي يربط الممارس العام المكفوفين بالموارد الضرورية يجب أن يكون لديه معرفة شاملة بالمجتمع المحلي، واستخدام المعلومات، وخدمات الإحالة لمؤسسات أخرى في المجتمع، كما يساعد الممارس العام المكفوفين لكي يكون لديهموعي بمواردهم الداخلية والخارجية، ومساعدتهم على فهم كيفية استخدامها.

٥) يقوم الممارس العام بالتدخل بفاعلية لصالح المكفوفين باعتبارهم من فئات السكان المعرضين للخطر أي الأكثر تعرضًا للمشكلات والحرمان والتقرفة والتمييز في المعاملة، وكفاءة الممارس العام في هذا النطاق هو عمله بفاعلية مع المكفوفين لإتاحة الفرص أمامهم لاختيار أنساب الحلول لمشكلاتهم، كما أن الممارس العام يجب أن يسهم في تغيير السياسات الاجتماعية الخاصة برعاية المكفوفين بما يلائم توفير الموارد والخدمات لهم.

٦) يعمل الممارس العام على إيجاد موارد وخدمات جديدة تزود المكفوفين بفرص أكثر لتحقيق العدالة الاجتماعية، ويسهم في تعزيز فاعلية الموارد والخدمات القائمة بالفعل.

٧) يعمل الممارس العام على تحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة بين جميع المكفوفين، وأيضاً بين المكفوفين والمبصررين، حتى تتم مشاركتهم الكاملة في أمور مجتمعهم.

٨) يستخدم الممارس العام منهج حل المشكلة المتعدد المستويات لأنساق العميل (فرد - زوجان - أسرة - جماعة صغيرة - مجتمع مؤسسة - مجتمع جيرة - مجتمع محلي - مجتمع وطني)، كما يستخدم توجيه نظري متعدد أي مداخل نظرية متشابكة ومتكاملة، وأساس معرفي، وأساس قيمي، وأساس مهاري، قابلة للتطبيق في بيئات ومواقع مختلفة ومتعددة،

وتقدير لحجم المشكلة مفتوح غير محدود بأي مدخل نظري معين، والتدخل المهني المتعدد المستويات السابق ذكرها لأنساق العميل، وأداء أدوار للممارسة مختلفة ومتعددة طبقاً لطبيعة المشكلة، وتقويم القدرة على الممارسة.

٩) يهتم الممارس العام مع المكفوفين بتحقيق أهداف علاجية بالمساعدة على حل المشكلة من خلال متصل أنساق العميل، وتحقيق أهداف وقائية لمنع المشكلات قبل ظهورها أو التقليل من خطورة الأسباب من مستهلها، وتحقيق أهداف تنموية بإسهام المكفوفين في تنمية مجتمعهم وتنميتهم كموارد بشرية.

١٠) عملية حل المشكلة: يطبق الممارس العام عملية حل المشكلة في عمله مع مشكلات المكفوفين على النحو التالي:

يرتبط الممارس العام في عملية حل المشكلة بأحجام مختلفة من الأنساق، وأحياناً يكون ذلك الارتباط في آن واحد، وتشتمل عملية حل المشكلة على ثلاثة أطوار:

(أ) طور البداية:

ويشتمل على التعرف على المشكلة، والتعرف على مناطق الاهتمام والهموم، والارتباط المباشر بنسق العميل، وإقامة العلاقات، وجمع المعلومات وثيقة الصلة بمناطق الاهتمام، فعملية التغيير تبدأ حتى قبل أن يرى الممارس العام نسق العميل عندما يخطط للاتصال الأولي، وفي نفس الوقت فإن بداية العمل وتحديد مناطق الاهتمام، وإقامة العلاقات كلها تتم بينما يجمع الممارس العام المعلومات وثيقة الصلة بمناطق الاهتمام.

(ب) طور الوسط:

يشتمل على التقدير لحجم الموقف وتحليله، والتصميم والتخطيط للتغيير وشيخ الحدوث، والتعاقد مع نسق العميل الذي يمكن أن يكون شفهياً، ولكن يفضل التعاقد المكتوب لكي يعطي فرصة للمحاسبة، وتوضيح الأدوار والمهام.

(ج) طور النهاية:

يشتمل على التنفيذ، يليه التقويم للممارسة، وتقويم برنامج التدخل المهني للتعرف على جوانب القوة وجوانب الضعف في برنامج التدخل المهني لتقديم الخدمة لنسق العميل، والتقويم قائم على المراقبة والمتابعة طوال جهود التغيير وذلك للتأكد من استخدام البيانات المسجلة، ومن استخدام الأسلوب المنهجي الصحيح، ثم إنهاء التدخل المهني الذي يشير إلى أن التغييرات قد حدثت عندما يصل عمل الممارس العام مع نسق العميل إلى نهايته، وأن مشكلته قد تم مواجهتها وعولجت، وفي جهود التغيير الفعالة فإن أهداف نسق العميل يتم تحقيقها، ويحين الوقت إلى الانقال إلى وضع آخر وهو أن نسق العميل قد تركه التدخل المهني في وضع تم تعزيزه، وأن مشكلته قد تم مساعدته على حلها، ويعمل الممارس العام مع الفرد والزوجين والأسرة والجماعة

الصغرى حتى مجتمع المؤسسة ومجتمع الجيرة والمجتمع المحيى في آن واحد ويشكلون جميعهم نسق العميل.

* - سادساً: رعاية ذوي الإعاقات البصرية في الإسلام:

اهتم الإسلام برعاية المعاقين عامة ومنهم المكفوفين ويتصدر ذلك في قوله تعالى في سورة الفتح **﴿لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ وَمَنْ يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلُهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ وَمَنْ يَتَوَلَّ يُعَذِّبُهُ عَذَابًا أَلِيمًا﴾** صدق الله العظيم سورة الفتح آية (١٧) في تفسير ابن كثير ذكر تعالى في تلك الآية الكريمة الأعذار في ترك الجهاد فمنها لازم كالعمى والعرج المستمر، وعارض كالمرض الذي يطرأ أياماً ثم يزول، فهو في حال مرضه ملحق بذوي الأعذار الازمة حتى يبرأ، وقال تبارك وتعالى مرغباً في الجهاد وطاعة الله ورسوله **﴿وَمَنْ يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلُهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ وَمَنْ يَتَوَلَّ يُعَذِّبُهُ عَذَابًا أَلِيمًا﴾** أي ينكل عن jihad ويقبل على المعاش **﴿يُعَذِّبُهُ عَذَابًا أَلِيمًا﴾** في الدنيا بالمذلة، وفي الآخرة بالنار، والله تعالى أعلم.

كما ذكر الله تعالى في سورة عبس: قال تعالى: **﴿عَبَسَ وَتَوَلَّ (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعْلَهُ يَرَكَ (٣) أَوْ يَذَّكَرُ فَتَنَفَعُهُ الذِّكْرَ (٤) أَمَّا مَنِ اسْتَغْنَى (٥) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدِّي (٦) وَمَا عَلَيْكَ أَلَا يَرَكَ (٧) وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (٨) وَهُوَ يَخْشَى (٩) فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى (١٠) كَلَّا إِنَّهَا تَذَكَّرَةٌ (١١) فَمَنْ شَاءَ ذَكَرَهُ (١٢) فِي صُحُفٍ مُكَرَّمَةٍ (١٣) مَرْفُوعَةٍ مُطَهَّرَةٍ (١٤) بِأَيْدِي سَفَرَةٍ (١٥) كَرِامٍ بَرَّةٍ﴾** سورة عبس الآيات من ١ - ١٦. في تفسير بن كثير، ذكر غير واحد من المفسرين أن رسول الله ﷺ كان يوماً يخاطب بعض عظماء قريش، وقد طمع في إسلامه، فبينما هو يخاطبه ويناجيه إذ أقبل ابن أم مكتوم، وكان من أسلم قديماً، فجعل يسأل رسول الله ﷺ عن شيء ويلح عليه، وود النبي ﷺ أن لو كف ساعته تلك، ليتمكن من مخاطبة ذلك الرجل طمعاً ورغبة في هدایته، وعبس في وجه ابن أم مكتوم وأعرض عنه، وأقبل على الآخر، فأنزل الله تعالى: **﴿عَبَسَ وَتَوَلَّ (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعْلَهُ يَرَكَ﴾** أي يحصل له زكاة وطهارة في نفسه **﴿أَوْ يَذَّكَرُ فَتَنَفَعُهُ الذِّكْرَ﴾** أي يحصل له اتعاظ وازدجار عن المحارم **﴿أَمَّا مَنِ اسْتَغْنَى (٥) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدِّي﴾** أي أما الغنى فأنت تعرض له لعله يهتدى **﴿وَمَا عَلَيْكَ أَلَا يَرَكَ﴾** أي ما أنت بطالب به إذا لم يزك نفسه **﴿وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (٨) وَهُوَ يَخْشَى﴾** أي يقصدك ويوئرك ليهتدى بما تقول له **﴿فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى﴾** أي تنشغل، ومن هنا أمر الله تعالى رسول الله ﷺ أن لا يخص بالإذار أحداً، بل يساوي بين الشريف والضعيف، والفقير والغني، والসادة والعبيد، والرجال والنساء، والصغار والكبار، ثم الله تعالى من يشاء إلى صراط مستقيم، وله الحكمة البالغة والحجۃ الدامنة، روى الحافظ أبو يعلى عن أنس رضي الله عنه في قوله: **﴿عَبَسَ وَتَوَلَّ﴾** قال: جاء ابن أم مكتوم إلى النبي ﷺ وهو يكلم (أبي بن خلف) فأعرض

عنه، فأنزل الله عز وجل ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّ﴾ (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى﴾ فكان النبي p بعد ذلك يكرمه، وعن عائشة رضي الله عنها قالت: أنزلت ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّ﴾ في ابن أم مكتوم الأعمى، أتى إلى رسول الله p فجعل يقول أرشدني، قالت: وعند رسول الله p رجل من عظاماء المشركين قالت: فجعل النبي p يعرض عنه، ويقبل على الآخر، ويقول: "أتري بما أقول بأسا" فيقول: لا، ففي هذا أنزلت ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّ﴾، وهكذا ذكر غير واحد من السلف والخلف: أنها نزلت في ابن أم مكتوم، والمشهور أن اسمه عبد الله، قوله تعالى: ﴿كَلَّا إِنَّهَا تَذَكَّرَ﴾ أي هذه الوصية بالمساواة بين النساء، في إبلاغ العلم بين شريفهم ووضيعهم، وقال قتادة ﴿كَلَّا إِنَّهَا تَذَكَّرَ﴾ يعني القرآن ﴿فَمَنْ شَاءَ ذَكَرَهُ﴾ أي فمن شاء ذكر الله تعالى في جميع أمره، ويحمل عود الضمير إلى الوحي دلالة الكلام عليه، قوله تعالى: ﴿فِي صُحْفٍ مُّكَرَّمَةٍ﴾ (١٢) مَرْفُوعَةٌ مُطَهَّرَةٌ﴾ أي هذه السورة أو العظة ﴿فِي صُحْفٍ مُّكَرَّمَةٍ﴾ أي معظمها موقرة، مَرْفُوعَةٌ مُطَهَّرَةٌ﴾ أي عالية القدر، مُطَهَّرَةٌ﴾ أي من الدنس والزيادة والنقص، قوله تعالى: ﴿بِأَيْدِي سَفَرَةٍ﴾ قال ابن عباس ومجاهد: هي الملائكة، وقال وهب بن منبه: هم أصحاب محمد p، وقال قتادة: هم القراء، وقال بن جرير: وال الصحيح أن السفرة الملائكة، والسفرة يعني بين الله تعالى وبين خلقه، ومنه السفير الذي يسعى بين النساء في الصلح والخير، وقال البخاري: سفرة الملائكة، سفرت أصلحت بينهم، وجعلت الملائكة إذا نزلت بوحي الله تعالى وتأديته كالسفير الذي يصلح بين القوم، قوله تعالى: ﴿كَرَامٍ بَرَّةٍ﴾ أي خلقهم كريم، وأخلاقهم بارة طاهرة وفي الصحيح: "الذي يقرأ القرآن وهو ماهر به مع السفرة الكرام البررة"، والذي يقرأه وهو عليه شاق له أجران" أخرج الجماعة عن عائشة رضي الله عنها مرفوعا.

* - سابعاً:

(١) دور المدرسة نحو دمج المكفوفين:-

تشكل المدرسة حلقة هامة في حياة الطفل حيث أنه يقضى بها وقتاً لا يُستهان به، ومن خلال تواجده بالمدرسة يكتسب إلى جانب المواد الدراسية المقررة الكثير من الخبرات والسلوكيات بصورة غير مباشرة من المعلم ومن أقرانه في الصف، من هنا تأتي أهمية دور المدرسة وقوتها تأثيرها على طلابها العاديين ، وتزداد أهمية هذا الدور بتواجد تلميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة كالمكفوفين وذلك لسبعين رئيسين:-

أ- لأن هذا التلميذ أحد تلاميذ المدرسة، فله ما لغيره من التلاميذ وكذلك عليه ما عليهم.

ب- لأنه كفييف البصر له احتياجات التعليمية والتربوية التي تناسبه.

ونستعرض فيما يأتي دور المدرسة الذي يشمل كلاً من:-

أ/ الهيئة الإدارية.

ب/ المعلمين.

ج/ الطلاب.

أ- الهيئة الإدارية:-

وتضم مدير المدرسة والوكيل والمرشد الطلابي، ولكي يقوم كل منهم بدوره لابد من إيضاح النقاط التالية:-

- ١- أهمية الاتجاهات الإيجابية لدى الجهاز الإداري بالمدرسة نحو دمج المعاقين بصرياً.
- ٢- اعتبار وجود الطالب الكفيف في المدرسة حق من حقوقه.
- ٣- معاملة الطالب الكفيف كغيره من الطلاب دون تميز في الثواب والعقاب.
- ٤- إظهار الكفيف ما أمكن في الأنشطة والعمل على توظيف قدراته.

ب/ المعلمون:-

إيماناً بأهمية دور المعلم وأن الطالب يتلقى منه العلم والمعرفة أكثر من غيره، فمن الضروري عرض التوصيات التالية:-

١- تذكر أن الطفل الكفيف هو أحد الطلاب في الصف وأنه كغيره من الطلاب له شخصيته المميزة.

بمعنى أن يعطي هذا الطالب كغيره فرصته للمشاركة والتفاعل وألا تكون إعاقته هي المعيار في التعامل معه، وإنما تكون قدراته ومدى اجتهاذه وتطلعه للمشاركة وكونه أحد طلبة الصف هو المعيار الأول للتعامل معه.

٢- لا تتردد من استخدام بعض الكلمات مثل (انظر، هل رأيت صديقك).

إن سماع الطالب الكفيف مثل هذه العبارات لا يتضائق من سماعها في الغالب، فمثلا انظر صفحة رقم ٨ يدرك أنك تطلب فتح الكتاب على الصفحة رقم ٨.

٣- من الطبيعي طرح مثل هذه الأسئلة على الكفيف (متى أصبحت كفيفا)، (كيف أصابك كف البصر).

من طرح مثل هذه الأسئلة يقترب المعلم بشكل أكبر، وتزداد ألمة الطالب بمعلمه لاسيما إذا تم طرحها بأسلوب محبب.

٤- لا بأس من طرح موضوعات عامة تناسب عمر الكفيف حيث أنه بذلك يكتسب معلوماته عن العالم المحيط به.

قد يتطرق المعلم أثناء عرضه للمادة إلى موضوعات يغلب على ظنه أن الطالب الكفيف لا يستطيع إدراكها فيتردد في مواصلة حديثه، إلا أن عدم التردد في ذلك وتبسيط عرض الموضوعات غير المحسوسة أو المحسوسة والتي تعتبر جديدة على الطالب الكفيف تبني حصيلته العلمية وتنمية معارف جديدة.

٥- مثل بقية الطلاب فإن الكفيف يجب أن يكون مسؤولاً على مجموعة من الطلاب تؤدي عملاً مطلوباً من قبل المعلم.

يميل بعض الطلاب إلى حب القيادة والمسؤولية لأن يكون عريفاً للصف، كذلك الحال مع بعض الطلاب المكتوفيين ، فيقوم المعلم على سبيل المثال بإشاع هذه الرغبة عن طريق إسناد مهمة مساعد العريف له.

٦- من الأفضل استخدام الكلمات التشجيعية بدلاً من تعبيرات الوجه.

٧- لابد من تشجيع الكيف على التنقل في الأماكن المعتادة لتنمية الاعتماد على النفس وإكسابه الاستقلالية.

يستطيع الكيف التنقل في الأماكن المألوفة له والتي يتتردد عليها كثيراً مثل البيئة المدرسية دون الحاجة إلى مساعدة خصوصاً إذا تم تشجيعه على ذلك.

٨- دائماً استخدم التوجيهات الشفهية لتوضيح الأفعال التي تقوم بها مثل الإشارات أو الوصف أو التمارين الرياضية.

٩- التأكيد دائماً على الطالب لقبول الكيف بينهم وأن الأهم المقدرة على التعلم والتفاعل مع الآخرين وليس المظاهر أو الشكل (حالة كف البصر).

ليس غريباً أن يكون لدى بعض طلاب الصف اتجاهًا سلبياً نحو الكيف وذلك لعدم تفهم طبيعة المعاق بصرياً، ويأتي دور المعلم هنا لجعل هذا الاتجاه إيجابياً من خلال تصريحهم بأن هذا الطالب عادي جداً ولا يختلف عنهم إلا أنه لا يرى أو لديه ضعف في البصر.

١٠- عامل الكيف على أنه أحد طلبة الصف أولاً ثم بعد ذلك على أنه كيف.

يطلب الكيف متلماً يطلب غيره من الطلاب مثل: كتابة الواجبات، المشاركة في الصف، المسائلة عند التقصير أو الإهمال.

١١- التدرج عند تقديم المساعدة للكيف في التنقل.

على سبيل المثال إذا أخطأ الطالب طريقه إلى الصف يوجه كالتالي:

- يتم توجيهه شفويًا.

- يؤخذ إلى الاتجاه الصحيح ويترك ليكمل طريقه.

- يصطحب إلى الصف.

١٢- المساهمة في معالجة الحركات غير الإرادية.

يظهر على بعض المكتوفيين ويلاحظ عليهم من خلال جلوسهم في الصف أو تنقلهم في المدرسة بعض اللزمات حركات غير إرادية (مثل: اهتزاز اليدين، وضع الإصبع داخل العين، اهتزاز الرأس).

فعلى المعلم في هذه الحالة تتبيه الطالب وتشجيعه على التخلص منها كلما لاحظ ذلك.

١٣- الاستفادة من خدمات غرفة المصادر.

بإمكان المعلم الاستفادة من خدمات غرفة المصادر من خلال التشاور مع معلمي التربية الخاصة بها حول أي موضوع يخص الطالب الكفييف والوسائل التعليمية التي تناسبه.

المراجع

- (١) القرآن الكريم .
- (٢) إلهامي عبد العزيز وآخرون: **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، معهد الدراسات العليا للطفلة، جامعة عين شمس، القاهرة، ٢٠٠١، ص ص ١٣٧ - ١٤٣ .
- (٣) نوال المعتوق: **الإعاقة البصرية "تعريف وخصائص"**، ٢٠٠٣ في موقع: www.Freewebsitethosting-freeserveers.com
- (٤) أحمد السنهوري وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص ص ٨٨ - ١٠٢ .
- (٥) عبد الرحمن الفليج: دور المدرسة نحو دمج المكفوفين، الإدارة العامة للتعليم بمنطقة الرياض، إدارة التعليم الموازي "قسم التربية الخاصة"، وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٣ .
- (٦) سامية درويش مصطفى أكبر: دور المجتمع في تنمية الاتجاهات الإيجابية لدى المعوقين بصرياً ، ورقة مقدمة لساحات شبكة الكيفي للحوار ، الأبحاث والدراسات ، منشور بتاريخ ٦/٨/٢٠٠٧ م بموقع <http://www.blindarab.net/vb/archive/index.php/t-2534.html>
- (٧) خليل المعايطة وآخرون: **الإعاقة البصرية**، دار الفكر، ١٤٢٠ هـ.
- (٨) زينب محمد شقير: **أنا ابنكم المعاق ذهنياً سمعياً بصرياً**، القاهرة مكتبة النهضة المصرية ٢٠٠٢ م .
- (٩) سهير كامل أحمد: **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، مركز الإسكندرية للكتاب، ١٩٨٨ م.
- (١٠) عبد الله فاتر العوفي: **تربية المكفوفين في المملكة العربية السعودية في ضوء الإسلام وبعض التجارب الأخرى**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
- (١١) يوسف القريوتي وآخرون: **المدخل للتربية الخاصة**، دار القلم، ١٤١٦ هـ.

الفصل السادس

**فئة الإعاقات المتعلقة
بالنمو**

إعاقة التوحد Autism

* - مفهوم اضطراب التوحد :Autism

هو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين ٥٠٠ شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤ : ١، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

ويؤثر اضطراب التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل communication skills حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي كذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرتفعوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير، وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات.

وقد بدأ اضطراب التوحد في الانتشار بصورة كبيرة مؤخراً حسب ما جاء في التقرير الذي ينشره معهد أبحاث التوحد

فقد لوحظ مؤخراً زيادة Autism Research Instiute Vol.14. No: 2(2000)

بنسبة كبيرة.

أما مركز الأبحاث في جامعة كامبردج أصدر تقريراً بازدياد نسبة مرض التوحد حيث أصبحت "٧٥" حالة في كل ١٠٠٠٠ من عمر "٥ - ١١ سن" وتعتبر هذه نسبة كبيرة جداً مما كان معروفاً سابقاً وهو "٥" حالات في كل ١٠٠٠٠ ، فالسبب الرئيسي للمرض غير معروف لكن العوامل الوراثية تعمل دور مهم بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والعضوية.

أيضاً من المهم أن نعرف أنه ليس جميع المصابون بالتوحد مستوى ذكائهم منخفض، فحسب الإحصائيات أن ٤٤ الحالات من الأطفال المصابين بالتوحد ذكاءهم في المعدلات الطبيعية.

* - أشكال اضطراب التوحد :

عادةً ما يتم تشخيص التوحد بناءً على سلوك الشخص، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنها مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر.

هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى بالـ DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد، وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالي: اضطرابات النمو الدائمة (Disorder PDD)، التوحد Pervasive Developmental (autism PDD-NOS)، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر (not otherwise specified)، متلازمة أسبيرجر (Asperger's syndrome)، ومتلازمة رت (Rett's syndrome)، واضطراب الطفولة التراجعي (Childhood Disintegrative Disorder)، تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" بينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في DSM-IV، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر PDD-NOS بينما يظهر الشخص أعراضًا يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمة أسبيرجر ورث أعراضًا تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين الاختصاصيين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

وهناك بعض الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحياناً لاضطراب التوحد: (وليس دائماً).

١- متلازمة فراجايل وسببه عيب في تركيبة الكروموسوم (fragile x syndrome) له صفات معينة في الطفل مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس - مرونة شديدة في المفاصل وأيضاً تخلف عقلي.

٢- مرض فينائيل كيتونوريا (PKU)

هو مرض وراثي سببه أن الحمض الأميني المسمى فينائيل النين لا يتم له metabolism في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط إنزيم معين في الكبد فيؤدي إلى تراكم هذا الحمض في الدم والمخ. التشخيص يتم عن طريق فحص الدم .. وقد أصبح هذا الفحص اختبار روتيني لكل طفل يولد في الخارج حيث أن التشخيص المبكر يحمي الطفل من

التخلف العقلي وذلك بإرشاد الأهل إلى الابتعاد عن الأطعمة التي تحتوي على حمض Phenylalanine.

٣- مرض Tuberous sclerosis أيضاً مرض وراثي يوصف بوجود مشاكل في الجلد وبقع لونها داكن أو بقع افتح من لون الجلد وتخلف عقلي.

- أنواع طيف التوحد:

١- مرض التوحد التقليدي المستوفي جميع الأعراض Autistic Disorder

٢- مرض أسبرسون Asperger's Disorder

٣- مرض ريت Rett's Disorder

٤- مرض Disintergrative Disorder

٥- وجود بعض سمات من التوحد.

وسوف نقوم بشرح أعراض اضطراب التوحد التقليدي ومرض أسبرسون.

- أعراض اضطراب التوحد التقليدي:

تبدأ ملاحظة هذا المرض في السنة الثانية والنصف من عمر الطفل (٣٠ - ٣٦ شهراً)

والمعروف أن التوحد له ٣ أعراض رئيسية هي:

١- ضعف العلاقات الاجتماعية.

٢- ضعف الناحية اللغوية.

٣- الاهتمامات والنشاطات المتكررة.

وقد يصاحبه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد وقلة تركيز أو نوبات غضب شديدة

وقد يظهر سلوكاً مؤذياً لنفسه وأيضاً تبول لا إرادياً.

١- ضعف التواصل الاجتماعي:

أي ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه .. أبيه، أهله والغرباء، بمعنى أن الطفل لا يُسلم على أحد .. لا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه .. لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه ... لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركون اهتماماتهم .. ولا يحب أن يشاركونه ألعابه .. يحب أن يلعب بمفرده ... ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين.

أيضاً لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال).

٢- ضعف في التواصل اللغوي:

ضعف في التعبير اللغوي أو تأخر في الكلام .. أحياناً استعمال كلمات غريبة من تأليف الطفل وتكرارها دائماً أو إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها .. صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً لا يقول "أنا أريد أن أشرب" بل يستعمل اسمه فيقول "حسن يريد أن يشرب".

٣- نشاطه واهتماماته وألعابه متكررة ومحدودة:

فلا يوجد فيها تجديد مثل أن يلعب بالسيارات فقط أو المكعبات أو طريقة لعبه لا تتماشى مع اللعبة التي يلعب بها مثل أن يرقص السيارات الصغيرة بطريقة معينة بدلاً من أن يتخيّل أنها تسير في الطريق. أيضاً يحب الروتين ولا يحب التغيير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته .. التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة أو بطانية ويحملها معه دوماً وقد يكون عنده أيضاً حركات متكررة لليد والأصابع.

- أعراض مرض اسبرgers: Asperger's

هو مرض يدخل تحت مسمى طيف التوحد يكون لديه بعض التصرفات المشابهة للتوحد.

ومن خصائصه أن الطفل طبيعي الذكاء أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديه تأخر في النطق لكن لديه ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية والتفاعل معها .. هؤلاء الأطفال لا يحبون التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس .. وعادة ما تكون لهم طقوس وروتين معين في حياتهم.

- أيضاً ينشغلون ويلعبون في أغلب الأوقات بشيء واحد .. لديهم حساسية بشكل كبير للأصوات.

- من المهم أن نتذكر أن الطفل مختلف وينظر إلى العالم بطريقة مختلفة.

- أيضاً بعض هؤلاء الأطفال عندهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل (قدرة غير عادية على الحفظ).

هم عرضة أحياناً إلى السخرية والتهم من أقرانهم لكونهم مختلفين في تصرفاتهم بعض الأحيان.

- ما هي أعراض التوحد:

ما هي أعراض التوحد، وكيف يبدو الأشخاص المصابين بالتوحد؟ عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن ٢٤ - ٣٠ شهراً، بينما يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

١- التواصل: يكون تطور اللغة بطبيأ، وقد لا تتطور بتاتاً، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

٢- التفاعل الاجتماعي: يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبني اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، تكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

٣- المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحساس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.

٤- اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.

٥- السلوك: قد يكون نشطاً أو حركاً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو بعض) دون سبب واضح. قد يُصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه. هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات.

وقد تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر، وبدرجات متفاوتة.

- أسباب اضطراب التوحد:

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير على وجود عامل جيني ذا تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتتطابقين (من بوسيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بوسيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوائم المتتطابقين يشتراكان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI ، وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي Purkinje cells" ونظرًا لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدّة للتوصّل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

ولكن من المؤكد أن هناك الكثير من النظريات التي أثبتت البحوث العلمية أنها ليست هي سبب التوحد، كقول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في السنتينيات أن التوحد سببه سوء معاملة الوالدين للطفل، وخاصة الأم، حيث إن ذلك عار عن الصحة تماماً وليس له علاقة بالتوحد. كما أن التوحد ليس مرضًا عقليًا، وليس هناك عوامل مادي في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

- كيف يتم تشخيص التوحد؟

ولعل هذا الأمر يُعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في

التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ومهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور، ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحيدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق: أخصائي أعصاب neurologist، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق speech-language pathologist، أخصائي علاج مهني occupational therapist وأخصائي تعليمي، والمختصين الآخرين من لديهم معرفة جيدة بالتوحد. هذا وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد، ولعل من أشهر هذه الاختبارات CHAT (Chithood, Checklist for Autism in Toddlers) Autism Rating Scale-CARS قبل المتخصصين فقط.

* نصائح لآباء ومعلمي الأشخاص المصابين باضطراب التوحد بقلم: تمبل جراندين Temple Grandin

- ١- يفكر كثير من الأشخاص المصابين باضطراب التوحد باستخدام التفكير المرئي، حيث أفكرا باستخدام الصور، بدلاً من اللغة أو الكلمات. وتبدو أفكاره كشريط فيديو أراه في مخيالي. فالصور هي لغتي الأولى، والكلمات لغتي الثانية. كما أن تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم الأفعال، حيث يمكنني أن أكون صورة في مخيالي لاسم، بينما من الصعب عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء. كما أتصح المعلمة أو المعلم بعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل، وذلك باستخدام الألعاب مثلاً.
- ٢- حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة وأوامر أو تعليمات طويلة. حيث يواجه الأشخاص المصابين باضطراب التوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات، وذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل أو الشخص يستطيع القراءة.
- ٣- لدى كثير من الأطفال المصابين بالتوحد موهبة في الرسم، والفن، أو الكمبيوتر. حاول تشجيع هذه المواهب وتطويرها.
- ٤- قد يركز الأطفال المصابين بالتوحد على شيء ما يرفضون التخلي عنه، كلعبة القطارات أو الخرائط. وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هي استغلال ذلك من أجل الدراسة، حيث يمكن استخدام القطارات، مثلاً، لتعليم القراءة والحساب. أو يمكن قراءة كتاب عن القطارات والقيام

بحل بعض المسائل الحسابية باستخدام القطارات، كعد مثلاً كم كيلو متر يفصل بين محطة وأخرى.

٥- استخدم طرق مرئية واضحة لتعليم مفهوم الأرقام.

٦- يواجه كثير من الأطفال المصابين بالتوحد صعوبات في الكتابة، بسبب صعوبات في التحكم بحركة اليد، للتغلب على شعور الطفل بالإحباط بسبب سوء خطه، شجعه على الاستمتاع بالكتابة، واستخدم الكمبيوتر في الطباعة إذا أمكن ذلك.

٧- بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتعلمون القراءة بسهولة أكبر إذا استخدمو طريقة تعلم الحروف أولاً، بينما يتعلم البعض الآخر باستخدام الكلمات دون تعلم الحروف أولاً.

٨- بعض الأطفال لديهم حساسية ضد الأصوات المرتفعة، ولذلك يجب حمايتهم من الأصوات المرتفعة (كصوت جرس المدرسة مثلاً)، أو صوت تحريك الكراسي بحکها في الأرضية، ويمكن التقليل من صوت تحريك الكراسي بوضع سجادة فوق أرضية الفصل.

٩- تسبب الأضواء العاكسة (الوهاجة) fluorescent lights بعض الإزعاج لبعض الأطفال المصابين بالتوحد، ولتجنب هذه المشكلة، ضع طاولة الطفل قرب النافذة، أو تجنب استخدام الأضواء العاكسة.

١٠- بعض الأطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون من فرط الحركة أيضاً (hyperactivity)، حيث يتحركون كثيراً، ويمكن التغلب على ذلك إذا تم إباسهم صدرية أو معطف ثقيل يقلل من حركتهم (بوضع أكياس أرز أو فول مثلاً لتزيد من وزن الصدرية أو المعطف). كما أن الضغط الناتج عن الوزن قد يساعد على تهدئة الطفل، ولأفضل النتائج يجب أن يرتدي الطفل الصدرية لمدة عشرين دقيقة، ثم يتم خلعها لبضع دقائق.

١١- يستجيب بعض الأطفال المصابين باضطراب التوحد بشكل أفضل ويتحسن الكلام عندهم إذا تواصل المعلم معهم بينما هم يلعبون على أرجوحة أو كانوا ملفوفين في سجادة .. فالإحساس الناجم عن التأرجح أو الضغط الصادر من السجادة قد يساعد على تحسين الحديث، لكن يجب أن لا يُجبر الطفل على اللعب بالأرجوحة إلا إذا كان راغباً بذلك.

١٢- بعض الأطفال والكبار المصابين باضطراب التوحد، ومن يستخدمون التواصل غير اللفظي، لا يستطيعون معالجة المعلومات الدالة عن طريق الرؤية والسمع في نفس الوقت، ولذلك لا يستطيعون الرؤية والسمع في نفس الوقت، ولذلك يجب ألا يطلب منهم أن ينظروا وينصتوا في نفس الوقت.

١٣- تعتبر حاسة اللمس، عند كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد من يستخدمون التواصل غير اللفظي أكثر الحواس فاعلية، ولذلك يمكن تعليمهم الحروف بتعويدهم على لمس الأحرف المصنوعة من البلاستيك. كما يمكن أن يتعلموا جدولهم اليومي بلمس الأشياء

- الموجودة على الجدول قبل بضع دقائق من موعد النشاط، فمثلاً قبل ١٥ دقيقة من موعد الغداء قدم للشخص ملعة ليمسكها.
- ٤- في حال استخدام الحاسوب في التعليم، حاول وضع لوحة المفاتيح في أقرب مكان على الشاشة، حيث إن بعضهم قد لا يدرك أن عليه أن ينظر إلى الشاشة بعد الضغط على أحد المفاتيح.
- ٥- من السهل بالنسبة لبعض الأشخاص ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي الربط بين الكلمات والصور إذا رأوا الكلمة مطبوعة تحت الصورة التي تمثلها، وقد يجد بعض الأشخاص صعوبة في فهم الرسومات، حيث يفضلون استخدام الأشياء الحقيقة والصور في البداية.
- ٦- قد لا يدرك بعض الأشخاص المصابين باضطراب التوحد أن الكلام يستخدم كوسيلة للتواصل. ولذلك فإن تعلم اللغة يجب أن يركز على تعزيز التواصل. فإذا طلب الطفل كوباً فأعطه كوباً، وإذا طلب طبقاً بينما هو يريد كوباً، أعطه طبقاً، حيث يحتاج الطفل أن يتعلم أنه حينما ينطق بكلام ما، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث شيء ما.
- ٧- قد يجد كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد صعوبة في استخدام فارة الحاسوب، ولذا حاول استخدام أداة أخرى لها زر منفصل للضغط، كالكرة الدائرية. حيث يجد بعض الأطفال المصابين بالتوحد، ممن يواجهون مشاكل في التحكم العضلي، صعوبة في الضغط على الفارة أثناء مسكتها.

- طرق التعلم عند الأطفال التوحديين:

هذه عبارة عن ملخص لمحاضرة ألقتها د. كاثلين كيل Kathleen Quill حول طرق تعزيز التعلم عند الأطفال المصابين بالتوحد حيث بدأت بشرح أهمية فهم الطريقة التي يفكر بها هؤلاء الأطفال، ثم قامت بعرض طريقة التفكير الإدراكي والاجتماعي عند هؤلاء الأطفال، ثم شرحت الطرق التي تساعد على تعزيز التعلم من خلال استخدام الأعمال الروتينية المعتادة وأدوات التعليم المرئي نعرضها فيما يلي:-

(١) التفكير الإدراكي والتواصل الاجتماعي:

تقديم كتابات تقبل جراندن، ودونا ويليامز، وغيرها وسيلة لفهم كيف يفكر الأشخاص المصابون بالتوحد. حيث يظهر من خلال هذه الكتابات اعتماد الأشخاص المصابين بالتوحد على طريقة من التفكير تتميز وبالتالي (في معظم الأحيان):

- ١- التفكير بالصور، وليس الكلمات.
- ٢- عرض الأفكار على شكل شريط فيديو في مخيلتهم، الأمر الذي يحتاج إلى بعض الوقت لاستعادة الأفكار.

- ٣- صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفهية.
 - ٤- صعوبة الاحتفاظ بمعلمة واحدة في تفكيرهم، أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.
 - ٥- يتميزوا باستخدام فناً واحداً فقط من فنون الإحساس في الوقت الواحد.
 - ٦- لديهم صعوبة في تعليم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها.
 - ٧- لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكي لبعض الأحساس.
- وتبيّن المعلومات المتوفّرة حول التواصل الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد أنه من المحتمل أن:
- أ- تكون لديهم صعوبات في فهم دوافع الآخرين وتصوراتهم حول المواقف الاجتماعية.
 - ب- يواجهوا صعوبة في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهم، مما يؤدي إلى وجود عبء sensory overload.
 - ج- يستخدموا العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي. ولذلك، وبناء على افتراض أن التلاميذ التوحديين يكتسبوا المعلومات بطريقة مختلفة، فإنه يجب أن يكون هناك توافق بين أساليب التعلم عند هؤلاء التلاميذ، وطرق عرض المواد لهم، حيث يجب أن يبدأ المعلّمون بالعمل على الاستفادة من نقاط القوة عند التلاميذ التوحديين. وقد أكدت الدكتورة كيل على أنه من أجل خلق بيئة تعليمية معايدة، يجب على المعلّمين أن يقوموا بوضع بنية ثابتة structure أثناء التدريس.

(٢) البنية الثابتة :Structure

- تعتبر البنية الثابتة من الأمور الحيوية عند تدريس الأطفال المصابين باضطراب التوحد، ويمكن تعزيز الأنشطة ببنية ثابتة تعتمد على:
- أ- تنظيم المواد المطلوبة للدرس.
 - ب- وجود تعليمات واضحة.
 - ج- وجود نظام هيكلٍ لتقديم التلميحات المساعدة للطفل، بحيث لا يتم تقديم الإجابة أو الاستجابة المطلوبة مباشرة، بل يتم مساعدة الطفل على الوصول إلى الاستجابة المناسبة بتقديم تلميحات تنتقل بالطفل من درجة إلى أخرى (من السهولة) حتى يصل إلى الاستجابة المطلوبة.

كما يتم تعزيز البنية الثابتة باستخدام أعمال روتينية وأدوات مرئية معايدة لا تعتمد على اللغة. فالروتينيات المتكررة تسمح له بتوقع الأحداث، مما يساعد على زيادة التحكم في النفس والاعتماد عليها.

فالسلسل المعتمد للأحداث: يوفر الانظام وسهولة التوقع بالأحداث، يساعد على إنشاء نسق ثابت لكثير من الأمور، كما يوفر الاستقرار والبساطة، ويجعل الفرد ينتظر الأمور ويتوقعها، الأمر الذي يساعد على زيادة الاستقلالية.
وهناك ثلاثة أنواع للروتينات:

أولاً: الروتينات المكانية: التي تعمل على ربط موقع معينة بأنشطة معينة، والتي يمكن أن تكون على شكل جدول مرئي تُستخدم كجدول يومي للأنشطة.

ثانياً: الروتينات الزمنية التي تربط الوقت بالنشاط وتحدد بداية ونهاية النشاط بشكل مرئي واضح.

وأخيراً هناك الروتينات الإرشادية، التي توضح بعض السلوكيات الاجتماعية والتواصلية المطلوبة.

وتعمل الأدوات المرئية المساعدة على إضافة بنية ثابتة للتدريس، حيث إنها ثابتة زمنياً ومكانياً ويمكنها أن تعبر عن أنواع متعددة من المواد، كالمواد المطبوعة، والأشياء الحسية الملمسة، والصور، وعادة ما نفترض أن الكلمات المطبوعة تعتبر أصعب، ولكن توضح "الدكتورة كيل" على أن هذا افتراض غير صحيح. فالأدوات المرئية المساعدة:

١- تساعد الطفل على التركيز على المعلومات.

٢- تعمل على تسهيل التنظيم والبنية الثابتة.

٣- توضح المعلومات وتبيّن الأمور المطلوبة.

٤- تساعد الطفل في عملية التفضيل بين أكثر من خيار.

٥- تقلل من الاعتماد على الكبار.

٦- تساعد على الاستقلال والاعتماد على النفس.

كما أن الأنشطة المرئية مثل تجميع قطع الألغاز puzzles، وحروف الهجاء، والطباعة، والكتابة، وقراءة الكتب، واستخدام الكمبيوتر كلها تتميز بوجود بداية ونهاية واضحتين مما يساعد على وضوح تلك المهام.

(٣) مبادئ التفاعل الاجتماعي:

عند تدريس التفاعل الاجتماعي قم باستخدام:

أ- سلسلة متوقعة من المواقف الاجتماعية.

ب- مجموعة معدة مسبقاً من المحادثات الشفهية المنتظمة.

ج- رسائل شفهية تتمشى مع النشاط الحالي.

د- الاستخدام الآني للكلام والأدوات المرئية المساعدة.

هـ- الوقفة كاستراتيجية من استراتيجيات التعلم، أي توقف بين فترة وأخرى.

و- المبالغة (في إظهار العواطف مثلاً...).

وباختصار فقد بينت "الدكتورة كيل" أنه من الضروري جداً تطابق طرق التدريس مع طرق التعلم الإدراكي (الذهني) والاجتماعي للشخص المصابة باضطراب التوحد. كما أن استخدام البنية الثابتة على شكل روتينات وأدوات مرئية مساعدة يعمل على تعزيز التعلم عند هؤلاء الأطفال.

* طرق تدريب الأطفال التوحديين على استخدام المرحاض:

ذكر "دبى جرى" -قسم التعليم- جامعة نورث كارولينا، أن هناك عدة طرق فعالة لتعليم الأطفال المصابين باضطراب التوحد كيفية استخدام المرحاض، وذلك بالاستفادة من نقاط القوة الموجودة عند هؤلاء الأطفال، مع محاولة مساعدتهم في النواحي التي يحتاجون فيها إلى المساعدة، حيث إن عملية استخدام المرحاض قد تُشكّل صعوبة بالغة ، فقد أثبتت استخدام تقنيات التعليم المبني على أساس وجود وتحديد الهدف، كما تشمل وضع روتين ثابت يشمل النواحي التالية: إعداد المكان، إفهام الطفل وإبلاغه بالمكان الذي يجب أن يذهب إليه، وماذا يجب أن يفعل حينما يصل إلى هناك، وحين ينتهي، ثم ماذا يجب أن يفعل بعد ذلك:

١- قومي بعمل جدول تتبعين به عدد المرات التي يتخلص فيها طفلك من الفضلات، ولمدة أسبوع على الأقل. ثم قومي بعد ذلك بأخذك إلى الحمام كل ٢٠ دقيقة، مع التأكد مما إذا كان قد تخلص من الفضلات أم لا، مع تدوين ذلك، حيث ستخرجين بعد ذلك بجدول يبين تقريباً الأوقات التي من المحتمل أن يتخلص فيها من الفضلات إذا أخذته إلى الحمام (فقد تكتشفين من خلال الجدول أنه يحتاج إلى الذهاب إلى الحمام كل ٣ ساعات على سبيل المثال).

٢- قومي خلال فترة الملاحظة هذه بتقييم الأمور التالية: مهارات ارتداء وخلع الملابس، المخاوف المختلفة، الأمور التي يهتم بها الطفل، ومدى درجة الانتباه لديه.

٣- بعد عمل الجدول وتقييم مهارات الطفل، قومي بتحديد الأهداف المطلوبة، وهي قد تشمل: الذهاب إلى الحمام، الجلوس على مقعد الحمام لفترة كافية للتخلص من الفضلات، التعامل مع الملابس بشكل مناسب، القدرة على التعرف على الانتهاء من عملية الطرح، أو التغلب على خوف معين.

٤- قد لا يكون هدفك الأولي هو النجاح في أداء عملية طرح الفضلات كاملة، ولكن يجب أن تعملي على إنشاء روتين خاص للحمام، سيساعد الطفل في النهاية على أداء العملية بنجاح بينما يكون جاهزاً لذلك. وروتين الحمام يشمل:

أ- نظام للتواصل يتعلق بالذهاب إلى الحمام، معرفة ما ينبغي أن يفعله حينما يذهب هناك، وفهم أين يذهب، وماذا يفعل عند الانتهاء.

ب- البدء من عند المستوى الحالى للطفل.

ج- وجود نظام لمكافأة الطفل.

د- الاستمرار في تدوين الجدول.

٥- انظري لعلامات استعداد الطفل لأداء العملية بنجاح. تذكرى أن طفلك من المحتمل أن يتقن في البداية عملية طرح البول فقط، وعلامات الاستعداد تشمل:

أ- البقاء جافاً لمدة طويلة من الوقت (١ - ٢ ساعة).

ب- التوقف عن النشاط الذي يقوم به عندما يطرح الفضلات على ملابسه الداخلية.

ج- وجود انتظام في عملية طرح الفضلات.

د- يقوم بإخبارك بأنه قد "اتسخ" (مثل أن ينزع بنطلونه؛ أو أن يتخلص من الحفاظات، أو أن يتحسس بنطلونه).

هـ- حينما يخبرك أو يظهر لك أنه سيبيل نفسه، أو أنه قد " فعلها".

ويمكن استخدام التعليم المبني على وجود بنية ثابتة كإطار عام يتم من خلاله إدراج حاجات الطفل، ومهاراته، واهتماماته، وعملية الذهاب إلى الحمام تحتوي على العديد من الخطوات التي يجب أن تتقن لنجاح العملية، ولذلك فإن تحديد مستوى طفلك من حيث أداء هذه الخطوات، سيساعدك على تحديد الخطوة التي يجب البدء منها. كما يجب تقييم الطفل بشكل مستمر من أجل إجراء أية تعديلات ضرورية. كوني صبوراً، متانسة للظروف، وقوية.

* **موقف جمعية التوحد الأمريكية من الحمية الغذائية والتوحد:**

تلقى جمعية التوحد الأمريكية العديد من التساؤلات حول الحمية، والحساسيات الغذائية المرتبطة بالأشخاص المصابين باضطراب التوحد. حيث يتساءل بعض الآباء والأمهات والأخصائيين عما إذا كانت بعض المشكلات السلوكية تزداد سوءاً بسبب حساسية هؤلاء الأطفال لبعض المواد الغذائية. وكثيراً ما يُظهر الأشخاص المصابين باضطراب التوحد نفوراً أو حساسية ضد الخميرة، أو منتجات الجلوتين وغيرها، وقد وجد بعض الآباء أن إزالة هذه المنتجات تؤدي إلى تحسن في السلوك، وزيادة في الانتباه.

ولكن لا توجد أية دراسات علمية معتمدة، تساند هذه النظرية التي تقول بأن تغيير الحمية الغذائية يؤدي إلى تخفيف أو إزالة أعراض اضطراب التوحد. وفي الحقيقة فإن نسبة ضئيلة من الآباء ذكرت أنه كانت هناك تغييرات ملحوظة في سلوك أطفالهم، بعد تغيير الحمية. وبسبب صعوبة الحصول على معلومات مناسبة حول الحمية الغذائية، فإنه من الضروري استشارة الشخص المختص (أخصائي التغذية)، وفي الحقيقة فإن بعض المختصين بالتوحد لا يؤيدون عملية تغيير الحمية كنوع فعال من العلاج، وإنما يشجعون على التركيز على طرق العلاج التقليدية، كالتدخل التعليمي، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، ... الخ. كما أن

العديد من الأخصائيين، بما فيهم الأطباء، لا يملكون المعرفة الكافية المتعلقة بعلم التغذية، ولذلك فإنه من الضروري استشارة أخصائي التغذية عند التفكير في تغيير الحمية الغذائية، أو عند الشك في وجود حساسية ضد مادة غذائية ما...".

* **طرق العلاج المتوفرة للمصابين باضطراب التوحد:**

نعرض فيما يلي نبذة عن بعض طرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين باضطراب التوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين باضطراب التوحد، كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد، ولعل الطابع "الريحي" لمعظم المؤسسات التي ابتكرت وطورت طرق العلاج هذه يجعل الواحد يتزدّد في ترجيح أحدها على الأخرى.

هذا وقد قمنا بنقسيم بعض طرق العلاج المستخدمة إلى قسمين، بناء على فناعتنا الشخصية، وعلى آخر المعلومات المتوفرة في مجال دراسة اضطراب التوحد.

- القسم الأول: طرق العلاج القائمة على أساس علمية:

وهي تشمل طرق العلاج التي قام بابتكتارها علماء متخصصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (كعلم النفس، والطب النفسي، وأمراض اللغة، والتعليم) وقد أنتط طرق العلاج هذه بعد جهود طويلة في البحث العلمي، ولذا فإنها تملك بعض المصداقية، على الرغم من الانتقادات التي وجهت لكل من هذه الطرق. حيث لا توجد حتى الآن طريقة واحدة خالية من العيوب أو صالحة لعلاج نسبة كبيرة من الأطفال المصابين باضطراب التوحد. بالإضافة إلى عدم وجود دراسات علمية دقيقة وأمينة ومحايدة تثبت، دون شك، نجاح طرق العلاج هذه. وذلك على الرغم من وجود دراسات قليلة العدد، معظمها من قبل مبتكر هذه الطرق، تثبت نجاح وفاعلية طرق العلاج أو التدخل الخاصة بهم. ونود التنبيه إلى أن هناك ثغرات واضحة وكبيرة في كل من هذه الطرق، على الرغم من أنها مبنية عامنة على جهود كبيرة في البحث، ولذا فإن هناك كثيراً من النقد موجه لهذه الطرق "العلمية"، ولكنها رغم ذلك فإنها تعتبر محاولات جيدة للوصول إلى طريقة ناجحة لعلاج أو تأهيل الأشخاص التوحديين.

(١) طريقة لوفاس Lovaas:

وُتُسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behavior Therapy ، أو علاج التحليل السلوكي Behavior Analysis Therapy الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو Ivor Lovaas، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا) UCLA، حيث يدير الآن مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج اضطراب

التوحد، والعلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول نف، أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيئ.

وطريقة لوفاس هذه تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن ٤٠ ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة، وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين، هذا وتقوم العديد من المراكز باتباع أجزاء من هذه الطريقة، وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج، كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جدي في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادمة.

(٢) طريقة تيتش TEACCH

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له).

ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بوساطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا يسمى بـ Division TEACCH، ويديره الأستاذة Gary Mesibov و Eric Schopler، وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل عن طريق مراكز تيتش المنتشرة في الولاية، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل. حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ٥ - ٧ أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل.

(٣) فاست فور ورد Fast For Word:

وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، وي العمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب باضطراب التوحد. وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة "بولا طلال Paula Tallal" على مدى ٣٠ سنة تقريباً، حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة ١٩٩٦م ونشرت نتائج بحوثها في مجلة "العلم Science"، إحدى أكبر المجلات العلمية في العالم. حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال

الذين استخدمو البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذه الألعاب، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. ونظراً للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامت "بولا طلال" بتأسيس شركة بعنوان "التعليم العلمي Scientific Learning" حيث طرحت برنامجها تحت اسم Fast For Word، وقامت بتطويره وابتكار برامج أخرى مشابهة، كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال المضطربين توحدياً، وإن كانت هناك روايات شفهية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال.

#- القسم الثاني: طرق العلاج الأخرى (غير المبنية على أساس علمية واضحة) :

(١) التدريب على التكامل السمعي (AIT Auditory Integration Training) :

ونقوم آراء المؤيدین لهذه الطريقة على أن الأشخاص المصابين باضطراب التوحد مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطین في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها، وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بذلك الباحثون أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة أو ممارسون لها، بينما لا توجد نتائج إيجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون أو محايدين، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي، ولذلك يبقى الجدل مستمراً حول جدواً هذه الطريقة.

(٢) التواصل الميسر (Facilitated Communication) :

وقد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر، وتناولتها كثير من وسائل الإعلام الأمريكية، وتقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر، وقد أثبتت معظم التجارب أن معظم الكلام أو المشاعر الناتجة إنما كانت صادرة من هذا الشخص الآخر، وليس من قبل

الشخص التوحدi، ولذا فإنها تعتبر من الطرق الممنوعة، على الرغم من وجود مؤسسات لنشر هذه الطريقة.

(٣) العلاج بالتكامل الحسي :**Sensory Integration Therapy**

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحساس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحساس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحساس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين، ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحديين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل، ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر "علمية" من التدريب السمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدم فيه، إلا أننا نرى أن هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية.

(٤) العلاج بهرمون السكريتين :**Secretin**

السكريتين: هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام، وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين باضطراب التوحد، فهل يُنصح باستخدام السكريتين؟: في الحقيقة ليس هناك إجابة قاطعة بنعم أو لا، لأنه في النهاية لا أحد يشعر بمعاناة آباء الأطفال التوحديين مثلاً يشعرون هم بها، وهناك رأيان حول استخدام السكريتين لعلاج التوحد، هناك الرأي المبني على أساس أقوال بعض (في بعض الأحيان مئات؟) الآباء الأميركيان الذين استخدموه ووجدوا تحسناً ملحوظاً في سلوك أطفالهم، ويشجع عدد قليل من الباحثين في مجال التوحد على استخدام مثل هذا العلاج، ولعل أشهرهم هو " ويملاند". وفي المقابل هناك آراء بعض العلماء الذين يشككون في فاعلية هذا الهرمون، ولعل من هذه الدراسات دراسة حول هذا، كانت تلك التي نشرت في مجلة نيو انجلند الطبية ١٩٩٩ (إحدى أشهر المجالات الطبية الأكاديمية في العالم) في ٩ ديسمبر والتي لم تجد أثراً إيجابياً للسكريتين، بل إن هناك بعض العلماء من يحذرون من استخدامه، نظراً لأنه لم يتم تجرب هذا الهرمون على الحيوانات، ويحذرون من احتمال وجود آثار جانبية سلبية قد لا نعرف ماهيتها، وفي الحقيقة فإن الجدل ما زال مستمراً، خاصة مع وجود روایات من قبل بعض الآباء حول تحسن سلوك أطفالهم بالإضافة إلى وجود بضعة دراسات تؤيد استخدام السكريتين، لكنها لم تنشر

في مجالات معروفة، مما يثير بعض الشبهات حول أسلوب البحث والمنهجية في هذه الدراسات، والخلاصة، هو أنه من الصعب بالنسبة لي شخصياً أن أُنصح باستخدام الكسترين، أو عدم استخدامه أيضاً، خاصة وأن هذا النوع من العلاج ما زال في مرحلة التجريب، ولكن يجب على الآباء أن يذروا من التكلفة المالية لهذا العلاج، بالإضافة إلى التكلفة النفسية، المتمثلة في خيبة الأمل في حالة عدم نجاح العلاج، ولكن إذا كانت الأسرة ترغب في تجربة هذا العلاج، فإنها يجب أن تقوم باستشارة الأخصائيين، وهم أطباء الأطفال ومن عندهم إطلاع على التوحد، وعلى علم بالتطورات التي تجري حول استخدام الكسترين، كما يفضل استشارة أخصائي تغذية أيضاً.

لذا يجب على آباء الأطفال التوحديين أن ينظروا إلى هاتين الناحيتين، في حالة رغبتهم في "تجربة" هذا العلاج، كما يجب أن يستشروا بعض الأطباء المتخصصين في هذا الأمر، وأن يتأكدوا من عدم وجود آثار جانبية سلبية له. كما يجب أن ينظروا إلى تكلفة العلاج، خاصة إذا رغبوا في الذهاب إلى الخارج، حيث تبلغ تكلفة الحقنة الواحدة من الكسترين حوالي ٣٠٠ دولار أمريكي، وربما يحتاج الطفل إلى حقن أخرى كل ٩ أشهر، حيث قد يكون من الأجدى في بعض الحالات التركيز على البرامج التعليمية والتي تركز على تغيير سلوك الطفل إلى الأفضل ... كما أنه من المهم بالنسبة للآباء أن يذروا دائماً من تلك الحلول السحرية التي تبسيط الأمور، والتي تعتمد على حالات نجاح فردية قد لا تتكرر مع كثير من الأطفال الآخرين. وفيما يلي رد "الدكتورة سميرة السعد"، مديرية مركز الكويت للتوحد على سؤال من مجلة

"المنال" حول استخدام الكسترين (نشر في مجلة المنال، عدد أبريل ٢٠٠٠):

"الكسترين كغيره من الأدوية التي تظهر وقد تتجزئ مع بعض الحالات فتأخذ حجماً أكبر من حجمها الحقيقي وذلك بسبب تسلیط وسائل الإعلام الضوء عليها بقدر أكبر قد ينعكس إيجاباً أو سلباً في بعض الأحيان على توضيح الفائدة الحقيقية لهذا الدواء، ونحن في مركز الكويت للتوحد نتابع جميع التطورات والمتابعات العلمية لهذا الدواء وردود الفعل المطروحة على الساعة من خلال النشرة الدورية "صريحة صامتة" التي يصدرها مركز الكويت للتوحد وتصل إلى جميع المشاركين ببعضوية المركز، كما نقوم بتسجيل الراغبين بإعطاء هذا الدواء لأبنائهم إذ لدى المركز اتجاه لاستضافة المعالجين بالكسترين بعد ثبوت فعاليته والتأكد من عدم وجود أعراض جانبية قد تصاحبه أو تتبعه وتطبيقه على أبناء الراغبين من الأسر ويبقى الكسترين حتى الآن مجالاً مفتوحاً للنقاش العلمي حيث يشيد البعض بتحقيقه لتقدير كبير وسريع لبعض الحالات وفي الجانب الآخر هناك من يؤكّد فشله مع حالات أخرى! المهم في هذا الجانب تأكّدنا من عدم وجود آثار ونتائج قد تتعكس سلباً على أطفالنا".

* - إذن ما هي أفضل طريقة للعلاج؟

بسبب طبيعة اضطراب التوحد، الذي تختلف أعراضه وتختلف وتحد من طفل لآخر، ونظراً لاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض اضطراب التوحد في كل الحالات، وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين باضطراب التوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنية الثابتة والمُتوقعه (مثل الأفعال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل)، والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، والبرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية.

على أن تدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة. كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغيير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم.

ونشير إلى أنه حتى الآن لا يوجد دواء فعال في علاج مرض التوحد .. سوف أذكر بعض الطرق العلاجية المستخدمة:-

١ - التعليم والتدخل المبكر :

هذا من انفع وأهم الوسائل بالنسبة للطفل التوحيدي حيث أثبتت الدراسات أنه كلما تلقى الطفل برامج التعليم المخصصة مبكراً من عمر ٣ سنوات كلما كانت النتيجة المستقبلية أفضل. من هذه البرامج برنامج نيتتش TEACCH من جامعة نورث كارولينا (لإيضاح انظر موضوع نيتتش) وأيضاً برنامج Ivar lovas السابق عرضهما.

٢ - الغذاء :

حتى الآن لا يوجد إثبات علمي يوضح أن الغذاء له علاقة بمرض التوحد .. ولكن هناك كثير من الأمهات وجدوا علاقة بين الامتناع عن بعض الأطعمة وتحسين بعض الأعراض المصاحبة للتوحد مثل زيادة الحركة والنشاط من هذه الأطعمة (القمح - الحليب ومنتجاته - الخميرة) .. وهناك منظمة في بريطانيا تسمى Autism intolerance and allergy network تتبني فكرة علاقة التوحد بالغذاء على أساس أن بعض الأطفال يكون لديهم عدم قابلية أو حساسية لبعض الأطعمة والمواد الكيميائية التي تزيد من أعراض مرض التوحد.

٣ - استعمال بعض الفيتامينات بكميات كثيرة:

حتى الآن لم يثبت أن لها تأثير فعال وجذري لذا يجب توخي الحذر من استعمال مثل هذه الفيتامينات ويجب صرفها عن طريق الطبيب حتى لا يدخل الطفل في تسمم من جراء الإكثار من هذه الفيتامينات.

٤- العلاج بالتكامل السمعي :Auditory integration therapy

ظهرت هذه الطريقة على أساس أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تحسس للصوت وهذا العلاج الذي أظهر تحسن جزئي في بعض الأطفال يتألف من إسماع الطفل لموسيقى يكترونية معينة عن طريق سماعات للرأس لمدة ٣٠ دقيقة مرتين في اليوم لمدة عشرة أيام فقط.

٥- السكريتين :Secretin

كما سبق الذكر فهو هرمون يُفرز من الأمعاء الدقيقة في جسم الإنسان لكي يحفز إفراز بعض العصائر في البنكرياس (وعادة يعطي عند إجراء بعض الفحوصات للجهاز الهضمي) وجد أنه في بعض الحالات أظهر تحسن في الناحية اللغوية والاجتماعية عند الطفل .. والسبب إلى الآن غير معروف وهناك دراسات كثيرة جارية في هذا الموضوع.

٦- ومن البرامج العلاجية برنامج TEACCH (تيتش):

هو برنامج تعليمي للأطفال المصابون بالتوحد هذا البرنامج له شهرة واسعة حول العالم .. يعمل به في حوالي ١٣ دولة .. وعملت أبحاث ودراسات عديدة أثبتت نجاحه. مخترع هذا البرنامج هو SHOPLER من جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة.

- ماذا يعتمد هذا البرنامج:

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام STRUCTURE TEACHING أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحيدي وتناسب عالمه.

من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحيدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية - العقلية - العضلية - واللغوية وذلك باستعمال اختبارات مدققة.

ويدخل برنامج تيتش عالم الطفل التوحيدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. أيضاً هذا البرنامج متكامل من عمر ٣ - ١٨ سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهمًا جدًا .. لاما الفراغ .. وإحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد .. قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

ومن المهم لكل أم أن تعرف:

١- كيف يفكر الطفل التوحيدي وما هو عالمه؟

٢- ما هي وسيلة التواصل المناسبة لطفلها؟

٣- كيف تهيئ المنزل والبيئة؟

٤- كيف تقوي التواصل الاجتماعي؟

٥- كيف نعلم الطفل المشاعر الإنسانية؟

المراجع

- (١) لورنا وينج : **الأطفال التوحديون** ، ترجمة هناء المسلم ، الكويت.
- (٢) المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد، ترجمة وتعريب طارش الشمري، من مطبوعات مركز الكويت للتوحد.
- (٣) سميرة السعد : معاناتي والتوحد، دار ذات السلسل، الكويت، ١٩٩٧.
- (٤) سميرة السعد : دراسة حول تقدير والدِي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية، المجلة التربوية (جامعة الكويت)، العدد ٤٥، المجلد ١٢، خريف ١٩٩٧.
- (٥) سلسلة نشر الوعي بالتوحد، سلسلة يصدرها مركز الكويت للتوحد، وقد صدر منها: مختصر لإعاقة التوحد، نحو فهم متكامل للتكامل الحسي، رسائل من عالم التوحد.
- (٦) تمبل كراندن : **الشروق (قصة شقيقة لطفله توحديه)**، مترجمة عن EMERGENCE: Labeled Autistic فضيلة الروايم وأمال صالح حماد : **التوحد - الإعاقة الغامضة** ، الدوحة ١٩٩٩.
- (٧) رجاء التويتان وخزنة سعيد: إرشادات تعليمية وإجراءات تتخذ مع الطلبة الذين لديهم اضطرابات ضعف الانتباه "مرشد عملى للوالدين والدرسین" ، مركز الكويت للتوحد ١٩٩٩ (سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة ٨).
- (٨) توني أنطود : لماذا يتصرف طارق هكذا؟ بعض المقترنات بشأن أسباب ومعالجة السلوك غير العادي للأطفال والبالغين الذين يعانون من التوحد والاسبرجر، ترجمة: ياسر الفهد، مركز الكويت للتوحد (سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة ١١).
- (٩) س. جيلبرج ، ت. بيترز : **التوحد، مظاهرة الطبية والعلمية**، ترجمة: وضحه الورдан ، مركز الكويت للتوحد (سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة ١٥).
- (١٠) أحمد جوهر : **التوحد، العلاج باللعب**، مراجعة: لولوه حماده، صادر في الكويت.
- (١١) عبد الرحيم سيد سليمان : **الذاتيـه (إعاقة التوحد لدى الأطفال)**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة ، ٢٠٠٠.
- (١٢) محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفوزان : **التوحد ٢: المفهوم والتعليم والتدريب**، مرشد إلى الوالدين والمهنيين، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض، ٢٠٠٠.
- (١٣) ليندا هودجون : استراتيجيات بصرية لتحسين عملية التواصل (الجزء الأول)، تعریب سهام حسن بصراوي. الدار العربية للعلوم، ٢٠٠٠ م.
- (١٤) رابيـه إبراهيم حـكـيم: **الـتـوـحـد**: في موقع www.childguidancesclinic.com.Autism-htm

(١٦) جمعية التوحد الأمريكية

www.Autism-society-org/packages/diet-htm;

(١٧) يوسف محمد عبد الحميد : فاعلية التدخل بالمارسة العامة للخدمة الاجتماعية و تنمية

مهارات التواصل لوالدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، مجلة دراسات في الخدمة

الاجتماعية والعلوم الإنسانية- كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣١ ، الجزء

الرابع عشر أكتوبر ٢٠١١ م .

(١٨) يوسف محمد عبد الحميد : آليات مقترحة لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال

ذوي اضطراب التوحد " دراسة تقويمية من منظور الخدمة الاجتماعية" ، المؤتمر العلمي

الثاني والعشرون لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ٩-١٠ مايو ٢٠١٢ م .

الفصل السابع

مهارات تأهيل وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة

أولاً: تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة:

أ) معنى التأهيل:

يحمل مدلول التأهيل معان كثيرة تشمل التأهيل الطبي والمهني والاجتماعي وال النفسي ، وهناك تعريفات مختلفة لتأهيل المعاقين .

من التعريفات الشائعة ما يلي:

التأهيل هو تلك العملية المنظمة والمستقرة والتي تهدف إلى الوصول بالفرد المعاق إلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والاقتصادية .

وهناك تعريف آخر للتأهيل هو عملية مساعدة الفرد في الحصول على أعلى درجة من الاستفادة من النواحي الجسدية والاجتماعية والنفسية والمهنية والاقتصادية التي يمكنه الحصول عليها .

ب) مبررات التأهيل:

١- يعتبر الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة. وبذلك ينبغي أن يكون هدف مباشر لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتعددة .

٢- الشخص المعاق يعتبر فردا قادرًا على المشاركة في جهود التنمية ومن حقه الاستمتاع بثمارها إذا ما اتيحت له الفرص والاساليب الازمة لذلك .

٣- إن المعاقين مهما بلغت إعاقتهم واختلفت فئاتهم فإن لديهم قابلية ودفع للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادلة في المجتمع لذلك لابد من التركيز على تنمية ما لديهم من إمكانيات وقدرات في مجالات التعلم والمشاركة .

٤- لجميع المعاقين الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الاجتماعي أو الانتماء السياسي .

٥- تعتبر عملية التأهيل حق للمعاقين في مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين ذلك لتوفير فرص العيش الكريم لهم .

٦- تعتبر التنمية للتأهيل جزء منها وما تتطلبه هذه التنمية من تطوير في الهياكل والبنية الاقتصادية والاجتماعية ركيزة أساسية في القضاء على أسباب الإعاقة بمختلف صورها .

ج) أنواع التأهيل

١- التأهيل الطبيعي والبدني

وهو إعادة الفرد إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية البدنية أو العقلية عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من الإعاقة وإزالتها إن أمكن وتتضمن خدمات التأهيل الطبيعي ما يلي :

- أ- العمليات الجراحية التي تساعد الفرد في أن يستعيد قدراته الفيزيولوجية (الجسدية)
- ب- العلاج بالأدوية والعقاقير .

ت- استعمال الأجهزة المساعدة وذلك للتقليل من أثر الإعاقة مثل السماعات ، النظارات الطبية ، العكازات ، الأطراف الصناعية ، الأجهزة الطبية .

٢- التأهيل الاجتماعي وال النفسي:

وهو إعادة الفرد المعاق إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية الاجتماعية والنفسية وذلك عن طريق استخدام :

أ- العلاج النفسي ويتم بالجلسات الإرشادية والنفسية التي تهدف إلى تقليل المشكلة ومحاولة الوصول إلى

حل يشارك فيه المعاق بأقصى قدر ممكن ، وتستغرق هذه الجلسات في الحالات الصعبة زمنا طويلا

ب- الإرشاد النفسي يهدف إلى حل المشاكل الأقل حدة .

ج- الإرشاد الأسري يهدف لمساعدة الأهل في تربية ابنهم المعاق

٣- التأهيل المهني :

إن عملية التأهيل المهني هي سلسة متتابعة من الخدمات مصممة كي تنقل المعاق نحو هدف التشغيل في

مهنة ذات فائدة وكسب ، ويشكل التدريب المهني جزءا أساسيا وهاما في عملية التأهيل المهني للمعاقين

ويتضمن أي نوع من التدريب والذي يمكن أن يكون ضروريا للتأهيل وإعداد المعاقين للتشغيل المناسب

والناجح .

٤- التأهيل الأكاديمي :

وهو تعليم المعاقين أكاديميا حسب قدراتهم ودرجة إعاقتهم الجسمية والعقلية ، وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية

الالزمة والتي تفيدهم في حياتهم العملية كإجاده القراءة والحساب أو نشاطات الحياة اليومية .

د) معوقات العملية التأهيلية:

١- يتطلب التأهيل إمكانيات مادية وبشرية هائلة ، قد لا تتوفر لكثير من المجتمعات ، وخاصة النامية منها

.

٢- التأهيل عملية تتعامل مع عناصر معوقة نسبيا في السن وبالتالي تواجه عقبات تعليم الكبار .

٣- التأهيل هو إعادة تدريب المعاق على مهارة معينة تتناسب مع قدراته الباقيه ، فهي عملية هجر أمر

مألف إلى آخر غير مألف مما يؤدي إلى مقاومة المعاق ، تمشيا مع النزعة العامة لفرد مقاومة التغيير

٤- عدم وجود مقاييس مقننة تقيس المعاق ، سواء عند التأهيل المهني كعملية تستهدف اختيار المهنة

المناسبة لفرد ، أو عند التوجيه المهني كعملية تستهدف اختيار الفرد المناسب لمهنة بعينها.

ثانياً: تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة:

أ) مهارات التدريس الواجب توافرها لدى معلم التربية الخاصة

المعلم للتلاميذ المعاقين يتطلب من المعلم التمكن من العديد من مهارات التدريس التي تساعده على التعامل

مع التلاميذ المعاقين الذين فقدوا حاسة أو أكثر أو يعانون صعوبات التعلم وهذه المهارات لا يمكن للمعلم

اكتسابها إلا من خلال التدريب المستمر والاحتراك المباشر بالمعاقين ويمكن تلخيص تلك المهارات العامة

في النقاط التالية :

١- لديه اتجاهات ايجابية نحو التدريس للفئات الخاصة .

٢- يتحلى بقدر كاف من الصبر والتسامح .

- ٣- يمتلك القدرة على القياس والتشخيص
- ٤- يراعي الفروق الفردية بين المعلمين.
- ٥- ينوع من الأنشطة التعليمية .
- ٦- يوزع وقت الحصة بطريقة جيدة .

معلم التربية الخاصة ومهارات استخدام السبورة :

السبورة أقدم الوسائل التعليمية وأقلها تكلفة لأبعاد يستغنى عنها المعلم وعلى المعلم مراعاة ما يلي :

- تأكيد من أن جميع التلاميذ يرون السبورة بشكل جيد.
- لا تتكلم وأنت تكتب على السبورة .
- استخدام الطباشير الملون بطريقة منظمة .
- تحري الدقة فيما تكتبه
- احرص على الكتابة بخط جيد

(ب) نظريات تعلم الأشخاص من ذوي الإعاقة:

كما هناك اختلاف في وضع المناهج بين الأطفال العاديين ومناهج الأطفال في التربية الخاصة . فهناك أيضاً اختلاف في طريقة التدريس، والوسائل المستخدمة في العملية التعليمية . إن الهدف من تدريس أو تعليم من الأطفال المعاقين هو مساعدتهم حتى يصبحوا إلى حد ما مثل أقرانهم العاديين ، وقد تصل إلى ذلك الهدف من خلال تغيير أو تعديل سلوك هؤلاء الأطفال . وخاصة في مجال مهارات الحياة اليومية مثل التدريب على استعمال الحمام - إطعام نفسه - أن يلبس نفسه - أن يعتمد مستقل بذاته دون الحاجة إلى أي مساعدة من الآخرين ، وعلى المعلم عندما يشعر أن الطفل اكتسب مهارة معينة فعليه أن ينتقل إلى مهارة أصعب منها .

ولتعليم هذه المهارات لابد من وجود نوع من الاساليب الخاصة في عملية التعلم .لذلك من المهم أن نلقي نظرة على نظريات التعلم التي تكون مرشد لمعلم الصف في تعليم المعاقين

١- نظرية التعلم بالمحاولة والخطأ :

ومن زعماء هذا النظرية العالم(ثورندايك).قام ثورندايك بمجموعة من التجارب على الحيوانات وانتهى في آخر هذه التجارب بقانون الأثر الذي يقرر بأن السلوكات التي يعقبها ظروف سارة فمن المحتمل أن يتكرر حدوثها ، وأكد على وجود الدافع الذي يدفع الطفل إلى أداء السلوك نحو هدف معين ونجد أن عملية المحاولة والخطأ تشمل على الخطوات التالية :

- وجود حاجة أو دافع يوجه السلوك نحو هدف معين (الرغبة في تشغيل التلفزيون)
- الوقف في طرق تحقيق الرغبة(وجود عقبة بين الطفل وإشباع الدافع لعدم معرفته طريقة التشغيل .
- الخطوات العشوائية أو المحاولات العشوائية لمحاولة فتح التلفزيون .
- النجاح بالصدفة(ضغط المفتاح وتم تشغيل التلفزيون)

• تكرار المحاولات فيما بعد وتديم الاستجابات الناجحة.

٢- نظرية التعلم بالاستبصار (أو الطريقة الكلية)

٣- نظرية التعلم باللحظة

ومن زعماء هذه النظرية (باندورا) وهناك دراسة تجريبية أجريت على مجموعة من الأطفال لتوضيح أثر التعلم باللحظة والتقليد على سلوكهم وكانت هذه التجربة عبارة عن مجموعتين من الأطفال مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة ، تعرضت المجموعة التجريبية إلى مشاهدة فيلم عنيف وبعد مشاهدة الفيلم ظهر عليهم سلوك العدوان أكثر من الأطفال الذين لم يشاهدوا الفيلم ومن نتائج هذه الدراسة أشار (باندورا) إلى أهمية التعليم باللحظة والمحاكاة في اكتساب الأطفال العادات والمهارات الحركية ، ويمكن استخدام هذا النوع من التعليم في عملية التدريب المهني في علاج صعوبات النطق

٤- نظرية التعلم الاجتماعي

ومن زعماء هذه النظرية (روتر) وأكّدت هذه النظرية على أهمية التفاعل الدينامي بين الطفل وبين الوالدين والأقران والمعلمين والمحبيّين بالطفل في اكتساب الطفل المعرف والمهارات والعادات وتؤمن هذه النظرية بأنّ الطفل عضو يتفاعل مع المحيطين به ويكتسب منهم الكثير من الخبرات والعادات وهناك خطوات يلتزم بها المعلم عند تعامله مع ذوي الاحتياجات الخاصة .

ج) بعض أساليب التعليم المتّبعة في التربية الخاصة :

١- أسلوب التعلم الفردي

المقصود بالتعليم الفردي : هو تطوير منهاج خاص لكل طفل معوق على حده والذي يضم الاهداف التعليمية والاساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الاهداف والمعايير التي سيتم اعتمادها للحكم على فاعلية أداء التلميذ ، فهو ضروري للتلاميذ ذوي التخلف العقلي والتلاميذ ذوي الإعاقات الحسية والجسمية والتعليمية والسلوكية .

ايضا التعلم الفردي هو الجانب التنفيذي من الخطة التربوية الفردية وبعد إعداد الخطة تكتب الأهداف التعليمية طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى وتشمل مكونات الخطة الفردية وهي

*بعض من المعلومات العامة عن الطفل وبياناته الأولية .

*الهدف التعليمي ويكون مصاغ في عبارات محددة

*أسلوب التعزيز المستخدم.

*الأهداف طويلة المدى والأهداف التعليمية قصيرة المدى.

*الادوات اللازمة والوسائل التي يستخدمها المعلم لتحقيق الهدف التعليمي .

كما ذكرنا من قبل أن أسلوب التعليم الفردي هو الأمثل في التربية الخاصة حيث أن هناك فروق فردية بينهم فكل طفل له خطة تربوية فردية خاصة به ويتم التعليم الفردي في هذه الخطوات:

١- محاولة تهيئة الطفل للمهارة والسلوك المراد تعليمه .

- ٢- استخدام طرق المساعدة بأنواعها (اللغوية - الجسمية - الإيحائية).
- ٣- تقديم المهارة أو السلوك المراد تعليمها كما هي .
- ٤- تثبيت عملية التعلم واكتساب المهارة عن طريق التكرار .
- ٥- عند الانتقال إلى مهارة أو إلى تحقيق أهداف تعليمية أخرى لابد من التأكيد من اكتساب الطفل للمهارة التي يتعلماها .

٦- أن التعلم للأطفال في التربية الخاصة يعتمد على أسلوب التعليم الفردي والذي يتطلب صياغة الهدف التعليمي صياغة سلوكية حيث يمكن ملاحظتها وقياسها .

٢- أسلوب تحليل المهام :

يقصد بتحليل المهام ، تجزئه المهارة وتقسيمها إلى مكوناتها الأولية تم ترتيب هذه الأجزاء أو المكونات في نظام حتى تصل إلى المهارة الأساسية ، أن أسلوب تحليل المهام هو الأمثل في تعليم المعاقين المهارات الحياتية ومهارات الرعاية الذاتية لأن الأمر يتطلب القيام بهذه المهام حتى نستطيع أن نصل إلى إكساب الطفل المهارة التي نحاول تعليمها له .

٣- أسلوب التعلم القائم على القصص (القصة)

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

أن هذه الطريقة تساعده في جذب انتباه الطلاب وإكسابهم خبرات ومعالم وحقائق بطريقة شيقة وجذابة ، ويحقق التعلم عن طريقها النجاح الذي يوصل إلى الاهداف ويسهم في تثبيت مواد التعليم في أذهان الطلاب ويبعد الملل والأسأم اللذين قد تسببها الطرق التي تسير على وتيرة واحدة ، وتهبئ المتعة والفائدة في آن واحد للطلاب . وهي عنصر تربوي هام له أهميته في المواقف التعليمية ، فمن خلال القصة يكتسب الطفل المعاق عقلياً الكثير من المترادفات اللغوية سواء عند سماعه للقصة أو عندما يقوم بروايتها ، وهي تساعده في علاج الكثير من المشكلات التي تعاني منها ، وتعلم على غرس السلوكيات الحميدة المرغوبة ، وتنمي القدرة على الإصغاء الجيد والتمييز بين الأصوات ، ومن هنا جاءت أهمية مسرح العرائس في تعليم الأطفال المعاقين الكثير من المهارات والسلوكيات .

٤- أسلوب التعلم القائم على الخبرة المباشرة

أيضاً يطلق على هذه الطريقة اسم طريقة المشروع ، وهي إحدى طرق التدريس الحديثة والمتطرفة ، والتي تقوم على التفكير في المشروعات التي تثير اهتمامات الطلاب الشخصية ، وأهداف المنهج . حيث تجسد مبدأ الممارسة داخل الصدف وخارجه بهدف ربط الجانب النظري من المعرفة بالجانب العملي التطبيقي ، فضلاً عن تتميم قدرات الطلاب المعاقين عقلياً الشخصية والاجتماعية ، حيث يتفاعل الطالب مع الشيء المراد تعلمه كما

يحدث في واقع الحياة ، ويتم التعلم عن طريق الخبرة المباشرة الهادفة التي يحتاج الطالب فيها إلى عملية توجيه من المعلم حتى يستطيع أن تعبّر عن إحساساته .

د) الفرق بين مناهج الأطفال العاديين والاطفال من ذوي الإعاقة:

من الملاحظ أن مناهج الأطفال في التعليم العام تختلف اختلافاً كلياً عن مناهج التربية الخاصة وذلك من حيث طريق الاعداد وطريقة التدريس ، فالمنهاج للعاديين توضع مسبقاً من قبل لجنة متخصصة والتي تتناسب مع المرحلة الدراسية والجانب العمري لهذه المرحلة ، أما الأطفال من ذوي الإعاقة لا يمكن فيها وضع المناهج مسبقاً ، ولكن يتم وضع منهاج لكل طفل على حدة وفقاً لقدراته واستعداداته ومدى أدائه في تعليمه للمهارات المختلفة فكل طفل له خطة فردية خاصة به توضع وفقاً لقدراته الأدائية وتوضع الخطة الفردية وفقاً لمعايير معينة مثل الفترة الزمنية مدى أداء الطفل في تعليم المهارة وتحديد الأهداف طويلة المدى ، والاهداف قصيرة المدى ويتم وضع الأهداف الفرعية في الخطة وتحديد المواد أو الوسائل التعليمية الازمة لتحقيق المهمة .

هـ) الكفايات التربوية لمعلم التربية الخاصة:

- **الكفاية لغة:** هو الشيء الذي يغني عن غيره ويكتفى به وهو يختلف عن الكفاءة التي تعني الجدارة أو المماطلة .
- **واصطلاحاً:** هي امتلاك المعلومات والمهارات والقدرات المطلوبة في القدرة على العمل واستخدام لمهارة المعلم ، واداء المعلم ، وسلوكه ، ومستوى التعلم .

❖ وتحدد مجلاتها كالتالي:

***كفايات القياس والتثخيص :**

- **كفايات القياس :** مجموعة مهارات ومهارات المعلم من قياس الجوانب العقلية والتربية للطفل ، وذلك من خلال طرق جمع البيانات المختلفة ، وذلك لتحليل هذه البيانات والوقوف على جوانب القوة والضعف للطفل .

- **كفايات التشخيص:** مجموعة خبرات تعليمية تمكن المعلم من الحكم على الطفل اعتماداً على معلومات القياس .

- **كفايات الشخصية :** مجموعة من الخبرات والقدرات العقلية والجسمية والانفعالية التي يمتلكها المعلم ، مما يمكنه من تقبل الأطفال واحتمال تصرفاتهم غير المرغوبة .

- **كفايات إعداد الخطة التربوية الفردية :**

مجموعة كفايات تجعل المعلم قادراً على بناء المنهاج التربوي للطفل وتشمل وضع الأهداف وتحضير واستيعاب وتطبيق مكونات الخطة التربوية .

- **كفايات تنفيذ الخطة التعليمية :**

وهي مجموعة الكفايات التي تمكن المعلم من تنفيذ الخطة التربوية الفردية، واستخدام المواد والأساليب المساعدة والتقييم وتعديل السلوك .

• **كفايات الاتصال بالأهل:**

هي قدرة المعلم على التفاعل والمشاركة الإيجابية مع الأهل والمحبيطين بهدف مساعدة الطفل .
لدور الذي يمكن أن يقوم به المعلم العادي في فصول ومدارس الدمج :

- ✓ تعديل محتوى المناهج ولو بشكل مبسط أو مبدئي .
- ✓ التركيز على تعليم مهارات أساسية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة لا يتضمنها البرنامج التربوي العادي
- ✓ توفير بيئة صافية تختلف عن البيئة الصافية العادية .
- ✓ تغيير استراتيجيات التدريس مع الطلبة ذوي الإعاقة والتركيز على التدريس الفردي .
- ✓ التركيز على نقاط الضعف التي يعاني منها الطالب ذوي الإعاقة وتنمية الجوانب الإيجابية ونقطة القوة للطالب .
- ✓ عدم التركيز على جوانب القصور التي يعاني منها الطالب ذوي الإعاقة .
- ✓ تطوير اتجاهات إيجابية نحو الطالب ذوي الإعاقة.
- ✓ ضرورة التنسيق الفعال مع إدارة المدرسة لتذليل العقبات التي تعرّض تقدم الطالب في مختلف الجوانب الأكademie والشخصية والاجتماعية .
- ✓ إقامة علاقة إيجابية واتصال دائم مع أولياء أمور الطلبة ذوي الإعاقة في ضوء البرامج التعليمية والتربوية المفتوحة له .
- ✓ تقديم التعزيز اللفظي والمادي للطالب ذوي الإعاقة في ضوء تقدمه الأكاديمي والسلوكي والانفعالي والاجتماعي .

(و) دور تكنولوجيا التعليم في تقديم حلول لذوي الإعاقة:

يتمثل دور التكنولوجيا الحديثة في تقديم الرؤى المستقبلية والخدمات والبرامج التعليمية الخاصة ، والحلول الإبداعية المبتكرة لمشكلات التعليم ، والتي تسهم في إعادة صياغة وتصميم المحتوى التعليمي المقدم لهم بشكل يساعدهم في الحصول على المعلومة بسهولة ويسر ، وفي تقديم التطبيق والممارسة والتدريب والتجريب الفعلي من خلال الممارسات التربوية المتنوعة لتشكيل شخصيتهم وتنظيم تعلمهم واكتسابهم للمعارف والمهارات الاجتماعية للتواصل بفاعلية ، وتقديم الخدمات التعليمية التي تسعى إلى تشجيع قدراتهم العقلية وتأهيلهم حتى لا يتعرضوا لمشكلات نفسية وتربيوية ، ولكي يندمجوا في المجتمع ويصبحوا أفراداً منتجين لا عبئاً على أسرهم ومجتمعهم ، ويختصر دور تكنولوجيا التعليم في تقديم حلول لذوي الإعاقة في المحاور التالية:

- حلول مادية : ممثلة في توفير الأجهزة والمواد والوسائل والمصادر التعليمية والبرمجيات أو اقتئالها

- **حلول تعليمية**: تشقق من نظريات التعليم والتعلم وتحويلها إلى كفايات تعليمية لتوفير بيئة تعليمية مناسبة لهؤلاء الأفراد وإعداد الكوادر البشرية المدرية واللازمة للعمل في هذا المجال وفق معايير وأسس تربوية يمكن إكسابها من خلال برامج الإعداد .

- **حلول تصميمية** : تتمثل في مراعاة الأساليب التقنية عند تصميم وتطوير مصادر التعلم والبرامج والمواد التعليمية - المنتجة والجاهزة - التي تتناسب وطبيعة هذه الفئة من المتعلمين واحتياجاتهم .

مطلبات ذوي الإعاقة من تكنولوجيا التعليم:

إن مطلبات ذوي الإعاقة من تكنولوجيا التعليم مطالب عديدة تصنف في تسع فئات، وفيما يلي شرح مبسط لهذه المطلبات :

- **الدراسة والتحليل**: حيث يجب قبل اتخاذ قرار بخصوص تكنولوجيا تعليم ذوي الإعاقة إجراء الدراسات التي تستهدف تحليل مشكلات ذوي الإعاقة وتقدير احتياجاتهم التعليمية وتحليل خصائص كل فئة ، وتحليل البرامج والمقررات الدراسية الموجهة إليهم ، وتحليل الموارد والمعوقات البيئية والتعليمية .

- **التصميم والتطوير**: ليس من العدل أن يفرض على ذوي الإعاقة استخدام مصادر تعلم جاهزة معدة للطلاب العاديين ، لأن ذلك من شأنه أن يصعب عليهم التعلم ولا ييسره ، ومن ثم ذلك فهم يحتاجون إلى تصميم وتطوير مصادر تعلم ومنظومات تعليمية مناسبة لهم وتلبى احتياجاتهم وتحل مشكلات تعلمهم ، وتنقل إليهم التعلم المطلوب بكفاءة وفاعلية ، ويطلب ذلك وضع مواصفات ومعايير علمية محددة ودقيقة لتصميم كل مصدر تعليمي لكل فئة منهم ، وتصميم المصادر وتطويرها بطريقة منتظمة سليمة ، وإنشاء مركز تكنولوجي تعليمي مركزي متخصص في إنتاج المصادر والمنظومات التعليمية .

- **تصميم وتوفير البيئات والأماكن التعليمية المناسبة** لابد من توفير أماكن وبيئات تعليمية مناسبة لذوي الإعاقة ، وتشمل هذه البيئات : المباني المدرسية ، مراكز مصادر التعلم والمكتبات المدرسية الشاملة ، والمكتبات العامة .

- **الاقتناء والتزويد**: يقصد به العمل على توفير مصادر التعلم المتعددة والمختلفة ، وتحديثها وتزويدتها بصفة مستمرة ، ويتضمن هذا المطلب توفير كل من : المواد والوسائل والمصادر التعليمية والأجهزة والتجهيزات المطلوبة لاستخدام تلك المصادر ، ومن ثم توفير الكفاءات البشرية المؤهلة والمدرية علي توظيف تلك المصادر .

- **المتابعة والتقويم** : يجب إنشاء إدارة متخصصة للمتابعة والتقويم من مهامها القيام بالوظائف التالية: كتابة وتقويم المصادر البشرية وغير البشرية ، ومتابعة وتقويم توظيف المصادر واستخدامها من قبل المعلمين والمتعلمين ، وتحديد احتياجات المدرسة أو المؤسسة التعليمية من المصادر البشرية وغير البشرية ، ثم كتابة التقارير ورفعها إلى المسؤولين لتوفيرها .

- **التدريب** : بعد التدريب مطلبا ملحا لنجاح أية برامج تطويرية ، ويشمل التدريب تدريب الفئات التالية : معلمي ذوي الإعاقة ، وأخصائي تكنولوجيا التعليم وأولياء أمور ذوي الإعاقة.

- **الإعداد الأكاديمي لمعلمي ذوي الإعاقة وأخصائي تكنولوجيا التعليم :**
 - يجب تطوير الإعداد الأكاديمي لمعلمي ذوي الإعاقة وأخصائي تكنولوجيا التعليم لتلك الفئة بكليات التربية ، فضلا عن تدريس مقرر في تكنولوجيا تعليم ذوي الإعاقة لجميع الطرب في كليات التربية
 - **التوعية والإعلام:** وهي مطلب أساسى لزيادة وعي المعلمين وأخصائي تكنولوجيا التعليم وأولياء أمور ذوي الإعاقة بتلك الفئة، ويتطلب ذلك ما يلى:
 - إقامة المحاضرات والندوات والمؤتمرات وورش العمل ، وإنشاء قناة تليفزيونية تعليمية لذوي الإعاقة، وتصميم موقع على شبكة الإنترنت .
 - **النشر والتوظيف والتبني:** ينبغي ألا تقف تكنولوجيا التعليم عند حد تصميم منتجات ومستحدثات تكنولوجية وتطويرها لذوي الإعاقة ، بل ينبغي أن تسعى لنشرها وتوظيفها وتبنيها من قبل مدارس ومؤسسات تعليم وتدريب ذوي الإعاقة .
- معوقات استخدام تكنولوجيا التعليم لذوي الإعاقة:**

هناك بعض المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التكنولوجية المعينة لذوي الإعاقة، لعل أبرزها سرعة تطوير البرامج ما يجعل فئة المعوقين بعيدة لوقت طويل من اللحاق للاستفادة من آخر هذه التطورات كما أن ارتفاع تكاليف تجهيز الأجهزة والآلات التكنولوجية المكيفة لمتطلبات نوع الإعاقة قد تبلغ الكثير بالنسبة للبرامج الخاصة ونفقات تكوين الجهاز ، وتلك النفقات لا تفوق على تحملها بعض فئات ذوي الإعاقة حتى داخل المجتمعات المتقدمة ، ويمكن تقسيم معوقات استخدام تكنولوجيا التعليم الإعاقة إلى ما يلى:

أولاً : المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التعليمية التي تتعلق بعلم ذوي الإعاقة :

- عدم توفر دورات تدريبية أثناء الخدمة في مجال استخدام الوسائل في التعليم .
- عدم التأهيل بشكل كاف لاستخدام الوسيلة التعليمية خلال سنوات الدراسة و فترة الإعداد .
- اعتقاد معلمي ذوي الإعاقة أن استخدام الوسائل التعليمية يحتاج إلى مجهد أكبر من التدريب بالطريقة العادية ، وبعد ضعف إعداد المعلمين . في المرحلة الجامعية على استخدام الوسائل التعليمية له علاقة وثيقة بهذا الجانب .
- ضعف إمام معلمي ذوي الإعاقة بقواعد استخدام الوسائل التعليمية ، وبالتالي يقلل من استخدام المعلمين لها ، وهي نتيجة طبيعية لضعف الإعداد ، وعدم توفر الدورات أثناء الخدمة .
- اعتقاد معلمي ذوي الإعاقة عدم جدوى الوسائل التعليمية في تعليمهم .
- اعتقاد معلمي ذوي الإعاقة أن استخدام الوسيلة التعليمية يحول دون الإسراع في إنهاء المنهج الدراسي في وقته المحدد .

ثانياً : المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التعليمية التي تتعلق بذوي الإعاقة:

- سوء استخدام التلاميذ من ذوي الإعاقة للأجهزة عند استخدامهم لها وحدهم .
- وجود مشكلات حسية أو بدنية لدى التلاميذ من ذوي الإعاقة والتي تحد من قدراتهم على استخدام الوسيلة التعليمية .
- عدم رغبة التلاميذ في استخدام الوسائل التعليمية ومن ثم يجب البحث عن الأسباب المؤدية إلى عزوف التلاميذ عن استخدام الوسائل التعليمية .
- ينسى التلاميذ بسرعة ما تعلموه بواسطة الأجهزة التكنولوجية .
- يواجه التلاميذ صعوبة في كيفية استخدام الوسائل التعليمية بسبب قصورهم الإدراكي سواء أكان هذا الإدراك عقلياً أم حسياً .

ثالثاً: المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التعليمية التي تتعلق بالإدارة المدرسية لذوي الإعاقة:

- عدم وجود فني لتشغيل وصيانة الأجهزة التعليمية بالمدرسة أو المعهد .
- عدم توافر أجهزة وأدوات وسيلة تعليمية كافية في المعهد / البرنامج.
- خلو الكتب الدراسية من التوجيهات التي تؤكد ضرورة استخدام الوسائل التعليمية .
- صعوبة نقل بعض الأجهزة التكنولوجية إلى الفصول الدراسية .

أنواع التقنيات المستخدمة :

- التقنيات الإلكترونية " Electronic Tech " ومن أمثلتها الحاسب الآلي وبرامجه المختلفة ، والتأليفيون التعليمي ، والفيديو ، ومسجل الكاسيت ، وجهاز عرض البيانات " Data Show " والآلة الحاسبة وغيرها من الأجهزة الكهربائية والإلكترونية .
 - التقنيات غير الإلكترونية " No Electro Tech " ومن أمثلتها السبورة ، والكتاب ، والصور ، والمجسمات ، واللوحات ، والسبورة الطباشيرية وغيرها من الوسائل غير الكهربائية أو الإلكترونية . وهناك أيضاً من يقسم التقنيات التعليمية لذوي الإعاقة إلى معقدة أو شديدة التعقيد . وتقنيات متوسطة ، وأخرى بسيطة أو سهلة الاستخدام
- صفات الوسيلة التقنية الناجحة :**

ذكر الكثير من الصفات الواجب توفرها في الوسيلة التعليمية بصفة عامة لتكون فعالة وناجحة ، وبالنسبة للتلاميذ ذوي الإعاقة فإن التقنيات المستخدمة في تعليمهم لابد أن يتتوفر لها عدد من الخصائص ، حيث إن الصفات الجيدة لهذه التقنيات توفر لها نسبة عالية من النجاح .

ومنذكر هنا بعض أهم السمات الجيدة للتقنيات التعليمية لذوي الإعاقة :

- أن تكون نابعة من المنهج المدرسي .
- أن تساعد في تحقيق الأهداف العامة والخاصة للدرس .

- أن تكون مناسبة لمستوى التلاميذ .
- أن تحتوي على عنصر التشويق والجذب وتنير الانتباه والدافعية لدى التلاميذ .
- أن تحتوي على عنصر التشويق والجذب وتنير الانتباه والدافعية لدى التلاميذ .
- أن تكون سهلة وبسيطة وواضحة في عرض المعلومة بدون تعقيد .
- أن تتسنم بمروره الاستخدام وقابلية للتعديل والتطوير .
- أن تكون جيدة الصنع غير مكلفة وملائمة للمستوى المعرفي واللغوي والانفعالي والجسمي للتلاميذ .
- أن تكون ملائمة لفئة الإعاقة المراد تعليمها .
- أن تكون في حالة جيدة ، فلا يكون الفيلم مقطعا ، والخريطة ممزقة ، أو التسجيل الصوتي شوشأ أو جهاز الحاسوب بطبيئا جدا .

الفصل الثامن

دمج ذوي الإعاقة

عناصر الفصل :

- أولاً : بدايات نظام الدمج .
- ثانياً : مفهوم الدمج .
- ثالثاً : شروط الدمج .
- رابعاً : عناصر الدمج (متطلبات الدمج) .

- خامساً : إعداد مدارس الدمج الشامل .
- سادساً : أنواع الدمج وأشكاله .
- سابعاً : مشكلات الدمج .

أولاً : بدايات نظام الدمج :

موضوع دمج المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين في التعليم هو موضوع على جانب كبير من الأهمية والخطورة ولا يجب النظر إليه كشعار أجوف أو تشريعات وقوانين وإنما هو موضوع جوهري في التربية الخاصة وينبع من فلسفة مؤداها أننا نطالب المعاقين بالاندماج في جميع مراحل التعليم مع أقرانهم العاديين ثم الانخراط في المهن وأماكن العمل في مجتمع الأسواء ثم تكوين أسرة تشكل النواة في هذا المجتمع فلماذا أذن نقوم بعزلهم ونبذهم عن غيرهم في فترة من حياتهم هم أشد ما يكونوا فيها للحاجة إلى الدفء والحنان والتعاون والاندماج مع غيرهم .^(١)

فمع بدايات النصف الثاني من القرن العشرين ومع تزايد الانتقادات لنظام العزل بدأت التوجيهات في التربية الخاصة تتحول من اتجاه العزل إلى الدمج مع الأطفال العاديين والسعى إلى دمج المعاقين ذهنياً في جسم المجتمع فهي تربية تقوم على الوصل لا الفصل بين العاديين والغير عاديين ... واندماجهم في المجتمع كأعضاء وظيفية وانتمائهم إليه كمواطنين فاعلين .

وقد صدرت قوانين اتحادية إضافية مثل القانون العام ٤٥٧/٩٩ الذي أقر عام ١٩٨٦ والقانون العام ١٠١/٤٧٦ لعام ١٩٩٠ والذي طالب بضرورة تعليم الطالب الغير عاديين في فصول التربية الخاصة وبائيات التكامل الأخرى وقد تمثلت إحدى استجابات المجتمع التربوي لهذه القوانين في اتخاذ إجراءات بديلة لدمج الطالب وقد شجعت جهود الدمج خروج الطالب غير العاديين من برامج الفصول الخاصة حين يبرهنوا على إتقانهم للمهارات الأكademie أو الاجتماعية التي يعتقد أنها ضرورية للأداء بشكل مناسب في بيئة التربية العاديه .^(٢)

وقد أخذ المجتمع العالمي بهذا الاتجاه الذي يسعى إلى الإدماج من خلال شعار " العام الدولي للمعاقين " ١٩٨١ المساواة والمشاركة الكاملة ومن خلال مفهوم مجتمع للجميع " حيث يشير المفهومان إلى مسؤولية المجتمع حيال أفراده المعاقين ذهنياً وتغيير المجتمع ليتلاءم مع متطلبات جميع أفراده وجاء الإعلان العالمي للتربية للجميع تنوياً لإبراز سمات هذه المرحلة وبدأت في السنوات الأخيرة المناداة بضرورة اتخاذ إجراءات اللازمة لحماية المعاقين من التمييز وتمكنهم من الوصول إلى الاستفادة من مختلف الأنشطة والخدمات المتوفرة في المجتمع وبأ هذا الاتجاه في الانتشار في دول العالم الثالث مثل ماليزيا والهند في الوقت الذي تتزايد فيه أعداد من هم بحاجة إلى هذا النوع من التربية .^(٣)

في عام ١٩٩٤ التقى ممثلوا ثمان وثمانين حكومة وطنية وخمس وعشرون منظمة دولية من المهتمين بالتعليم في مؤتمر تحت رعاية منظمة اليونسكو والحكومة الإسبانية لقد تبني المؤتمر بعض مبادئ التعليم الدمجي وهي :^(٤)

- ١- أن لكل طفل الحق في التعليم ويجب إعطاءه الفرصة لتحقيق وإنجاز مستوى مقبول من التعليم .
- ٢- أن لكل طفل خصائص واهتمامات وقدرات واحتياجات تعليمية منفردة
- ٣- أن النظم التعليمية يجب أن تصمم وتتفق البرامج التعليمية لتأخذ في اعتبارها التنوع الكبير لتلك الخصائص والاحتياجات .
- ٤- أن الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين ذهنياً يجب أن تتاح لهم الفرصة للالتاحق بالمدارس النظامية والتي يجب أن تستوعبهم من خلال التعليم المركز على الطفل وال قادر على الوفاء بتلك الاحتياجات .
- ٥- أن المدارس النظامية ذات التوجيه نحو الدمج هي أكثر الوسائل فاعلية حيث تعمل على مناهضة المواقف العنصرية وإيجاد مجتمعات مرحبة بالآخرين وبناء مجتمع سوي وتحقيق مبدأ التعليم للجميع علاوة على ذلك فهي توفر تعليم فعال لغالبية الأطفال وتحسين الكفاءة وأخيراً فعالية التكاليف الخاصة بكل نظام تعليمي .

إن دمج المعاقين في النظام التربوي العادي في المجتمع هو قضية إنسانية في المقام الأول وليس جبرية وتفرض على مجتمع الأسواء لتقبلوا هذه الفئة بموجب القوانين والتشريعات وإنما هي دعوة لجميع طوائف وأفراد وفئات المجتمع لاحتضان هؤلاء المعاقين وبذل الجهد وفعل أقصى ما في وسعهم لتقبلهم داخل صفوفهم والقضاء على الاتجاهات السلبية التي طالما حاصرت واتسعت المعاقين .

وتختلف درجة سهولة الدمج باختلاف طبيعة ونوع الإعاقة فمثلاً المعاقين حركياً يمكن دمجهم بسرعة لأن دمجهم لا يتطلب سوى تأهيل هندي للمدارس من صفوف ودورات مياه وكل الحاجات وكذلك بالنسبة للمعاقين ذهنياً من ذوى الإعاقات البسيطة أو المتوسطة يمكن دمجهم في المدارس العادية عن ذوى الإعاقات الحادة التي تكون مصحوبة بالاضطرابات الحسية والجسمية الكبيرة .

ومع أهمية موضوع الدمج وسعى العديد من بلدان العالم لتحقيقه في أعلى مستوى من مستوياته فإنه من أكثر المواضيع والقضايا إثارة للجدل والنقاش في التربية الخاصة وتنقسم آراء العلماء تنوياً بين الاتجاهين حيث تدعو لمستويات معينة من الدمج مما أدى إلى ظهور أشكال وسميات كالدمج الأكاديمي والاجتماعي والكلى والذي سوف نتعرف عليه عند التعرض لأشكال الدمج .

ويستلزم دمج المعاقين من الدولة إعداد خطة قومية خاصة تشتمل على الأهداف التدريجية وتأخذ في الاعتبار الحاجات والموارد المحلية فتعليم المعاقين ضمن النظام التربوي العادي وليس حلماً بل حقيقة واقعة والبلدان التي مازالت نظمها التعليمية في المرحلة الأولى من التطور أقدر على هذا الأمر من البلدان المتقدمة التي ورثت نظم منعزلة للتربية الخاصة .^(٥)

ثانياً : مفهوم الدمج :

يعنى مجلس الأطفال غير العاديين The Council for Exceptional Child الدمج بأنه مفهوم يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين في الصفة العادي أو في أقل البيئات التربوية تقيداً بحيث يكون الدمج إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم .^(٦)

إن مفهوم الدمج قد تطور من خلال التأثيرات المختلفة للتغيرات التالية :

- ١- تحرك رجال القانون ومناصرتهم لقضايا ذوى الاحتياجات الخاصة .
- ٢- رفع الدعوات في المحاكم ومطالبة ألياء الأمور بحقوق أولادهم في مختلف المجالات .
- ٣- الدراسات والأبحاث التي تمت في هذا المجال وتطور طرق تقييم وتشخيص الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة .
- ٤- نضج العاملين في ميدان التربية الخاصة .

٥- سن التشريعات وإصدار القوانين الخاصة بالمعاقين .

٦- تغير الاتجاهات العامة نحو الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ونحو عملية تعليمهم وإعدادهم للحياة .

ثالثاً : شروط الدمج : ^(٨)

١- **نوع الإعاقة :** حيث أن دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العاديه مرتبط بنوع الإعاقة وحدتها فهو أيسر لذوى الاحتياجات الخاصة حسياً وحركياً منه بالنسبة إلى ذوى الاحتياجات الخاصة ذهنياً كما أن دمج المصابين بإعاقة واحدة أسهل من دمج الإعاقات المضاعفة .

٢- **التربية المبكرة :** إن الدمج المدرسي للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة لابد وأن يسبقه تربية مبكرة من الأسرة لمساعدتهم على أداء بعض الوظائف الأساسية للحياة مثل الكلام والحركة والتنقل ومعرفة خصائص الأشياء بصفة طبيعية .

٣- **إعداد معلمي المدارس العاديه :** ينبغي أن يكون تدريب معلمي الفصول العاديه على دراية بالتعامل التربوي مع ذوى الاحتياجات الخاصة من الركائز الأساسية لبرامج الدمج

٤- **عدد التلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة في الفصل العادي :** يفضل ألا يتجاوز عن تلميذين حتى لا يحول وجودهم به دون السير العادي له لأن الاعتناء بذوى الاحتياجات الخاصة يتطلب تفريغ التدخل .

٥- **حجم الفصل :** يتطلب الاعتناء بذوى الاحتياجات الخاصة داخل الفصل العادي مجهودات خاصة من قبل المعلم وإذا عدد التلاميذ مرتفعاً فإنه يتعدى الاضطلاع بهذا الدور بصفة مرضية وبقدر ما يكون حجم الفصل أصغر تكون مهمة المعلم أيسر .

٦- **حصص للدعم خارج الفصول العاديه :** فلما يتم دمج ذوى الاحتياجات الخاصة في الفصول العاديه بصفة مرضية إذا لم يستفيدوا بحصص للدعم والتدارك خارج هذه الفصول لأن الطفل المعاق يتسم بالبطء والتعثر ويأخذ هذا الدعم اتجاهين متكمالين اتجاه يعتنى بتحسين القدرات الأساسية مثل النطق وتنمية المهارات الحسية واليدوية واتجاه يعتنى بتحسين المستوى التحصيلي المدرسي من حساب وقراءة .

٧- **دور أولياء الأمور :** ويختصر هذا الدور في المستوى الثقافي والاقتصادي للأسرة ومدى وعي أفرادها بمشكلات الإعاقة ومتطلبات الإدماج الاجتماعي لذوى الاحتياجات الخاصة ، ومدى توفير وسائل التعلم المختلفة لهم والتعاون مع المعلمين في تيسير تقديم أبنائهم .

رابعاً : عناصر الدمج (متطلبات الدمج) :

أوضح فاروق صادق (١٩٩٨) ما يجب أن تتضمنه عملية دمج الطفل في الفصل من عناصر أهمها :^(٩)

١- الطفل والوالدين والأسرة :

- الخدمة التي تقدم .
- التوعية بدور الوالدين
- تدريب الوالدين والأسرة .
- المشاركة مع المدرسة .
- التدريب على أعمال الدفاع الاجتماعي .

٢- المدرسة أو المؤسسة :

- الورشة ، المصنع ، الفصل ، المدرسة ، المباني ، المرافق ، المعدات .
- المعلم والأخصائي والمدرس (تنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو الدمج والتدريب التعاوني)

٣- الإدارة المدرسية والوزارات المعنية : (الصحة ، الشئون ، الإعلام ، الأوقاف ، التعاون ، العمل) :

- توفير البرامج المتعددة .
- تدريب الكوادر .
- توفير التكنولوجيا المناسبة .
- فرصة مشاركة الوالدين وعناصر البيئة المحلية .

٤- الجامعات والمعاهد :

- إعداد الكوادر اللازمة والتدريب المستمر لأشياء الخدمة .
- تقديم الاستثمارات الفنية والميدانية .
- وضع قاعدة البيانات ونماذج ومعايير الأداء .

٥- القيادة السياسية والتشريعية :

- قوانين حقوق الفئات الخاصة .
- توجيه الخدمة المجتمعية .
- إجراءات القبول والقيد ومنح الشهادات .

٦- الجمعيات والهيئات غير الحكومية :

- توصيل الخدمات للفئات المحرومة وفي الظروف الصعبة .
- مساعدة وتدعم التكامل مع الجهود الحكومية .

٧- الأخصائيين الاجتماعيين :

هذا ويتلخص دور المعلم في نظام الدمج فيما يلى :

- ١- وضع برنامج تعليمي (تربوي) Educational Program فعال لكي يواجه الاحتياجات الشخصية لكل طفل في حجرة الدراسة ويتضمن الاحتياجات الخاصة للأطفال المعاقين .
- ٢- العمل المشترك مع الأبوين يقوى وينمى جميع ما تعلمه الطفل في فصل الدراسة .
- ٣- معرفة ما هي الخدمات الخاصة التي يحتاجها الطفل المعاق وكيف يمكن مواجهة الاحتياجات بواسطة المتخصصين .
- ٤- التشاور المستمر مع الأخصائي الاجتماعي والنفسى لتشخيص حالة الطفل وذلك عند بوجود مشكلة غير واضحة لدى الطفل .

خامساً : إعداد مدارس الدمج الشامل Inclusive Schools

عند اختيار مدرسة يتم فيها إجراء الدمج للمعاقين مع العاديين يشترط الآتى :

- اختيار المدرسة في مكان معروف بالنسبة للبلد الكائنة فيها .
- توفير المواصلات وسهولة الوصول إليها .
- أن تكون قريبة من مدارس التربية الخاصة لتبادل العمل معها .
- توفير كافة الإمكانيات الالزامية للمعاق كل حسب إعاقته .
- مرونة المناهج الدراسية بما يتلاءم مع نوع الإعاقة .
- أن يتحقق فيها الدمج الشامل (من خلال الفصل الواحد العام والفصل الخاص والأنشطة المتنوعة) .
- أن يتحقق فيها التفاعل الكامل بين الطفل المعاق والطفل العادي وكذلك بينه وبين المعلمين والإداريين بالمدرسة .
- بناء مدرسي ملائم يساعد على تحقيق الدمج بحسب نوع الإعاقة .
- تقبل وتعاون من المدير والمعلمين والهيئة الإدارية لمشروع الدمج وللطفل المعاق .
- أن يسمح بناء المدرسة ونظامها للتحرك بحرية داخلها .
- توفير معلمين ذوى خبرة فى مجال الفئات الخاصة .
- إمام المعلم بطرق وأساليب تعليم المعاقين وأساليب تعديل السلوك .
- توفير أساس خشبي حسن المظهر ، ومناسب للطلبة المعاقين والعاديين .
- توفير منهج المهارات الاجتماعية .
- تعديل المنهج عند الضرورة .
- توفير أدوات وخبرات فنية متنوعة .
- تطبيق أساليب تعليمية ملائمة وحديثة وتكنولوجية .

سادساً : أنواع الدمج وأشكاله :

قسم سودر Soder (١٩٨٠) عملية الدمج إلى أربعة محاور أساسية هي :

- ١- الدمج المكاني .
- ٢- الدمج الوظيفي .
- ٣- الدمج الاجتماعي .
- ٤- الدمج المجتمعي وقد سبق الحديث عنها .

بينما قسم جرينولد Grunewald (١٩٩٢) الدمج إلى محاور ثلاث هي :

- ١- الدمج البدني : حيث يعيش الأفراد في وحدات صغيرة تضم المعاق والعادي .
- ٢- الدمج الوظيفي : حيث الخدمات المشتركة بين المعاق والعادي مثل عمل كلاهما في مؤسسة واحدة .
- ٣- الدمج الاجتماعي : حيث التفاعل بين المعاق والعاديين ، ومشاركة المعاق مع العادي في أنشطة غير أكademie مثل الاشتراك في الرحلات أو الأنشطة الفنية ، أو اللعب وغيرها .

هذا وتتنوع أنظمة الدمج للمعاقين على النحو التالي :

أولاً : الدمج التربوي أو الأكاديمي :

ويشمل أربعة أنواع على النحو التالي :

١- الفصول الخاصة : Special Classes

حيث يلحق الطفل بفصل خاص بالمعاقين ملحق بالمدرسة العادية في بدء الأمر مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين بالمدرسة ، وذلك بسبب حاجاتهم إلى برامج مكثفة لا تتوفر في غرف المصادر ، والهدف من هذه الفصول هو الدمج الاجتماعي أساساً ، ويشرف على الصدف الخاص معلم تربية طبقاً لنوع الإعاقة ، وغالباً ما يعمل معه مساعد معلم ، وقد يكون الدوام في الفصل الخاص كاملاً ، بمعنى أن يحصل الطالب على تعليمه ككل في هذا الفصل ، وقد يدوام الطالب جزئياً في هذا الفصل (عادة لأكثر من نصف اليوم الدراسي) ، ويكون في الفصل العادي في الوقت المتبقى ، ويستخدم هذا النظام مرحلياً بهدف تنفيذ الدمج بمعنى أنه يشكل مرحلة انتقالية من بيئه أكثر تقييداً إلى بيئه أقل تقييداً ، ويختلف الفصل الخاص الجزئي عن غرفة المصادر من حيث الوقت الذي يقضيه الطالب في التعليم الخاص فهو عموماً أطول في الفصل الخاص ، ويبلغ عدد الأطفال الملتحقين في الصف العادي حوالي (٥١) طفلاً لديهم فئة الإعاقة نفسها .

٢- غرفة المصادر : Resource Room

حيث يوضع الطالب المعاق في الفصل الدراسي العادي بحيث يتلقى مساعدة خاصة بصورة فردية في حجرة خاصة ملحقة بالمدرسة حسب جدول يومي ثابت ويعمل بها معلم من معلمي التربية الخاصة المدربين لهذا العمل ، وغرفة المصادر غرفة خاصة في مدرسة عادية يذهب إليها الأطفال المعاقون لبعض الوقت لتلقي التعليم الأكاديمي الإضافي والخاص على يدي اختصاصي تربية خاصة ، وبكثر استخدام هذا النموذج مع ذوى الإعاقات السمعية البسيطة ، وتم إحالة الأطفال إلى غرفة المصادر بناء على تقييم شمولي للصعوبات التي يواجهونها وإضافة إلى التعليم الأكاديمي الخاص ، يقوم المعلم بتدريب الأطفال على مهارات التواصل والمهارات الاستقلالية ، ويعلم على تكيف الأدوات والوسائل التعليمية ليتم استخدامها في الصف العادي ، وبهتم معلم غرفة المصادر بتنظيم بيئه تعليمية فردية ، حيث يقدم البرامج التصحيحية والمساندة لكل فرد بناء على الأهداف المحددة في برنامج التربوي الفردي ، ولكنه يعمل على تدريب التلاميذ المعاقين (إعاقة خاصة كإعاقة السمعية) ضمن مجموعات صغيرة تبلغ ٢٥ طالباً يقضون ٢٥% من الوقت أي بواقع حصتين تقريباً ، ويفترض أن يكون التحاق الطالب المعاق بغرفة المصادر قصير الأمد حيث يتوقع عودته للصف العادي كاملاً عندما يلاحظ أنه أحرز تقدماً ملحوظاً .

وانطلاقاً من الجهود العربية في مجال الاهتمام بفكرة الدمج فقد قدما عبد الحمدان وعبدالعزيز السرطاوي (١٩٩٥) بالملكة العربية السعودية تصور مقترن لغرفة المصادر التي تقدم خدمات التربية الخاصة للتلاميذ الذين يعانون من صعوبات تعلم أو مشكلات سلوكية بسيطة أو متوسطة ، وأمكنهما تلخيص أهم المستلزمات المكانية والبشرية التي يجب توافرها في تبني هذا النموذج بما يلى :

١ - المستلزمات المكانية :

أن تقع غرفة المصادر في مكان متوسط في المدرسة العادية يسهل وصول التلاميذ المعاقين إليها ، وأن تتوفر فيها مقاعد دراسية يمكن تحريكها بطريقة تتناسب مع أغراض التدريب وتوفير وسائل معينة كمسجل ، وجهاز العرض فوق الرأس ، والفيديو ، والتلفزيون ، وجهاز عرض الشرائط الفيلمية .

٢ - المستلزمات البشرية :

تقديم غرفة المصادر خدماتها بواسطة معلم متخصص أعد إعداداً شاملاً فلا خلل ببرنامج يركز على خصائص واحتياجات الفئات الخاصة التي تعاني من صعوبات تعليمية وسلوكية محددة ، ومعرفة بأساليب تقديم الخدمات لهم ، على أن تكون مهمة معلم حجرة المصادر هي

(أ) القيام بمهام التسخيص والتقييم والتدريب للتلاميذ المحولين من صفوهم العادي إلى غرفة المصادر لفترات زمنية متفاوتة ومحددة لتلقي مثل تلك الخدمات .

(ب) تقديم المشورة لمعلم الصف العادي حول كيفية التعامل مع الحالات التي يلزم لتدريسيها أو تدريبها .

(ج) التعاون والتنسيق مع الأسرة ، من خلال المتابعة والتأكد من تنفيذ الأسرة للبرامج المقترحة لكل حالة إعاقة وتوفير المعلومات لتلك الأسرة حول ما يتوافر في البيئة المحلية من خدمات .

ثانياً: الدمج المجتمعي (في المجتمع) :

هناك ما يعرف بخدمات التأهيل اللامركزي وتأهيل المجتمعات المحلية ، وهي طريقة عملية لتقديم الخدمات الكافية والفعالة ، وتقوم على توفير وتقديم الخدمات الاندماجية التأهيلية للمعاقين في مجتمعاتهم وبينهم المحلية ، مستخدمين ومستفيدين من جميع المواد والموارد المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي ، وتؤكد على مشاركة وشمول المعاقين أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم في عملية التأهيل .

وتقوم فكرة هذا الاتجاه على أساس أن اندماج المعاقين في المجتمع له الأولوية على إنشاء بيئات خاصة بهم ، وإن على المجتمع أن يتكيف طبقاً لاحتياطهم وأن تتلاشى الخدمات الخاصة بهم

إن الهدف الرئيسي والأساسى هو إدماج المعاقين في المجتمع بالاستفادة من جميع المواد والموارد البشرية والمادية ، كما أنه يسعى إلى إشراك المعاقين وأسرهم ومجتمعاتهم في عملية التأهيل ، وبالتالي يهدف إلى عدم فصلهم أو عزلهم .

وقد أوضح محمد الوالىز(عام ٢٠٠٠) أن هناك اتجاهان للتأهيل المجتمعي المحلي الذي يهدف إلى دمج المعاقين :

الأول : يقول بأن التأهيل المجتمعي المحلي هو الجهد الذي يبذل لجعل أعضاء الأسرة أو المجتمع قادرين على القيام بأداء المهام التأهيلية للمعاق في بيئته ومجتمعه ، وهذا الاتجاه بعيداً عن الخدمات المؤسسية كلياً .

الثاني : يعتبر التأهيل المجتمعي المحلي هو وصول أو امتداد خدمات تأهيلية متخصصة لأكبر عدد ممكن من المعاقين وخصوصاً في الريف ، ولتمويل حالات بحاجة إلى خدمات متقدمة ، كالخدمات المتوفرة في مراكز التأهيل ، وهذا الاتجاه يستخدم المؤسسات كمراكز تحويل وقاعدة لتقديم الدعم الفني .

إن أغلبية برامج التأهيل المجتمعي المحلي والتي تهدف إلى الدمج في المجتمع التي قامت بها الحكومات المختلفة والقطاع الخاص ، والتي تقدمها الأمم المتحدة في السنوات الأخيرة ، تأثرت بجانب التأهيل الطبي كبرامج الاكتشاف المبكر للإعاقة ، والتشخيص ، والوقاية والرعاية الطبية ، والتمارين العلاجية ، وتركيز الأجهزة ، والأدوات التأهيلية المساعدة ، وللوالدين والأسرة دور مهم في هذه العملية التأهيلية ، إذ يتم تدريبهم على القيام ببعض الأعمال التأهيلية نحو أطفالهم المعاقين .

وهناك مبادئ أساسية لأسلوب الدمج اللازم لتأهيل المعاق في المجتمع أهمها :

- ١- برامج التأهيل المجتمعي يجب أن تسير وتنظم وتدمج مع البرامج والمشاريع السياسية والاجتماعية والاقتصادية للدولة ، ومشاريعها التنموية في جميع المجالات الصحية ، والاجتماعية ، والتربية ، والزراعية ، والصناعية ، والتجارية ، والإنتاجية ، والتشغيلية ... إلخ .
- ٢- يجب أن يبدأ برنامج الدمج التأهيلي المجتمعي في منطقة واحدة أو عدد من المناطق المختارة وليس كبرنامج عام شامل لجميع البلد .
- ٣- دراسة المحتوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي الذي سيتم فيه برنامج الدمج التأهيلي المجتمعي ، للتأكد من أنه سيتم تأهيل المعاق في محيط اجتماعي وثقافي واقتصادي مأمون
- ٤- يجب أن يكون أي برنامج تأهيلي مجتمعي تجريبياً يبقى تحت المراقبة والمراجعة ، وأن نتعلم من الدروس التي تفرزها التجربة لتطويره وتحسينه وزيادة فاعليته .
- ٥- يجب أن يستخدم برنامج الدمج التأهيلي المجتمعي موارد المجتمع المحلي القائمة أفضل استخدام ممكن .
- ٦- لإنجاح أي برنامج تأهيل مجتمعي ، يجب أن يكون هناك ضمان واستعداد ورغبة من المسؤولين والمجتمعات ، والأفراد لتنفيذ وتطبيق المشاركة في مثل هذه البرامج وأن يتم تدريب الأشخاص للقيام بذلك (محمد الواليز) .

ثالثاً : الدمج عن طريق العمل :

ويهدف ذلك إلى ضرورة إلحاق المعاقين بأعمال في مؤسسات تجمعهم مع العاديين ، بشرط أن يتلقوا دور تأهيل خاصة بهم في البداية ، مع مساعدة أصحاب العمل لهم في الفترات الأولى من التحاقهم بالعمل ومحاولة تذليل أي صعوبات تواجههم ، مع تحسب المبالغة في الاهتمام ومعاملتهم بالقدر الضروري فقط الذي قد يحتاجون إليه ، أن يبالغوا في الاهتمام أو العناية بهم ، وباءداه استعداداتهم لتقديمهم على أساس جدارتهم ، دون إظهار أي تشكيك في

قدراتهم أو تخوف من عاهم ، ويمكن أن تبرز أيضاً مسألة تزويد الشخص المعاق بأدوات قد أفرت قبل أن يبدأ .

وقد كان لنشاط منظمة العمل الدولية في مجال وضع المعايير أثر على إعداد تشريعات العمل في كثير من بلدان العالم ، حيث أسدت المنظمة مشورتها المبنية على الخبرة للبلدان الكثيرة التي طلبتها ، وذلك إما بصورة مباشرة أو من خلال إرسال خبراء التعاون التقني إلى هذه البلدان ، لمساعدتها على وضع أو تحسن تشريعات العمل فيما يتعلق بمواضيع منها علاقة العمل الفردية (بما فيها سلامة العمل ، وظروف العمل والمعيشة ، والسلامة وحق التنظيم ، وعلاقات العمل ، ومحاكم العمل ، وإدارة العمل ... وغيرها) .

وعند إصدار هذه المشورة ، تضع منظمة العمل الدولية في اعتبارها معايير العمل الدولية ذات الصلة ، وخاصة الاتفاques التي صدقها البلد المعنى ، وكذلك المشورة لكثير من البلدان في جميع أنحاء العالم .

رابعاً : الدمج من خلال الأنشطة المتنوعة :

تعتبر الأنشطة المدرسية من الركائز الهامة التي تعتمد عليها المدرسة في تربية ابنائها عن طريق تنمية الشعور بالمسؤولية الاجتماعية في تربية ابنائها عن طريق تنمية الشعور بالمسؤولية الاجتماعية لديهم من خلال مشاركتهم وممارستهم للعديد من الأدوار الحياتية داخل المدرسة ، كما أنها من هم الوسائل لبناء الجوانب النفسية والاجتماعية والمعرفية والحركية لدى الطالب .

ويبدو دور الأنشطة المدرسية هام وضروري سواء للعاديين أو للأطفال المعاقين ، حيث أنها وسيلة للتغلب على العديد من المشكلات الجسمية والحركية الناتجة عن الإعاقات التي يعانون منها ، وتعتبر أنها إذا قامت بصورة متكاملة متناسقة ، يمكنها أن تردى إلى إكساب المعاق السلوك الاجتماعي المطلوب ، كما تعمل على التخلص من العديد من السلوكيات الخاطئة ، حيث أثبتت الدراسات أن التدخل بالأنشطة المختلفة الحركية والفنية والألعاب والنمذجة ولعب الدور يؤدى إلى إحداث تغيرات إيجابية في شخصية المعاق ، وبالتالي تساهم في زيادة النضج الاجتماعي والتغلب على المشكلات المصاحبة للإعاقة ، وفي هذا تؤكد سميرة نجدى (1998) ضرورة توافر برامج متكاملة لأنشطة تتضمن أطفالاً معاقين وأطفال عاديين ، حيث تسهم هذه البرامج في تغيير الأفكار الاجتماعية ، وفي نفس الوقت تستخدم المصادر التربوية بطريقة أكثر فاعلية ، وتساعد الأطفال المعاقين على أن يتعلموا في نفس البيئات العادية ، وتفći حاجة الطفل للتفاعل مع بيئه متقدمة نامية فيها تحد أكبر له .

كما أثبت (Kenneth et al 1990) تأثير الأنشطة الرياضية وخاصة الأنشطة التخيلية الإيجابية على تنمية التذكر والنجاح في الإنجاز الأكاديمي والرياضي للمعاقين والعاديين معاً ،

وأضاف (Rigow 1991) أن التعليم من خلال أنشطة اللعب المختلفة والمتقدمة في برامج رياض الأطفال للدمج بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين يؤدي إلى تنشيط الدمج باستخدام اللعب الجماعي من خلال ما يتيحه اللعب الجماعي من تفاعل ومشاركة في اللعب مع إمكانية التطوير في الأفكار وتنميتها ، واستخدام أساليب التعزيز والتدريم كالelog والثناء .

وقد استعانت إيمان كاشف بأنواع من الأنشطة المدرسية وفق تقسيم قرار وزير التعليم رقم ٢٠٣ لسنة ١٩٩٠ والتي تنقسم إلى ثلاثة أنواع :

- أ- **أنشطة ثقافية** : مثل أنشطة المكتبة والصحافة والمسابقات الثقافية .
- ب- **أنشطة رياضية** : مثل أنشطة الفرق الرياضية المختلفة (الكرة بأنواعها - ألعاب القوى) .
- ج- **أنشطة فنية** : مثل الرسم والأشغال والموسيقى والتمثيل .
- د- **أنشطة علمية** : مثل أنشطة جمادات العلوم - الزراعة - البيئة ، وأطلقت عليها الباحثة الأنشطة المدرسية التي تمثلت في مجموعة من الأنشطة الحركية والفنية والرياضية الممثلة ، والتي يقوم مجموعة من الأطفال المعاقين والأطفال العاديين بمارسنها في نفس الوقت ، وتحت إشراف وتوجيه المعلمين حسب شروط معينة ، وتهدف إلى إطلاق قدرات الأطفال وانسجامهم .

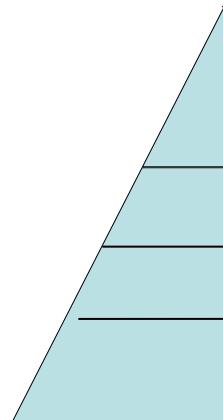
وطبقت الباحثة هذه المجموعة من الأنشطة على عينة مكونة من (١٠-٨) أطفال معاقين عقلياً (١١) ، عشرة أطفال معاقين سمعياً (١٠-٨) وعشرة أطفال عاديين (٩-٨) وعشرة أطفال عاديين (١٠-٩) .

وأثبتت النتائج نجاح تجربة الدمج وأن نجاحها يتوقف على كل من :

- أ- المعلمون والإدارة في المدرسة ومدى اقتناعهم بفائدة الدمج للأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين خاصة معلمي وإدارة المدرسة للأطفال العاديين الذين يرفضون ذلك بشدة .
- ب- الأطفال العاديين يجب تهيئتهم نفسياً ومعرفياً لقبول التجربة .
- ج- الطفل المعاق وقدراته ، حيث يؤثر الشكل الخارجي للجسم والقدرة اللغوية ودرجة الذكاء على تقبل الطفل العادي للطفل المعاق ، عند تطبيق نظام الدمج ، كما نادت بأن فكرة الدمج تتطلب إحداث تغيير شامل في نظام الدراسة والمناهج وطرائق التعلم المستخدمة في الصفوف وأنظمة التقويم ، وأن فكرة الدمج تحتاج إلى الدعم التشريعي والتعليمي والتربوي ، وتطوير بيئة تربوية جديدة تقوم على أن الحياة في بيئة اجتماعية متكاملة حق لكل مواطن مهما اختلفت ظروفه وحاجاته ومتطلباته عن الآخرين .

وهناك تصنيف آخر لأنواع الدمج أشار إليه محمد البواليز (٢٠٠٠م) وضعه في شكل هرمي أطلق عليه :

" هرم البدائل التربوية للأطفال ذوى الحاجات التربوية الخاصة "



سابعاً : مشكلات الدمج :

لقد أظهرت بعض المشكلات التي سببها دمج هؤلاء المعاقين في الفصول العادية من قبل إلى المناداة بوضعهم في مدارس خاصة بهم ، مما يشير إلى أن إدماج المعاقين ما زال محفوفاً بكثير من المشكلات وتحتاج إلى العديد من المتطلبات :

- يتحتم على المدارس ضرورة التعرف على الحاجات التعليمية بصورة عامة والمعاقين منهم بصفة خاصة ، حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتهم .

- ٢- كانت لنتيجة تعرض المعاقين من خلال تجربة الدمج (خاصة المكفوفين) حدوث بعض المشكلات ، أن أصبح الدمج جزئي تمثل في مجرد وجود فصول خاصة ملحقة بالمدارس على أن ترتب المواعيد بينهم وبين العاديين بما لا يسمح بالاختلاط نهائياً .
- ٣- قلة عدد المدرسين المتخصصين ذوى الخبرة الكافية والمناسبة .
- ٤- نقص الحافز المادي المناسب لجهد المعلم .
- ٥- حدوث بعض المشكلات بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين مما يعرض المعاقين للاعتداء من قبل الأطفال العاديين سواء باللفظ أو الإشارة أو الضرب .
- ٦- تغير اتجاهات القائمين على تربية الأطفال نحو الغرض من المدرسة وكيفية تحقيقها لأهدافها ، ويطلب ذلك إعداد المعلمين بصورة تجعلهم قادرين على فهم المتغيرات المختلفة للمعاقين ، وال حاجات الأساسية بكل فئة أو معرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرق التدريس والمناهج الدراسية ، فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الاتجاه السلبي للمعلمين تجاه فكرة الدمج وتجاه تقبلهم للمعاق وضرورة أن يعرف المعلم أساليب توجيه وإرشاد التلاميذ العاديين ، بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين ، كما يساعد على توفير القدوة الحسنة التي يمكن أن يحتذى بها المعوقون ، ومعرفة المعلم لكيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أمور المعاقين ، وزملائهم المعلمين العاملين في مجال التربية الخاصة ، والتقبل الاجتماعي ، والتقبل الإيجابي غير المشروط لجميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقتهم ، وأخيراً أن يتيح المعلم فرص البرامج والأنشطة المناسبة لتفاعل التلاميذ المعاقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض .
- ٧- تغيير اتجاه التلاميذ العاديين على تقبل أقرانهم المعاقين ، ومعرفة كيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أمور المعاقين .
- ٨- رفض بعض مديري المدارس فكرة الدمج وإصرارهم على الفصل التام بين المدرسة العادية وفصول المعاقين ، وطابور الصباح والفسحة ، والأنشطة .
- ٩- تمثل هذه المشكلة في كيفية إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح فرص التعليم وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية ، والحياة العامة ، ويطلب تحقيق هذا الهدف العديد من الإجراءات رغم اختلافها من بلد لآخر .

المراجع

- ١- أسماء على مصيلحي : مدى كفاية تجهيزات أبنية للمعاقين في تحقيق أهداف التربية الخاصة في مصر ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة جنوب الوادي ، كلية التربية بسوهاج ، قسم أصول التربية ، ٢٠٠٣ ، ص ١٠٦ .
- ٢- زيدان أحمد السرطاوي وآخرون : الدمج الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي ، ٢٠٠٦ ، ص ١٦ .
- ٣- محمد عبدالغفور : دراسة استطلاعية لاتجاهات وآراء المدرسين والإداريين فى التعليم العام نحو إدماج الأطفال غير العاديين فى المدارس الابتدائية العادية ، مجلة مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، العدد ١٥ / ١٩٩٩ / ص ١٦٣ .
- ٤- Gatheri Meclark: **New Directions in Special Needs, Innovations in Nainstream Schools**, London, Cassel Wellington House, 1997, p. 89.
- ٥- زينب محمود شقير : خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، المجلد الثالث ، الطبعة الثانية ، ٢٠٠٥ ، ص ١١ .
- ٦- فاروق الروسان : قضايا ومشكلات التربية الخاصة ، عمان ، دار الفكر للطباعة ، ١٩٩٧ ، ص ٢٩ .
- ٧- إبراهيم أحمد القربيطي : التخطيط لدمج ذوى الاحتياجات الخاصة ، مقارنة نظرية ، ورقة عمل متقدمة إلى مؤتمر (معاً على طريق الدمج لذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي) ، المؤتمر القومي الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين ، القاهرة ، ٢١-٢٤ أكتوبر ، ٢٠٠٢ ، ص ١٠ .
- ٨- موزة محمد الخيال : الدمج التربوي للمعاقين في مدارس دولة الإمارات العربية المتحدة

، المسابقة العامة ، الدورة الثالثة عشر ندوة الثقافة والعلوم ، دبي ، ٢٠٠٧ ، ص ص . ٥٢-٥٠

-٩ زينب محمود شقير ، مرجع سبق ذكره .

الفصل التاسع

الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية

في مجال رعاية ذوي الإعاقة

إعداد

ا.د/ منال حمدي الطيب

عناصر الفصل:

أولاً: مفهوم الممارسة العامة

ثانياً: أهداف الممارسة العامة

ثالثاً: خصائص الممارسة العامة

رابعاً: موجهات الممارسة العامة وتطبيقاتها في مجال الفنون الخاصة

خامساً: مسؤوليات الأخوائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة للخدمة
الاجتماعية

سادساً: أدوار الأخوائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة

سابعاً: نظريات الممارسة العامة

ثامناً: مهارات الممارسة العامة

أولاً: مفهوم الممارسة العامة:

تعددت الكتابات التي تناولت مفهوم الممارسة العامة ومنها أنها "أحد اتجاهات الممارسة المهنية التي يركز فيه الأخوائي الاجتماعي على استخدام الأساليب والطرق الفنية لحل المشكلة بالتركيز على جميع الأنساق سواء كان نسق التعامل فرد أو أسرة أو جماعة أو مجتمع وتمثل منظوراً تفاعلياً للممارسة يبتعد عن النمط التقليدي لتفضيل المؤسسة تطبيق طريقة محددة للخدمة الاجتماعية".

وهي "أسلوب موحد للممارسة يشمل جميع أنساق العملاء أفراد، زوجان، أسرة، جماعة صغيرة، مجتمع منظمة أو مؤسسة، شبكات اجتماعية، مجتمع حيرة، مجتمع محلي، مجتمع وطني، مجتمع إقليمي، مجتمع عالمي محدود، مجتمع عالمي شامل، تشمل الممارسة العامة على قدرة الأخوائي الاجتماعي على التدخل المهني على المستويات متعددة وأداء أدوار للممارسة مختلف ومتعددة".

ويمكن تعريف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية على أنها:

منظور للممارسة يركز فيه الأخوائي الاجتماعي على مواجهة المشكلات الاجتماعية لأنفاق التعامل (فرد، زوجان، أسرة، جماعة، مجتمع) مستخدماً كل الطرق والأساليب الفنية لإحداث التغيير المنشود دون تفصيل طريقة بعينها.

ثانياً: أهداف الممارسة العامة:

تسعي الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تعاملها مع ذوي الاعاقة إلى تحقيق أهداف وقائية وعلاجية وتنموية للمساعدة في إعادة تكيفهم مع بيئتهم الاجتماعية وتحقيق الأداء الاجتماعي المناسب لهم ولأسرهم ومن هذه الأهداف:

١- العمل على مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة بالاستفادة من الامكانيات والموارد المتوفرة بالمجتمع عن طريق تعريف الممارس العام لهم بالمؤسسات وكيفية الاستفادة من الخدمات المقدمة لهم والتنسيق اللازم بين مختلف الأنساق والمؤسسات المعنية بتقديم خدماتهم لهم.

٢- مراعاة الفروق الفردية في التعامل مع هذه الفئات الخاصة وتوفير المناخ النفسي والاجتماعي الملائم لهم.

٣- تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية في الحصول على الخدمات والاستفادة من الفرص المتاحة.

٤- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع نحو المعايير وتغيير نظرتهم إليهم باعتبار شخص له الحق في الاستفادة من كافة الحقوق المدنية والسياسية وممارسة واجباته بما يساعد في تحسين الاعتراف المجتمعي ويساعد في تنمية روح الانتماء لدى المعايير.

٥- المساعدة في تهيئة الجو الأسري الملائم لهم وتعريفهم بسبل الرعاية السليمة للأبناء بما يسهم في إشباع احتياجاتهم والتخفيف من حدة مشكلاتهم.

٦- التفكير العلمي في مشكلاتهم بمعنى مجابهة المشكلة على مستويات متعددة بدءاً من الوقاية ثم التدخل المباشر لعلاج مشكلة العميل إلى تنمية قدرات و Capacities الأفراد.

٧- إجراء الدراسات العلمية والبحوث التي تنصب على الإعاقة وأسبابها واحتياجات ومشكلات ذوى الاحتياجات الخاصة.

٨- العمل على توفير فرص العمل الملائمة لهذه الفئات بما يتلاءم مع إمكانياتهم وقدراتهم العقلية والجسمية ويشعرهم بأهميتهم ويعمق الولاء والانتماء لمجتمعهم.

٩- توفير الوسائل العلاجية المناسبة لهم وتأهيلهم لإعادة تكيفهم مع حياتهم الاجتماعية.

١٠- الاستفادة من التشريعات الاجتماعية التي تكفل مجموعة من الحقوق المدنية والاجتماعية والعمل على تفعيلها وتطويرها من خلال مشاركة ذوى الاحتياجات الخاصة فى صنع القرار بما يحقق النفع لهم ولأسرهم.

ثالثاً: خصائص الممارسة العامة:

١- تعتمد الممارسة العامة على الأسس النظرية المستمدة من العلوم الإنسانية بجانب الأساس القيمي والمهاري للممارسة.

٢- الممارسة العامة تمثل إطاراً نظرياً يمكن الممارس المهني من انتقاء الأساليب المناسبة لإحداث التغيير المنشود لدى كافة انساق التعامل.

٣- يركز منظور الممارسة العامة على جوانب القوة في نسق العميل تضامنه مع الممارس العام في حل مشكلاته.

٤- الممارسة العامة منظور عام لتفسيير المواقف والمشكلات وتستخدم مع مختلف المؤسسات والأنساق معتمداً على خطوات التدخل المهني.

٥- تعمل الممارسة العامة على معاونة المنظمات والمؤسسات على تحقيق أهدافها ومساعدة أنساق التعامل سواء أكانوا أفراد أو أسرة أو جماعة أو مجتمع على أداء أدوارهم الاجتماعية.

٦- تقوم الممارسة العامة على عناصر أساسية وهي:

(أ) مؤسسات الممارسة المهنية وارتباطها ب مجالات الممارسة (طبي، رعاية أسرة وطفولة، دفاع، مدرسي، معوقين ... إلخ).

(ب) المشكلات الاجتماعية لأنساق العملاء.

(ج) أنساق التعامل (فرد، أسرة، جماعة، مجتمع).

(د) الممارس العام المتخصص المعد إعداداً علمياً عملياً يمكنه من القيام بدوره بنجاح.

٧- بورة اهتمام الممارسة العامة تنصب أساساً على العدالة الاجتماعية التي من خلالها يتعاون الإخصائي الاجتماعي مع نسق العميل لإيجاد وتوزيع الموارد بأسلوب متوازن بما يشبع الحاجات ذات العلاقة المتبادلة بين الأفراد والمجتمعات المحلية والبيئة الطبيعية .

٨- تسعى الممارسة العامة إلى إحداث التغيير الاجتماعي المرغوب فيه ومواجهة المشاكل التي ت تعرض أنساق التعامل سواء كان النسق فرداً أو جماعة أو منظمة أو مجتمعاً محلياً أو قومياً.

٩- تستخدم الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مدخل متعدد المناهج يقوم باختياره بشكل تقاضي ويستخدم مستويات ممارسة مع أنساق عديدة بما يلائم الحاجات الفريدة لكل نسق مع العملاء.

١٠- يركز منظور الممارسة العامة على استخدام موارد المجتمع المحلي وكذلك موارد أنساق العميل في عملية حل المشكلة.

١١- تهتم الممارسة العامة بتحقيق التوافق بين كافة أنساق التعامل وبين بيئاتهم الاجتماعية بما يسهم في إحداث التغيير المنشود وحل المشكلات.

١٢- تقوم الممارسة العامة على الأسس المستمدّة من النظرية العامة للأنساق ونظرية الأنساق البيئية كأساس لتقدير المشكلات التي تواجه العملاء.

١٣- أساس انتقائي للممارسة يستخدم المهارات والمعرفة المأخوذة بشكل تقاضي من كل أشكال صيغ الممارسة لتلائم الحاجات الفريدة لكل عميل في بيئته خاصة به.

٤- منظور الممارسة العامة يمكن الممارس من تحديد خطوات التدخل المهني وفقاً لطبيعة

المشكلة وتتضمن:

أ) تحديد المشكلة.

ب) تحديد أهداف التدخل.

ج) صياغة التعاقد.

د) انتقاء الأساليب الملائمة لحل المشكلة.

هـ) عملية التقييم وإنهاء التدخل المهني.

٥- تمثل الممارسة العامة نموذجاً شاملًا يهتم بالتعامل مع كافة الأسواق كما أنه لا يعتمد على طريقة بعينها أو مجالاً بعينة من مجالات الممارسة.

٦- تسعى الممارسة العامة إلى مساعدة الفئات المستضعفة أو المحرمة اجتماعياً واقتصادياً فتتهم بالمدافعة عن حقوقهم وإشباع احتياجاتهم وتمكنهم من الاستفادة من الخدمات والموارد المتاحة لهم.

٧- أن تقدير وتحديد حجم المشكلة في الممارسة العامة يتجاوز حدود طريقة بعينها من طرق الخدمة الاجتماعية.

٨- أن الممارسة العامة تبني على نموذج تضامني يركز على التبادلية مع نسق العميل وفريق العمل والمهنيين الآخرين، كما أنه يؤكد على جوانب القوة في نسق العميل وأساليب ذلك النسق في العمل من خلال عملية حل المشكلة مع التأكيد على قيمة أسواق العملاء وكرامتهم وقدراتهم لحل مشكلاتهم مع جعل نسق العميل يعتمد على نفسه ولا يركز على العمل معه لفترة طويلة، ويتضامن مع الممارس العام في حل مشكلاته بل أنه يؤكد على ربط الكل (نسق العميل - نسق محدث التغيير - نسق الهدف - نسق العمل أو الفعل) في العمل معاً لحل المشكلة.

رابعاً: موجهات الممارسة العامة وتطبيقاتها في مجال ذوى الإعاقة :

أن موجهات الممارسة العامة إلى ترشد الممارس العام يمكن صياغتها من الفهم الواسع للمهنة ووضعها المتتطور في المجتمع الحاضر كما يلي:

١- منح القوة للعلماء بشكل فردي أو بشكل جماعي لكي يتمكنوا من حل مشكلاتهم الشخصية والاستفادة من قدراتهم بفاعلية أكثر الخدمة الاجتماعية تستخدم المشاركة تدور حول منح القوة والتي تتضمن أن كل الأنساق المستفيدة من خدمات مهنة الخدمة الاجتماعية لديهم القوة الكامنة لإيجاد حلول لمشكلاتهم ومنح القوة هي عملية إطلاق القوى الكامنة لدى الأنساق الاجتماعية واكتشاف وإيجاد الموارد والفرص لتعزيز الأداء الاجتماعي السليم أثناء محاولة أنساق العميل لإيجاد حلول لمشكلاتهم ومحاولاتهم لإشباع حاجاتهم.

٢- إقامة روابط بين العلماء والموارد المجتمعية لتعزيز الأداء الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة، فالأشخاصيون الاجتماعيون يكفلون الروابط بين الأنساق المستفيدة من الخدمات والموارد والفرص التي يقدمها المجتمع المحلي والنظم المجتمعية، فالشخصي الاجتماعي يزود أنساق العميل بالمعلومات ويقدم لهم الخدمات المتعلقة بالموارد المجتمعية.

٣- وضع سياسة لتنمية اجتماعية لمنع المشكلات الاجتماعية المتصلة بالإعاقة من الظهور أو الوقاية منها في مستهلها.

٤- تسهيل استجابة أنساق الموارد المؤسسية (مؤسسات تأهيل المعاقين) لمقابلة احتياجات المعاقين كحق لهم وليس منحة.

٥- تحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة بين جميع العلماء وذلك بإتاحة المساواة بينهم في الحقوق والفرص التي يقدمها المجتمع.

٦- تقدير التنوع والاختلاف بين العلماء وعدم التفرقة بينهم في الخدمات التي تقدمها المهنية.

٧- تحقيق التفاعل القائم بين الشخصي الاجتماعي كممارس عام توجيهه قيم ومبادئ المهنة وبين العميل في إطار محدد لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

أنساق العلماء للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الصحي للمعاق:

١- أنساق العلماء في مستوى الوحدات الصغرى:

▪ نسق الفرد (المعاق) تصنف المرضي إلى عدة أنواع:

- **نسق الزوجين:** ويقصد به معاونة الزوجين على مواجهة المشكلات التي تعرضاً وتوعيّة الزوجية بإجراء الفحوصات الطبية خاصة للمقبلين على الزواج.
- **نسق الأسرة:** يعتبر المعاقد عضواً هاماً في نسق الأسرة، حيث يتأثر علاقه المعاقد بأفراد أسرته، ويُسعي الممارس العام إلى مساعدة الأسرة على تقبل المعاقد وتقدير حالته الصحية ومساعدتهم على الاستفادة من الخدمات المقدمة لهم.
- **نسق الجماعة الصغيرة:** تهدف الممارسة العامة إلى مساعدة المعاقد على التخفيف من حدة المشكلات والضغوط التي تواجههم.

٢- أنساق العملاء في مستوى الوحدات الكبرى:

- **نسق مجتمع المنظمة أو المؤسسة:** تمارس الخدمة الاجتماعية في المستشفيات العامة المتخصصة في الحالات الخطيرة المستشفى النفسية، مراكز التأهيل، برامج الرعاية النهارية للمسنين العيادات المتنقلة، منظمات المحافظة على الصحة.
- **نسق الشبكات الاجتماعية:** الشبكة الاجتماعية هي الارتباط رسمي أو غير رسمي من جماعة أو جماعات من الناس أو عدد من المنظمات والذي يمكنهم من تقاسم الموارد، والاتصالات المباشرة ومعرفة كل منهم للأخر.
- **نسق مجتمع الجيرة للمريض:** الجيرة هي منطقة كاملة صغيرة تتقاسم سكانها خصائص معينة وقيم واهتمامات متبادلة أو أنماط مشتركة للمعيشة، فزيارات الأهل يدعم شعور المعاقد باهتمامات الآخرين الأمر المدعوم للشفاء.
- **نسق المجتمع المحلي:** تمثل المجتمع بما يشمله من مؤسسات وإمكانيات مطلباً هاماً لتقديم الخدمات التي يحتاجها المرضى، ويُسعي الممارس المهني إلى مساعدة العمل على تسهيل اتصالهم بالمؤسسات والمنظمات كمراكز التأهيل والتدريب المهني للاستفادة من إمكانيات وخدماتها.
- **نسق المجتمع الوطني:** ويهتم الممارس العام بوضع الخطط الخاصة بالرعاية الاجتماعية للمعاقد ودراسة المشكلات التي تحول استقادتهم الخدمات العلاجية المقدمة لهم.

٣- مستوى أنساق الوحدات الأوسع نطاق ويشمل المجتمع الإقليمي والمجتمع المحدود:
المجتمع العالمي الشامل.

خامساً: مسئوليات الأخذ الاجتماعي من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

١- يعمل الممارس العام على الاهتمام بالمعاق كإنسان له طاقة يمكن المحافظة عليها وأحداث التوافق بينه وبين البيئة وذلك من خلال التعرف على شخصية المعاق وطبيعة البيئة وأسلوب الاتصال بينها باعتبار أن هذه الجوانب ضرورية لتحديد أولويات التدخل المهني وأحداث التوافق بين المعاق والبيئة.

٢- يهتم الممارس العام بإطلاق القوي الكامنة لدى الأنساق الاجتماعية (فرد - زوجان - أسرة - جماعة - مجتمع - مؤسسة - مجتمع محلي - مجتمع وطني) والاستفادة من قدراتهم لأشباع حاجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

٣- يقوم الممارس العام بالتدخل لصالح المعاقين ومساعدتهم على اختيار أفضل الحلول لمشكلاتهم وتوفير الموارد وتغيير السياسات الاجتماعية الخاصة برعايتهم.

٤- يهتم الممارس العام بتحقيق أهداف وقائية لتجنب وقوع المشكلات أو تحقيق أهداف علاجية تتمثل في المساعدة على حل المشكلات كذلك تتحقق أهداف تنموية عن طريق إسهام المعاقين في تنمية مجتمعهم.

٥- أن يكون الممارس العام على معرفة شاملة بالمجتمع المحلي وموارده حتى يستطيع ربط المعاقين بالأنساق التي تزودهم بالخدمات والموارد التي يحتاجون إليها.

٦- يستخدم الممارس العام منهج حل المشكلة المتعدد المستويات لأنساق العميل وأداء أدوار للممارسة مختلفة ومتنوعة طبقاً لطبيعة المشكلة.

٧- تعزيز عملية حل المشكلة والتغلب عليها وتنمية قدرات المرضى وذلك بربطهم في عملية حل المشكلة وتعزيز قدراتهم في التغلب على مشكلاتهم وحلها وتنمية جوانب القوة فيهم.

٨- مراعاة الفروق الفردية والاختلافات بين الناس وتوفير الخدمات والموارد دون تفرقة بينهم.

٩- إدراك الاحتياجات الاجتماعية للمرضى ومساعدتهم على الاستفادة من الموارد المتاحة لهم لمواجهة مشكلاتهم.

١٠- تحقيق المساواة بين جميع فئات السكان حتى يشاركون في أمور مجتمعهم.

وتتعدد مسؤوليات الممارسة مع المعاقين في خمسة مستويات:

► **المستوى الأول:**

وهو يشير إلى أنه يجب أن يكون لدى الممارس العام خلفية معرفية عن الأنواع المختلفة للإعاقة، وتشمل هذه الخلفية معرفة بعلم أسباب وأنواع الإعاقة ونظريات النمو والتطور وفهمها لديناميات الأسرة وأنواع الدعم المطلوبة لإثراء وظيفة العميل ومعلومات عن إمكانيات وقدرات المعوق.

► **المستوى الثاني:**

يجب أن يستند الممارسين المهنيين في عملهم على مجموعة من المبادئ العامة والتي تتعلق بالإعاقات المختلفة، وتشمل الاهتمام بتقديم العون والمساعدة لكل معوق والمحافظة على إمكانياته وقدراته الخاصة.

► **المستوى الثالث:**

وهو يشير إلى اتجاه الممارسين المهنيين نحو إجراء البحوث والتجارب المختلفة والتي تحد وتقلل من حدوث الإعاقة وهو ما يمثل المستوى الوقائي في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

► **المستوى الرابع:**

يجب أن يمثل الممارسين المهنيين كأعضاء في فريق متضامن مع أخصائين مختلفين من العلوم الأخرى لمواجهة الاحتياجات المختلفة للمعوقين.

► **المستوى الخامس:**

وهو يشير إلى دور الممارس المهني في التعريف على برامج الرعاية الصحية والخدمات القائمة بالمجتمع المحلي والتي تقدم للمعوقين ومساهمة في التخطيط لما يمكن تقديمها لهم.

وهناك مجموعة من الأسس التي يستند عليها الممارس العام في عمله مع المعوقين:

1- يجب أن يدرك أنه كما أن الناس حاجات إنسانية مشتركة، فإنه لكل فرد فرديته وحاجته الخاصة، ولذلك عليه معرفة أن لكل فرد مشكلاته الخاصة وأن هذه المشكلات ليست وفقاً على الشخص المعوق وحدة بل أنها عامة قد يقابلها العاديون أنفسهم، وعليه إلا يتعامل مع هؤلاء بطريقة تختلف عن الطريقة التي يتعامل بها مع العاديين، وكل ما هناك أنه ينبغي أن يتعرف على الصفات المميزة للمعوق الذي يعمل معه، وكذلك مدى إمكاناته وقدراته التي

تنقق مع ظروفه الخاصة وحيث إن مدلول الإعاقة يختلف من فرد لأخر فانه يجب على الاخصائي أن يتعامل مع المعاق على أساس ما يتأثر به نتيجة إعاقته وظروفه الخاصة.

٢- يجب على الاخصائي الاجتماعي أن يقدر المستويات البدنية والصحية للمعوق الذي يعمل معه وأن يعاونه وفقا لقدراته البدنية والصحية، وذلك يتطلب منه ابتداع ألوان من النشاط التي تتلاءم مع درجة إعاقته وقدرات الفرد.

٣- ينبغي على الاخصائي الاجتماعي ضرورة الاتصال الدائم بوالدي الفرد المعوق حتى يستطيع تعريفهم بقدرات واستعدادات طفليهم المعوق ليصبحوا أكثر قدرة على المساهمة في تأهيلية وخدمته داخل الأسرة.

٤- ينبغي على الاخصائي أن يكون له دور فعال في إطار الخدمات الأساسية التي تقدمها المؤسسة للمعوقين في مراحل العلاج والتدريب والتشغيل.

٥- يجب عليه أن يصمم برامج متنوعة للمعوقين ويشجعهم على الاشتراك فيها كلما أمكن ذلك.

٦- ينبغي عليه أن يستفيد من كافة الامكانيات الموجودة بالبيئة المحيطة بالشخص المعوق وذلك لدعم وتطوير البرامج المقدمة له.

دور الاخصائي - كعضو في فريق العمل - مع الطفل المعاق:

يقصد بالعمل الفريقي TEAM WORK ذلك العمل الذي يشترك فيه عدد من المهنيين ذوي التخصصات المختلفة بقصد مناقشة موضوع أو موضوعات معينة، بحيث تتصدر في وحدة واحدة تنتهي باتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التي يتطرق إليها المجتمع.

والعمل مع الأفراد غير العاديين يتطلب عمل الفريق والتعاون في سبيلهم، وأن تكون القرارات الهامة في تاريخ الفرد، قرارات جمعية لصالحة.

ويرى المؤيدون لاتجاه عمل الفريق أن الشخص الجيد والعلاج المناسب للأفراد غير العاديين يتطلب جهود تخصصات متعددة، فالمعلومات الجزئية التي يقدمها الأخصائيون إلى الآباء والآمهات أو إلى المربيين لا تحقق التكامل بين مختلف النتائج الطبية والاجتماعية والسيكولوجية والتعليمية في كل واحد متناسق وفعال ومن ناحية ثانية فإن المدرس أو الأخصائي أو غيرهم من المهنيين لا يستطيعون أن يأخذوا هذه التقارير المتفرقة عن المعوق ويتحققوا التكامل بينها بسهولة بحيث يترجموا مثل هذه النتائج إلى برنامج يتميز بالشمول فالامر يحتاج إلى جهد منسق بين جميع المهنيين لتوفير أفضل البرامج ملائمة لغير العاديين.

ويشير العمل الفريقي على أساس أهمها:

١- إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته وشخصه إدراكاً واضحاً لمسؤولية وظيفته الرئيسية.

٢- احترام كل عضو لعمل وشخص كل من الأعضاء الآخرين.

٣- احترام كل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء.

٤- إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأيه وتوضيح دوره في كل حالة فردية.

٥- أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الاحترام المتبادل.

ويمكن حصر دور الأخصائي الاجتماعي مع أعضاء الفريق في تعريفهم بالآتي:

- مدلول الإعاقة بالنسبة للمعوق وأسرته.
- العوامل الاجتماعية والنفسية المصاحبة للإعاقة.
- توضيح إمكانيات الأسرة والبيئة للتعاون مع المعوق بما يحقق له أفضل السبل لمقابلة احتياجات المختلفة.

يمكن حصر مسؤوليات وجهود الأخصائي الاجتماعي في مجال الإعاقة في ثلاثة نواحي رئيسية هي: مسؤوليات التنظيم الداخلي، ومسؤوليات نحو المجتمع، ومسؤوليات فنية نحو المعوقين، وتتضح فيما يلى:

(أ) مسؤوليات التنظيم الداخلي:

الخاصي الاجتماعي في مجال المعوقين مسؤول أمام رؤسائه من الناحيتين التأهيلية والاجتماعية على عمله الفني، وهو أيضاً مسؤول عن تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى أو المؤسسة الطبية تنظيمياً يضمن وجود الأماكن لمقابلة المعاقين بحيث تكفل سرية المعلومات كما يجب أن يعمل على تنظيم الأعمال الكتابية بما يسهل عملية التسجيل وحفظ سجلات المعوقين كما له الحق في إبداء الرأي في تنظيم العمل بالعيادة وأعداد الوسائل التي تحكم في نظام حضور العوق كنظام عمل المواعيد ونظام القيد والتحويل والتتبع.

(ب) مسؤوليات نحو المجتمع:

وهذه المسؤوليات تتلخص في تنبيه المجتمع إلى وجود قسم للخدمات الاجتماعية التأهيلية لكي تحول إليه الحالات المستحقة لخدماته كما أنه على الأخصائي الاجتماعي أن يتعاون مع

المصادر البيئية في المجتمع تعاوناً يكفل للمعوقين الحصول على المساعدة المحتاجين إليها والتي تمنحها هذه المصادر.

وقد يكون من المستحسن أن يحفظ بسجل لأسماء جميع المعوقين الذي يلجأون لقسم الخدمة الاجتماعية للحصول على خدمات الاجتماعية للحصول على خدمات عامة أو خاصة إذ أن هذا يسهل عملية متابعة المعوق، كما ييسر مهمة البحث التي يجب أن يقوم بها قسم الخدمة الاجتماعية من آن إلى أخرى لقياس مدى نشاطه ومعرفة نواحي القوة والضعف في نظمه وخدماته وذلك لتعديل سياساته وإضافة أنواع من الخدمات غير الموجودة والضرورية لخدمة الحالات.

وقد يجد الأخصائي الاجتماعي أن من واجبه تزويد جماعات المعوقين بألوان من الثقافة الخاصة التي ترتبط بإعاقاتهم، ويمكنه أداء هذا الواجب عن طريق محاضرات تنظم لجميع المعوقين على أن يقوم بإلقاء المحاضرات أطباء موثوق بهم كل في مجال تخصصه وذلك لكي تكون لآرائهم استجابة وقبول في نفوس المعوقين.

ج) مسؤوليات فنية خاصة بالمعوقين:

أما المسؤوليات الفنية فهي أساس عمل الأخصائي الاجتماعي، وهو يقوم بتأدية الواجبات الأخرى لكي يهيئ لعمله الفني فرصة الإفاده الكاملة دون أن تتغير جهوده في ثانيا نظام إداري أو داخلي غير محكم، وتتلخص جهوده الأخصائي الاجتماعي الفنية في تقديم خدمات فردية لمن في حاجة إليها سواء كان هذه الحاجة مادية أو بيئية أو وجدانية، كما يجب أن يعمل على إيجاد وسيلة مجده لاكتشاف الحالات الفردية المحتاجة إلى عناية خاصة.

ويمكن حصر بعض الوظائف الفنية للأخصائي الاجتماعي في المسؤوليات الآتية:

- ١- شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو التأهيلية ودور كل من الفنيين فيها.
- ٢- بحث التاريخ الخاص بالإعاقة لمساعدة الطبيب وتوجيهه في عمليات الفحص والتشخيص ورسم خطة محكمة للعلاج.
- ٣- دراسة التاريخ الاجتماعي للمعوق إذا كان في حاجة إلى عون فردي أو إذا كانت هناك عقبات تعترض العلاج.

- ٤- إعداد المعوق لتقبل بعض أنواع الاختبارات الطبية التي تضيقهم وتزعجهم وتشير مخاوفهم لو لم يسبقها شيء من التمهيد والشرح لطريقتها وغرضها في الفحص أو في العلاج.
- ٥- تفهم المعوق حقيقة إعاقته (إذا لم تزعجه) وتوضيح معنى الاصطلاحات الطبية التي تخفيه، ومعاونته في تنفيذ الخطة العلاجية بدقة.
- ٦- اكتشاف الصورة الديناميكية للحقائق والعلاقات الهامة المتعلقة بوقف الموقف والتي يمكن أن تؤثر في تشخيص المرض وعلاجه وموعد خروج المعوق من المستشفى ومتابعة رعايته خارجيًا.
- ٧- تحويل المعوقين وأسرهم إلى المؤسسات الاجتماعية والطبية الخارجية التي يمكنها أن تقدم لهم ألوانًا من المساعدات المناسبة المرغوبة في موقعهم.
- ٨- إعداد وحفظ السجلات الاجتماعية للمعوقين.
- ٩- إعداد الشهادات والتقارير الطبية التي تكون ذات قيمة خاصة في تسهيل نيل المعوق وأسرته لمساعدات معينة، أو لتسهيل استرداد المعوق لوظائفه في المجتمع بعد تمام الشفاء.
- ١٠- وكثيراً ما يقوم الأخصائي الاجتماعي بعمل أبحاث اجتماعية خاصة للمعوق في المستشفى أو المؤسسة التأهيلية التي يعمل بها حتى يمكنه تقدير ما يلزم من خدمات إضافية وحتى يدرك مدى استفادة المعوق من قسم الخدمة الاجتماعية غالباً ما يستعين الأطباء بالأخصائيين الاجتماعيين في استكمال بعض البحوث الطبية بحصر العوامل الاجتماعية الاسرية والبيئية المؤثرة في المعوق.
- ١١- قد يؤدي الأخصائي الاجتماعي في مجال التأهيل واجبات أخرى مثل تدريب طلبة الخدمة الاجتماعية، وتوجيهه نظر طلبه الطب إلى أهمية العوامل الوجدانية والاجتماعية والبيئية في الإعاقة مع عرض بعض الحالات التي توضح أهمية هذه العوامل.
- ١٢- يساعد الممرضات في فهم أهمية العوامل الوجدانية والاجتماعية في الإعاقة وكيفية التعامل مع ألوان السلوك الدائم والمُؤقت التي يبديها المعوق، وإذا كان للمعوق موقف شاذ يحتاج إلى معاملة من لون خاص شرح الأخصائي الموقف للممرضات المتعاملات معه وساعدهن على تقبيله ورسم خطة معاملته.

١٣ - من واجبات الأخصائي الاجتماعي تناول بيئة المعوق بالتعديل سواء كان ذلك بتعديل اتجاهات الأقارب أو بإحداث ما يلزمه من عوامل خاصة واستغلال الموارد البيئية لصالحة في فترة النقاوة وبعد تمام الشفاء كمؤسسات التشغيل.

٤ - من مسؤولياته أيضاً تمييز الحالات التي تتبع بعد ترك مكتب التأهيل ورسم خطة التتبع الاجتماعي والتأهيلي.

دور الأخصائي الاجتماعي في معاونة المعاق على التمييز:

وكثيراً ما يجب المعوقين التحدث عن إعاقتهم، وهذه فرصة يجب أن يمنحها لهم الأخصائي، كما قد يزيد المعوق التحدث عن شيء من تفاصيل الإعاقة والعلاج، فيناقشه مع الأخصائي، وبذلك يوفر عليه الكثير من القلق والشك، ويجب أن يحاول تحديد مدى فهم المعاق لحالته المرضية وشعوره نحوها، ويجب أن يعرف إذا كان في مقدوره تنفيذ الخطة العلاجية أم لا.

مساعدة المعاق في اتخاذ قرار:

ولبىداً الأخصائي من نقطة اهتمام المعوق سواء كان موضوع الاهتمام جسمياً أو عقلياً أو وجديانياً أو اقتصادياً أو اجتماعياً، ويحاول أن يفهم الموقف المحيط به، كما يحاول فهمه كشخص، ويحاول قياس آثار الإعاقة في شخصيته وفي حياته اليومية وإذا كان هناك احتمالات لحل الموقف المرضي يساعد المعوق في اخذ قرار بعد أن يتناقشا معاً مناقشة مستفيضة عن كل احتمال على حده، على أن تبرز هذه المناقشة النقط التي كان المعوق يجهلها أو يريد بعض التفسير لها إما إذا كان هناك حل واحد فيتعاون الأخصائي المعوق على قبوله.

وقد يضطر الأخصائي الاجتماعي إلى تأخير البت في أمر العلاج إذا كان لدى المعوق بعض أنواع الصراع التي تعترض اتخاذ قرار سريع، على شرط ألا يكن هناك ضرر لهذا التأخير.

وفي هذه الحالة يتحتم أن يساعد الأخصائي المعوق في التخفف من بعض الضغوط الوجдинية، ويعطيه الفرصة لأن يعبر عن ما في نفسه من وجدانات ومخاوف تعوق حركة تفكيره في الاتجاه المرغوب.

وأن يساعد المعوق في أخذ قرار في صالحة يتزدد في أخذة أو قبول علاج كان قد رفضه من قبل، أو في إعانته على التكيف مع المجتمع بعد زوال مرضه، وفي حدود ما تختلف عنه من

عجز، لابد من عجز، لابد من أن ينفذ إلى الأسباب التي تدفع العميل إلى مقاومة عمليات التأهيل والعلاج ومن أهم هذه الأسباب:

أسباب مقاومة العلاج:

ويمكن تمييز أربع نواحي رئيسية تكمن فيها أسباب مقاومة التأهيل وعدم التكيف الاجتماعي، وهذه النواحي هي:

(أ) شخصية المعوق وما فيها من عوامل وجدانية.

(ب) الناحية الاقتصادية.

(ج) العلاقات الاجتماعية.

(د) البيئة.

(أ) الأسباب الشخصية والوجدانية:

كثيراً ما يكون نلاؤ المعاق في السعي أو عدم الاهتمام بتنفيذ التوصيات العلاجية أو في رفض العلاج راجعاً إلى أسباب وجودانية، تتمثل في:

١- الخوف الصريح من الموت.

٢- قد يكون لدى المعوق شك في قيمة العلاج الطبي، وفي هذه الحالة لابد من قياس مقدار ثقته في مهنة الطب أو المستشفى أو الطبيب الذي قام بفحصه، وعين طريقة العلاج، كما يتتجاهل بعض الناس الأعراض المرضية ولا يتقدمون لعلاجها.

٣- ويرفض بعض المعوقين دخول المستشفى لارتباطها ببعض التجارب المؤلمة في حياتهم، كارتباطها بموت عزيز أو تجربة فاشلة، كما ترتبط المستشفى في أذهان المعوقين بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح، والموت وما إلى ذلك ويجب أن يتناول الأخصائي مع المعوق هذه الأسباب، ويحاول أن يمنحه الفرصة الكافية للتعبير عنها وعما يرتبط بها من ذكريات حوله والعمل على إزاحة جميع مخاوفه وبحث الاطمئنان في نفسه.

٤- وقد تكون هناك مخاوف لا شعورية بسبب تجارب مريرة كبرى في الصغر، كتخويف الأطفال بالأطباء والجراحة والبتر، وما إلى ذلك، وقد يتطلب الأمر إحالة المعوق إلى طبيب نفسي لمعونته على اتخاذ قرار بعد فهم حقيقة المادة المكبوتة في اللاشعور.

٥- وقد يتردد المعوق في قبول العلاج الداخلي خوفاً من أن تطول إقامته في المستشفى وتتوقف خطته في الحياة وهنا يجب أن يناقش الأخصائي مع المعوق الفوائد الصحية التي يجنيها من العلاج بالمستشفى، وبذلك يسهل على المريض المعوق اختيار الأصلح دون تردد.

٦- وأحياناً يكون السبب في تردد المعوق في تنفيذ العلاج فلة ثقته في نفسه وعدم وجود سند يرتكز إليه في اتخاذ مثل هذا القرار، ولذا فتعضيد الأخصائي له وتشجيعه على اتخاذ الخطة العلاجية قد يكون كافياً لإقناعه بالسير في الاتجاه المطلوب.

٧- وفي حالات غير نادرة يكون مبعث اعتراض الموق عن العلاج إيمانه بوسائل العلاج الأخرى كالوصفات البلدية والزار والسحر.

٨- وكثيراً ما يتهدب المعوقين المستشفى والعيادات ويكرهون مميزاتها من ممرات طويلة، وسكون رهيب، ورائحة مطهرات خاصة، ومنظر آلات غريبة، وفكرة التخدير والدماء والموت والمشرحة، وما إلى ذلك مما يرتبط بالمستشفيات من مناظر وأفكار، ولذا فملاحظة طريقة فهم المعوق لهذه المؤسسات الطبية وإعانته على التعبير عما يخفيه منها وشرح وتفسير هذه المظاهر مع تبسيطها قد يساعد في التخلص من هذا التهديد.

٩- وقد يرفض المعوق العلاج لأنه يخشى إحداث تغيير لا يطمئن إليه سواء في معيشته الداخلية، أو في عمله فيخشى التعامل مع أشخاص لهم يألفهم من قبل، كما يتهدب الانقطاع عن العمل لمجرد أنه اعتاد عليه فأصبح جزءاً من حياته لا يمكنه الاستغناء عنه ولا بد من تبصيره بحقيقة الاعاقة وتطوراته، وتأثر قدرته على العمل لو أهمل العلاج أو تأخر العلاج الداخلي بالمستشفى.

١٠- وللجراحة مخاوف خاصة، فقد يخشى المعوق التخدير، لأن معناه الوقوف عن النشاط الإرادي والخضوع لإرادة الغير به ما يشاء، بينما في حاله غير واعية، وقد يخشى أن يهذى أو يتصرف تصرفاً لا يرضاه أثناء غيابه عن وعيه.

١١- وللنرجس والتخدير ارتباط بالموت، إذ كثيراً ما يسمع المعوقين أن المريض فلان قد مات (تحت البنج) ومعنى هذا أن التخدير قد يكون نهاية للحياة أو الموت، ولذا فيقاومه المعوق بقوة، ويقاوم العلاج الجراحي لهذا السبب.

١٢ - غالباً يتهيب المعوق الجو المجهول المنساق إليه، وقد يتوهم أن هناك مفاجآت غير سارة في طيات الغيب كحدوث مضاعفات تسبب له ألواناً من العجز الدائم الذي يشقي بسببه في الحياة، وفي هذه الحالة لابد من مصارحته بحقيقة إعاقته مصيره لو أهمل العلاج واحتمال ما قد ينتج عنه عجز بعد العملية ووسائل الخدمة الاجتماعية في التغلب على هذا العجز.

١٣ - وللعلاج المجاني موقف خاص إذ كثيراً ما يتصور المعوق الإهمال المقصود نحوه، كما قد يخشى أن يكون موضع تجارب طلبه الطب وتمرинهم.

٤ - وكثيراً ما يهاب المعوق سواء معاملة هيئة التمريض، كما يتوقعون رداءه التعذية والجوع وعدم قدرتهم على التصرف بحرية.

١٥ - وتحدث مقاومة المعوق للعلاج بسبب الخوف من البتر أو التشويه أو الموت، وذلك لارتباط الإعاقة بالموت، او عدم إدراك حقيقة الإعاقة او لتنكر نتائج عمليات جراحية غير موقعة أو لمغalaة المعاق في تصور علته، ونتيجة العلاج، ولا بد من العمل على إزالة هذه الأوهام والمخاوف غير الطبيعية، بعد التعرف عليها.

١٦ - ومن ضمن الأسباب الشخصية الخوف من التعطل عن العمل، وأن يصبح المعوق عالة على غيره، كما يتوقع فقدان مركزه في الأسرة نتيجة للعجز، فيتردد في الموضوع للعلاج الجراحي.

١٧ - وهناك بعض المخاوف التي تتعلق بفكرة الدم والتزف والأسلحة وهذه أيضاً لابد من التهويين من شأنها.

١٨ - وقد يتوقع المعوق آلاماً مبرحه لأنه يحس بالإعاقة عقاب إلهي عما اقترفه في حياته من آثام، وتكون شدة شعوره بالذنب مما يحس له ما سي تعرض له، أو ما سيتعانبه من آلام ونتائج.

١٩ - كذلك يخشى المعوق الضعف والعجز أثناء العلاج، ويتألم لإثارة إشفاق الناس أو شماته الحاسدين والأعداء، ولذا فيفضل الاحتفاظ بعاهته على أن يتعرض لهذه التجارب المريرة.

وعلوة على ذلك فإن فكرة الجراحة وحدها قد تتبعث الخوف في نفوس المعوقين وتحي إليهم بأنهم يعانون مرضًا وبيلاً أخفيت عنهم حقيقة.

وهناك طائفة من المشاكل والظواهر الاجتماعية النفسية التي تصاحب الإعاقة أو تحدث نتيجة لها وتضعف من قدرة المعوق على التكيف الاجتماعي واستعادة وظائفه الايجابية في الحياة ومنها ما يلي:

- ١- انقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة نظراً لارتفاع ميزانية الأسرة بسبب الإعاقة وشراء الأدوية والأغذية الخاصة، ييأس المريض ويثير فيه شتي ألوان القلق والضيق والكره، وقد يشعر أنه أصبح عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة، يعتريه شعور بالذنب، وقد تعرقل هذه المشاعر إتمام النقاوة أو سرعة الشفاء.
- ٢- تقيد حركة المعاوقة ونشاطه قد يوحى إليه بأنه أصبح عاجزاً، وقد تؤثر هذه الأفكار في نفسه، ويحس بنقص شديد فيزداد عجزه، ويميل الحياة وما يزيد من شدة العاهة عدم وجود الفرص الكافية للعمل الخفيف الذي يشير به الأطباء في بعض الحالات، فتتراكم الهموم على المعاوقة وقد تدفعه عوامل اليأس من حالته إلى الانتحار.
- ٣- كثيراً ما يهتز موقف المعاوقة بأسرته، وتأثر علاقته بأصدقائه، فينتابه الكثير من الحزن والأسي، كما في حالات الشلل والعمي وما غلي ذلك.
- ٤- وفي بعض الإعاقات يزداد اعتماد المعاوقة على أهله فيشعر بأنه يرهقهم ويسبب لهم متاعب لا ضرورة لها وقد يحس بأنه غير مرغوب فيه، وأن رعايته تتعرض مع خططهم الترفيهية واستخدام وقتهم بحرية وهذا الإحساس يضايقه ويؤلمه.
- ٥- وفي حالات التي تضطر فيها النساء للخروج إلى العمل بسبب إعاقته يحز هذا في نفس المعاوقة وقد يرثي لحاله ويحتقر نفسه ويحس بأنه تسبب في أوضاع لم يكن يستسغها من قبل تحت ضغط الحاجة المادية، ولذا فيشعر بشيء من الذلة والنقص ويحتاج إلى الكثير من المعونة لينظر لعملهن نظرة قبول ورضا.
- ٦- وقد تضطر الأسرة لطلب المساعدات المالية لعدم وجود إمكانيات داخلية يمكن استغلالها لأن الزوجة أم لعدد كبير من الأطفال الصغار فيشعر المعاوقة بما يصاحب طلب الإعانة المالية من الذل والعار والفشل في القيام بدوره كراعي للأسرة.
- ٧- وكما يتهيب المعاوقة دخول المستشفى، قد يتهيب البعض الخروج منها إذا كانوا قد اطمأنوا على حسن رعايتها ووثقوا فيها ثقة كبيرة وقدروا فيها الدقة والنظام، وهم

يهابون مغادرتها خوفاً من عدم توفر ما يحتاجون إليه في بيئتهم الخارجية أو لعدم وجود من يفهمهم الفهم الكافي.

٨- وإذا نتج عن الإعاقة عاهة أصبح الفرد يعاني مشاكل نفسية خاصة تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز، وتتوقف المشاعر النفسية كماً ونوعاً على العجز أو العاهة ومدى إدراك الشخص له ومعناه عنده وشدة شعوره بما يفرضه عليه من حدود وقيود، وإحساسه بما يواجهه به المجتمع من نظرات، وعلى الأساس تتبلور الآثار النفسية للمرض وتكون الدوافع السلوكية المعينة الخاصة بنوع شخصية المعوق وتفاعلها مع العجز والعاهة، فقد يكون ذوي العاهات ضعفاء يائسين، حاذقين أو قد يكونوا أقوياء معتدين ينقمون على المجتمع ويتحينون الفرص للاقتصاص منه وإيقاع الضرر به وقد نقصهم من شتي وسائل العمل وفرص التقدم والطموح، وقد ينتجون على مستوى عال في حدود عجزهم، ومن فقد بصره قد يصبح كاتباً فذا وهكذا يخلق العجز مما تبقى للفرد من إمكانيات مواعيده للتعويض والانتاج المتميّز الممتاز.

(ب) النواحي الاقتصادية للإعاقة:

وقد تكون العوامل الاقتصادية هي التي تدفع المعوق لمقاومة الخطة العلاجية أو التي تتسبب في عدم تمكنه من التلاؤم السريع أثناء النقاوه وبعد الشفاء، ويمكن تمييز طائفة من الأسباب الاقتصادية المعطلة للشفاء والتلاؤم ومنها:

١- ارتفاع تكاليف العلاج الطبي يؤثر على ميزانية الأسرة نائرياً سيئاً فلا تتحمل الاستمرار في تحمل هذه التكاليف وهذا مما يضطرب له العلاج.

٢- قد يطول العلاج الطبي وتواصل الأسرة دفع تكاليفه الباهظة مما قد يؤثر على مدخلاتها وعلى خطط أعضائها في الحياة من تعليم وزواج وما إلى ذلك، وقد تضطر الأسرة في بعض الأحيان إلى بيع بعض أو كل ممتلكاتها وإلى الاستدانة مما يعرضها لألوان من الضغوط الاقتصادية التي تخفض مستواها المعيشي.

٣- وفي الحالات التي يكون فيها المعوق هو العائل الوحيد للأسرة يخشى انقطاع الدخل إذا استسلم للعلاج ويختلف أن تجوع أسرته مدة علاجه ولذا فيضحي بنفسه إبقاء على أسرته، وفي هذه الحالات يجب تدبير أموره المالية تبعاً لإمكانياته وظروفه الاجتماعية

كأن تحول أسرته إلى مؤسسة لخدمة الأسرة لتسير أمور معيشتها أثناء المدة التي يحتاجها لإتمام العلاج.

٤- ومن النتائج السيئة التي تترتب على انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة انقطاع الأبناء عن التعليم ليصبحوا مصدر دخل للأسرة يعوضها الخسائر التي حدثت بسبب إعاقة أحد أعضائها، وقد تخرج الأم لعمل مضحية بدورها الهام نحو أطفالها وذلك لتسد بعض النقص الناتج عن مرض رب الأسرة.

٥- وفي حالات غير قليلة ينقطع عن التردد على المؤسسة التأهيلية لاستكمال العلاج بسبب عدم تمكنه من دفع تكاليف المواصلات وفي هذه الحالات يجب البحث عن أقرب عيادة دكتور للمنزل وتحويله إليها، وفي حالة عدم وجود عيادات قريبة لمنزلة يحاول الأخصائي الاجتماعي مساعدته من أي طريق ممكن.

٦- يابي الكثيرون استغلال العلاج المجاني لخوفهم من نتائجه ولعدم ثقفهم فيه، وهم في نفس الوقت غير قادرين على تحمل نفقات العلاج الخاص، فيضطرون إلى الاحتفاء بعاهاتهم الذي ينمو ويتضاعف بمرور الوقت وقد يستعصي على العلاج فيما بعد.

٧- قد يغادر المعموق المستشفى متراجلاً قبل إتمام الشفاء وذلك ليعمل ويعول أسرته، وي تعرض لذلك لنقص العلاج وللإرهاق في نفس الوقت وللانكاس في كثير من الحالات.

٨- يصف الطبيب في بعض الحالات نظاماً معيناً للمعوقين يلتزمون به دائماً أو فترة الفاصلة، وقد يجد المعموق أنه من الصعب التقيد بهذا النظام نظراً لكثيرة تكاليف الطعام، فلا يتقييد به فتسوء حالته الصحية، وتتلاشى الآثار العلاجية الطبية التي كان قد وصل إليها ومن أمثلة هذه الحالات.

٩- وفي حالات أخرى يشير الطبيب بعدم الإجهاد والتزام الراحة ولكن حاجة المعموق الاقتصادية تدفعه إلى العمل فلا ينفذ تعليمات الطبيب وتتضاعف علته كما يحصل لمرضى القلب والربو وغيره.

١٠- وقد يشير الطبيب بالعمل نصف الوقت أو جزءاً منه، ولكن هذا يكون سبباً في خفض دخل الأسرة مما يؤثر على حالتها في نواحي كثيرة، ولذا فيعمل المعموق كل الوقت معرضاً صحته للضرر.

١١ - وقد ينصح الطبيب بتغيير نوع العمل أو نوع السكن أو المعيشة، ولكن الضغوط الاقتصادية لا تمكن المعاقد من إحداث هذا التغيير، فيقطع المجهودات العلاجية وقد لا يصل إلى تمام الشفاء.

١٢ - وحين يعمل أفراد الأسرة الآخرون للأخذ بيدها اقتصادياً، قد يتفانون في العمل ويحرمون أنفسهم الراحة ويعرضونها للضرر بسبب إرهاق العمل المتواصل لسد نفقات الأسرة أثناء علاج عائلها، وكثيراً ما تصيب أفراد في الأسرة بأمراض بسبب التعرض لمثل هذا الإرهاق.

(ج) العلاقات الاجتماعية للمعاقين:

وقد يكون الحرص على العلاقات الاجتماعية سواء علاقات اسرية أو خارجية باعثاً على الاحتفاظ بالإعاقة أو عدم استكمال العلاج أو عدم التلاؤم البيئي والتكيف مع البيئة ويمكن أن يشير إلى أمثله من هذه المواقف فيما يلي:

١ - قد يخشى الزوج أو رب الأسرة إن هو التجأ إلى العلاج الداخلي أن يبعد عن أسرته فلا تجد من يحميها أو يهتم بأمورها ويرعاها، وقد تشتد به الغيرة فلا يقبل أن يترك زوجته نهباً للظروف ويبعد عنها، وما يحدث بالنسبة للزوج قد يحدث بالنسبة للزوجة المعوقة إذ قد تحجم بالنسبة عن العلاج الداخلي خشية ينجذب الزوج إلى بعض الجارات أو الأقارب أو ينطلق وراء المغريات الخارجية دون وجود رفيق أو حبيب.

٢ - وكثيراً ما تحفظ الأم بعلتها لأنها تخشى على أطفالها من أن يتعرضوا للخطر في غيابه أو أن تضطرب رعايتها مدة مرضها، ولذا فلا تأمن أحد عليهم وتزهد في العلاج لحرصها الشديد على مصلحة الأطفال وجود علاقتها بهم كأم دائمًا.

٣ - وكثيراً من تتوقع الأم أو الزوج أو الزوجة الموت أثناء العلاج (خصوصاً الجراحي)، وتختلف مراكزها خالياً في الأسرة فيتعرض أفرادها لموافقتها سيئة بسبب انهيار علاقاتهم بها، ولذا ففضل أن توجد في اسرتها مريضة على أن يخلو دورها الهام في الأسرة.

٤ - وقد يكون الشخص في حاجة إلى علاج من نوع لا يريد من حوله الاطلاع عليه، ولذا فيقاوم الوسائل العلاجية التي لابد وأن يعلم بها الناس، كما في حالات مرضي السل والأمراض السرية الذين يخشون على علاقاتهم الاجتماعية بمن حولهم أن تتأثر إذا ما

اكتشفوا حقيقة مرضهم (ومن أمثلة ذلك مريض ذلك بالقلب أو السل يحاول أن يحجب هذه الحقائق عن خطيبته وأهلها).

٥- ويهيب المعاوق انقطاع صلته بأصدقائه والمجتمعات التي يجب أن يرتادها كالنادي والسينما والمسرح وما غي ذلك فلا يقبل الخضوع للعلاج.

٦- وينفر بعض الناس من حياة العزلة المفروضة عليهم بالمستشفى ويكرهون لهذا السبب العلاج الداخلي الذي قد يكون الوسيلة الوحيدة للعلاج الصحيح.

٧- كما يرفض بعض المعاوقين أن يتغير أساس علاقاتهم بالناس فبعد أن كان أساسها تبادل الود والصداقه، يصبح أساسها الإشفاق والمساعدة ويصبح المعاوق بدوره متقبلاً لاشفاق الغير متوكلاً ومعتمداً عليهم في جلب ما يريد، ولذا فيأتي أن تتأثر علاقاته الاجتماعية، ويرفض دخول المستشفى مفضلاً الاحتفاظ بالعاهة على تغيير أساس علاقاته الاجتماعية وشعوره نحوها.

٨- وقد تتأثر علاقات المعاوق في الأسرة والمجتمع نتيجة لإعاقته، فتنهار بعض الروابط الأسرية، كما يحصل في الطلاق والهجر والانفصال بسبب المرض المعدني أو المزمن الذي يبعث الخوف أو السأم في نفس الزوج أو الزوجة أو الذي يختلف عنه عاشه يعز على أي منهما تقبلها في الطرف الآخر.

٩- وقد تكون الإعاقة نقطة تحول في العلاقات والروابط الأسرية حسب نوع المعاملة التي يعامل بها المعاوق، فإن كان المعاوق زوجاً أهملته زوجته أثناء العلاج فقد يضمرا لها العداء، وقد تتأثر علاقته بها بذلك العداء الذي شحن به فترة الإعاقة أما إن عطف عليه واهتمام بشأنه وتقانت في خدمته فقد يغير رايها فيها ويحس بقيمتها وأهميتها وجودها في حياته ويزيد اعترافاته بها عن ذي قبل، وما ينطبق على الزوج والزوجة ينطبق على الأفراد الآخرين.

١٠- وقد تطبق الزوجة بثقل خدمة زوجها المعاوق خصوصاً إن كان ميؤوس من شفائه، فتسعي للانفصال عنه وما يحصل للزوج قد يحدث للزوج إذا ينفي علاقته بزوجته إذا ما ضاق بعاهتها.

١١- وكما تمل الزوجة زوجها قد يمل الأبناء أباً لهم ويحسون بأنه عبء على مجدهم وإمكانياتهم ويزيد من ثقل هذا العبء عدم قيام الأب بالتزاماته نحو أبنائه، وكثيراً ما

يعبرون عن ذلك بفرض رغباتهم وأرائهم عليه مما يجعله يحس بانعكاس مركز السلطة في علاقته بأبنائه، وقد يضل الأطفال وينحرف سلوكهم لضعف السلطة الوالدية.

ويسيء بعض الأفراد استخدام الموقف المرضي ليخضع من حوله لأنواع من العلاقات السيئة من جانبه مستغلًا عطفهم واهتمامهم، وهذا كثير الحدوث في ضعاف الشخصية والأطفال أما أقواء الشخصية من المرضي والمعاقين فنادوا أن تتأثر علاقاتهم بالموقف المرضي بل تظل قوية متينة كما كانت من قبل.

(د) الأسباب الكامنة في بيئة المعاك:

وتنتهي بعض البيئات على أسباب قوية مضادة للسير بالعلاج في الاتجاه السليم ومعطلة لاسترجاع المعمق لنشاطه الاجتماعي بعد الشفاء، ويمكننا أن ندرك هذه الحقيقة لو اطعلنا على عينة من هذه الأسباب وهي: كثيراً ما تهون بعض الأوساط من شأن الإعاقة ويحاولون علاجه بوصفاته اجتهادية بسيطة كالأسبرين أو الحديد والزرنيخ أو دواء شفي بسببه صديق أو قريب.

سادساً: أدوار الأخصائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة:

يعلم الأخصائي الاجتماعي مع مختلف وحدات العمل المهني، وفي كافة ميادين الممارسة مستخدماً في ذلك مهاراته ومعرفه التي تمكنه من القيام بأي من الأدوار المهنية حسب طبيعة الموقف وهذه الأدوار هي:

١- دور كممك: من خلال مساعدة العملاء على الاستفادة من الامكانيات والموارد المتاحة في المجتمع.

٢- دور المنسق: يتعامل الأخصائي الاجتماعي مع كافة المؤسسات ويسهل عملية توصيل الخدمات لعملائه وينسق بين الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات.

٣- دور المخطط: وفي هذا الدور يقوم الأخصائي بتحديد الاحتياجات المجتمعية والعمل مع القيادات الشعبية والرسمية لمساعدة العملاء على إشباع احتياجاتهم.

٤- دور المستشار: يعمل الأخصائي الاجتماعي على تقديم المشورة للعملاء وأسرهم ومساعدتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية والتغلب على ما يعترضهم من مشكلات.

٥- دور كمبتكر: من خلال استحداث برامج جديدة لإشباع احتياجات العملاء ووضع الخطط اللازمة لذلك.

٦- دور المساعد: وفي هذا الدور يقوم الأخصائي بما يلي:

- تشجيع العميل على الحديث والتعبير عن نفسه والتعبير عن مشاعره حيال عناصر الموقف الذي يواجهه.
- تقديم مساعدة العملاء الذين يواجهون موقف شديدة الصعوبة.
- تشجيع نسق العميل على النشاط الذاتي لخدمة نفسه والتصرف باستقلالية.
- يعاون العميل في العثور على مصادر القوي الكامنة في نفسه وامكانياته وموارده واستثمار كل ذلك في تحقيق أهدافه.
- معونه نسق العميل على اتخاذ القرارات اللازمة لمواجهة موقفه.

٧- دور الوسيط: يعمل وسيط بين المرضى وفريق العلاج بالمؤسسة خاصة عندما يكون هناك مشكلات تعوق استفادة المرضى من الخدمات المقدمة لهم.

٨- دور المعلم: وفي هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعطاء المعلومات والتوجيهات والخبرات والمهارات التي تساعد العملاء على مواجهة مشكلاتهم والاستفادة من أوجه الرعاية المختلفة.

٩- دور مغير السلوك: وهنا يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعديل أنماط السلوك غير السوية سواء في الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات وذلك تجنباً للوقوع في المشاكل أو الأزمات.

١٠- دور المدافع: يعمل الأخصائي على مساعدة الفئات الضعيفة على الحصول على الخدمات وتسهيل عملية الاتصال بين العملاء ومؤسساتهم وتعريفهم بمصادر وأماكن الحصول على الخدمة وإشباع احتياجاتهم.

١١- دور المشارك: يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعريف العميل بمشكلته ويساعد العميل في المشاركة مع لاختيار أفضل السبل لمواجهة مشكلاته.

١٢- دور المطالب: وفي هذا الدور يوضح الأخصائي مطالب العميل وأسرته تجاه فريق العمل حتى يمكن العميل من الاستفادة من الخدمة المقدمة له ويساعده على تحقيق أهدافه.

١٣- دور المفاوض: وهنا يقوم الأخصائي الاجتماعي بالعمل لصالح العملاء ومساعدتهم على إزالة أسباب الخلاف بينهم وبين المؤسسات التي تقدم خدماتها لهم ويسهم في تحقيق الأهداف المرغوبة.

٤ - دور الميسر أو المسهل: وفي هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة العميل على استثمار مواهبه وقدراته لإحداث تغيير إيجابي في العميل وتمكنه من اختيار أفضل السبل لمواجهة مشكلاته.

٥ - دور المعالج: ويستخدم الأخصائي الاجتماعي هذا الدور خاصة مع العملاء أو الوحدات التي تعاني من اضطرابات أو انماط سلوكية غير سوية ويمارس هذا الدور في مؤسسات الأحداث الأسرة الأمراض العقلية.

٦ - دور المنشط أو المحرك: يعمل الأخصائي الاجتماعي وفقاً لهذا الدور على دراسة حاجات الأفراد والجماعات والمجتمعات بهدف استحداث خدمات أو برامج أو إضافة أنشطة وخدمات جديدة للمؤسسات القائمة أو إحداث تغييرات في البيئة المحيطة، كذلك العمل على مواجهة المشكلات المحلية وإشباع الاحتياجات.

سابعاً: نظريات الممارسة العامة:

تنقسم نظريات الممارسة العامة إلى نمطين هما:

١- نظريات الوصف والتقدير وتهتم بتفسير سلوك الأنساق التي يتعامل معها الممارس العام والتوصل لأحكام وصفية عن طبيعة الموقف وكيفية تفسيره، ومن هذه النظريات:

(أ) **النظرية العامة للأنساق:** حيث ينظر لأنساق التعامل باعتبارها وحدات مكونة من أجزاء يؤدي كل منها وظيفة من شأنها الإسهام في تماستك الوحدة الشاملة ويتكون النسق من عناصر تمثل المدخلات والعمليات التحويلية والمخرجات والتغذية العكسية، كما يتميز النسق بعدة خصائص منها الاستقرار، والتوازن الدينامي ، التمايز والاختلاف والتبادل وترابط الأجزاء وتكاملها.

(ب) **نظريّة الأنساق الأيكولوجيّة:** تركز هذه النظرية على ما يحدث عند نقطة الالتقاء بين الفرد وب بيئته المحيطة لإحداث تفاعل وتبادل بينهما للعمل على إشباع حاجات الفرد وتنميته ورعايته من ناحية وتحسين الظروف البيئية المحيطة بحيث تصبح مكاناً مناسباً لكافة الأنساق التي تعتمد عليها من ناحية أخرى. وتؤكد النظرية على مفاهيم منها التوازن بين الفرد والبيئة، التكيف مع البيئة الكفاءة، وتقدير الذات، التوجيه الذاتي.

٢- نظريات التدخل المهني والتأثير:

وهي نظريات توجه السلوك المهني وتتوفر الأساليب الفنية للتعامل مع المشكلات وال حاجات المتنوعة لأنساق العملاء التي يتعامل معها الممارس العام ومن هذه النظريات العلاج السلوكي، حل المشكلة، التدخل في الأزمات، العلاج الأسري، التركيز على المهام، العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، التنمية المحلية، تقدير الاحتياجات ونعرض منها:

(أ) نموذج التدخل في الأزمات :

وهو نموذج فريد من العلاج وضع خصيصاً لكي يتناسب مع موقف الأزمة بما له من خصائص مميزة ويعرف التدخل في الأزمات بأنه عملية للتأثير الإيجابي الفعال في مستوى التوظيف النفسي الاجتماعي لفرد أو أسرة أو جماعة في موقف الأزمة فهدف التعامل مع الأزمة هو الوصول بالعميل إلى نقطة التي يستعيد فيها ثقته بنفسه وقدراته على التفكير السليم والتعامل الصحيح مع الموقف وإزالة التهديد الذي يتعرض له أو إشباع الحاجات الملحة التي يعرض عدم إشباعها حياة العميل وتوازنه للخطر بحيث يصبح الموقف قابلاً للاحتمال.

ويمر نموذج التدخل في الأزمة بمجموعة من الخطوات وهي التقدير – التخطيط للتدخل العلاجي – التدخل العلاجي.

(ب) مدخل حل المشكلة:

يهدف هذا المدخل إلى مساعدة العميل على زيادة قدراته ومهاراته في حل المشكلات التي تواجهه والتعامل مع الواقع بصورة أفضل.

ثامناً: مهارات الممارسة العامة:

هناك مجموعة من المهارات التي تمكن الممارس المهني من القيام بدوره بنجاح وهي:

- ١- المهارة في فهم الشخصيات المختلفة وأساليب السلوك وفهمها.
- ٢- مهارة في حب الناس وتقبيلهم.
- ٣- المهارة في التحكم في المشاعر.
- ٤- مهارة الملاحظة.
- ٥- مهارة في تكوين علاقة مهنية طيبة.

- ٦- مهارة في قيادة عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج.
- ٧- مهارة في الربط بين العلم والتطبيق.
- ٨- المهارة في مساعدة العميل على إدراك مشكلته.
- ٩- المهارة في الاتصال.
- ١٠- المهارة في تكوين الجماعة.
- ١١- المهارة في فهم ديناميات الجماعة.
- ١٢- المهارة في إدارة المناقشات.
- ١٣- المهارة في مساعدة الجماعة على تنفيذ وتقدير البرنامج.
- ٤- المهارة في صنع القرار.
- ١٥- المهارة في التأثير على نتذبي القرارات.
- ١٦- المهارة في التفاوض.

كما أن هناك مهارات عامة تستخدم في كافة مستويات الممارسة وهي:

- ١- المهارة في تقدير الموقف.
- ٢- المهارة في تحديد النسق الأولي للتعامل والأنساق المستهدفة.
- ٣- المهارة في إجراء التعاقد.
- ٤- المهارة في تحديد أهداف وأساليب التدخل المهني.
- ٥- المهارة في تنفيذ استراتيجيات التدخل.
- ٦- المهارة في التسجيل.
- ٧- المهارة في إنهاء التدخل.

المراجع

- ١٧- ماهر أبو المعاطي على: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال الطبي ورعاية العاقين، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٣م، ص ١٣٥.
- ١٨- Pamela, S.Land on: Generalist Andadvanced Generalist Practice in Richardl . Edwards ed – in – chief, of Social Work 19 th med. Volumez Washington Dc : N. A. S. W,1995, P 101.
- نقاً عن:
- أحمد السنهوري: الممارسة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، النهضة العربية، الطبعة الثانية، ٢٠٠٣م، ص ١٣٥.
- ١٩- أحمد السنهوري: مدخل الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية كهوية للتخصص في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٢٥.
- ٢٠- أحمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، دار النهضة العربية، الجزء الأول، الطبعة الخامسة، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٥٤٧.
- ٢١- صفاء عبد العظيم محمد: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية مع مرضي الفشل الكلوي في الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الثانية، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٢٢٤.
- ٢٢- أحمد محمد السنهوري: فئة المكفوفين متعدو الإعاقة البصرية وتأهيلهم في الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الثانية، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٣٦٧.
- ٢٣- عبد المحي محمود صالح. الخدمة الاجتماعية و مجالات الممارسة المهنية
- ٢٤- عبد العزيز فهمي التوحي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي أيكولوجي، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٢م، ص ٢٨٧.
- ٢٥- ماهر ابو المعاطي على: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢م، ص ٣٧٤.

- ٢٦- زينب حسين أبو العلا: خدمة الفرد، نظريات وتطبيقات، د.ن، ص ٢٠٠.
- ٢٧- سعيد عبد العزيز محمود: التدريب الميداني كعامل مؤثر في اكتساب مهارات خدمة الفرد ب مجالات الشئون الاجتماعية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٢م، ص ١٤٧.
- ٢٨- ماهر أبو المعاطي علي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج وممارسة المهنة في الدول العربية، مرجع سبق ذكره، ص ٣٨١.

رؤية كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تسعى كلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم

أن تكون مؤسسة تعليمية معتمدة ومتغيرة محلياً وإقليمياً.

رسالة كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تلتزم كلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم

بإعداد خريج متقدلاً بالمهارات المعرفية والذهنية والمهنية والعامة طبقاً للمعايير القومية الأكاديمية القياسية ، قادرًا على المنافسة محلياً وإقليمياً ، مواكباً التطور التكنولوجي ، متفرداً في إجراء البحث العلمي لمواجهة المشكلات والأزمات المجتمعية في إطار من القيم والأخلاقيات ، مشاركاً في تحقيق التنمية المستدامة .

تاريخ إعتماد مجلس الكلية

(309) 11/11/2020 بجنسه رقم

وحدة ضمان الجودة والتخطيط الاستراتيجي – كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

*Quality Assurance and Strategic Planning Unit- Faculty of Fayoum University
Social Work -*

Email@ qausw@fayoum.edu.eg

<http://www.fayoum.edu.eg/SocialWork/Qausw>

