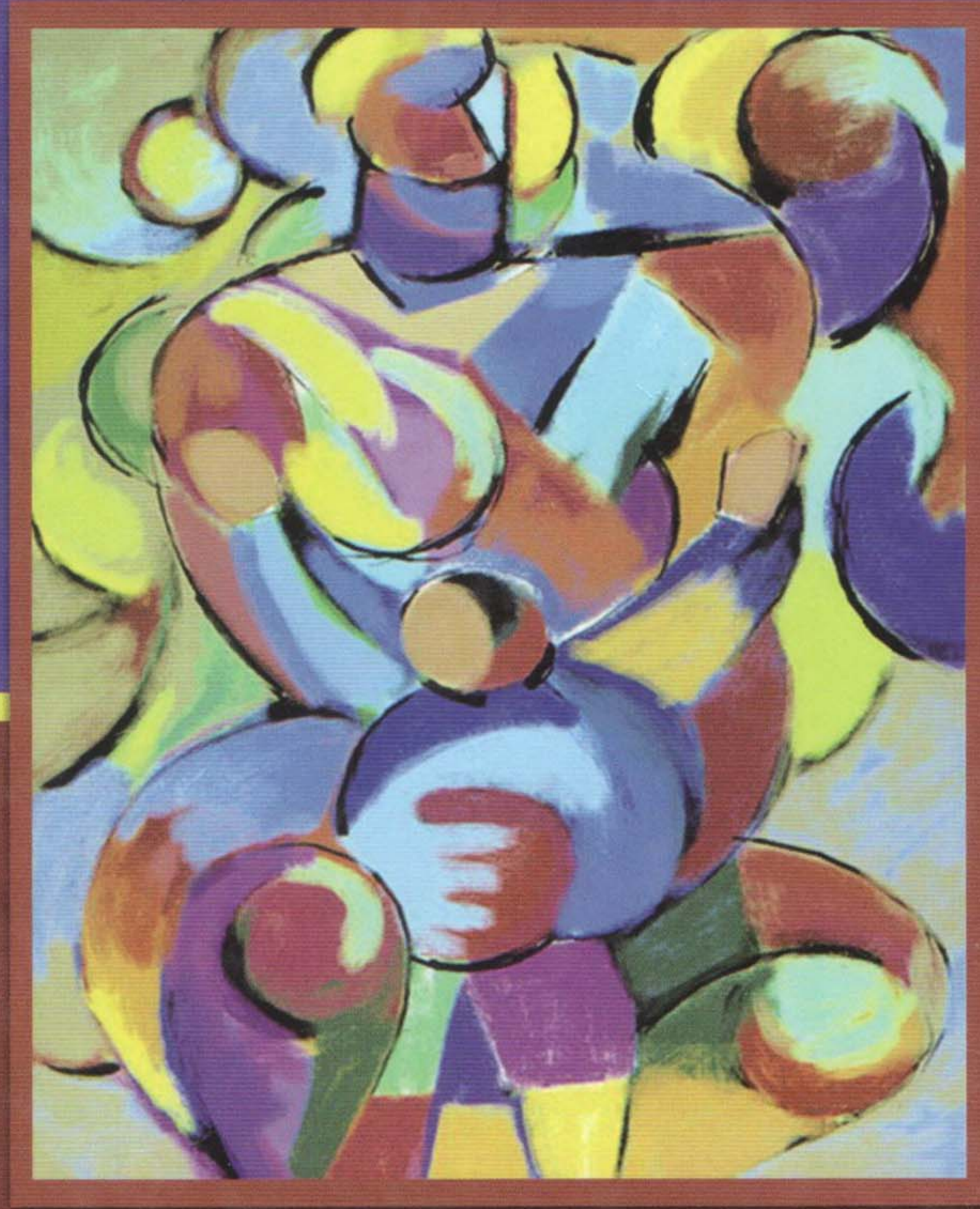


المدخل إلى

التربية الخاصة

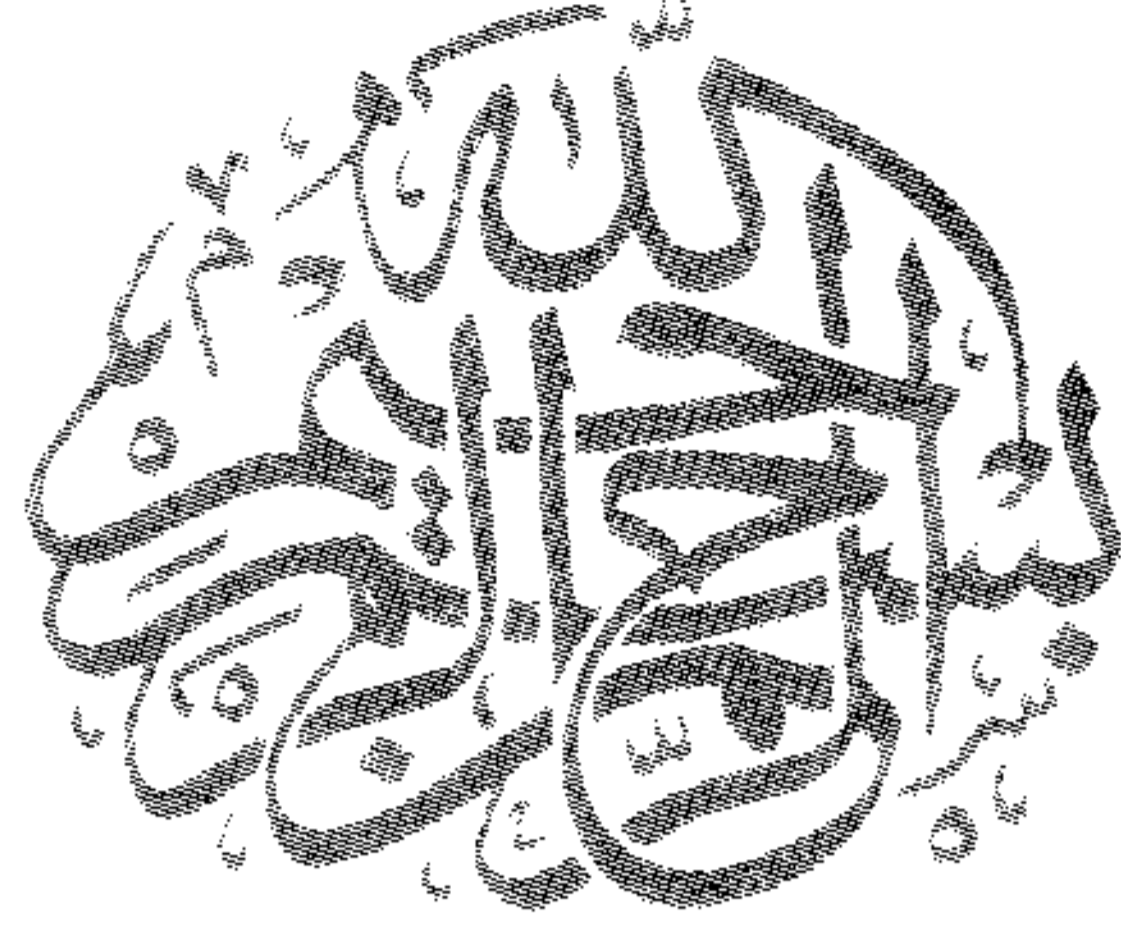


أ.د جمال محمد الخطيب أ.د منى صبحي الحديد

كلية العلوم التربوية - قسم الارشاد والتربية الخاصة

الجامعة الاردنية





المدخل إلى
التربية الخاصة

عنوان الكتاب: المدخل الى التربية الخاصة
تأليف: أ.د جمال محمد الخطيب / أ.د منى صبحي الحديدي
رقم التصنيف: 371.9
رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: 3681/10/2008
الموضوع الرئيسي: التربية الخاصة // التعلم // طرق التعلم
تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى، 2009 - 1430

حقوق الطبع محفوظة

دار الفكر 
ناشرون وموزعون

www.daralfiker.com

المملكة الأردنية الهاشمية - عمان

ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري

هاتف: +962 6 4621938 فاكس: +962 6 4654761

ص.ب: 183520 عمان 11118 الأردن

بريد الكتروني: info@daralfiker.com

بريد المبيعات: sales@daralfiker.com

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher.

جميع الحقوق محفوظة. لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه، أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات، أو نقله بأي شكل من الأشكال، دون إذن مسبق من الناشر.

ISBN: 9957-07-615-3

المطابع المركزية - الأردن

المدخل إلى التربية الخاصة

أ.د جمال محمد الخطيب أ.د منى صبحي الحديدي

كلية العلوم التربوية - قسم الارشاد والتربية الخاصة

الجامعة الاردنية

الطبعة الأولى
1430-2009

دار الفكر
ناشرون وموزعون

9	مقدمة
11	الفصل الأول: التربية الخاصة: ماهيتها، ومفاهيمها، ومبادئها الأساسية
12	تمهيد
12	التربية الخاصة: ما هي؟
13	الأفراد ذوو الحاجات الخاصة: من هم؟
14	المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة
15	نسبة حدوث الإعاقة
17	تاريخ التربية الخاصة
19	بدائل خدمات التربية الخاصة
23	التوصيف
25	استراتيجيات التدريس في التربية الخاصة
28	البرنامج التربوي الفردي
30	تشريعات التربية الخاصة
31	الخدمات المساندة
34	العمل الفريقي متعدد التخصصات
34	التوجهات الحديثة في التربية الخاصة
47	الفصل الثاني: التخلف العقلي
48	تمهيد
48	ما هو التخلف العقلي؟
51	نسبة انتشار التخلف العقلي
51	تصنيف التخلف العقلي
52	نبذة تاريخية
54	أسباب التخلف العقلي
60	التقييم التربوي النفسي للأفراد المتخلفين عقلياً
63	خصائص الأفراد المتخلفين عقلياً

69	.....	الاعتبارات التربوية
77	.....	الفصل الثالث: صعوبات التعلم
78	.....	تمهيد
79	.....	تعريف صعوبات التعلم
82	.....	التطور التاريخي لحقل صعوبات التعلم
83	.....	نسبة حدوث صعوبات التعلم
83	.....	أسباب صعوبات التعلم
85	.....	صعوبات التعلم وضعف الانتباه
87	.....	التقييم التربوي النفسي للأطفال ذوي صعوبات التعلم
88	.....	الاعتبارات التربوية
99	.....	الفصل الرابع: الإعاقة الجسمية والصحية
100	.....	تمهيد
100	.....	نسبة انتشار الإعاقة الجسمية والصحية
101	.....	أسباب الإعاقة الجسمية والصحية
102	.....	نبذة تاريخية
103	.....	أنواع الإعاقة الجسمية والصحية
121	.....	التقييم التربوي النفسي للأطفال المعوقين جسماً وصحياً
122	.....	الخصائص التربوية - النفسية للأطفال المعوقين جسماً وصحياً
124	.....	الاعتبارات التربوية
129	.....	الفصل الخامس: الإعاقة السمعية
130	.....	تمهيد
130	.....	الجهاز السمعي
133	.....	آلية السمع
134	.....	تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفها
139	.....	نسبة حدوث الإعاقة السمعية

139	نبذة تاريخية
140	أسباب الإعاقة السمعية
144	الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين سمعياً
150	قياس السمع
152	التقييم التربوي النفسي للأطفال المعوقين سمعياً
155	الاعتبارات التربوية
165	الفصل السادس: الإعاقة البصرية
166	تمهيد
166	تعريف الإعاقة البصرية
167	نسبة انتشار الإعاقة البصرية
167	نبذة تاريخية
168	الجهاز البصري
170	أسباب الإعاقة البصرية
176	التقييم التربوي النفسي للأطفال المعوقين بصرياً
177	الخصائص النفسية التربوية للأطفال المعوقين بصرياً
186	الاعتبارات التربوية
199	الفصل السابع: الاضطرابات السلوكية
199	تمهيد
200	تعريف اضطراب السلوك
202	تصنيف اضطراب السلوك
204	نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية
205	أسباب الاضطرابات السلوكية
207	الخصائص العامة للأطفال المضطربين سلوكياً
210	التوحد
215	الاعتبارات التربوية والعلاجية

223	الفصل الثامن: اضطرابات التواصل
224	تمهيد
224	الكلام، واللغة، والتواصل
224	النمو اللغوي الطبيعي
227	اضطرابات التواصل: التعريف والتصنيف
230	نسبة انتشار اضطرابات التواصل
231	أسباب اضطرابات التواصل
233	تاريخ تربية الأطفال ذوي اضطرابات التواصل
234	قياس اضطرابات التواصل وتشخيصها
236	الخصائص العامة للأطفال ذوي اضطرابات التواصل
237	الاعتبارات التربوية
241	الفصل التاسع: الموهبة والتفوق
242	تمهيد
242	حاجة الموهوبين والمتفوقين إلى التربية الخاصة
244	تعريف وتصنيف الموهبة والتفوق
249	أعداد المتفوقين والموهوبين
250	التطور التاريخي
251	العوامل السببية المرتبطة بالتفوق والموهبة
251	التقييم التربوي - النفسي
255	الخصائص النفسية - السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين
258	الاعتبارات التربوية
267	الملحق رقم (1) الدستور الأخلاقي لمهنة التربية الخاصة
275	قاموس المصطلحات
291	المراجع

مقدمة

إن طفلاً من بين كل عشرة أطفال بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة. ويهدف هذا الكتاب إلى تعريف القارئ الكريم بالخصائص النفسية - التربوية لهؤلاء الأطفال وتوضيح طبيعة البرامج التربوية الخاصة التي ينبغي تصميمها وتنفيذها لتلبية حاجاتهم التعليمية الفريدة، ونرجو أن يشكل الكتاب حافزاً لكل من القارئ العادي والمختص للتعرف على هذه الفئات من الأطفال التي طالما حرمت من حقها في التعليم والعيش الكريم في مجتمعاتنا العربية.

ويتألف هذا الكتاب من تسعة فصول، يستعرض الفصل الأول معنى التربية الخاصة وأهدافها، ويقدم نبذة موجزة عن تطورها التاريخي، ويناقش بعض القضايا المهمة ذات العلاقة بها، وتعالج الفصول الثمانية الأخرى في الكتاب فئات الإعاقة الرئيسية وهي التخلف العقلي، وصعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية، والإعاقة الجسمية، والإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية، والاضطرابات الكلامية واللغوية، إضافة إلى التفوق والموهبة باعتبارهما فئة تربوية خاصة. وتبين هذه الفصول ماهية تلك الفئات، والعوامل السببية المرتبطة بها، وأبعادها النفسية - التربوية، والاعتبارات التربوية الخاصة بها.

إن المعرفة العلمية المتوفرة لنا في الوقت الحاضر حول الإعاقات المختلفة إنما هي نتائج الأعمال الخلاقة والجهود المخلصة للباحثين والممارسين من دول عديدة، فمثل هذه الأعمال أدت إلى انبثاق نظريات مفيدة وتطبيقات عملية بناءة، ونأمل أن نكون قد وفقنا في عرض مبادئ التربية الخاصة ومجالاتها، وندعو الله سبحانه وتعالى أن يكون عملنا هذا عملاً مفيداً يسهم في دفع حركة التربية الخاصة في دولنا العربية إلى الأمام.

الدكتور جمال الخطيب

الدكتورة منى الحديدي

1

الفصل الأول

التربية الخاصة

تمهيد:

الإعاقة ظاهرة تنتشر في كافة المجتمعات الإنسانية، والأفراد المعوقون أفراد قبل أي شيء فهم بحاجة إلى أن تتاح لهم الفرص المناسبة للتعلم والنمو وأن يعيشوا ككل الأفراد في المجتمع. ولكنهم أفراد لديهم حاجات إضافية وخاصة لا توجد لدى الأفراد الآخرين.

ويتناول هذا الفصل معنى التربية الخاصة، ويوضح الفئات الأساسية التي تحتاج إليها. ويبين الفصل أيضاً أهم المصطلحات والمفاهيم ذات العلاقة بميدان التربية الخاصة. ويلقي الفصل الضوء على التطور التاريخي لهذه المهنة ويناقش استراتيجيات التدريس المستخدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، كذلك يتناول الفصل أهم المبادئ التي يستند إليها تعليم ذوي الحاجات الخاصة. وفي الجزء الأخير، يتناول الفصل الواقع الراهن للتربية الخاصة والتطلعات المستقبلية في هذا المجال.

التربية الخاصة: ما هي؟

التربية الخاصة (Special Education) مهنة شهدت تطورات مذهلة وحقت إنجازات هائلة في العقود الماضية، إنها مهنة تعنى بالدفاع عن حقوق الأفراد ذوي الحاجات الخاصة (المعوقين والمتفوقين) وتسعى لتطوير البرامج التربوية والعلاجية الفعالة لتدريبهم وتعليمهم.

فالتربية الخاصة تعنى بكلتا المجموعتين، فكما أن للمعوقين حاجات تربوية خاصة فإن لدى المتفوقين أيضاً حاجات تعليمية لا تستطيع المدرسة العادية تلبيتها بالطرق التقليدية، إنها استراتيجية منظمة وهادفة تنفذها المجتمعات الإنسانية لتلبية الحاجات الفردية للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة. وعلى وجه التحديد، يعرف هيوارد (Heward, 2002) التربية الخاصة بأنها مهنة لها أدواتها وأساليبها وجهودها البحثية التي تركز بمجملها على تطوير العملية التعليمية وتحسين أساليب تقييم الحاجات التعليمية للأطفال والراشدين ذوي الحاجات الخاصة. ومن البعد العملي، فالتربية الخاصة جملة من الأساليب الفردية والمنظمة تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، ومواد ومعدات خاصة، وطرائق تربوية خاصة ومكيفة، وإجراءات علاجية محددة تهدف إلى مساعدة ذوي الحاجات الخاصة على تحقيق الحد الأعلى الممكن من الكفاية الذاتية الشخصية والنجاح الأكاديمي.

يجب إيلاء اهتمام أكبر بالوقاية من الإعاقة وبالتعرف والتدخل المبكر لمساعدة الأطفال ودعم أسرهم، وبعلاقات تشاركية أقوى مع أولياء الأمور، ودمج الأطفال في المدارس المحلية والمجتمع المحلي، وبتعداد الأشخاص المعوقين لحياة الرشد وإتاحة الفرص لهم

للإفادة من كل الخدمات المتوفرة في المجتمع. ونحتاج أيضاً إلى أن نتعلم أن نصغي إلى الأشخاص المعوقين وأن نوفر لهم فرصاً أكثر لاتخاذ القرارات ليتسنى لهم ممارسة درجات أكبر من تقرير المصير (Mittler, 1992).

الأفراد ذوو الحاجات الخاصة: من هم؟

الأفراد ذوو الحاجات الخاصة هم الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة والتأهيل والخدمات الداعمة لهما ليتسنى لهم تحقيق أقصى ما يمكنهم من قابليات إنسانية، إنهم يختلفون جوهرياً عن الأفراد الآخرين في واحدة أو أكثر من مجالات النمو والأداء التالية: المجال المعرفي، والمجال الجسدي، والمجال الحسي، والمجال السلوكي، والمجال اللغوي، والمجال التعليمي. وبناء على ذلك، فإن الفئات الرئيسية التي تحتاج إلى خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة لها هي الفئات الثماني التالية:

- (أ) الإعاقة العقلية
(ب) الإعاقة الجسدية
(ج) الإعاقة السمعية
(د) الإعاقة البصرية
(هـ) صعوبات التعلم
(و) اضطرابات السلوك
(ز) اضطرابات التواصل
(ح) الموهبة والتفوق

الجدول رقم (1 - 1)

الفئات الخاصة الرئيسية

الوصف	الفئة
انخفاض ملحوظ في الذكاء والسلوك التكيفي. واعتماداً على مستوى تدني الذكاء عن المتوسط تصنف الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات هي: بسيطة - (55 - 70)، متوسطة (40 - 55)، شديدة (25 - 40)، شديدة جداً (دون 25).	الإعاقة العقلية (Mental Retardation)
اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات السيكولوجية الأساسية اللازمة لفهم اللغة واستخدامها، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو الحساب.	صعوبات التعلم (Learning Disabilities)
اختلاف السلوك الانفعالي أو الاجتماعي اختلافاً جوهرياً عما يعتبر سلوكاً طبيعياً مثل: الانسحاب، والعدوان، وعدم التكيف، والافتقار إلى النضج، والجنوح، واضطراب الشخصية.	اضطرابات السلوك (Behavior Disorders)
أنواع مختلفة من العجز أو الاضطراب الجسدي أو الصحي مما يحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه بشكل طبيعي أو التحمل الجسدي أو القدرة على التنقل بشكل مستقل.	الإعاقة الجسمية (Physical Disability)

فقدان البصر الكلي (العمى) أو الجزئي (الضعف البصري) مما يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة البصر بشكل وظيفي في التعلم والأداء في الحياة اليومية	الإعاقة البصرية (Visual Impairment)
فقدان السمع الكلي (الصمم) أو الجزئي (الضعف السمعي) مما يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع في تعلم اللغة والتواصل مع الآخرين	الإعاقة السمعية (Hearing Impairment)
أخطاء أو عجز في الكلام أو اللغة مما يحد من قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي.	الاضطرابات الكلامية واللغوية (Speech/ Language Disorders)
قدرات متميزة في الأداء العقلي أو التحصيل أو القيادة الاجتماعية أو الإبداع والتميز في الفنون الأدائية والبصرية وغيرها مما يتطلب توفير برامج وخدمات لا توفرها المدارس تقليدياً.	الموهبة والتفوق (Talent and Gift- edness)

وبعبارة أخرى، فالشخص ذو الحاجات الخاصة هو الشخص الذي يختلف اختلافاً ملحوظاً عن الأفراد الذين يعتبرهم المجتمع أشخاصاً طبيعيين أو عاديين. إنه الفرد الذي يكون نموه أعلى من المتوسط أو أدنى منه بشكل جوهري. والمقصود بالاختلاف الملحوظ أو الجوهري هو الاختلاف الذي يتعدى حدود المدى الطبيعي للاختلاف أو التباين، فالمتوسط ليس خطأ ولكنه مدى واسع نسبياً وكثيرون جداً هم الذين يختلفون عن الوسط النظري دون أن يعتبروا ذوي حاجات خاصة لأن اختلافهم لا يجعلهم يصنفون خارج مدى التباين الطبيعي أو الاعتيادي (Olson & Platt, 1999)

المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة

الاعتلال (القصور):

تستخدم المراجع العلمية مصطلح الاعتلال أو الضعف أو القصور (Impairment) للإشارة إلى أدنى درجات الاختلاف عما هو طبيعي أو اعتيادي، وقد يكون هذا الاختلاف نفسياً أو جسماً وقد يكون مؤقتاً أو دائماً. وعلى وجه التحديد، فالاعتلال مصطلح انبثق عن الأدبيات الطبية. وثمة حاجة إلى الكشف عن الاعتلال ومعالجته مبكراً لكي لا يتحول إلى عجز.

العجز:

يستخدم مصطلح العجز (Disability) للإشارة إلى الحالة التي قد تنجم عن الاعتلال أو القصور، والعجز حالة قابلة للقياس طبيياً بطريقة موضوعية (مثل فقدان يد أو جزء من يد)،



ولكن مصطلح العجز يستخدم أيضاً للإشارة إلى حالات الاضطراب التعليمي أو الاجتماعي.

الإعاقة:

مصطلح الإعاقة (Handicap) مصطلح عام أقل موضوعية من حيث القابلية للقياس من مصطلحي الاعتلال والعجز، فهو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة. وتبعاً لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة.

مصطلحات أخرى:

ثمة مصطلحات مختلفة تستخدم للإشارة إلى حالات العجز والإعاقة ومنها: الاضطرابات (Disorders)، والحالات الخاصة (Exceptionalities) كذلك تستخدم مصطلحات أخرى في العلوم الطبية ومنها: التشوهات (Deformities) والعيوب (Defects) وعلى أي حال، فالمصطلح الأكثر قبولاً حالياً هو مصطلح الأفراد ذوو الحاجات الخاصة (Individuals with special needs) لما للمصطلحات السابقة جميعاً من مدلولات سلبية.

نسبة حدوث الإعاقة:

إن تحديد نسبة حدوث الإعاقات في المجتمعات أمر بالغ الصعوبة. فذلك يعتمد بالضرورة على التعريفات المعتمدة وعلى نظم التصنيف المستخدمة لتمييز فئات الإعاقة وعلى الأدوات والمقاييس المتداولة. ولكن تعريفات الإعاقة تتصف عموماً بكونها عامة مما يسمح بتفسيرات مختلفة وبالتالي إلى تباين كبير في تقديرات نسبة حدوث الإعاقة. كذلك فإن تعريف الإعاقة يتطلب تطوير معايير وأساليب كشف وتقييم محددة تتمتع بالوضوح والمصدقية ولكن ذلك ما يزال أمراً صعباً. وأخيراً فإن تحديد نسب حدوث الإعاقة يتقرر في ضوء مصادر الدعم المتوفرة للدراسات المسحية الشاملة والعلمية وفي ضوء الكفايات التي يمتلكها المهنيون ذوو العلاقة. فإذا كان الدعم محدوداً وإذا كان هناك نقص كبير في المهنيين القادرين على تصميم

وتنفيذ الدراسات الميدانية فإن معرفتنا بالنسب الحقيقية لحدوث الإعاقات ستكون محدودة (Hallahan & Kauffman, 2002).

تختلف نسب وأنماط الإعاقات الموجودة لدى الأطفال في الدول النامية عن تلك المألوفة في المجتمعات الغربية، فالإعاقات الحسية أكثر شيوعاً - حيث ان هناك مناطق في افريقيا يعاني ثلث السكان فيها من كف البصر، وتصبح أعداد أخرى من الأطفال ذات إعاقة نتيجة الالتهابات مثل التهاب السحايا والدماغ، وبسبب سوء التغذية الشديد والمستمر، ونقص اليود، وإصابات الرأس، وكنتيجة مباشرة للصراعات المسلحة والحروب الأهلية (Mittler, 1991).

وعلى أي حال، هناك إجماع عالمي على أن ما يزيد عن 10% من الأطفال في سن المدرسة في أي مجتمع يعانون من إعاقة ما الأمر الذي يتطلب تزويدهم ببرامج تربوية خاصة، وتجدر الإشارة إلى أن المؤسسات والمنظمات الدولية ذات العلاقة تقدر نسبة حدوث الإعاقات في الدول النامية بحوالي 15%. ومهما يكن الأمر، فمن الواضح كل الوضوح إن نسبة غير قليلة من الأطفال في أي مجتمع بحاجة إلى تربية خاصة، هذا ويوضح الجدول رقم (1 - 2) نسبة انتشار الإعاقات المختلفة حسبما تقدرها معظم مراجع التربية الخاصة.

الجدول رقم (1 - 2)

نسبة حدوث فئات الإعاقة الرئيسية

النسبة التقريبية لحدوثها من مجموع السكان	التعريفات	فئة الإعاقة
2 - 3%		التخلف العقلي
3 - 5%		صعوبات التعلم
0.6%		الإعاقة السمعية

0.1%		الإعاقة البصرية
0.5%		الإعاقة الجسمية
2%		الاضطرابات السلوكية
3 - 3.5%		اضطرابات الكلام واللغة
12.2%-14.7%		المجموع الكلي

تاريخ التربية الخاصة:

الإعاقة ليست ظاهرة حديثة بل هي ظاهرة عرفتتها المجتمعات الإنسانية منذ أقدم العصور، إلا أن تربية الأطفال والشباب المعوقين مهنة حديثة العهد نسبياً حيث أن المحاولات الأولى لتربية وتدريب الأشخاص المعوقين تمت جذورها في بدايات القرن الثامن عشر في الدول الأوروبية.

وقد كتب هيوارد (Heward, 2002) يقول أن استجابات المجتمعات الإنسانية للمعوقين قد شملت عملياً جميع ردود الفعل والانفعالات الإنسانية وانها تراوحت بين الإبادة والخرافة والسخرية والشفقة والعزل من جهة والدراسة العلمية وتوفير الخدمات والاحترام بوصفهم بشراً أولاً ومعوقين ثانياً من جهة أخرى. وبلغه أخرى، إن تاريخ التربية الخاصة تاريخ طويل نابض بالحياة والحيوية ويتضمن بحد ذاته دراسة مثيرة للاهتمام لتطور المجتمعات البشرية.

وفي المجتمعات الإنسانية البدائية، كان البقاء هو الهدف الأساسي في الحياة، ولذلك كان المعوقون يهملون بل وأحياناً يقتلون ليعيش أفراد الجماعة الآخرون. فالأغريق والرومان القدماء كانوا يرسلون المعوقين إلى أماكن نائية ليلاقوا مصيرهم المحتوم. وعندما أصبح البقاء أحد



أهداف الحياة وليس هدفها الوحيد أصبح المعوقون بمثابة تسلية للأغنياء والمرفهين حيث كانت الاعتقادات الخرافية سائدة وشائعة على نطاق واسع (Shea & Bauer, 1996).

وشجعت الديانات السماوية المجتمعات على توفير الحماية للمعوقين وأصبح الناس يتعاملون معهم من منظور الشفقة، فأنشئت دور رعاية خاصة للعناية بالمعوقين أو كانوا يتركون في بيوتهم دون توفير أية خدمات تربوية أو تأهيلية لهم. ومع تغيّر الاتجاهات نحو المعوقين أصبحت المعاملة إنسانية أكثر إلا أن أحداً لم يكن يؤمن بإمكانية تعديل سلوكهم (Krik & Gallagher, 1989).

وفي نهاية القرن الثامن عشر حدثت تغيرات هامة اشتملت على تطوير أساليب فعالة لتعليم الأطفال الصم والأطفال المكفوفين وتلى ذلك انبثاق أساليب تربوية فعالة للأطفال المتخلفين عقلياً والمضطربين سلوكياً وذلك في بدايات القرن التاسع عشر. وفي النصف الأخير من القرن التاسع عشر ابتدأت بعض الدول تخصص صفوفاً خاصة للأطفال المعوقين في المدارس الحكومية واستمرت تلك الممارسة واتسعت. وبعد ذلك تطور الاهتمام بدمج المعوقين في الصفوف العادية إلى الحد الأقصى الممكن وذلك بفعل الجهود الكبيرة التي بذلها أولياء الأمور والأخصائيون في ميدان التربية الخاصة. فقد لعب الآباء والأمهات دوراً هاماً في تطوير الخدمات التربوية الخاصة وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأوروبية وذلك منذ عقد الخمسينات. وتمثل ذلك الدور بإنشاء الجمعيات المحلية والوطنية التي سعت إلى زيادة وعي المجتمع بحقوق الأطفال المعوقين وتفعيل الخدمات المقدمة لهم، وتشجيع التشريعات التربوية التي تضمن حق الجميع في التعليم الفعال (Hunt, 1999).

كذلك كان للمؤسسات والمنظمات التربوية الخاصة المحلية والإقليمية والدولية دور بالغ

الحيوية في الدفاع عن حقوق الأفراد المعوقين. وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أن عدد هذه المؤسسات والجمعيات في الدول العربية في الوقت الراهن أصبح بالمئات. هذا ويبين الجدول رقم (1 - 3) أسماء بعض الرواد والأعلام في تاريخ التربية الخاصة ويوضح الإسهامات الرئيسية لكل منهم (Kirk & Gallagher, 1989)

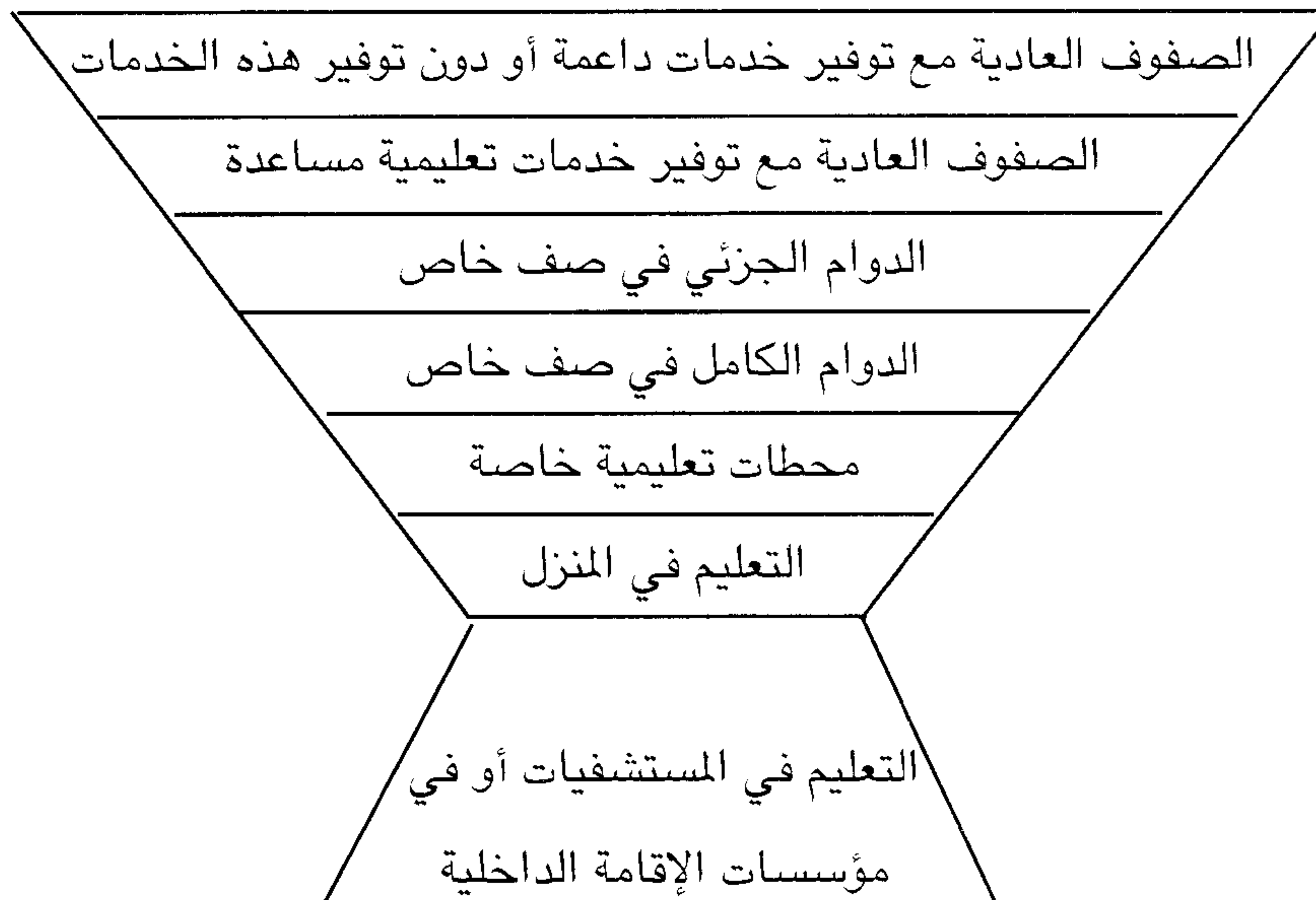
الإسهام الرئيسي	الجنسية	الاسم
إمكانية استخدام منهجية البحث ذات المنحى الفردي لتطوير طرائق التدريب الفعالة للمتخلفين عقلياً.	فرنسي	جين ايتارد (1775 - 1838)
أن المعوقين قادرين على التعلم ويجب تزويدهم ببرامج تربوية منظمة.	أمريكي	سامويل هوي (1801 - 1876)
إمكانية تعليم المتخلفين عقلياً باستخدام برامج تدريب حسي - حركي	فرنسي	إدوارد سيجوين (1812 - 1880)
موروثية الذكاء	بريطاني	رانسيس جالتون (1822 - 1911)
إمكانية قياس الذكاء وإمكانية تدريب وتطوير القدرات العقلية	فرنسي	ألفرد بينيه (1857 - 1911)
استخدام نظام النقاط البارزة لتعليم المكفوفين	فرنسي	لويس بريل (1809 - 1852)
امكانية تعليم الصم مهارات التواصل باستخدام التهجئة بالأصابع	أمريكي	توماس جالوديت (1787 - 1851)
إمكانية تعليم الكلام للصم وإمكانية استخدامهم للسمع المتبقي.	أمريكي	الكساندر بل (1847 - 1922)
فاعلية التدخل العلاجي المبكر المتضمن خبرات ملموسة خاصة.	إيطالية	ماريا مونتسوري (1870 - 1952)
استخدام اختبارات الذكاء للتعرف إلى طبيعة التفوق العقلي	أمريكي	لويس تيرمان (1877 - 1956)
بعض الأطفال يظهرون أشكالاً محددة من صعوبات التعلم تعود للتلف الدماغي، وهذه الصعوبات يمكن معالجتها بالتدريب الخاص.	ألماني	ألفرد ستراوس (1897 - 1957)

بدائل خدمات التربية الخاصة:

منذ بداية عقد السبعينات من القرن الماضي، أصبحت مراجع التربية الخاصة تتحدث عن هرم للأوضاع أو الأماكن التي يمكن إلحاق الطلبة ذوي الحاجات الخاصة فيها لكي يتلقوا خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة لها.

وقد تم وصف هذا الهرم منذ ما يزيد على ثلاثة عقود من قبل دينو (DENO, 1970)

ويتضمن هذا الهرم سبعة مستويات أقلها تقييداً الصف العادي وأكثرها تقييد المؤسسات الداخلية (انظر الشكل رقم 1 - 1).



الشكل (1 - 1) : هرم بدائل (أوضاع) التربية الخاصة (نقلاً عن DENO, 1970)

1 - الصف العادي (Regular Classroom):

في الحد الأدنى من الخدمات التربوية الخاصة يقوم معلم الصف العادي بتحديد الحاجات التعليمية الفردية للطالب ذي الحاجات الخاصة ويسعى لتبنيها عن طريق توفير الأدوات اللازمة وتعديل أساليب التدريس المستخدمة. وإذا كان معلم الصف العادي يمتلك الخبرات والمهارات اللازمة فقد لا يكون هناك حاجة لتدخل الأخصائيين. ولكن الوضع يتطلب غالباً دعم معلم الصف العادي لافتقاره إلى المهارات اللازمة لتعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. وتطلق أدبيات التربية الخاصة مصطلح فريق مساندة الدمج (Mainstream Assistance Team) على مجموعة الأخصائيين التي يتم تشكيلها على مستوى المدرسة العادية لمساعدة المعلم العادي على إيجاد حلول مناسبة للمشكلات التي يواجهها الطلبة ذوو الحاجات الخاصة وللحيلولة دون تحويلهم إلى خدمات التربية الخاصة. وتسمى الإجراءات التي يتم تنفيذها لتحقيق هذا الهدف التدخل ما قبل الإحالة (Prereferral Intervention). ويعتبر هذا البديل الأكثر قبولاً في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة البسيطة فهو ينسجم ومبادئ حقوق الإنسان وتساوي الفرص التعليمية (Abler, 2000).

ولكن الحاجات الخاصة للطالب قد يصعب تلبيتها من قبل معلم الصف العادي دون توفير المزيد من الدعم له وعندئذ يمكن الاستعانة بمعلم التربية الخاصة المستشار (Consultant Teacher). والمعلم المستشار غالباً ما يكون من حملة درجة الماجستير في التربية الخاصة ويتمثل دوره في توجيه معلم الصف العادي أو إحالته إلى مصادر المعلومات والدعم المناسبة، أو تدريبه على كيفية تعديل واستخدام الأدوات وأساليب التدريس.

وإذا لم يكن ذلك كافياً، فقد يكون هناك حاجة إلى أن يقوم معلم التربية الخاصة المتنقل (Itinerant Teacher) بدعم وتعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في الصف العادي. فهذا المعلم يقوم بزيارات دورية لهؤلاء الطلبة في صفوفهم لتدريبهم فردياً أو ضمن مجموعات صغيرة، وقد يعمل أيضاً على دعم معلم الصف العادي بالأدوات والأساليب الخاصة (He-ward, 2002).

2 - غرفة المصادر (Resource Room):

معلم غرفة المصادر هو معلم تربية خاصة يعمل في مدرسة عادية ويأتي الطلبة ذوو الحاجات الخاصة إلى غرفته ضمن مجموعات صغيرة لتلقي خدمات التربية الخاصة. وغالباً ما يأتي الطلبة إلى غرفة المصادر بواقع حصة أو حصتين يومياً. وغرفة المصادر هي أكثر البدائل استخداماً لتعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم إلا أنه يمكن استخدامها لتعليم الطلبة ذوي الإعاقات الأخرى (Waldroom, 1995).

3 - الصف الخاص (Special Class):

الصف الخاص هو صف في مدرسة عادية يتلقى فيه الطلبة ذوو الحاجات الخاصة تعليمهم على يدي معلم تربية خاصة. وغالباً ما يلتحق الطلبة بهذا الصف لمدة 50% من اليوم الدراسي إذا كانت حاجاتهم الخاصة بسيطة. ويعرف هذا الصف في هذه الحالة بالصف الخاص بدوام جزئي (Part-time Special Class). أما إذا كانت حاجاتهم شديدة فهم يتلقون كل تعليمهم فيه ويعرف هذا الصف عندئذ بالصف الخاص بدوام كامل (Full - Time Special Class).

معلم التربية الخاصة المبتدئ

يواجه معلمو التربية الخاصة المبتدئون تحديات متنوعة، فالانتقال من دور الطالب الجامعي إلى دور المعلم قد لا يكون سهلاً ذلك أن ثمة فروقاً كبيرة بين ما يتم تدريسه في المساقات وما يتم مواجهته ميدانياً. والسنة الأولى من العمل في ميدان التربية الخاصة

تترك أثراً بالغاً على الحياة الشخصية والمهنية للمعلم. ولكي تكون الخبرات في هذه السنة إيجابية وبناءة تقدم أدبيات التربية الخاصة كثيراً من المقالات والكتب التي تهدف إلى دعم المعلم المبتدئ وتعريفه باستراتيجيات التدبر وبناء العلاقات مع الآخرين وتنظيم غرفة الصف وغير ذلك من الأدوار الرئيسية المتوقعة منه. وهناك عشرات المقالات التي نشرت حول هذا الموضوع في مجلات التربية الخاصة في السنوات الماضية وخاصة مجلة تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (Teaching Exceptional Children). ولعل أفضل الكتب التي تناولت هذا الموضوع الكتاب التالي:

Cohen. M., Gale. M. & Meyer, J. (1994) Survival guide for the first - year special education teacher. Council for Exceptional Children.

وجدير بالذكر أن نسخة معربة من هذا الكتاب تتوفر في بعض المكتبات حالياً.

4 - المدرسة الخاصة النهارية (Special Day School):

هي مؤسسة مصممة ومعدة لتعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة وهي مدرسة تعزل الطلبة ذوي الحاجات الخاصة عن أقرانهم الطلبة العاديين بحجة أن لديهم حاجات لا تستطيع المدرسة العادية تلبيتها. ويعمل في المدرسة الخاصة فريق من ذوي التخصصات المختلفة (التربية الخاصة، والعلاج الطبيعي، والعلاج النطقي، الخ). ويتوفر فيها مناهج تدريبية وأدوات ومعدات خاصة. وبالرغم من تحفظات البعض على هذا البديل وانتقادهم له على خلفية عزل الأفراد ذوي الحاجات الخاصة، إلا أن البعض الآخر يرى أنه بديل ملائم لبعض فئات الإعاقة من جهة وعند عدم توفر البدائل الأخرى من جهة أخرى (Gargiulo, 2002).

التعليم في المنزل (Home - Bound Instruction)

يشتمل التعليم في المنزل كما هو واضح على تنفيذ البرامج التعليمية والتدريبية للطلاب المعوق في منزله عندما تستدعي حالته النفسية ذلك. وغالباً ما يعتمد هذا البديل لتعليم الطلبة المعوقين جسماً، إلا أنه يستخدم أيضاً مع بعض الطلبة ذوي الإعاقات الانفعالية/ السلوكية. وبالمثل، يتم التعليم في المستشفى (Home - Bound Instruction) عندما تقتضي الضرورة ذلك وعندما لا تتوفر بدائل عملية أخرى.



المؤسسات الداخلية (Residential Institutions):

أكثر البدائل عزلاً هي مؤسسات الإقامة الداخلية التي يلتحق فيها الشخص المعوق لمدة أربع وعشرين ساعة في اليوم وينفصل عن أسرته. ويعارض معظم التربويين حالياً الإيواء في مؤسسات داخلية. وفي الدول العربية تسمى هذه المؤسسات بدور أو مراكز الرعاية. وغالباً ما تخدم هذه المؤسسات فئة إعاقة محددة (المكفوفين مثلاً) ولكنها قد تخدم أشخاصاً ذوي إعاقات مختلفة وبخاصة عندما تكون من المستوى الشديد.

التسمية والتوصيف (Labeling):

لقد أخذت التربية الخاصة منحى تصنيفياً (Categorical Approach) منذ بداياتها الأولى. ونقصد بذلك أن الأفراد الذين تقدم لهم خدمات التربية الخاصة يصنفون إلى فئات (مثل: المتخلفين عقلياً، الصم، المعوقين حركياً، الخ). فالاعتقاد هو أن تطوير نظام لتنظيم المعلومات حول خصائص الأفراد ذوي الحاجات المناسبة ضروري لتلبية حاجاتهم، ولكن هذه الممارسة تنطوي على مخاطر (Haring, 1982) فالأفراد ذوو الحاجات الخاصة يشكلون فئات غير متجانسة ولا تستطيع أي فئة وصف كافة خصائص الفرد وحاجاته. ومن أهم ما يميز التربية الخاصة اهتمامها بالفروق الفردية. كذلك تتميز التربية الخاصة بأنها تتعامل مع الأشخاص المعوقين باعتبارهم أفراداً أولاً ولديهم إعاقات ثانياً، ومن المتعذر تقديم الخدمات الملائمة للشخص المعوق بناء على الفئة التي ينتمي إليها. فالأصل هو أن يتم ذلك بناء على حاجاته الفردية (Smith, 2003). وإذا كان الأمر كذلك، فلماذا يتم تصنيف الأشخاص المعوقين إلى فئات؟ ولماذا يستمر الأخصاصيون بإطلاق التسميات عليهم مع أن نظام التوصيف والتصنيف ينطوي على مدلولات سلبية عديدة؟ وإذا كنا ننادي بإلغاء نظام التوصيف

الراهن فما هو البديل؟ ما هو المصطلح البديل للتخلف العقلي أو لاضطراب السلوك مثلاً؟ إن التسميات لها سلبيات ولكن لها إيجابيات أو استخدامات أيضاً. وفي هذا الجزء من الفصل نناقش أهم إيجابيات التسميات وسلبياتها.

السلبيات :

- 1 - التوصيف نادراً ما يعكس الحاجات التربوية والتدريبية للشخص.
- 2 - بعض نظم التصنيف عامة ومتساهلة إلى حدّ يسمح بوصف الطفل غير المعوق بأنه طفل معوق بسهولة نسبياً.
- 3 - بعض التسميات تستخدم بشكل غير دقيق وبشكل غير منصف بحيث يمكن استثناء بعض الطلبة من الصف العادي لتحيزات شخصية.
- 4 - التسميات تخفض مفهوم الذات لدى الشخص الذي يتم تشخيصه وتصنيفه وتعرضه للسخرية والعزل من الآخرين.
- 5 - التسميات توحي بأن حالة الشخص دائمة وأن الاضطراب لديه ثابت ومستقر ويتطلب تدخلاً علاجياً طويلاً المدى.
- 6 - التسميات لها تأثيرات سلبية على سلوك الفرد وعلى توقعات الآخرين منه، حيث يصبح من المنطقي أن ينتظر منه أن يتصرف وفق التسمية المعطاة له.

وقد بينت ذلك دراسة مشهورة قام بها روزنتال وجيكوبسين (Rosenthal & Jacobsen, 1968). وفي هذه الدراسة تم توزيع عدد من الطلبة في المرحلة الابتدائية إلى مجموعتين، وأبلغ المعلمون أن المجموعة الأولى لديها ببطء تعلم والمجموعة الثانية لديها قابلية للتطور بشكل أفضل مع أن المجموعتين كانتا متكافئتين في القدرات فعلياً. وقد أشارت النتائج إلى أن أداء الطلبة عكس تماماً التوقعات منهم بمعنى أن المعلمين بعد فترة أفادوا بأن أفراد المجموعة الأولى لم يتحسنوا وأن أفراد المجموعة الثانية تحسنوا. وهذا ما يعرف بأثر روزنتال (Rosenthal Effect) أو بالتنبؤ المحقق لذاته (Self - Fulfilling Prophecy). ورغم أن دراسات لاحقة شككت في نتائج هذه الدراسة على أسس منهجية إلا أن أثر التوقعات أصبح معروفاً في الوقت الحالي. كذلك معروف أن الناس يتعاملون مع الشخص الذي يطلق عليه لقب تشخيصي بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لم يتم تشخيصهم. فمواقفنا من الأفراد تصبح متحيزة بسبب توصيفهم وتصنيفهم.

8 - الاختبارات التي يتم استخدامها لتشخيص وتوصيف الأفراد هي اختبارات تفتقر إلى الدقة والموضوعية في حالات كثيرة (Hallahan & Kauffman, 2002).

الإيجابيات :

- 1 - التوصيف مفيد من النواحي الإدارية والتنظيمية فهو يسمح بتقديم الخدمات وتمويل البحوث العلمية وما إلى ذلك.
- 2 - التوصيف يسهل التواصل فيما بين الاختصاصيين.
- 3 - التوصيف يسمح بتركيز الضوء على الأشخاص المعوقين مما يدفع بالمجتمع إلى تطوير البرامج المناسبة لتلبية حاجاتهم.
- 4 - معظم أدبيات التربية الخاصة تأخذ منحى توصيفياً (Hallahan & Kauffman, 2002).

الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة، والتربية الخاصة، والتأهيل

يقدم هذا الدليل (المعجم) تعريفات لأكثر من ألف وستمئة مصطلح شائع الاستخدام في ميدان التربية الخاصة. ويشتمل كل تعريف على المعنى العلمي للمصطلح ومدلولاته الوظيفية ويقع الدليل في اثني عشر باباً رئيسياً تتناول كافة فئات الإعاقة ومجالات التربية الخاصة. ويقدم الدليل أمام كل مصطلح باللغة العربية المصطلح الذي يقابله باللغة الإنجليزية، ويضم الدليل في نهايته كشافين للمصطلحات أحدهما باللغة العربية وثانيهما باللغة الإنجليزية، للاستفسار عن الدليل، يمكن الاتصال بالعنوان التالي:

المكتب التنفيذي

ص.ب (26303) - المنامة - البحرين - هاتف : 530202 - فاكس 530753

بريد إلكتروني: glcl@batelco.Com.Bh

استراتيجيات التدريس في التربية الخاصة

إن لدى الطلبة ذوي الحاجات الخاصة خصائص وحاجات متباينة إلى أبعد الحدود، واستناداً إلى ذلك غالباً ما تشير الأدبيات المتخصصة إلى أن أهم ما تتميز به التربية الخاصة هو مراعاة الفروق الفردية بين المتعلمين. وما البرنامج التربوي الفردي الذي ينبغي تطويره وتنفيذه إلا خير دليل على أن لكل طالب حاجاته الفردية. وبناء على ذلك، فمن المتعذر الحديث عن أسلوب تدريسي واحد يلائم جميع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة (Gargiulo, 2002).

وفي الحقيقة ثمة ما يبرر تساؤل البعض حول ما إذا كان هناك فعلياً أساليب لتدريس



الطلبة ذوي الحاجات الخاصة تختلف عن تلك التي يتم استخدامها لتعليم الطلبة بوجه عام. ولعل الفرق يكمن في طريقة تنفيذ الأسلوب أكثر مما يكمن في طبيعته، فالتعليم الفعال هو تعليم فعال بصرف النظر عما إذا كان الطالب طالباً عادياً أو طالباً ذا حاجات خاصة. وبعبارة أخرى فالتدريس الجيد له مواصفات وشروط أساسية لا تختلف جوهرياً باختلاف المتعلم. وبدقة أكثر، ثمة من يرى أن من الخطأ الحديث عن فئتين من الطلبة (عاديين وذوي حاجات خاصة) أو فئتين من أساليب التدريس، (الخ، Stainback & Stainback, 1984).

ولكن ذلك لا يعني عدم وجود جملة من المبادئ والموجهات العامة لتدريس الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. وتصنف المراجع العلمية أساليب التدريس المستخدمة في التربية الخاصة إلى فئتين رئيسيتين هما:

(1) التربية التصحيحية أو العلاجية (Remedial Education) وتهدف إلى مساعدة الطالب ذي الحاجات الخاصة على اكتساب المهارات اللازمة للتغلب على الصعوبات التي تفرضها حالات الإعاقة، وتطوير أدائه، وكبح الاستجابات غير المناسبة وتشجيع الاستجابات المناسبة التي تصدر عنه.

(2) التربية التعويضية (Compensatory Education) التي تتضمن توظيف أدوات ومعدات ووسائل مكيّفة أو معدلة لتحقيق الأهداف التي يتعذر تحقيقها عن طريق البرامج العلاجية والتصحيحية (Heward, 2002).

ويشتمل التدريس الفعال في التربية الخاصة، شأنه شأن التدريس الفعال عموماً، على:

- (أ) التخطيط للتدريس (تحديد الأهداف، واختيار طريقة تنفيذ التدريس وتبني توقعات واقعية من الطلبة)
- (ب) إدارة التدريس وتنظيمه (التحضير للدرس، وإدارة الوقت الصفّي، وتنظيم البيئة التعليمية).
- (ج) تنفيذ التدريس (تقديم المحتوى وعرضه بطريقة مناسبة، ومتابعة تعلم الطلبة، وتكييف التدريس عند الحاجة).
- (د) تقييم فاعلية التدريس (تقييم مستوى تقدم الطلبة، وتزويدهم بالتغذية الراجعة، وتوظيف المعلومات المتوفرة لاتخاذ القرارات التربوية الملائمة).
- ويقترح جيرهارت (Gearheart, 1977) مراعاة جملة من العوامل عند اختيار طريقة التدريس في مجال التربية الخاصة. ويوضح الجدول رقم (1 - 4) أهم تلك العوامل بإيجاز.

الجدول رقم (1 - 4)

العوامل التي ينبغي اختيارها عند تحديد طريقة التدريس

- (1) العمر الزمني للطلاب
- (2) الحاجات التعليمية الخاصة للطلاب
- (3) شدة الصعوبات التي يعاني منها الطالب
- (4) الإمكانيات المتوفرة للبرمجة التربوية
- (5) الكفايات المهنية للمعلمين
- (6) السياسات التربوية المعتمدة
- (7) التعليمات والأنظمة سارية المفعول في المجتمع التربوي المحلي

وثمة نظريات مختلفة قد يتأثر بها المعلم ويتبنى المبادئ التي تقدمها ومن هذه النظريات: النظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، والمنحى البيولوجي، والمنحى النفسي الدينامي، والمنحى الإنساني. ومع أن الاهتمام يجب أن ينصب على التطبيقات العملية في غرفة الصف، إلا أن التوجه الفلسفي والنظري له دور حيوي لا يستهان به في توجيهه واختيار الطرائق التي يوظفها المعلم. وبناء على ذلك، ينبغي على المعلم أن يتعرف جيداً على المناحي النظرية والفلسفية المطروحة في مجال التربية الخاصة واختيار ما يمثل منهجاً فعالاً منها. والتوجه المعاصر على

المستوى الدولي يتمثل في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس والصفوف العادية إلى أقصى درجة ممكنة. فالدمج يتوافق فلسفياً وأخلاقياً وحقوق الإنسان، ومبدأً تساوي الفرص، وديموقراطية التعليم. وعليه، ينبغي اختيار الأساليب والمناهج التي تدفع باتجاه الدمج وليس تلك التي تركز العزل (Hunt, 1999). ويحتاج المعلمون والآخرين الذين يعملون مع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة إلى معلومات موثوقة ليتسنى لهم اتخاذ القرارات المناسبة. فالقياس والتشخيص والتقييم عمليات بالغة الأهمية في ميدان التربية الخاصة حيث أنها ضرورية للكشف المبكر عن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وتحديد مستوى أدائهم الحالي، وتطوير البرامج والخدمات التصحيحية والمساندة اللازمة لهم، والحكم على فاعلية تلك البرامج والخدمات. وتناقش الفصول القادمة الاعتبارات الخاصة بالقياس والتقييم لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

البرنامج التربوي الفردي

إن أهم ما يميز ميدان التربية الخاصة هو تطوير برامج تربوية فردية (Individualized Education Programs) للأطفال المعوقين. ويشتمل البرنامج التربوي الفردي على العناصر الأساسية التالية:

1 - تحديد مستوى الأداء الحالي ويتم ذلك في ضوء المعلومات التي يجمعها فريق التربية الخاصة عن مواطن الضعف ومواطن القوة لدى الطفل من حيث التحصيل الأكاديمي، والمهارات الحياتية اليومية، والمهارات الحركية، والمهارات اللغوية، والقدرات المعرفية، والتكيف الانفعالي - الاجتماعي، والمعلومات الطبية. ويجب أن يكون وصف مستوى أداء الطفل واضحاً وشاملاً ويبين طبيعة حاجاته للتربية الخاصة والخدمات المساندة مثل العلاج الطبيعي، والعلاج النطقي، والعلاج الوظيفي... الخ. وعند تقييم حاجات الطفل ومشكلاته يجب مراعاة النقاط التالية:

(أ) يجب أن تعطى الاختبارات للطفل بلغته أو بطريقة التواصل التي يفهمها.

(ب) يجب أن تتمتع الاختبارات المستخدمة بالصدق والثبات.

(ج) يجب أن يقوم أخصائيون بتطبيق الاختبارات وفقاً لتعليمات التطبيق المعتمدة.

(د) يجب أن يقوم فريق متعدد التخصصات بتقييم الطفل.

(هـ) يجب عدم الاكتفاء باستخدام اختبار واحد لتقييم حاجات الطفل أو تشخيص حالته.

ولا تقتصر عملية تقييم الأطفال المعوقين على استخدام الاختبارات فقط ولكنها قد تشمل العديد من الأساليب والأدوات الأخرى مثل المقابلة، والملاحظة، وقوائم الشطب، وقوائم التقدير، وغير ذلك.

2 - تحديد الأهداف السنوية التي تتضمن أوصافاً عامة كونها طويلة المدى. وهي تصف ما يتوقع من الطفل تحقيقه في مجال ما من مجالات النمو في نهاية السنة الدراسية.



3 - صياغة الأهداف التعليمية قصيرة المدى والمقصود بهذه الأهداف الخطوات الفرعية أو الجزئية التي ستقود إلى تحقيق الهدف السنوي المأمول. فكل هدف سنوي يتم تحديد مجموعة أهداف قصيرة المدى. وهذه الأهداف يتم تجزئتها إلى أهداف سلوكية قابلة للقياس المباشر والدقيق وغالباً ما يتم تحليلها إلى مهارات جزئية ضمن ما يعرف باسم تحليل المهارات.

4 - تحديد الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة اللازمة. ويشمل البرنامج التربوي الفردي أيضاً تحديد الخدمات التربوية الخاصة المباشرة وغير المباشرة والخدمات المساندة والأدوات والمواد التعليمية والتدريبية.

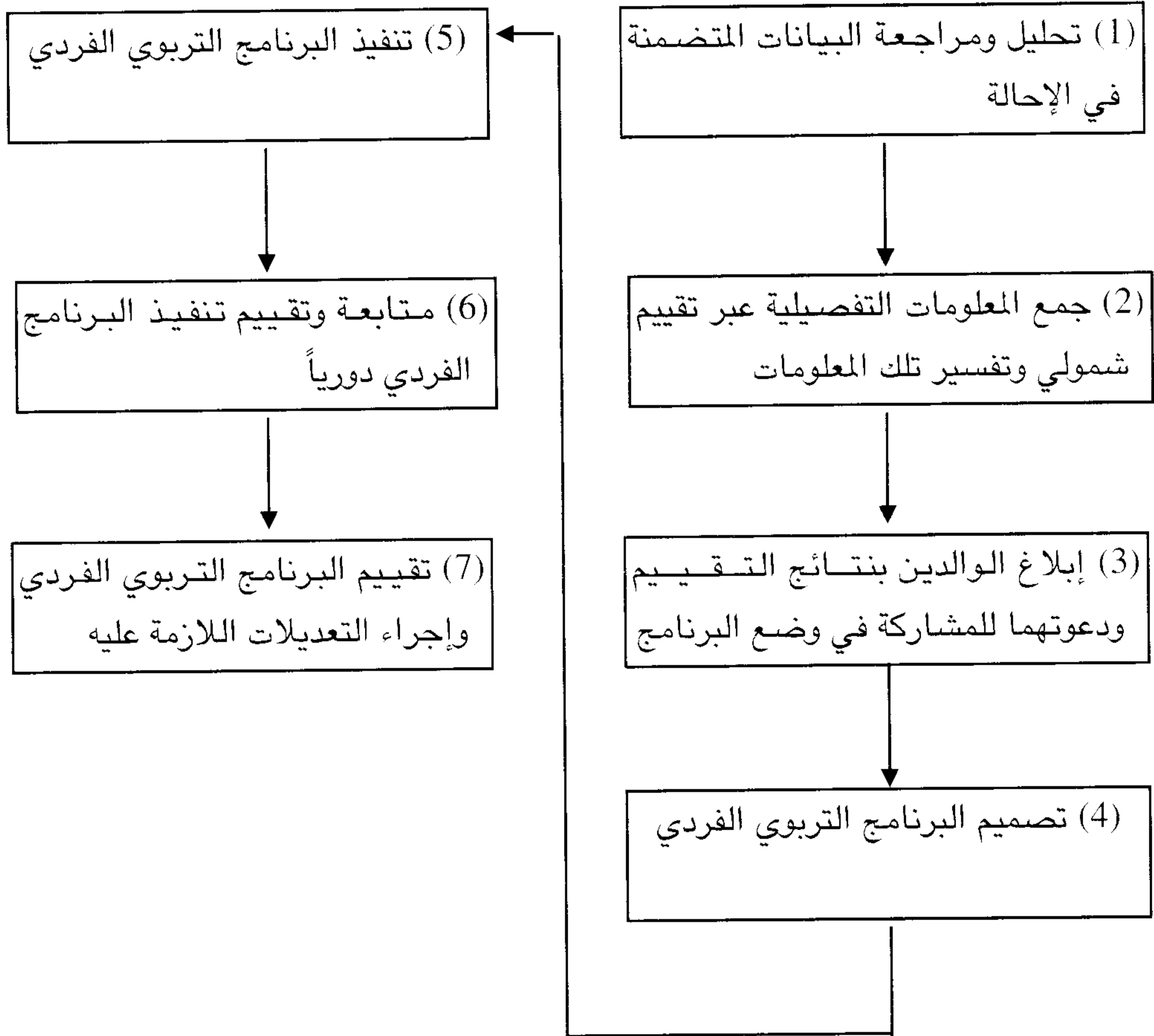
5 - تحديد معايير الأداء المقبول. والمقصود بذلك هو الإجراءات التي سيتم تنفيذها للحكم على طبيعة التغير الذي حدث في أداء الطفل ومدى تحقيق الأهداف المتوخاة.

6 - تحديد البدائل التعليمية المناسبة للطفل وتحديد موعد البدء بتنفيذ البرنامج ومدة تنفيذه والمواعيد الدورية لتقييمه وإعادة النظر في محتوياته (Alber, 2000; Gargiulo, 2002).

إن البرنامج التربوي يخدم عدة وظائف مهمة فهو يعمل بمثابة أداة تشجع التواصل بين معلمي الطفل والأخصائيين الآخرين القائمين على تربيته وتدريبه من جهة ووالديه من جهة أخرى. وهو الحكم الذي يتم الرجوع إليه لحل أية مشكلات وفض أية نزاعات تطرأ بين أولياء الأمور والأخصائيين. كذلك فالبرنامج التربوي الفردي يحدد كتابياً المواد والمعدات والوسائل

اللازمة لمساعدة الطفل المعوق وتدريبه. وهو أيضاً أداة تنظيمية تستخدم بهدف التأكد من أن الطفل المعوق يتلقى الخدمات التي من شأنها تلبية حاجاته الخاصة. وأخيراً فالبرنامج التربوي الفردي يعمل بمثابة وثيقة تسمح بالمتابعة والمساءلة. ويوضح الشكل رقم (1 - 2) الخطوات الرئيسية في تصميم وتنفيذ البرامج التربوية الفردية.

الشكل رقم (1 - 2) تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج التربوية الفردية



تشريعات التربية الخاصة:

إن لدى معظم دول العالم حالياً تشريعات وقوانين فيما يتصل بتعليم الأفراد المعوقين، ورعايتهم، وتأهيلهم. وعلى المستوى الدولي، شكل عام (1981) الذي أعلنته الأمم المتحدة عاماً دولياً للأشخاص المعوقين (International Year for Handicapped Persons) عاماً ذا

أهمية خاصة إذ شجع عدداً كبيراً من دول العالم، وبخاصة منها الدول النامية، على سن تشريعات وإصدار قوانين حول حقوق الأشخاص المعوقين. وجاءت تلك التشريعات والقوانين في معظمها متسقة مع الإعلان العالمي حول حقوق الإنسان ومع مبادئ المشاركة التامة، والمساواة وديمقراطية التعليم.

وعلى أي حال، فتشريعات التربية الخاصة وقوانينها ذات أشكال ومصادر مختلفة في دول العالم المختلفة. فبعضها إلزامي وينتج عن عدم الالتزام بها تعرض للمساءلة القانونية وبعضها الآخر لا يكتسب صفة الإلزامية بل هو أقرب ما يكون إلى شعارات وإعلانات ومواثيق لا توجد آليات عملية لتنفيذها. وبعضها جاء عاماً وغامضاً إلى حد ما واكتفى بنصوص حول حق جميع الأفراد بمن فيهم الأفراد المعوقين في تلقي التعليم ولكن دون تحديد إجراءات وآليات تنظيمية واضحة. وبعضها الآخر جاء دقيقاً وشاملاً إلى حدّ أصبح معه مهنة التربية الخاصة مهنة تمارس وفقاً للتشريع أساساً. كذلك، ثمة دول أصدرت قوانين خاصة بالتربية الخاصة وثمة دول ضمنت قوانينها التربوية العامة بنوداً وعناصر خاصة بتعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. وكما أشارت سول (Saulle, 1995) فإن كل الدول تقريباً بادرت إلى تعديل قوانينها التربوية أو سن تشريعات خاصة بالتربية الخاصة في العشرين سنة الماضية. والمنحى الأساسي المتبع هو ترجمة الفكر التربوي المعاصر إلى سياسات تعليمية ومن ثم مواد تشريعية وأطر للتطبيقات العملية.

الخدمات المساندة:

يمكن تعريف الخدمات المساندة أو الداعمة Supplementary Services بأنها خدمات يتم توفيرها للطلبة ذوي الحاجات الخاصة إلى جانب خدمات التربية الخاصة بغية تلبية الحاجات المتنوعة لهؤلاء الطلبة وتقديم خدمات متكاملة لهم. وتعتمد الخدمات المساندة التي يتم تقديمها على الحاجات الفردية للطلاب. وبوجه عام، تشمل الخدمات المساندة:

(أ) العلاج الطبيعي (Physical Therapy):

تنفذ برامج العلاج الطبيعي بهدف تصحيح أو تطوير المهارات الحركية الكبيرة (المشي، الوقوف، الخ) أو الوقاية من الاضطرابات والتشوهات الجسمية. ويشتمل العلاج الطبيعي استخدام أساليب مختلفة منها: التدليك، والتمارين، والحرارة، والماء، الخ.

(ب) العلاج الوظيفي (Occupational Therapy):

تهدف برامج العلاج الوظيفي إلى تصحيح أو تطوير المهارات الحركية الدقيقة اللازمة للكتابة وذات العلاقة بارتداء الملابس، والعناية بالذات، ومهارات التآزر الحركي البصري.

(ج) التربية البدنية الخاصة (Special Physical Education):

تسعى التربية الرياضية الخاصة (أو ما يعرف أيضاً بالتربية الرياضية المعدلة أو المكيفة) إلى تنفيذ برامج حركية وبدنية تلبي الحاجات الفردية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة وتعمل على تطوير تحملهم الجسمي وقدراتهم الحركية.

(د) العلاج النطقي (Speech Therapy):

تنفذ برامج العلاج النطقي بهدف تشخيص الاضطراب الكلامية واللغوية وتصميم البرامج التدريبية والعلاجية في مجالات اضطرابات الصوت والطلاقة الكلامية، واضطرابات اللغة المختلفة.

(هـ) الخدمات النفسية (Psychological Services):

هي خدمات متنوعة تشمل القياس والتشخيص، وتنفيذ برامج تعديل السلوك، ومعالجة المشكلات النفسية والاضطرابات الانفعالية، وتوظيف مبادئ علم النفس في العملية التربوية.

(و) الخدمات الإرشادية (Counseling Services):

هي خدمات هدفها تدريب ودعم الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرتهم وكذلك مساعدتهم على التكيف واستخدام استراتيجيات التدبر الفعالة.

(ز) العلاج الترويحي (Recreational Therapy):

يهدف العلاج الترويحي إلى تحقيق أهداف وقائية وعلاجية على صعيد العقل والجسد ويتضمن اللعب، والاسترخاء، والاستمتاع بوقت الفراغ، والرحلات، الخ.

(ح) الخدمات الصحية (Health Service):

هي أشكال مختلفة من الخدمات الطبية والتمريضية والطبية المساندة (مثل: التشخيص، والوقاية، والإسعافات الأولية، والعقاقير الطبية، والجراحة، والحمية الغذائية، الخ) التي يتم توفيرها حسب الحاجات الفردية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة.



(ط) الخدمات الاجتماعية المدرسية (School Social Service):

تشمل الخدمة الاجتماعية المدرسية طائفة واسعة من الأساليب والأدوات والبرامج مثل: دراسة الحالة، والإحالة، والدعم الرسمي وغير الرسمي وما إلى ذلك.

(ي) الإرشاد والتدريب والدعم الأسري (Family Counseling, Training, and Support):

تشكل هذه الخدمات عناصر حيوية بالنسبة لتربية الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وتأهيلهم. فتأثيرات الإعاقة على الأسرة كبيرة ومتنوعة وثمة حاجة ماسة إلى تدريب هذه الأسر ودعمها.

(ك) القياس السمعي والبصري (Hearing and Vision Evaluation):

تحتاج نسبة كبيرة من الطلبة ذوي الحاجات الخاصة إلى فحوصات أو إلى معينات سمعية وبصرية وبرامج تدريبية خاصة لتطوير المهارات الحسية لديهم.

(ل) التربية الفنية والموسيقية (Art and Music Education):

هي برامج متنوعة تهدف إلى تطوير استجابات الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة ومهارات التواصلية والحسية والجسمية والاجتماعية والانفعالية.

(م) خدمات مساندة أخرى (Other Related Services):

ومن هذه الخدمات: الطب النفسي (Psychiatry)، والإرشاد الوراثي (Genetic Counseling)، والرعاية السنية (Dental Care)، وإعادة التأهيل (Rehabilitation)، والمواصلات (Transportation)، وغير ذلك.

مجلس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة Council for Exceptional Children

يعتبر مجلس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الأمريكي أحد أهم المجالس تأثيراً على المستوى العالمي. فهو معروف على مستوى الدوريات والمؤلفات العلمية، وكجبهة علمية موثوقة على مستوى أخلاقيات مهنة التربية الخاصة ومعايير ممارسة هذه المهنة. وهو يضم عدة أقسام رئيسية تعنى بكافة فئات الإعاقة وبكافة مجالات التربية الخاصة. ويقترح زيارة موقع هذا المجلس على شبكة الإنترنت وهو: (WWW. CEC. Sped. Org) أما العنوان البريدي لهذا المجلس فهو: The Council for Exceptional Children, 1920 Association Drive, Reston, Virginia 20191 - 1589 U.S.A

العمل الفريقي متعدد التخصصات (Multidisciplinary Teamwork)

نظراً إلى تنوع حاجات وصعوبات الأشخاص المعوقين، فلا بدّ من أن يتسم العمل في ميدان التربية الخاصة بالعمل الفريقي متعدد التخصصات. فمن غير الواقعي أن نتوقع أن يقوم اختصاصي بمفرده بتلبية جميع حاجات هؤلاء الأشخاص مهما بلغت كفاياته المهنية. وبناء على ذلك، سنت عدة دول تشريعات لتنظيم عمل الفريق في التربية الخاصة (Cartwright et al. 1995).

والعمل بروح الفريق ضروري بالنسبة لعمليات التشخيص، وتصميم البرامج التربوية الفردية وتنفيذها، وكافة عناصر ومراحل العمل مع الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرتهم. وثمة متطلبات وشروط للعمل الفريقي الفعال ينبغي على برامج إعداد معلمي التربية الخاصة تحديدها والعمل على مراعاتها سواء قبل الخدمة أو أثناءها. وعلى وجه التحديد، ينبغي التركيز على مبررات العمل بروح الفريق في مجال التربية الخاصة، وواجبات وحقوق كل عضو من أعضاء الفريق، وآليات تنفيذ العمل الفريقي الفعال (Sands, French, & Kozlowski, 2000).

المجلة العربية للتربية الخاصة

تعتبر هذه المجلة أول مجلة علمية محكمة تصدر باللغة العربية لنشر البحوث والمقالات ذات العلاقة بالتربية الخاصة. وتصدر المجلة مرتين في السنة عن الأكاديمية العربية للتربية الخاصة في الرياض - المملكة العربية السعودية وتهدف هذه المجلة إلى تعزيز التواصل بين الباحثين العرب في مجال التربية الخاصة وتجويد الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة عن طريق نشر المعلومات المستندة إلى البحوث العلمية الرصينة.

ويمكن للمهتمين بالاشتراك في هذه المجلة مراسلة رئيس هيئة تحريرها على العنوان التالي: ص.ب 67783 - الرياض 11517 - المملكة العربية السعودية jsea@sea.edu.sa .

التوجهات الحديثة في التربية الخاصة

الدمج:

شهدت العقود الأربعة الماضية اهتماماً حقيقياً بتعليم الأطفال المعوقين في الأوضاع التعليمية العادية (الصفوف العادية) طالما كان ذلك ممكناً أو في بيئة تعليمية قريبة من البيئة التربوية العادية. وهذا الاهتمام هو نتاج توجه فلسفي إنساني انبثق في الدول الإسكندنافية

عرف بتطبيع حياة المعوقين (Normalization). ويرمي هذا التوجه إلى تزويد الفئات الخاصة بالظروف والفرص والبرامج التي تشبه إلى أكبر حد ممكن تلك المتوفرة للجميع في المجتمع والتوقف عن معاملتهم بطرق مختلفة. وقد جاء هذا التوجه كرد فعل مضاد للممارسة التي سادت عدة عقود والتي تمثلت في عزل المعوقين في مؤسسات داخلية في أماكن نائية (Institutionalization) ولذلك عرف هذا التوجه في البداية بالتوجه نحو اللاأيواء (Deinstitutionalization).

وعلى المستوى التربوي فقد كان من نتائج التوجه نحو التطبيع الممارسة المعروفة باسم الدمج (Mainstreaming). ويشير مفهوم الدمج إلى تعليم الأطفال المعوقين في بيئة قريبة من البيئة التربوية العادية أو في البيئة التربوية العادية نفسها. فالبيئة التربوية العادية هي الصف العادي، وعليه فتعليم الأطفال المعوقين في صفوف خاصة يحد من الفرص المتاحة لهم للمشاركة في الأنشطة الصفية العادية ولهذا تعتبر هذه الصفوف بمثابة بيئة تعليمية مقيدة للطفل المعوق.

وقد طبقت فكرة الدمج عملياً في الدول المختلفة من خلال ما يسمى بالبيئة التعليمية الأقل تقييداً (Least Restrictive Educational Environment) وما يعنيه ذلك هو تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين إلى الحد الأقصى الممكن. انه يعني توفير بدائل تربوية متعددة لتطبيق فكرة الدمج وذلك اعتماداً على الحاجات الخاصة لكل طفل معوق على حدة. بلغة أخرى، ان تحديد البيئة التربوية الأقل تقييداً قضية نسبية تعتمد أولاً وأخيراً على الحاجات التعليمية الفردية للطفل المعوق. فقد تتمثل هذه البيئة بالصف العادي لأحد الأطفال وقد تتمثل بالمدرسة النهارية الخاصة لطفل آخر وهكذا.

ولا يعني الدمج تعليم جميع الأطفال المعوقين في الصفوف الدراسية العادية أو في المدارس العادية. فقد تحول المشكلات التي يعانون منها دون تحقيق ذلك الهدف. وتقوم فلسفة الدمج على الافتراضات الأساسية التالية:

- (1) أن لدى الأطفال المعوقين حاجات تربوية خاصة متعددة ومتنوعة.
- (2) أن هناك عدداً من البدائل التربوية / الأوضاع التعليمية التي تستطيع في أي وقت كان تلبية الحاجات الخاصة للطفل المعوق.
- (3) يجب تعليم كل طفل معوق في البيئة التربوية الأقل تقييداً التي تلبى حاجاته هو.
- (4) يجب اللجوء إلى المدارس الخاصة أو الصفوف الخاصة فقط بعد أن يتضح ان المشكلات



التي يعاني منها الطفل المعوق تحول دون استفادته من الصفوف العادية (Shea & Bauer, 1996).

ولم يكن الدمج ليصبح أمراً واقعاً تفرضه التشريعات في معظم دول العالم إلا لأسباب حقيقية من أهمها اتضاح عدم فاعلية تربية المعوقين في المؤسسات والمدارس الخاصة المعزولة، وعدم قدرة هذه المؤسسات على استيعاب كل المعوقين، وتغير اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة علاوة على ذلك، فالدمج يعود بفوائد كبيرة على الأشخاص المعوقين ومن أهمها:

(أ) أن الدمج يساعد الأشخاص المعوقين على العيش الكريم في مجتمعهم كأشخاص لهم الحق في أن يعاملوا باحترام.

(ب) أن الدمج يساهم في تعديل اتجاهات الأشخاص العاديين نحو الأشخاص المعوقين.

(ج) أن الدمج يشجع الشخص المعوق على أن يشعر بأنه جزء من مجتمعه وليس فرداً ينتمي إلى أقلية محرومة تعامل معاملة سيئة.

(د) أن الدمج يساهم في تكيف الأشخاص المعوقين ويطور مفهوم الذات لديهم ويحسنه.

(هـ) أن الدمج يهيئ الفرص للمعلمين لتفهم الفروق الفردية بين المتعلمين ويشجعهم على تطوير البرامج واستخدام الأساليب التي تراعي تلك الفروق (Sand et al, 2000).

وتجدر الإشارة إلى أن الدمج لن يكتب له النجاح ما لم يكن مخططاً له بشكل جيد. فعلى سبيل المثال، لا بد من تعديل اتجاهات المعلمين وأولياء الأمور والطلبة أولاً. كذلك ينبغي توفير

الأدوات والمواد اللازمة لتعليم الأطفال المعوقين بنجاح. وأخيراً يجب تدريب المعلمين وتزويدهم بالخدمات الاستشارية المناسبة.

وقد أصبح تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال غير المعوقين يمارس على نطاق واسع في بعض دول العالم لأن الدمج مفيد للأطفال وأسرهم وللمجتمع بشكل عام. فبالنسبة للطفل المعوق، تصبح الفرص التربوية والاجتماعية أكبر. وبالنسبة لأقرانهم العاديين، هناك ردود فعل إيجابية تستمر إلى سنوات كثيرة مقبلة.

إن الشخص الأكثر تأثيراً في تنفيذ البرامج المختلفة هو المعلم. فكما أن هناك فروقاً بين الطلاب هناك فروق بين المعلمين. ومراعاة الفروق في الأساليب والأنماط التعليمية للمعلمين عند تقييم تأثيرات البرامج أمر معقول، وبخاصة عندما يؤخذ المدى الواسع لخصائص الطلاب بالحسبان. وفي هذا الخصوص، يجب الإشارة إلى أن حتى المعلمين الذين يعتبرون فاعلين يحتاجون إلى مساعدة عند العمل مع الطلاب ذوي المشكلات. فقد وجد أن المعلمين الذين يتمتعون بمهارات عالية في تعليم الطلاب العاديين غالباً ما يفتقرون إلى التحمل والصبر بالنسبة للسلوكيات المنحرفة للطلاب وأنهم يواجهون صعوبات كبيرة عندما تقود هذه السلوكيات إلى عدم استثمار الوقت الصفي بشكل فعال للتعليم (Keogh, 1990).

ويلبي الدمج حاجات الأطفال المعوقين بشكل أفضل فالحضانات ورياض الأطفال موجودة في كل مكان، والأهل يألّفون ويدعمون مبدأ رعاية الأطفال، والمعلمات في هذه الحضانات ورياض الأطفال يركزن على الأنشطة والبرامج النمائية لمرحلة الطفولة والتي تعتبر أساسية بالنسبة للخدمات الخاصة للأطفال المعوقين. ولكن هذه الحضانات ورياض الأطفال بحاجة إلى الدعم من خلال تدريب الكوادر وتقديم الخدمات الاستشارية لها وسن التشريعات التي من شأنها تنظيم إجراءات الدمج وزيادة مستوى وعي الإداريين بالفوائد المتوقعة من دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال عبر المعوقين (Rossehi & Kile, 1998).

وبالرغم من المعلومات الهامة التي تقدمها الدراسات إلا أن فجوات رئيسية لا زالت موجودة بين السياسات والممارسة. وهذه أيضاً بحاجة إلى التأمل. فأولاً، نحن نعرف نماذج الخدمات في المرحلة الابتدائية أكثر مما نعرف نماذج الخدمات الملائمة في المرحلة الإعدادية والمرحلة الثانوية. وثمة أدبيات كثيرة نسبياً تجعلنا نعتقد أن الدمج في المرحلة الثانوية يختلف من حيث النوع والدرجة عن المرحلة الابتدائية وأن المعلمين في المرحلة الابتدائية يرغبون في تنفيذ الدمج أكثر من معلمي المرحلتين الإعدادية والثانوية (Keogh, 1990).

وعلى أي حال، فإن مهمة تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة قد أقيمت على عاتق جهات وسلطات وطنية غير تربوية لعدة سنوات في معظم الدول. فقد كانت هذه المهمة وما تزال في معظم الحالات ملقاة على عاتق وزارات التنمية أو الشؤون الاجتماعية والعمل والصحة وغيرها وليس على عاتق وزارات التربية. وليس من شك في أن لذلك مضامين هامة منها عدم أخذ تعليم هؤلاء الطلبة على محمل الجد.

فكأن المسألة ترتبط بالعمل الاجتماعي الخيري والتطوعي وليس بحق كل إنسان في الحصول على تعليم مناسب. ولحسن الحظ فقد بادرت بعض الدول العربية مؤخراً إلى إنشاء مديريات أو أقسام للتربية الخاصة في وزارات التربية والتعليم، ولكن هذه المديريات ما زالت تفتقر إلى الإمكانيات وينقصها التمويل وتتصدى لقضايا إدارية روتينية وتفتقر إلى أذرع فاعلة في الميدان التربوي. وليس سراً أن تفعيل الخدمات التي تقدمها هذه المديريات وتحديثها يشكل أولوية متقدمة في دولنا العربية.



وانسجاماً مع الإعلان العالمي حول التربية للجميع، وتحقيقاً لمبدأ العدالة الاجتماعية وتساوي الفرص التعليمية، ينبغي على وزارات التربية والتعليم أن تعمل على إصلاح النظام التربوي وتجديده. ويتطلب تحقيق مبدأ المساواة في التعليم جملة من الشروط نذكر منها:

- إعادة التفكير في النظام التربوي بحيث يتم تعديله من نظام جامد إلى نظام مرن يراعي الحاجات الفردية للمتعلمين.

- إعادة النظر في المفاهيم التربوية والتنظيم الصفّي والمدرسي بحيث يتم توظيف ما قدمته البحوث العلمية حول التعليم الفعال والمدارس الفعالة.



- التأكيد على حق جميع الطلبة في التعليم ضمن إطار المنهج المدرسي العام وعدم التركيز على جوانب الضعف في أداء الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.
- إعادة التفكير بالتنوع والاختلاف بين الطلبة في غرفة الصف بحيث يتم تقبلهما بدلاً من رفضهما.
- إعادة النظر في معايير الممارسة الميدانية والمساءلة على نحو يسمح بتوفير الفرص الكافية لجميع الطلبة للتعلم بنجاح (Lewis & Doorlage, 2002)

أولويات العمل من أجل زيادة فاعلية المعلمين والمدارس التي تنفذ برامج الدمج

- إجراء دراسات علمية بهدف تحليل وتقييم فاعلية وملاءمة الإستراتيجيات التعليمية والبيئات التربوية المستخدمة في تدريب الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية والأوضاع التعليمية الأخرى المتوفرة.
- تشجيع العمليات التشاركية في تعديل السياسات التربوية وتنفيذ الآليات العملية لإصلاح النظام التربوي على مستوى المدرسة.
- تطوير الاستراتيجيات الإدارية والتنظيمية الكفيلة بتلبية الحاجات التعليمية وتحقيق الأهداف المحددة للطلبة ذوي الحاجات الخاصة في الصفوف العادية عن طريق اعتماد لجان أو فرق دعم المعلم.
- نشر وتوزيع المعلومات عن نتائج البحوث العلمية المتصلة بالمتغيرات ذات الأهمية في التعليم الصففي الفعال.
- اتخاذ الإجراءات الكفيلة بتكيف المباني والمرافق المدرسية والصفية لتعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية.

مدرسة الجميع والدمج الشامل

ليس من شك في أن تحديات عديدة تواجه المدارس في مطلع الألفية الثالثة. وإحدى تلك التحديات هي التي تتصل بتطوير التعليم على نحو يراعي بشكل أفضل الحاجات الراهنة والمستقبلية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة على اختلاف فئاتهم. ومثل هذا التعليم يقوم دون ريب على الدمج المتزايد لا على الفصل والعزل، ويستند إلى نتائج الدراسات العلمية التي أجريت في العقود الماضية (Sands et al., 2000).

ويتمثل جوهر مدرسة الجميع في توسيع مفهوم الصف الدراسي العادي وتنويع عمليات

التعليم فيه بحيث يصبح قادراً على تلبية الاحتياجات التعليمية لجميع الطلبة بصرف النظر عن خصائصهم الفريدة والفروق الفردية بينهم.

بعض مبادئ تنفيذ برامج الدمج الشامل في المدرسة والمجتمع

- تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، وإتاحة الفرص لهم للمشاركة التامة في الحياة المدرسية، وتقديم الدعم لهم، وتقبلهم، وتشجيع الطلبة الآخرين على التفاعل معهم وتوعيتهم وتثقيفهم بهدف التخلص من الاعتقادات الخاطئة والاتجاهات غير الواقعية.
- تنفيذ برامج تثقيفية وحملات توعوية في المجتمع لتشجيع تبني مواقف ايجابية من مشاركة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة في الحياة المجتمعية سواء فيما يتعلق بالتعلم بعد المدرسي، أو العمل، وغير ذلك.
- التأكيد على البرامج التعليمية والتدريبية الشاملة وطويلة المدى التي تهيبء الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة للعمل بشكل مستقل إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم.
- تشجيع مشاركة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في عملية التعلم ومشاركة الأسر في البرامج التعليمية فذلك يجعل النمو أكثر يسراً والتعلم أكثر فاعلية.

ولعل من أهم التحديات التي ينطوي عليها تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية التحدي المتمثل في تدريب المعلمين وغيرهم من القائمين على تقديم الخدمات المباشرة لهؤلاء الطلبة. ويتطلب التوجه نحو الدمج إعادة التفكير في تدريب كل من معلمي التربية الخاصة ومعلمي الصفوف العادية سواء قبل الخدمة أو أثناءها وسواء على المستوى النظري أو العملي. وتتحمل الجامعات مسؤولية كبيرة في هذا الخصوص إذ ينبغي عليها:

- تطوير الخطط الدراسية بما يتوافق والتوجهات التربوية الحالية.
- توفير الفرص للمعلمين العاديين لدراسة مساقات محددة في التربية الخاصة.
- تنفيذ البرامج القادرة على تعديل توقعات المعلمين وتطوير كفاياتهم التدريسية.

فقد أوضحت البحوث العلمية في العقود القليلة الماضية بجلاء أن اتجاهات المعلمين نحو الطلبة وتوقعاتهم منهم تشكل أحد المتغيرات الهامة التي يتحدد على ضوءها نجاح العملية التعليمية وفعاليتها. وعليه، ينبغي على برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة وأثناءها على حد سواء مساعدة المعلمين وغيرهم من القائمين على تدريب الطلبة ذوي الحاجات الخاصة على

تفهم خصائص هؤلاء الطلبة وتجنب الوقوع في شرك الصور النمطية والمعتقدات التي لا أساس لها (Smith, 2003).

إن الطلاب الذين تجرى عليهم الدراسات غالباً ما يكون لديهم إعاقات بسيطة، بل إن بعضهم لم يكن يقدم لهم خدمات تربوية خاصة بشكل رسمي. وعليه فنحن تعلمنا شيئاً من تلك الدراسات حول دمج الطلاب ذوي المشكلات السلوكية والصعوبات التعليمية البسيطة. ولكننا لا نملك نفس القدر من المعرفة حول أفضل النماذج والممارسات لدمج ذوي المشكلات والصعوبات الأكثر شدة. وبما أن دمج الطلاب ذوي الحاجات الخاصة المختلفة قد أصبح سياسة تنفذ بشكل متزايد فإن أحد الأهداف الهامة التي ينبغي على البحوث التطبيقية السعي لتحقيقها هي دراسة النماذج الفعالة لتنفيذ هذا الدمج. ولأن الدراسات تنفذ لفترات قصيرة نسبياً، فنحن لا نعرف إلا القليل عن التأثيرات طويلة المدى للممارسات والتجارب الريادية (Keogh, 1990).

التربية الخاصة المبكرة

من الأولويات التي ينبغي أن تحظى باهتمام كاف تطوير برامج نموذجية للتدخل المبكر تكون بمثابة قوى دافعة وموجهة لبرامج التربية المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة. وينبغي التركيز على توفير بدائل متنوعة للتدخل المبكر تقوم على مبادئ الدمج والمشاركة الأسرية النشطة والتقييم الموضوعي للنماذج التي يتم تطويرها. كذلك ينبغي أن تستند خدمات التدخل العلاجي والتربوي المبكر إلى استراتيجيات شمولية في العمل الفريقي متعدد التخصصات مع الأطفال بحيث يتم توفير خدمات التربية الخاصة، والإرشاد، والخدمات الاجتماعية، والعلاج الطبيعي والوظيفي، والخدمات الصحية والنفسية وغيرها. ولكي تصبح برامج التدخل المبكر الفعالة قابلة للتنفيذ على أرض الواقع، يجب تطوير آليات الكشف المبكر عن الأطفال الذين لديهم تأخر أو انحراف في النمو أو إعاقة. ويتضمن ذلك تطوير الاختبارات والأدوات الكشفية المناسبة وتوفير الكوادر المؤهلة جيداً عمل ذلك (Dunlap, 1997, Shonkoff & Meisels, 2000).



ولأن الكشف المبكر عن حالات التأخر والإعاقة عرضة لأخطاء من أنواع مختلفة، فلا ينبغي أن يقود بشكل مباشر إلى إحالة الطفل المستهدف إلى خدمات التربية الخاصة. وعليه، ثمة عملية مهمة بحاجة إلى أن تحظى بالاهتمام في هذا السياق وهي التدخل قبل الإحالة. ويتضمن هذا التدخل اتخاذ كل الإجراءات الممكنة لإبقاء الطفل في الصف العادي وتقديم الخدمات التعليمية الداعمة والإضافية إليه درءاً لمخاطر عزله وتحويله إلى التربية الخاصة بشكل غير ناضج. أما إذا تبين أن التدخل قبل الإحالة لم يحقق الأهداف المرجوة منه، ينبغي إحالة الطفل إلى جهات متخصصة لإخضاعه لعمليات التقييم والتشخيص بغية اتخاذ القرارات بشأن أهليته لخدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة (Alber, 2000).

أولويات العمل على مستوى التدخل قبل الإحالة

- تطوير نظم عملية للكشف المبكر عن الأطفال الذين يتوقع أن يخفقوا في التعلم في المدرسة.
- تطوير نظم عملية للعمل التعاوني بين معلمي الصفوف العادية ومعلمي التربية الخاصة لإيجاد الحلول المناسبة للمشكلات التعليمية والسلوكية لدى الأطفال.
- تطوير التكيف المدرسي الاجتماعي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية.

الانتقال من حياة المدرسة إلى حياة الرشد

تشير دراسات المتابعة التي أجريت في العقود الماضية إلى أن معظم خريجي برامج التربية الخاصة التقليدية يواجهون صعوبات جمة في مرحلة ما بعد المدرسة (في البيت وفي العمل، وفي التعليم الجامعي، الخ). وتولي الأوساط العلمية حالياً اهتماماً بالغاً بما يسمى برامج

الانتقال من المدرسة إلى حياة الرشد. ولما كانت التربية عملية تسعى إلى إعداد الفرد للحياة وتطوير شخصيته وقابلياته، فلا بد أن يهتم القائمون على تنفيذ البرامج التعليمية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة بتقديم كل ما من شأنه مساعدة هؤلاء الطلبة على الاعتماد على أنفسهم والاكتفاء ذاتياً.

وعليه، فمن الطبيعي أن تتضمن العملية التربوية الخاصة برامج للتربية المهنية. إلا أن آليات تنفيذ هذه البرامج بحاجة إلى إصلاح وتجديد سواء على مستوى الأوضاع التي تنفذ فيها العناصر التي تشتمل عليها أو الكوادر التي تنفذها. وينبغي كذلك تذليل الصعوبات التي تحول دون ممارسة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة حقهم في مواصلة التعليم بعد المدرسي. ويتضمن ذلك تنفيذ عدة إجراءات من أهمها:

(أ) تفعيل البرامج المدرسية والسعي نحو تحقيق مخرجات تحصيلية جيدة.

(ب) توفير تسهيلات خاصة في القبول والدراسة في الجامعات.

(ج) توفير مرشدين أو إنشاء مكاتب خاصة لدعم ذوي الحاجات الخاصة بالأدوات المكيفة والخدمات المساندة.

(د) إجراء دراسات حول أوضاع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في الجامعات والمشكلات التي يواجهونها (Sitligton, Clark, & Kolstoe, 1999)

الإفادة من التكنولوجيا:

معروف أن الدول المتقدمة حققت إنجازات مهمة في توظيف الحاسوب والأدوات التكنولوجية الأخرى في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في العقدين السابقين. فالتكنولوجيا تساعد في تحقيق أهداف متنوعة من أهمها:

(أ) تيسير عملية الكشف المبكر عن حالات الإعاقة.

(ب) تطوير المهارات التواصلية للأشخاص المعوقين.

(ج) المساعدة في التخطيط للتدريس وتنفيذه.

(د) تيسير إدارة وتنظيم العملية التعليمية.



(هـ) توفير وسائل مساندة وتعويضية.

(و) توفير الفرص للترويج

(ز) تفعيل خدمات القياس والتشخيص (Olson, 1999, Sands et al., 2000)

وعلى ضوء ما سبق، ينبغي العمل على نشر الثقافة الحاسوبية والتكنولوجية في أوساط العاملين في ميدان التربية الخاصة وتشجيعهم واتخاذ الإجراءات اللازمة لتمكينهم من استخدام التكنولوجيا الحديثة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

التربية وتقرير المصير للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة:

تستطيع البرامج التربوية الجيدة مساعدة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة على دراسة الخيارات واتخاذ القرارات المناسبة في كل من المدرسة، والمنزل، وأوقات الفراغ. وتبين الدراسات مؤخراً أن هؤلاء الأشخاص قادرين على تعلم الاختيار وتقرير المصير. لذلك ينبغي على المناهج المدرسية ان تتضمن مهارات تقرير المصير والاستقلالية للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأن توضح طرق تطويرها لديهم.

وتعرف أدبيات التربية الخاصة المعاصرة تقرير المصير (Self - Determination) بأنه جملة من المهارات، والمعارف، والقناعات التي تمكن الشخص من تأدية سلوك هادف ومنظم ذاتياً ومستقل. وعندما يسلك الشخص استناداً إلى فهم معمق لمواطن قوته وضعفه مع إيمانه بقدرته وفاعليته فهو يصبح أكثر قابلية لتوجيه حياته ولتحمل المسؤولية.

وبناء على ذلك، شهدت السنوات الماضية انبثاق عشرات المناهج التدريبية في مجال تقرير المصير للأشخاص المعوقين. ولمزيد من المعلومات عن هذه المناهج وكيفية تنفيذها في غرفة الصف، يقترح الرجوع إلى مقالة تست وزملائه (Test et al. 2002).

تمكين أولياء الأمور والأسر:

لقد بينت الدراسات في السنوات الماضية أن البرامج التي يشارك فيها أولياء الأمور والأسر تحقق نتائج أفضل بالنسبة للأطفال. والرؤية المستقبلية المنبثقة عن مشاريع التدخل المبكر ومشاريع التأهيل المجتمعي هي أن علينا جميعاً أن نعيد التفكير بطبيعة علاقتنا مع الأسر وأن نتعلم كيف نبني علاقات تشاركية جديدة. ومهما كان مستوى رضانا عن علاقتنا مع الأسر، فثمة إمكانية للتطوير، وذلك ما يعتقده معظم أولياء الأمور. وقد كنا نتكلم في الماضي عن التعاون مع أولياء الأمور، ومن ثم أدركنا أننا نحتاج إلى بناء علاقة تشاركية حقيقية

يتساوى فيها الطرفان. ولعل المطلوب حالياً تمكين الأسر من الإصرار على توفر تربية مناسبة لأطفالهم.

ثمة التزام عالمي بمبادئ العمل التشاركي مع أولياء الأمور لكن الممارسة غالباً ما لا ترقى إلى الإلتزام المعلن. وإننا بحاجة إلى إعادة تقييم جميع الأسس التي تقوم عليها علاقاتنا مع أولياء الأمور، وإلى التعامل معهم كشركاء وإلى الاستماع لهم والتشاور معهم ليس حول أطفالهم فقط ولكن حول برامجنا وخدماتنا. وينطبق هذا على جميع الدول وبخاصة منها الدول التي لا يتوفر فيها إلا مصادر محدودة (Mittler, 1992).

تقييم البرامج التربوية من وجهة نظر الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم

بما أن الهدف الأسمى للبرامج التربوية المقدمة للطلبة ذوي الحاجات الخاصة هو مساعدتهم على بلوغ أقصى ما تسمح به قابلياتهم من استقلالية وإنجاز أكاديمياً واجتماعياً، فمن الطبيعي أن تبذل الجهود الكافية لتحقيق هذا الهدف. فمن الأهمية بمكان أن يشارك هؤلاء الطلبة وأسرهم بشكل فعال في تحديد البرامج والخدمات التي تنفيذ لمساعدتهم وأن يسهموا بشكل نشط في تقييم مدى ملاءمتها لحاجاتهم ومدى فاعليتها في تحقيق ما يصبون إليه. وينسجم هذا مع التوجه السائد حالياً في مجالات العمل الإنساني المختلفة نحو حماية حقوق المستهلك وتقييم مستوى رضاه عن الخدمات المقدمة له. ودون ذلك تصبح التربية الخاصة خدمات يفرضها القوي على الضعيف مما يزيد من الاعتمادية بدلاً من الاستقلالية.



التعلم التعاوني

لا يكاد مرجع حديث من مراجع التربية الخاصة يخلو من وصف إستراتيجيات التعلم التعاوني وبخاصة عند تنفيذ برامج الدمج المدرسي. فالتعليم التعاوني الذي يعمل فيه الطلبة معاً ويتشاركون في إيجاد الحلول للمشكلات يختلف عن التعليم الفردي وعن التعلم التنافسي. ومن الفوائد الرئيسية للتعلم التعاوني:

(أ) تحسين العلاقات بين الطلبة

(ب) تطوير مفهوم الذات وتنمية المهارات الاجتماعية للطلبة.

(ج) تحسين مستويات التحصيل الأكاديمي.

وعليه ينبغي تعريف كل من معلمي التربية الخاصة ومعلمي الصفوف العادية باستراتيجيات التعلم التعاوني وتدريبهم على استخدامها بنجاح.

التأهيل المبني على المجتمع

التأهيل المجتمعي برنامج دولي رئيسي تبنته منظمة الصحة العالمية ووكالات الأمم المتحدة الأخرى. والخصائص الرئيسية للتأهيل المجتمعي هي:

- 1 - التركيز على مشاركة الشخص المعوق وأسرته، ومجتمعه المحلي في القرارات المتعلقة بالسياسات والممارسات.
- 2 - استخدام طرائق بسيطة غير مكلفة في التأهيل من خلال تدريب أفراد الأسرة على تقديم خدمات التأهيل لأقاربهم.
- 3 - اعتماد آلية خاصة في تقديم الخدمات تشمل استخدام الأشخاص في المجتمع المحلي وبخاصة المشرف المحلي على البرنامج والذي يحصل على تدريب مكثف في فترة وجيزة فيما يتعلق بطرق التأهيل الأساسية والتي يتم لاحقاً مساعدة الأسرة والشخص المعوق على استخدامها (Mittler, 1992).

2

الفصل الثاني

التخلف العقلي

تمهيد:

التخلف العقلي أحد أكثر الإعاقات شيوعاً في المجتمعات الإنسانية. فما هو التخلف العقلي؟ وما أسبابه؟ وما الخصائص التعليمية للأشخاص المتخلفين عقلياً؟ إن هذه الأسئلة وغيرها هي ما يهدف الفصل الحالي إلى الإجابة عنها. على اننا نذكر القارئ قبل الخوض في الحديث عن هذه الإعاقة أن أوجه الشبه بين الأشخاص المتخلفين عقلياً وغير المتخلفين أكثر من أوجه الاختلاف فيما بينهم. كذلك فالمتخلف عقلياً له خصائصه وحاجاته الخاصة ويجب ألا يدفعنا الحديث عن المتخلفين عقلياً إلى الاعتقاد بأنهم مجموعة متجانسة. ولكن الحقيقة هي أن المتخلفين عقلياً مجموعة غير متجانسة إذ يوجد فروق هائلة بينهم تعتمد على عوامل عدة مثل سبب التخلف، وشدته، والإعاقات الإضافية، وغير ذلك من العوامل الهامة.

ما هو التخلف العقلي؟

إن تعريف التخلف العقلي أمر بالغ الصعوبة ذلك إن الأطفال الذين يوصفون بأنهم متخلفون عقلياً يظهرون أنماطاً سلوكية مختلفة للغاية ومستويات متباينة من التكيف. وتبعاً لذلك فقد تباينت تعريفات التخلف العقلي. وكما أشار كارترايت ورفاقه، Cartwright et al, فقد قدم في العقود الماضية ما يزيد على ثلاثين تعريفاً أكثرها استخداماً وأوسعها انتشاراً هو التعريف الذي قدمه جروسمان، Grossman, وتبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMD. هذا التعريف ينص على أن التخلف العقلي هو انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام يرافقه عجز في السلوك التكيفي ويظهر في مرحلة النمو. يتضح من هذا التعريف أن ثلاثة معايير أساسية يجب أن تتحقق كي يتسنى لنا تصنيف الشخص على أنه متخلف عقلياً. وهذه المعايير هي:

أ الانخفاض الملحوظ في مستوى القدرة العقلية

ب العجز في السلوك التكيفي.

ج الظهور في مرحلة النمو.



وفي عام 1992، أعادت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR تعريف التخلف العقلي على النحو الآتي: الإعاقة العقلية في انخفاض ملحوظ في القدرة العقلية العامة يصحبه عجز في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التكيفي التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة الأسرية، المهارات الاجتماعية،

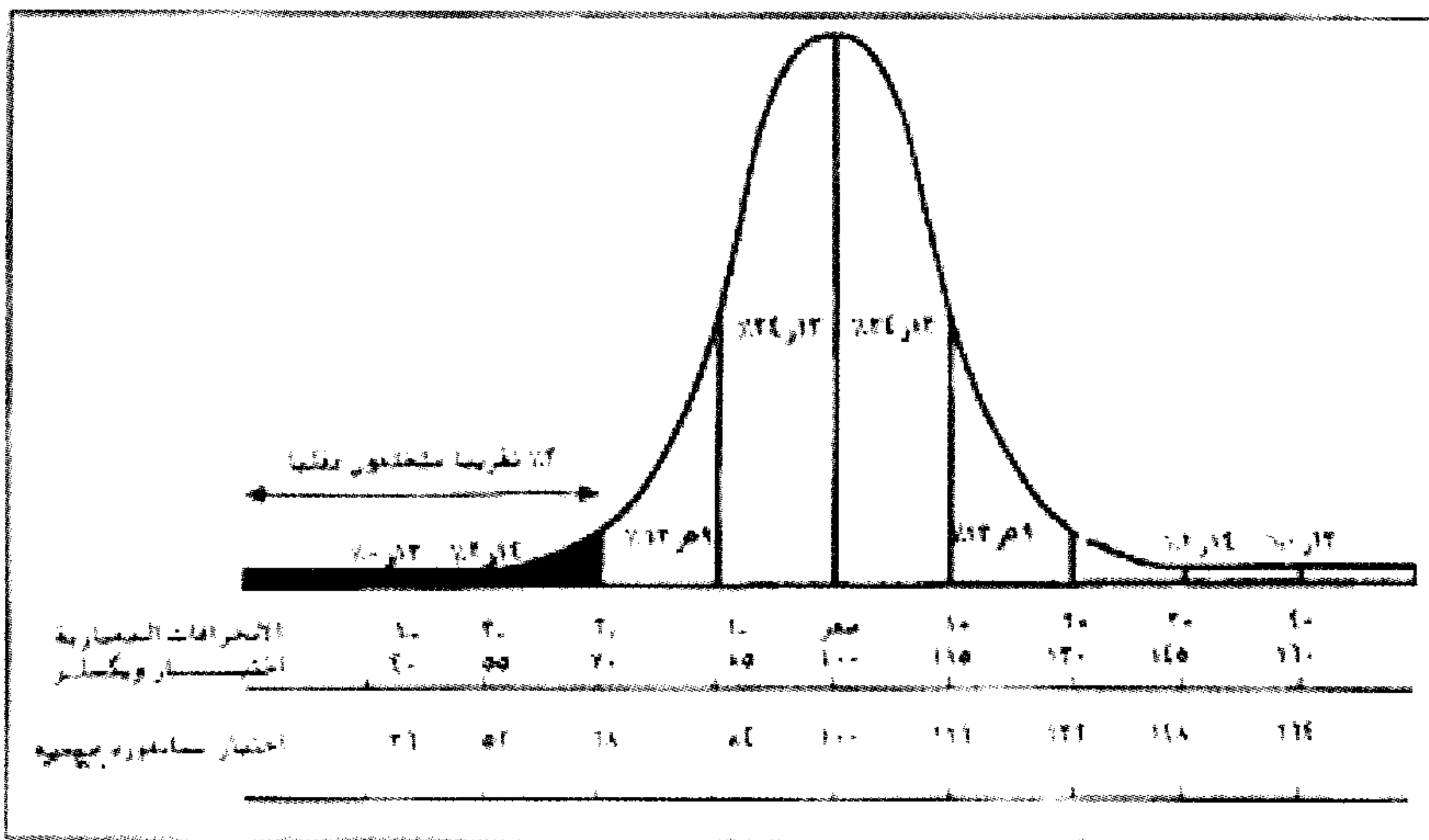


الحياة المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية الوظيفية، أو الترويج والعمل (Heward, 2002).

القدرة العقلية العامة:

تشير القدرة العقلية العامة (General Intellectual Ability) إلى ما يعرف بالذكاء والذي يتم قياسه باستخدام أحد اختبارات الذكاء الفردية المقننة. ويتم وصف القدرة العقلية لدى الفرد بالدرجة التي يحصل عليها على هذه الاختبارات وذلك يعرف بمعامل الذكاء (In-telligence Quotient) المعروف اختصاراً بالرمز (I.Q). ويلاحظ من التعريف السابق أن المعيار الأول لتشخيص التخلف العقلي هو انخفاض مستوى القدرة العقلية العامة بشكل ملحوظ. وما يعنيه ذلك إجرائياً هو أن تكون نسبة الذكاء دون المتوسط بانحرافين معياريين أو أكثر (Crane, 2001).

ويعد اختبار ستانفورد - بينيه (Stanford - Binet Test) واختبار وكسلر لذكاء الأطفال (Wechsler Intelligence Scale for Children) أكثر اختبارات الذكاء استخداماً وبالدرجة الوسط على هذين الاختبارين هي (100)، أما الانحراف المعياري الواحد فهو يساوي (16) درجة على اختبار بينيه و (15) درجة على اختبار وكسلر. وهكذا فإن حصول الشخص على درجة ذكاء تساوي (70) أو أقل على اختبار وكسلر ودون (68) على اختبار بينيه تجعله يصنف كمتخلف عقلياً وفقاً لمعيار القدرة العقلية العامة حيث أن هاتين الدرجتين تنخفضان بمقدار انحرافين معياريين أو أقل عن المتوسط (أنظر الشكل رقم (1 - 2)).



الشكل رقم : (1 - 2)

التوزيع النظري لدرجات الذكاء وفق المنحنى الطبيعي واعتماداً على ذلك، يصنف التخلف العقلي إلى أربعة مستويات هي:

أ) تخلف عقلي بسيط (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 55 - 69)

ب) تخلف عقلي متوسط (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 40 - 54)

ج) تخلف عقلي شديد (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 25 - 39)

د) تخلف عقلي شديد جداً (عندما تقل نسبة الذكاء عن 24).

إلا أن جدلاً عنيفاً دار ولا يزال يدور حول اختبارات الذكاء وإساءة استخدامها. فثمة أطفال يصنفون كمتخلفين عقلياً بناءً على اختبار الذكاء ولكنهم متكيفون في بيئتهم. ولقد أطلق على هؤلاء الأطفال اسم "الأطفال المتخلفين عقلياً لمدة ست ساعات" (Six Hour Mentally Retarded Children) إشارة إلى أنهم كانوا يعتبرون متخلفين في المدرسة وغير متكيفين خارجها.

السلوك التكيفي:

يؤكد تعريف التخلف العقلي على ضرورة أن يكون أداء الفرد منخفضاً بشكل ملحوظ لا من حيث القدرة العقلية العامة فحسب وإنما من حيث السلوك التكيفي أيضاً. فما هو السلوك التكيفي؟ وكيف يمكننا قياسه؟ يعرف السلوك التكيفي (Adaptive Behavior) على أنه مستوى فاعلية الفرد في تحقيق معايير الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم من عمره ومن مجموعته الثقافية. أما بالنسبة لقياس السلوك التكيفي فهو يتم باستخدام مقياس السلوك التكيفي الذي طورته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD Adaptive Behavior Scale) وغيرها من المقاييس العديدة من المقاييس العديدة التي تم تطويرها مؤخراً (Drew & Hardman, 2003).

مرحلة النمو

يشير تعريف التخلف العقلي إلى ضرورة أن يظهر الانخفاض الملحوظ في مستوى الأداء العقلي والعجز في السلوك التكيفي في مرحلة النمو فما هي مرحلة النمو؟ إن ما تشير إليه مرحلة النمو (Developmental Period) هي السنوات الثماني عشر الأولى من عمر الإنسان. وقد اختيرت هذه المرحلة العمرية لتنسجم وفترة الالتحاق في المدرسة من جهة ولتتم تمييز التخلف العقلي عن الاضطرابات الأخرى التي قد تحدث لدى الإنسان في المراحل العمرية اللاحقة من جهة أخرى.

نسبة انتشار التخلف العقلي

إن تحديد عدد الأشخاص المتخلفين عقلياً في مجتمع ما ليس أمراً سهلاً ويعود ذلك إلى جملة من العوامل من أهمها تغير تعريفات التخلف العقلي وتباين الأدوات المستخدمة لتقدير نسبة الانتشار. على أن أدبيات التربية الخاصة تشير عادة إلى أن النسبة هي 3% تقريباً. ويعتمد تقدير هذه النسبة على معيار واحد هو معيار نسبة درجة الذكاء ولكن الاعتماد على نسبة الذكاء فقط ينطوي على تجاهل للسلوك التكيفي والذي يعتبر معياراً ضرورياً لتعريف التخلف العقلي. ويعتقد البعض أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية في مجتمع ما لو كانت لتعتمد على السلوك التكيفي ونسبة الذكاء لكانت 1% وليس 3% إلا أن دراسات من هذا النوع لم تجر في أي مكان لعدم توافر مقاييس يقبل بها الجميع للسلوك التكيفي.

ومهما يكن الأمر، فإن معظم المراجع العلمية تشير إلى أن نسبة حدوث التخلف العقلي في الدول الغربية تبلغ 2.3% (Heward, 2002). وتقدير نسبة انتشار التخلف العقلي والإعاقات الأخرى أمر مريب حقاً والتقديرات هذه ليست سوى تقديرات كما يشير هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002)



تصنيف التخلف العقلي

هناك أكثر من طريقة لتصنيف التخلف العقلي ومن أهمها (Wehmeyer et al., 2001)

(أ) التصنيف الطبي - البيولوجي:

يعتمد هذا التصنيف على أسباب التخلف العقلي. ولكن حوالي 75% من حالات التخلف العقلي لا يعرف لها أسباب محددة.

(ب) التصنيف الاجتماعي النفسي:

يعتمد هذا التصنيف على درجة الذكاء (المعيار السيكومتري) والسلوك التكيفي. وفي كلتا الحالتين يصنف التخلف العقلي إلى بسيط، ومتوسط، وشديد، وشديد جداً اعتماداً على درجة الذكاء والأداء على مقياس السلوك التكيفي.

(ج) التصنيف التربوي:

بناء على هذا النظام في التصنيف، يصنف التخلف العقلي كما يلي:-

- (1) متخلفون عقلياً قابلون للتعليم (نسبة ذكاء تتراوح بين 70 - 50)
- (2) متخلفون عقلياً قابلون للتدريب (نسبة ذكاء تتراوح بين 50 - 30).
- (3) متخلفون عقلياً اعتماديون (نسبة ذكاء أقل من 30).

نبذة تاريخية

لقد شهر التاريخ البشري فترات متعاقبة من إهمال وسوء معاملة الأفراد المتخلفين عقلياً من جهة والاهتمام والمعاملة الإنسانية من جهة أخرى. ففي الماضي كانت المجتمعات الإنسانية تتعامل مع المتخلفين عقلياً على ضوء الخرافات وليس المعرفة العلمية. فقبل القرن التاسع عشر كان الأشخاص المتخلفون عقلياً يعاملون بوصفهم أغبياء ومتوحشين وتتملكهم الأرواح الشريرة. ولذلك كانوا يعاملون بقسوة أو يزوج بهم في السجون أو يتركوا في أماكن نائية ليموتوا (Whitman, Sciback & Reid, 1983)

وفي القرن التاسع عشر أصبحت الاتجاهات منطقية أكثر وعلمية أكثر وانبثقت المؤسسات لرعاية الأفراد المتخلفين عقلياً. وقد كان للطبيب الفرنسي جان ايتارد (Jean Itard) أثر ملموس في هذا الاتجاه. فقد وصف هذا الطبيب حالة طفل غابات الأفيرون المتوحش (Wild Boy Of Aveyron) وجد ضالاً في غابة بعيداً عن أي تفاعل بشري على مدى سنوات عديدة. وقد اعتقد ايتارد أن حالة الطفل قد نجمت عن عدم توافر التفاعل الاجتماعي والخبرات التعليمية وان بالإمكان معالجة الطفل. وعلى الرغم من أن ايتارد استطاع أن يحقق نجاحاً جزئياً في تغيير السلوك التكيفي لذاك الطفل إلا أنه قد أعلن عن فشله في معالجته. وعلى

الرغم من ذلك فقد أضاءت الطرق العلاجية التي استخدمها ايتارد الطريق للآخرين من بعده وكان على رأس هؤلاء إدوارد سيجوين (Edward Seguin) وهو أحد تلاميذ ايتارد. وقد اعترف العالم لاحقاً بجدوى الطرائق التربوية والعلاجية التي طورها سيجوين للعناية بالمتخلفين عقلياً وكان لأعمال ايتارد وسيجوين أثر بالغ على إنشاء المؤسسات الخاصة للمتخلفين عقلياً في أوروبا وأمريكا (Hallahan & Kauffman, 2002)

إلا أن التفاؤل ما لبث أن تحول إلى تشاؤم وفقدان للأمل في إمكانية تعليم المتخلفين عقلياً. وقد أدت عوامل عدة إلى التدهور في الخدمات المقدمة للمتخلفين عقلياً. ومن بين تلك العوامل الشعور إن الحديث عن إمكانية شفاء المتخلفين عقلياً أمر مبالغ فيه. وفي تلك الحقبة الزمنية سادت فكرة موروثية التخلف العقلي فأصبح ينظر إلى التخلف العقلي بوصفه تهديداً للمجتمع وخطراً عليه. وعلى الرغم من أهمية تطوير ألفرد بينيه (Bient) لمقياس الذكاء إلا أنه رافقه حملة مجحفة بحق المتخلفين عقلياً. فقد انبثق مع هذا الاختبار فئة جديدة من فئات التخلف العقلي وهي فئة التخلف العقلي البسيط. وهذه الفئة أضافت أعداداً كبيرة جداً إلى مجتمع المتخلفين عقلياً. وقد أضاف هذا الانفجار في مجتمع المتخلفين عقلياً الوقود إلى النار حيث أن التخلف العقلي أصبح فجأة مشكلة ذات حجم كبير جداً وأصبحت معه إساءة معاملة المتخلفين عقلياً وحرمانهم أمراً شائعاً، وأصبحت المجتمعات الإنسانية تعمل على عزل المتخلفين عقلياً في مؤسسات منفصلة غير إنسانية وذات طبيعة أيوائية (Patton & Payne, 1982, p. 136)

وفي النصف الأول من القرن العشرين حدثت تطورات مهمة على صعيد الخدمات التربوية الخاصة للمتخلفين عقلياً. وقد تمثل التطور الأول بإنشاء صفوف خاصة في المدارس العادية لتعليم هؤلاء الأفراد. في تلك الصفوف تم تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة إلا أن ذوي الإعاقات الشديدة استثنوا من ذلك لأن الاعتقاد السائد حينئذ كان إن هذه الفئة الأخيرة غير قابلة للتعليم. أما التطور الثاني فكان باتجاه مصاد إذ انبثقت الممارسات المتمثلة بوضع المتخلفين عقلياً في مؤسسات خاصة بهدف إيوائهم وليس تربيتهم ومعالجتهم. وقد كان هذا التوجه نتاج عدة عوامل من أهمها الاعتقاد بأن التخلف العقلي حالة طبية غير قابلة للشفاء والتحيزات الاجتماعية ضد هذه الفئات والخوف من التخلف العقلي للاعتقاد بأنه يرتبط بأشكال مختلفة من الجنوح الاجتماعي (Sarason & Doris, 1969).

وفي عقدي الخمسينات والستينات تزايد الاهتمام في دول العالم المختلفة بالدفاع عن حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً وتطوير البرامج التربوية والتأهيلية الفعالة. وقد كان وراء

هذا الاهتمام جمعيات آباء وأمهات الأفراد المتخلفين عقلياً والتشريعات، وتغير الاتجاهات نحوهم. وهذا كله رافقه تغييرات هائلة في البرامج المقدمة فلم تعد المؤسسات الخاصة مجرد مكان للأيواء وإنما أصبحت تربية وتأهيلية وعلاجية. وبدأ المجتمع يعيد تنظيم نفسه على نحو يسمح للمتخلفين عقلياً بالعيش في أوضاع وظروف أكثر إنسانية وذلك كله ما كان ليتحقق لولا إعداد وتدريب الكوادر الفنية ذات الكفاية المهنية العالية وفي أيامنا هذه يتم التركيز على أن الأشخاص المتخلفين عقلياً هم أشخاص أولاً لهم حقوق وخاصة الحق في التربية المناسبة والحق في المعالجة وفي عيش حياة كريمة (Crane, 2001).

أسباب التخلف العقلي:

لقد بذلت جهود هائلة في العقود الماضية لتحديد أسباب التخلف العقلي. ومع ذلك لا تزال الأسباب غير معروفة في معظم الحالات. فقد أشار كارتررايت ورفاقه (Cartwright et al, 1995) إلى أن أسباب التخلف العقلي لا يمكن تحديدها بشكل قاطع في حوالي 75% من الحالات. أما هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) فيعتقدون أن نسبة حالات التخلف العقلي التي لا يعرف لها سبب عضوي واضح تتراوح ما بين 80% و 94%. وعندما يكون الأمر كذلك (أي عندما لا يكون لدى الطفل المتخلف عقلياً اضطراب عضوي محدد) يطلق على أسباب التخلف العقلي اسم الأسباب الثقافية - الأسرية. ويسمى التخلف العقلي عندئذ التخلف العقلي الثقافي - الأسري (Cultural - Familial Mental Retardation).

وتوحي هذه التسمية بأن البيئة الاجتماعية والثقافية الفقيرة والمحرومة أو المضطربة في مراحل الطفولة المبكرة تقود إلى التخلف العقلي. إلا أنه لا يتوفر أية أدلة علمية كافية على صحة هذا الافتراض مما دفع بالجمعية الأمريكية للتخلف العقلي إلى استخدام الأسباب النفسية - الاجتماعية بدلاً من الأسباب الثقافية - الأسرية.

أما الحالات التي تكون فيها الأسباب عضوية معروفة فإنه يطلق على التخلف العقلي اسم التخلف العقلي المرضي أو العيادي (Clinical Mental Retardation). وقد صنف جروسمان (Grossman, 1977) الأسباب البيولوجية - الطبية للتخلف العقلي إلى الفئات الأساسية التالية:

- (1) الالتهابات والتسمم
- (2) الإصابات والعوامل الجسمية
- (3) اضطرابات عملية التمثيل الغذائي
- (4) الأمراض الدماغية العامة

(5) عوامل ما قبل الولادة غير معروفة (6) الاضطرابات الكروموسومية

(7) اضطرابات الحمل (8) الاضطرابات النفسية.

الالتهابات والتسمم:

إن إصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية أو المواد السمية قد يؤدي إلى التخلف العقلي لدى الطفل. ومن أكثر هذه الأسباب انتشاراً الحصبة الألمانية (Rubella) وبخاصة إذا أصيبت الأم الحامل بها في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل. كذلك فقد ينجم التخلف العقلي عن إصابة الأم بالأمراض الجنسية ومنها الزهري (Syphilis) وداء الحلاّ البسيط أو القوباء (Herpes Simplex) وهو مرض جنسي فيروسي يصيب الأم إذا انتقل للجنين بسبب لديه إعاقة عقلية. من ناحية أخرى فقد يحدث التخلف العقلي نتيجة إصابة الطفل بعد الولادة بأمراض معدية معينة ومن هذه الأمراض التهاب السحايا (Meningitis) والتهاب الدماغ (Encephalitis) كذلك فالتسمم قد يسبب التخلف العقلي والتسمم قد يحدث للأم أثناء مرحلة الحمل أو للطفل بعد الولادة. والتسمم لدى الأم قد يحدث بفعل تناول العقاقير الطبية أو التدخين أو الكحول وما إلى ذلك. أما التسمم لدى الطفل فقد يعود إلى تناول مادة الرصاص أو عدم توافق العامل الريميسي.

التهاب السحايا

هو عدوى تصيب أغشية السحايا (التي تحيط بالدماغ والنخاع الشوكي) قد تنجم عن الفيروسات أو البكتيريا أو الفطريات. وقد يحدث التهاب السحايا في أي عمر إلا أنه غالباً ما يحدث لدى الأطفال وبخاصة الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات.

ومن أهم أعراض هذا المرض ارتفاع درجة الحرارة وتيبس العنق والصداع وفرط التحسس للضوء. وأما بالنسبة للعلاج فهو يتطلب الكشف المبكر عن المرض والبدء فوراً بإعطاء المضادات الحيوية المناسبة.

إذا حدث ذلك فإن حياة الأطفال نادراً ما تتعرض للخطر. وللأسف فالكشف المبكر ليس ممكناً دائماً خاصة إذا كان الطفل المصاب رضيعاً فهو لن يستطيع التعبير عما يعاني منه. وفي هذه الحالة كثيراً ما يتم الكشف عن التهاب السحايا بعد أن تصبح لدى الطفل حمى شديدة ونوبات تشنجية. وعدم الكشف مبكراً عن المرض يزيد وبشكل ملحوظ احتمالات حدوث مضاعفات خطيرة.

فالتهاب السحايا من الأسباب الرئيسية للتلف الدماغي حيث أن نسبة غير قليلة من الأطفال الذين يصابون به تحدث لديهم مشكلات عصبية أساسية وبخاصة الصغار في السن ذلك أن المرحلة العمرية المبكرة هي مرحلة نمو حرجة بالنسبة للجهاز العصبي. كذلك فالتهاب السحايا مسؤول عن حوالي 10% من حالات الإعاقة السمعية في مرحلة الطفولة. وأخيراً فقد يؤدي التهاب السحايا إلى الحبسة الكلامية أو التخلف العقلي أو الشلل الدماغي أو الاضطرابات السلوكية أو الإعاقة البصرية.

الإصابات والعوامل الجسمية:

قد تحدث الإصابات أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها. فالتعرض للأشعة السينية بشكل متكرر قد يؤدي إلى التخلف العقلي. إضافة إلى ذلك فإن المشكلات المرتبطة بعملية الولادة قد ينجم عنها تلف دماغي وبالتالي تخلف عقلي. وقد يحدث التخلف العقلي بفعل نقص الأكسجة (Anoxia) أو بفعل الإصابات المباشرة للدماغ.

اضطرابات عملية التمثيل الغذائي:

التخلف العقلي أيضاً قد ينجم عن اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي وبخاصة الحالة المعروفة باسم الفينيل كيتون يوريا (Pheny ketonurea) والجلالكتوسيميا (Galactosemia) في حالة الفينيل كيتون يوريا لا يستطيع الجسم تحويل الفينيل الانين (Phenylalanine) إلى تيروسين (Tyrosine) الأمر الذي يقود إلى تجمع كميات كبيرة من الفينيل الانين وبالتالي نمو غير طبيعي في دماغ الطفل. ولحسن الحظ فإن تشخيص هذا الاضطراب أمر ممكن في الأيام الأولى من العمر وبالتالي معالجته بغذاء خاص يحول دون حدوث التخلف العقلي. أما الجلالكتوسيميا فهو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي قد ينجم عنه تخلف عقلي بسبب عدم مقدرة الجسم على الاستفادة من الجالكتوز. وهذه الحالة قابلة للمعالجة إذا ما تم اكتشافها في وقت مبكر. وأخيراً فهناك ما يشير إلى أن سوء التغذية إذا ما تعرضت له الأم الحامل أو الطفل اليافع قد ينتهي بالتخلف العقلي.

الأمراض الدماغية العامة:

تشمل هذه المجموعة من أسباب التخلف العقلي جملة من الأمراض أو الأورام الدماغية. وقد تنتج هذه الأمراض أو الأورام عن اضطرابات بيولوجية جينية مختلفة.



عوامل ما قبل الولادة:

تشير هذه العوامل إلى الحالات التي تكون موجودة منذ لحظة الولادة أو قبلها دون أن يكون هناك أسباب عضوية معروفة لها. وتشمل هذه الحالات:

(أ) صغر حجم الجمجمة

(ب) متلازمة أبرت

(ج) كبر حجم الجمجمة

بالنسبة لصغر حجم الجمجمة (Microcephaly) فهو قد ينجم عن عوامل جينية أو عوامل بيئية (مثل الحصبة الألمانية). أما بالنسبة لمتلازمة أبرت (Apert Syndrome) فهو اضطراب جيني سائد ينجم عنه صغر في الجمجمة الأمر الذي يمنع النمو الطبيعي للدماغ. وأخيراً فإن كبر حجم الجمجمة (Macrocephaly) من العوامل المرتبطة بالتخلف العقلي. وقد تنجم هذه الحالة عن عدة أسباب منها: العمود الفقري المشقوق، والأورام الدماغية، والتهاب الدماغ.

عدم توافق العامل الريزيسي:

العامل الريزيسي هو جزء من أجزاء الدم يوجد لدى معظم الناس (حوالي 85%) ولا يوجد لدى البعض. ومرض العامل الريزيسي هو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين. ويحدث ذلك عندما تتزوج امرأة لا يوجد العامل في دمها برجل يوجد العامل في دمه. ففي مثل هذه الحالة قد يرث الجنين العامل الريزيسي عن الأب. عندئذ فإن دم الجنين قد ينتقل إلى دم الأم

وبخاصة في أثناء الولادة وبما أن دم الجنين يختلف عن دم الأم فإن دمها يقاوم دمه وذلك بإنتاج أجسام مضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة. وإذا حدث ذلك فإن كريات الدم الحمراء تتلف لدى الطفل وينتج عن ذلك فقر دم واصفرار وتلف دماغي وغير ذلك. وفي الحالات الشديدة، قد يؤدي هذا الوضع إلى وفاة الطفل. على أي حال، نادراً ما يحدث هذا في الحمل الأول ولكن نسبة الخطر تزداد في حالات الحمل اللاحقة حيث أن دم الأم يكون قد استحث بما في الكفاية لإنتاج الأجسام المضادة للعامل الريزيسي.

الاضطرابات الكروموسومية:



هناك حالات مختلفة من التخلف العقلي تعود إلى اضطرابات كروموسومية. وتعتبر الحالة المعروفة باسم متلازمة داون (Down syndrome) التي كانت تعرف سابقاً باسم المنغولية (Mongolism) أكثر الاضطرابات الكروموسومية المرتبطة بالتخلف العقلي شيوعاً. وتتمثل المشكلة الأساسية في هذا الاضطراب بكون الطفل المصاب لديه (47) كروموسوم بدلاً من (46) كروموسوم وهو العدد الطبيعي. ويكون الكروموسوم الزائد متصلاً بزواج الكروموسومات رقم (21) حيث يصبح هذا الزوج ثلاثياً بدلاً من أن يكون ثنائياً. ولهذا يطلق على هذه الحالة اسم

ثلاثية الصبغي رقم واحد وعشرين (Trisomy 21). وتأخذ متلازمة داون شكلين آخرين أحدهما يتمثل بالتصاق أحد الكروموسومات بزواج آخر (Translocation) والآخر يتمثل بوجود الكروموسوم الزائد في بعض الخلايا وعدم وجوده ببعض الخلايا الأخرى (Mosaicism).

إن هذا الاضطراب الكروموسومي ينجم عنه تخلف عقلي وبعض المشكلات الأخرى العظيمة والقلبية والسمعية. ويرتبط هذا الاضطراب بعمر الأم عند الولادة حيث أن الدراسات تشير إلى أن نسبة حدوثه تزداد بشكل كبير مع تقدم عمر الأم. ففي حين أن نسبة حدوثه لدى الأطفال الذين تتراوح أعمار أمهاتهم بين 25 - 20 سنة تبلغ 1:20000 فإن نسبة حدوثه لدى الأطفال الذين تبلغ أعمار أمهاتهم 45 سنة حوالي 1:32 (Cartwright et al., 199)

اضطرابات الحمل:

كذلك فإن من العوامل المرتبطة بالتخلف العقلي فترة الحمل. فالطفل قد يكون عرضة لمشكلات سلوكية مختلفة إذا كانت فترة الحمل طويلة (Postmaturity) أو قصيرة (Prematurity). وكما يشير هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) فإن قصر فترة الحمل (الخداج) يعتبر أمراً خطراً قد ينجم عنه انخفاض في النمو العقلي العام لدى الطفل.

الاضطرابات النفسية:

ويعتقد أيضاً أن بعض حالات التخلف قد تعقب حدوث الاضطراب النفسي. ولكنه ليس من السهل تحديد ما إذا كان التخلف العقلي يلي الاضطراب النفسي أم العكس. ولذلك فنادرًا ما يعد الاضطراب النفسي سبباً للتخلف العقلي.

الجدول رقم (2 - 1)

بعض المتلازمات ذات العلاقة بالتخلف العقلي

متلازمة برادر - ولي (Prader - Willi Syndrome)	تنتج عن تشوه وراثي غير معروف السبب. وتقود إلى تخلف عقلي، وسكري وعدم نمو الأعضاء الجنسية، والبدانة.
متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome)	تنتج عن نقص في الكروموسوم رقم (15) يرافقها تخلف عقلي شديد ونوبات تشنجية وفقدان التوازن ومشية الدمى.
متلازمة توريت (Tourette Syndrome)	حالة تتصف بالسلوك النمطي والحركات اللاإرادية والأفعال القهرية والعادات الكلامية الشاذة.
متلازمة هنتر (Hunter Syndrome)	حالة اضطراب عصبي شديد تنتج عن خلل وراثي في المواد الدهنية في الجسم. وينتج عنها تخلف عقلي وإعاقة سمعية
متلازمة لش نايان (Leech Nyhan Syndrome)	تنتج عن اضطراب وراثي في تركيب حمض البول ويرافقها تخلف عقلي وتأخر حركي وإيذاء ذاتي.
متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش (Fragile X Syndrome)	اضطراب وراثي يحمل على الكروموسوم الجنسي يرافقه تخلف عقلي أحياناً ونشاط زائد أو توحد.
متلازمة ستيرج ويبر (Sturge - Weber Syndrome)	اضطراب وراثي يحدث فيه أورام في الأوعية الدموية في الوجه يرافقه تخلف عقلي ونوبات تشنجية وشلل نصفي وضعف بصري.

التقييم التربوي - النفسي للأفراد المتخلفين عقلياً

لقد تمت الإشارة في بداية هذا الفصل إلى أن الاهتمام في تعريف التخلف العقلي ينصب على كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي. لذلك سنصف الأساليب المستخدمة لتقييم هذين الجانبين.

اختبارات الذكاء:

منذ أن طور ألفرد بينية أول اختبار فردي للذكاء في بداية العشرين جرت محاولات عديدة جداً لتطوير اختبارات ذكاء أخرى. وعلى وجه العموم، فإن هذه الاختبارات تحاول دراسة عينات من سلوك الفرد فيما يتصل بالفقرات التي يتضمنها الاختبار بغية التنبؤ بمستوى أدائه العقلي. وأكثر اختبارات الذكاء استخداماً هما اختبار ستانفورد - بينيه واختبار وكسلر لذكاء الأطفال.

يستخدم اختبار ستانفورد بينيه مع الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنتين والأشخاص الراشدين. وهذا الاختبار لفظي بطبيعته. أما اختبار وكسلر لذكاء الأطفال المنقح (Wisc - R) فهو يستخدم مع الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 6 - 16 سنة ويتضمن الاختبار مقياسين فرعيين:

(أ) الاختبار اللفظي

(ب) الاختبار الأدائي

ويحصل الفرد على ثلاث درجات هي درجة الذكاء الكلية، ودرجة الذكاء اللفظية ودرجة الذكاء الأدائية. وينبغي ملاحظة ما يلي عند تطبيق اختبارات الذكاء:

1 - ان درجة الذكاء قد تتغير بشكل ملحوظ، فقد أشارت دراسات عدة إلى أن هذا التغير لا يحدث لدى الأطفال العاديين فقط ولكنه قد يحدث لدى الأطفال المتخلفين عقلياً وبخاصة منهم ذوي التخلف العقلي الذي كان يطلق عليه سابقاً التخلف الحدي (Borderline) ومع أن تشخيص التخلف العقلي يعتمد على درجة الذكاء وهي درجة تتغير بفعل التربية والتدريب إلا أنه يعامل بوصفه تشخيصاً ثابتاً لا يتغير (Macmillan, 1977).

2 - ان اختبارات الذكاء بما فيها الاختبارات الأكثر استخداماً واعتماداً لتشخيص التخلف العقلي اختبارات متحيزة ثقافياً. بعبارة أخرى، أنها غير منصفة بحق الأفراد الذين ينتمون إلى المجتمعات الفقيرة وإلى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية وذلك بفعل الفروق في عوامل اللغة والخبرة (Mercer, 1973).

3 - ان درجة الذكاء، رغم أهميتها وقدرتها على التنبؤ بالأداء المستقبلي للطفل، ليست العامل الوحيد المهم الذي يقرر قدرة الفرد على العيش في مجتمعه لذا جاء الاهتمام بالسلوك التكيفي.

4 - مع أن اختبارات الذكاء تعدّ من الاختبارات النفسية الأكثر تطوراً، إلا أن تحديد درجة ذكاء الفرد لا يزال عرضة للأخطاء المختلفة. فعلى سبيل المثال، إن معامل الارتباط بين درجات الذكاء التي قد يحصل عليها الفرد ذاته عند تطبيق اختبار وكسلر لذكاء الأطفال المنقح واختبار ستانفورد بينيه، وهما الاختباران الأكثر تطوراً واعتماداً، لا يزيد على 70% بمعنى أن الاختبارين يتفقان على تصنيف الطفل ذاته على أنه متخلف عقلياً في حوالي 70% من الحالات فقط. ويضيف هيوارد (Heward, 2002) إلى ذلك ما يلي:-

(أ) أن مفهوم الذكاء مفهوم افتراضي فهو غير قابل للملاحظة المباشرة ولكنه شيء نستدل عليه من الأداء الظاهر.

(ب) ان اختبار الذكاء ليس سوى سلسلة من الأسئلة والمهمات التي تتطلب من الفرد حل المشكلات. بعبارة أخرى ، ليس هناك شيء عجيب أو غير عادي في اختبارات الذكاء.

(د) أن اختبارات الذكاء تحدّد أداء الفرد على الفقرات المتضمنة فيها في وقت معين فما نفعه هو إننا نتخمن من هذا الأداء عما قد يفعله الفرد في مواقف أخرى.

(هـ) أن اختبارات الذكاء هي أفضل وسيلة للتنبؤ بالتحصيل المدرسي.

(و) ان درجة الذكاء غير مفيدة في تخطيط البرامج التربوية الفردية أو تحديد الطرائق التعليمية المناسبة.

مقاييس السلوك التكيفي:

أما مقاييس السلوك التكيفي فهي تحدّد أداء الفرد في مجالات (أبعاد) مختلفة قد يحدث فيها عجز في المراحل العمرية المختلفة على النحو التالي:

(أ) في مرحلة الرضاعة - والطفولة المبكرة

1 - المهارات الحسية - الحركية

2 - مهارات التواصل

3 - مهارات العناية بالذات

4 - المهارات الاجتماعية

(ب) في مرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة.

- 1 - تطبيق المهارات الأكاديمية في النشاطات الحياتية اليومية .
- 2 - استخدام التعليل المنطقي واتخاذ القرارات المناسبة في التفاعل مع البيئة
- 3 - التفاعل الاجتماعي المناسب مع الآخرين.

(ج) في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد.

1 - المسؤولية الاجتماعية

2 - النمو المهني.

وقياس السلوك التكيفي ليس بالأمر السهل أيضاً فليس هناك اتفاق على تعريفه. ومهما يكن الأمر، فلا بدّ من قياسه وتطوير أدوات مناسبة لذلك. ويعدّ مقياس السلوك التكيفي الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الذي يتألف من جزأين يقيسان عدداً من الأبعاد السلوكية المقياس الأكثر استخداماً (أنظر الجدول رقم 2 - 2 والجدول رقم 3 - 2).

الجدول رقم (2 - 2)

الجزء الأول من مقياس السلوك التكيفي

Independent Functioning	الأداء المستقل
Physical Development	النمو الجسمي
Economic Activity	النشاط الاقتصادي
Language Development	النمو اللغوي
Number and Time Concepts	الأرقام والوقت
Vocational Activity	النشاط المهني
Self - Direction	التوجيه الذاتي
Responsibility	تحمل المسؤولية
Socialization	النضج الاجتماعي

الجدول رقم (2 - 3)

الجزء الثاني من مقياس السلوك التكيفي

Destructive Behavior	العنف والتخريب
Antisocial Behavior	السلوك غير الاجتماعي
Nonconforming Behavior	عدم الطاعة
Untrustworthy Behavior	السلوك غير الجديد بالثقة
Withdrawn Behavior	الانسحاب
Stereotypic Behavior	السلوك النمطي
Odd Interpersonal Manners	العادات الشخصية غير المقبولة
Vocal Habits	العادات الكلامية غير المقبولة
Excentric Habits	العادات الشاذة
Use of Medications	تناول العقاقير
Hyperactivity	النشاط الزائد

خصائص الأفراد المتخلفين عقلياً

إن الأشخاص المتخلفين عقلياً قادرين على التعلم والنمو. ولكن نموهم وإن كان يوازي نمو الأشخاص غير المتخلفين عقلياً يتصف بكونه بطيئاً. واستناداً إلى هذه الحقيقة، فإن فلسفة رعاية هؤلاء الأشخاص قد تغيرت في العقود الماضية من الإيواء إلى تطوير البرامج التربوية والتأهيلية الفعالة. ومن الخطأ التعميم عن الخصائص النفسية - التربوية للأفراد المتخلفين عقلياً ذلك أن هؤلاء الأفراد لا يشكلون فئة متجانسة. لذا ينبغي قراءة الخصائص التالية بحذر دون القفز إلى التعميمات.

الانتباه:

يعتبر الانتباه (وهو القدرة على التركيز على مثير محدد) متطلباً مهماً لتعلم التمييز. وقد حاولت دراسات عديدة جداً التعرف إلى هذه الصفة لدى الأفراد المتخلفين عقلياً. وخلصت النتائج إلى افتراض مفاده إن قدرة الشخص المتخلف عقلياً على الانتباه إلى المثيرات ذات

العلاقة في الموقف أضعف أو أدنى من قدرة الأشخاص غير المعوقين وأن ضعف الانتباه هذا هو العامل الذي يكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها الأشخاص المتخلفون عقلياً. وهذا يعني ضرورة أن يعمل المعلم على توظيف الاستراتيجيات المختلفة التي من شأنها العمل على زيادة الانتباه (Klein, Pasch, & Frew, 1979).

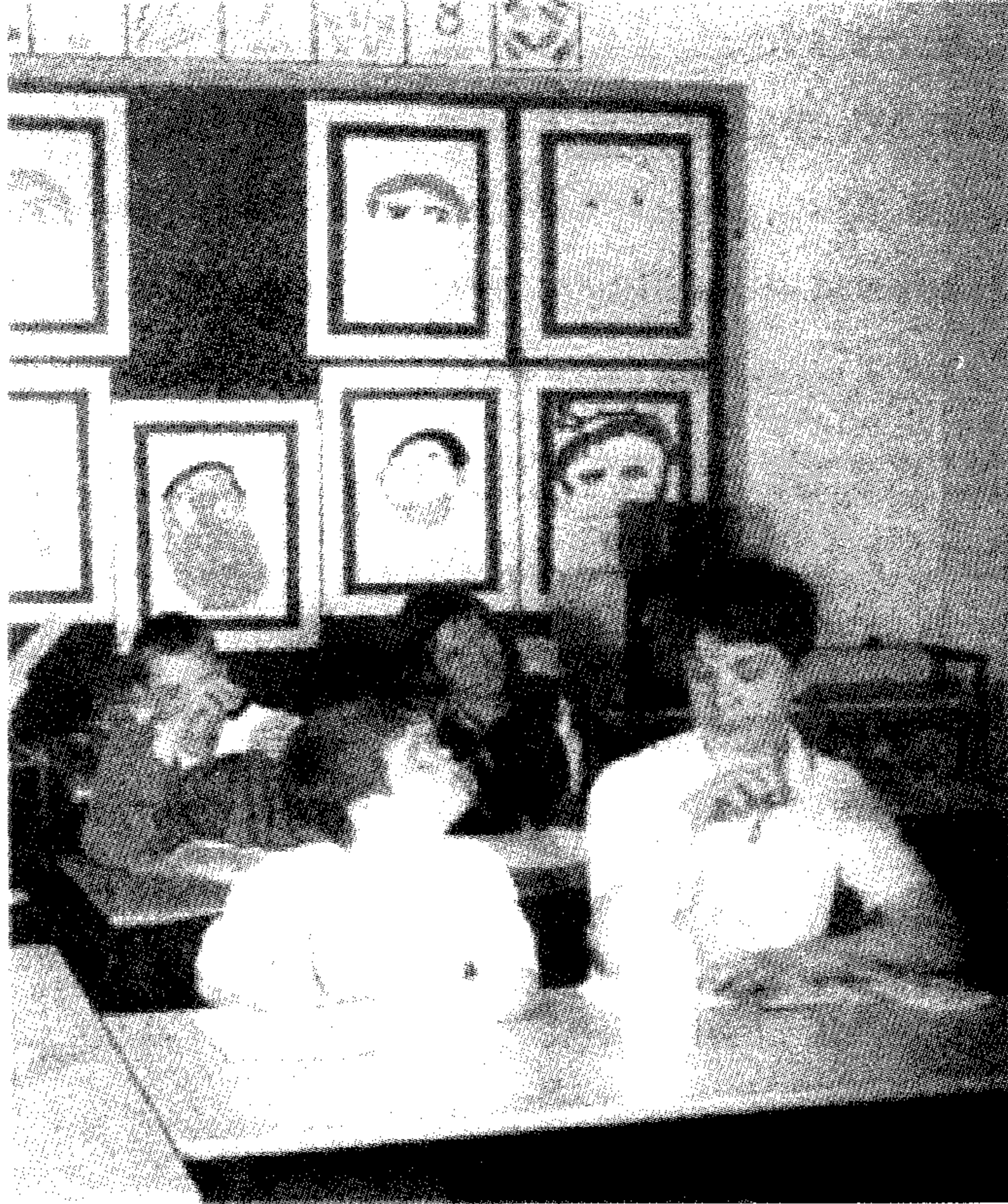
- 1 - استخدام المثيرات ذات الأبعاد الواضحة والمميزة.
- 2 - تنوع المثيرات المستخدمة في البداية تبعاً لأقل عدد ممكن من الأبعاد
- 3 - استخدام أساليب مختلفة لانتباه المتعلم من مثل الإيماءات اللفظية والإيماءات الجسدية.
- 4 - تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح بالتركيز على المثيرات ذات العلاقة.
- 5 - استخدام الوسائل السمعية - البصرية المناسبة.
- 6 - إزالة المثيرات المشتتة والإبقاء على المثيرات ذات العلاقة.
- 7 - تعزيز الانتباه بطريقة فعالة.

الذاكرة:

وجدت الدراسات أن الأشخاص المتخلفين عقلياً يواجهون مشكلات على صعيد الذاكرة قصيرة المدى (Short Term Memory). والاعتقاد السائد كما يذكر أليس (Ellis, 1970) هو أن الأشخاص المتخلفين عقلياً لديهم ضعف في عملية اقتناء المثير حيث يعتقد أن الذاكرة قصيرة المدى تتضمن حدوث أثر في الجهاز العصبي المركزي يستمر عدة ثوان وهذا الأثر هو الذي يسمح بالاستجابة السلوكية. وقد أطلق أليس على ذلك اسم نظرية اقتفاء المثير (Stim-ulus Trace Theory) وهو يعتقد أن الشخص المتخلف عقلياً يواجه صعوبة في اقتفاء أثر المثير.

وقد أجرى أليس (Ellis, 1970) لاحقاً بحثاً عديدة حول الذاكرة قصيرة المدى لدى المتخلفين عقلياً وبحثه هذه انتهت إلى انبثاق نموذج معين لتفسير الذاكرة أطلق عليه اسم نموذج العمليات المتعددة (Multiprocess Model) وقد سماه هكذا لأنه يعتقد أن المعلومات التي تتوفر عن المثير الذي ينتبه إليه الشخص تتحول إلى واحدة من ثلاثة أشكال من خزن الذاكرة. وعملية التحويل هذه التي تعرف بإسم استراتيجيات الإعادة (Rehearsal Strategies) تغير المعلومات من نوع من أنواع الذاكرة إلى نوع آخر.

وقد وجد أليس أن الأشخاص المتخلفين عقلياً لا يقومون بعمليات الإعادة اللفظية بسبب الضعف اللغوي الناجم عن التخلف العقلي وأقترح أن الضعف في عمليات التحويل



(Impaired Relay Processes) هو المسؤول عن ضعف الذاكرة لدى المتخلفين عقلياً.

ويشير فالن وإمانسكي (Fallen & Umansky, 1985) إلى أن نظريتين رئيسيتين وضعتا لتفسير ضعف الذاكرة عند المتخلفين عقلياً. النظرية الأولى هي نظرية الحاجز المحدود (Lim-ited Buffer Theory) والتي تقوم على افتراض مفاده أن المتخلفين عقلياً لديهم قدرة محدودة على تخزين المعلومات. أما النظرية الثانية فهي نظرية عنق الزجاجة (Bottleneck Theory) والتي تقترح أن المشكلة ليست في كمية المعلومات التي يستطيع الشخص المتخلف تخزينها وإنما في عدم مقدرته على استرجاع المعلومات المخزونة.

إن تذكر المعلومات لا يرب يتطلب اكتسابها أولاً واكتسابها يتطلب الانتباه إليها. ولقد أجريت دراسات عديدة حوله وأوضحت أن الأشخاص المتخلفين عقلياً يعانون من مشكلات في الانتباه للمثيرات ذات العلاقة (الانتباه الانتقائي). وتشير الدراسات على وجه التحديد إلى أن انتباه الأشخاص المتخلفين عقلياً يتشتت بسهولة وأنهم لا يستطيعون الانتباه لمدة طويلة. كذلك فإن المتخلفين عقلياً يواجهون صعوبة في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر. ويخفقون في تطبيق المهارات والمعارف التي يكتسبونها لأداء مهارة ما أو لحل مشكلة ما في تأدية المهارات

الأخرى أو حل المشكلات الأخرى المماثلة. بعبارة أخرى، أن قدرة الأشخاص المتخلفين عقلياً على التعميم محدودة. وتشير الدراسات أيضاً إلى أن قدرة الأشخاص المتخلفين عقلياً على تعلم المفاهيم المجردة أدنى من قدرتهم على تعلم المهارات الملموسة وأن قدرتهم على الإفادة من الخبرة محدودة نسبياً (Hallahan & Kauffman, 2002, Heward, 2002)

النمو الجسمي:

مع أن النمو الحركي لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً أكثر تطوراً من مظاهر النمو الأخرى إلا أن الأشخاص المتخلفين عقلياً عموماً أقل كفاية من الأشخاص غير المتخلفين عقلياً وذلك فيما يتصل بالحركات وردود الفعل الدقيقة والمهارات الحركية المعقدة والتوازن الحركي. كذلك تشير الدراسات إلى أن الأشخاص المتخلفين عقلياً يواجهون صعوبات في تعلم المهارات اليدوية. وبناء على تحليل الأدب المتصل بالخصائص النمائية الحركية للمتخلفين عقلياً، خلص فالن وأمانسكي (Fallen & Umansky, 1985) إلى ما يلي:-

1 - هناك علاقة قوية بين العمر الزمني والأداء الحركي، فمع تقدم العمر يصبح الشخص المتخلف عقلياً أكثر مهارة حركياً.

2 - هناك علاقة موجبة قوية بين شدة التخلف العقلي وشدة الضعف الحركي.

3 - ان تسلسل النمو الحركي لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً يشبه التسلسل النمائي لدى غير المتخلفين عقلياً فمعدل النمو لديهم أبطأ منه لدى غير المعوقين. وكمجموعة فإن الأشخاص المتخلفين عقلياً يتأخرون في المشي مقارنة بغير المتخلفين ويكونون أقصر قليلاً من الآخرين وأكثر عرضة للمشكلات والأمراض الجسمية.

وإذا كان جميع الأطفال بحاجة إلى رعاية صحية مناسبة فالأطفال المعوقون عقلياً أشد حاجة إلى ذلك حيث أنهم أكثر عرضة للمشكلات الصحية من الأطفال العاديين. وتزداد هذه الحاجات بازدياد شدة حالة التخلف العقلي حيث أنها تصبح أكبر وأكثر تنوعاً لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة. كذلك تشير الدراسات إلى أن المشكلات الصحية والجسمية أكثر شيوعاً لدى الأطفال الأصغر سناً منها لدى الأطفال الأكبر سناً ولدى الذكور أكثر منها لدى الإناث (Drew & Hardman, 2003).

فقد أجريت في الدول الغربية في العقود الماضية دراسات عديدة بهدف تحديد المشكلات الطبية التي يعاني منها الأطفال المتخلفون عقلياً وإيضاح الخدمات الطبية التي ينبغي على

المؤسسات التربوية الخاصة توفيرها لهم. وتبين هذه الدراسات عموماً أن الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون من مشكلات صحية عديدة إضافة إلى تلك التي يعاني منها جميع الأطفال. ففي دراسة أجراها رايت وفالنتي وتارجان (Wright, Valente, and Tarjan, 1962) على عينة تكونت من (76) طفلاً متخلفاً عقلياً تراوحت أعمارهم بين (2 - 10) سنوات وجد أن نسبة كبيرة منهم كانت تعاني من أمراض معدية مزمنة مختلفة واضطرابات عصبية وتنفسية وبصرية متنوعة. ومن المشكلات الرئيسية التي يعاني منها الأطفال المتخلفون عقلياً المشكلات المتصلة بالمجاري البولية وبخاصة منها السلس البولي. فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن نسبة كبيرة من هذه الفئة من الأطفال تعاني من مشكلة السلس البولي.

كذلك قد يواجه الأطفال المتخلفون عقلياً، وبخاصة ذوو الإعاقة الشديدة منهم، صعوبة كبيرة في التحكم بحركة اللسان ويظهرون أنماطاً تنفسية شاذة مما قد يجعلهم عرضة لالتهابات مجرى التنفس. وقد يتطلب هذا الأمر أحياناً إجراء العمليات الجراحية. وتعاني نسبة كبيرة من الأطفال المتخلفين عقلياً من الاضطرابات العصبية وبخاصة الصرع. فالدراسات تشير إلى أن حوالي 20% منهم يعانون من الصرع وأن نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور أكبر منها لدى الإناث. ومن ناحية أخرى تبين الدراسات أن الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر عرضة من غيرهم لأمراض الأذن (Blackwell, 1979) والمشكلات السمعية حيث تراوح نسبة انتشارها بين (15 - 20%).

ووجدت ماكدونالد (McDonald, 1985) في دراسة لها حول الحاجات الطبية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية الشديدة أنهم يعانون من نسب متفاوتة من المشكلات البصرية والفموية والسنية، والعظمية، والجلدية، والبولية، والعصبية. وفي بحث آخر قام سميث ورفاقه (Smith, Decker, Herberg, and Rupke, 1969) بدراسة 304 طفلاً متخلفاً عقلياً دون الثانية عشرة من العمر كانوا ملتحقين بإحدى مؤسسات التربية الخاصة. وحاول هؤلاء الباحثون تحديد الحاجات الطبية لهؤلاء الأطفال من خلال قراءة الملفات الطبية وإجراء المقابلات مع العاملين في المؤسسة وإجراء تقييم طبي عام للأطفال أشارت النتائج إلى أن 82% من أفراد الدراسة يعانون مشكلات وإعاقات مصاحبة للتخلف العقلي. فقد وجد أن 45% منهم يعانون من مشكلات عصبية مزمنة. أما المجموعة المتبقية فكانت تعاني من مشكلات عظمية، وبصرية، وتنفسية، وفموية. وأشار الباحثون إلى أن معظم هذه المشكلات ما كانت لتتطور وتتفاقم لو أن الأطفال قد قدمت لهم خدمات وقائية وعلاجية مبكرة. كذلك وجد

باحثون آخرون (Nelson and Crocker, 1978, Adams, 1972) أن الرعاية الطبية في مؤسسات التخلف العقلي دون المستوى المطلوب. فقد لاحظ هؤلاء الباحثون أن الأطفال المتخلفين عقلياً الملتحقون بهذه المؤسسات يعانون من مشكلات طبية مختلفة بسبب عدم توفر الرعاية الصحية المناسبة. وقد تبين أن أكثر تلك المشكلات شيوعاً الإعاقات العظمية مثل انحناءات الظهر والتشوهات الوضعية في أطراف الجسم والحوض.

وهكذا يتضح أن الأطفال المتخلفين عقلياً يتعرضون للعديد من المشكلات الصحية المؤقتة والمزمنة، ويتضح أيضاً أن نسبة انتشار هذه المشكلات تختلف باختلاف عدد من العوامل المتصلة بالطفل وبخاصة شدة التخلف العقلي والعمر الزمني للطفل وجنسه. على أن الدراسات المتوفرة قليلة نسبياً ولا تزودنا ببيانات علمية كافية. وبناء على ذلك ينبغي إجراء المزيد من الدراسات بغية إلقاء الضوء على طبيعة الحاجات الطبية للأطفال المتخلفين عقلياً.

النمو اللغوي:

لما كان النمو اللغوي لا يتطور بمعزل عن القدرات المعرفية فلا غرابة في أن تجد الدراسات أن الأشخاص المتخلفين عقلياً يواجهون صعوبات في التعلم اللغوي وفي تأدية المهمات المعتمدة على التعلم اللفظي واللغوي. وتبين الدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً منها لدى غير المتخلفين وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل تأخر النمو اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة. وقد أشار هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) إلى الخصائص التالية للنمو اللغوي للأشخاص المتخلفين عقلياً.

1 - يرتبط مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات بشدة التخلف العقلي الذي عانى منه الفرد. فكلما ازدادت شدة التخلف العقلي ازدادت شدة المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشاراً.

2 - لا تختلف المشكلات الكلامية واللغوية باختلاف الفئات التصنيفية للتخلف العقلي.

3 - تشبه البنية اللغوية لدى المتخلفين عقلياً البناء اللغوي لدى غير المتخلفين عقلياً، فهي ليست شاذة، بل هي لغة سوية ولكن بدائية.

التحصيل الأكاديمي:

إن الأفراد المتخلفين عقلياً لا يستطيعون التقدم في العملية التعليمية الأكاديمية كغيرهم من

الأفراد فهم لا ينجحون في المجالات الأكاديمية كغيرهم. ولا غرابة في ذلك فثمة علاقة قوية بين التحصيل الأكاديمي والذكاء. فهم يعانون من مشكلات في القراءة (وخاصة الاستيعاب القرائي) وهم لا يحصلون أكاديمياً بما يتوافق وقدراتهم المتوقعة.

النمو الاجتماعي - الانفعالي:

يجعل الضعف العقلي الإنسان المتخلف عقلياً عرضة لمشكلات اجتماعية وانفعالية مختلفة. فلقد تمت الإشارة في بداية هذا الفصل إلى أن العجز في السلوك التكيفي من الخصائص المهمة للتخلف العقلي. ولا يعود ذلك للضعف العقلي فحسب ولكنه يعود أيضاً إلى اتجاهات الآخرين نحو المتخلفين عقلياً وطرق معاملتهم لهم وتوقعاتهم منهم. وهذه الاتجاهات والتوقعات تؤدي إلى تدني مفهوم الذات لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً. ويرتبط انخفاض مفهوم الذات لديهم بخبرات الفشل والإخفاق التي يواجهونها. كذلك فإن الأشخاص المتخلفين عقلياً يظهرون أنماطاً سلوكية اجتماعية غير مناسبة ويواجهون صعوبات بالغة في بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين (Crane, 2001).

إن الأشخاص المتخلفين عقلياً أيضاً لا يتطور لديهم الشعور بالثقة بالذات وفي العادة يصف الباحثون ذلك بالقول أن المتخلفين عقلياً يعتمدون على الآخرين لحل المشكلات (Outer Directed) - وأنهم يعززون سلوكهم لعوامل خارج نطاق سيطرتهم (External Locus of Control) فبسبب الإخفاق يتطور لديهم الخوف من الفشل وتوقعه الأمر الذي يدفع بهم غالباً إلى تجنب محاولة تادية المهمات المختلفة. وهذه المظاهر الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية أكثر انتشاراً لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة إذ أنها تعمل على عزلهم وعدم توفير فرص الدمج لهم في المجتمع (Wehmeyer et al., 2001).

الاعتبارات التربوية

ربما يكون مفيداً أن نتذكر أن التخلف العقلي هو انخفاض في الذكاء وليس توقفاً عن النمو. فالطفل المتخلف عقلياً ينمو ويتعلم ولكن بسرعة أبطأ من الأطفال العاديين ولأن التخلف العقلي يؤثر على النمو العقلي تحديداً فلن تكون عملية تعليمهم عملية سهلة. فهؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات بالغة في الانتباه والتذكر والتمييز والتعميم وهذه كلها شروط أساسية للتعلم. وبدون مراعاة الخصائص الحقيقية لهؤلاء الأطفال فلن تكون عملية تدريبهم مفيدة. وفيما يلي أهم المبادئ التي ينبغي مراعاتها عند تعليم وتدريب الأطفال المتخلفين عقلياً (Beirn - Smith et al., 2001).

1 - الفوز بانتباه الطفل، ويقصد بذلك تنظيم المواد والمثيرات بحيث يتم تشجيعه على التركيز على المثيرات المهمة وتجاهل المثيرات غير المهمة. ويمكن تحقيق ذلك بالتخفيف من المثيرات المشتتة وتعزيز الطفل عندما ينتبه، واستخدام التلقين اللفظي الإيمائي والجسمي لحث الطفل على الانتباه، واستخدام مثيرات ذات خصائص واضحة ومحددة.

2 - الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيداً حسبما تقتضي قدرات الطفل.

3 - تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه، فبدون معرفة مستوى أدائه قد نطلب منه تأدية مهارات لا يستطيع تأديتها وذلك أمر محبط أو قد نطلب منه تأدية مهارات يتقنها جيداً وذلك أمر غير مفيد وممل.

4 - تعزيز الاستجابات الصحيحة للطفل، فالتعزيز يقوي السلوك، والتعزيز يجب أن يكون فورياً وملائماً للطفل. ويكون التعزيز فعالاً عندما يتم تنويعه وعندما يكون الطفل بحاجة إليه حقاً وعندما يقدم له بحرارة دونما تصنع.

5 - تأكيد المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل، ويتطلب ذلك استخدام الأدوات والوسائل التي من شأنها مساعدة الطفل على تأدية المهمة المطلوبة بنجاح. فعلى سبيل المثال، يجب تجزئة المهارة إلى مهارات فرعية بسيطة، وتشكيل سلوك الطفل تدريجياً، وتزويده بتغذية راجعة فورية عن أدائه بطريقة إيجابية. كذلك يفضل تبسيط المعلومات المقدمة للطفل، وتزويده بالتلميحات والدلالات التمييزية المساعدة، والامتناع عن





طلب عدة استجابات منه في نفس الوقت.

6 - استخدام المواد والأدوات الطبيعية في عملية التدريب كلما كان ذلك ممكناً فتعليم الطفل المتخلف عقلياً المفاهيم المتعلقة بلون التفاحة ولمسها وحجمها وطعمها، مثلاً يكون أكثر فاعلية إذا توفرت حبة تفاح حقيقية بدلاً من حبة بلاستيكية أو صورة حبة تفاح.

7 - تطوير قدرة الطفل على التذكر ونقل أثر التعلم من موقف إلى آخر. وذلك يتطلب التكرار والإعادة (أو ما يعرف عادة باسم التعلم الفأض) لكي تصبح الاستجابة تلقائية. ولكي يحدث التعميم (نقل أثر التعلم) يجب استخدام أمثلة كافية وتدريب الطفل في مواقف مختلفة .

8 - توزيع التدريب وذلك يعني تدريب الطفل في جلسات قصيرة نسبياً تتخللها فترات اختبار أو استراحة. أما التدريب المكثف فيجب الامتناع عنه إلا إذا كانت الاستجابات المطلوبة من الطفل متشابهة إلى حد كبير. وعليه، يجب الحد من عدد المفاهيم التي يتم تعليمها للطفل في الجلسة الواحدة، فكثرة المفاهيم تربكه. وإنما يجب التركيز على مهارة معينة إلى أن يتقنها الطفل وبعد ذلك يتم الانتقال إلى مهارة أخرى.

إن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم القابلية للتعلم والنمو. انهم أطفال يتعلمون إذا اعتقدنا انهم قادرين على التعلم وحاولنا تعليمهم بالطرق المناسبة لهم وليس بالطرق التي يتعلم بها الأطفال الآخرون (Beirn - Smith et al., 2001, Crane, 2001). ومن الأساليب الفعالة لتعليم الأطفال المتخلفين عقلياً أسلوب النمذجة. فالناس جميعاً يتعلمون العديد من المهارات من خلال ملاحظاتهم. وهذا التعلم بالمحاكاة يحدث عفويًا. أما لدى الأطفال المعوقين فهو لا يحدث بدون تدريب مخطط له في كثير من الأحيان. ولذلك فإن القائمين على تربية هؤلاء الأطفال بحاجة إلى تعرف عملية النمذجة وكيفية استخدامها في تعليمهم. وبوجه عام، يجب استخدام الخطوات التالية لتحقيق هذا الهدف:

1 - القيام بتقليد الطفل:

تبين البحوث العلمية أن الخطوة التمهيديّة لتعليم الأطفال مهارات التقليد تتمثل في تقليد أصواتهم وحركاتهم وتعبيراتهم. فمثل هذا الأسلوب يعزز الطفل ويزوده بخبرة مهمة.

2 - تزويد الطفل بنماذج تتناسب ومستوى نموه:

وهذا يتطلب معرفة القدرات التي يتمتع بها الطفل من جهة ومعرفة تسلسل مهارات التقليد.

3 - مساعدة الطفل عند الحاجة لحثه على التقليد:

وذلك قد يشمل استخدام التوجيه اليدوي أو الجسدي أو اللفظي إذا كانت قدرات الطفل تسمح بذلك، كذلك يمكن توظيف عدة أدوات كالمرآة مثلاً إذا كان الهدف تعليم الطفل تعبيرات وحركات مختلفة لا يستطيع مشاهدة نفسه أثناء تأديته لها.

4 - جعل التقليد خبرة سارة ومعززة:

فالتقليد يجب أن يكون ممتعاً للطفل ويجب أن يحدث في أوقات مناسبة. فعلى سبيل المثال، ليس من الحكمة تعليم الطفل كيف يقلد عندما يكون جائعاً أو وهو يبكي ولكن تعليمه هذه المهارات وهو يقظ ومتحفز أمر مناسب تماماً، كذلك يجب تعزيز الطفل بالابتسام والطعام والشراب وما إلى ذلك عندما يقوم بتقليد الاستجابات المطلوبة.

أما من حيث الاعتبارات التربوية بالنسبة لمستويات التخلف العقلي الرئيسية فيمكن وصفها على النحو التالي:

التخلف العقلي البسيط:

تركز البرامج التربوية للأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط على المهارات الأكاديمية الأساسية مثل القراءة والكتابة والحساب. فمعظم هؤلاء الأفراد قادرون على تعلم المهارات الأكاديمية بمستوى الصف السادس الابتدائي. وفي المراحل المدرسية اللاحقة ينصب الاهتمام على التدريب المهني فهؤلاء الأشخاص قادرون أيضاً على اكتساب مهارات مهنية كافية (Han-ley, Ramsey, & Algozzine 2001).

وينبغي التذكر هنا بأن الأفراد الذين ينتمون لهذه الفئة تتراوح نسبة الذكاء لديهم بين - 55 (69) على مقاييس وكسلر. ومن ناحية السلوك التكيفي فخصائصهم العامة هي:

أ - القدرة على تطوير واستخدام المهارات الاجتماعية والشخصية ومهارات التواصل.

ب - إمكانية التعلم في الأوضاع التعليمية العادية.

ج - القدرة على تطوير إستراتيجيات التكيف مع المجتمع والكفاية الاجتماعية والتكيف المهني.

مرحلة الطفولة المبكرة:

إن الغالبية العظمى من ذوي التخلف العقلي البسيط لا يتم تشخيصهم إلا بعد دخولهم المدرسة. لذلك فالبرامج التربوية في سن ما قبل المدرسة صممت لذوي التخلف الشديد. على أن برامج عديدة طورت بهدف الوقاية من تدهور الأطفال الذين يعتقد أنهم في حالة خطر (At-



(Risk Children)

وتركز هذه البرامج على تطوير مهارات الاستعداد وهي المهارات اللازمة للتعلم الأكاديمي في المرحلة الابتدائية. وهذه المهارات تشمل عادة الانتباه والقدرة على التمييز السمعي والبصري واتباع التعليمات وتطور اللغة ونمو المهارات الحركية وتطور مهارات العناية بالذات ومهارات التفاعل الاجتماعي. وفي هذه المرحلة أيضاً يتم التأكيد على العمل مع أسرة الطفل المتخلف عقلياً وإرشادها فيما يتعلق بسبل التعامل مع طفلها.

مرحلة التعليم الابتدائي:

في هذه المرحلة أيضاً ينصب الاهتمام على تنمية

استعداد الطفل المتخلف عقلياً للتعلم وتنمية المظاهر السلوكية التكيفية لديه. ويتم التعليم في هذه المرحلة ضمن أربعة بدائل أساسية. البديل الأول هو الصف العادي حيث يتم تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً في بيئة تعليمية عادية ويتم تزويدهم بالخدمات الخاصة مثل تكييف الطرائق والوسائل التعليمية وحيث يقوم أخصائيو التربية الخاصة بتقديم خدمات استشارية لمعلم الصف العادي. وفي الآونة الأخيرة، أصبحت غرف المصادر تستخدم على نطاق واسع في تعليم التلاميذ المتخلفين عقلياً ذوي الحالات البسيطة فلم تعد هذه الغرف لذوي صعوبات التعلم فقط. البديل الثاني هو الصف الخاص في مدرسة عادية حيث يحصل الطفل هناك على تعليم خاص. ويعتمد نجاح هذا البديل على عوامل عدة منها: المنهاج المستخدم وكفاءة المعلمين وغير ذلك. أما البديل الثالث فهو المدرسة الخاصة ويتم اختيار هذا البديل عندما يتعذر تقديم خدمات تربوية للأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط في المدارس العادية. وأما البديل الرابع فهو مدارس الإقامة والتي تهدف إلى تزويد الأطفال المتخلفين عقلياً بتدريب مستمر ومكثف.

مرحلة التعليم الإعدادي والثانوي:

في هذه المرحلة العمرية أيضاً قد يتعلم المتخلفون عقلياً في البدائل التربوية المختلفة التي تمت الإشارة إليها سابقاً. على أن الاهتمام ينصب على:

أ - الإجراءات التصحيحية (التغلب على مظاهر العجز لدى الفرد)

ب - الإجراءات التعويضية (استخدام طرائق بديلة لتأدية المهمات المختلفة)

ج - تنمية المهارات الوظيفية (المهارات اللازمة للأداء المستقل في الحياة اليومية)

د - تنمية مهارات التهيئة المهنية.

هـ - تطوير استراتيجيات التعلم وذلك باستخدام الطرائق المستندة إلى مبادئ التعلم
(Crane, 2001)

التخلف العقلي المتوسط:

تركز البرامج التربوية للأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط على تعليم المهارات الحياتية اليومية لمساعدتهم على الأداء بطريقة مناسبة في البيئة الاجتماعية. ولا تعطي البرامج لهذه الفئة من الأطفال عموماً الأولوية للتعلم الأكاديمي التقليدي ولكن الاهتمام ينصب على ما يسمى بالمهارات الأكاديمية الوظيفية والتي تشمل قراءة وكتابة الكلمات الأساسية (مثل الأسماء والتعليمات والأرقام البسيطة). وفي الماضي كان هؤلاء الأطفال يلتحقون بمؤسسات إقامة داخلية معزولة، أما الآن فهم يتعلمون عادة في صفوف خاصة في المدارس العادية ولكنهم يتعلمون في الأوضاع التعليمية الأكثر تقييداً (المدارس الخاصة، مؤسسات الإقامة،،،، الخ).

ويكون التعليم لهؤلاء الأطفال مباشراً ويعتمد على التكرار والإعادة. ويشير هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2202) إلى أن منهاج الأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط يتمحور حول المجالات التالية:

1 - مهارات العناية بالذات.

2 - مهارات التواصل

3 - المهارات الشخصية - الاجتماعية

4 - المهارات الإدراكية

5 - المهارات الحركية

6 - المهارات المهنية.

التخلف العقلي الشديد والشديد جداً:

كانت مراكز التربية الخاصة للمتخلفين عقلياً تتجاهل في الماضي هذه الفئة من فئات

التخلف العقلي. وفي بعض الدول لا تزال فئة الأطفال هذه محرومة من الخدمات التربوية. إلا أن واقع الخدمات التربوية لذوي الإعاقة العقلية الشديدة تحسّن في العقود الماضية فهم لم يعودوا محرومين بل ولم تعد تربيتهم تتم كاملاً في مؤسسات معزولة فقط.

وتركز المناهج الموجهة نحو هذه الفئة من الأشخاص المتخلفين عقلياً على العناية بالذات. وقد كان لأساليب تعديل السلوك أثر واضح على تطور البرامج التربوية والتقليدية المقدمة لهم. وتتضمن المناهج المعدة لذوي التخلف العقلي الشديد والشديد جداً العناصر الأساسية التالية (Beirn - Smith et al., 2001)

أ - مرحلة ما قبل المدرسة:

- 1 - الإثارة الحسية - الحركية
- 2 - النمو الجسدي
- 3 - الإثارة اللغوية
- 4 - العناية بالذات
- 5 - الاستجابة للبيئة الاجتماعية.

ب - مرحلة المدرسة:

- 1 - النمو الحسي الحركي
- 2 - العناية بالذات
- 3 - النمو اللغوي
- 4 - النمو الاجتماعي
- 5 - النمو الجسمي.

ج - مرحلة الرشد:

- 1 - التكامل الحسي - الحركي
- 2 - التوجيه الذاتي والعمل.
- 3 - العناية بالذات.

3

الفصل الثالث

صعوبات التعلم

تمهيد:

تصف أدبيات التربية الخاصة صعوبات التعلم بأنها إعاقة خفية محيرة. فالأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات يمتلكون قدرات تخفي جوانب الضعف في أدائهم. وهم يبدو عاديين تماماً وأدكياء ليس في مظهرهم أي شيء يوحي بأنهم يختلفون عن الأطفال الآخرين (الزيات، 1998).

إلا أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات جمة في تعلم بعض المهارات في المدرسة. فبعضهم لا يستطيع تعلم القراءة، وبعضهم عاجز عن تعلم الكتابة وبعضهم الآخر يرتكب أخطاء متكررة ويواجه صعوبات حقيقية في تعلم الرياضيات. ويصف المعلمون هؤلاء الأطفال بأنهم أطفال يصعب تعليمهم وانهم أطفال لديهم حاجات خاصة وأنهم غير قادرين على النجاح في الصفوف العادية التي يتعلم فيها الأطفال الآخرون بشكل معقول (Ysseldyke & Al-gozzine, 1990).

ولأن هؤلاء الأطفال ينجحون في تعلم بعض المهارات ويخفقون في تعلم مهارات أخرى فإن لديهم تبايناً في القدرات التعليمية. وهذا التباين يوجد بين التحصيل والذكاء ولذلك يشير الأخصائيون إلا أن المشكلة الرئيسية المميزة لصعوبات التعلم هو التفاوت بين التحصيل والقابلية. وبما أن الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية قادرين في بعض المجالات فكثيراً ما تعزى مشكلاتهم إلى صعوبات تكيفية أو إلى نقص الدافعية أو لأسباب أخرى. وما يجعل عملية تشخيص الصعوبات التعليمية عملية صعبة هو كونها إعاقة غير مرئية (Bender, 2002).

ويقدم هذا الفصل معلومات أساسية حول المشكلات التعليمية من حيث تعريفها، وأسبابها، وأبعادها الرئيسية. ويوضح الفصل أن المشكلات التعليمية تعرف عادة بأسماء مختلفة مثل: صعوبات التعلم، والإعاقة التعليمية، ومتلازمة سترأوس، وبطء التعلم، والضعف العصبي، والتلف الدماغي البسيط، والإعاقة الإدراكية، والعجز القرائي، وعسر الكلام.

وبالرغم من تنوع التسميات المستخدمة للتمييز بين هذه الفئات التشخيصية، إلا أنها جميعاً تشير إلى مجموعات من الأطفال تظهر استجابات غير تكيفية. ونتيجة لذلك فهؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات تعليمية وعليهم، أن يتعلموا استجابات أخرى تكيفية. ويمكن تصنيف هذه الاستجابات إلى أربعة أنواع أساسية هي: الاستجابات المركزية أو المحورية بالنسبة للأداء الأكاديمي، والاستجابات المرتبطة بالأداء الأكاديمي، والاستجابات الاجتماعية، والاستجابات الانفعالية. وكما هو معروف فالانحراف الملحوظ في هذه الأنواع من الاستجابات يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصعوبات التعليمية.

تعريف صعوبات التعلم

إن التعريف المتداول لصعوبات التعلم هو التعريف الذي تبنته اللجنة الاستشارية الوطنية للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية. وهذا التعريف ينص على ما يلي (Heward, 2002) الأطفال ذوو صعوبات التعلم هم أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. وهذا الاضطراب قد يتضح في ضعف القدرة على الاستماع، أو التفكير، أو التكلم، أو القراءة، أو التهجئة، أو الحساب. ويشمل هذا الاضطراب حالات مثل الإعاقات الإدراكية، والتلف الدماغى، والخلل الدماغى البسيط، وعسر الكلام، والحبسة الكلامية النمائية. وهو لا يشمل الأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ترجع أساساً إلى الإعاقات البصرية أو السمعية أو الحركية، أو التخلف العقلى، أو الاضطراب الانفعالى، أو الحرمان البيئى أو الاقتصادى أو الثقافى. ولعل أهم جانب في هذا التعريف هو ما تنص عليه الجملة الأخيرة التي تبين الحالات التي ليست صعوبات تعليمية. علاوة على ذلك، فبالرغم من أن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم يبدو لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد، فليس صحيحاً أن جميع الأطفال الذين لديهم نشاط زائد يعانون من صعوبات تعليمية.

ويقترح كيرك وجلوفر (Kirk & Gallagher, 1989) اعتماد ثلاثة معايير لتعريف الصعوبات التعليمية وهي:

- 1 - معيار التباين: ويعنى وجود فرق ملحوظ بين القابلية والتحصيل
- 2 - معيار الاستثناء: ويعنى استثناء الإعاقات الأخرى المعروفة كسبب للمشكلات التعليمية التي يعاني منها الطالب.
- 3 - معيار التربية الخاصة: ويعنى أن المشكلات والصعوبات التي يعاني منها الطالب كبيرة ومعقدة ولا يتوقع أن يتم علاجها بدون برامج تربوية خاصة.

ويتم التمييز بين صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمية . فصعوبات التعلم النمائية تتعلق باضطراب أو خلل في العمليات الأساسية اللازمة للتعلم الأكاديمى مثل الانتباه، والتذكر، والإدراك، والتفكير، واللغة، والعمليات الإدراكية - الحركية. أما صعوبات التعلم الأكاديمية فهي ترتبط بتعلم مهارات القراءة والحساب والكتابة والتهجئة (Harwell, 2002).



ويشير سامرز (Summers, 1977) إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم قد يبدون واحدة أو أكثر من الخصائص السلوكية التي تعيق القدرة على التعلم في غرفة الصف.

أ - السلوك الصفّي:

- 1 - يتحرك باستمرار
- 2 - يصعب عليه البدء بالمهام أو إنهاؤها.
- 3 - يتغيب عن المدرسة أو يكون تعباً.
- 4 - يتصف عادة بالهدوء أو الانسحاب
- 5 - يواجه صعوبات في علاقاته مع الرفاق
- 6 - يفتقر إلى التنظيم.
- 7 - يتشتت انتباهه بسهولة
- 8 - يتصف سلوكه بعدم الثبات
- 9 - يسيء فهم التعليمات اللفظية

ب - القراءة:

- 1 - يكرر الكلمات ولا يعرف إلى أين وصل



2 - لا يقرأ بطلاقة

3 - يخلط بين الكلمات والأحرف المتشابهة.

4 - يستخدم أصابعه لتتبع المادة التي يقرأها.

5 - لا يقرأ عن طيب خاطر.

ج - الحساب :

1 - يصعب عليه المطابقة بين الأرقام والرموز.

2 - لا يتذكر القواعد الحسابية

3 - يخلط بين الأعمدة والفراغات

4 - يصعب عليه إدراك المفاهيم الحسابية

5 - يواجه صعوبة في حل المشكلات المتضمنة في القصص

د - التهجئة:

1 - يستخدم الأحرف في الكلمة بطريقة غير صحيحة

2 - يصعب عليه ربط الأصوات بالأحرف الملائمة.

3 - يعكس الأحرف والكلمات

هـ - الكتابة:

1 - لا يستطيع تتبع الكلمات في السطر الواحد

2 - يصعب عليه نسخ ما يكتب على السبورة

3 - يستخدم تعبيراً كتابياً لا يتلاءم وعمره الزمني:

4 - ينجز الأعمال الكتابية ببطء

و - السلوك اللفظي:

1 - يتردد كثيراً عندما يتكلم

2 - لديه مشكلات في التوازن

ز - السلوك الحركي:

1 - توازنه ضعيف

2 - لديه مشكلات في التوازن

3 - يخلط بين اليسار واليمين

4 - قدراته العضلية ضعيفة بالنسبة لعمره

5 - تتصف حركاته بعدم الانتظام

التطور التاريخي لحقل صعوبات التعلم

لأن صعوبات التعلم لم تكن قد اعتمدت كفئة من فئات التربية الخاصة قبل بداية الستينات، لم تكن هناك صفوف أو خدمات خاصة للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية قبل ذلك التاريخ. وإذا كان بعض هؤلاء الأطفال قد حصل على خدمات خاصة فهي الخدمات التي كانت موجهة لذوي التخلف العقلي البسيط وذوي الاضطرابات السلوكية. كذلك كان الأطفال ذوو الصعوبات التعليمية في بعض الدول يستفيدون من الخدمات التربوية والعلاجية الخاصة التي كانت موجهة نحو الأطفال الذين يعانون من إصابات دماغية وإعاقات إدراكية.

وكان من بين الرواد في هذا المجال كورت جولدستاين، وألفرد سترابوس، وهانز ويرنر، وسامويل أورتون، وجريس فيرنالد، ووليام كرويكشانك، ونويل كيفارت وغيرهم (السرطاوي وزملاؤه، 2001).

وتعود بداية هذا المجال الرسمية إلى عام 1963. قبل ذلك التاريخ، كانت مصطلحات مثل "الأطفال ذوو التلف الدماغي" و "المعوقون إدراكياً" و "الضعاف عصبياً" تستخدم للإشارة إلى الطفل الذي يمتلك قدرات عقلية عادية ولكنه يعاني من صعوبات في التعلم. واجتمع فريق من الآباء وفريق من المربين الذين لم يكونوا راضين عن هذه المصطلحات عام 1963 للبحث في مسألة التسميات وتأسيس جمعية وطنية في الولايات المتحدة الأمريكية هدفها رعاية هذه الفئة الخاصة من الأطفال.

في ذلك اللقاء اقترح الدكتور سامويل كيرك وهو أحد رواد ميدان التربية الخاصة في أمريكا مصطلح "صعوبات التعلم". وهكذا كان المصطلح وكانت جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم. وأعلنت هذه الجمعية أن هدفها هو "تطوير تربية للأطفال ذوي الذكاء العادي الذين لديهم صعوبات تعليمية ذات طبيعة إدراكية أو مفهومية أو تأخرية".

ومن المجالات الرئيسية التي أسهمت في تطوير ميدان صعوبات التعلم المجالات الطبية أو المجالات العصبية والمجالات التربوية النفسية. وتمتد جذور المجال العصبي النفسي في عقد

العشرينات من هذا القرن عندما حاول الباحثون اكتشاف الأسباب الجسمية لضعف القراءة. أما المجال التربوي النفسي فتعود بداياته إلى عام 1963 حيث حاول الباحثون التركيز على التربية والتدريب بدلاً من الاهتمام بالأسس الفسيولوجية (الروسان وزملاؤه، 2004 ، السرطاوي وزملاؤه، 2001).

نسبة حدوث صعوبات التعلم

تختلف التقديرات حول أعداد أو نسب الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية اختلافاً كبيراً جداً وذلك بسبب عدم وضوح التعريف من جهة وبسبب عدم توفر اختبارات متفق عليها للتشخيص. ففي حين يعتقد بعضهم أن نسبة حدوث صعوبات التعلم لا تصل إلى 1% يعتقد آخرون أن النسبة قد تصل إلى 20% إلا أن النسبة المعتمدة عموماً هي (Cartwright et al, 1995) 3 - 5%

أسباب صعوبات التعلم

لقد اقترحت أسباب عديدة جداً للصعوبات التعلمية وهذه الأسباب يمكن تبويبها عموماً في ثلاث فئات رئيسية هي الأسباب البيولوجية والعضوية، والأسباب الجينية والأسباب البيئية (Hallahan & Kauffman, 2002).

ففي باب الأسباب البيولوجية يعتبر التلف الدماغي أحد الجذور الرئيسية لصعوبات التعلم. ولذلك كان يطلق على الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية في السابق اسم الأطفال ذوي الإصابات الدماغية البسيطة. إلا أنه لا يتوفر أدلة علمية تدعم هذا الاعتقاد. فليس كل الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلمية لديهم مؤشرات عيادية على وجود تلف دماغي لديهم وليس كل الأطفال الذين لديهم تلف دماغي بسيط لديهم صعوبات تعلمية (Heward, 2002).

وليس المقصود بذلك استثناء التلف الدماغي كسبب محتمل للصعوبات التعلمية فهناك نسبة من هذه الفئة من الأطفال تعاني من تلف دماغي معروف. ومع أن الاهتمام بالتلف الدماغي لم يعد قوياً في الوقت الحاضر إلا أن عوامل بيولوجية قد حظيت باهتمام واسع. ومن تلك العوامل البيوكيماوية المواد الحافظة للطعام والمضافة إليه. ولكن البحوث العلمية أخفقت في دعم هذا الافتراض أيضاً. واقترح آخرون أن عدم قدرة الدم على الاستفادة من الفيتامينات من الأسباب المحتملة للصعوبات التعلمية. مرة أخرى، ان هذه الفرضية ما زالت بحاجة إلى دعم علمي. وبالنسبة للأسباب الجينية فقد أشارت نتائج دراسات الأقارب من الدرجة الأولى ودراسات التوائم إلى أن الصعوبات التعلمية قد تكون ناتجة عن عوامل وراثية.

وأخيراً. تشمل الأسباب البيئية الحرمان الشديد، والتعليم غير الفعال، والاضطرابات الانفعالية، ونقص الدافعية (Mercer & Mercer, 2000, Wong, 1998)

الجدول (3 - 1)

أسباب أخرى مفترضة لصعوبات التعلم

- الأشعة	- اضطرابات الناقلات العصبية
- التدخين	- إساءة استعمال العقاقير
- اضطراب عمليات التمثيل الغذائي	- عدم التوازن الغذائي
- انخفاض مستوى السكر في الدم	- ردود الفعل التحسسية
- فلوريد الصوديوم	- التسمم بالرصاص
	- إساءة المعاملة

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية

لقد استعرضنا بعض الخصائص العامة للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية. ومع أن معرفة الخصائص تساعد في تفهم الحاجات التعليمية الخاصة لهؤلاء الأطفال إلا أنه ينبغي التنويه إلى أن أدبيات التربية الخاصة كثيراً ما تتحدث عن خصائص مختلفة وربما متناقضة. وبوجه عام، يتفق معظم المؤلفين والباحثين على أن هؤلاء الأطفال يتمتعون بقدرات عقلية عادية. إلا أن ذلك لا يمنع حدوث مشكلات في التفكير والذاكرة والانتباه لديهم. وبالنسبة للتحصيل الأكاديمي فهو جانب الضعف الرئيس لديهم. ومع أن الأخصائيين لا يجمعون على معيار محدد لتدني التحصيل بهدف تشخيص صعوبات التعلم، إلا أن الأدبيات تنوه عادة إلى ضرورة أن يكون التدني في التحصيل بمستوى سنتين دراسيتين كحد أدنى (Bender, 2002)

ويشير هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) إلى أن الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية يظهرون الخصائص النفسية والسلوكية التالية:

- 1 - النشاط الزائد
- 2 - الضعف الإدراكي - الحركي
- 3 - التقلبات الشديدة في المزاج

4 - ضعف عام في التأزر

5 - اضطرابات الانتباه

6 - التهور

7 - اضطرابات الذاكرة والتفكير

8 - مشكلات أكاديمية محددة في الكتابة، والقراءة، والحساب، والتهجئة.

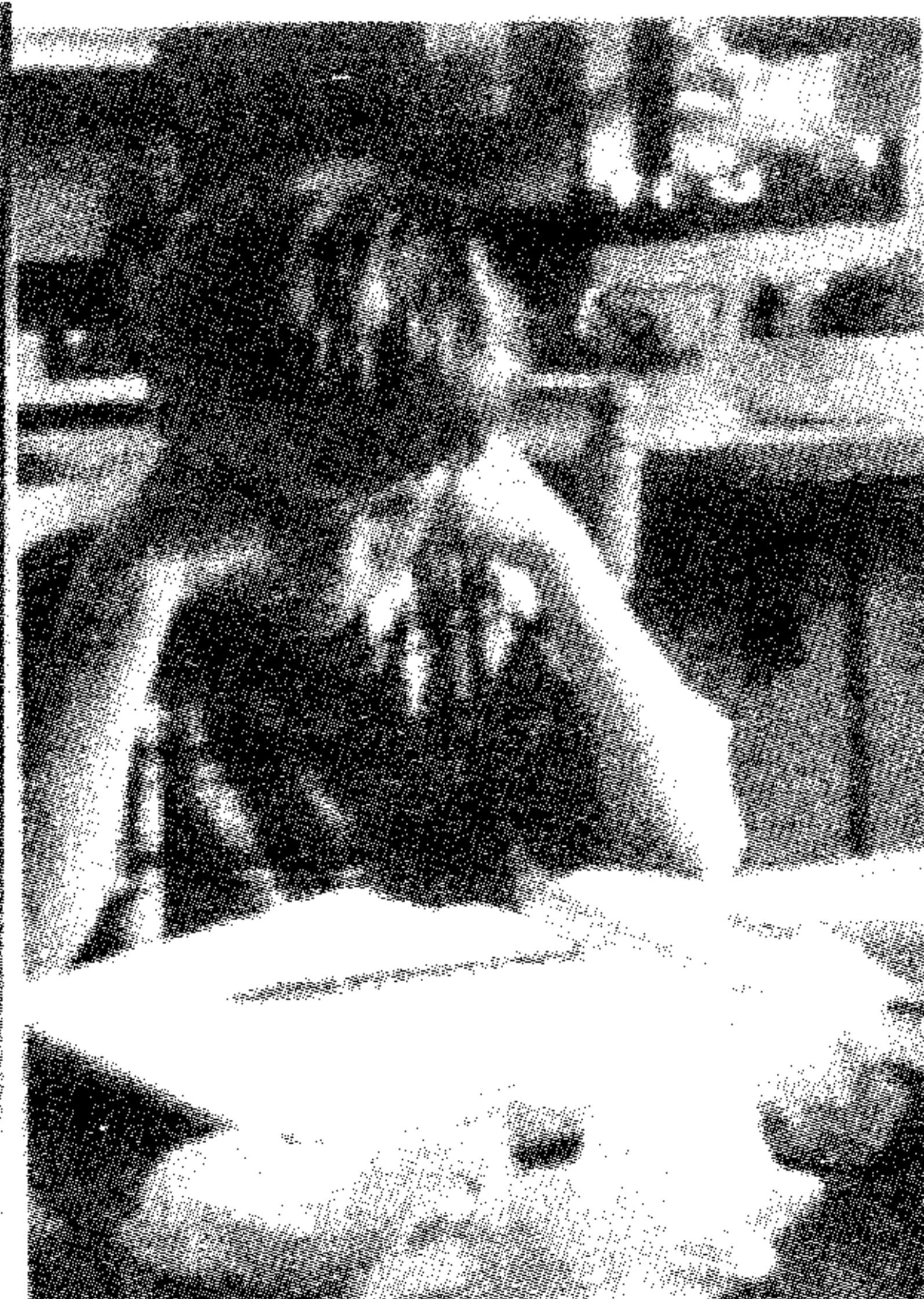
9 - مشكلات لغوية

10 - علامات عصبية غير مطمئنة

صعوبات التعلم وضعف الانتباه

لما كان من المتطلبات الرئيسية للتعلم الانتباه فلهذا ضعف الانتباه يكون أحد المشكلات الأساسية لدى الأطفال العاجزين عن التعلم. وقد قام فانس (Vance, 1980) بتحليل صعوبات التعلم من منظور العجز في الانتباه وبين أن من الممكن أن يعاني بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم وليس كلهم من مشكلات في الانتباه وان هذا التصنيف للمشكلات قد يقود إلى مساعدة أكثر فاعلية للأطفال ذوي صعوبات التعلم ولمشكلاتهم المحددة.

وقد أشار هذا الباحث إلى أن الدراسات العلمية تدعم وجود علاقة بين اضطرابات الانتباه والمشكلات التعليمية. ومشكلات الانتباه تشكل عاملاً أساسياً من العوامل التي تكمن وراء تدني التحصيل لدى الأطفال العاديين.



وبلغة نظرية التعلم، فإن الانتباه يتعلق بقضية الارتباط بين المثير والاستجابة واختيار مثير محدد عند تكوين هذا الارتباط بين المثير والاستجابة. وهكذا فإذا لم يكن الانتباه الانتقائي يعمل جيداً فسوف يواجه الطفل صعوبات في التعلم. وقد أظهرت البحوث أن الأطفال يبدون أفضلية لمستويات التعقيد المتوسطة وان المثيرات بالغة التعقيد أو المفرطة في بساطتها تعمل على خفض الانتباه.

إن القدرة على الانتباه الانتقائي تتطور مع تقدم العمر، ولكن ليس هناك أية أدلة علمية تبين أن جميع

الأطفال تتطور لديهم هذه القدرة في الوقت نفسه. وثمة أدلة على أن هناك فروقاً فردية في تطور هذه القدرة وان بعض الأطفال (الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط وذوي صعوبات التعلم مثلاً) بطيئون من حيث تطور هذه القدرة مقارنة بالأطفال الآخرين.

وعندما يوضع الأطفال الذين تتطور لديهم القدرة على الانتباه الانتقائي ببطء في أوضاع أو مواقف تتطلب استخدام هذه القدرة أو المهارة يتوقع أن يواجهوا صعوبة في إتقان المهمات المطلوبة.

ويرى بعض الباحثين (Hagen & Hale, 1973) أن أعداداً كبيرة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم تأخر نمائي على صعيد القدرة على الانتباه الانتقائي لفترة طويلة. وقد وجد رورك وزودنر (Rourke & Czudner, 1972) في دراسة لهما على مجموعة من الأطفال الذين يعانون من تلف دماغي أن الأصغر سناً في المجموعة يعانون من مشكلات كبيرة في الانتباه في حين أن الأطفال الأكبر سناً لا يواجهون مثل تلك المشكلات. وأجرى سنف وفشباك (Senf & Fesback, 1976) سلسلة من الدراسات التي أوضحت أن تطور الانتباه هو العامل الحاسم الذي يميز أداء الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم. واثراً مراجعة لواحد وعشرين دراسة تجريبية حول ضعف الانتباه لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، خلص ترافر وهالاهان (Traver & Hallahan, 1974) إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من عجز في القدرة على الحفاظ على الانتباه لفترات زمنية طويلة.

ويقترح روس (Ross, 1976) وآخرون (Senf, 1972, Rourke & Czudner, 1972) أن ببطء عملية تطور القدرة على الانتباه الانتقائي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعيق إمكانية التعلم المبكر في المدرسة وذلك يضاعف قدرتهم التربوية الأساسية مما يقود لاحقاً إلى الصعوبات. ويواجه عدد كبير من الأطفال ذوي صعوبات التعلم صعوبات في انتقاء المثيرات المناسبة من بين المثيرات الهائلة التي يتعرضون لها. وقد يدرك أطفال آخرون المثير بطريقة غير اعتيادية والبعض الآخر قد يصنف المعلومات بطريقة غير فاعلة وغير مفيدة.

ويبدي أطفال كثيرون ممن يعانون من المشكلات المدرسية صعوبة في الحفاظ على الانتباه، ويصف المعلمون هؤلاء الأطفال بأنهم لا يستطيعون التركيز على أعمالهم، ويتشتتون بسهولة، ولا ينفون التعيينات وأن مدى الانتباه لديهم محدود. علاوة على ذلك، قارنت لوريا (Luria, 1963) بين الأطفال ذوي النشاط الزائد والأطفال العاديين باستخدام عدة مقاييس للانتباه فوجدت أن ضعف الانتباه كان مسؤولاً عن المشكلات التعليمية لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد.

الاعتبارات التربوية

بما أن لكل شخص يعاني من الصعوبات التعلمية خصائص فردية، فليس باستطاعتنا أن ندرك مواطن القوة ومواطن الضعف لديه وأن نضع البرامج التعليمية والأفراد الآخرين في البيئة الاجتماعية. فمن خلال المواءمة بين طبيعة المهمات التعليمية والاستراتيجيات التعليمية والتفاعلات الشخصية من جهة ومواطن الضعف ومواطن القوة لدى الطفل من جهة ثانية نستطيع عمل الكثير على صعيد تنمية قدراته التعلمية وتكيفه الحياتي.

وتقدم سمث (Smith, 1985) نموذجاً للتقييم والتخطيط المتضمن للتفاعلات بين المتعلم والمهمة التعليمية والوضع التعليمي. وتشمل المتغيرات المتصلة بالمتعلم: القدرات المعرفية (الذكاء، مستوى التحصيل في المجالات الأكاديمية المختلفة)، والأساليب المعرفية (المستوى المفاهيمي، مركز الضبط، استراتيجيات التعلم)، والدافعية، والنضج الاجتماعي العاطفي، وعمليات معالجة المعلومات.

أما العوامل المرتبطة بالمهمة التعلمية فهي تقوم على افتراض مفاده أن المهمات المطلوبة من التلاميذ قد تسهم في المشكلات التعلمية لأنها تتطلب منهم مستويات نضج وأساليب تعلمية لا يتمتعون بها. ونتيجة لذلك، فإن علينا تقييم أفضل السبل لخلق حالة من التوافق بين محتوى المنهاج وأساليب التدريس من جهة وبين ما يعرفه التلميذ حالياً وما هو قادر على تعلمه، وتفضيلات التلميذ التعلمية من جهة أخرى.

وأما العوامل المرتبطة بالوضع فتشمل المتغيرات ذات العلاقة بكل من المدرسة والبيت التي لها أثر كبير على تعلم الأطفال وسلوكهم. وتشمل العوامل المرتبطة بالأسرة التي تؤثر على قدرة الطفل على التعلم: نوعية الغذاء، ومستوى الإثارة، والجو العاطفي والعوامل البيئية السامة، والفروق الاجتماعية الثقافية، وفاعلية الوالدين في دور المدافع عن حقوق الطفل وفي دور النموذج والمعلم. أما العوامل المرتبطة بالمدرسة فهي تشمل نوعية التعليم، والخصائص الجسمية (حجم المدرسة، وترتيب مقاعد الدراسة) والخصائص التنظيمية (التصنيف، الصف الخاص والصف العادي) والخصائص الإنسانية (اتجاهات المعلم نحو الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وتفاعل المعلم مع الطالب، وخصائص الرفاق).

ويتضمن تخطيط البرامج التربوية وتنفيذها، توفير البدائل التربوية للأطفال ذوي الصعوبات التعلمية. والنوعان الرئيسيان من البدائل هما الصف الخاص والصف العادي. ويقدم للطفل في الصف الخاص تربية علاجية في حين يقدم له في الصف العادي خدمات مساعدة يتم



توفيرها من خلال ما يسمى بغرف المصادر، والمراكز التعليمية، والمعلمين المتنقلين، والخدمات الاستشارية. ويعتمد البديل التربوي على شدة المشكلة والبرامج المتوفرة. وبشكل عام، يتعلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعلمية شديدة في صف خاص في المدرسة العادية. ولكن البديل المفضل لمعظم الأطفال ذوي صعوبات التعلم هو الصف العادي (Bender, 2002).

وتساعد الملاحظة في غرفة الصف على معرفة العضلات في الوضع التعليمي وإذا كان المعلم قادراً على تحديد مواطن الضعف ومواطن القوة فهو سيكون بوضع أفضل لتصميم برنامج تربوي ملائم. كذلك فإن اتجاهات الطالب تعمل بمثابة مؤشرات ذات دلالة. فلعل التلميذ الذي يرفض القيام بالمهام التعليمية يخاف الفشل ولا يشعر بأنه يمتلك القدرات اللازمة. وثمة طلاب يحاولون تحقيق أهداف لا يستطيعون تحقيقها وبالتالي فهم يشعرون بالقلق إزاء أدائهم في المدرسة. وقد يكون لدى هؤلاء الطلاب بعض خصائص صعوبات التعلم ولكنهم قد يكونون طلاباً عاديين (فوجود عرض واحد لا يعني أن الطفل يعاني من صعوبات التعلم، Bloomer, 1975).

وعندما يكتشف المعلم المشكلات التي يعاني منها الطالب، فهناك الشيء الكثير الذي يمكن عمله. وفيما يلي بعض الاقتراحات التي قدمها بلومر (Bloomer, 1975)

- 1 - علم الطفل من خلال مواطن القوة لديه ليحصل على الخبرات التعليمية الناجحة. فإذا كان الطفل يتعلم جيداً بالنظر، عليك أن تستخدم عناصر بصرية.
- 2 - لا تستخدم النشاطات التي تتطلب من الطفل استخدام مواطن العجز لديه وذلك من أجل أن لا يفشل بشكل متكرر. فإذا كان الطفل عاجزاً عن كتابة الواجب دعه يقرأه شفويّاً.
- 3 - ركز على مواطن الضعف بعد تحقيق نمط من النجاح.
- 4 - عرف وحدد المفاهيم التي سيتعلمها الطفل من أجل تجنب الإرباك، فتعليم المفهوم يختلف عن تعليم المهارة. وحاول ربط المفاهيم الجديدة بالمعلومات السابقة كلما كان ذلك ممكناً. فالطفل ذو صعوبات التعلم كثيراً ما يخفق في التوصل إلى استنتاجات عامة.

- 5 - دع الطفل يدرك الأهداف المتوخاة ويدرك أهمية إنجازها. ركز على ما تم تعلمه بالأمس، وما يتم تعلمه اليوم، وما سيتم تعلمه غداً، فذلك يعطي إحساساً بالنجاح.
- 6 - حدد أهدافاً قصيرة المدى قابلة للتحقيق تستطيع تطوير ثقة الطفل بنفسه وتنمي قدراته.
- 7 - زود الطفل بتغذية راجعة فورية حول أدائه فلا شيء أسوأ من أن يعيد الطفل تأدية واجبات الأمس.
- 8 - استخدم أسلوباً إيجابياً في التصحيح، وشجع الطفل على البحث عن إجابة أفضل بدلاً من أن تكتفي بمجرد إبلاغه بأن ما فعله خطأ.
- 9 - إذا أخفق الطفل في التقدم أوقف النشاط أو الطريقة المستخدمة مؤقتاً.
- 10 - لا تحاول تعليم الطفل ما لا يستطيع عمله حالياً.
- 11 - حدد الطرق والأدوات التعليمية.
- 12 - استخدم الأدوات والمواد الملموسة غير المجردة إلى أقصى حد ممكن.
- 13 - اجعل التعليم ممتعاً قدر المستطاع وذلك من خلال إشراك الطفل بالألعاب والسماح له بأن يلمس الأشياء ويراها ويسمعها.
- 14 - زود الطفل بفرص تدريبية كافية إلى أن يتعلم الأشياء.

تعليم مهارات التنظيم

- بما أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يفتقرون إلى القدرة على تنظيم حياتهم المدرسية واليومية، فإنهم بحاجة إلى المساعدة لاكتساب مهارات التنظيم اللازمة. فافتقارهم إلى هذه المهارات غالباً ما يقود إلى ضعف الأداء والتحصيل. وتقتوح ليرنر (Lerner, 2000) الأساليب التالية لمساعدة هؤلاء الطلبة على تعلم مهارات التنظيم المناسبة:
- 1 - توجيه الطلبة لوضع الأشياء في أماكن محددة.
 - 2 - تزويد الطلبة بقائمة بالمواد التي يحتاجون إليها لتأدية المهمة التعليمية.
 - 3 - تزويد الطالب بجدول زمني معروف وواضح ليتسنى له معرفة ماذا يفعل ومتى يفعله.
 - 4 - التأكد من حصول الطلبة على التعيينات الدراسية المنزلية قبل أن يغادروا المدرسة.
 - 5 - تزويد الطلبة بملف لتنظيم المواد والأشياء فيه.
 - 6 - استخدام لون مختلف لكل مادة من المواد الدراسية في الملف.

تطوير استراتيجيات التعلم

ازداد الاهتمام مؤخراً بتعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم الاستراتيجيات التي تساعدهم على أن يصبحوا أكثر فاعلية وأكثر كفاءة. وتعرف هذه الاستراتيجيات باستراتيجيات التعلم (Learning Strategies) ويقصد بها تعليم الطلبة كيف يتعلمون.

فالطلبة ذوو صعوبات التعلم يفتقرون إلى المهارات التنظيمية ويشعرون بمستويات مرتفعة من الإحباط في المواقف التعليمية لأسباب مختلفة من أهمها: مشكلات التذكر، وضعف الانتباه، وصعوبات اتباع التعليمات، وصعوبات الإدراك البصري والسمعي، وتوقع الإخفاق بسبب خبرات الفشل المتكررة في الماضي. وفي ضوء ذلك ثمة حاجة ماسة إلى تعليم هؤلاء الطلبة مهارات فعالة ومنظمة لاكتساب المعلومات. وتخزينها، واستدعائها، وتطبيقها في المواقف المختلفة.

وقد تكون استراتيجيات التعلم بسيطة وقد تكون بالغة التعقيد. وقد ينفذها المتعلم دون وعي أو بوعي شديد وتركيز كبير. ومن الأمثلة على استراتيجيات التعلم البسيطة: تدوين الملاحظات، إعداد رسم بياني، طرح الأسئلة، إعادة قراءة النص في حالة عدم التأكد من فهم ما يحتويه، الإطلاع على الأسئلة قبل البدء بالقراءة، التدريب على تقديم عرض شفوي، استخدام المراجع ومصادر المعرفة، إعداد مخطط عام قبل البدء بالكتابة، وأساليب عديدة أخرى.

أما استراتيجيات التعلم المعقدة فهي الأخرى تأخذ اشكالات عديدة في المجالات الأكاديمية المختلفة. وقد تتمثل استراتيجيات التعلم المعقدة في العمليات المعرفية والعمليات فوق المعرفية. وتشمل الاستراتيجيات المعرفية (Cognitive Strategies) استخدام عمليات محددة لمعالجة المعلومات. أما الإستراتيجيات فوق المعرفية (Metacognitive Strategies) فهي عمليات تنفيذية عامة غير متصلة بمهمة محددة. ولذلك فهي تعرف باستراتيجيات التعلم المنظم ذاتياً (Self - Regulated Learning).

التدريب الإدراكي:

بما أن اضطرابات الإدراك (السمعي، والبصري، والحركي) من المظاهر الأساسية لصعوبات التعلم، فقد استند الباحثون والممارسون في مجال صعوبات التعلم وبخاصة في عقدي الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي إلى افتراض مفاده أن معالجة هذه الاضطرابات سوف يحسن المهارات الأكاديمية لهؤلاء الطلبة.

فقد قام كيفارت (Kephart) بتطوير برنامج لمعالجة الاضطرابات الإدراكية الحركية مستنداً إلى اعتقاد مفاده أن التعلم الحركي شرط رئيسي لكافة أشكال التعلم. وقد ركز كيفارت في برنامجه على تحسين المهارات التالية:

- الوضع الجسمي في الفراغ

- التوازن الجسمي

- التصور الجسمي

- إدراك الأشكال

- إدراك الاتجاهات.

ومن جهتها، عملت ماريان فروستج (Frostig) على بناء برنامج خاص لمعالجة الاضطرابات الإدراكية البصرية. واهتمت فروستج في ذلك البرنامج بالمهارات الأساسية التالية:

1 - التآزر البصري / اليدوي

2 - الوضع في الفراغ

3 - إدراك الشكل والخلفية

4 - ثبات الشكل.



وعمل باحثون آخرون على تطوير برامج لمعالجة الاضطرابات الإدراكية السمعية. وبوجه عام انصب الاهتمام في تلك البرامج على تطوير مهارات:

أ - الاستقبال السمعي

ب - التمييز السمعي

ج - التذكر السمعي

د - الإدراك السمعي للشكل والخلفية.

وقد عرفت البرامج المذكورة أعلاه ببرامج تدريب القدرات (Ability Training) وتعود تلك التسمية إلى الافتراض بأن معالجة الصعوبات التعليمية يتطلب أولاً معالجة الاضطرابات في العمليات أو القدرات النفسية والإدراكية الأساسية الموجودة لدى الطفل.

التدريب متعدد الحواس:

يركز التدريب متعدد الحواس (Multisensory Training) على استخدام عدة حواس أثناء عملية التدريب. ومن أكثر برامج التدريب متعددة الحواس شهرة برنامج فيرنالد (Fernald) الذي يوظف الطريقة البصرية (Visual) والسمعية (Auditory) والحركية (Kinesthetic) واللمسية (Tactual) والمعروف اختصاراً بالرمز (Vakt). وتستند البرامج التدريبية متعددة الحواس إلى افتراض مفاده أن استخدام أكثر من حاسة واحدة يجعل التعلم أكثر يسراً وأكثر فاعلية (Lerner, 2000).

العلاج بالكتب:

يمثل العلاج بالكتب (Bibiotherapy) أحد الأساليب العلاجية الواعدة للطلبة ذوي صعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية، وغيرهم. والعلاج بالكتب هو قراءة الكتب لغايات علاجية. وهذا النوع من العلاج يعمل على تحسين السلوك، ومفهوم الذات، والاستيعاب القرائي. ولكي يحقق العلاج بالكتب الأهداف المتوخاة منه، يجب على القارئ:

أ - التوحد مع الشخصية الرئيسية في النص المقروء التي يفضل أن تكون من نفس عمر القارئ وتظهر نفس الاستجابات وتتم بخبرات يستطيع القارئ تفهمها.

ب - التنفيس العاطفي بمعنى أن يشعر القارئ بروابط عاطفية مع الشخصية الرئيسية في النص.

ج - التبصر بمعنى أن يدرك القارئ أن المشكلات التي يواجهها يمكن حلها كما هو الحال بالنسبة للشخصية الرئيسية في النص المقروء.

ويقوم المعلم بدور مهم في عملية العلاج بالكتب فهو يختار الكتب الملائمة للطالب والمشكلات التي يواجهها. وهو يلعب دوراً مهماً في مساعدة الطالب على رؤية أوجه الشبه بين مشكلاته والمشكلات التي تواجهها الشخصية الرئيسية في النص. ويمكن تنفيذ العلاج في غرف المصادر أو في الصفوف العادية، كذلك يمكن تنفيذها مع طالب واحد أو مع مجموعة من الطلبة (Sridhar & Vaughn, 2000).

التعلم التعاوني:

التعلم التعاوني (Cooperative Learning) أحد المتطلبات الرئيسية لتعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المدارس العادية. فمن خلاله يعمل الطلبة كمجموعة يدعم أعضاؤها بعضاً. ويختلف هذا النموذج التعليمي عن أنماط التعليم التنافسية أو الفردية. وفي التعليم التعاوني يتعلم الطلبة معاً ضمن مجموعات صغيرة لتحقيق هدف مشترك. ويتميز التعلم التعاوني بالخصائص الرئيسية التالية (Hohnson & Johnson,; 1996).

أ - الاعتماد الإيجابي المتبادل بين أعضاء المجموعة

ب - تحمل كل طالب في المجموعة المسؤولية.

ج - التمتع بالمهارات التعاونية المناسبة

د - التفاعل المباشر بين أعضاء المجموعة

هـ - عدم تجانس المجموعة.

و - تحليل عمل المجموعة التعاونية واتخاذ الإجراءات المناسبة لتطويره.

التدريب بوساطة الأقران

شهدت العقود الثلاثة الماضية اهتماماً واسعاً باستخدام أسلوب التدريب بوساطة الأقران. ويتضمن التدريب بوساطة الأقران (Peer - Mediated Tutoring) قيام طالب بتدريس طالب آخر تحت إشراف المعلم. وقد يكون الطالب المدرب أكبر سناً أو أكثر قدرة ومهارة من الطالب المتدرب. وفي البداية، يقوم المعلم بتوضيح الأساليب والأدوات التي سيتم استخدامها للطالب المدرب. وقد تتمثل الأهداف المنشودة من التدريب في تحسين المهارات الأكاديمية أو المهارات الاجتماعية للطالب المتدرب (الروسان، والخطيب، والناطور، 2004).

تعلم المهارات القرائية

ثمة طريقتان أساسيتان لتعليم مهارات القراءة هما:

أ - طريقة تدريس اللغة الكلية ب - الطريقة الترميزية

تركز طريقة اللغة الكلية (Whole - Language Approach) على العلاقات المتبادلة بين اللغة الشفهية والقراءة والكتابة. وهي تؤكد على معنى اللغة أكثر من تركيزها على اللغة ذاتها، وتشجع المتعلم على استخدام اللغة بشكل طبيعي وتحث المعلم على استخدام كافة أشكال اللغة المنطوقة والمكتوبة في غرفة الصف.

أما الطريقة الترميزية (Code - Emphasis Approach) فتركز على أصوات اللغة ورموزها. وتشمل هذه الطريقة أساليب التدريس المباشر لمهارات التعرف على الأحرف والكلمات باعتبارها ضرورية لتطوير الاستيعاب القرائي (Lerner, 2000).

تعليم المهارات الكتابية

نظراً للمشكلات الكتابية التي يواجهها الطلبة ذوو صعوبات التعلم، فقد أجريت عشرات الدراسات في السنوات الماضية بهدف تطوير الأبعاد الميكانيكية لكتابة هؤلاء الطلبة (تنظيم المهمات الكتابية) وتحسين محتوى كتابتهم أيضاً. وقد استندت هذه البحوث إلى انبثاق نماذج معرفية حول عملية الكتابة ركزت على العمليات العقلية المتضمنة في التعبير الكتابي المتقن.

واستندت البحوث كذلك إلى إدراك أهمية الدور الذي يلعبه التخطيط المسبق للكتابة (تحديد الأهداف، والعصف الذهني، والتنظيم). وبوجه عام، فالطلبة ذوو صعوبات التعلم لا يخططون للكتابة مسبقاً ولكنهم يخططون أثناء عملية الكتابة ذاتها ويستدعون من الذاكرة أية معلومات تبدو لهم ذات علاقة. وقد بينت عدة دراسات لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم (Lerner, 2000) ويمكن تلخيص أفضل الأساليب التدريسية لمهارات التعبير الكتابي للطلبة ذوي صعوبات التعلم على النحو التالي:

- 1 - استخدام التدريس المباشر والواضح للخطوات المهمة في عملية الكتابة باستخدام دلالات وإيماءات بصرية ولفظية واضحة وكافية.
- 2 - التركيز على التدريس المباشر للمهارات الأساسية للكتابة
- 3 - تقديم التغذية الراجعة التصحيحية للطلبة ذوي صعوبات التعلم حول نوعية كتابتهم وحول طرق تحسينها (الروسان وزملاؤه، 2004).



تعليم المهارات الحسابية

عند تدريس المهارات الحسابية للطلبة ذوي الصعوبات التعلمية، ينبغي على المعلمين التأكد أولاً من امتلاك هؤلاء الطلبة للاستعدادات اللازمة لإدراك المفاهيم والعمليات الحسابية. ويعني ذلك ضرورة أن ينتقل المعلم تدريجياً في التعليم في الملموس إلى المجرد، وإتاحة فرص كثيرة للممارسة والمراجعة (الروسان وزملاؤه، 2004). وتقتصر ليرنر (Lerner, 2000) أيضاً تعليم الطلبة مهارات تعميم المفاهيم المتعلمة وتطوير الحصيلة اللغوية المتعلقة بالمسائل الحسابية اللفظية.

وتتلخص أهم الخصائص المميزة لهذا النوع من التعليم لذوي صعوبات التعلم فيما يلي:-

- استخدام الممارسة المطولة
- استخدام التغذية الراجعة
- تدريس الطلبة في مجموعات تفاعلية صغيرة
- استخدام التكنولوجيا
- تجزئة المهام التعليمية إلى مكونات صغيرة وإخفاء التوجيه والتلقين بشكل تدريجي.



ويؤكد مكلوفين وإدج (McLaughlin & Edge, 1978) أن باستطاعة الآباء الإسهام في خمس فئات من الأنشطة والخدمات الموجهة نحو أطفالهم ذوي الصعوبات التعلمية وهي:

1 - التعرف والكشف

2 - التقييم

3 - البرمجة

4 - التطبيق

5 - التقويم

ويمكن للأخصائيين تسهيل عملية مشاركة الآباء في كل مجال من هذه المجالات.

التعرف:

يستطيع الآباء تقديم خدمات كبيرة من خلال انتباههم لأية مؤشرات مبكرة حول صعوبات التعلم. ومن الضروري أن يعي الآباء الخدمات المتوفرة محلياً ومن ثم تحويل الطفل إلى الجهة المناسبة.

التقييم:

يمكن للوالدين المساهمة مع أعضاء الفريق والقيام بملاحظة الطفل في البيت وتزويد الأخصائيين بأية معلومات عن التاريخ التطوري للطفل ومن ثم المشاركة بفعالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بالوضع التربوي المناسب له.

البرمجة:

لم يعد دور الوالدين مقتصر على حضور الاجتماعات فقط ولكنه يتضمن أيضاً المشاركة في تطوير البرنامج التربوي الفردي. وبذلك يستطيع الوالدان دعم جهود المعلمين. ومن الممكن أن يقوم الوالدان أيضاً بتحديد بعض الأهداف الخاصة بهما ومحاولة تحقيقها.

التطبيق:

يمكن للوالدين ممارسة دور نشط في تنفيذ البرنامج الفردي وذلك من خلال قيامهما مثلاً بالمساعدة في تدريس طفلها داخل غرفة الصف وتنفيذ بعض الأنشطة في البيت. وفي معظم الحالات يجد الآباء أنفسهم قادرين على تشجيع الطفل ومساعدته أثناء التدريب على أية مهمة جديدة.

التقويم:

لا يخلو برنامج من النقص، ولذلك فإن للتغذية الراجعة دوراً مهماً في تحسين أي برنامج. ويلعب الوالدان دوراً مؤثراً من خلال توفير المعلومات الضرورية التي يمكن أن تسهم في تعميم المهارات الأكاديمية.

الفصل الرابع

4

الاعاقة الجسمية والصحية

تمهيد:

الأشخاص المعوقون جسمياً هم أولئك الأشخاص الذين يعانون من حالة عجز عظمية أو عضلية أو عصبية أو حالة مرضية مزمنة تحدّ من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي مما يؤثر سلباً على إمكانية مشاركتهم في النشاطات الحياتية.

ومن الناحية التربوية، فالإعاقة الجسمية تعني أن لدى الفرد حالة تفرض قيوداً على مشاركته في النشاطات المدرسية الروتينية. إنها لا تعني عدم القدرة على التعلم، ولكنها بالضرورة تعني أن يتحمل المعلمون مسؤوليات خاصة على صعيد تكييف المواد والأدوات التعليمية ومساعدة الفرد على تخطي الحواجز النفسية والحواجز المادية التي قد تنجم عن الإعاقة. وعلى اختلاف أنواعها وأشكالها، تصنف الإعاقة الجسمية إلى إعاقات خلقية (Con-genital Disabilities) وإعاقات مكتسبة (Acquired Disabilities).

وبالنسبة للإعاقات الخلقية فهي الإعاقات التي تظهر لدى الفرد منذ لحظة الولادة أو بعدها بفترة وجيزة. وهذه الإعاقات قد تنجم عن عوامل وراثية أو عوامل ترتبط بمرحلة ما قبل الولادة (مثل نقص الأكسجين أو التسمم) أو الولادة (مثل عسر الولادة أو النزيف). أما بالنسبة للإعاقات المكتسبة فهي تنجم عادة عن الحوادث/ الإصابات والأمراض المختلفة (Bigge, 1982) كذلك تصنف الإعاقات الجسمية تبعاً لطبيعتها إلى إعاقات عصبية وإعاقات عظمية - عضلية (تلك التي تؤثر على العضلات والعظام والمفاصل) واضطرابات صحية مزمنة (تلك التي تتطلب تدخلاً علاجياً مزمناً). وهكذا يتضح أن الأفراد المعوقين جسمياً يشكلون فئات غير متجانسة إلى حدّ بعيد. ولهذا توصف الإعاقة الجسمية في أدبيات التربية الخاصة عادة بأنها الإعاقة الأكثر تبايناً (Heward, 2002). إضافة إلى ذلك، فإن فئة الإعاقة هذه أكثر من أي فئة إعاقة أخرى تتطلب فريقاً متعدد التخصصات لتلبية حاجاتها الفريدة والمتنوعة. وغالباً ما يشمل هذا الفريق متخصصين في العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج النطقي، والطب، والتمريض، والتربية الرياضية المكيفة إضافة إلى المعلمين العاديين ومعلمي التربية الخاصة (Heller, Alberto, Forney, Schwartzman, 1999).

نسبة انتشار الإعاقة الجسمية والصحية:

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة. وتؤكد سيرفس (Sirvis, 1978) أن صحة المعلومات المتعلقة بمدى حدوث الإعاقات الجسمية موضع شك لعدم الإتفاق على تعريف موحد. على أي حال، يشير هيوارد



(Heward, 2002) إلى أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية تقدر بحوالي (5:1000). ويلاحظ بعض المؤلفين إن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض. تعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية. فمع أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما كانت عليه في الماضي إلا أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكراً جداً في الماضي.

إن نسبة كبيرة من الإعاقات الجسمية ما كانت لتحدث لو أن الإجراءات الوقائية الملائمة اتخذت في الوقت المناسب. فمع أن أسباب بعض الإعاقات الجسمية لا تزال غير واضحة إلا أن الأسباب معروفة ويمكن السيطرة عليها وضبطها في حالات كثيرة. ومن الأسباب الرئيسية المعروفة للإعاقات الجسمية في مرحلة الطفولة ما يلي:-

أسباب الإعاقة الجسمية والصحية:

- 1 - نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو في مرحلة الولادة أو مرحلة ما بعد الولادة. وقد ينجم نقص الأكسجين عن التفاف الحبل السري حول عنق الجنين أو اختناق الأم أثناء الحمل، أو فقر الدم، أو انسداد مجرى التنفس لدى الطفل، أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطرة، أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل، أو الغرق، وغير ذلك.

- 2 - العوامل الوراثية التي تنقل من الآباء إلى الأبناء إما على شكل صفة متنحية أو صفة سائدة أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي.
- 3 - عدم توافق الريزيسي بين الوالدين
- 4 - تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً.
- 5 - تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
- 6 - الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة.
- 7 - إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل.
- 8 - تعرض الأم الحامل للعوامل الخطرة مثل سوء التغذية، والتدخين، والأشعة السينية.
- 9 - الخداج حيث أن عدم اكتمال مرحلة الحمل أو ولادة الطفل ووزنه أقل من العادي يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية.
- 10 - صعوبات الولادة ومنها الولادة القيصرية والولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً والوضع غير الطبيعي للطفل.
- 11 - إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة، والحوادث داخل البيت أو خارجه (Hill, 1998).

نبذة تاريخية:

لقد عرف الإنسان الإعاقات الجسمية منذ أقدم العصور. وكانت معاملة المجتمعات الإنسانية للأفراد المعوقين جسماً في الحقب التاريخية المتعاقبة لا تختلف عموماً عن معاملة ذوي الإعاقات الأخرى. ففي الماضي البعيد كان المعوقون جسماً يتعرضون لإساءة المعاملة بدنياً ونفسياً. حيث كانت المجتمعات الأولى تتخلص من الأشخاص ذوي الإعاقات الجسمية الشديدة بقتلهم أو تركهم ليموتوا لوحدهم. على أن بعض المجتمعات كالمصريين القدماء لم يقتلوا هؤلاء الأشخاص ولكنهم كانوا يعرضونهم للحرمان ويسبئون معاملتهم بشكل أو بآخر. وكان العلاج في حال تقديمه محصلة للاعتقادات الخرافية كما هو الحال بالنسبة للأشخاص المصابين بالصرع.

وحدثت تغيرات تدريجية في معظم المجتمعات ليس بسبب فهم الإعاقة الجسمية بشكل أفضل وإنما بسبب تغير حاجات المجتمع. ورافق ذلك تغير الاتجاهات حيث أن المعوقين جسماً أصبحوا يعاملون بوصفهم أفراداً لهم حقوق ويجب تفهم تلك الحقوق والعمل على تلبيةها. وفي بادئ الأمر، أصبحت المجتمعات الإنسانية تقدم الخدمات العلاجية الطبية والجراحية خاصة في القرن التاسع عشر. ونتيجة للاهتمام بالرعاية الطبية بدأت المجتمعات تقدم خدمات تربوية وتدريبية للمرضى في المستشفيات والبيوت. وبعد ذلك أصبحت الخدمات تقدم لفئات أكثر تنوعاً ولديها إعاقات شديدة ومختلفة. على أن الخدمات التربوية للمعوقين جسماً حديثة العهد. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً افتتح أول صف دراسي للمعوقين جسماً في المدارس عام 1899م. وانبثقت الخدمات التربوية المنظمة والشمولية في العقود الأولى من القرن العشرين، ثم ابتدأت جمعيات الأهالي والمهنيين تظهر تدريجياً وتبذل جهوداً كبيرة لتبني تشريعات تؤكد حق الطالب المعوق جسماً في الحصول على تربية مناسبة. وانبثق عن هذه الجهود برامج التربية المبكرة والمدارس الخاصة.

وقد كانت الحرب العالمية الأولى والثانية العامل الأهم الذي دفع إلى تطوير الخدمات التربوية التأهيلية لهذه الفئات من المعوقين ذلك أن الحربين العالميتين نجم عنهما إصابات النخاع الشوكي والبتير وإصابات الدماغ وغير ذلك. ولم يكن التأهيل مقتصرًا على التأهيل الطبي ولكنه امتد ليشمل الجوانب النفسية والمهنية والاجتماعية. وأصبح التأهيل عملاً يقوم به فريق يشارك في عضويته المرشدون والآباء وأخصائيو العلاج الطبيعي والوظيفي وأخصائيو اضطرابات الكلام واللغة وغيرهم. وفي الوقت الحالي أصبح الاهتمام ينصب على تدريس الأطفال المعوقين جسماً في المدارس العادية إذا كانت طبيعة الإعاقات تسمح بذلك على أن يتم تكييف البيئة المدرسية بإزالة الحواجز والعوائق ليسمح لهم بالحركة والتنقل (الخطيب، 1998).

أنواع الإعاقة الجسمية والصحية:

الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)

الشلل الدماغي اضطراب حركي يترتب بالتلف الدماغي. وغالباً ما يظهر هذا الاضطراب على صورة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي. وقد كان يطلق على هذا الاضطراب في الماضي اسم "مرض لتل" نسبة إلى الطبيب وليام لتل الذي كان أول من قدم وصفاً عيادياً له عام 1862. كذلك يطلق على هذا الاضطراب أحياناً اسم الشلل الولادي التشنجي. وهذا الشلل يختلف تماماً عن شلل الأطفال من حيث الأسباب والصورة العيادية العامة.

وتقتصر استخدامات مصطلح الشلل الدماغي على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي في مراحل العمر المبكرة جداً. أما إذا حدث التلف بعد مرحلة الرضاعة فالحالة لا تعد شللاً دماغياً رغم أن الطفل قد يظهر الخصائص الجسمية والسلوكية التي يظهرها الأطفال المشلولون دماغياً. والشلل الدماغي ليس معدياً. ومع أنه غير قابل للشفاء إذ هو حالة تلازم الإنسان طوال حياته إلا أن التلف الدماغي المسؤول عنه لا يزداد سوءاً مع الأيام. وعلى أي حال، فإن الحالة العامة للطفل قد تتدهور مع مرور الوقت إذا ما حرم من العلاج المبكر لأن ذلك قد يقود إلى مضاعفات عديدة.



وأسباب الشلل الدماغي المعروفة كثيرة. وبوجه عام، فإن أي عامل يسبب تلفاً دماغياً سواء قبل عملية الولادة أو خلاله أو بعدها قد يؤدي إلى الشلل الدماغي. وهو قد ينجم عن إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، أو الأمراض المزمنة (مثل السكري)، أو تعرضها للإصابات الجسمية، أو التعرض للأشعة أو تناول المواد السمية. كذلك فإن التلف الدماغي قد ينتج عن التفاف الحبل السري، وتسمم الحمل، وعدم توافق العامل الريزيسي، والخداج.

وفي أثناء عملية الولادة قد يحدث تلف دماغي خاصة في حالات الولادة العسرة وما يرتبط بها من مضاعفات. أما بعد الولادة، فثمة عوامل عديدة قد تسبب التلف الدماغي مثل نقص الأكسجين، والحمى، والأمراض المعدية (مثل التهاب السحايا)، والأورام الدماغية، والنزيف، والتسمم، وإصابات الرأس. ومن المعروف أن الشلل الدماغي عموماً ليس اضطراباً وراثياً. على أن هناك حالات نادرة جداً يمكن إرجاع الشلل الدماغي فيها إلى العوامل الجينية (الكروموسومية). وأخيراً، فإن الأطفال الذين ينتمون لأسر تعيش ظروفًا اقتصادية واجتماعية

متدنية أكثر عرضة من غيرهم للشلل الدماغي. ولعل السبب الرئيسي وراء ذلك هو سوء التغذية، وعدم كفاية الرعاية الصحية في مرحلة الرضاعة، إضافة إلى المخاطر البيئية. والشلل الدماغى إعاقه للنمو الطبيعي، أي أنه قد يؤثر سلباً على مختلف مظاهر النمو لدى الطفل. وقد أظهرت البحوث العلمية أن الأطفال المشلولين دماغياً قد يعانون من الإعاقه السمعية، والإعاقه البصرية، والاضطرابات الكلامية واللغوية، والصرع، والإعاقه العقلية، والإعاقه الإدراكية والسلوكية. إلا أن الأطفال المشلولين دماغياً لا يشكلون فئة متجانسة فثمة فروق فردية كبيرة بينهم.



إن أهم سمات هذا المرض هو اضطراب الوظائف الحركية الإرادية، أما فيما يتعلق بنسبة انتشار الشلل الدماغى فليس من السهل إعطاء أرقام دقيقة عن أعداد الأطفال الذين يعانون منه، لأن نسبة انتشاره تتغير بفعل التقدم الطبى ونظم التصنيف المستخدمة وغير ذلك من العوامل. ولكن النسب المعتمدة في معظم الدول المتقدمة تتراوح بين 1 إلى 3 لكل 1000 طفل.

أما بالنسبة للدول العربية فلا تتوافر إحصاءات دقيقة، ولكننا إذا أخذنا بالنسب المذكورة سابقاً فذلك يعني أن هناك ما يزيد عن نصف مليون طفل مشلول دماغياً في الوطن العربي (الخطيب، 2003).

الشلل الدماغي الإلتوائي

الشلل الدماغي غير التوازني



ومن حيث طبيعة المشكلات الحركية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال فهي تعتمد على موقع التلف الدماغي وشدته. فالشلل الدماغي أنواع عديدة من أكثرها شيوعاً لدى الأطفال الشلل الدماغي التشنجي، والشلل الدماغي الإلتوائي (التخبطي)، والشلل الدماغي اللاتوازني (الترنحي).

في الشلل الدماغي التشنجي تكون العضلات لدى الطفل مشدودة ومنقبضة. وقد تكون الحركات غير متناسقة. كذلك قد يصعب عليه التقاط الأشياء بأصابعه. وإذا حاول الطفل السيطرة على حركاته فهي تصبح أقل انضباطاً. وإذا كان بمقدوره أن يمشي فهو يمشي بالطريقة المعروفة باسم "مشية المقص" حيث يقف على أصابع القدمين وركبته متجهتان نحو الداخل.

أما الشلل الدماغي التخبطي فيتصف بحركات غير منتظمة ولولبية واسعة. وعندما يكون الطفل في حالة استرخاء أو نائماً فالحركات غير الطبيعية وغير الهادفة تقل أو تختفي. ولكن

مجرد محاولة التقاط شيء ما (كالقلم مثلاً) تؤدي إلى حركات راقصة في الذراعين وتعبيرات غير طبيعية في الوجه وخروج اللسان من الفم. وقد لا يكون باستطاعة الطفل التحكم بشفتيه أو لسانه وحلقه فيسيل اللعاب من فمه، وعندما يمشي تظهر لديه حركات غير منتظمة. وقد تنقبض عضلاته وتتوتر أحياناً وترتخي وتضعف أحياناً أخرى. وغالباً ما يعاني الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي من مشكلات كبيرة في اللغة التعبيرية.

وفي النوع الثالث من أنواع الشلل الدماغي وهو الشلل الدماغي اللاتوازني تكمن المشكلة الرئيسية في فقدان الطفل للتوازن وفي ضعف إحساسه بوضع الجسم. فهو قد يمشي مترنحاً وقد يهوي على الأرض بسهولة إذا لم يسنده أحد.

ويكون التلف في حالة الشلل الدماغي التشنجي في الألياف العصبية الحركية الموجودة في القشرة الدماغية وهي المسؤولة عن التحكم الإرادي بعضلات الأطراف. وفي الشلل الدماغي التخبطي يكون التلف في العقدة الأساسية (الخلايا العصبية في الجزء المسؤول عن تنسيق الحركات وضبط التوازن والإحساس بوضع الجسم).

وتجدر الإشارة إلى أن الشلل الدماغي قد يصنف تبعاً لشدة الإعاقة الحركية التي يعاني منها الطفل إلى ثلاث فئات هي: الشلل الدماغي البسيط حيث يعاني الطفل من مشكلات محدودة لا تتطلب تدخلاً طبياً. والشلل الدماغي المتوسط الذي تتطور فيه المهارات الحركية لدى الطفل في نهاية الأمر مع أنه قد يحتاج إلى أدوات مساندة للحركة وللعناية بالذات. والشلل الدماغي الشديد الذي تحد فيه الإعاقة الحركية من مقدرة الطفل على العناية بنفسه وتحول دون تمكنه من الكلام بطريقة طبيعية ومن الحركة المستقلة بحيث يتطلب علاجاً مكثفاً ومتواصلاً.

كذلك يصنف الشلل الدماغي وفقاً للأطراف المصابة. فهو يسمى شللاً نصفياً إذا اقتصرَت الإصابة على أحد جانبي الجسم، وشللاً سفلياً عندما تقتصر الإصابة على الرجلين، وشللاً رباعياً عندما تكون الأطراف الأربعة مصابة بالشلل. وقد يكون الشلل أيضاً أحادياً (في طرف واحد) أو ثلاثياً.

ويقوم بتشخيص الشلل الدماغي أخصائي الأعصاب من خلال دراسة التاريخ الطبي (الحمل، الولادة، النمو) والفحص السريري والاختبارات التشخيصية المختلفة مثل الأشعة السينية، والتخطيط الكهربائي للدماغ والتصوير المحوري الطبقي وفحوصات الدم والبول. إضافة إلى ذلك، فإن الملاحظة يمكن أن تزود الأطباء والآباء بمعلومات مهمة تساعد في

الاكتشاف المبكر لحالات الشلل الدماغي. فعلى سبيل المثال، يمكن للطفل أن يتعرض للخطر إذا بدا عليه تأخر في النمو أو إذا أظهر انمطاً حركية غير عادية أو مستويات غير طبيعية من التوتر العضلي أو إذا أبدى استجابات حركية أولية يفترض عدم حدوثها. ومن المشكلات الأخرى التي قد تعني أن الطفل معرض للخطر في مرحلة الرضاعة ما يلي: صعوبات في البلع، البكاء عند تغيير الوضع، إبقاء الإبهام داخل اليد، عدم تحريك الألعاب من يد إلى أخرى، ركل الرجلين بشكل متزامن وليس بالتناوب، التأخر في الجلوس، التشنجات العضلية، إخراج اللسان من الفم بشكل متكرر، انحناء الظهر خلال الجلوس، ارتخاء العضلات، حدة المزاج، اقتراب الرجلين من بعضهما، عدم القيام بحركات تلقائية، الإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي بشكل متكرر، واستخدام إحدى اليدين فقط قبل أن يبلغ السنة الأولى من عمره (الخطيب، 1998).

الصرع (Epilepsy):

الصرع تغير غير عادي ومفاجيء في وظائف الدماغ يحدث تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبدأ وينتهي تلقائياً، ويتصف بقابليته للحدوث مرات أخرى في المستقبل (الخطيب، 1998).

وعلى الرغم من تباين النوبات الصرعية إلا أنها تتشابه في كونها:

أ - تظهر وتختفي فجأة، فهي لا إرادية.

ب - تستمر لفترة زمنية قصيرة.

ج - متشابهة في الحالات التي تحدث فيها.

د - تشتمل على سلوك حركي نمطي غير عادي.

هـ - تؤدي في العادة إلى فقدان الوعي.

ولقد طورت عبر السنين الماضية نظم تصنيف عديدة للصرع اعتمدت على معايير متنوعة. وفي هذا الفصل سنتحدث عن النوبة الكبرى، والنوبة الصغرى، والنوبة الصغرى، والنوبة النفسية الحركية، ذلك أن هذه النوبات الثلاث الزكتر شيوعاً لدى طلاب المدارس.

أ - النوبة الصرعية الكبرى (Grand Mal Seizure):

النوبة الكبرى هي أكثر النوبات الصرعية شيوعاً، إذ أن ما يزيد على 60% من النوبات من

هذا النوع. وهذه النوبة أيضاً هي الأكثر خطورة بين النوبات وهي مرعبة للناظر حقاً. وفي معظم الأحيان يسبق النوبة إحساس غير عادي (aura) يعمل بمثابة تحذير للشخص المصاب بأن النوبة أوشكت أن تحدث. وتأخذ الخبرات الحسية التحذيرية هذه أشكالاً متنوعة مثل رائحة كريهة، أو شعور بألم في المعدة، وغير ذلك. ومع بداية حدوث النوبة يصرخ الفرد، ويفقد وعيه ويسقط على الأرض. وأثناء هذه المرحلة يحدث تشنج عام في جسم الفرد يتبعه حركات عنيفة في أطراف الجسم، ويتوقف التنفس لحظياً. وقد يفقد الإنسان السيطرة على المثانة والأمعاء. وتستمر النوبة هذه 2 - 5 دقائق يستعيد بعدها الإنسان وعيه. وبعد ذلك قد يشعر الفرد بالارتباك أو قد يعاني من الصراع، وفي العادة يذهب في نوم عميق لعدة ساعات. وفي بعض الأحيان قد تلي النوبة نوبة أخرى دون أن يستعيد الإنسان وعيه، وهذه الحالة طارئة طبياً تسمى (Status Epilepticus) ومن الجدير بالذكر أن هذه النوبة قد تحدث مرة أو أكثر في اليوم الواحد وقد تحدث مرة في السنة الواحدة.

ب - النوبة الصرعية الصغرى (Petit Mal Seizure)

تتصف هذه النوبة بأعراض مرضية مميزة منها الحملقة في الفراغ، وفتح العينين وإغماضهما وفقدان الوعي. ولا تستمر هذه النوبة في العادة أكثر من ثلاثين ثانية. وهي تصيب الأطفال ما بين الرابعة والثامنة من العمر وتحدث بشكل متكرر (أحياناً عشرات المرات في اليوم الواحد). ونادراً ما تستمر هذه النوبة الصغرى إلى سن الرشد، فهي عادة تختفي أو تتحول إلى نوع آخر. وغالباً ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم عديمو الانتباه وبأن لديهم أحلام يقظة.

ج - النوبة النفسية الحركية (Psychomotor Seizure)

تنجم هذه النوبة عن تلف في الفص الصدعي في الدماغ. وتحدث لدى الأطفال دون السادسة من العمر وفي العادة تستمر لبضع ثوان. وتتصف النوبة النفسية الحركية بنشاطات حركية غير هادفة تحدث بشكل متكرر مثل المضغ، أو تلمظ الشفاه، أو فرك اليدين أو الرجلين. ولأن الفرد لا يفقد الوعي ولا يسقط على الأرض، فهذه النوبة غالباً ما يساء تفسيرها، فتعامل بوصفها نوبات غضب أو اضطرابات نفسية ذهنية (الخطيب، 1998).

ولا تزال أسباب الصرع غامضة، إلا أن هناك ما يشير إلى أن الصرع يرتبط ببعض العوامل المحددة، ومنها تلف الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، وإصابات الرأس، وبعض أنواع التسمم، والعوامل الجينية، وبعض أنواع الالتهابات (مثل التهاب السحايا).

وعندما تكون الأسباب محددة يسمى الصرع بالصرع العرضي (Symptomatic Epi- Ipsy) أما إذا كانت الأسباب غير معروفة فيسمى الصرع بالصرع الغامض (Idiopathic Epilepsy) وللأسف فإن نسبة كبيرة جداً من حالات الصرع حوالي (70%) هي من النوع الغامض.

وفيما يتعلق بتشخيص الصرع فالطبيب يدرس التاريخ الطبي للفرد، ويجري فحوصات جسمية وعصبية شاملة، بما فيها الفحوصات المخبرية. وفي العادة تشتمل الفحوصات أيضاً على تخطيط الدماغ، وصور الأشعة، والتصوير المحوري الطبقي، والثقب القطني.

ويعتبر الصرع من الإعاقات النمائية؛ ذلك أنه من الأمراض المزمنة الشائعة لدى الأطفال، فلقد أوضحت الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على نسبة انتشار الصرع، أن حوالي 70% من حالات الصرع تحدث قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من العمر. كذلك تشير الدراسات إلى أن الإحصائيات المتوافرة تؤكد على أن نسبة انتشار الصرع في الدول النامية تفوق نسبة انتشاره في الدول المتقدمة. فنسبة انتشار الصرع في الدول المتقدمة لا تزيد على 1 في 100 بينما في الدول النامية قد تبلغ 2 في 100 .

من ناحية أخرى؛ فالصرع قد يصاحب حالات إعاقة أخرى. فعلى سبيل المثال، إن نسبة كبيرة جداً ما يزيد على (80%) من المشلولين دماغياً من النوع التشنجي يعانون من الصرع، وما يزيد على 18% من المتخلفين عقلياً لديهم نوبات صرع.

ويتطلب العلاج الفعال للصرع إيقاف النوبة أو الحد من جهة، وتحديد المشكلات المصاحبة ومعالجتها من جهة أخرى، وتعتمد البرامج العلاجية على مظاهر النوبة وعلى خصائص الفرد المصاب. والوسيلة الأساسية التي يعتمد الأطباء عليها لمعالجة الصرع هي العقاقير المضادة للنوبة (Anticonvulsant Drugs) وهذه العقاقير تعمل على كبح النوبات أو إيقافها في حوالي 80% من الحالات. وفي العادة فإن بعض الأفراد المصابين يوصف لهم دواء واحد والبعض الآخر يتناولون عدة أنواع من الأدوية. وبشكل عام، فجميع الأدوية المضادة للنوبات الصرعية قد ينجم عنها آثار سلبية خطيرة.

وتأخذ المعالجة الشاملة للصرع الأبعاد النفسية والاجتماعية للصرع بالحسبان. فكما يتضح من البحوث العملية ذات العلاقة فإن الصعوبات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد المصاب بالصرع لا تقل خطورة عن المشكلة الطبية ذاتها. ولا ريب في أن أساليب التدخل العلاجي النفسي متنوعة ومتعددة، إذ أنها تعتمد على الإطار النظري الذي ينطلق

المعالج منه في تحليل مشكلات الفرد المصاب. وقد شهدت السنوات القليلة الماضية تزايد الاهتمام باستخدام أساليب تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الناجمة عن الصرع. وتشتمل أساليب تعديل السلوك على الملاحظة المتواصلة والموضوعية لمظاهر النوبة الصرعية ومعدل حدوثها والمثيرات القبلية. وفي العادة يلجأ الباحثون إلى أساليب تعديل السلوك، عندما لا تستجيب النوبة للعقاقير المضادة للصرع.

ويقوم أخصائيو جراحة الدماغ والأعصاب أحياناً بإجراء جراحة عصبية في حالة فشل المعالجات الأخرى. وتسمى عملية الجراحة التقليدية في هذه الحالة بعملية استئصال النقص الصدعي (Temporal Lepectomy) وهذه العملية تجرى للمصابين بالصرع النفسي الحركي. وتشير البحوث ذات العلاقة أن هذه العملية تؤدي إلى نتائج ايجابية في كثير من الأحيان (الخطيب، 1998).

ويتضح من مراجعة الأدب المتصل بالأبعاد التربوية للصرع، أن لدى الطلاب المصابين بهذا الاضطراب حاجات تربوية خاصة متنوعة، وأن المدارس العادية، وإن كانت المكان المناسب لتعليم هؤلاء الطلاب في الأغلبية العظمى من الحالات، غالباً ما تتجاهل هذه الحاجات. ففي إحدى الدراسات الكلاسيكية في هذا المجال تم تقييم الأداء المدرسي والخدمات التربوية المقدمة للأطفال المصابين بالصرع الملتحقين بالمدارس العادية في بريطانيا، فوجد أن هذه الفئة من التلاميذ تواجه مشكلات تربوية مختلفة، وتعاني من صعوبات انفعالية وسلوكية متنوعة تسترعي التدخل العلاجي. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، أشارت إحدى التقارير التي نشرتها الجمعية الأمريكية للصرع (The Epilepsy Foundation of America) إلى أن 10% من الأفراد المصابين بالصرع يحتاجون إلى مؤسسات تربوية خاصة. وبشكل عام، فالطلاب الذين يعانون من نوبات صرعية لم تنجح العقاقير في ضبطها، والذين لديهم إعاقات إضافية، هم الذين يحتاجون إلى برامج التربية الخاصة والتأهيل.

إن نوبة الصرع بحد ذاتها لا تؤثر في القدرات العقلية العامة للفرد، وإذا لم يكن لدى الفرد المصاب تلف دماغي فهو في العادة لا يعاني من ضعف عقلي ذي أهمية. إلا أن عوامل عديدة غير التلف الدماغي قد تحد من قدرة الطالب المصاب بالصرع على التعلم وتجعل أداءه الأكاديمي ضعيفاً. ومن هذه العوامل الآثار الجانبية السلبية للعقاقير المضادة للنوبة، وحدوث النوبات بشكل متكرر، والمشكلات النفسية والاجتماعية. والصرع قد تصاحبه نشاطات زائدة (Hyperactivity) بسبب العقاقير أو بسبب التلف الدماغي، وهو أيضاً قد يحدث أثراً بالغة

في مفهوم الذات، وصعوبات في الانتباه والتركيز، والقلق والاكتئاب، وضعفاً في مهارات التآزر الحركي، ومشكلات في القراءة، وضعفاً في المهارات الحسابية، ومشكلات سمعية وبصرية. وذلك كله بلا شك، ينعكس سلباً على تحصيل الطالب وعلى دافعيته للتعلم.

ومن الواضح أن المعلم يلعب دوراً حاسماً في طبيعة الخبرات التي يمر بها الطالب المصاب بالصرع، وفي جعل حياته المدرسية عادية أو قريبة من العادية. فنجاح الطالب وتكيفه وتحصيله كله منوط بتفهم المعلم ودعمه، وذلك يتطلب من المعلم التعرف إلى حقيقة الصرع وآثاره وتعريف الطلاب الآخرين بذلك. عندئذ فقط تصبح الاتجاهات واقعية نحو الأفراد المصابين بالصرع. ولا يعني ذلك بالطبع تدخل المعلم غير المبرر في حياة الطالب المصاب، فهو ليس بحاجة إلى قيود إضافية على نشاطاته. ولكن المطلوب هو مراعاة مبادئ السلامة العامة، وتوجيه نشاطاته المدرسية المختلفة توجيهاً سليماً. فالسماح للفرد المصاب بأن يسلك الطريق الأسهل، والسماح له بتجنب الواجبات والنشاطات اللازمة، خشية حدوث النوبة، ليس في صالحه على المدى البعيد (الخطيب، 1998).

العمود الفقري المفتوح (Spina Bifida)

هو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي، تبلغ نسبة انتشاره حوالي 2 في 1000 وهو يأخذ ثلاثة أشكال رئيسية هي:

أ) العمود الفقري المفتوح غير الظاهر (Occulta) وهذا النوع لا ينجم عنه أي مضاعفات.

ب) الكيس السحائي (Meningocele) ويتشكل فيه كيس خارج الظهر يحتوي على أغشية السحايا ولكن الحبل الشوكي يكون طبيعياً.

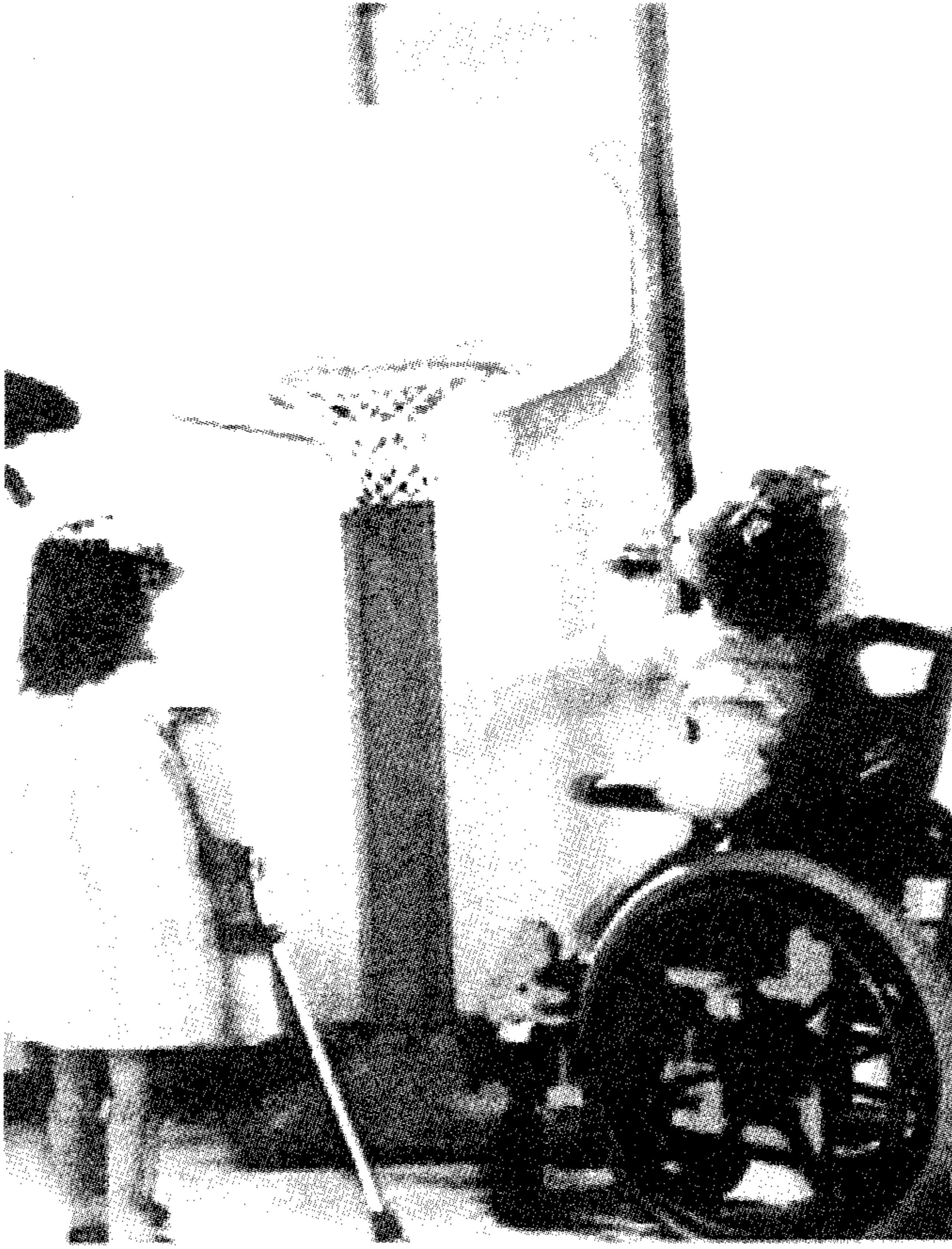
ج) الكيس السحائي الشوكي (Myelomeningocele) وفيه يبرز جزء من الحبل الشوكي والأعصاب خارج الفتحة في العمود الفقري وهو الأكثر خطورة من بين أنواع العمود الفقري المفتوح.

إن أسباب العمود الفقري غير المفتوح لا تزال غير مفهومة جيداً وإن كان يعتقد عموماً أن عوامل جينية تتفاعل مع عوامل بيئية في مرحلة ما قبل الولادة. كذلك يعتقد أن نسبة ضئيلة جداً من الحالات قد تكون وراثية (Hill, 1998).

وهناك طريقتان للوقاية من العمود الفقري المفتوح وهما:

أ - الكشف المبكر أثناء الحمل عن الحالة حيث أن هذا الأمر ممكن حالياً.

ب - الرعاية الغذائية للأم الحامل وبخاصة فيما يتعلق بكمية فيتامين ب التي تتناولها



العلاج الوحيد في الحالات الخطيرة هو الجراحة العصبية الفورية حيث يقوم جراح الأعصاب بإعادة الحبل الشوكي إلى مكانه وإغلاق الفتحة ولكن ذلك يقود إلى الشلل في الأطراف السفلية ويؤدي إلى فقدان السيطرة على وظائف المثانة والأمعاء. ولذلك يحتاج هؤلاء الأشخاص في المراحل اللاحقة إلى استخدام العكازات أو الكراسي المتحركة.

إضافة إلى الشلل يعاني الأطفال الذين لديهم هذه الإعاقة من مشكلات مختلفة من أهمها الاستسقاء الدماغي.

والاستسقاء الدماغي هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ. وهذا السائل يضغط على الأنسجة العصبية والجمجمة مما يؤدي في معظم الحالات إلى التخلف العقلي إذا لم تتم معالجة الحالة جراحياً في أسرع وقت ممكن. كذلك قد يحدث ضعف أو شلل في عضلات الجذع وذلك اعتماداً على موقع الفتحة في الظهر. ونتيجة لذلك قد تحدث تشوهات في العظام وتقرحات في الجلد. وأخيراً فمن المضاعفات المعروفة لهذه الحالة التهابات المجاري البولية (الخطيب، 1998).

وقد غيرت التكنولوجيا الطبية الحديثة حياة هؤلاء الأطفال تغييراً جوهرياً إذ أصبحوا الآن يعيشون فترة طويلة وأصبحت العمليات الجراحية قادرة على إنقاذهم من المضاعفات الخطيرة التي كانت تهدد قدراتهم في السابق. فقد تكون القدرات العقلية لمعظم هؤلاء الأطفال في المدى الطبيعي ولذلك فهم قادرين على التعلم في المدرسة وإن كانت الممارسات العملية الحالية تتمثل بتدريس هؤلاء الأطفال في مدارس خاصة للأطفال المعوقين جسدياً.

وقد تعمل الغيابات المتكررة عن المدرسة على الحد من الفرص التعليمية المتوفرة لهؤلاء الأطفال مقارنة بالأطفال العاديين. وهذه الغيابات أمر متوقع في ضوء الحاجات الطبية الخاصة لهؤلاء الأطفال مثل الجراحة العصبية والعظمية والإجراءات العلاجية الأخرى. على أي حال، فإن بالإمكان إثراء الحياة المدرسية لهؤلاء الأطفال وتقديم الخدمات الإرشادية لهم وتشجيعهم على المشاركة في الأنشطة الجماعية وغير المنهجية التي لا يحول وضعهم الطبي دون مشاركتهم فيها (Hill, 1998).

الاستسقاء الدماغى (Hydrocephaly)

الاستسقاء الدماغى هو تجمع غير طبيعى للسائل المخى الشوكى فى الدماغ وقد يحدث بسبب التشوهات. ومن أهم التشوهات التي تقود إلى الاستسقاء الدماغى التشوه الولادى المعروف باسم العمود الفقرى المفتوح أو (المشقوق) الذي تم وصفه سابقاً. إضافة إلى التشوهات الولادية هناك أسباب أخرى تكمن وراء الاستسقاء الدماغى. فهو قد يحدث بسبب النزيف، والأورام، والإصابات الدماغية، والالتهابات. بعبارة أخرى، قد يكون هذا الاضطراب ولادياً (فهو يكون واضحاً منذ الولادة في حوالي 60% من الحالات)، وقد يكون مكتسباً (Heller et al., 1995).

وقد ينجم عن الاستسقاء الدماغى مضاعفات خطيرة. فتجمع السائل المخى الشوكى يؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ وذلك يقود إلى الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ. وذلك بدوره قد يقود إلى التخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية والضعف البصري إذا لم تتم المعالجة مبكراً جداً، كذلك فإن التجمع المفرط للسائل قد يؤدي إلى توسع حجم الجمجمة. والعلاج هو الجراحة العصبية حيث يتم وضع أنبوب دائم في حجيرات الدماغ لتصريف السائل من الدماغ إلى الأحشاء ويطلق على هذه العملية اسم "العملية الصارفة". وقد تحدث مضاعفات خطيرة لهذه العملية مثل الالتهابات أو انسداد الأنبوب مما يتطلب إجراء العملية مجدداً. ومن أهم أعراض مضاعفات هذه العملية الصراع، التقيؤ، التهيج، فقدان الوعي، وعدم التركيز. وعلى الرغم من تلك المضاعفات فإن هذه العملية يتم إجراؤها لأن عدم التدخل الجراحي أكثر خطورة على حياة الطفل.

البتر (Amputation)

البتر هو إزالة أو عدم نمو الطرف أو جزء منه. والبتر إما أن يكون ولادياً أو مكتسباً. بالنسبة للنوع الولادى فهو يعنى أن الطفل يولد ولديه بتر جزئى أو كلى. وينتج هذا البتر عن

بعض العقاقير الطبية، كذلك فهو قد ينتج عن الأشعة السينية أو الفيروسات أو العوامل الغذائية (كنقص اليود) أو عدم توافق العامل الريزي سي أو الحصبة الألمانية أو انفصال الجنين جزئياً عن المشيمة. أما بالنسبة للبتير المكتسب فهو غالباً ما يكون بمثابة إجراء جراحي لسبب ما مثل الأورام أو السكري أو الحوادث والإصابات. وفي كلتا الحالتين تعتبر الأطراف الاصطناعية أدوات رئيسية في عملية التأهيل حيث يتم الاهتمام بالجوانب الوظيفية وليس الجوانب الجمالية فقط (Bigge et al., 2000).



الحتل العضلي (Muscular Dystrophy)

اضطراب وراثي خطير تتدهور فيه حالة الشخص المصاب تدريجياً. إنه اضطراب تستبدل فيه الخلايا العضلية بمواد دهنية. فالطفل يبدو طبيعياً لحظة الولادة ولكنه يبدأ بفقدان القدرة على تأدية النشاطات الحركية تدريجياً (مثل المشي على رؤوس الأصابع والتهادي في المشي وعدم التوازن والافتقار إلى المهارة) إلى أن يصبح غير قادر على التحرك في نهاية الأمر. ليس

لهذا الاضطراب علاج فعال، وفي مراحله المتقدمة، يجعل هذا المرض الشخص عرضة للالتهابات وبخاصة في الجهاز التنفسي (Bigge et al., 2000).

الوهن العضلي الوخيم (Myasthenia Gravis)

الوهن العضلي اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الإرادية وشعور بالتعب والإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما. وقد يؤثر هذا المرض على أية عضلات في الجسم ولكنه في العادة يصيب عضلات الوجه المحيطة بالعين. وتحدث الأعراض المرضية تدريجياً وهي تكون بأشد صورها عندما تصاب العضلات ذات العلاقة بالتنفس والبلع.

ويصيب الوهن العضلي الناس من جميع الأعمار ولكنه أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين يزيد عمرهم عن عشرين سنة وبخاصة الإناث فهن أكثر عرضة للإصابة به من الذكور، وتقدر نسبة انتشاره بحوالي 1 لكل 10,000 ولا تعرف الأسباب المسؤولة عن هذا المرض. والمشكلة الرئيسية في الوهن العضلي عدم نقل السوائل العصبية عبر مناطق اتصال الأعصاب بالعضلات بسبب عدم إفراز أنزيم الاستلوكولين الضروري لعملية الإيصال هذه. وقد يرتبط هذا المرض بأورام الغدة التيموسية، أو الغدة الدرقية، والروماتيزم، والأورام الخبيثة في البنكرياس والرئة. وقد يخلط البعض أحياناً بين هذا المرض والعصاب الهستيرى (الخطيب، 1998).

ويتدهور وضع الشخص المصاب بهذا المرض تدريجياً، وإذا لم تتم المعالجة فقد تنتهي الحالة بالوفاة في غضون عدة سنوات، وتتمثل المعالجة في العقاقير الطبية التي تمنع تحطم الإنزيم الاستلوكولين، ومن هذه العقاقير النيوسيتجامين والبيروسيتجامين والامبينونيوم. ولا يترك الوهن العضلي أي تأثيرات على القدرات العقلية أو التعليمية أو السمعية أو البصرية فتأثيراته الأساسية تتعلق بالوظائف الحركية. وبناء على ذلك فإن الشخص المصاب بحاجة إلى تأهيل حيث يتم تدريبه من أجل القيام بمهن لا تتطلب بذل جهود جسدية كبيرة (Heller et al., 1995).

العظام الهشة (Osteogenesis Imperfecta)

يعد مرض العظام الهشة أو ما يعرف أيضاً باسم مرض عدم اكتمال النمو العظمي أو مرض الجبنة السويسرية من الأمراض الخطيرة، ولكنه مرض نادر يصيب واحداً من كل أربعين ألف طفل، ولا يعرف سبب هذا المرض وإن كان يعتقد أنه وراثي ينتقل كصفة سائدة عادة أو يحدث كطفرة جينية في بعض الحالات.

والمشكلة الرئيسية في هذا المرض تكمن في افتقار العظام إلى البروتين ولذا فهي تكون غير صلبة ولا تحتوي على الكميات العادية من الكالسيوم والفسفور. ولا يعرف لهذا المرض دواء شاف حالياً، فكل ما يمكن عمله هو إجراء جراحي يهدف إلى وضع قطعة حديدية بين طرفي العظمة وخاصة عظمة الفخذ. وغالباً ما يحتاج الطفل إلى استخدام كرسي متحرك للتنقل من مكان إلى آخر أو إلى عكازات للانتقال لمسافات قصيرة (الخطيب، 1998).

ومن الناحية التربوية فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون الالتحاق بالمدارس العادية وإن كانت قدراتهم العقلية في المدى الطبيعي، فهم بحاجة لمدارس خاصة تعنى بالأطفال المعوقين جسماً. وفي تلك المدارس يتم توفير الأدوات المساندة اللازمة ويتم الإشراف طبياً على جميع النشاطات التي يقومون بتأديتها. كذلك يتم تزويد هذه الفئة من الأهل بنشاطات ترويحية واجتماعية لا تتضمن الإجهاد والتعب (Hill, 1998).

انحناءات العمود الفقري (Curvatures)

هناك العديد من الانحناءات في العمود الفقري والتي قد يكون لها تأثيرات سلبية خطيرة على وظائف الجسم، وقد تحدث هذه الانحناءات بمفردها وقد تكون جزءاً من مشكلات طبية أخرى، وأكثر هذه الانحناءات شيوعاً: الصعر، والحدب، والبزخ، والجنف (الخطيب 1998).

الصعر (Wryneck)

الصعر هو اضطراب مؤقت في العنق يتعذر معه الالتفاف بطريقة مناسبة. وما يحدث هو أن الرأس يدور إلى أحد الجانبين والذقن يدور إلى الجانب الآخر، ويظهر هذا الاضطراب عادة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ويعزى لالتهاب الحلق. وبسبب هذا الالتهاب تتورم الفقرات العنقية ويحدث فيها استسقاء. وقد يكون الصعر وراثياً بسبب مشكلات في الأنسجة العضلية في منطقة العنق ويصحح هذا الوضع طبياً قبل دخول الطفل إلى المدرسة. ويتمثل علاج هذا الاضطراب بتثبيت الرأس والعنق لعدة أيام باستخدام رباط خاص والعقاقير الطبية المحدثه للاسترخاء والحرارة.

الحدب (Kyphosis)

الحدب هو انحناء دائري في الظهر في المنطقة الصدرية، وقد يكون هذا الانحناء وراثياً يرتبط باضطراب آخر أو قد يكون مكتسباً نتيجة ضعف العضلات أو العظام كما يحدث في حالة شلل الأطفال أو حالة العمود الفقري المفتوح، ويرافق الحدب آلام في الظهر يصاحبها

أحياناً آلام في الرجلين، ويشمل العلاج جبيرة خاصة، والحرارة، والحد من النشاطات الجسمية المرهقة.

البرزخ (Lordosis)

البرزخ هو انحناء الظهر إلى الأمام بمستوى الفقرات القطنية في العمود الفقري. وهذا الانحناء قد يصاحب اضطرابات أخرى مثل الشلل الدماغي والحثل العضلي والقزامة. فعندما تكون العضلات ضعيفة قد يلجأ الشخص إلى التعويض عن الضعف وذلك بإدارة ظهره. وأحياناً يحدث انزلاق في الغضاريف بسبب تشوه ما في الفقرات. وفي هذه الحالة يحدث آلام شديدة وقد يتطلب الأمر تدخلاً جراحياً.

الجنف (Scoliosis)

الجنف هو ميلان جانبي في العمود الفقري بمستوى المنطقة الصدرية. وبسبب هذا الميلان يصبح أحد جانبي الجسم أعلى من الجانب الآخر. وقد يكون الجنف بنائياً يصاحب اضطرابات ولادية مختلفة في المفاصل أو العضلات كالتقوس المفصلي أو الشلل الدماغي أو الحثل العضلي أو العمود الفقري المفتوح، أو قد يكون الجنف وظيفياً أي بسبب الوضع الجسمي الخاطيء أو قصر إحدى الرجلين. ويستطيع الشخص في هذه الحالة تصحيح الوضع إرادياً خلافاً للجنف البنائي. ومن أخطر المضاعفات المحتملة لهذا الانحناء في العمود الفقري الروماتيزم والآلام الشديدة. وليس هناك علاج طبي فعال للجنف وإن كانت بعض الحالات تستفيد من الإجراءات الجراحية والجبائر.

إصابات النخاع الشوكي (Spinal Cord Injuries)

يتعرض آلاف الأشخاص سنوياً لإصابات الحبل الشوكي التي ينجم عنها شلل سفلي أو رباعي. والحبل الشوكي هو جزء من الجهاز العصبي المركزي يوصل المعلومات الحركية من الدماغ إلى أجزاء الجسم والمعلومات الحسية من أجزاء الجسم إلى الدماغ. ويتكون الحبل الشوكي من قطاعات بمستوى العمود الفقري الذي يمتد داخله (8 عنقية، 12 صدرية، 5 قطنية، 5 عجزية، وواحد عصعصية).

وكلما كانت الإصابة في الحبل الشوكي أعلى أصبحت حالة الشلل والفقدان الحسي أكبر. ومن أكثر أسباب إصابات الحبل الشوكي شيوعاً: حوادث السير، والألعاب الرياضية العنيفة، والسقوط من الأماكن المرتفعة، والأعيرة النارية. وتنطوي إصابات الحبل الشوكي على

مضاعفات متنوعة اعتماداً على موقع الإصابة وشهدتها. ومن المضاعفات التقليدية المحتملة: المضاعفات الصحية، والنفسية، والمهنية، والتربوية (Bigge et al., 2002, Heller et al., 1995).

مرض بيج - بيرثز (Legg - Perthes Disease)

مرض لج - بيرثز هو اضطراب مزمن من الجهاز العظمي يحدث فيه تنكس (تلف) في مركز النمو في عظمة الفخذ وهو الطرف العلوي حيث تتصل هذه العظمة بالحوض. ويصيب هذا المرض الذكور أكثر من الإناث وغالباً ما يظهر لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 - 8 سنوات. وسبب هذا المرض غير معروف ولكن يعتقد أنه قد يكون نتيجة لاضطرابات الأوعية الدموية أو الإصابات الجسدية المباشرة أو العوامل الوراثية. وكثيراً ما تتشابه أعراضه مع أعراض أمراض أخرى منها التهاب مفصل الحوض وقصور الغدة الدرقية وغير ذلك.

وتتمثل المشكلة الرئيسية في مرض لج - بيرثز بعدم وصول الدم إلى رأس عظمة الفخذ مما يؤدي إلى موت الأنسجة هناك. وغالباً ما يقتصر التلف على عظمة واحدة لكنه قد يؤثر على عظمتي الفخذ أحياناً. وفي العادة، تبدأ الرحلة الصعبة الطويلة مع المرض والآلام في الركبة أو الفخذ أو الحوض. ويحتاج تشخيص هذا المرض استخدام الأشعة السينية حيث يتضح وجود تحطم وتلف في مركز النمو في عظمة الفخذ (Heller et al., 1995, Hill, 1998).

وعندما يكون المريض طفلاً فإن مركز النمو يتم استبداله تلقائياً بعظم جديد ولكن عملية الاستبدال هذه تستغرق 2 - 3 سنوات. وكلما كان الطفل أصغر كانت عملية الاستبدال أسرع. أما إذا كان المريض كبيراً فقد تحدث تشوهات دائمة في رأس عظمة الفخذ. ومن الواضح أن عملية الاستبدال تتطلب اتخاذ الإجراءات الطبية العلاجية المناسبة. وتأخذ هذه الإجراءات ثلاثة أشكال أساسية هي:

- أ) تثبيت الرجل برباط حيث يبقى الطفل في السرير ولا يسمح له بمغادرته إلا بعد أن تبين الأشعة السينية أن عملية الالتئام قد حدثت، وذلك يستغرق في العادة حوالي ستة شهور.
- ب) تثبيت مفصل الحوض باستخدام جبيرة أو غير ذلك بهدف الوقاية من حدوث تشوهات من خلال أبعاد الرجلين عن بعضهما البعض. ويسمح وضع الجبيرة للأطفال بالحركة مستخدمين أدوات مثل الكرسي المتحرك أو العكازات.



ج) إجراء عملية جراحية بهدف إدخال الطرف العلوي لعظمة الفخذ في الحوض ومن ثم استخدام جبيرة لعدة أسابيع واستخدام العلاج الطبيعي، ويتوخى الأطباء من ذلك تسريع عملية النمو.

ومن النواحي التربوية - النفسية ، يشكل مرّاج - بيرتز إعاقة عظمية مؤقتة، فتشخيص الحالة وعلاجها ينتج عنهما تغيرات جوهرية في نمط حياة الطفل. ومع أن المرض لا يؤثر على قدرة الطفل على التعلم إلا أنه يؤثر سلبياً على اتجاهاته نحو التعلم بسبب فقدان الاستقلالية المتمثل بمحدودية الحركة مما يتطلب دعماً نفسياً مناسباً وتفهماً لحاجاته الفريدة (Bigge et al., 2000 Hill, 1998).

إلتهاب المفاصل الروماتيزمي (Rheumatoid Arthritis)

اضطراب عظمي مزمن يؤثر على المفاصل وبخاصة الركبة والكاحل والحوض والرسغ) وهو اضطراب يصيب الإناث أكثر من الذكور. وغالباً ما يحتاج الطفل المصاب بهذا الاضطراب إلى العلاج الطبيعي للوقاية من التشوهات الوضعية أو لتصحيحها، والجبائر، والمضادات الحيوية والعقاقير المسكنة للألم (الخطيب، 1998).

شلل الأطفال (Poliomyelitis)

شلل الأطفال هو مرض معد حاد ينتج عن التهاب فيروسي في الخلايا الحركية في الحبل الشوكي. وتتراوح مضاعفات شلل الأطفال بين البسيطة والشديدة جداً وتشمل الشلل وضعف العضلات وضمورها. وقد كان شلل الأطفال قبل عقد الخمسينات أكثر أشكال الإعاقة الجسمية انتشاراً، إلا أنه لم يعد كذلك بعد اكتشاف اللقاح المناسب له عام 1955. وإذا كان شلل الأطفال قد تم القضاء عليه تقريباً إلا أنه يظهر بين الحين والآخر خاصة بين مجموعات الأطفال التي لم تحصل على اللقاح (الخطيب، 1998).

الاضطرابات القلبية (Heart Defects)

هي أنواع مختلفة من الاضطرابات التي ينجم عنها ضيق في التنفس والإعياء وازرقاق

الجلد. وهي قد تكون ولادية أو مكتسبة. وتأخذ هذه الاضطرابات أشكالاً متنوعة قد تشمل مشكلات في صمامات القلب أو الأوردة أو الشرايين.

التليف الحويصلي (Cystic Fibrosis)

اضطراب وراثي متنحي تضطرب فيه وظائف الرئتين والبنكرياس. وهو مرض تتدهور فيه العمليات الجسمية تدريجياً بسبب إفراز الغدد المخاطية لمخاط كثيف جداً مما ينجم عنه صعوبات في التنفس والهضم. ومن أعراضه السعال الجاف والإلتهابات التنفسية المتكررة.

الهيموفيليا (Hemophilia)

الهيموفيليا مرض وراثي يتصف بالقابلية للنزيف بسبب نقص عامل التخثر. وقد يكون النزيف داخلياً أو خارجياً وقد يحدث بفعل إصابة معينة أو قد يحدث تلقائياً. وتباين شدة المرض إلى حد بعيد وذلك اعتماداً على شدة النقص في عوامل التخثر. فقد تكون الحالة بسيطة وقد تكون شديدة. وفي الحالات البسيطة، يكون النزيف عند الخدش أو الجرح أكثر قليلاً من المعدل العادي ولكن الشخص يشارك في أنشطة الحياة اليومية بشكل طبيعي. أما في الحالات الشديدة فقد ينتج عن الجروح البسيطة نزيف شديد.

وبشكل عام، ينتقل مرض الهيموفيليا وراثياً كصفة متنحية ويحمل على الكرموسوم الجنسي حيث تنقله الأم المصابة إلى أولادها فيظهر المرض لديهم أو إلى بناتها فيصبحن ناقلات للمرض. وعلى أي حال، فقد يكون الهيموفيليا فهي تتمثل بنقل الدم بهدف تزويد الجسم بعامل البلازما المفقود وذلك في كل مرة يحدث فيها نزيف. وفي الوقت الراهن فقد أصبح العلاج يشمل إعطاء الشخص المصاب عوامل التخثر.

التقييم التربوي النفسي للأطفال للمعوقين جسماً وصحياً

إن نسبة غير قليلة من الأشخاص المعوقين جسماً تعاني من إعاقات متعددة. فهؤلاء الأشخاص قد يكون لديهم مشكلات ذات علاقة بالتعلم والقدرات المعرفية. ولذلك فثمة حاجة إلى أن يقوم فريق متعدد التخصصات بقياس وتقييم قدرات هؤلاء الأشخاص وجوانب الضعف في أدائهم. ويقوم هذا الفريق بإجراء الفحوصات ذات العلاقة بالمهارات الحياتية اليومية ومهارات العناية بالذات والمهارات الأكاديمية والاجتماعية والشخصية.

وليس من شك في أن الأطفال هم الذين يقومون بتشخيص الاضطرابات الجسمية المزمنة وإيصال المعلومات إلى أولياء الأمور والمعلمين حول الحاجات الخاصة لهؤلاء الأفراد. إضافة

إلى الأطباء فإن أخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي يستطيعون تقديم معلومات مفيدة حول الأدوات التصحيحية والمكيفة اللازمة للفرد والأساليب التي يجب استخدامها لتطوير المهارات الوظيفية لديه.

وفيما يتعلق بالأداء الأكاديمي والحاجات التربوية الخاصة للأشخاص المعوقين جسمياً فإن المعلمين يقومون بتلك المهمات. كذلك قد يشارك أخصائيو علم النفس واضطرابات الكلام واللغة والعمل الاجتماعي وغيرهم في عملية القياس والتقييم وذلك اعتماداً على طبيعة المشكلات الخاصة التي يعاني منها الفرد المعوق جسمياً. وتقتصر Bigge & Sirvis (1982) أن تركز عملية التقييم على الجوانب الأساسية التالية:

- 1 - مهارات العناية بالذات
- 2 - مدى الحركة
- 3 - الاعتبارات الخاصة التي ينبغي مراعاتها لتلبية الفروق الجسمية.
- 4 - مستوى ووضوح وسرعة التواصل.
- 5 - الاستراتيجيات التربوية الخاصة اللازمة لتسهيل عملية التعلم.
- 6 - المساعدة الخاصة اللازمة.

الخصائص التربوية - النفسية للأطفال المعوقين جسمياً

لما كان الأفراد المعوقون جسمياً فئة غير متجانسة فإن من الصعوبة بمكان التعميم عن خصائصهم التربوية - النفسية. وعلى الرغم من ذلك، سنحاول في هذا الجزء تقديم وصف موجز لهذه الخصائص.

النمو المعرفي:

من المعروف أن النمو المعرفي يتطور بفعل الحركة النشطة والتفاعل المستمر مع البيئة. ولما كان الأمر كذلك فمن المتوقع أن يواجه الفرد الذي لا يستطيع التنقل والتعرف على البيئة والتفاعل معها بعض الصعوبات في الجانب المعرفي. فالفرد الذي يعاني من الشلل الدماغي أو من اضطراب جسمي مزمن آخر قد يدرك عالمه بطريقة مختلفة عن الأفراد غير المعوقين. وعلى أي حال، فإن القدرات العقلية للأفراد المعوقين جسمياً قد تتراوح بين التخلف الشديد والتفوق.

وما ينبغي التنويه إليه في هذا الصدد هو أن الإعاقة الجسمية الشديدة لا تعني بالضرورة إعادة عقلية شديدة (Cartwright et al., 19885) وما يعنيه ذلك عملياً هو ضرورة تقييم القدرات العقلية للشخص المعوق جسماً مهما بلغت إعاقته الجسمية من الشدة إذ أنه من المؤسف أن البعض يقوم بالتوصل إلى استنتاجات عامة خاطئة حول القدرات العقلية اعتماداً على المظهر الجسمي الخارجي للشخص وذلك أمر ينبغي تجنبه.

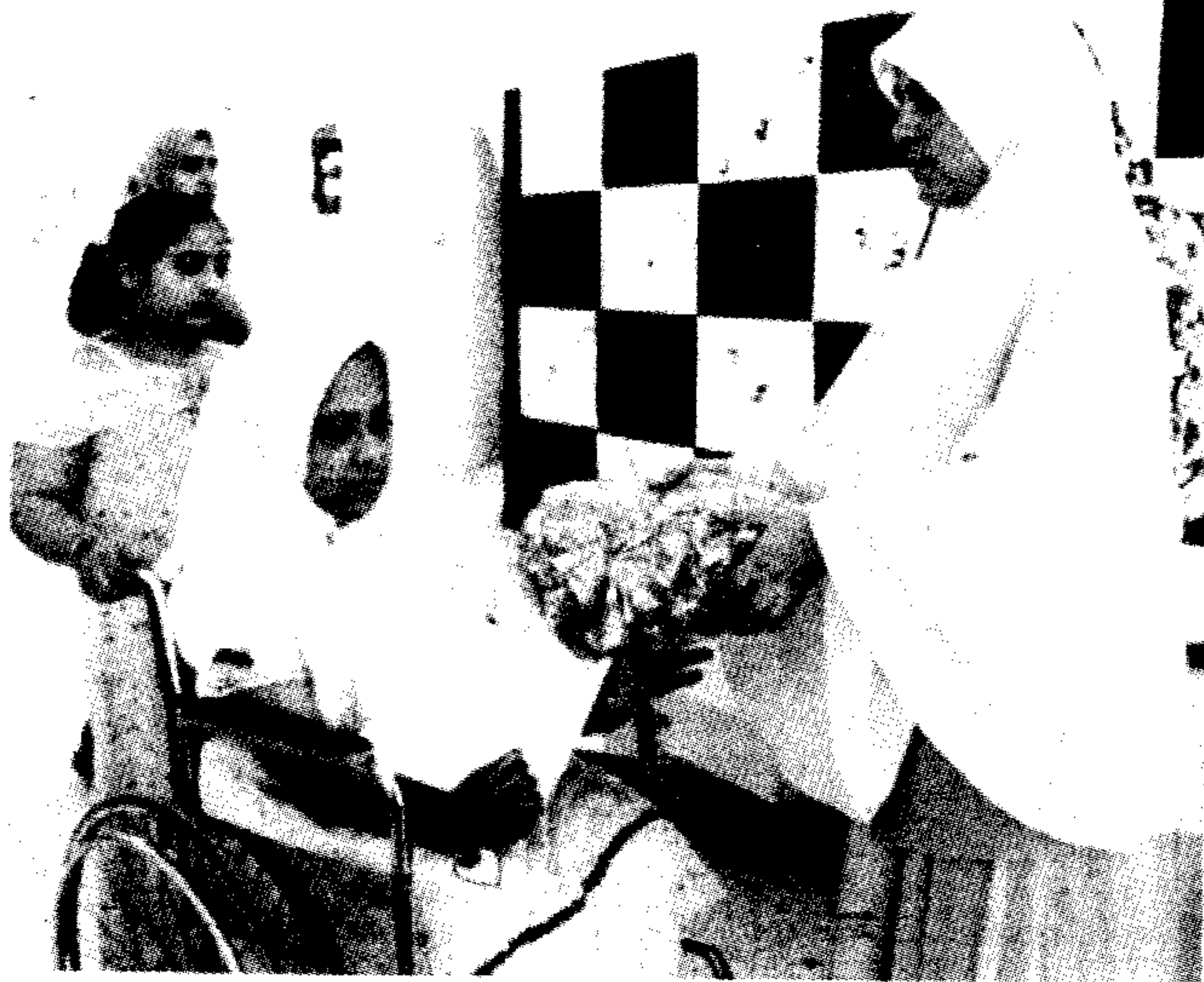
وهناك اختبارات خاصة رسمية وغير رسمية لتقييم قدرات الأشخاص المعوقين جسماً ينبغي استخدامها. وهي اختبارات مكيفة خصيصاً بحيث تراعي مواطن الضعف التي قد تكون موجودة لدى المعوقين جسماً.

وبالنسبة للتحصيل الأكاديمي لهذه الفئة من الأفراد فهو منخفض مقارنة بالتحصيل الأكاديمي للأشخاص العاديين. ويعود ذلك إلى عدة عوامل من أهمها نقص الدافعية، والدخول المتكرر إلى المستشفيات، وتناول العقاقير الطبية، والاتجاهات السلبية للآخرين (Hallahan & Kauffman, 2002)

النمو الحركي:

من الواضح أن المشكلة الأساسية التي يعاني منها الأفراد المعوقون جسماً هي مشكلة جسمية حركية. فالشلل الدماغي مثلاً هو مشكلة حركية. على أن بعض الأفراد المعوقين جسماً يعانون من مشكلات حركية بسيطة وليست شديدة. ويكون هؤلاء الأفراد بحاجة إلى أدوات تصحيحية ومساندة كالكرسي المتحرك أو العكازات أو الأجهزة الخاصة بتناول الطعام

أو ارتداء الملابس أو الأدوات المكيفة للكتابة وما إلى ذلك (الخطيب، 1998). وليس من شك في أن من المتطلبات الرئيسية للأداء المستقل عناية الإنسان بذاته. والمعوقون جسماً لديهم حاجات متنوعة في هذا الجانب. فمنهم على سبيل المثال من يعاني من مشكلات تتصل بتناول الطعام لأسباب مختلفة.



وقد استخدمت أساليب تعدل السلوك المستندة إلى مبادئ الإشراف الإجرائي لتطوير مهارات العناية بالذات لدى الأفراد المعوقين جسماً (Hallahan & Kauffman, 2002) فهذه المهارات ليست ضرورية بحد ذاتها فحسب بل هي من المتطلبات الحيوية لتطور اللغة والنمو الاجتماعي التكيفي.

النمو اللغوي:

إن نسبة غير قليلة من الأفراد المعوقين جسماً وبخاصة أولئك الذين يعانون من اضطرابات عصبية يواجهون صعوبات في التواصل مع الآخرين. فهناك من هم غير قادرين على استخدام اللغة أو الذين تكون هذه القدرات لديهم محدودة جداً.

والمشكلات التي قد يعاني منها الأفراد المعوقون جسماً ليست قصراً على اللغة التعبيرية بل هي قد تشمل اللغة الاستيعابية أيضاً. وذلك قد يعود لعوامل مختلفة (مثل التلف الدماغي). ولذلك فقد تم تطوير أدوات متنوعة لمساعدة الأهل المعوقين جسماً على التواصل بطريقة فعالة ومن تلك الأدوات لوحات التواصل والأنظمة الرمزية والأدوات والأجهزة الإلكترونية (Heward, 2002).

النمو الاجتماعي - الانفعالي:

يواجه الأفراد المعوقون جسماً نفس المشكلات والصعوبات الاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الأفراد غير المعوقين من نفس العمر. إضافة إلى ذلك، فإن هؤلاء الأفراد يواجهون مشكلات أخرى بسبب إعاقتهم وما يرتبط بها من اتجاهات الآباء والأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم. ولكن البحوث العلمية بينت عدم وجود نمط شخصية أو سيكولوجية محددة ترتبط بأي إعاقة من الإعاقات الجسمية (Wright, 1982).

الاعتبارات التربوية:

إن الهدف الرئيسي الذي يتوخى القائمون على تربية الأطفال المعوقين جسماً تحقيقه هو مساعدتهم على الوصول إلى أقصى درجة ممكنة من الأداء المستقل الممكن. والمنهاج المدرسي هو الوسط الذي يتم من خلاله تزويد هؤلاء الأطفال بالخبرات التربوية المناسبة. وتشير بيغي وسيرفس (Bigge & Sirvis, 1982) إلى أن التعلم الأكاديمي بمعناه التقليدي قد يكون وقد لا يكون من الأهداف الأولية التي يتضمنها منهاج الأطفال المعوقين جسماً. وعلى أي حال، فمهما كانت فئة الإعاقة الجسمية أو شدتها يجب أن يستند في تخطيط المنهاج إلى التقويم

الشامل لمواطن الضعف ومواطن القوة لدى الطفل. فكما تمت الإشارة غير مرة في هذا الكتاب، فإن المبدأ الرئيسي في التربية الخاصة هو التعليم الفردي.

وتقتوح بيجي وسيرفس (Bigge & Sirvis, 1982) أيضاً توسيع قاعدة المنهاج وإثراء محتوياته بعد تحقيق الأهداف الأساسية المتوخاة من العملية التربوية. بعبارة أخرى، إن المنهاج التربوي للأطفال المعوقين جسماً ليس ثابتاً أو موحداً بل هو يتباين ويتغير تبعاً لتغير أداء الأطفال ويتفاوت وفقاً لقدراتهم الفردية. وقد أكد بست (Best 1978) ذلك فكتب يقول: "ليس هناك شيء اسمه منهاج محدد للأطفال المعوقين جسماً" (ص 242). ولكي يتسنى تحقيق الأهداف التربوية المنشودة يجب أن يكون المعلمون على معرفة ودراسة باستراتيجيات تنظيم البيئة الصفية وبالأساليب التربوية المناسبة. ومع أن هذا الفصل لا يسعى إلى وصف الأبعاد البيئية للتدخل العلاجي، إلا أننا سنقدم عرضاً موجزاً لاستراتيجيات تعليم الأطفال المعوقين جسماً.

تنظيم البيئة الصفية:

ليس من شك في أن المعلم لن يستطيع تقديم الخدمات التربوية المناسبة للأطفال المعوقين جسماً ما لم يكن على معرفة بطبيعة الإعاقة وأثرها على عملية التعلم. ومن أساسيات العمل التربوي الفاعل تبني التوقعات الواقعية والفهم الحقيقي لمشكلة الطفل وإدراك المؤثرات البيئية على أدائه. فالأطفال المعوقون جسماً قد يحتاجون إلى معدات خاصة وأدوات مكيّفة. وهذه المعدات والأدوات تهدف إلى تسهيل عملية الحركة والتفاعل مع البيئة والأداء المستقل دون الاعتماد غير المبرر على الآخرين. علاوة على ذلك، فإن من الاعتبارات الأساسية في هذا الصدد إزالة الحواجز الجسدية والحواجز النفسية (ممثلة بالاتجاهات السلبية وغير الواقعية نحو المعوقين جسماً).

تحليل المهمة:

أسلوب تحليل المهمة هو أسلوب رئيسي لتقييم وتعليم الأطفال المعوقين جسماً. وهذا الأسلوب يتصل بشكل مباشر بأهداف المنهاج حيث أنه يشمل ترتيب المهمات والمهارات بحيث يتمكن المتعلم من الانتقال على نحو تدريجي من مستوى من الأداء إلى مستوى آخر. وفي هذا الأسلوب يتم تجزئة المهمة إلى الأجزاء والحلقات المختلفة التي تتألف منها. وهذا الأسلوب لا يساعد الطفل المعوق جسماً ويسهل عليه عملية التعلم فحسب ولكنه أيضاً يمكن المعلم من تجنب الإنشغال بمهمات يعرفها المتعلم أصلاً. كذلك فهو يسمح للمعلم بتحليل التفاعلات

التعليمية - التعلمية واتخاذ القراءات ذات العلاقة للأهداف المستقبلية المحتملة اعتماداً على طبيعة ومستوى الأداء الحالي للطفل.

البدائل التربوية:

إنّ الأوضاع التربوية التي يمكن تعليم الأطفال المعوقين جسمياً فيها متنوعة وتشمل الأوضاع التربوية العادية والأوضاع التربوية الخاصة. وذلك أمر يعتمد على طبيعة الإعاقة وطبيعة الخدمات المتوفرة محلياً. فإذا كانت الإعاقة تؤثر بشكل محدود على قدرة الطفل على التعلم فليس ثمة حاجة إلى تعليمه في صف خاص. أما إذا كانت حاجاته الخاصة كبيرة فقد يتم تعليم الطفل جزئياً أو كلياً في صف خاص أو في مدرسة خاصة.

وقد اقترح جروميك وسكاندري (Gromek & Scandary, 1977) تعليم الأطفال المعوقين جسمياً في مدرسة عادية في الحالات التالية:

- 1 - عندما يكون لدى الطفل قدرات عقلية كافية للعمل بشكل فعال في البيئة الصفية.
- 2 - عندما يكون لدى الطفل قدرات حركية كافية حتى مع استخدام الكراسي المتحركة أو الأدوات الأخرى المساندة للحركة والتنقل من مكان إلى آخر في البيئة الصفية العادية.
- 3 - عندما يكون لدى الطفل القدرة على التفاعل مع الأقران في الأنشطة الصفية المختلفة (الأكاديمية والاجتماعية والترفيهية).



- 4 - عندما يكون لدى الطفل الرغبة في الالتحاق بمدرسة عادية.

5 - عندما يكون الطفل قد مرّ بخبرات تعليمية عادية وخبرات اجتماعية أو ترويحية مناسبة مع الأطفال الآخرين.

6 - عندما يكون لدى والدي الطفل الرغبة في التحاق طفلهما بالصف العادي وعندما يكون لديهما القناعة بأنه سينجح في ذلك الوضع التربوي.

7 - عندما يكون الطفل قادراً على الأداء المستقل في معظم المهارات الحياتية اليومية.

8 - عندما يكون لدى الطفل استقرار انفعالي يمكنه من التعايش مع الظروف التربوية العادية.

9 - عندما يكون لدى الطفل قدرة على التواصل بطريقة مفهومة وواضحة سواء باستخدام الأساليب اللفظية والأساليب غير اللفظية.

أما الظروف التي يقترح هذان المؤلفان إحالة الطفل المعوق جسماً فيها إلى الأوضاع التربوية الخاصة فهي:

أ - عندما يتولد لدى المعلمين والآباء قناعة بأن الصف الخاص يشكل الوضع التربوي الأكثر ملاءمة للطفل.

ب - عندما يكون هناك حاجة إلى تأهيل أو تدخل علاجي مكثف لفترة زمنية طويلة نسبياً.

ج - عندما يكون الطفل بحاجة إلى بيئة تربوية تزوده بالحماية.

وينبغي التنويه هنا إلى أن ما ينطبق على الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة ينطبق على الأطفال المعوقين جسماً من حيث الحاجات التربوية الخاصة. فالتعميم عن هذه الحاجات ينطوي على مخاطر ولذلك فلا بد من الانتباه إلى الخصائص الفردية لكل طفل على حدة. كذلك فالتصنيفات والتسميات العامة المستخدمة ليست ذات فائدة كبيرة تربوياً. ومهما يكن الأمر، فإن الأهداف التربوية العامة لهذه الفئة من الأطفال تشمل:

1 - التعلم الأكاديمي

2 - التكيف النفسي - الاجتماعي

3 - تلبية الحاجات الجسمية الخاصة. ومن هذه الحاجات:

أ - مهارات العناية بالذات

ب - أنماط الجلوس والوضع والتنقل

4 - مهارات التواصل

5 - الإعداد لحياة الرشد.

أ - المهارات الحياتية اليومية

ب - المهارات المهنية

ج - المهارات الترويحية

5

الفصل الخامس

الاعاقة السمعية

الإعاقات السمعية

يعتمد إدراك الإنسان لعالمه على المعلومات التي يستقبلها عبر الحواس المختلفة وبخاصة السمع والبصر. وحدوث أي خلل في واحدة أو أكثر من هذه الحواس ينجم عنه صعوبات. ويعالج هذا الفصل عجز حاسة السمع الذي يقود إلى صعوبات عديدة ومتنوعة لأن السمع يلعب دوراً رئيسياً في نمو الإنسان. فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة وهي تشكل حيز الزاوية بالنسبة لتطور السلوك الاجتماعي. كذلك فإن حاسة السمع تمكن الإنسان من فهم بيئته ومعرفة المخاطر الموجودة فيها فتدفعه إلى تجنبها (Haring, 1982).

إن حاسة السمع تكون وظيفية قبل الولادة، وبعد الولادة مباشرة تضعف حاسة السمع لأن القناة السمعية تمتلئ بالسوائل. ولكنها تصبح عادية بعد عدة أيام من الولادة. وبعد الولادة بفترة قصيرة، يستطيع الطفل تمييز الأصوات المختلفة، وتلك مهارة ضرورية لمعالجة اللغة المنطوقة. وبعد أن يبلغ الطفل الشهر الرابع من العمر، تعمل معظم الأصوات الجديدة على استثارته. ومع نهاية السنة الأولى من العمر، تصبح مهارات الاستماع لدى الأطفال أكثر تطوراً، ففي هذه المرحلة تظهر لدى الطفل القدرة على الانتباه الانتقائي. وتتطور هذه القدرة أكثر فأكثر في السنتين اللاحقتين بحيث يصبح ابن الثالثة قادراً على تحديد موقع الصوت بدقة. وتستمر هذه القدرة بالتطور في المراحل العمرية التالية.

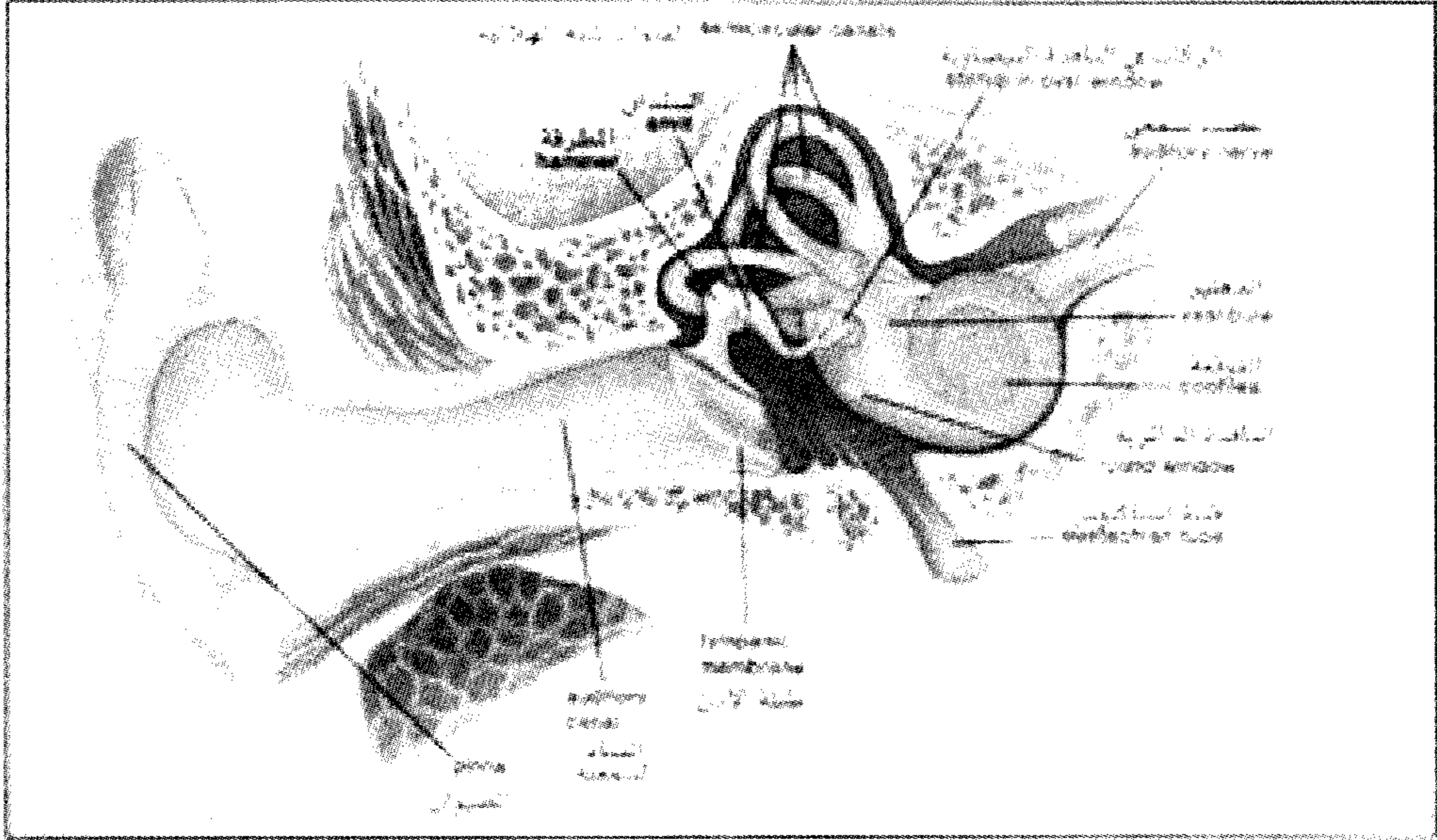
ومع تقدم عمر الانسان، يحدث ضعف سمعي تدريجي يبدأ في منتصف الثلاثينات ويستمر إلى الثمانينات. ومن أكثر أسباب ضعف القدرة السمعية لدى الكبار في السن تصلب الخلايا العصبية السمعية. وينتج عن ذلك ضعف في سماع الترددات العالية قبل أن يحدث ضعف في سماع الترددات المنخفضة وذلك يسمى وقر الشيخوخة (Presbysusis). وتشير البحوث إلى أن فروقاً جوهرية في القدرات السمعية لدى الذكور والإناث تظهر في الإربعينات من العمر حيث أن سمع الإناث يكون أفضل منه لدى الذكور. ولعل ذلك يعزى للأصوات البيئية المزعجة في أماكن عمل الذكور. وتتدهور القدرات السمعية عادة في الخمسينات والستينات وخاصة لدى الذكور لا بالنسبة للأصوات ذات التردد العالي فقط وإنما للأصوات ذات التردد المنخفض أيضاً (Freeman, Carbin, & Bose, 1981).

الجهاز السمعي:

لا يمكننا وصف الإعاقة السمعية وفهمها دون معرفة آلية السمع الطبيعية، ودون معرفة

تشريح الجهاز السمعي وفسولوجيته. ولهذا سنحاول إلقاء الضوء على الأسس الفسيولوجية لحاسة السمع، ويبين الشكل رقم (5 - 1) تشريح الأذن ويتضح من الشكل أن الأذن تتكون من ثلاثة أقسام هي: الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية.

الشكل رقم : (1 - 5) الأذن



الأذن الخارجية: (The Outer Ear)

تتكون الأذن الخارجية من الصيوان (Auricle) وقناة الأذن الخارجية (External Auditory Meatus) والصيوان هو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن وهو هيكلي غضروفي مغطى بالجلد يعمل على تجميع الأمواج الصوتية وإدخالها إلى قناة الأذن الخارجية.

أما قناة الأذن الخارجية فهي ممر ضيق يبلغ طوله إنشاً واحداً. وفي الجزء الخارجي من هذه القناة توجد الغدد الصملاخية (Ceruminous Glands) التي تفرز المادة الصمغية (Wax) وتتمثل وظيفة هذه المادة في حماية طبلة الأذن وذلك من خلال إزالة الجلد الميت والجراثيم والأوساخ ونقلها إلى خارج الأذن. وإذا ما أفرزت الأذن كمية كبيرة من المادة الصمغية أو إذا كانت المادة صلبة فقد يؤدي ذلك إلى إغلاق قناة الأذن الأمر الذي يقود إلى إضعاف قدرة الإنسان على السمع. أما الجزء الداخلي من قناة الأذن الخارجية فهو منفصل عن تجويف الأذن الوسطى من خلال طبلة الأذن (Eardrum).

الأذن الوسطى (The Middle Ear)

الأذن الوسطى هي تجويف مليء بالهواء يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية من أجل الحفاظ على توازن الضغط على طبلة الأذن من الجانبين. وهذا التوازن يتحقق بفعل قناة استاكيوس (Eustachian Tube) وهي قناة تهوية تربط الأذن الوسطى بالحلق. فعندما يتغير الضغط يمر الهواء إلى الداخل أو إلى الخارج عبر هذه القناة.

وتكون هذه القناة مفتوحة عند التثاؤب أو البلع وتغلق عند الراحة. وتعتبر قناة استاكيوس الممر الأساسي الذي تدخل منه الالتهابات إلى الأذن الوسطى من الأنف. وبما أنها أكثر اتساعاً لدى الأطفال، فهم أكثر عرضة من غيرهم لالتهابات الأذن الوسطى.

ويوجد في الأذن الوسطى عظيمات ثلاث (Ossicles) هي:

أ - المطرقة (Hammer of Malleus)

ب - السندان (Anvil or Incus)

ج - الركاب (Stapes of Stirrup)

وتقوم هذه العظيمات بنقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى النافذة البيضاوية (Wval Window) وهي فتحة في الجزء العلوي من غشاء يوجد بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية. أما في الجزء السفلي من هذا الغشاء توجد النافذة الدائرية (Round window). وتتمثل وظيفة العظيمات الثلاث بنقل الذبذبات الصوتية من غشاء الطبلة إلى النافذة البيضاوية.

فالمطرقة لها رأس وعنق وممسك ونتوء داخلي وآخر جانبي. والممسك يلتصق بالطبلة وترتبط أوتار العضلة الشادة لغشاء الطبلة (Tensor Typani Muscle) بعنق المطرقة. أما السندان فله جسم ونتوء قصير وآخر طويل. وفي هذه العظيمة انحناء داخلي يقترب من عظيمة الركاب. ولعظيمة الركاب رأس وعنق وجسم داخلي وآخر خارجي ونتوء يدخل في النافذة البيضاوية. وتتصل أوتار العضلة الركابية (Stapedius Muscle) بعنق الركاب.

الأذن الداخلية (The Inner Ear):

يطلق على الأذن الداخلية اسم التية (Labyrinth) ذلك أنها تحتوي على ممرات متشابكة وبالغة التعقيد. ومن الناحية الوظيفية تتكون الأذن الداخلية من جزئين أحدهما خارجي يسمى بالقوقعة (Cochlea) ويرتبط بالسمع والثاني يسمى بالداهليز (Vestibula) ويرتبط بالتوازن ومن أهم أجزائه القنوات الهلالية (Semicircular Canals) وحصاة الأذن (Otolith)



تسمى القوقعة بهذا الاسم لأنها تشبه من حيث الشكل غطاء الحلزون. وفي الجزء العظمي الخارجي من القوقعة توجد النافذتان البيضاوية والدائرية اللتان أشرنا إليهما قبل قليل. أما الجزء الداخلي من القوقعة فهو على شكل قناة تسمى بالقناة الوسطى (Scala Media) ويوجد فيها سائل غني بالبوتاسيوم فقير بالصوديوم يعرف باسم السائل اللمفاوي الداخلي (Endolymph Fluid) وهذا السائل هو مصدر الأكسجين الوحيد للقوقعة. ويفصل الجزء الداخلي للقوقعة عن الجزء الخارجي العظمي سائل يعرف باسم السائل اللمفاوي المحيطي (Perilymph Fluid) ويسمى الجزء الذي يقع فوق القناة الوسطى بالسلم الدهليزي ويسمى الجزء الذي يقع تحتها بالسلم الطبلي.

وفي القوقعة يوجد عضو كورتي (Organ of Corti) وهو عضو الحس السمعي ويمتد على غشاء القوقعة. ومن أهم أجزاء هذا العضو الخلايا الشعرية (Hair Cells) ويتكون عضو كورتي من (4 - 6) آلاف وحدة مستقلة في كل واحدة منها (4) شعيرات.

وهناك الآلاف من الألياف العصبية الحسية (Afferent Verve Fibers) التي تمر من الخلايا الشعرية إلى الداخل لتكون العصب السمعي (Auditory Nerve) والذي يعرف باسم العصب الدماغي الثامن (8 th Cranial Nerve).

وتمر الألياف العصبية الحسية التي تكون العصب السمعي من القوقعة عبر قناة السمع الداخلية (The Internal Auditory Canal) إلى جذع الدماغ (Brian Stem) ومن ثم إلى المراكز السمعية العليا (Higher Auditory Centers) في الفص الصدغي (Temporal Lobe) في الدماغ.

وأخيراً لا بد من التنويه إلى أن وظيفة الجهاز الدهليزي هي التوازن حيث أنه يساعد الإنسان في وعي الجاذبية. وفي هذا الجهاز توجد القنوات الهلالية الثلاث، وكل من هذه القنوات يتكون من قناة غشائية توجد داخل قناة عظمية صلبة. ولما كانت هذه القنوات تحافظ على توازن الجسم من خلال إرسال المعلومات حول وضع الرأس في الفراغ، فإن الالتهابات أو المشكلات الأخرى في الأذن قد تؤثر على هذه القنوات مما يؤدي إلى الدوار. ولذلك فإن بعض الأطفال الصم يواجهون صعوبة في التوازن الجسمي وقد يمشون في وقت متأخر مقارنة بالأطفال العاديين (الخطيب، 1998).

آلية السمع:

عندما تهتز الأجسام يصدر عنها أمواج صوتية تنتشر إلى الخارج بكل الاتجاهات على

شكل ترددات (حركات إلى الأمام وإلى الخلف). ويعرف عدد الترددات التي يولدها الصوت في الثانية الواحدة بالذبذبة (Frequency). ويستخدم مصطلح هيرتز (Hertz) المعروف اختصاراً بـ (Hz) للإشارة إلى مقدار التردد في الثانية الواحدة. والأصوات التي نسمعها عادة تصل إلى الأذن عبر الهواء (حيث أن طاقة الذبذبة تحرك جزيئات الهواء) ولكن الصوت يمكن أن ينتقل عبر السوائل والأجسام الصلبة أيضاً.

وتتراوح ذبذبات صوت الإنسان بين (100) و (8.000) هيرتز. وكلما ازدادت ذبذبة الصوت ازدادت جهارته أو علوه. فعلى سبيل المثال، يبلغ مقدار ذبذبة النوتة الموجودة في يسار البيانو حوالي (30) هيرتز في حين يزيد مقدار ذبذبة النوتة الموجودة على أقصى اليمين عن (2000) هيرتز (Beadle, 1982).

أما بالنسبة لشدة الصوت (Intensity) فهي تقاس بوحدة تسمى الديسبل (Decibel) والمعروفة اختصاراً بـ (dB)، ويسمى الصوت الذي يستطيع الإنسان أن يسمعه بالكاد بالصوت من مستوى العتبة السمعية (Thershold Sound).

وعندما ترتطم الذبذبات الصوتية بغشاء الطبلة فهو يتحرك إلى الأمام وإلى الخلف. وعندما تتحرك الطبلة تتحرك المطرقة المتصلة بها وهذه العظيمة بدورها تؤدي إلى اهتزاز السندان فالركاب. ويغطي الطرف الداخلي من الركاب النافذة البيضاوية وعندما يتحرك فهو يؤدي إلى تموجات في السائل الموجود في القوقعة. وعندما يتحرك السائل في القوقعة فهو يؤدي إلى انحناء الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتى وذلك يقود بدوره إلى تنشيط النهايات العصبية التي تقوم بإرسال سيالات أو إشارات عصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ (الفص الصدغي) لتتم معالجة المعلومات السمعية وتفسيرها (Pappas, 1998).

تعريف الإعاقات السمعية وتصنيفها:

يشير مصطلح الإعاقة السمعية (Hearing Impairment) إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً. وخلافاً لاعتقادات البعض من أن الضعف السمعي ظاهرة يعاني منها الكبار في السن، تؤكد الإحصائيات على أن مشكلات سمعية متنوعة تحدث لدى الأطفال والشباب. ولذلك يصف كثيرون الإعاقة السمعية بأنها إعاقة نمائية بمعنى أنها تحدث في مرحلة النمو (Mollick & Etra, 1982).

وثمة تعاريف مختلفة للإعاقة السمعية منها التعريف الوظيفي (Functional Deffinition)

الذي يعتمد على مدى تأثير فقدان السمع على إدراك وفهم اللغة المنطوقة. واستناداً إلى هذا التعريف يرى لويد (Lloyd, 1973) ان الإعاقة السمعية تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي - وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند اكتشاف فقدان السمع ومعالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع، وفاعلية أدوات تضخيم الصوت، والخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية.



ويشمل مصطلح الإعاقة السمعية كلاً من الصمم (Deafness) والضعف السمعي (Limit-ed Hearing). وبناء على التعريف السابق فإن الصمم يعني أن حاسة السمع غير وظيفية لأغراض الحياة اليومية الأمر الذي يحول دون القدرة على استخدام حاسة السمع لفهم الكلام واكتساب اللغة. أما الضعف السمعي فيعني أن حاسة السمع لم تفقد وظائفها بالكامل فعلى الرغم من أنها ضعيفة إلا أنها وظيفية بمعنى أنها قناة يعتمد عليها لتطور اللغة.

ويعتمد التمييز بين الصمم والمستويات الأخرى من الإعاقة السمعية على مهنة الاختصاصي. فالتربوي يعرف الصمم من حيث تأثيره على الأداء التربوي، واختصاصي التأهيل يعرفه من حيث تأثيره على الأداء المهني، والطبيب يعرفه من حيث شدة فقدان

السمعي مقاساً بالديسبل ونوعه.

وعلى أي حال، فقد جرت العادة أن تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة معايير هي:

أ - العمر عند الإصابة

ب - موقع الإصابة

ج - شدة الإصابة.

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى إعاقة سمعية قبل اللغة (Prelingual) وهي الإعاقة التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل، وإعاقة سمعية بعد اللغة (Postlingual) وهي الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة. كذلك تصنف الإعاقة السمعية حسب هذا المعيار إلى إعاقة سمعية ولادية (Congenital) وإعاقة سمعية مكتسبة (Adventitious) وفي الإعاقة السمعية الولادية يكون لدى الطفل ضعف سمعي منذ لحظة الولادة ولهذا فهو لن يستطيع تعلم الكلام تلقائياً. أما في الإعاقة السمعية المكتسبة، فإن الضعف السمعي يحدث بعد الولادة. وفي هذه الحالة قد يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التي تكون قد تطورت لديه إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة (Marshark, 1998).

وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى إعاقة سمعية توصيلية، وإعاقة سمعية حسية - عصبية، وإعاقة سمعية مركزية. وفي الإعاقة السمعية التوصيلية (Conductive Hearing Loss) تكون المشكلة في عملية توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية بسبب مشكلات في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى. ومن هذه المشكلات تجمع المادة الصمغية أو تجمع السوائل أو الالتهابات. وفي كثير من الأحيان يمكن تصحيح هذا النوع من التلف بالأساليب الطبية أو الجراحية، أما إذا تعذر ذلك فيمكن استخدام المعينات السمعية لتضخيم الصوت أو تحسين مستوى السمع.

وبالنسبة للإعاقة السمعية الحسية - العصبية (Sensorineural Hearing Loss) فالمشكلة ترتبط بالأذن الداخلية أو بالعصب السمعي. فإما أن تخفق الأذن الداخلية في استقبال الصوت أو أن تخفق في نقل السوائل العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ. وهذا الضعف لا يقتصر على تخفيف شدة الصوت فقط ولكنه يشمل تشويبه أيضاً ولذلك يدرك الإنسان صوتاً مشوشاً. وهذا النوع من الضعف ليس قابلاً للتصحيح بالإجراءات الطبية

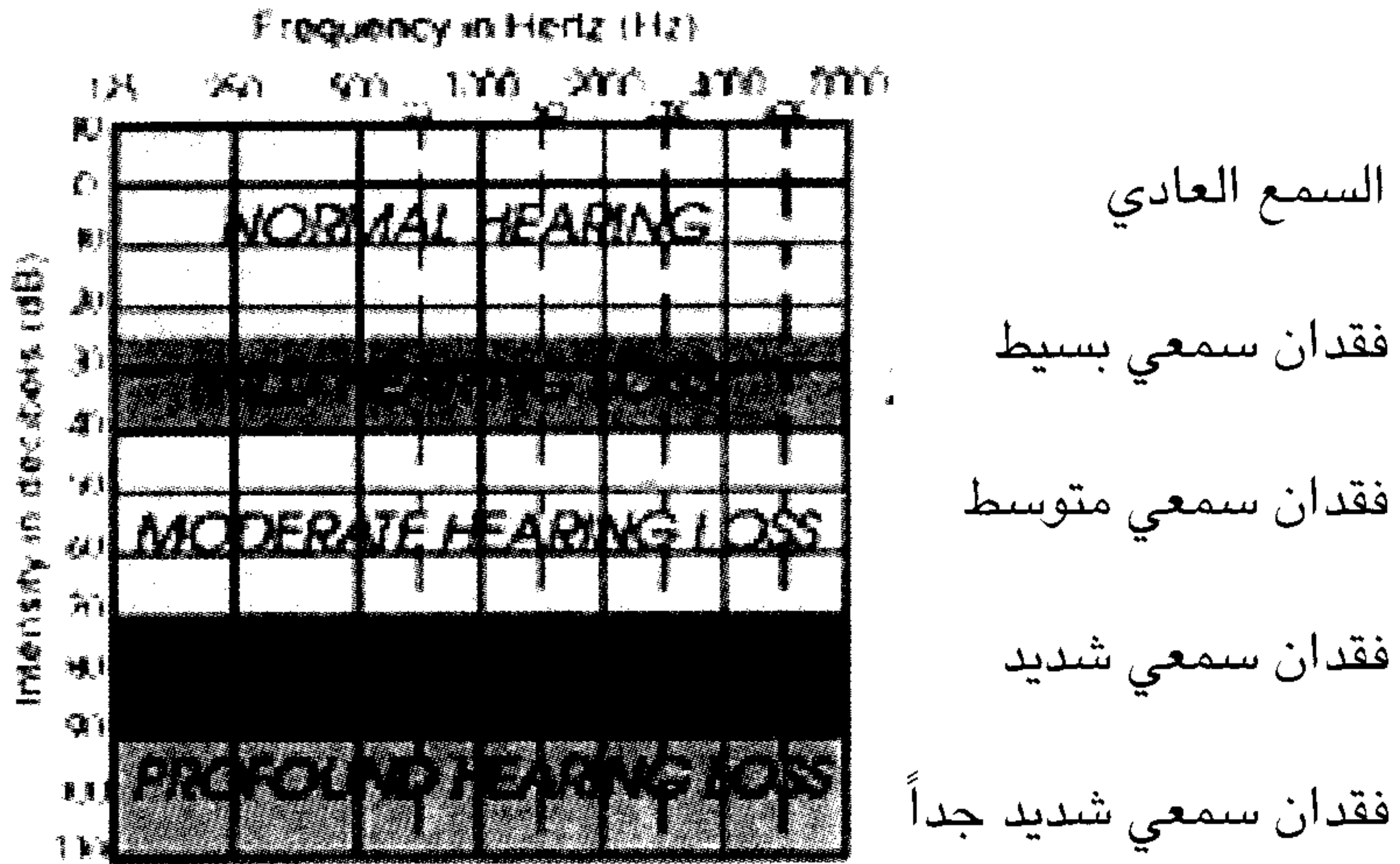


والجراحية. والصوت قد لا يصبح واضحاً حتى في حالة تضخمية ولذلك فالمعينات السمعية ذات فائدة محدودة.

أما في الإعاقة السمعية المركزية (Central Hearing Loss) فيحدث تفسير خاطيء لما يسمعه الإنسان مع أن حاسة السمع ذاتها قد تكون طبيعية. فالمشكلة ترتبط بتوصيل السوائل العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ وذلك نتيجة الأورام أو أي تلف دماغي آخر. وفي هذا النوع أيضاً تكون المعينات السمعية ذات فائدة محدودة (Pappas, 1998).

وأخيراً، فالإعاقة السمعية تصنف حسب شدة فقدان إلى خمس فئات هي:

- أ - الإعاقة السمعية البسيطة جداً (Slight).
- ب - الإعاقة السمعية البسيطة (Mild)
- ج - الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderate)
- د - الإعاقة السمعية الشديدة (Severe)
- هـ - الإعاقة السمعية الشديدة جداً (Profound)



الشكل رقم (5 - 2) مستويات الفقدان السمعي

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

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

أما في الإعاقة السمعية المتوسطة فإن شدة الفقدان السمعي تتراوح بين (56 - 90) ديسبل. ولا يستطيع هذا الشخص فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عال، ويواجه صعوبات كبيرة في المناقشات الصفية الجماعية. وقد يعاني هذا الشخص من اضطرابات كلامية ولغوية وقد تكون زهيرته اللفظية محدودة. ويحتاج هذا الشخص للالتحاق بصف خاص لمساعدته في اكتساب المهارات الكلامية واللغوية ويحتاج إلى معينات سمعية.

وبالنسبة للإعاقة السمعية الشديدة فإن شدة الفقدان السمعي تتراوح بين (71 - 90)

ديسبل. ولا يستطيع الشخص الذي لديه هذا المستوى من الضعف السمعي أن يسمع حتى الأصوات العالية. ولذلك فهو يعاني من اضطرابات شديدة في الكلام واللغة. وإذا حدث هذا الفقدان السمعي منذ السنة الأولى من العمر فإن الطفل لن تتطور لديه القدرة اللغوية تلقائياً. وهذا الشخص قد يحتاج إلى الالتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين سمعياً ليحصل على تدريب لفظي وتدريب سمعي وتدريب على قراءة الشفاه. كذلك فهو بحاجة إلى سماعة طبية.

وأخيراً، فإن مستوى الفقدان السمعي في الإعاقة السمعية الشديدة جداً يزيد عن 90 ديسبل، وهذا المستوى من الضعف السمعي يشكل إعاقة شديدة حيث أن الشخص قد لا يستطيع أن يسمع سوى بعض الأصوات العالية. إنه يعتمد على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع، ويكون لديه ضعف واضح في الكلام واللغة. وهو قد يحتاج إلى دوام كامل في مدرسة للأشخاص الصم تكون مزودة بالوسائل الخاصة وتستخدم أساليب خاصة لتطوير الكلام واللغة وتوظيف طرق التواصل اليدوي والتدريب السمعي (Hallahan & Kauffman, 2002).

نسبة حدوث الإعاقة السمعية:

تعاني الدراسات المسحية التي أجريت حول نسبة حدوث الإعاقة النسبية من مشكلات عديدة تتمثل في كون أساليب التقييم غير دقيقة أو غير كافية وفي كون العينات غير ممثلة وفي الافتقار إلى معايير ثابتة لتحديد مستوى الفقدان السمعي. وعلى أي حال، فالإعاقة السمعية ليست بمستوى شيوع الإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي أو صعوبات التعلم ولذلك يطلق على الإعاقة السمعية عادة اسم الإعاقة قليلة الحدوث (Low Incidence Handicap).

وإذا كانت الدراسات في الدول الغربية قد أشارت إلى أن حوالي 5% من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي إلا أن هذا الضعف لا يصل إلى مستوى الإعاقة (Heward, 2002). أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر نسبة انتشاره بحوالي (0.5%) وتقدر نسبة انتشار الصمم بحوالي (0.075%).

نبذة تاريخية:

عرف الإنسان الإعاقة السمعية منذ القدم، وقد ذكر المعوقون سمعياً في الكتب السماوية. وعلى أي حال، ليس ثمة ما يشير إلى أن المجتمعات الإنسانية بذلت أية جهود منظمة لتربية وتأهيل الأشخاص الصم قبل القرن الخامس عشر. إلا أن الرومان القدماء وآخرين غيرهم قد وضعوا بعض نظم التصنيف للإعاقة السمعية.

وقد كان المعوقون سمعياً من أول الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة الذين قدمت لهم الخدمات التربوية والتأهيلية وتمثل ذلك في مدرسة الصم التي أسسها راهب إسباني يدعى دي لا يون (De leon 1578). وفي القرن الثامن عشر بدأت تظهر المدارس والمؤسسات الخاصة في أنحاء مختلفة من أوروبا. وفي تلك الحقبة الزمنية، كان معلمو الصم - البكم رجال دين معروفين أو رجالاً دفعهم العامل الديني لمساعدة هؤلاء الأفراد. وكانت غايتهم الأساسية مساعدة الصم - البكم على اكتساب المفاهيم الدينية والأخلاقية وكانت الخدمات تقدم لأبناء الأسر الغنية فقط ولذلك كان المعلمون يحتفظون بسر المهنة لأنفسهم (Moore, 1982).

وقد سادت في أوروبا مدرستان فكريتان في تعليم الصم. المدرسة الأولى كانت تركز على استخدام لغة الإشارة وتبناها الفرنسي دي ليبي (De Lepee). أما المدرسة الثانية فكانت تؤكد على ضرورة استخدام الطريقة الشفهية والكلام في تعليم الصم وكان من دعاة هذه المدرسة الألماني هينكي (Samuel Heincke) والبريطاني بريدود (Thomas Braidwood) وفي الولايات المتحدة الأمريكية أنشئت المؤسسة الأمريكية لتعلم الصم - البكم عام 1817 وذلك على يدي توماس جالوديت (Thomas Gallaudet)

وفي القرن التاسع عشر تواصلت الجهود لإنشاء مدارس ومؤسسات يديرها القطاع الخاص والقطاع الحكومي. وفي النصف الثاني من القرن التاسع عشر أصبح التركيز في تربية المعوقين سمعياً على تعليم الكلام وقراءة الشفاه واللغة اليدوية (لغة الإشارة وتهجئة الأصابع). وكان من رواد التربية الخاصة للصم في أمريكا الكساندر جراهام بل (Alexander Graham Bell) وهو مخترع جهاز الهاتف. وفي القرن العشرين أصبح بإمكان المعوقين سمعياً الدراسة في صفوف خاصة في المدارس العادية إضافة إلى الدراسة في المؤسسات الخاصة. كذلك أنشئت مدارس الصم في مختلف أرجاء المعمورة (Moore, 1996).

أسباب الإعاقة السمعية:

العوامل المسببة للإعاقة السمعية عديدة ومتنوعة وهي قد تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها. وإذا كانت العوامل المسببة للإعاقة السمعية ترتبط بالأذن والعصب السمعي فهي تسمى بالأسباب الداخلية (Endogenous) أما إلى كانت الأسباب ترتبط بالمرض أو الإصابة فهي تسمى بالأسباب الخارجية (Exogenous).

على أن أسباب الإعاقة السمعية لا تزال غير معروفة في عدد كبير من الحالات. ففي دراسة

شملت ما يزيد على (41) ألف طفل معوق سمعياً في الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن الأسباب لم تكن معروفة في أكثر من 50% من الحالات. وعلى أي حال، هناك خمسة أسباب رئيسية للإعاقة السمعية وهي:

- أ - العوامل الوراثية
- ب - الحصبة الألمانية
- ج - عدم توافق العامل الريزيسي
- د - التهاب السحايا
- هـ - الخداج (Moore, 1996)

الوراثة (Heredity)

تشير الدراسات إلى أن حوالي 50% من حالات الصمم تعزى لأسباب وراثية (Martini, Stephens, & Reed. 1996). ويستخدم مصطلح الصمم الوراثي للإشارة إلى أنواع متعددة من الصمم حيث يعتقد أن هناك ما يزيد على ستين نوعاً من فقدان السمع الوراثي تصنف تبعاً لعدة عوامل من أهمها:

- أ - طريقة انتقال الصمم: منقول على جينات متنحية، منقول على جينات سائدة، منقول على الكروموسوم الجنسي.
- ب - العمر عند الإصابة بالصمم: منذ الولادة، في مرحلة المراهقة، في مرحلة الرشد.
- ج - نوع فقدان السمع: توصيلي، حسي - عصبي
- د - الذبذبات الصوتية المتأثرة: ذبذبات منخفضة، ذبذبات متوسطة، ذبذبات عالية.

وإذا كانت العوامل الوراثية مسؤولة عن 50% من حالات الصمم، فإن العوامل البيئية مسؤولة عن الصمم في الحالات المتبقية، وهذه العوامل تشمل الحصبة الألمانية، والخداج، وعدم توافق العامل الريزيسي، والتهاب أغشية السحايا، وغير ذلك (الخطيب، 1998).

الحصبة الألمانية (German Measles)

تعتبر إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية من أكثر الأسباب غير الوراثية المسؤولة عن الصمم لدى الأطفال. ومن الجديد بالذكر أن الحصبة الألمانية قد تؤدي أيضاً إلى إعاقات أخرى مثل الإعاقة البصرية أو الإعاقة العقلية. وهذا الالتهاب الفيروسي يصعب تشخيصه، وإذا ما

أصيبت به الأم الحامل خلاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، قد ينتقل الفيروس إلى الجنين وقد يقتله أو يحدث لديه إعاقة لأن الفيروس يهاجم أنسجة الأذن والعين وأنسجة أعضاء الجسم الأخرى. إن التطعيم ضد هذا المرض من شرنه أن يؤدي إلى انخفاض أعداد الأطفال الذين يعانون من الإعاقة السمعية والإعاقات الأخرى. وبالنسبة للقاح الحصبة الألمانية ينبغي التنويه إلى ما يلي:-

- 1 - يجب عدم تلقيح الأم الحامل لما ينطوي عليه ذلك من مخاطر بالنسبة للجنين.
- 2 - يجب على الأمهات اللواتي أخذن اللقاح أن لا يحملن قبل مضي شهدين على الأقل لأن ذلك أيضاً قد يشكل خطراً على الجنين.

التهاب السحايا (Meningitis)

يعتبر التهاب أغشية السحايا من الأسباب الرئيسية للإعاقة السمعية. وفي هذا الالتهاب تهاجم البكتيريا أو الفيروسات الأذن الداخلية مما قد يؤدي إلى فقدان السمع.

التهاب الأذن الوسطى (Otitis Media)

هو التهاب حاد أو مزمن يصيب الأطفال الصغار في السن على وجه التحديد. وبما أن الأذن الوسطى تتصل بالحلقة عبر قناة استاكيوس فإن التهاب الأنف أو الحلق كثيراً ما يقود إلى التهاب الأذن الوسطى، كذلك فإن التهاب الأذن الوسطى غالباً ما ينجم عن إصابة الطفل بالحصبة. وبالرغم من أن هذا الالتهاب تسببه الفيروسات في بعض الحالات إلا أن البكتيريا هي المسؤولة عنه في معظم الحالات ولهذا بالإمكان معالجته بالمضادات الحيوية.

عندما تلتهم الأذن الوسطى يتجمع صديد خلف طبلة الأذن وهذا يؤدي إلى الألم وارتفاع درجة الحرارة. وإذا لم يعالج الالتهاب فقد تنفجر الطبلة ثم يخرج الصديد من الأذن. ومع أن الألم يخف ودرجة الحرارة تنخفض إلا أن الطفل يعاني من ضعف سمعي بسبب وجود فتحة في طبلة الأذن. وفي الواقع فإن التهاب الأذن الوسطى هو أحد أكثر أسباب الإعاقة السمعية انتشاراً في الدول النامية. ويصنف التهاب الأذن الوسطى إلى نوعين وهما:

- أ - التهاب الأذن الوسطى الحاد،
- ب - التهاب الأذن الوسطى المزمن.

يعتبر هذا النوع أكثر الأمراض انتشاراً لدى الأطفال وبخاصة في مرحلة الرضاعة، ومن العوامل المرتبطة به انعدام النظافة الشخصية وسوء التغذية والاحتفاظ السكاني الهائل، ومن مضاعفاته انفجار طبلة الأذن. وقد تتجمع السوائل في الأذن الوسطى الأمر الذي يحد من

حركة غشاء الطبلة مما يقود إلى فقدان سمعي. ويتمثل العلاج عادة بالمضادات الحيوية وقد يلجأ جراح الأنف والأذن والحنجرة إلى عملية شق جراحي أحياناً. ويختفي أثر الالتهاب على السمع بعد المعالجة عادة.

ب - التهاب الأذن الوسطى المزمن (Chronic Otitis Media)

وهو يشبه النوع الأول ولكن الأعضاء المرضية تستمر مدة زمنية طويلة نسبياً (أكثر من 12 أسبوعاً). والخطورة في هذه الحالة تتمثل بإمكانية أن يتلف الالتهاب العظيومات في الأذن محدثاً إعاقة سمعية مزمنة.

التسمم (Toxicity)

قد تنجم الإعاقة السمعية أحياناً عن التسمم بالعقاقير سواء تلك التي تتناولها الأم الحامل أو العقاقير التي يتناولها الطفل نفسه. وتعتبر المضادات الحيوية وخاصة نيومايسين (Neo-mycin) وجنتاميسين (Gentamycin)، وكناميسين (Kenamycin) من العقاقير الخطرة. كذلك قد تنجم الإعاقة السمعية عن الأسبرين والعقاقير المدرة للبول.

الضجيج (Noise)

إن التعرض المتكرر للضجيج قد يؤدي إلى ضعف سمعي، وغالباً ما يحدث الضعف السمعي أثناء ساعات العمل في البداية حيث أن الأمور تصبح عادية بعد ذلك. ولكن الحالة السمعية تتدهور تدريجياً مع السنين، وليس هناك علاج فعال لهذه المشكلة التي تعاني منها المجتمعات الصناعية المعاصرة. ولكن الوقاية من هذه المشكلة ممكنة وذلك من خلال حماية العاملين من الأصوات العالية.

تصلب الأذن (Otosclerosis)

في هذا المرض، توجد عظمة غير عادية في الأذن الوسطى مما يؤدي إلى تدهور تدريجي في السمع. ويظهر هذا المرض في نهاية مرحلة الطفولة. وقد يتراوح فقدان السمع بين المتوسط والشديد. أما العلاج فهو جراحي من خلال إزالة العظم الركابي (Stapedectomy).

الإصابات الجسمية والحوادث (Physical Injuries)

من العوامل الأخرى التي قد تسبب الإعاقة السمعية الإصابات الجسمية والحوادث التي ينتج عنها إصابات في الرأس أو كسور فيه. فقد يحدث نزيف في الأذن الوسطى أو اضطرابات في العظيومات الثلاث الأمر الذي قد يؤثر على السمع.

مرض منيير (Meniere's Disease)

هذا المرض يصيب الشباب ويحدث فيه زيادة في ضغط السائل في الأذن مما يؤدي إلى ظهور أعراض مثل الدوار، الرنين في الأذن أو الرأس. ولا يعرف لهذا المرض شفاء حالياً.

بعض العوامل الأخرى المرتبطة بالإعاقة السمعية

Was in Ears	تجمع المادة الصمغية
Mumps	النكاف
Measles	الحصبة
Anoxia	نقص الأكسجين
Scarlet Fever	الحمى القرمزية
Whooping Cough	السعال الديكي
Mastoiditis	التهاب العظم الصدغي
Influenza	الانفلونزا
Multiple Sclerosis	التصلب المتعدد
Microtia	شوه الصيوان
Atresia	عدم وجود القناة السمعية
Ruptured Eardrum	انفجار الطبلة
Herpes Simplex	الحلاء (العقبولة)

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين سمعياً

إن الإعاقة السمعية ليس لها التأثير ذاته على جميع الأشخاص المعوقين سمعياً، حيث لا يمثل هؤلاء الأشخاص فئة متجانسة فلكل شخص خصائص فريدة. فتأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل منها: نوع الإعاقة السمعية، عمر الشخص عند حدوث الإعاقة، شدة الإعاقة، سرعة حدوث الإعاقة، القدرات السمعية المتبقية وكيفية استثمارها، الوضع السمعي للوالدين، سبب الإعاقة، الفئة الاجتماعية - الاقتصادية، وغير ذلك. ومهما يكن الأمر، فمن المتوقع أن تؤثر الإعاقة السمعية على الخصائص النمائية المختلفة ذلك أن مظاهر النمو

مترابطة ومتراخلة. وفي هذا الفصل ينصب الاهتمام على الخصائص اللغوية، والمعرفية، الاجتماعية - الانفعالية، والجسمية والحركية، والأكاديمية.

الخصائص اللغوية:



النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، فالإعاقة السمعية تؤثر سلباً على جميع جوانب النمو اللغوي. وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الشخص المعوق سمعياً مظاهر النمو اللغوي الطبيعية. ومع أن الأطفال ذوي السمع العادي يتعلمون اللغة والكلام دون تعلم مبرمج فالمعوقون سمعياً بحاجة إلى تعليم هادف ومتكرر. فالشخص المعوق سمعياً سيصبح أبكماً إذا لم تتوفر له فرص التدريب الخاص الفاعل. ويعزى ذلك لغياب التغذية الراجعة السمعية عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي كاف من الآخرين. وفي حال اكتسابهم للمهارات اللغوية فإن لغتهم تتصف بكونها غير غنية كلغة الآخرين، وذخيرتهم محدودة، وألفاظهم تتصف بالتمركز حول الملموس، وجملهم أقصر وأقل تعقيداً. أما كلامهم فيبدو بطيئاً ونبرته غير عادية (Courad, 1979).

الخصائص المعرفية:



لا يبدو أن الإعاقة السمعية تؤثر على الذكاء، فقد أشارت بحوث عديدة إلى أن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء الأشخاص العاديين. وأشارت دراسات أخرى إلى أن المعوقين سمعياً لديهم القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق للإعاقة. وعلى زية حال، فثمة جدل عنيف مستمر حول أثر الإعاقة السمعية على النمو المعرفي، فبعض الباحثين يعتقدون أن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة

بالضرورة ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً. بل إن البعض أيضاً يرى في لغة الإشارة التي يستخدمها المعوقون سمعياً لغة حقيقية. ويعتقد هؤلاء أنه في حال حصولهم على درجة منخفضة على اختبارات الذكاء فإن ذلك لا يعني بالضرورة أن المعوقين سمعياً أقل ذكاء من غيرهم ولكن ذلك يعزى لعدم توافر طرق التعليم الفعالة وعدم تزويدهم بالإثارة المناسبة من قبل الآباء. أما البعض الآخر فيرى أن النمو المعرفي يعتمد على اللغة وربما أن اللغة هي الأكثر ضعفاً بين مظاهر النمو المختلفة لدى المعوق سمعياً فهم يعتقدون أن النمو المعرفي سيتأثر بالضرورة (Hallahan & Kauffman, 2002).

إن اختبارات الذكاء تعتمد إلى درجة كبيرة على المهارات اللغوية فإذا ما استخدمت هذه الاختبارات دونما تكييف فقد يصنف المعوق سمعياً بالخطأ على أنه متخلف عقياً. وإذا ما تعامل الآخرون مع المعوق سمعياً على أنه لا يتمتع بذكاء عادي فهذا بحد ذاته قد يؤثر على أدائه الفعلي. ولذلك فمن المتعارف عليه في الميدان أن يتم الاعتماد على اختبارات الذكاء غير اللفظية لتقييم أداء الأشخاص المعوقين سمعياً. وسوف نناقش هذه القضية بالتفصيل لاحقاً.

الخصائص الجسمية والحركية

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المعوقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة. على أية حال، الافتراض هو أن مشكلات التواصل التي يعانيها المعوقون سمعياً تضع حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها. وإذا لم يزود المعوق سمعياً باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الحركي (French & Jansma, 1982).

إن فقدان السمع ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه. ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة. أما النمو الحركي لهؤلاء الأشخاص فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص غير المعوقين سمعياً. كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض وترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض. وأخيراً فإن الأشخاص المعوقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص العاديين. فهم عموماً يتحركون قليلاً حيث أنهم يخصصون معظم وقتهم للتواصل مع الآخرين (Fallen & Umansky, 1985).

التحصيل الأكاديمي

مع أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم الأكاديمي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين. فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلاب وبخاصة الصم منهم من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموماً وبوجه خاص في التحصيل القرائي (Trypus & Karchmer, 1977). وذلك أمر واضح حيث أن الأثر الأكبر للإعاقة السمعية هو ذلك المتعلق بالضعف اللغوي الأمر الذي يقود بدوره إلى التأثير سلبياً على التحصيل في القراءة. وقد أفادت دراسات عديدة بأنه كلما زادت المتطلبات اللغوية ومستوى تعقدها أصبحت قدرة الطلاب المعوقين سمعياً على التحصيل أضعف. وتظهر الدراسات في دول العالم المختلفة أن مستوى التحصيل الأكاديمي لدى معظم الراشدين الصم لا يتعدى مستوى تحصيل الطلاب العاديين في الرابع أو الخامس الابتدائي. وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن ذلك لا يعني بالضرورة أن الأشخاص الصم لا يستطيعون تحقيق مستويات أعلى من التحصيل فلعل طرق التدريس المستخدمة معهم غير فعالة (Moore, 1996).

وقد قامت كلية جالوديت (Gallaudet College) في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة هدفت إلى تحديد مستوى التحصيل الأكاديمي الذي يبلغه الطلاب الصم. فتبين أن 50% ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءتهم بمستوى الرابع الابتدائي أو أقل من ذلك. ووجد أن 10% فقط منهم كانوا بمستوى الصف الثامن أو أكثر. وبالنسبة للرياضيات فقد اتضح أن مستوى معظم الأشخاص الصم كان بمستوى الصف الثامن وأن أداء 10% فقط منهم كان بمستوى أداء الأشخاص غير الصم.

أما بالنسبة لتحصيل الطلاب الصم في المواد الدراسية الأخرى فلا يتوفر إلا القليل من الدراسات التي تشير إلى أن هؤلاء الطلاب يواجهون صعوبات في مواد العلوم لأنها تعتمد على معرفة اللغة. وفيما يتعلق بالطلاب الذين يعانون من إعاقة سمعية بسيطة أو متوسطة فقد تبين أن تحصيلهم الأكاديمي منخفض أيضاً وإن كان أفضل من التحصيل الأكاديمي للطلاب الصم.

بعبارة أخرى، إن الاستنتاج العام الذي يخرج به المحلل لأدبيات التربية الخاصة المتعلقة بالتحصيل الأكاديمي للطلاب الصم هو أن المشكلة الأكاديمية تزداد بازدياد شدة الإعاقة السمعية. هذا مع العلم بأن التحصيل الأكاديمي يتأثر بمتغيرات أخرى غير شدة الإعاقة السمعية مثل القدرات العقلية، والشخصية، والدعم الذي يقدمه الوالدان، والعمر عند حدوث

الإعاقة السمعية، والوضع السمعي للوالدين، والوضع الاقتصادي الاجتماعي للأسرة -Yssel (kyke & Algozzine, 1990).

الخصائص الاجتماعية - الانفعالية

إن افتقار الشخص المعوق سمعياً إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين قد يقود إلى عدم النضج الاجتماعي والاعتمادية. وقد استخدمت عدة دراسات مقاييس مختلفة للنضج الاجتماعي مثل مقاييس فانيلاند (Vineland Social Maturity Scale) وتبين أن أداء الأشخاص المعوقين سمعياً منخفض مقارنة بأداء الأشخاص العاديين (English, 2001; Marshark, 2001).

ومن المعروف أيضاً أن الأشخاص المعوقين سمعياً يميلون للتفاعل مع اشخاص يعانون مما يعانون منه، وهم يفعلون ذلك أكثر من أية فئات أخرى من فئات الإعاقات المختلفة ربما بسبب حاجتهم إلى التفاعل اجتماعياً والشعور بالقبول من الأشخاص الآخرين. فإذا لم يتمكنوا من التواصل مع الأشخاص العاديين، وذلك ما يحصل في كثير من الأوقات، فهم يتواصلون مع الآخرين المعوقين سمعياً (Kirk & Gallaugher, 1989).

ومن جهة أخرى، توضح الدراسات أن مفهوم الذات لدى الأشخاص المعوقين سمعياً يتصف بعدم الدقة فهو غالباً ما يكون مبالغاً فيه. وتشير الدراسات أيضاً إلى أن الأشخاص المعوقين سمعياً الملتحقين بمؤسسات خاصة للمعوقين سمعياً أو الذين يعانون أبائهم أو أمهاتهم من الإعاقة السمعية يكون لديهم مفهوم ذات أفضل من غيرهم من المعوقين سمعياً (English, 2001, Dugan, 2003).





أما من حيث الخصائص النفسية والانفعالية، فلا أحد مطلع يستطيع أن ينكر حقيقة أن الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على التنظيم السيكولوجي الكلي للإنسان. على أن ذلك لا يعني أن الصمم يقود بالضرورة إلى سوء التوافق النفسي، وهو أيضاً لا يعني أن ثمة تأثيراً محدداً قابلاً للتنبؤ لدى جميع الأشخاص المعوقين سمعياً. فعلى الرغم من اعتقاد البعض بأن للمعوقين سمعياً سمات نفسية وانفعالية مميزة وفريدة إلا أن نتائج البحوث العلمية لا تدعم هذا الاعتقاد. وهذه القضية كانت ولا تزال واحدة من أكثر القضايا إثارة للجدل في ميدان رعاية المعوقين سمعياً. فبعد ما يزيد على خمسين عاماً من الدراسات العلمية المستفيضة المتعلقة بهذه القضية لم يتم التوصل إلى نتائج واضحة ولا يزال الباحثون يشككون من مصداقية وعمومية تلك النتائج. ويعود ذلك إلى كون الدراسات ذات العلاقة تعاني من مشكلات منهجية عديدة تجعل إمكانية الخروج باستنتاجات قاطعة أمراً صعباً (Dugan, 2003).

فكثيرون هم الذين يعتقدون بوجود خصائص انفعالية فريدة للأشخاص المعوقين سمعياً تختلف عن خصائص الأشخاص ذوي الإعاقات الأخرى (كالمكفوفين مثلاً)، وتختلف أيضاً عن خصائص الأشخاص العاديين. إلا أن البحوث فشلت في تقديم أدلة على صحة هذا الاعتقاد، الزمر الذي دفع بالباحثين إلى الإشارة إلى أن الإدعاء بوجود سيكولوجية خاصة للمعوقين سمعياً إنما هو مجرد وهم (الخطيب، 1991).

وعلى أي حال، فلك لا يعني أن الإعاقة السمعية لا تؤثر على الخصائص النفسية والانفعالية للشخص. ولكن ما يعنيه ذلك هو أن تأثير الإعاقة السمعية يختلف اختلافاً جوهرياً من إنسان إلى آخر، فالعوامل المحددة للبناء النفسي للشخص عديدة ومتنوعة. وقد بين الخطيب (1991) إن أثر الإعاقة السمعية على الفرد يعتمد على المعنى الذي تحمله بالنسبة له.

وقد أشار مورس (Moore, 1996) إلى أن الدراسات المرتبطة بالخصائص النفسية للأشخاص المعوقين سمعياً قد أخذت منحنيين: أحدهما يمكن تسميته بمحني الانحراف والثاني هو المنحى النمائي الطبيعي. يركز المنحى الأول على الفروق بين الأشخاص المعوقين سمعياً والأشخاص الذين يتمتعون بسمع عادي، ويعالج الفروق بوصفها مؤشرات على الانحراف. ويرى مورس (Moore, 1981) أن هذا المنحى الذي طالما اعتمده الباحثون إنما هو منحى ينطوي على التحيز ضد المعوقين سمعياً.

أما المنحى الثاني فهو يهتم بتحليل الخصائص النفسية للأشخاص المعوقين سمعياً ليس

من أجل تحديد أوجه الاختلاف بينهم وبين الأشخاص السامعين وإنما من أجل تحديد الظروف التي ينبغي توفيرها لكي ينمو هؤلاء الأشخاص نمواً سوياً إلى أقصى درجة ممكنة. ويتصف هذا المنحى بكونه منحى إيجابياً حيث أنه يقوم على افتراض مفاده أن شخصية الإنسان المعوق سمعياً تنمو تبعاً لذات المبادئ التي تنمو شخصية الناس جميعاً تبعاً لها وأن الحاجات النفسية للناس جميعاً متشابهة.

وإذا أخذت جميع الاعتبارات التي وردت في الحساب، يمكننا الإشارة إلى أن الدراسات المتوفرة تجمع عموماً على ما أن نسبة كبيرة من الأشخاص المعوقين سمعياً تعاني من سوء التكيف النفسي (Moore, 1996). فمنذ الثلاثينات أشارت عدة دراسات إلى أن الأطفال الصم يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار العاطفي، وأنهم يذعنون للآخرين وأنهم أكثر اكتئاباً وقلقاً وتهوراً، وأقل توكيداً للذات. وأشارت عدة دراسات أيضاً إلى أن المعوقين سمعياً يتصفون بالتشكك بالآخرين وبالعدوانية (Meadow - Orlans, 1985)

وفي إحدى الدراسات قام لين (Lane, 1988) بمراجعة الأدبيات البحثية المرتبطة بسلوكيات المعوقين سمعياً فخلص إلى أن الخصائص النفسية التي يدعى أنها تميز هؤلاء الأشخاص تتصف بالتناقض من جهة وبالسلبية من جهة أخرى. وقد علق هذا الباحث على نتائج الدراسات بالإشارة إلى أنها تعكس الصور النمطية الشائعة في أوساط الباحثين أكثر مما تعكس الخصائص الفعلية للمعوقين سمعياً. ويتفق مورس (Moore, 1996) وهذا الرأي حيث كتب يقول أن الدراسات المتعلقة بسلوكيات المعوقين سمعياً إنما هي استخدام لأدوات قياس غير مناسبة في ظروف غير مناسبة وإطلاق أحكام على ضوء معايير غير واقعية.

قياس السمع:

تقاس القدرة السمعية للإنسان بجهاز يسمى جهاز قياس السمع (Audiometer) ويتكون هذا الجهاز من أربعة أجزاء هي:

- أ - الجزء المصدر للأصوات (Oscillator)
- ب - الجزء المخصص لاختيار الذبذبات الصوتية (Frequency Selector)
- ج - الجزء المخصص لتغيير الذبذبات (Attenuator)
- د - الجزء المستقبل (Receiver) والذي ينقل النغمة الصافية إلى الأذن



ولكي يتسنى لنا مقارنة سمع الشخص بغيره يتم تحديد شدة الصوت الذي يستطيع سماعه. ويتم توصيل الصوت للأذن أثناء الفحص من خلال سماعة أذن، ويسمى هذا النوع من الفحص بالفحص عبر التوصيل الهوائي (Air conduction). أما توصيل الصوت من خلال عظام الجمجمة إلى القوقعة مباشرة فهو يسمى بالفحص عبر التوصيل العظمي (Bone Conduction). ويقوم أخصائي القياس السمعي (Audiologist) أو أخصائي الأنف والأذن والحنجرة بإجراء الفحص السمعي (Pappas, 1998).

وعند توقع وجود إعاقة سمعية لدى الشخص يجب إجراء عملية تقييم شمولية بهدف التخطيط للبرامج المناسبة. وهذه العملية تركز على عدة مجالات منها المجال السمعي. ويتضمن التقييم السمعي تقييم قدرة الإنسان على معالجة المعلومات السمعية (تمييزها، وتنظيمها، وتفسير معانيها). وبعد ذلك، يتم تحديد نوع السماعة الطبية اللازمة وإرشاد الأسرة وتوجيهها لمساعدة الشخص وتشجيعه على استخدام السماعة.

وفي السنة الأولى من العمر لا يتوقع من الأطفال أن يتعاونوا أثناء الفحص أو أن يستجيبوا للتعليمات، لذلك فإن بعض الاختبارات قد طورت مؤخراً خصيصاً لهم. وهذه الاختبارات تستخدم عادة في أقسام المواليد الجدد في المستشفيات أو في الحاضنات للتعرف على الأطفال الذين قد يكون لديهم صعوبات سمعية. وفي العادة، بعد أن يبلغ الطفل من العمر عدة أسابيع فإن الأصوات (الكلام، الموسيقى، الخ...) تحدث تغييراً في سلوكه. ولهذا فالأدوات المستخدمة لقياس السماع عند الأطفال الرضع تعتمد هذه الطريقة.

وتعرف طريقة القياس السمعي المستخدمة مع الأطفال في هذا العمر باسم القياس السمعي السلوكي (Behavioral Audiometry) فالطفل يستجيب سلوكياً لأصوات من ذبذبات وشدة محددة. وهذه الأصوات تقدم من خلال جهاز قياس السمع في غرفة خاصة عازلة للصوت. وعلى الرغم من أن هذه الطريقة لا تسمح بفحص كل أذن على حدة إلا أنها توفر معلومات مفيدة عن الوضع السمعي العام للطفل في مرحلة عمرية مبكرة. أما بالنسبة لاستجابات الطفل فهي استجابات دقيقة مثل الحركة في العيون، وزيادة مستوى النشاط أو انخفاضه، وتحريك الرأس أو تغيير النشاط.

وبعد بلوغ الطفل الثانية من العمر فإن القياس السمعي الرسمي يمكن إجراؤه حيث أنه يصبح متعاوناً. ويتم تحقيق ذلك باستخدام السماعات (الإيصال الهوائي) أو الإيصال العظمي. فعندما تكون العتبات السمعية غير عادية ومتساوية في كل من الإيصال الهوائي والإيصال العظمي فذلك يعني أن الإعاقة السمعية إعاقه حسية - عصبية (أي أن الخلل في الأذن الداخلية). أما إذا كانت العتبات السمعية المقاسة بالإيصال العظمي عادية أو قريبة من ذلك والعتبات السمعية المقاسة بالإيصال الهوائي ليست كذلك فمعنى ذلك أن الإعاقة السمعية هي من النوع التوصيلي (Haring, 1982).

ومن أساليب قياس السمع الأخرى القياس السمعي الموضوعي - Objective Audiometry) والذي يوفر معلومات إضافية عن سمع الشخص. ويتضمن هذا القياس جمع البيانات عن الاستجابات التلقائية في الأذن (Impedance Audiometry) ومن أكثر أشكال هذا القياس استخداماً قياس وظائف الأذن الوسطى والمعروف باسم (Tympanometry). وفي طريقة أخرى تسمى بقياس استجابات الدماغ السمعية (Auditory Brain Responses) توصل أقطاب كهربائية على جبين المفحوص. وهذا الفحص يقيس التغيرات في مستوى النشاط الكهربائي الناتج عن السوائل العصبية في جذع الدماغ حيث يمر منه العصب السمعي إلى المراكز العليا في الدماغ وبذلك يتم معرفة ما إذا كانت الإشارات السمعية تصل إلى الدماغ أم لا (الخطيب، 1998).

التقييم التربوي - النفسي للأطفال المعوقين سمعياً

جرت العادة أن يستخدم الباحثون الاختبارات التي تم تطويرها على أشخاص عاديين لدراسة أداء المعوقين سمعياً. وتلك ممارسة أثارت جدلاً عنيفاً وانتقادات كثيرة. وقد نادى بعض الباحثين المعروفين في ميدان تربية الصم بتطوير اختبارات خاصة لهذه الفئة من الناس

(Moore, 1996) وعلى الرغم من ذلك، يتبين من مراجعة أدبيات التربية الخاصة أن اختبارات الشخصية التي تستخدمها الغالبية العظمى من الدراسات لتحليل شخصية المعوقين سمعياً هي الاختبارات الموضوعية أو الإسقاطية ذاتها التي تستخدم لدراسة الشخصية بوجه عام.

وإذا كان تقييم الشخصية عموماً أمراً بالغ الصعوبة فإنه يصبح أكثر تعقيداً وربما أقل دقة عندما يكون المفحوص معوقاً سمعياً. فمعظم اختبارات الشخصية المعروفة تطلب تواصلًا لفظياً مناسباً مع المفحوص. وهذه الحقيقة بحد ذاتها غالباً ما تمثل مشكلة حقيقية وتحد من إمكانية استخدام اختبارات الشخصية هذه لدراسة الأشخاص المعوقين سمعياً لأنها إما أن تتطلب درجة عالية من مهارات القراءة لدى المفحوص (كما هو الحال بالنسبة لاختبار منسوتا متعدد الأوجه للشخصية مثلاً) أو أنها تتطلب تواصلًا مكثفًا بين الفاحص والمفحوص (كما هو الحال بالنسبة لاختبار الروشاخ واختبار تفهم الموضوع مثلاً). وما يعنيه ذلك هو أن تفسير النتائج التي يتمخض عنها تطبيق مثل هذه الاختبارات على الصم يتطلب توخي الحذر الشديد لأنها قد لا تعكس سيكولوجية الأطفال الصم بصدق (moore, 1996). واستخدام الاختبارات النفسية المقننة لتقييم سيكولوجية الأطفال الصم قد ينطوي على مشكلات متنوعة. وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك المشكلات.

تتمثل المشكلة الأولى في كون الإجراءات التي تتضمنها الاختبارات النفسية المقننة غير مألوفة بالنسبة للصم (تلك الإجراءات المتمثلة بقراءة فقرات الاختبار وتسجيل الاستجابات على هيئة أحرف أو أرقام على ورقة الإجابة واتباع التعليمات المكتوبة وما إلى ذلك). لذا يعتقد البعض أن الاختبارات الجمعية بوجه خاص غير مناسب لهذا السبب ولسبب اقتصار الصم إلى مهارات التواصل أيضاً. فهذه الاختبارات ليست مفيدة لتقييم سيكولوجية هذه الفئة من الأشخاص إلا إذا استخدمت بوصفها مجرد أدوات للكشف العام (Vernon, 1976) فعند استخدام الروشاخ أو اختبار تفهم الموضوع مثلاً من الصعب على الفاحص أن يعرف ما إذا كان الأصم يفهم التعليمات حقاً أم لا (Lane, 1988)

فمعظم اختبارات الشخصية تتطلب أن يكون مستوى التحصيل اللغوي لدى المفحوص بمستوى الصف الثالث الإعدادي تقريباً وهذا ما يفشل معظم الأشخاص الصم في تحقيقه (Quigely & Kretschmer, 1982). وذلك لا يعني فقط أن الأصم يواجه صعوبة كبيرة في فهم تعليمات الاختبار وفي قراءة فقراته ولكنه قد يعني أن الاستنتاجات التي يخرج بها الباحثون لا

تعكس إلا المستوى القرائي لهذا الشخص وهذا ما أكدته بحوث عديدة. فأداء الأشخاص الصم على المقاييس غير اللفظية في اختبارات الذكاء المقننة يفوق بكثير أداءهم على المقاييس اللفظية (Conrad & Weishrantz, 1981). ومن ناحية أخرى، فعند استخدام بعض الأدوات لقياس الشخصية (كما هو الحال في المقابلات وبعض الاختبارات) فإن على الفاحص أن يكون على معرفة جيدة بلغة الإشارة. وحتى في هذه الحالات، فإن توظيف التواصل اليدوي غالباً ما يكون معطناً حيث أن معظم مؤسسات الصم تمنع هؤلاء الأطفال من الاعتماد على هذا النمط من التواصل.

وبعد تصحيح الاختبارات المقننة فإن الشخص الأصم يحصل على درجة ما وهذه الدرجة يجب تفسيرها على ضوء التوزيع المعياري (Test Norms) وهذا التوزيع إما أن يكون غير مناسب أو غير متوفر للحكم على أداء الشخص الأصم بموضوعية (Holm, 1987) فاختبارات الشخصية قننت على أفراد غير صم فإذا طبقت على الأشخاص الصم دونما تعديل فهي تكون غير عادلة وإذا أجري عليها تعديل فهي تفقد مصداقيتها.

وأما تقييم ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً فهو أمر بالغ التعقيد حيث أن اختبارات الذكاء عموماً مشبعة بالعالم اللغوي وتعتمد اعتماداً كبيراً على القدرات اللغوية للمفحوص. وبما أن الضعف اللغوي ينتج عن الإعاقة السمعية فإن استخدام الاختبارات التقليدية دون إجراء أي تعديل عليها قد يؤدي إلى وصف الطفل المعوق سمعياً بأنه متخلف عقلياً ليس لأنه كذلك وإنما نتيجة لخلط الفاحص بين الحرمان اللغوي والضعف العقلي. لذلك فمن الأهمية بمكان أن يختار الفاحصون اختبارات ذكاء لا تعتمد على القدرات اللفظية وأن تطبق هذه الاختبارات باستخدام طرق تواصل يفهما الشخص المعوق سمعياً. علاوة على ذلك، يقترح هسكي (His-key, 1996) استخدام اختبارات الذكاء الفردية وعدم الاكتفاء بتطبيق اختبار ذكاء واحد.

وقد أصبح واضحاً أن اختبارات الذكاء الفردية الأدائية غير اللفظية هي الاختبارات الملائمة لتقييم الأشخاص المعوقين سمعياً لأنها لا تتحيز ضدهم بسبب افتقارهم إلى اللغة. وقد أشارت عدة بحوث إلى أن درجات ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً تقع في نفس المدى الذي تقع فيه درجات ذكاء الأشخاص الذين يتمتعون بسمع عادي وأن الصمم لا يؤدي إلى ضعف عقلي. وعلى أي حال، فإن استخدام الاختبارات الأدائية غير اللفظية لقياس ذكاء المعوقين سمعياً هو الآخر قد ينطوي على بعض الصعوبات ومنها: عدم توفر مجموعات معيارية للأشخاص المعوقين سمعياً وافتقار أخصائي القياس النفسي إلى مهارات التواصل مع هؤلاء الأشخاص (Kricos, 1987)

وتشير أدبيات التربية الخاصة الحديثة إلى إمكانية استخدام اختبارات الذكاء التالية لتقييم القدرات العقلية العامة لدى الأشخاص المعوقين سمعياً ولكن بعد إجراء بعض التعديلات عليها:

- 1 - مصفوفات ريفين المتتابعة (Raven's Progressive Matrices)
- 2 - الاختبار غير اللفظي للمهارات المعرفية (9Nonverbal Test of Cognitive Skills)
- 3 - اختبار سمث - جونسون الأدائي (Smith - Johnson Nonverbal Performance Scale)
- 4 - بروفايل الإنجاز التعليمي (Learning Accomplishment Profile)
- 5 - اختبار كوفمان للأطفال (9Kaufman Assessment Battery for Children)

الاعتبارات التربوية

حظيت برامج تربية الأشخاص المعوقين سمعياً باهتمام كبير في العقود القليلة الماضية. وتمثل هذا الاهتمام بتطوير البرامج التربوية والخدمات التأهيلية الفعالة التي من شأنها مساعدة هذه الفئة من الأشخاص في الانتقال من دور الاعتماد على الآخرين إلى دور الاعتماد على الذات إلى أقصى درجة ممكنة. فقد كانت تربية الأشخاص المعوقين سمعياً إلى عهد قريب تتم في مؤسسات خاصة معزولة عن المجتمع توفر خدمات إقامة دائمة. ومنذ منتصف القرن العشرين، تغيرت هذه الممارسة إذ أصبح هناك اتجاه قوي نحو دمج المعوقين في البيئة المدرسية العادية وفي حياة المجتمع في معظم دول العالم (Moore, 1996; Marschak, 2001).

ويمكن تناول البرامج التربوية المقدمة للطلاب المعوقين سمعياً عبر المراحل الأساسية التالية:

أ - مرحلة ما قبل المدرسة

ب - مرحلة التعليم الأساسي (المدرسة الابتدائية والإعدادية)

ج - مرحلة المدرسة الثانوية

د - مرحلة ما بعد المدرسة الثانوية.

مرحلة ما قبل المدرسة

لقد أدرك الباحثون والممارسون في ميدان التربية منذ زمن طويل أهمية الدور الذي تلعبه

السنوات الأولى من العمر في النمو الكلي للإنسان. وقد ترجمت المعرفة العلمية المتصلة بهذا الموضوع إلى برامج تربوية مبكرة، أو ما يسمى في مجال التربية الخاصة عموماً بالتدخل المبكر.

فالأطفال اليافعون يتعلمون التواصل من خلال التعبيرات الوجهية، وحركات الشفاه والرأس، والإيماءات، واللمس، والترددات الصوتية التي تصدر عن الأشخاص الآخرين من حولهم. ولذلك فإن من الأهمية بمكان أن يبدأ والد الطفل المعوق سمعياً بالتواصل معه في مرحلة مبكرة جداً (Pappas, 1998) واستناداً إلى هذا، فإن البرامج التربوية في مرحلة ما قبل المدرسة تركز على الوالدين من خلال تقديم الإرشادات لهما ومساعدتهما في فهم الإعاقة السمعية والتأثيرات المختلفة التي تنجم عنها.

ويمكن تقديم هذه الخدمات والخدمات الأخرى اللازمة إما في البيت أو في المدرسة. وتهدف هذه الخدمات إلى :

- 1 - تطوير مهارات التواصل
- 2 - توفير الفرص المناسبة ليتفاعل الأطفال المعوقون سمعياً مع الأطفال الآخرين ويلعبوا ويطوروا علاقات صداقة معهم.
- 3 - مساعدة الأطفال على استثمار قدراتهم السمعية المتبقية وذلك من خلال التدريب السمعي أو السماعيات الطبية.
- 4 - تطوير استعدادات الأطفال لتعلم القراءة واللغة والحساب والمهارات الأكاديمية الأخرى.

مرحلة التعليم الأساسي

يتمثل دور المدرسة الابتدائية والمدرسة الإعدادية في تطوير مهارات الطلاب فيما يتصل بالقراءة والكتابة والحساب والعلوم والدراسات الاجتماعية. وكما تمت الإشارة في بداية هذا الكتاب، فالتوجه الآن هو نحو تدريس الطلاب المعوقين بما فيهم المعوقين سمعياً في المدرسة العادية إلى أقصى درجة ممكنة وذلك على ضوء قدرات الطالب الفردية وحسب الإمكانيات المتوفرة.

مرحلة التدريس الثانوية

بوجه عام، يصعب دمج الطلاب المعوقين سمعياً وبخاصة الصم في الصفوف العادية في المرحلة الثانوية لأنهم كثيراً ما يكونون ذوي تحصيل منخفض مقارنة بأقرانهم غير المعوقين.

فإذا ما تم دمجهم فإن هؤلاء الطلاب يحتاجون إلى مترجمي لغة إشارة وإلى خدمات تربوية مساندة.

وفي الواقع، تشير الدراسات في الدول الغربية إلى أن أعداداً كبيرة من العاملين في ميدان رعاية الأشخاص الصم يعتقدون أن المؤسسات الخاصة هي المكان المناسب للتدريس الثانوي للطلاب الصم (Kirk & Gallagher, 1989). فهذه المؤسسات تستطيع، على خلاف المدارس العادية، تصميم برامج خاصة توازي البرامج التدريبية الأكاديمية والمهنية.

مرحلة ما بعد المدرسة

تشير الإحصاءات المتعلقة بالوضع المهني للأشخاص المعوقين سمعياً في كثير من دول العالم إلى حقائق غير مريحة. فنسبة البطالة بين الصم تزيد بأكثر من أربعة أضعاف عنها بين الأشخاص العاديين. وفي حالة الحصول على عمل، فكثيرون هم الصم الذين يعملون بحرف متدنية الوضع ولا تتطلب مهارات عالية. ولكن اهتماماً كبيراً قد ظهر في العقود القليلة الماضية بتأهيل الأشخاص المعوقين سمعياً. وكما هو واضح فإن نجاح هذه الفئة من الأشخاص في مرحلة ما بعد المدرسة يعتمد على نوعية وفاعلية التعليم السابق الذي تم توفيره لهم.

وفيما يلي، نستعرض بعض الاقتراحات العملية التي يقدمها كولهاين وكيروين (Culhane & Curwin, 1978) للمعلمين الذين توكل إليهم مهمة تدريس الطالب الأصم:

1 - يجب أن تفوز بانتباه الطالب عندما تتحدث إليه. وقد يساعد في ذلك النقر بصوت عال على الطاولة أو تحريك اليدين. وفي المناقشات الجماعية، اطلب من المتحدث أن يشير بيديه إلى الشخص الذي سيتكلم لاحقاً. وإذا كان مترجم لغة الإشارة موجوداً فهو سيقوم بذلك. إن الهدف الأساسي هو التأكد من أن الطالب الأصم يعرف مصدر المعلومات البصرية أو السمعية. وعلى أي حال، عليك أن تدرك أن الانتباه البصري المتواصل قد يقود إلى التعب ولذلك ينبغي توفير فترات الراحة.

2 -- تحدث بصوت مسموع (وليس بصوت مرتفع) ولتكن سرعتك بالكلام متوسطة، فالتكلم بطريقة مبالغ فيها قد تجعل قراءة الكلام أمراً صعباً. ولتسهل عليه قراءة الكلام، انظر وجهاً لوجه إلى الطالب طالما كان باستطاعتك ذلك. وحاول أن تتواصل عينياً مع الطالب وتجنب التحرك في غرفة الصف بسرعة. وعندما تستخدم السبورة، انتظر إلى أن تنتهي قبل أن تتكلم وذلك من أجل أن لا تفوت الطفل الأصم الكلمات التي تقولها وأنت تنظر إلى السبورة، وحاول أن لا تحجب رؤية شفطيك بكتاب أو بقلم أو بشيء آخر وأنت تتكلم.

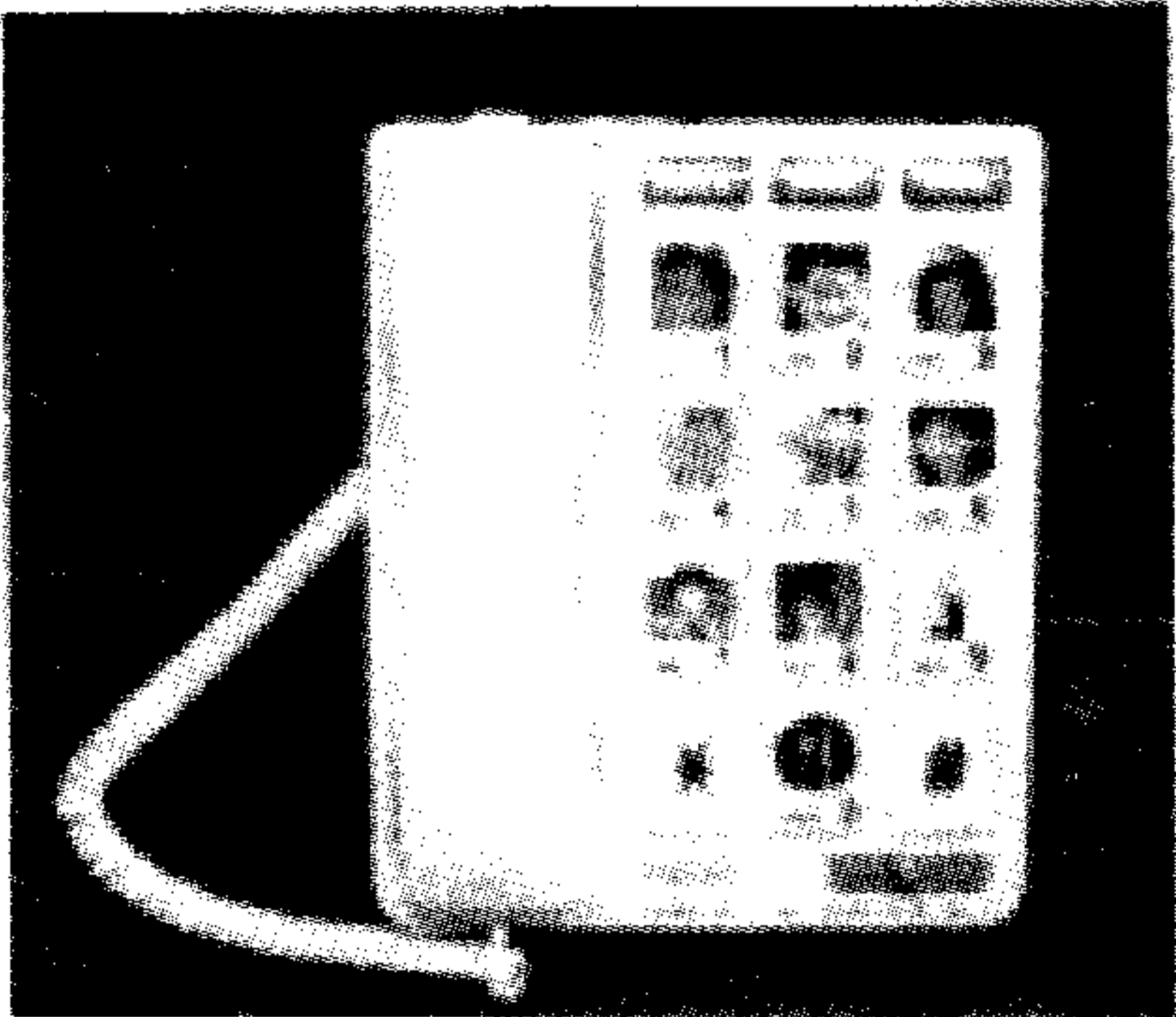
- 3 - أعد صياغة الفكرة أو السؤال ليصبح مفهوماً أكثر للطفل الأصم. ويجب أن تكون تعليمات الاختبار والواجبات البيتية والملاحظات المتعلقة بالمناقشة وأية تعليمات أخرى مكتوبة. وقد تحتاج إلى توضيح الأسئلة وتكرارها أثناء المناقشات السريعة. ومع أن الطالب المعوق سمعياً قد يحتاج إلى المساعدة في بادئ الأمر (من خلال قيام شخص يتمتع بقدرات سمعية عادية بتسجيل الملاحظات للطفل الأصم مثلاً) إلا أنه من الأهمية بمكان السماح للطفل الأصم بالاستقلالية.
- 4 - استخدم المعينات البصرية إلى الحد الأقصى الممكن بما في ذلك الشفافيات والأفلام، والشرائح، والسبورة وما إلى ذلك. تجنب أن يكون مصدر المعلومات في مكان إضاءة ضعيفة. وابدال مصادر المعلومات أو التنقل في غرفة الصف بسرعة قد يعيق عملية الفهم.
- 5 - احصل على التغذية الراجعة من الطالب للتأكد من أنه يفهم، كن حذراً فيما يتعلق بالصعوبات في الألفاظ والتعابير. وإذا شعرت أن الطالب لا يفهم، أعد صياغة المعلومات ودع الطالب يوضح أنه يفهم، وقد يكون عليك أن تخفف من سرعة التواصل.
- 6 - شجع مهارات التواصل بما فيها الكلام، وقراءة الكلام، وتهجئة الأصابع، والتواصل اليدوي. وشجع أيضاً استخدام القدرات السمعية المتبقية لدى الطالب، وشجعه كذلك على أن يطرح الأسئلة من خلال توفير جو يخلو من التهديد ولا يشعر فيه الطالب المعوق سمعياً بالحرَج لما قد يبدو له على أنه أسئلة غير مناسبة.
- 7 - دع الطالب يجلس في المكان الذي يسمح له بالإفادة من المعلومات البصرية والطلاب الآخرين والمعلم. ودعه يغير مقعده ليتوفر له ذلك في جميع المواقف.
- 8 - عند تقديم المعلومات المهمة، تأكد من فهم الطالب المعوق سمعياً لها، فهناك حاجة إلى أن يقوم أحد الأشخاص بتكرار المعلومات التي تقدم عبر إذاعة المدرسة أو الوسائل المسموعة الأخرى للتأكد من أن الطالب الأصم فهمها. وفي حالات الطوارئ قد يكون من المناسب أن تستخدم نظاماً ضوئياً معروفاً.
- 9 - تعرف على المعينات السمعية، فقد يكون باستطاعتك استبدال بطاريات السماع الطبية أو خفض بعض أنواع الصوت، وكن على معرفة بالتغيرات التي تطرأ على السمع بسبب الانفلونزا أو التهابات الأذن أو الأمراض الأخرى.
- وتشير أدبيات الإعاقة السمعية الراهنة إلى حدوث تغير إيجابي في مستويات التحصيل

الأكاديمي للطلبة الصم، ولكن الفروق بين أداء الطلبة الصم والطلبة غير الصم ما زالت كبيرة وجوهرية وبخاصة في الموضوعات الدراسية التي تعتمد على اللغة. ومثل هذا الأمر متوقع في ضوء العلاقة المباشرة والوطيدة بين القدرة على الكتابة من جهة وقوة السمع والقدرة على اكتساب اللغة من جهة أخرى. ويعني ذلك ضرورة إيلاء اهتمام أكبر بتدريس الطلبة الصم مهارات القراءة والاستيعاب القرائي. وربما تعمل التكنولوجيا الحديثة على استثارة دافعية الأشخاص الصم لتعلم القراءة.

ووفق هذه الصورة، تركز البرامج التربوية للطلبة المعوقين سمعياً في الوقت الراهن على تضيق الفجوة في التحصيل الأكاديمي بين الطلبة المعوقين سمعياً وغيرهم من الطلبة وذلك بتفعيل البرامج التعليمية (Moore, 1996). وبالطبع، فمثل هذا التوجه يتعارض مع التركيز على تطوير المهارات الكلامية واللغوية، فبرامج الطلبة المعوقين سمعياً تولى تطوير المهارات التواصلية اهتماماً كبيراً يكون في الأغلب، على حساب تعليم المهارات الأكاديمية (Smith & Luckasson, 1992). وتلك معضلة ينبغي التغلب عليها على نحو يسمح بتخصيص المزيد من الوقت للتعلم الأكاديمي.

الأدوات التكنولوجية المساعدة:

يتوفر في الوقت الحالي العديد من الأدوات التكنولوجية القادرة على تغيير حياة الأشخاص الصم إيجابياً. وسواء أكانت هذه الأدوات تساعد على تحسين مستوى السمع، أو التواصل، أو الوعي البيئي، فهي تقوم بدور هام على صعيد استقلالية الشخص الأصم واعتماده على ذاته. ولذلك، يجب على برامج إعداد المعلمين أن تتيح الفرص الكافية للمتدربين للتعرف إلى تلك الأدوات وإلى سبل استخدامها بشكل فعال. ومن أهم الأدوات التكنولوجية التي يمكن توظيفها لمساعدة الأشخاص المعوقين سمعياً (Easterbrooks, 1999)



- 1 - الحاسوب
- 2 - نظم العنونة
- 3 - أشرطة الفيديو
- 4 - تكنولوجيا التواصل عن بعد
- 5 - نظم التواصل بالترددات الإذاعية
- 6 - المعينات السمعية القابلة للبرمجة

7 - نظم تضخيم الصوت

8 - زراعة القوقعة

9 - نظم التدريب الكلامي بمساعد الحاسوب.

طرق التواصل:

لقد شهد تاريخ التربية الخاصة للطلاب المعوقين سمعياً اهتماماً كبيراً بتنمية قدرة هؤلاء الطلاب على التواصل وجدلاً عنيفاً حول أفضل الطرق لتحقيق ذلك. فالبعض يعتقد بضرورة تعليم المعوقين سمعياً وتهيئتهم للعيش في المجتمع ولذلك يركز هؤلاء على استخدام طرق التواصل الشفوية. أما البعض الآخر فيرى أن دمج المعوقين سمعياً ليس ممكناً إلا بتطوير استراتيجيات التواصل اليدوي ليستخدمونها مع الآخرين الذين لديهم إعاقة سمعية ومع المعلمين الذين يقومون على تربيتهم والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم. ولم تستطع البحوث والدراسات أن تقدم أدلة علمية كافية توضح أي الأسلوبين أكثر فاعلية. ولذلك سنعرض في هذا الجزء مختلف طرق التواصل المستخدمة

التواصل الشفوي:

لا يختلف الاخصائيون على أن تعليم اللغة للأطفال والشباب المعوقين سمعياً يعتبر أمراً بالغ الأهمية وإن كان أمراض بالغ الصعوبة. فتعلم اللغة يعول الكثير عليه فيما يتعلق بالنجاح الأكاديمي والنجاح في المجتمع الكبير أيضاً (Fishgrund, 1990). ويؤكد أنصار الطريقة الشفوية في التواصل (Oral - Aural Method) إن التواصل اللفظي أو الشفوي الذي يمثل فيه الكلام قناة التواصل الرئيسية يجعل الأشخاص الصم أكثر قدرة على فهم الكلمات المنطوقة وذلك من خلال الإفادة في التلميحات والإيماءات الناجمة عن حركة شفاه المتكلم. ويتضمن هذا النظام في التواصل استخدام السمع المتبقي وذلك من خلال التدريب السمعي وتضخيم الصوت، وقراءة الشفاه والكلام. ويستند هذا الأسلوب في التواصل إلى حقيقة أن الأشخاص الصم، في الغالبية العظمى من الحالات، لديهم شيء من القدرة السمعية. وهذا ما يسمى بالسمع المتبقي (Residual Hearing) وهذا السمع يجب تطويره وتنميته بالطرق المختلفة. وتتمثل إيجابيات هذا الأسلوب في تمكين الشخص الأصم من التواصل مع الآخرين الذين يسمعون. ويرى أنصار هذا الأسلوب أيضاً أن أساليب التواصل غير اللفظية (لغة الإشارة) تسهم في عزل الأشخاص الصم عن الآخرين، وأنها لا تمثل نظام تواصل كاف

ومتطور، وأنها أكثر سهولة وبالتالي فإن الأشخاص الذين يتعلمونها لن يكون لديهم دافع قوي لتعلم المهارات السمعية اللفظية.

وبالنسبة لتضخيم الصوت فهو يشمل استخدام السماعات الطبية المناسبة. ورغم أن السماعات ليست علاجاً شافياً للإعاقة السمعية فهي تزيد شدة الصوت ولكنها لا تجعل الصوت واضحاً، ومع ذلك فهي تنطوي على فوائد مختلفة بالنسبة للشخص المعوق سمعياً.



وبالنسبة لقراءة الكلام (Speechreading) أو ما يعرف أيضاً بقراءة الشفاه (Lip-reading) فإن الشخص المعوق سمعياً يستخدم حاسة البصر لفهم الكلام. فقراءة الكلام هي تفسير بصري للغة المنطوقة. والصعوبة في هذه الطريقة هي أن بعض الأصوات عندما تلفظ تبدو متشابهة على الشفاه والوجه. ويعتقد الاختصاصيون أن ثلث كلام الإنسان فقط يمكن معرفته بشكل صحيح باستخدام قراءة الشفاه. ولذلك فإن قراءة الشفاه ليست عملية سهلة وبالتالي فهي لا تستخدم بمفردها ولكنها تستخدم مع أساليب التواصل الأخرى.

أما بالنسبة للتدريب السمعي (Auditory Training) فهو الآخر طريقة تهدف إلى مساعدة الأشخاص المعوقين سمعياً في الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية لديهم. وهذا الترتيب يتم في جلسات وضمن نشاطات هادفة تسعى إلى تنمية قدرة الشخص المعوق على الإصغاء. فقد أشرنا إلى أن فقدان السمع في معظم حالات الصمم ليس فقداناً كاملاً. وإذا ما تم استخدام أدوات التضخيم المناسبة فإن السمع المتبقي يمكن توظيفه لتنمية المهارات الاستقبالية والتعبيرية. ويتضمن التدريب السمعي عادة سلسلة من المهارات التي تبدأ بإدراك الأصوات العامة ومن ثم تمييز الأحرف باستخدام حاسة السمع. وعلى وجه التحديد، تؤكد برامج التدريب السمعي على :

ب - تحديد مصدر الأصوات Localization of Sounds

ج - تمييز الأصوات Discrimination of Sounds

د - التعرف على الأصوات Recognition of Sounds

التواصل اليدوي:

التواصل اليدوي (Manual Communication) هو نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات. ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام لغة الإشارة (Sign Language) والتهجئة بالأصابع (Fingure Spelling). بالنسبة لتهجئة الأصابع فهي تشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الأبجدية. وفي العادة تستخدم التهجئة بالأصابع كطريقة مساندة للغة الإشارة إذا كان الشخص الأصم لا يعرف الإشارة المستخدمة لكلمة ما أو إذا لم يكن هناك إشارة للكلمة. بعبارة أخرى، نادراً ما تستخدم تهجئة الأصابع بمفردها للتواصل مع الشخص الأصم.

أما لغة الإشارة فهي أسلوب بصري - يدوي لاستقبال المعلومات والتعبير عنها، والإرشادات هي خليط من الأوضاع والأشكال والحركات في اليد تمثل كلمات أو أفكاراً محددة. وهذه اللغة تسمح بالتواصل بين الناس الصم، ولكن هذه الطريقة ليست مفيدة للتواصل مع الغالبية العظمى من الناس الذين يسمعون لأنهم لا يعرفون لغة الإشارة.

التواصل الكلي:

لقد شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً باستخدام كل الوسائل التي تمكن الشخص المعوق سمعياً من التواصل مع الآخرين. وهذه الاستراتيجية في التواصل تعرف بالتواصل الكلي (Total Communication) وهي تدمج الكلام والإشارات والتهجئة بالأصابع والتدريب السمعي، ... الخ.

الدمج:

مع أن دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين يعد الممارسة التربوية الأفضل في الوقت الراهن، فإن دمج الأطفال المعوقين سمعياً كان بطيئاً مقارنة بدمج الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى. وتعزو أدبيات التربية الخاصة هذا الوضع إلى الطبيعة الخاصة والمختلفة لتربية الأطفال المعوقين سمعياً.

وقد شهدت العقود الثلاثة الماضية زيادة تدريجية كبيرة في أعداد الطلاب المعوقين سمعياً

الذين يتم تعليمهم في المدارس العادية في عدد كبير من دول العالم. وسواء أكان الأمر يتعلق بالأداء الأكاديمي أم بالنمو الاجتماعي فإن البحوث العلمية ذات العلاقة بدمج الطلبة المعوقين سمعياً توصلت إلى نتائج مشجعة (Paul & Tackson, 1993).

وإذا كان دمج الطلبة الذين تتراوح درجة إعاقتهم السمعية بين بسيطة ومتوسطة غير مثير للجدل، فثمة آراء متباينة إزاء دمج الطلبة ذوي الإعاقات السمعية الشديدة والشديدة جداً. فالأشخاص ذوي القدرات السمعية المحدودة جداً يواجهون صعوبات كبيرة في المدرسة العادية. فالمعلومات في هذه المدارس تقدم شفهيّاً والطلبة يتعلمون من المحاضرات والمناقشات الصفية الجماعية والمراجع المقررة. ولذلك فالطلاب الصم لن يستفيدوا جيداً من هذه الطرق إلا إذا تم تزويدهم بخدمات داعمة مكثفة ومتنوعة. ولذا، يعتقد كثيرون بضرورة إتاحة بدائل متنوعة (الصف العادي، غرفة المصادر، الصف الخاص، المدارس النهارية الخاصة، مؤسسات الإقامة الداخلية) لذوي الإعاقات السمعية الشديدة والشديدة جداً.

وهناك آراء متباينة فيما يتعلق بأهمية ثقافة الصم من جهة وتأثيرات الدمج على النمو الاجتماعي للأشخاص الصم وضعاف السمع من جهة أخرى. وتدعم معظم الدراسات الدمج، ولكنها تشير في الوقت ذاته إلى أن الحاجة كبيرة جداً للتركيز على مؤهلات المعلمين، ومواقفهم واتجاهاتهم، ومحتوى المنهج (Paul & Jackson, 1993). ومهما يكن الأمر، تفيد التقارير الحديثة بأن معظم الطلاب الصم وضعاف السمع في الدول الغربية يتلقون تعليمهم حالياً في المدارس العادية. فقد أشارت نتائج دراسة مسحية قام بها حديثاً هولدن بت ودياكس (Holden - pitt & DiAx, 1998) إلى أن 83% من الطلاب المعوقين سمعياً في أمريكا يتلقون تعليمهم في المدارس العادية.

وأخيراً تحتاج برامج تدريب المعلمين إلى الأخذ قدر الاستطاعة بالاقترحات التي قدمها سنجلتون (Singleton, 1992) لتقوية دور الأشخاص المعوقين سمعياً:

- 1 - تشجيع الدراسات ذات العلاقة بتاريخ الأشخاص الصم والبرامج المقدمة لهم بغية تزويدهم بوسائل لتوضيح ثقافتهم لأسرهم ومجتمعاتهم.
- 2 - دعم مجتمع الصم ومؤازرة يوم أو أسبوع الأصم على المستوى المحلي والإقليمي.
- 3 - الاعتراف بالهوية الفريدة للصم وبلغتهم الخاصة.
- 4 - دعم تولى الأشخاص الصم المؤهلين أدواراً قيادية في برامج وجمعيات الصم.

- 5 - دعم التشريعات التي تقضي بتوفير الفرص للأشخاص الصم للاندماج الكامل في المجتمع.
- 6 - توعية أولياء الأمور حول طرق التواصل مع أطفالهم الصم.
- 7 - زيادة أعداد المعلمين والمديرين الصم في البرامج التربوية لتقديم نماذج إيجابية لهذه الفئة.
- 8 - دعم توفير مترجمي لغة إشارة مؤهلين في برامج الدمج.
- 9 - إتاحة الفرص للأشخاص الصم لمواصلة تعليمهم والالتحاق ببرامج التدريب المهني.
- 10 - توفير تسهيلات خاصة للأشخاص الصم للحصول على المعينات السمعية.

6

الفصل السادس

الاعاقة البصرية

تمهيد

إن الدور الحيوي لحاسة البصر في الحياة دور واضح كل الوضوح. كذلك فإن التأثيرات المحتملة لتعطل هذه الحاسة أو ضعفها جلية وقد تكون كبيرة جداً وقد تشمل الصعوبات الحركية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والتربوية. ونقول ذلك لأن الإنسان الذي يفقد بصره يفقد قناة رئيسية من قنوات تواصله مع العالم من حوله ويصبح مرغماً على الاعتماد على الحواس الأخرى وخاصة حاستي السمع واللمس. ولكن هاتين الحاستين وغيرهما من



الحواس الأخرى لا تعوضه بما يكفي لكتسب المعلومات مما يجعل خبراته محدودة كما نوعاً (الحديدي، 1998).

إلا أن ذلك لا يعني أن عالم المعوقين بصرياً عالم محدود. فعالم المكفوفين وضعاف البصر ليس أقل إثارة من عالم الأشخاص الذين يتمتعون بقدرات بصرية عادية، فهم يتمتعون بحب الاستطلاع ولديهم الرغبة في الاستكشاف والعلم شأنهم في ذلك شأن الناس جميعاً (Bar-raga & Erin, 2001).

تعريف الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية (Visual Impairment) هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه. والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان. وهذا الضعف ينتج عن تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو الجروح في العين. ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعاً الإعاقات التي تشمل البصر المركزي. وبشكل عام، يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين.

أ - المكفوفون (Blind)

ب - المبصرون جزئياً (Partially Sighted)

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: الزاوية القانونية والزاوية التربوية. يعتمد التعريف القانوني (الطبي) على حدة البصر (Visual Acuity). وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). بعبارة أخرى، حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يصبح مركزاً على الشبكية. وحدة الإبصار العادية هي 20/20. فأن نقول إن حدة إبصار الشخص 60/20 مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد 60 قدم. وتبعاً لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفاً (قانونياً) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من 200/20. كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار (Field of Vision) ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه. ومجال الإبصار يقاس بالدرجات وهو يبلغ حوالي (180) درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية. فإذا كان مجال البصر يساوي (20) درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانونياً. أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ولذلك فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق بريل. وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونياً غالباً ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي (Residual Vision).

وأما ضعف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20 إلى 200/20 في العين الأقوى بعد التصحيح. ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة (Barraga, 1976).

نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

تتصف الإحصائيات المتعلقة بنسبة انتشار الإعاقة البصرية بالتباين الشديد من دولة إلى أخرى. وعلى أي حال، تشير معظم الإحصائيات إلى أن ما بين 15 إلى 50 من كل 10000 لديهم إعاقة بصرية شديدة. وتشير الإحصائيات أيضاً إلى أن نسبة الانتشار تزداد مع تقدم العمر (Haring, 1982).

نبذة تاريخية:

لقد كان المكفوفون الأوفر حظاً بين ذوي الحاجات التعليمية الخاصة في معظم دول العالم.

فقد أنشئت المؤسسات الخاصة لرعايتهم قبل ظهور أية مؤسسات لفئات الإعاقة الأخرى. ويعتبر الفرنسي فالنتين هوي أول من أسس مدرسة لتربية المكفوفين. وبعد ذلك بفترة قصيرة ظهرت مؤسسات عديدة لتأهيل المكفوفين في الدول الأوروبية الأخرى.

وبعد مضي عدة عقود أنشئت بعض المؤسسات الخاصة للمكفوفين في الولايات المتحدة الأمريكية، وكان ذلك في بداية القرن التاسع عشر. وبقيت مؤسسات الإقامة الداخلية النموذج المستخدم إلى بدايات القرن العشرين. أما الأطفال ضعاف البصر فكانوا يتلقون تعليمهم في صفوف خاصة كانت تعرف باسم "صفوف الحفاظ على البصر". وكانت تلك الصفوف تستند إلى افتراض أثبتت الأيام عدم صحته ومفاده أن المحافظة على القدرات البصرية المتبقية يتطلب عدم استخدامها. وقد وصل الأمر ببعض المدارس إلى تدريس أولئك الأطفال في صفوف مظلمة تماماً خوفاً من أن يفقدوا ما ظل لديهم من حاسة البصر (Heward, 2002).

بعد ذلك شرعت بعض المدارس العادية بتهيئة فصول خاصة للأطفال المعوقين بصرياً. وتبعاً لهذا البديل التربوي يمكث الطفل في منزله ومع أسرته ويمضي يومه الدراسي في صف خاص مفصول عن الصفوف الأخرى في المدرسة. ثم انبثقت بدائل تربوية أخرى استناداً إلى فلسفة الدمج في الأنشطة المدرسية العادية إلى أقصى حد ممكن (الحديدي، 1998).

الجهاز البصري:

يتكون الجهاز البصري لدى الإنسان من العين والعصب البصري والقشرة البصرية (الفص الدماغي الخلفي). وتتألف العين من ثلاث طبقات هي: الطبقة الخارجية، الطبقة الوسطى، الطبقة الداخلية.

الطبقة الخارجية (Outer Tunic)

تتكون الطبقة الخارجية للعين من القرنية (Cornea) وهي جزء شفاف يخلو من الأوعية الدموية وتعمل بمثابة نافذة للعين، والصلبة (Sclera) وهي الجزء الأبيض ووظيفتها الأساسية حماية العين.

الطبقة الوسطى (Middle Tunic)

تتكون الطبقة الوسطى للعين من الأجزاء التالية:

- 1 - المشيمة (Choroid) وهي جزء غني بالأوعية الدموية ووظيفتها تغذية العين.
- 2 - الجسم الهدبي (Ciliary Body) ومن أهم أجزائه العضلات الهدبية التي تعمل على

انقباض واسترخاء الألياف وبذلك تعمل على ضبط مستوى الضغط على عدسة العين. كذلك يفرز هذا الجسم السائل المائي.

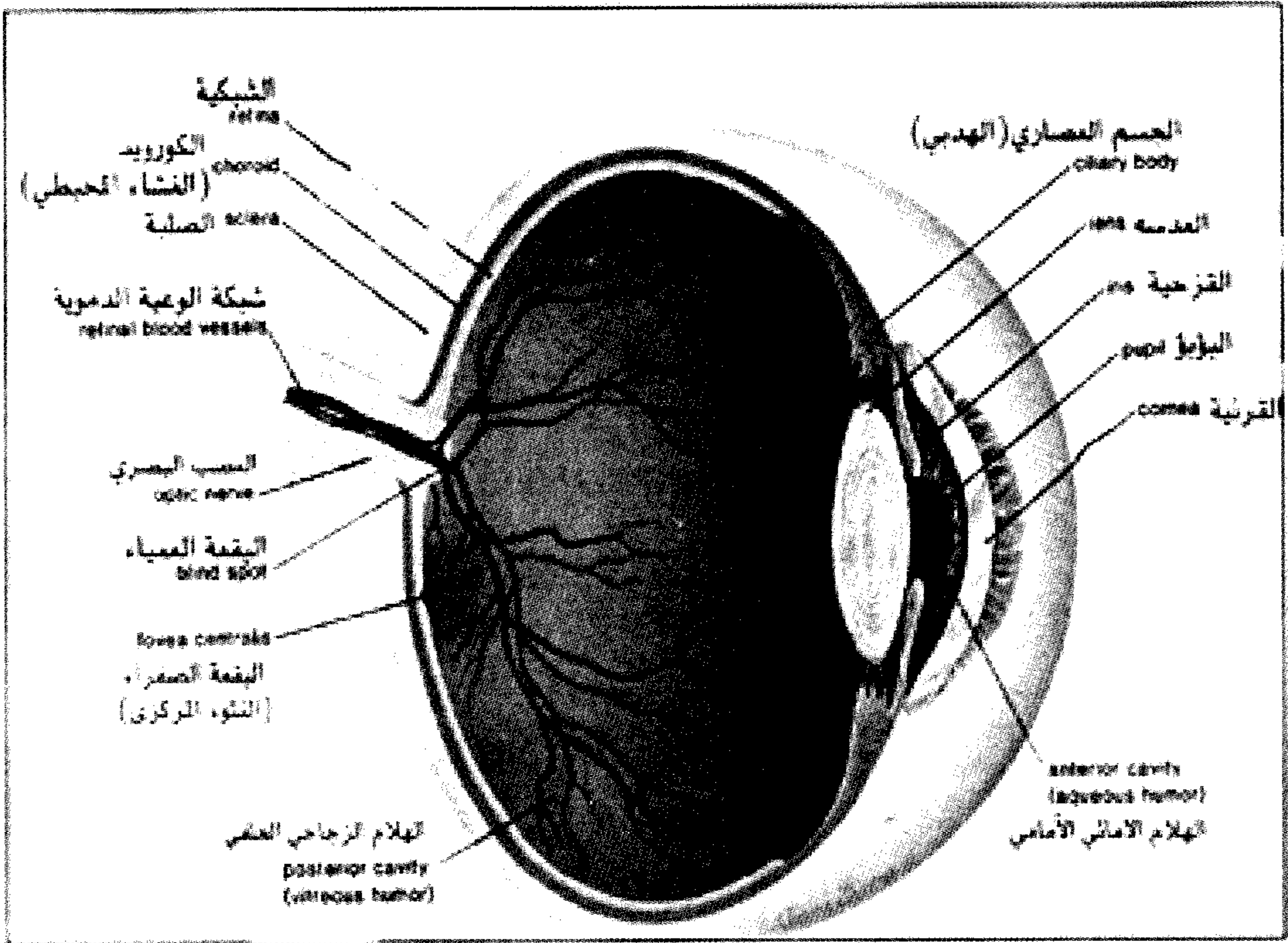
3 - العدسة (Lens) وهي جزء شفاف محدب من الجانبين ووظيفتها الأساسية تركيز الضوء على الشبكية حيث أنها تعمل على انكساره.

4 - القزحية (Iris) وهي الجزء الملون من العين وتقع بين القرنية والعدسة. وفي منتصفها الحدقة (Pupil) التي تعمل بمثابة فتحة تنظم دخول الضوء إلى الجزء الداخلي من العين حيث أنها تتوسع في الظلام وتنقبض في حالة الإضاءة الشديدة.

ويسمى الجزء الذي يقع بين القرنية والقزحية بالغرفة الأمامية (Anterior Chamber) في حين يسمى الجزء الذي يقع بين القزحية والعدسة بالغرفة الخلفية (Posterior Chamber). أما الجزء الذي تقع فيه العدسة والشبكية فيسمى بالسائل الزجاجي وهو سائل يحافظ على شكل العين ويدعمها.

الطبقة الداخلية (Inner Tunic)

من أهم أجزاء الطبقة الداخلية للعين الشبكية (Retina) وهي جزء بالغ التعقيد تشريحياً ووظيفتها تحويل الضوء إلى سيالات عصبية وإيصالها إلى المراكز العليا في الدماغ عن طريق العصب البصري. في منتصف الشبكية يوجد نقطة صفراء تسمى بالنقطة المركزية (Fovea Centralis) ويكون فيها الإبصار حاداً جداً ويطلق عليه اسم البصر المركزي (Central Vision). أما الإبصار الذي يحدث من خارجها فهو يسمى البصر المحيطي (Peripheral Vision) وتسمى المنطقة التي تتصل فيها الشبكية مع العصب البصري بالنقطة العمياء (Blind Spot) حيث أن هذه المنطقة منطقة ليفية تخلو من الخلايا المستقبلية. ويوجد في الشبكية خلايا متخصصة (يزيد عددها عن 25 مليون خلية) تسمى بالمخاريط (Cones) والعصي (Rods) وهذه الخلايا مسؤولة عن رؤية الألوان. فعندما تثار العصي والمخاريط بالضوء تقوم بإرسال نبضات عصبية إلى الدماغ (القشرة البصرية) عبر العصب البصري (Optic Nerve) وهو العصب القحفي الثاني. وتتشعب ألياف من كل عصب بصري وتتجه إلى الجانب المعاكس من الدماغ فتتقاطع مع بعضها مكونة ما يعرف باسم التصالب البصري (Optic Chiasma).



أسباب الإعاقة البصرية:

عديدة هي أسباب الإعاقة البصرية، وبعض هذه الأسباب يحدث في مرحلة ما قبل الولادة وبعضها يحدث أثناء عملية الولادة نفسها نتيجة المضاعفات وبعضها الآخر يحدث بعد الولادة. وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية والتي ترتبط بالحوادث أو الإصابات بعد الولادة بالعوامل المكتسبة (Adventitious). أما العوامل الوراثية فكثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وإذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (Congenital). على أن بعض الحالات المرضية الوراثية لا تظهر أعراضها منذ الولادة ولكنها تتأخر إلى مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد. وما يعنيه ذلك هو أن الحالات المرضية الولادية قد لا تكون وراثية وإنما ناتجة عن أسباب أخرى، ولكن أعراضها تظهر بعد مضي عدة شهور وربما عدة سنوات (الحديدي، 1998).

انفصال الشبكية (Retinal Detachment)

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها. ومن أهم أعراض

انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والآلام الشديدة والضوء الومضي الخاطف. وتعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي والسكري.

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy)

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى. وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه. ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حالياً يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر.

انتكاس النقطة المركزية (Macular Degeneration)

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة. وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور. ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية.

الماء الأسود (Glaucoma)

الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكراً. وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحياً في العادة. أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير. وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى. ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقاف أية تدهورات مزمنة. إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً. وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

أ - المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma)

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل. وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف. وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الأمام. وفي البداية يتجنب

الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب - المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma)

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح. ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط. وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية وجلوكوما الراشدين) أولياً (أي ليس ناتجاً عن مرض ما في العيون) أو قد يكون ثانوياً (ناتجاً عن مرض ما في العين).

الماء الأبيض (Cataract)

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة. وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار ولكنه قد يحدث مبكراً أيضاً بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين. وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Cataract) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة. ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيداً في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءاً تدريجياً ويحدث صعوبة في الرؤية. وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتم. وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفاً جداً ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 200/20 إلى 400/20 في العين التي أجري لها عملية جراحية. ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة. ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90% - 95%.

ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy)

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأضرار التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأكسجين. وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعاً لدى الشباب. وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثياً، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي.

التليف خلف العدسي (Retrolental Fibroplasia)

مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في

الأنسجة خلف العدسة. وتتأثر الأوعية الدموية أيضاً وتتلف الشبكية. وأحياناً تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision). وبشكل عام، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

الحول (Strabismus)

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ومن المهم أن تتحرك العينان معاً لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي (Binocular Vision). فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معاً بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عيناً واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل. وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم. ويعتبر الحول إلى الداخل (Esotropia) وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعاً بين الأطفال. وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة. وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف. وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (Exotropia) أو ما يعرف بالحول الوحشي ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث أن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

توسع الحدقة الولادي (Aniridia)

هو تشوه ولاده ينتقل على هيئة جين سائد، تكون فيه الحدقة واسعة جداً نتيجة عدم تطور القرنية في كلتا العينين. ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدودة وربما أيضاً رآة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار. ويستخدم الأفراد المصابون أحياناً النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

البهق (Albinism)

هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جداً أو معدومة ولهذا فإن الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه. وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقرًا وشعره أبيضًا وعيناه زرقاوتين. وتكون القرنية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء. وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحياناً بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عادياً.

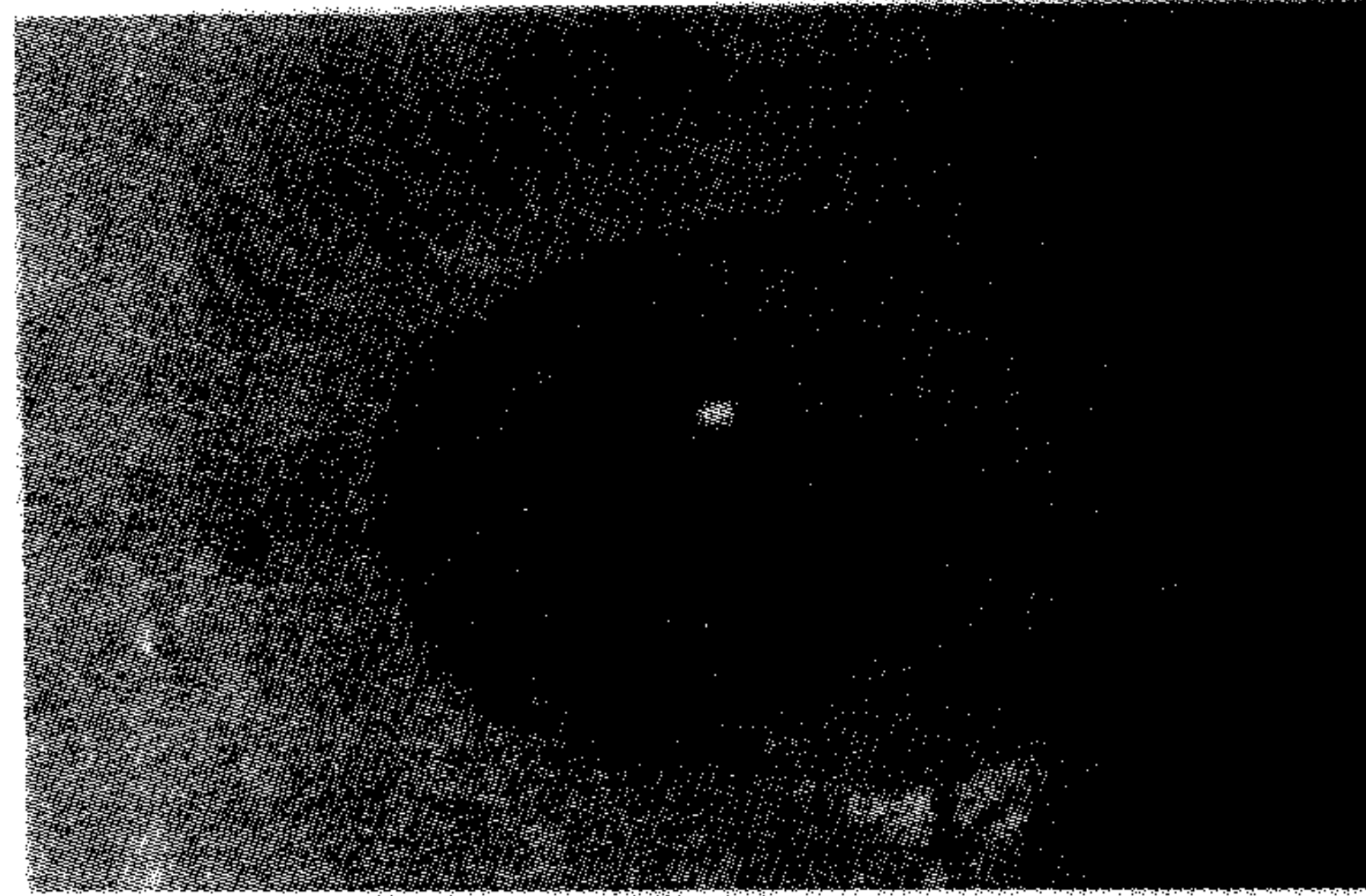
وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الانكسار والرأفة وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء. وبوجه عام، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 70/20 إلى 200/20 .

التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa)

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجياً. ويحدث عملى ليلي (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدوداً أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقياً. وغالباً ما يكون هذا المرض مرتبطاً بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي. ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

القصور في الأنسجة (Coloboma)

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية. ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورأفة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.



القرنية المخروطية (Keratoconus)

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي. وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين. وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الإناث منه لدى الذكور.

رأفة العين (Bystagmus)

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوار، وقد تكون حالة الرأفة مؤشراً على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية.

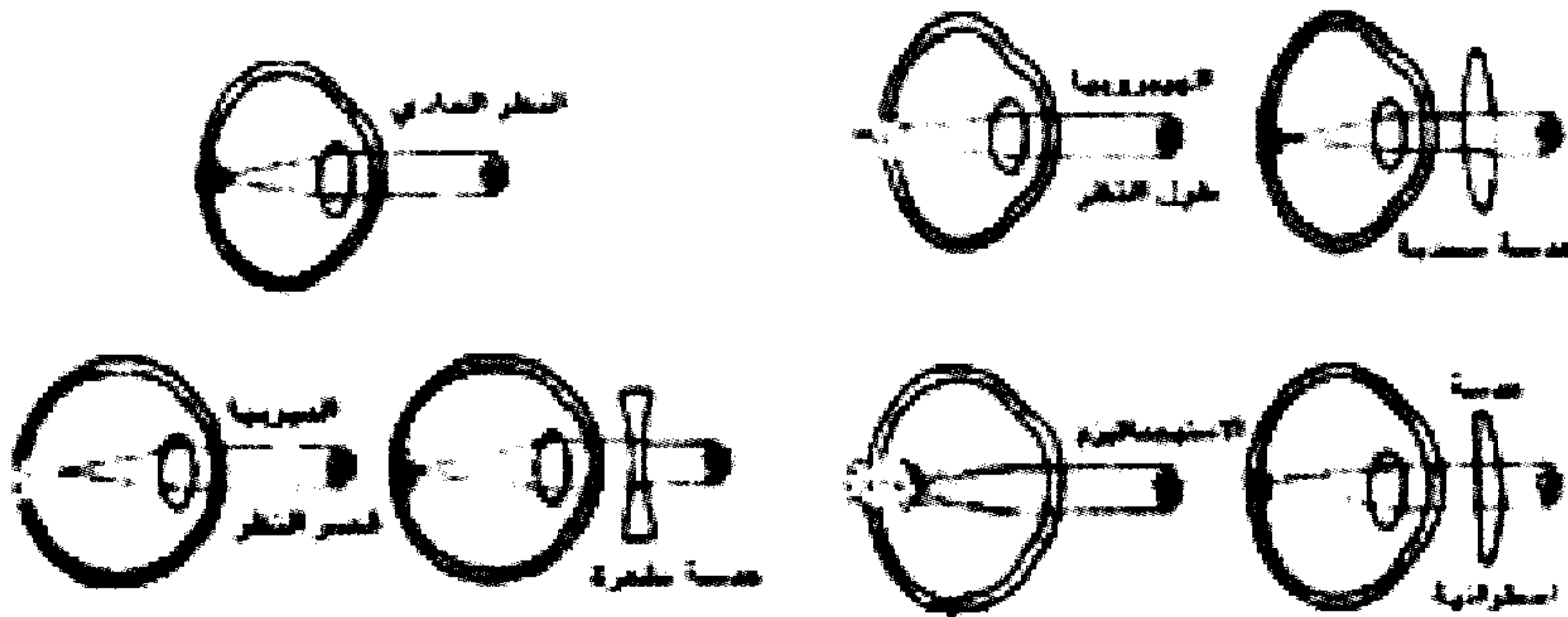
العين الكسولة (Amblyopia)

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيداً طبيياً. ويحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين. ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر. ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة. وأي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلباً على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين.

أخطاء الانكسار (Errors of Refraction)

قصر النظر (Myopia)

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة. وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها. وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالباً ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8 - 12 سنة). ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكراً جداً. ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة. وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (Blurred Central Vision). ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تماماً. ويبدو أن هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثياً فذلك أمر غير معروف.



طول النظر (Hyperopia)

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها. وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية. وفي كل من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد. وفي

العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية. وعند الكبار، قد يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة (Presbyopia). فبسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة. وقد يحتاج الإنسان العادي إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

حرج البصر (Astigmatism)

تعتبر هذه الحالة أيضاً من حالات أخطاء الانكسار التي تؤثر على حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه عليها وبعضه الآخر خلفها. ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة.

التقييم التربوي - النفسي للأطفال المعوقين بصرياً

ينطوي تقييم القدرات التربوية - النفسية على تحديات كبيرة. والسبب الرئيسي وراء ذلك هو أن الاختبارات الرسمية المتوفرة تم تطويرها على مجموعات من المبصرين وخبرات الأفراد المعوقين بصرياً تختلف جوهرياً عن خبرات تلك المجموعات. يضاف إلى ذلك حرمان الشخص المعوق بصرياً من المواد والوسائل التعليمية المناسبة وحرمانه من الفرص اللازمة لاكتساب المهارات والمعارف بسبب حماية الأهل الزائدة له حرصاً على سلامته وتخوفاً من تعرضه للأذى.

ولما كانت الاختبارات التقليدية غير ملائمة بدون إجراء بعض التعديلات عليها فلا بد من ذكر أهم تلك التعديلات وهي:

- 1 - تقديم تعليمات وتوضيحات لفظية إضافية.
- 2 - توجيه الكفيف جسدياً لتفحص المواد من خلال لمسها.
- 3 - تحويل فقرات الاختبارات إلى شكل لمسي أو سمعي (Davis, 2003).

إضافة إلى الاختبارات هناك حاجة إلى استخدام أدوات أخرى مثل الملاحظة المباشرة والمقابلات والاستبانات وقوائم التقدير. ويشكل تقييم القدرات التربوية - النفسية القاعدة التي تنبثق عنها العملية التعليمية، فبدون معرفة مواطن الضعف ومواطن القوة لدى الطفل المعوق بصرياً لن يكون التعليم فعالاً لأن المعلم لن يكون قادراً في هذه الحالة على معرفة ماذا يعلم .

أما التقييم الموضوعي فهو ينطوي على العديد من الفوائد منها تقديم تغذية راجعة عن فاعلية البرامج التربوية وتفعيل أساليب التعليم من خلال توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات المناسبة فيما يتصل بالتعديلات اللازمة.



إن عدم توفر أدوات كافية مصممة خصيصاً لتقييم الأطفال المعوقين بصرياً يدفع بالأخصائيين إلى الاستمرار في استخدام الأدوات التقليدية (مثل اختبار ستانفورد بينيه، والاختبار اللفظي في مقياس وكسلر لذكاء الأطفال وغير ذلك). وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن أخطاراً حقيقية قد تترتب عن مثل هذه الممارسة. ومن أهم تلك المخاطر الخروج باستنتاجات وتفسيرات غير دقيقة وبالتالي اتخاذ قرارات غير حكيمة (Arter, 1999)

الخصائص النفسية - التربوية للأطفال المعوقين بصرياً

للإعاقة البصرية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو المختلفة، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة من أهمها:

أ - العمر عند حدوث الإعاقة البصرية

ب - شدة الإعاقة البصرية

ج - نوع الإعاقات الأخرى المصاحبة للإعاقة البصرية وشدها.

د - الفرص المتاحة للفرد للتعلم والنمو.

النمو المعرفي:

يشير كيرك وجلوفر (Kirk & Gallagher, 1989) إلى أن الاعتقاد الذي كان سائداً في الأربعينات والخمسينات هو أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على ذكاء الإنسان باستثناء كونها

تحدّ من إمكانية استخدام بعض المفاهيم البصرية. وينوه كيرك وجلوفر إلى أن تفسير الذكاء وتطوره كان مستنداً إلى افتراض مفاده أن العوامل الوراثية وليس البيئية هي التي تحدّد القدرات العقلية العامة وأن العوامل البيئية بالتالي لا تترك أثراً ملحوظاً إلا إذا كانت تتضمن حرماناً هائلاً وأن الإعاقة البصرية لا تشكل أحد أشكال ذلك الحرمان البيئي.

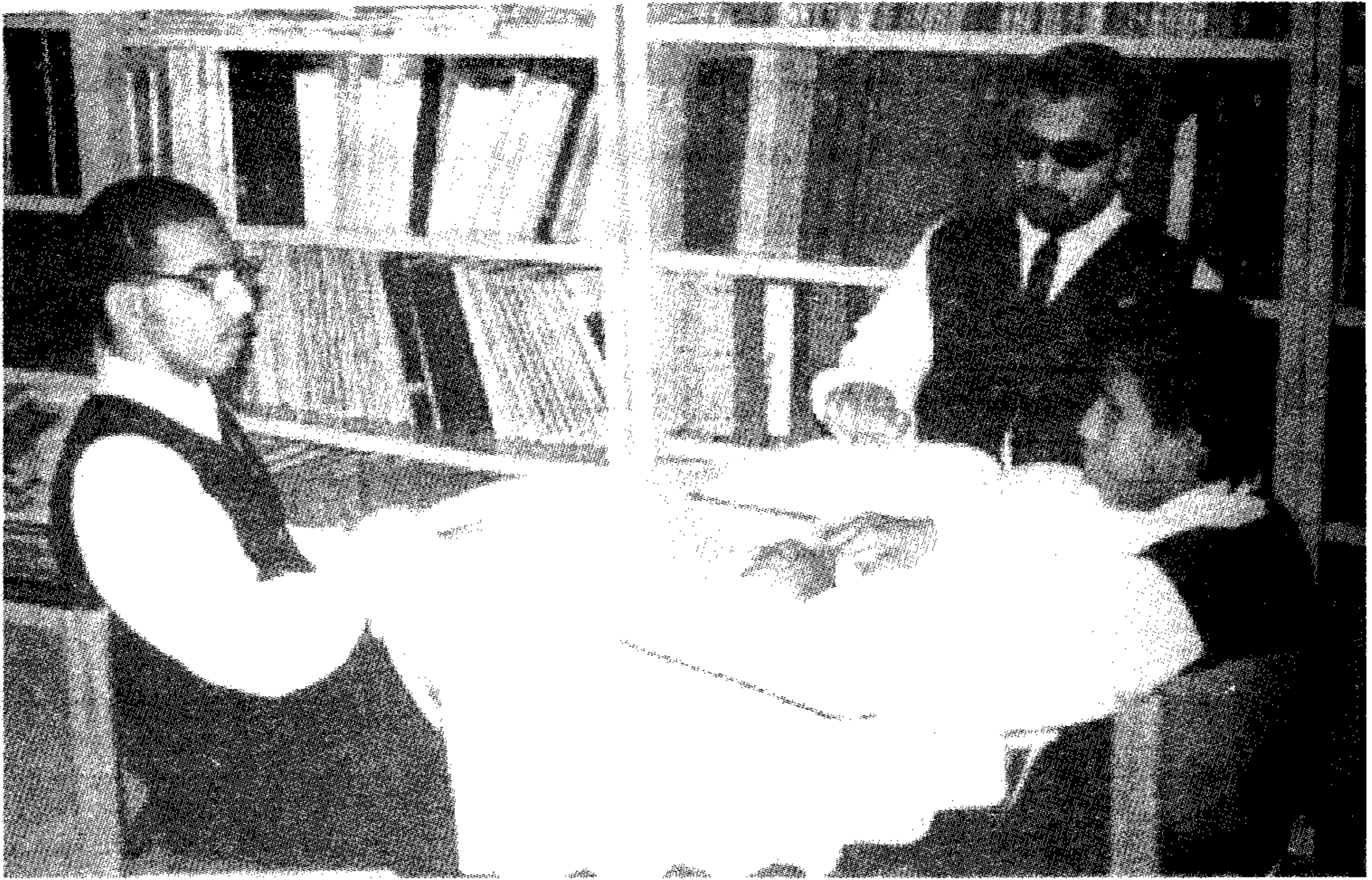
على أن هذا الاعتقاد لم يعد سائداً حالياً حيث أننا ندرك الآن أن الذكاء إنما هو نتاج جزئي للخبرات التراكمية في حياة الإنسان وبخاصة خبرات الطفولة المبكرة. وبناءً على ذلك فإن الإعاقة البصرية هي إعاقة رئيسية وحالة قد تعيق النمو المعرفي لأنها تحدّ من إمكانية تكامل وفهم الخبرات التي يمر بها الإنسان المبصر بصورة طبيعية عبر حاسة البصر (Kirk & Gallagher, 1989).

ويؤكد يسليدايك وألجوزين (Ysseldyke & Algozzine, 1990) على ذلك إذ يلاحظ أن الذكاء إنما هو قضية تطوير للمفاهيم وأن مفاهيم عديدة من تلك التي يتعلمها الإنسان تكتسب كاملاً عبر الوسائل البصرية. ولذلك فليس أمراً مدهشاً أن يواجه الإنسان المعوق بصرياً صعوبات في تعلم المفاهيم. كذلك فإن المعلومات البصرية تثير السلوك وتوجهه وتزود الفرد بمعلومات عامة تمكنه من تنظيم عالمه الخارجي. وبسبب الافتقار إلى المعلومات البصرية فإن الإنسان المعوق بصرياً يعتمد على حاسة السمع واللمس وغيرهما لتكوين المفاهيم. وهذه الحواس قد لا تزود الإنسان إلا بمعلومات جزئية. ولا يعني ذلك بأي حال من الأحوال إن الإنسان المعوق بصرياً متأخر عقلياً ولكن المقصود هو أن أداء أفراد كثيرين ممن يعانون من الإعاقة البصرية يكون ضعيفاً على اختبارات الذكاء المقننة المعروفة. وليس من شك في أن السبب في ذلك هو طبيعة اختبارات الذكاء نفسها حيث أن هذه الاختبارات تتضمن فقرات تتطلب الإجابة عنها بشكل صحيح معلومات بصرية يفتقر لها الإنسان المعوق بصرياً.

النمو اللغوي

قد يواجه الأفراد المعوقون بصرياً صعوبات جمة على صعيد التواصل مع الآخرين، فهم يستخدمون الكتب ذات الأحرف المبكرة أو برييل والمواد المسجلة وغير ذلك للقراءة. كذلك فهم لا يكتسبون اللغة غير اللفظية لأنهم لا يستطيعون رؤية المشاعر والأفكار التي تعبر عنها الابتسامة أو النظرة الغاضبة وما إلى ذلك (Ysseldyke & Algozzine, 1990) كذلك فإن لطبيعة الخبرات التي يمر بها الإنسان أثراً على تطور اللغة بجميع أشكالها بما في ذلك الاستماع والتكلم والكتابة وليس القراءة فقط (School, 1986)

والنمو اللغوي شأنه في ذلك شأن النمو الإنساني عموماً تمتد جذوره في مرحلة الرضاعة المبكرة ومظاهر النمو جميعاً تؤثر وتتأثر ببعضها البعض عبر الخبرات التي تتوفر للطفل للتفاعل مع الناس والأشياء في البيئة. ولعل ذلك يفسر لجوء الأشخاص المعوقين بصرياً إلى استخدام الكلمات المرتبطة بالإبصار مثل: أرى، أنظر وما إلى ذلك. ويقترح كارترايت ورفاقه (Cartwright et al., 1985) تشجيع الأشخاص المعوقين بصرياً على استخدام مثل هذه الألفاظ لأن باستطاعتهم أن يتعلموها من خلال توظيف الحواس غير البصرية وإن يدركوا أن اللغة تعمل بمثابة قناة توصلهم بالعالم الخارجي خارج نطاق السمع واللمس.



وعلى أي حال، ينبغي التنويه إلى أن جدلاً عنيفاً كان وما يزال يدور حول أثر الإعاقة البصرية على النمو اللغوي. ففي كتابة المعروف، يستخدم كتسفورث (Cutsforth, 1951) وهو شخص مكفوف مصطلح اللاواقعية اللفظية (Verbalism) للتعبير عن أن الإنسان المكفوف يستخدم الكلمات التي لم يشتقها من الخبرة الذاتية الملموسة ولكنه يستخدمها للحصول على الموافقة الاجتماعية. ولكن ديموت (Demott, 1982) درس مجموعة من الأطفال المبصرين والأطفال المعوقين بصرياً للتعرف إلى قدراتهم على الربط بين الكلمات وفهمها. وقد وجد هذا الباحث أن كلتا المجموعتين تتعلمان كلمات كثيرة من خلال ربطها بكلمات أخرى وليس من خلال الخبرة المباشرة أما ماتسودا (Matsuda, 1984) فأجرى دراسة بهدف معرفة الفروق في الاستخدام اللغوي والتطور اللغوي لدى الأطفال المبصرين والأطفال المكفوفين. وقد أجريت

الدراسة على 33 طفلاً كفيفاً و 33 طفلاً مبصراً. ولم تبين هذه الدراسة أية فروق ذات دلالة بين المجموعتين. وعلى وجه التحديد، وجد هذا الباحث أن الإعاقة البصرية بحد ذاتها لا تعيق قدرة الطفل على التواصل. وقد دعمت دراسة سيفيلي (Civelli, 1983) نتائج تلك الدراسة. وخلص وارن (Warren, 1984) في كتابه المعروف عن أثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو في مراحل الطفولة إلى القول بالنسبة للأطفال المكفوفين الذين لا يعانون من إعاقات إضافية، ثمة أدلة محدودة على وجود فروق في النمو عن الأطفال المبصرين في مجال النمو اللغوي. والجانب الذي لا يزال السؤال حوله دونما إجابة هو المعنى (بما في ذلك اللاواقعية اللفظية). إن البحوث التي أجريت في السنوات القليلة الماضية تدعم بقوة حقيقة أن الأطفال المعوقين بصرياً لديهم الذخيرة اللفظية ذاتها الموجودة لدى المبصرين إلا أن معاني ودلالات الكلمات بالنسبة للمعوقين بصرياً ليست ثرية أو مفصلة كما هو الحال بالنسبة للمبصرين. وليس واضحاً بعد ما إذا كان لهذه الفروق أية مضامين بالنسبة للقدرة على التفكير (ص 278).

النمو الحركي:

على النقيض من بعض الاعتقادات الشائعة حول أثر الإعاقة البصرية على النمو الحركي والنمو بوجه عام تبين البحوث العلمية أن الإعاقة البصرية ليس لها أثر مباشر على مظاهر النمو الجسمي. فالأشخاص المعوقون بصرياً لا يختلفون عن الأشخاص المبصرين من حيث الحجم أو المظهر الجسمي. ومهارات التآزر العضلي والقوة الجسمية لا تتأثر سلباً أو إيجاباً بالإعاقة البصرية (Demott, 1982) على أن الأشخاص المعوقين بصرياً يظهرون مظاهر جسمية نمطية كانت تسمى في الماضي لزمات العمى (Blindisms) وتسمى حالياً الاستجابات الحركية النمطية (Mannerisms). وهذه الاستجابات تشمل هز الجسم والضغط على العين بأصابع اليد وشد الشعر وتحريك اليدين بطريقة غير هادفة والدوران في المكان نفسه والحملقة في مصدر الضوء. ومع أن الأطفال المعوقين بصرياً تتطور لديهم الحركة التي تتطور لدى المبصرين وأن نموهم الجسمي يتطور تبعاً لتسلسل المراحل النمائية الطبيعية، إلا أن عدم القدرة على الإبصار تحد من الدافعية للوصول إلى الأشياء والبحث عنها ربما لأنهم لا يعرفون أنها موجودة. فالطفل المعوق بصرياً يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الأصوات والوصول إليها. ونتيجة لذلك فلا غرابة في أن يكون نمو الطفل المعوق بصرياً من حيث معدل سرعته بطيئاً (Fraiberg, Siegel, & Gibson, 1966) والتنقل الآمن والفعال والمستقل يتطلب أولاً تطور الإدراك بأجزاء الجسم وفهم الاتجاهات والوضع في الفراغ والمهارات اللازمة للجلوس والوقوف ومن ثم المشي.

وقد لاحظت فريبرج (Fraiberg, 1977) تأخراً في النمو الحركي لدى الأطفال المعوقين بصرياً وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم استثارة الأشياء لدافعية هؤلاء الأطفال. وإذا ما اقترنت مثل هذه الخبرات بعدم تشجيع الأسرة للطفل وعدم تزويده بالخبرات اللازمة للتطور الحركي فقد يبلغ الطفل سن المدرسة وهو يفتقر إلى مهارات التعرف على البيئة والتنقل والحركة بشكل مستقل. ولذلك فإن أكثر الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المعوقون بصرياً على الصعيد الحركي هي تلك التي تتعلق بالتعرف والتنقل. ويعني التعرف (Orientation) قدرة الإنسان على معرفة موقعه في البيئة في حين يعني التنقل (Mobility) القدرة على الحركة بأمان وفاعلية من مكان إلى آخر. ولذلك يعتبر التدريب على التعرف والتنقل عنصرين رئيسيين في مناهج المعوقين بصرياً.

التحصيل الأكاديمي:

تؤكد نيولاند (Newland, 1986) أن العمليات التعليمية الرئيسية لدى الأطفال المكفوفين لا تختلف عن تلك التي يستخدمها الأطفال المبصرون باستثناء بعض المشكلات الخاصة المتعلقة ببعض أشكال معالجة المعلومات. أما تأثير الإعاقة البصرية على الأداء الأكاديمي فهو يعتمد أساساً على شدة الإعاقة البصرية والعمر عند الإصابة. ويرى يسلايك وألجوزين (Yssel-dyke & Algozzine 1990) أن الإعاقة البصرية القابلة للمعالجة بالعدسات الطبية ليس لها تأثير كبير على الأداء الأكاديمي إذا اتخذت التدابير الصفية اللازمة مثل الإضاءة الخاصة ومكان جلوس الطفل في الصف. أما الأطفال الذين يعانون من إعاقة بصرية جزئية فهم بحاجة إلى مواد تعليمية الكتابة فيها مبكرة وواضحة وإلى معينات بصرية وغير ذلك من الأدوات. وأخيراً فإن المكفوفين يحتاجون في العادة إلى استخدام بريل وهؤلاء الأطفال هم الذين يواجهون مشكلات أكاديمية جمة.

النمو الاجتماعي - الانفعالي:

تؤثر الإعاقة البصرية بشكل غير مباشر على بعض مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي. فاتجاهات الآباء والرفاق والمعلمين والآخرين لها تأثيرات مهمة على الشخص المعوق بصرياً، حيث أنها قد تشكل اتجاهاته نحو نفسه ومفهومه لذاته واتجاهاته نحو الآخرين أيضاً. والأطفال المكفوفون الذين يواجهون بالرفض أو يتم استثناؤهم من الأنشطة أو يمنعهم افتقارهم إلى مهارات التعرف والتنقل من التفاعل مع الآخرين قد يخفون في بناء الثقة بالذات. كذلك قد يتجنب الآخرون التفاعل مع الطفل المعوق بصرياً بسبب الاستجابات النمطية التي أشرنا

إليها سابقاً. والأهم من ذلك أن مجرد كون الطفل مكفوفاً قد يقود الآخرين إلى تجنبه لأنهم لا يعرفون كيف يتفاعلون معه (Demott, 1982).

وقد تعوق ردود الفعل هذه قدرة الطفل المعوق بصرياً على تطوير الأنماط السلوكية الاجتماعية المناسبة وبالتالي قد تؤدي إلى صعوبات اجتماعية وانفعالية. فقد تتطور أنماط من الاعتمادية والسلبية وهو ما يعرف باسم العجز المتعلم (Learned Helplessness). على أي حال، ليس هناك أية خصائص اجتماعية أو انفعالية خاصة تميز الأطفال المعوقين بصرياً عن الأطفال المبصرين. فثمة فروق فردية هائلة بين الأطفال المعوقين بصرياً. وبوجه عام، تهتم البرامج التربوية الخاصة التي تعنى بهذه الفئة من الأطفال بتدريبهم لاكتساب المهارات الاجتماعية المناسبة (Van Hasselt, Simon, & Mastanueno, 1982).

ويشير لوينفيلد (Lowenfeld, 1973) في كتابه الشهير (الطفل المعوق بصرياً في المدرسة) إلى أن ردود الفعل الانفعالية والاجتماعية للأطفال المعوقين بصرياً تشبه ردود فعل الأطفال الآخرين مع أن عوامل مختلفة قد تكون مسؤولة في حالة الأطفال المبصرين. ولا يتوفر أدلة علمية كافية على أن هناك فروقاً جوهرية بين المكفوفين والمبصرين من الناحية السيكولوجية. ولكن كتسفورث (Cutsforth, 1951)، كان من أوائل الذين أشاروا إلى أن الإعاقة البصرية تؤثر على التنظيم السيكولوجي الكلي للفرد. فقد كتب هذا الباحث في كتابه المعروف (المكفوف في المدرسة والمجتمع) يقول إن كف البصر يغير تنظيم الحياة العقلية للفرد بأكملها. وكلما حدث هذا الوضع المولد للإحباط مبكراً أكثر، كانت الحاجة إلى إعادة التنظيم أكثر.



وهناك زخم هائل من الأدلة المتناقضة فيما يتعلق بمستوى تكيف الأشخاص المبصرين. وبما أن البحث لا يقدم أدلة كافية تدعم الاعتقاد الشائع بأن المكفوفين يعانون من سوء التوافق، فليس أمام المتأمل في الأدبيات المتعلقة بسلوكيات المكفوفين إلا أن يخلص إلى استنتاج رئيسي مفاده أن المشكلات الشخصية ليست محصلة مباشرة لفقدان الحسي البصري المكتسب على سيكولوجيته قبل حدوث الإعاقة وعلى الظروف البيئية. وقد ألفت دراسات عديدة الضوء على الخصائص السلوكية للأشخاص المكفوفين (الحديدي، 1998).

وقد لاحظ وارن (Warren, 1984) إن الدراسات المتعلقة بمفهوم الذات لدى الأشخاص المكفوفين أخفقت في التوصل إلى نتائج متسقة ومتشابهة. ففي حين وجدت بعض الدراسات أن مفهوم الذات لدى المكفوفين ضعيف فشلت دراسات أخرى في التوصل إلى تلك النتيجة. على أن هذا الكاتب راجع الأدبيات المتصلة بمفهوم الذات لدى المكفوفين وخرج باستنتاج مفاده عدم وجود فروق عامة ذات أهمية بين المكفوفين والمبصرين من هذه الناحية.

وحاولت دراسات أخرى معرفة أثر مستوى الإعاقة البصرية على التكيف، فتبين أن الإعاقة البصرية الكلية ترتبط باضطرابات شخصية أقل من تلك التي ارتبطت بها الإعاقة البصرية الجزئية. من جهة أخرى، يعتبر النمو الاجتماعي من المجالات الأساسية التي حظيت باهتمام الباحثين في ميدان الإعاقة البصرية. وكما هو معروف، فإن المهارات الاجتماعية تكتسب من خلال الملاحظة المباشرة والتغذية الراجعة التي تتضمن أساساً الدلالات البصرية. وتتجمع حالياً أدلة علمية قوية تشير إلى أن المكفوفين يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة وأن تلك المشكلات قد تنطوي على مضامين طويلة الأمد بالنسبة للنمو الاجتماعي والانفعالي في المراحل العمرية اللاحقة. وقد قارنت عدة دراسات بين المكفوفين والمبصرين من أعمار مختلفة من حيث التكيف الاجتماعي، إلا أن هذه الدراسات لم تقدم اقتراحات مفيدة بشأن البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة في حالة وجود سوء التوافق الاجتماعي لدى المكفوفين. كذلك فإن نتائج الدراسات المتعلقة بالعدوان متباينة ولا توضح التغيرات التي تطرأ على سلوك المكفوفين عبر المراحل العمرية. ولكن الدراسات عموماً تشير إلى أن المكفوفين أقل عدوانية من المبصرين وأن لديهم نزعة نحو السلبية أكثر من أقرانهم المبصرين. ويعزو البعض ذلك إلى كون الفرص المتاحة للمكفوف للتعبير عن العدوان محدود بسبب الافتقار إلى البصر الأمر الذي يؤدي إلى أن يعبر المكفوف عن غضب عام وغير موجه. علي أن ذلك لا يعني أن المكفوفين أقل غضباً من المبصرين أو أقل حاجة منهم للتعبير عن ذلك

الغضب. وعلى أي حال يجب التعامل مع هذه الدراسات بحذر لأنها أجريت على أعداد قليلة من الأفراد (الحديدي، 1998).

أما الدراسات التي أجريت حول مستوى القلق لدى المكفوفين فقد أشارت عموماً، إلى أن المكفوفين لديهم مستويات أعلى منه مقارنة بالمبصرين وبخاصة لدى الإناث في مرحلة المراهقة. وقد وجد أن العامل الحاسم في هذا الشأن ليس فقدان البصر بحد ذاته وإنما المعنى الشخصي لفقدان البصري بالنسبة للفرد.

وبالنسبة للتوافق الانفعالي بينت عدة دراسات أن لدى المكفوفين سوء توافق انفعالي أكثر من المبصرين وأنهم أكثر من المبصرين وأنهم أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية من المبصرين. وتشير دراسات إلى أن المعوقين بصرياً الملتحقين بمؤسسات خاصة يواجهون مشكلات انفعالية أكثر من تلك التي يواجهها الملتحقون بالمدارس العادية وأن الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كلياً (Webster & Roe, 1998)

ونفس المآخذ الذي يؤخذ على الاختبارات السيكولوجية يمكن أخذه على اختبارات التكيف الانفعالي من حيث أن الاختبارات المستخدمة هذه في الدراسات طوّرت على مبصرين وهي تفقد مصداقيتها عندما تستخدم مع المكفوفين. وثمة أدلة على أن الاضطرابات الانفعالية أكثر شيوعاً لدى الأطفال المكفوفين الذين فقدوا البصر بسبب اعتلال الشبكية الناتج عن الخداج أو ما يعرف عادة باسم التليف خلف العدسي.

ومن ناحية أخرى، فمن المعروف أن الأطفال المكفوفين قد يظهرون استجابات نمطية مختلفة (مثل تحريك الذراعين دون هدف، هز الجسم إلى الأمام وإلى الوراء، الضغط بقبضة اليد على العينين وغير ذلك) ويُعتقد أن مثل هذه الاستجابات تحدث بسبب افتقار الطفل المكفوف إلى الإثارة البيئية الكافية حيث أنه يستخدمها كطريقة لخفض مستوى التوتر الذي يتعرض له (Barraga & Erin, 2001). وهنا تجدر الإشارة إلى أن بعض الكتب العربية تطلق على هذا النوع من الاستجابات اسم (لزمات العمى) أو (العميانيات) وتلك مصطلحات غير مناسبة حيث أن الاستجابات النمطية لا تحدث لدى الأطفال المكفوفين فقط ولكنها تحدث لدى الأطفال المبصرين الذين حرموا عاطفياً بشكل أو بآخر.

ومن الناحية الاجتماعية، فالمكفوفون لا ينتمون لمجموعات خاصة بهم (كما هو الحال بالنسبة للصم مثلاً) وباستثناء كونهم عرضة للعزلة الاجتماعية أكثر من غيرهم أحياناً لا شيء سوى لأنهم مكفوفون، وأحياناً أخرى بسبب بعض الاستجابات النمطية التي قد تصدر عنهم،



فليس هناك أية خصائص اجتماعية أو انفعالية فريدة تميز المكفوفين عن المبصرين (Hol- brokk, 1995)



وتأثير فقدان البصر على إدراك الإنسان لذاته إنما هو تأثير مؤقت ويمكن الحد منه من خلال طريقة تعامل الآخرين مع المكفوفين. ولذلك فإن الافتقار إلى الثقة بالذات والتكيف لدى المكفوفين، يعزى لعدم كفاية تفاعلهم مع المبصرين واتجاهات المبصرين نحوهم. أما الأشخاص الذين ولدوا مكفوفين فهم لا يدركون أنهم يختلفون عن غيرهم إلا عندما يبدأ الناس بمعاملتهم بطريقة مختلفة أو عندما يقولون لهم أنهم لا يستطيعون عمل الأشياء بسبب عدم قدرتهم على الرؤية. وأما أولئك الذين أصبحوا مكفوفين بعد أن كانوا مبصرين فهم في العادة يمرون بمراحل مختلفة منها الحداد والانسحاب والنكران وإعادة التقييم. وقد أوضح مارتين وهوبن (Martin & Hoben, 1977) بعض أنماط الاستجابات التي تصدر عن المبصرين التي يعتبرها المكفوفون غير بناءة ومنها حرمانهم من فرص الاعتماد على أنفسهم وعمل الأشياء نيابة عنهم، والتعامل معهم بوصفهم ضعفاء، والاعتقاد بأن الإعاقة البصرية تعيق كافة مجالات النمو الأخرى، وتزويدهم بالحماية الزائدة الزائدة والرعاية التي لا مبرر لها، وحرمانهم من فرص التنافس والشعور بالنجاح.

إن الاتجاهات نحو المكفوفين تميل إلى السلبية عموماً وتنصب الاهتمامات على ما يعجز الإنسان عن عمله لا على ما يستطيع عمله. وكما تقول شول (Scholl, 1986) فإن التعايش مع الاتجاهات السلبية كثيراً ما يشكل تحدياً أكبر من ذلك الذي يمثله التعايش مع الإعاقة ذاتها.

كذلك فإن ردود فعل كل من الوالدين والمؤسسات الخاصة والرفاق وغيرهم غالباً ما تنطوي على افتراضات نمطية تصور الإنسان المكفوف على أنه إنسان يعتمد على غيره ويحتاج إلى الشفقة. علاوة على ذلك، فثمة اعتقادات خاطئة لا بد من بذل الجهود الكافية للتخلص منها.

وتتأثر حاجات وخصائص الكفيف بعوامل كثيرة وخاصة (Lewis & doorlage, 2002; Smith, 2003)

العمر عند الإصابة:

العمر عند الإصابة يحدد وجود أو عدم وجود التخيل البصري للأشياء. فالشخص الذي يفقد بصره قبل الخامسة من عمره لا يستطيع استرجاع الخبرات البصرية التي مر بها، بينما تبقى لدى من فقد بصره في وقت لاحق من حياته بعض التخيل الذي يمكن استخدامه في عملية التعلم.

تختلف المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يواجهها الأشخاص الذين ولدوا مكفوفين عن تلك التي يواجهها الذين فقدوا بصرهم في مراحل عمرية أخرى. ويحتاج المعلم إلى التمييز بين هذه المشكلات لأنها تتطلب خدمات وبرامج تدريب مختلفة.

شخصية الكفيف:

تعتبر الخصائص الشخصية للمكفوف من أهم العوامل التي تحدد مدى نجاح أو فشل الشخص في التكيف مع العمى.

شدة الإصابة:

إذا كان لدى الطالب عمى كلي فهو يحتاج إلى التعليم عن طريق استخدام الحواس الأخرى ويحتاج إلى التعليم عن طريق العمل واستخدام النماذج المتنوعة والخبرات المختلفة.

موقف الكفيف من العمى:

يجب أن لا ينظر إلى العمى وكأنه الخاصية الوحيدة للفرد ولهذا يجب استغلال كل ما لدى الطالب من قدرات أخرى تساعده على الاستمرارية والنجاح.

الاعتبارات التربوية:

لما كان الأثر الأكبر للإعاقة البصرية هو الحد من خبرات الفرد، فإن أهم دور ينبغي على البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للأشخاص المعوقين بصرياً القيام به هو مساعدتهم في

الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات والإدراك باستخدام الحواس غير البصرية (وخاصة السمعية واللمسية) وبالمشاركة بالخبرات النشطة. واعتماداً على القدرات البصرية المتبقية، يجب تشجيع الطفل المعوق بصرياً على توظيف البصر المتبقي لديه.

ومع أن مكونات المنهاج الدراسي العادي مهمة وضرورية للأطفال المعوقين بصرياً، إلا أن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى أنشطة تعليمية وتدريبية خاصة. ويطلق على ذلك اسم (المنهاج الإضافي) وتتمثل عناصر هذا المنهاج في:

أ - الكفاية الشخصية والتكيف الشخصي والمهارات الحياتية اليومية.

ب - الحركة والتنقل

ج - مهارات التواصل

د - التوجيه المهني

هـ - الأدوات والمعدات الخاصة

و - الإثارة البصرية

فإذا كان الأطفال المبصرون قادرين على تعلم المهارات الحياتية اليومية والعناية بالذات من خلال الملاحظة والتقليد فالأطفال المعوقون بصرياً بحاجة إلى برامج تدريبية منظمة في هذا الخصوص لأنهم محرومون من القدرة على الملاحظة والتقليد. والكلام ذاته ينطبق على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة حيث أن التفاعل الاجتماعي غالباً ما يتضمن التواصل غير اللفظي. ولذلك فإن الأطفال المعوقين بصرياً يحتاجون إلى تعليم مباشر لاكتساب مهارات التواصل الفعالة. ولكي يصبح الأطفال المعوقون بصرياً معتمدين على أنفسهم يجب تعليمهم مهارات التنقل والحركة بشكل مستقل وآمن.

كذلك ينبغي على المعلمين أن يهتموا بتطوير المهارات التواصلية للأطفال المعوقين بصرياً والتي تشمل الاستماع والكلام والكتابة والقراءة وذلك يعني استخدام العديد من الأدوات والمعدات الخاصة. إضافة إلى ما سبق، يجب تشجيع هؤلاء الأطفال على استخدام أية قدرات بصرية وظيفية متبقية لديهم (الحديدي، 1998)

التواصل:

يعتبر تطوير مهارات التواصل أحد أهم الأهداف التي يجب على البرامج التدريبية للأطفال المعوقين بصرياً تحقيقها. فالتفاعل الهادف والبناء مع الأشخاص الآخرين له أهمية كبيرة

بالنسبة لهؤلاء الأطفال. ومبرر هذا القول هو أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية شديدة محرومون من إمكانية التواصل العيني مع الآخرين. والافتقار إلى ذلك قد لا يترك تأثيرات على الطفل فقط ولكنه قد يترك تأثيراً على الوالدين أيضاً.

وتقترح الباحثة المعروفة في ميدان الإعاقة البصرية سلمى فريبيرج (Fraiberg, 1968) توظف الخبرات غير البصرية لتعويض الأطفال المعوقين بصرياً عن الخبرة البصرية. وعلى وجه التحديد، تقترح فريبيرج استخدام الإثارة السمعية واللمسية. فتلك الإثارة تساعد الطفل المعوق بصرياً على التواصل مع الآخرين وعلى إدراك معنى الأشياء من حوله. ولتحقيق ذلك يقترح على الوالدين التحدث إلى الطفل وملامسته ومعانقته فذلك يشعره بالارتياح والطمأنينة ويشجعه على الاستجابة للآخرين.

الوعي الجسمي للذات وللوضع في الفراغ:

يرافق الإعاقة البصرية عدم قدرة على تطوير التصور الجسمي وعدم قدرة على تطوير إحساس بوضع الجسم وحركته في الفراغ. فكف البصر يمنع الإنسان من رؤية جسمه وانعكاساته في المرآة ويمنعه من رؤية أجسام الأشخاص الآخرين. ولذلك يجب تنفيذ برامج وأنشطة محددة بهدف تطوير إدراك الطفل المعوق بصرياً ووعيه لجسمه وللأجزاء المختلفة التي يتكون منها. مرة أخرى يمكن استخدام الإثارة اللمسية والكلام لتحقيق هذا الهدف.

إنّ تطور الإحساس الداخلي بالحركات الجسمية يساعد في الحفاظ على التوازن وفي تنفيذ الحركات الجسمية المناسبة. كذلك فإن إحساس الطفل بموقع جسمه في الفراغ يتطور عندما يتم تزويده بمعلومات سمعية حول اتجاه وبعد الأشخاص والأشياء (Bigge et al., 2002)

الحركة الكبيرة والحركة الدقيقة:

لما كانت المهارات الحركية الكبيرة تسبق المهارات الحركية الدقيقة فلا بد من الاهتمام بتطويرها لدى الأطفال المعوقين بصرياً في وقت مبكر. ويتطلب تطوير هذا النوع من المهارات تشجيع الطفل على التحرك بحرية وعدم تقديم المساعدة له إلا عند الضرورة. فعلى سبيل المثال، يجب أن يكون باستطاعة الطفل التحرك من المطبخ إلى غرفة النوم وإلى غرفة المعيشة وما إلى ذلك حيث أن مثل هذه الحركة تساعد في تطوير القدرة على التحكم بالجسم. كذلك يمكن استخدام الألعاب المختلفة والتمارين البدنية المتنوعة لتطوير مهارات التوازن والحركة والتحكم.

مهارات التعرف والتنقل:

يفتقر الكثيرون من المكفوفين وضعاف البصر إلى مهارات التنقل والحركة باستقلالية. ولذلك يجب تزويد هؤلاء الأشخاص ببرامج منظمة وهادفة لتوفير الفرص الكافية لتعلم مهارات التعرف (القدرة على إدراك الأشياء المحيطة وعلاقتها بالفراغ والتنقل) (القدرة على التحرك من مكان إلى آخر). وتشير الحديدي (1998) إلى أن مهارات التعرف تتطلب الاستيعاب (الحصول على المعلومات من خلال الحواس الأخرى)، التحليل (تنظيم المعلومات وتصنيفها)، الاختيار (تحليل المعلومات واتخاذ القرارات المناسبة)، التخطيط (تخطيط العمل اعتماداً على المعلومات المتعلقة بالظروف البيئية الحالية)، التخطيط (تخطيط العمل اعتماداً على المعلومات المتعلقة بالظروف البيئية الحالية)، والتنفيذ (أداء الخطوات التي تشمل عليها الخطة). وأما مكونات عملية التعرف فهي علامات الطريق، الدلالات، الاتجاهات، القياس وتنظيمات المباني، (الحديدي، 1998). وترتكز برامج التنقل على تطوير المفاهيم الصحيحة عن البيئة، والمهارات الحركية، ومهارات استخدام وسائل النقل والأجهزة والأدوات (مثل العصا البيضاء)، وتعميم المهارات والكفايات الاجتماعية (مثل طرح الأسئلة وأخذ التوجيهات، وتقبل المساعدة عند الحاجة).

تطوير المهارات السمعية واللمسية:

تهدف برامج التربية الخاصة المعدة للمكفوفين إلى تزويدهم بأكبر قدر ممكن من المعلومات عن حقائق العالم الذي يعيشون فيه، وإلى مساعدتهم على تطوير الثقة بقدرتهم على التعامل مع تلك الحقائق. ولتحقيق تلك الأهداف، يلجأ المعلمون إلى الطرائق التربوية الخاصة، فمن الواضح أن هناك حاجة إلى تكييف أساليب التعلم لتتلاءم وحاجات الشخص الكفيف الذي يعتمد بشكل كامل تقريباً على حاستي اللمس والسمع لاكتساب المعلومات (Sacks & Silberman, 1998). ويقترح لوينفلد، (Lowenfeld 1973) تكييف طرائق التدريس للطفل الكفيف وفقاً للقوانين التالية:

التركيز على اللمس

يتمثل الهدف الأساسي المتوخى من تقديم البرامج التربوية للأطفال المكفوفين في مساعدتهم على الحصول على المعلومات الكافية عن البيئة وفهم تلك المعلومات إلى أقصى حد ممكن وذلك من خلال القيام بالنشاطات المختلفة التي تشتمل على استخدام حاستي اللمس والسمع. فإذا كنا نريد مساعدة الكفيف على اكتشاف بيئته فعلينا اللجوء إلى الأشياء اللموسة التي يستطيع لمسها وتفحصها بيديه. فمن خلال اللمس يتعلم الطفل المكفوف حجم

الأشياء وشكلها ولمسها وحرارتها... الخ. فقد يسمع الطفل المكفوف تغريد العصفور ولكنه لا يتكون لديه فكرة ملموسة عن العصفور من خلال سماع صوته فقط. فإذا أراد المعلم أن يوفر للطفل الخبرات المناسبة لتطوير الأفكار الملموسة فعليه أن يجعل الطفل يلمس عصافير من حجوم وأنواع مختلفة. فمن خلال هذه الطريقة يستطيع الطفل تكوين مفاهيم أكثر دقة وذات معنى عن العصفور مقارنة بالقراءة عنه فقط. وهذا هو الأسلوب الذي يجب استخدامه لتعريف المكفوف بالأشياء المختلفة في بيئته (McIinden et al., 2002)

الخبرات المتكاملة

يحد فقدان البصر إلى درجة كبيرة قدرة الإنسان على إدراك الموقف أو الشيء ككل متكامل، فالشخص المكفوف يكتسب بعض المعلومات من خلال السمع والبصر والبعض الآخر من خلال اللمس. ولهذا يجب أن توجه البرامج التربوية نحو تنظيم وتكامل خبرات الكفيف لكي لا تبقى المفاهيم لديه جزئية ومحددة. وذلك يتحقق من خلال الإثارة البيئية المنظمة والمتسلسلة.

التعلم بالعمل

قد لا يحاول الطفل المكفوف الوصول إلى الأشياء من حوله لأنه لا يراها فلا تجذبه. ولهذا، فإن علينا زيادة دافعيته لاكتشاف البيئة. ومن هنا تنبع أهمية التحرك للكفيف، وتنظيم الزيارات والرحلات إلى الأماكن المختلفة، وتوفير خبرات غنية في غرفة الصف، وتنظيم المواد التعليمية جيداً بحيث تشتمل على تفسيرات لفظية واضحة ومحددة. وهكذا يشتمل تعليم المكفوفين على محاولة توفير الفرص الكافية لهم ليمروا بخبرات شبيهة بالخبرات التي يمر بها المبصرون، ولكن من خلال الاعتماد على الخبرات الملموسة والتوضيحات اللفظية (الحديدي، 1998). فعندما تفقد حاسة البصر، تصبح حاستا اللمس والسمع القنوات الأساسية التي يتصل من خلالها الإنسان بعالمه. واستناداً إلى هذه الحقيقة يتبوأ تدريب الكفيف على استخدام حاستي اللمس والسمع بشكل فعال مكان الصدارة في البرامج التربوية الخاصة المقدمة للمكفوفين.





ويعتقد الكثيرون أن فقدان الإنسان لبصره يؤدي بصورة آلية إلى زيادة حدة الحواس الأخرى، وأن قدرة المكفوف على السمع تفوق قدرة المبصر، أو أن ذاكرته أقوى من ذاكرة المبصر، الخ. والحقيقة هي أن هذا الاعتقاد ليس صحيحاً (Jane et al., 1977) فالدراسات العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد إذ أن هناك عدداً كبيراً من المكفوفين الذين لا يستخدمون حاستي السمع واللمس بفاعلية نتيجة لعدم توفير الفرص والخبرات والإثارة المناسبة لهم. إن التفسير الأكثر تقبلاً لتطوير حاستي السمع واللمس لدى الكفيف هو ذلك المتمثل في القول إن المكفوف من خلال التدريب المكثف والممارسة المتكررة يتعلم ويطور منبهة التمييز الدقيق بين المعلومات المختلفة التي يكتسبها عن طريق الحواس. بعبارة أخرى، إن ما يحصل ليس نمواً تلقائياً في الحواس الأخرى وإنما استخدام أفضل لها بحكم الحاجة إلى ذلك. فبسبب فقدان البصر يصبح لحاستي اللمس والسمع أهمية قصوى للكفيف، ولهذا فهو مرغم على أن يستخدمها بشكل فعال (الحديدي، 1998).

ولا شك في أن معلمي الأطفال المعوقين يدركون أهمية السمع واللمس للتعويض عن فقدان البصر، خاصة وأن هذه المهارات قابلة للتعليم. وبالرغم من ذلك، فإنه لأمر مؤسف حقاً أن يعتمد المعلمون إلى درجة كبيرة على تطوير الحواس الأخرى لدى الكفيف بشكل غير مدروس بدلاً من إعداد البرامج المنظمة والهادفة لتحقيق ذلك (Bishoff, 1979)

مسألة أخرى على قدر كبير من الأهمية يجب الإشارة إليها هنا وهي أن القنوات الحسية السمعية لا تعوض المكفوف تعويضاً كاملاً عن فقدان البصر. فمع أن حاسة السمع تزود الكفيف بمعلومات كثيرة جداً عن البيئة، إلا أنها لا تزوده بمعلومات كاملة وواضحة كتلك التي يستقبلها المبصر من خلال النظر. كذلك فاللمس لا يقدم للطفل الكفيف أية معلومات عن الأشياء البعيدة عنه.

حاسة السمع:

السمع ليس مهماً للكفيف فحسب، ولكنه ذو أهمية بالغة للناس جميعاً. فالإنسان المبصر يتعلم الكثير من خلال الاستماع إلى الآخرين. إلا أن فقدان البصر يجعل حاسة السمع أكثر أهمية بالنسبة للمكفوف. ولعلنا نحتاج إلى التأكيد مرة أخرى هنا على أن البحث العلمي لم يدعم الاعتقاد القائل بأن حاسة السمع لدى المكفوف تفوق حاسة السمع لدى المبصر. فالفرق بين الاثنين - إذا وجد - هو أن الشخص المكفوف ينمي ويطور مهارات الانتباه السمعي بشكل فعال. فالإدراك السمعي بالنسبة للكفيف لا تقتصر على استخداماته على فهم ما يقوله

الآخرون ولكنه يتعلق مباشرة بالقدرة على التنقل والتحرك في البيئة، إذ إن المكفوف يعتمد إلى درجة كبيرة على المثيرات السمعية في المشي والتنقل من مكان إلى آخر. ولعل قدرة الكثيرين من الكفيفين على التنقل وكأنهم يحسون بالحواجز هي التي دفعت بعض الباحثين إلى القول بأن لدى الكفيف حاسة سادسة يطلق عليها عادة اسم حاسة الحواجز تساعدهم على اكتشاف الحواجز. والصحيح مرة أخرى هو أن الكفيف يتطور لديه الإحساس بالحواجز من خلال الانتباه السمعي وهذه القدرة متعلمة وليست وراثية (Hallahank & Kauffman, 2002)

ويحتاج كل الطلبة إلى معلومات كتابية هائلة ليتعلموها. وفي هذا الشأن يواجه الكفيف صعوبات جمة بالطبع. فتحويل المادة المطبوعة إلى بريل يتطلب الجهد والوقت. ولهذا فالمكفوف يتجه عادة إلى الأشخاص البصرين ليقرأوا له أو يلجأ إلى استخدام الأشرطة المسجلة. وبغض النظر عن الطريقة المستخدمة تلعب قدرة الكفيف على فهم المعلومات السمعية دوراً بالغ الأهمية في تعلمه. فالإدراك السمعي من المتطلبات الأساسية لعملية التعلم. وبما أن معظم الأطفال المكفوفين لا تتطور لديهم مهارة الإصغاء تلقائياً فمن الخطأ أن نتوقع من أي طفل أن يفهم جيداً كل ما يسمعه دون أن يكون قد تم تطوير مهاراته السمعية. ولهذا، فلا بد من أن يقدم الطفل المعوق بصرياً برامج منظمة وتراكمية بهدف مساعدته على تطوير مهارات السمع (Harley et al. 2000)



وتؤكد البحوث على أهمية الإثارة اللفظية المتكررة والتفاعل اللفظي في تنمية المهارات السمعية لدى الأطفال المعوقين بصرياً. ويشير بيشوف (Bischoff, 1979) إلى أن التعلم الفعال عن طريق السمع يتطلب انتباه المتعلم وتركيزه. ولهذا يقترح بيشوف:

- أ - إزالة المشتتات الخارجية أو تقليلها إلى أقصى حد ممكن.
- ب - تشجيع الطالب على المشاركة والتأكد من يقظته

- ج - التأكد من أن المادة السمعية ممتعة ومفيدة وتقدم صورة صادقة عن الحقائق في البيئة ومن المسؤوليات الرئيسية للمعلمين نحو الطلبة المكفوفين:
- 1 - بناء علاقة إيجابية وقوية مع الطالب الكفيف، والهدف من ذلك تقوية شعور الطالب بالأمن والثقة بالنفس.
 - 2 - إبراز حاجة الكفيف من خلال استخدام الوسائل المختلفة للاتصال بالمجتمع لأن تسهيل عملية الاتصال بالمجتمع تمكن الكفيف من التعرف إلى أشياء متنوعة والمشاركة في نشاطات مختلفة والاستفادة من كل الفرص التي تسنح له. ولهذا لا بد من توعية أفراد المجتمع وتشجيعهم على تفهم حاجات الكفيف وذلك من خلال إبراز الصعوبات الحقيقية التي يواجهها.
 - 3 - مساعدة الأسرة على تقبل ابنها الكفيف واكتساب استراتيجيات التفاعل المناسبة معه وإشراكها في التخطيط لبرامج إبنها المكفوف.
 - 4 - مساعدة الكفيف على تطوير اتجاهات واقعية نحو نفسه.
 - 5 - إدراك أهمية النمو الاجتماعي والشخصي وإمكانية تطويره من خلال التدريب لأنه لا يقل أهمية عن التعليم الأكاديمي.
 - 6 - تقديم خدمات إرشادية مكثفة وفعالة على مستوى فردي أو جمعي وفقاً لطبيعة حاجات الطلبة المكفوفين بهدف بناء تصور إيجابي حول الذات.
 - 7 - توفير المناخ النفسي الملائم للطالب الكفيف من خلال تشكيل خبرات ناجحة وتحاشي إحراج الطالب إذا كان أداءه أقل من مستوى الصف، وإظهار الدفء والتقبل للطالب وإبعاد الظروف التي تركز وتبرز إعاقته بالإضافة إلى عمل مناقشات تعالج العلاقات الشخصية مع الآخرين.
 - 8 - تطوير استراتيجيات التكيف السليم مع الإعاقة وما يلازمها من مشكلات.
 - 9 - إعطاء تغذية راجعة مستمرة للطالب الكفيف لأن ذلك يقلل من شعوره بالقلق وينمي لديه قدرات اجتماعية أكثر تقبلاً.
 - 10 - تزويد الطالب الكفيف بمهارات التعرف إلى البيئة والتنقل باستقلالية فيها.
 - 11 - إتاحة فرص ممارسة مهارات الحياة اليومي مع آخرين مبصرين.

12 - استشارة دافعية الطالب الكفيف، حيث أن باستطاعة المعلم استخدام استراتيجيات كثيرة لتحقيق ذلك الهدف (Erin & Milian, 1998: O'Sail, 2001 Hutchinson, 1996)

أدوات خاصة

آلة برييل (Brialle)

تعتبر آلة برييل الوسط الرئيسي الذي يستخدمه كثيرون من المكفوفين للقراءة، وآلة برييل هي نظام للقراءة من خلال اللمس حيث تعتمد على استخدام خلايا من ست نقاط. ويكتب المكفوفون من خلال استخدام آلة برييل للكتابة. كذلك يمكن استخدام اللوح والمغرز (المنقب) وذلك من خلال تثقيب الورقة. وتكتب المعلومات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين.

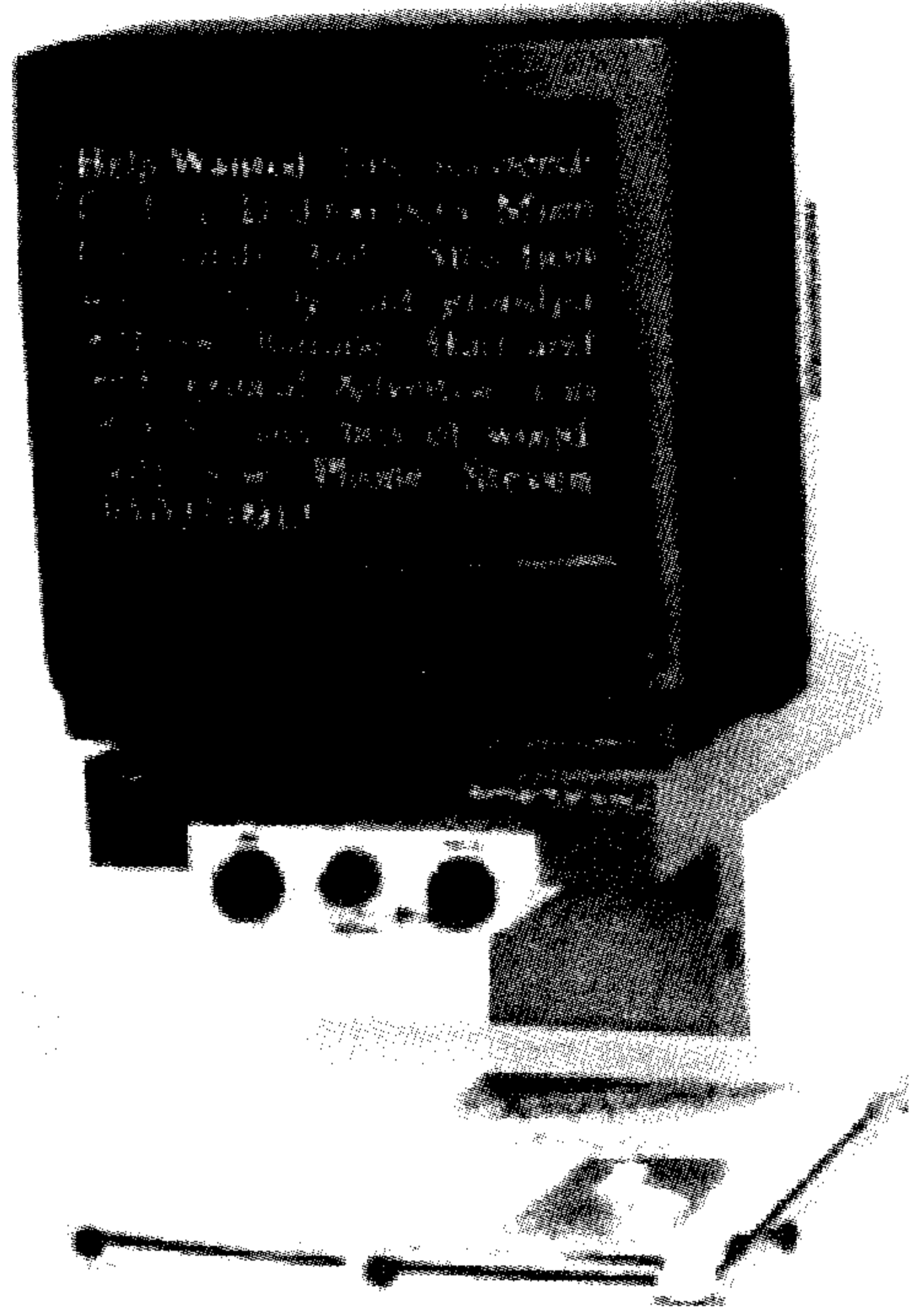
الابتاكون (Optacon)

هو أداة للقراءة تستخدم تقنيات إلكترونية بالغة التعقيد تعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى نبضات لمسية يستطيع الشخص المكفوف الإحساس بها بإصبع واحد. ولأن القراءة بالابتاكون ليست سريعة، فهي ليست بديلاً لآلة برييل.



الدائرة التلفزيونية المغلقة (Closed - Circuit Television)

أصبحت الدائرة التلفزيونية المغلقة تستخدم على نطاق واسع في الآونة الأخيرة من قبل التلاميذ ذوي الضعف البصري الشديد. وما تعمله هذه الدائرة هو أنها تعرض المادة المكتوبة على شاشة جهاز التلفزيون الأمر الذي يسمح للشخص ضعيف البصر بقراءتها بسهولة وبسرعة نسبياً



المسجلات (Recorders)

تستخدم لتدوين الملاحظات وللإستماع للكتب المسجلة وللإستجابة اللفظية لأسئلة الامتحانات

الكتب الناطقة (Talking Books)

وتستخدم هذه الكتب للقراءة الترويحية ولقراءة الكتب والمجلات المسجلة

الآلة الكاتبة (Typewriter)

قد تسهل الآلة الكاتبة عملية الكتابة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من ضعف بصري ولا يستطيعون الكتابة بطريقة واضحة وللأطفال المكفوفين أيضاً لتحضير الواجبات المنزلية وما إلى ذلك.

مواد التكبير (Large - Print Materials)

يجد بعض التلاميذ الضعاف بصرياً قراءة الأحرف الكبيرة أسهل من قراءة الكلمات المكتوبة بالحجم العادي. وهناك مواد للتكبير مثل العدسات المجهرية وغيرها.

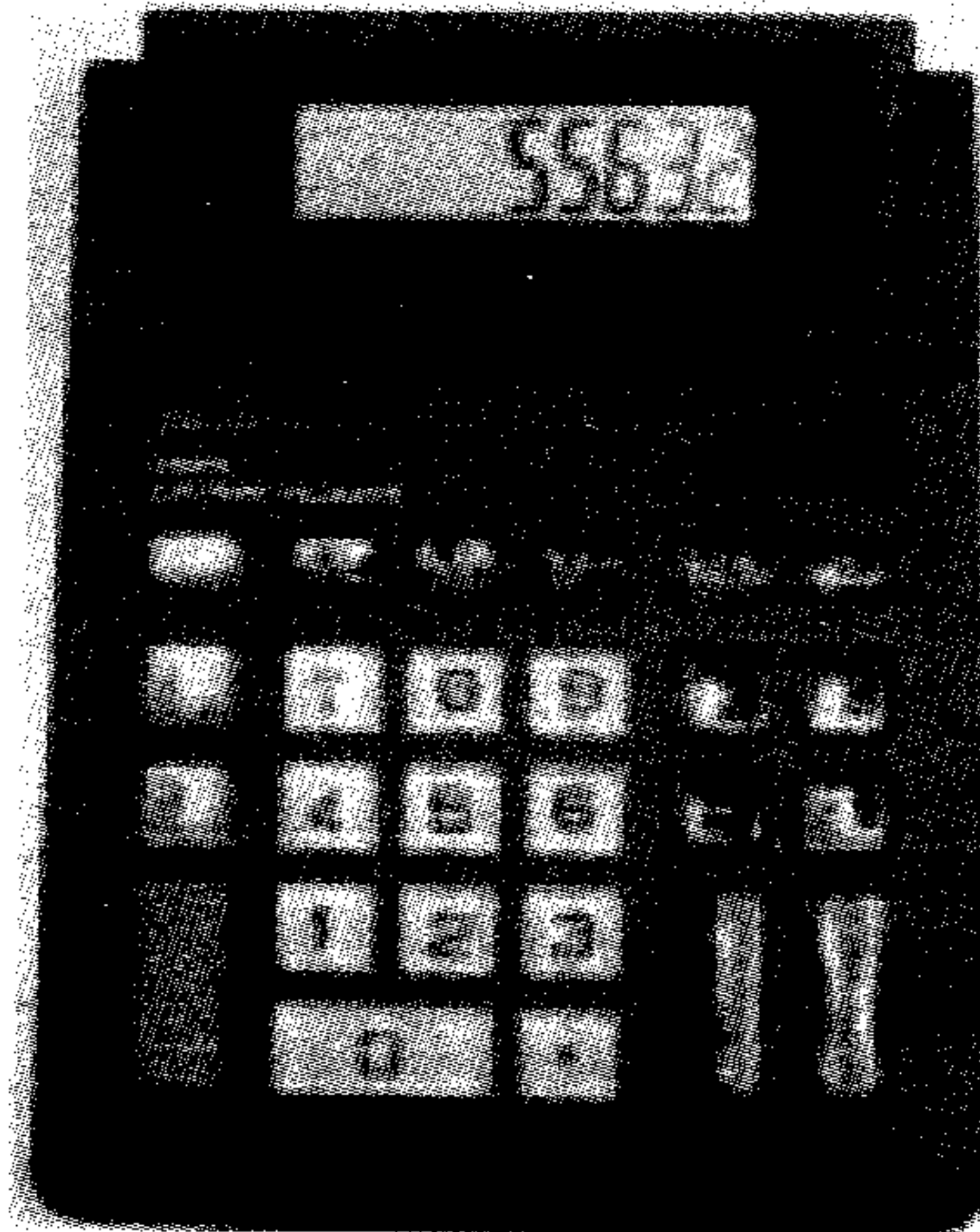


آلة كرزويل للقراءة (Kurzweil Reading Machine)

آلة تعمل بواسطة الكمبيوتر لتحويل المادة المطبوعة إلى مادة مسموعة. وتوضع المادة المطبوعة على مكان خاص للقراءة ويقوم جهاز الكشف عن المادة المكتوبة بالقراءة سطراً سطراً. وللاآلة مفاتيح خاصة للتحكم بالصوت من حيث علوه وسرعته، كذلك هناك مفاتيح خاصة لتهجئة الكلمات وما إلى ذلك.

الحاسب الناطق (Speech Plus Calculator)

حاسب ناطق يحمل باليد يجري العمليات الحسابية الأساسية وتعطي الإجابات صوتياً.



البدائل التربوية

هناك خمسة بدائل تربوية رئيسية لتعليم الأطفال المعوقين بصرياً وهي:

أ - مؤسسات الإقامة

ب - الصفوف الخاصة

ج - غرف المصادر

د - التعليم المتنقل

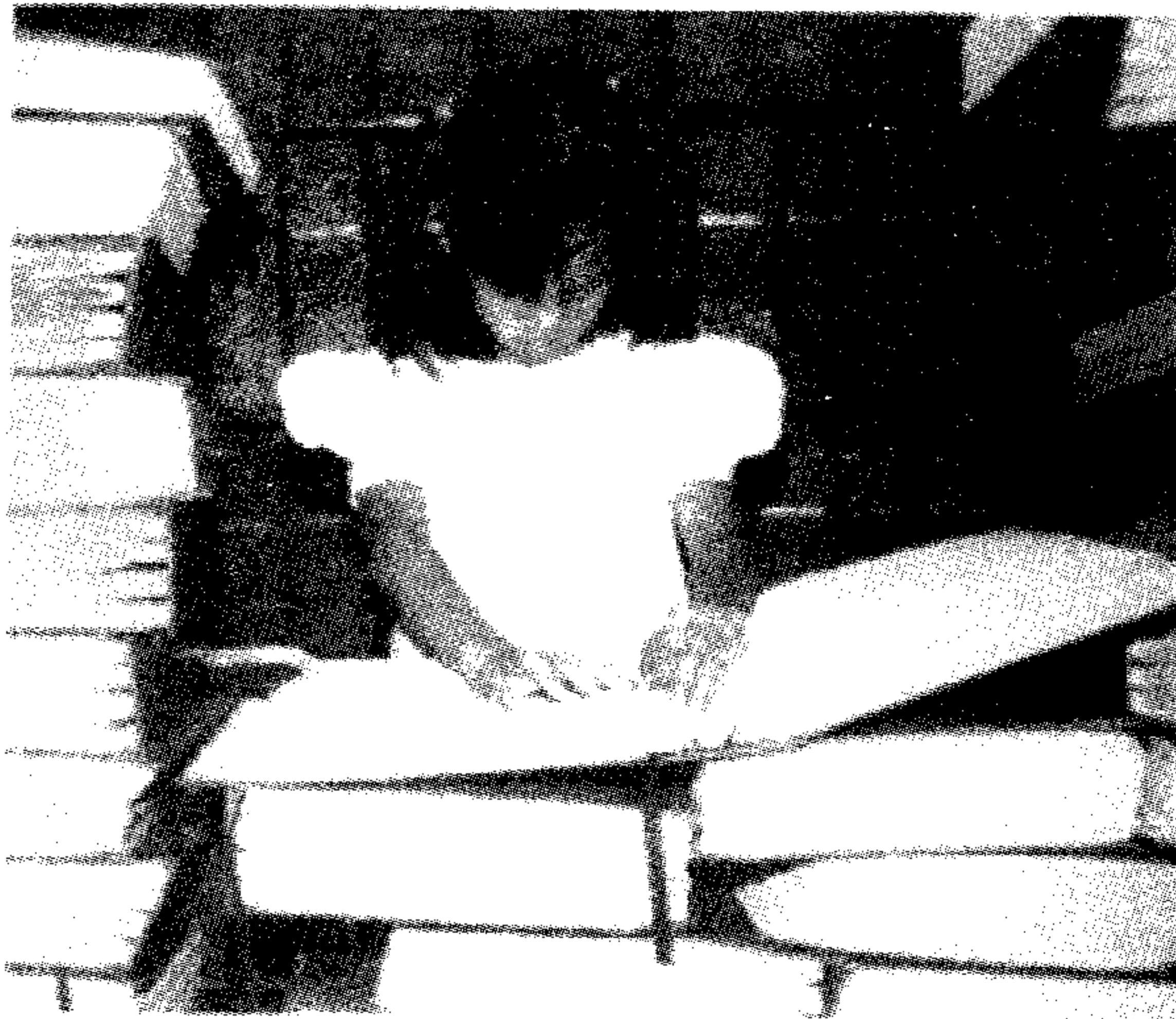
هـ - الصفوف العادية

وينبغي تحديد البديل التربوي المناسب لكل طفل بناءً على ما يلي (Cartwright et al., 1995)

- 1 - مستوى البصر الوظيفي للطفل
- 2 - نتائج الفحوصات الصحية العامة
- 3 - نتائج التقييم النفسي
- 4 - ملاحظات المعلمين وتقاريرهم.
- 5 - آراء الآباء وتوقعاتهم

ويقدم هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) الاقتراحات التالية لمعلمي المدارس العادية عند التعامل مع الأطفال المعوقين بصرياً:

- أ - يجب تطوير شعورهم بالاعتماد على الذات وذلك بالإيعاز بالعناية بأدواتهم الشخصية.
- ب - يمكن أن يقوم أحد الأطفال المبصرين بدور المرشد الدليل لزميله المعوق بصرياً ما دام ذلك لا يجعله اعتمادياً أكثر من اللازم.
- ج - يجب معاملة الطفل المعوق بصرياً كغيره من الأطفال
- د - يجب تشجيع الأطفال المعوقين بصرياً والأطفال المبصرين على التفاعل فيما بينهم إلى أقصى حد ممكن.
- هـ - يجب أن يشارك الطفل المعوق بصرياً في أكبر عدد ممكن من النشاطات ويجب توفير الفرص له للمشاركة في أنشطة بديلة إذا لم يكن قادراً على المشاركة في الأنشطة العادية.



7

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية

تمهيد

الاضطرابات مفهوم نسبيّ فالأطفال المضطربون يظهرون أنماطاً سلوكية طبيعية والأطفال العاديون قد يظهرون أنماطاً سلوكية مضطربة. ومع أن أدبيات التربية الخاصة تجمع على تعريفات معينة للاضطراب السلوكي إلا أن ثمة اختلافات كبيرة بين الأخصائيين حول تعريف الاضطرابات السلوكية وتصنيفها وأسبابها وطرق معالجتها ومدى انتشارها (Cartwright et al., 1995) على أن النقطة الوحيدة المتفق عليها هي أن الطفل المضطرب سلوكياً يسلك على نحو يجعل الآخرين يعرفون أن لديه مشكلة.

فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون بناء علاقات عادية مع الأطفال الآخرين أو الراشدين. ولكنهم غالباً ما يعيشون حالة صراع مع الآخرين ومع أنفسهم. فسلوكهم عدواني أو مزعج إلى درجة تجعل الآخرين ينفرون منهم. ويميل بعضهم إلى الانسحاب الاجتماعي بل إلى العيش في عالم خاص بهم. ومع هؤلاء الأطفال لا يعانون من صعوبات جسمية إلا أن سلوكهم غير العادي يشكل إعاقة حقيقة تحول دون تعلمهم ونموهم.

تعريف اضطراب السلوك:

تستخدم الأدبيات المتخصصة عدة تسميات للإشارة إلى الاضطرابات السلوكية مثل: الإعاقة الانفعالية، سوء التوافق الاجتماعي، السلوك غير التكيفي، الانحراف، اضطراب الشخصية، والاضطراب النفسي. وليس هناك تعريف موحد يتفق عليه الجميع لاضطراب السلوك في الوقت الحالي. وثمة أسباب متنوعة تكمن وراء غياب تعريف متفق عليه نذكر منها (Hallahan & Kauffman, 2002).

1 - عدم توفر تعريف متفق عليه للصحة النفسية. فعلى الرغم من المحاولات المستمرة للاتفاق على تعريف واضح ودقيق للصحة النفسية، إلا أن هذا الزمر لم يتحقق. على أن الأخصائيين يجمعون على أن الطفل الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة هو طفل سعيد معظم الوقت، يبني علاقات إيجابية ودائمة مع الآخرين، لديه إدراك صحيح للواقع، ينظم أفكاره وأفعاله لتحقيق أهدافه، تحصيله الأكاديمي بمستوى قدراته، مشاعره نحو نفسه جيدة بوجه عام، ويتصرف كما هو متوقع ممن هم في عمره وجنسه. وبناء على ذلك فالطفل الذي يتمتع بخصائص مناقضة للخصائص المذكورة أعلاه هو طفل يفتقر إلى الصحة النفسية. وعلى أي حال، فهذا لا يكفي للتمييز بين الطفل العادي والطفل المضطرب لأن الأطفال جميعاً يظهرون بعض الخصائص التي لا تتوافق والصحة النفسية بعض الوقت.

2 - صعوبة قياس السلوك والانفعالات فليس هناك اختبارات تستطيع تزويدنا ببيانات موضوعية دقيقة عن السلوك والانفعالات. ولا يتوافر مقاييس دقيقة لتقييم الشخصية أو العواطف كما هو الحال بالنسبة للسمع والبصر والذكاء. وعليه فإن تشخيص الاضطراب السلوكي يتم في ضوء الأحكام العيادية وليس المعلومات الدقيقة.

3 - تباين السلوك والعواطف، فالأطفال العاديون قد يظهرون سلوكاً مضطرباً أحياناً والأطفال المضطربون يتصرفون تصرفات عادية أحياناً أخرى. وعليه فلا بد من الحكم على شدة السلوك أو الانفعال وتكراره. كذلك لا بد من مراعاة الظرف أو الموقف وعمر الطفل وجنسه. ومن الصعب اعتماد تعريف للاضطراب السلوكي يأخذ كل هذه المتغيرات بالحسبان.

4 - تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة لتعريف الاضطراب السلوكي. فالأخصائيون ذوو العلاقة بالاضطراب السلوكي عديدون ومنهم الأخصائيون النفسيون، والأخصائيون الاجتماعيون، والأطفال، والتربويون، ورجال القانون والشرطة، وغيرهم. وكل من هؤلاء ينظر إلى المشكلة من زاوية مختلفة وذلك اعتماداً على تدريبه وخبراته. ففي ميدان علم النفس مثلاً عديدة هي النظريات التي قدمت تفسيرات واقتربت طرقاً لمعالجة الاضطرابات السلوكية. ومن أهم تلك النظريات النظرية السلوكية، والنظرية الإنسانية، ونظرية التحليل النفسي، والنظرية البيولوجية، والنظرية البيئية. وكما هو معروف فلكل نظرية من هذه النظريات أسس مختلفة تقوم عليها ووسائل متباينة تستخدمها لتحليل الظواهر النفسية ومعالجتها.

5 - تباين وجهات النظر من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى، فالتمييز بين السلوك المضطرب والسلوك العادي لا يمكن أن يتجاهل التوقعات الثقافية وتقاليد المجتمع وعاداته وقيمه. ومثل هذا الأمر صعب للغاية فالمعايير نسبية وثمة مشكلات حقيقية في تحديد الأنماط السلوكية المناسبة.

وبالرغم من ذلك كله، هناك اتفاق عام على أن الاضطراب السلوكي يعني انحراف السلوك عما يعتبر عادياً بشكل ملحوظ، وبشكل مزمن نسبياً. وقد حظي التعريف الذي قدمه باور (Bower, 1969) باهتمام كبير مقارنة بالتعريفات الأخرى التي تم اقتراحها. وينص هذا التعريف على أن الأطفال المضطربون سلوكياً هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة:



1 - عدم قدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية.

2 - عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين.

3 - ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية.

4 - شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة.

5 - نزعة نحو معاناة أعراض جسمية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية ص (22 - 23).

تصنيف اضطراب السلوك:

قبل الخوض في نظم التصنيف المختلفة للاضطرابات السلوكية لا بد من الإشارة أولاً إلى أن جميع نظم التصنيف المعتمدة تعرضت لانتقادات شديدة لأسباب مختلفة من أهمها أنها غير مفيدة لتحديد الحاجات التربوية للأطفال وبالتالي تصميم البرامج العلاجية المناسبة.

وعلى أي حال، فإن أكثر نظم التصنيف المستخدمة في مجال اضطرابات السلوك هو النظام الذي اقترحه كوي (Quay, 1975) والذي يصنف الاضطرابات السلوكية إلى أربعة أبعاد وهي:

أ - اضطرابات التصرف ب - اضطرابات الشخصية

ج - عدم النضج د - الجنوح الاجتماعي

بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب التصرف فهم يتصفون بعدم الطاعة والفوضى ويتشاجرون مع الآخرين ويحدث لديهم نوبات غضب شديدة. وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب الشخصية فليدهم قلق، وشعور بالدونية، وانسحاب اجتماعي، واكتئاب، وشعور بالتعاسة.

أما عدم النضج فمن أعراضه الاتجاهات السلبية، واللعب مع الأطفال الأصغر سناً، وعدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة، والسلوك الاجتماعي غير المناسب للعمر الزمني للطفل. وأخيراً، يتصف الأطفال الذين يعانون من الجنوح الاجتماعي بالانضمام إلى رفاق السوء، والسرقة وغير ذلك من أنماط السلوك الجانح. وتوضح الجداول (1 - 7) و (2 - 7) و (3 - 7) و (4 - 7) السمات السلوكية لهذه الفئات الأربع من الاضطرابات السلوكية.

الجدول رقم (1 - 7)

السمات السلوكية المرتبطة باضطرابات التصرف

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1 - عدم الطاعة | 2 - الشجار |
| 3 - الفوضى | 4 - التخريب |
| 5 - نوبات الغضب | 6 - عدم تحمل المسؤولية |
| 7 - الغيرة | 8 - النزعة نحو السيطرة |
| 9 - لفت انتباه الآخرين | 10 - اللغة الرديئة |
| 11 - الغضب | 12 - التصرف الوقح |
| 13 - الانفعال الشديد | |

الجدول رقم (2 - 7)

السمات السلوكية المرتبطة باضطرابات الشخصية

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1 - الشعور بالدونية | 2 - الانسحاب الاجتماعي |
| 3 - الحزم المزمّن | 4 - الاكتئاب |
| 5 - الصراخ | 6 - الحساسية |

8 - قضم الأظافر

7 - ندرة الابتسام

9 - القلق

الجدول رقم (7 - 3)

السمات السلوكية المرتبطة بعد النضج

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 - السلبية | 2 - عدم القدرة على الانتباه |
| 3 - أحلام اليقظة | 4 - القهقهة |
| 5 - السرحان | 6 - الافتقار للمهارات الحركية |
| 7 - تفضيل اللعب مع الأصغر سناً | 8 - التعرض للمضايقة |
| 9 - اللعب بالألعاب في الصف | 10 - مص الإبهام والأشياء |
| 11 - البلادة | 12 - الخمول |

الجدول رقم (7 - 4)

السمات السلوكية المرتبطة بالجنوح الاجتماعي

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1 - الانضمام لرفاق السوء | 2 - السرقة |
| 3 - الارتباط الشديد ببعض الرفاق | 4 - المشاركة في أنشطة العصابات |
| 5 - التغيب المتكرر عن المدرسة. | |

طريقة أخرى من الطرق المستخدمة لتصنيف الاضطرابات السلوكية هي التصنيف حسب الشدة إلى ثلاث فئات وهي: البسيطة، والمتوسطة والشديدة. بالنسبة للاضطرابات البسيطة والمتوسطة فمن الممكن معالجتها في المدرسة العادية والمنزل بإشراف محدود من المرشدين أو الأخصائيين النفسيين. أما الاضطرابات الشديدة فهي تتطلب معالجة مكثفة ومتخصصة في مؤسسات أو مدارس تربوية خاصة. وفي حين تعرف الاضطرابات البسيطة والمتوسطة بالحالات العصابية تعرف الحالات الشديدة بالاضطرابات الذهانية أو الفصام أو التوحد.

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية:

لما كان الحدّ الفاصل بين السلوك السوي والسلوك الشاذ غير واضح فإن تقديرات نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية متفاوتة إلى درجة كبيرة.

فقد أشار كارتررايت ورفاقه (Cartwright et al., 1995) إلى أن تلك التقديرات تتراوح ما

بين 15% - 1 إلا أن النسبة المعتمدة في معظم الدول هي 2%. وفيما يتعلق بنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط في حين أن حالات قليلة جداً هي من النوع الشديد أو الشديد جداً.

أما من حيث متغيري الجنس والعمر فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات السلوكية أكثر شيوعاً لدى الذكور حيث أنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث. وفيما يتعلق بالعمر الزمني فالاضطرابات السلوكية قليلة الحدوث نسبياً في المرحلة الابتدائية وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتنخفض بعد ذلك.

أسباب الاضطرابات السلوكية:

على الرغم من تنوعها واختلاف النماذج المفهومية التي انبثقت عنها، يمكن تصنيف جملة الأسباب المقترحة للاضطرابات السلوكية إلى مجموعتين أساسيتين وهما:

أ - مجموعة الأسباب العضوية ب - مجموعة الأسباب النفسية

وما ينبغي التنويه إليه قبل مناقشة طبيعة هذه الأسباب هو أن الاضطراب السلوكي ينتج عادة عن تفاعلات معقدة بين عوامل متعددة. وتنبغي الإشارة أيضاً إلى أن الأسباب إما أن تكون مسؤولة عن تطوير القابلية لحدوث الاضطراب (Predisposing Factors). وإما أن تعمل بمثابة عوامل محفزة أو معجلة لحدوث الاضطراب فعلاً (Precipitating Factors) بالنسبة للعوامل المسؤولة عن تطور القابلية فهي تزيد من احتمالات ظهوره إذا تعرض الفرد لمجموعة محددة من الظروف، ومن الأمثلة على هذا النوع من العوامل البنية الوراثية. أما العوامل المحفزة فهي ذات تأثير مباشر أو فوري على السلوك وهي تقود إلى السلوك غير التكيفي لدى الفرد الذي لديه قابلية أصلاً للمعاناة من الاضطراب السلوكي. إضافة إلى ذلك، فمن الصعب في كل الحالات تقريباً تحديد سبب بعينه للاضطراب السلوكي، ولذلك فإن المناحي المختلفة التي تقدم تفسيرات للسلوك المضطرب تتحدث عما يسمى بالعوامل المساهمة (Contributing Factors) والمقصود بذلك هو أن الاضطراب السلوكي لا ينتج عن عامل واحد ولكنه ينتج عن عوامل عديدة بمجملها تسهم في تطور المشكلة السلوكية (Bauer & Shea, 1998; Heward, 2002)

العوامل البيولوجية

تشتمل العوامل البيولوجية العوامل الجينية والعوامل البيوكيماوية، والعوامل العصبية،

فالاعتقاد هو أن هناك علاقة بين السلوك والجسد (Bauer & Shea, 1998) وبالتالي فمن المتوقع أن تكمن وراء السلوك المضطرب عوامل بيولوجية. ولكن الحقيقة هي أن البحث العلمي لم ينجح إلا في حالات نادرة في تقديم أدلة على أن السلوك المضطرب ناتج عن أسباب بيولوجية محددة. فالغالبية العظمى من الأطفال المضطربين سلوكياً يتمتعون بصحة جسمية جيدة. ولذلك يعتقد بعض الخبراء أن العنصر المهم هو (المزاج الموروث). فهذا العنصر وإن لم يكن مسؤولاً بشكل مباشر عن الاضطراب السلوكي إلا أنه يطور القابلية لدى الطفل لمعاناة الاضطراب. فبعض الأطفال يولدون ولديهم مزاج (صعب) والبعض الآخر يرث مزاجاً (سهلاً). وتتسبب بعض الأحداث في اضطراب سلوك الأطفال ذوي المزاج الصعب في حين أنها لا تترك أثراً يذكر على الأطفال ذوي المزاج السهل أو الهادئ (Thomas, Chess, & Birch, 1968)

العوامل النفسية

تتمثل العوامل النفسية في الأحداث الحياتية التي تؤثر على سلوك الطفل، وهذه الأحداث ترتبط بحياة الطفل في الأسرة وحياته في المدرسة. وقد تناولت نظريات علم النفس الرئيسية كلها هذه الأحداث من زوايا مختلفة في محاولاتها لتفسير السلوك الإنساني سويماً كان أم شاذاً. وتلك النظريات هي النظرية السلوكية، ونظرية التحليل النفسي، والنظرية الإنسانية.

العوامل الأسرية:

ليس هناك خلاف بأن الدور بالغ الأهمية الذي تلعبه الأسرة في تكيف الفرد ونموه وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. وعليه فإن الأخصائيين يجمعون على أن المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال إنما هي نتاج للعلاقة بين الآباء والأبناء. وللأسف، فإن نسبة كبيرة من العاملين في حقل الصحة النفسية وظفوا هذا الاعتقاد للإدعاء بأن الآباء هم سبب مشكلات أبنائهم. ولكن العلاقة بين الوالدين والطفل علاقة ديناميكية تفاعلية فكما أن الوالدين يؤثران في سلوك طفلهم فالطفل يؤثر في سلوك والديه. وفي المحصلة فليس من الحكمة اتهام الآباء بمشكلات الأبناء ولكن المطلوب هو العمل مع الآباء لتعديل أنماط التفاعلات بينهم وبين أبنائهم للوقاية من المشكلات السلوكية ومعالجتها في حالة حدوثها (Heward, 2002)

العوامل المدرسية:

يشير بعض الباحثين بإصبع الاتهام إلى الخبرات المدرسية كسبب مهم من أسباب الاضطرابات السلوكية، ويبدو مثل هذا التفسير منطقياً في ضوء المعلومات المتوفرة حول تطور المشكلات السلوكية لدى بعض الأطفال بعد التحاقهم بالمدرسة على الرغم من أنهم كانوا

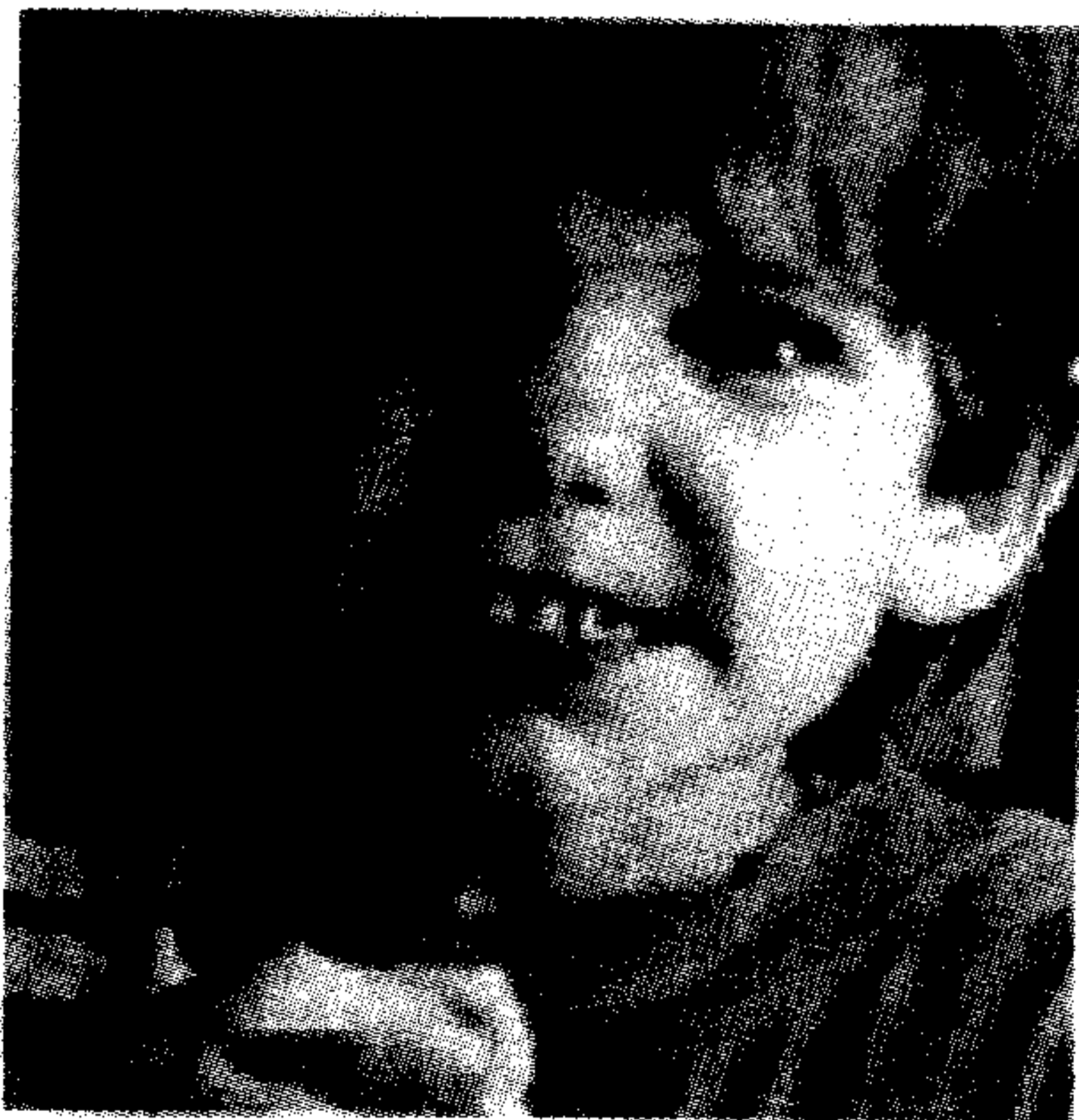
متكفين قبل ذلك. ومع ذلك كله فليس هناك دليل علمي يثبت صحة هذا الافتراض. فكل ما يمكن قوله هو أن الخبرات المدرسية (أساليب الضبط المستخدمة، التوقعات والاتجاهات، الخ). تؤثر بشكل أو بآخر على سلوك الأطفال وانفعالاتهم. ويقترح كوفمان (Kauffman, 1977) خمسة أساليب على المدارس أن تتعامل مع الأطفال من خلالهما للوقاية من تطور الاضطرابات السلوكية لديهم.

- 1 - مراعاة الفروق الفردية على مستوى الاهتمامات والقدرات
- 2 - تبني توقعات واقعية من سلوك الأطفال وتحصيلهم الأكاديمي
- 3 - التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل بثبات. فالمرونة المفرطة والحزم المبالغ فيها يزيدان الاضطرابات السلوكية.
- 4 - مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه.
- 5 - مراعاة حاجات الطفل التعليمية وذلك من خلال جعل مجالات الدراسة مثيرة لاهتمامات الطفل قدر المستطاع.

الخصائص العامة للأطفال المضطربين سلوكياً

في هذا الجزء من الفصل نصف القدرات العقلية للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، وتحصيلهم الأكاديمي، ونموهم الاجتماعي - الانفعالي.

النمو العقلي والتحصيل الأكاديمي



ليس صحيحاً أن الأطفال المضطربين سلوكياً يمتلكون قدرات عقلية عالية، فالبحوث العلمية دحضت هذا الاعتقاد الذي ساد لفترة زمنية غير قصيرة وقدمت أدلة مناقضة. وعلى وجه التحديد، تشير نتائج الدراسات إلى أن متوسط نسبة ذكاء الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية تقدر بحوالي (90) وأن عدداً قليلاً من الحالات فقط تتمتع بقدرات عقلية أعلى من المتوسط. كذلك فإن نسبة كبيرة من الأطفال المضطربين سلوكياً تعتبر من حيث نسب الذكاء ضمن فئة (بطء التعلم) وفئة (التخلف العقلي البسيط).

من ناحية ثانية، من الحقائق المعروفة أن الأطفال المضطربين سلوكياً يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة ومن تدني التحصيل الأكاديمي. والقضية هي أن تحصيل هذه المجموعة من الأطفال أقل مما هو متوقع في ضوء قابلياتهم وأعمارهم الزمنية. وقد أشار أكثر من مؤلف إلى العلاقة القوية بين الاضطراب السلوكي والصعوبات التعلمية (Stephens, 1977).

النمو الاجتماعي - الانفعالي

يصنّف هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) أبعاد السلوك المضطرب الأربعة التي وصفها كوي (Quay, 1975) إلى فئتين عامتين هما: السلوك العدائي والسلوك الانسحابي غير الناضج. فالسلوك العدوانى من وجهة نظرهما هو السمة السلوكية الرئيسية لكل من اضطرابات التصرف والجنوح الاجتماعى والسلوك الانسحابى غير الناضج هو السمة السلوكية الأساسية لاضطرابات الشخصية وعدم النضج.

السلوك العدوانى

السلوك العدوانى والتخريبى من أكثر الخصائص النفسية للأطفال المضطربين سلوكياً شيوعاً. فمع أن استجابات العنف والعدوان تنبثق كوسائل لحل المشكلات في المراحل العمرية المبكرة لدى جميع الأطفال، إلا أنها تحدث بشكل مبالغ فيه لدى الأطفال المضطربين سلوكياً. وفي الحقيقة فإن تعريف العدوان ليس أمراً سهلاً فثمة تباين واضح في تعريف الباحثين له. وعلى أية حال، يعرف العدوان عادة على أنه أي سلوك يؤدي إلى إيذاء شخص آخر أو إيذاء النفس (العدوان على الذات) أو إتلاف الأشياء في البيئة. ويتم التمييز بين الأفعال التي يقصد منها الإيذاء أو التخريب والأفعال التي تؤدي إلى ذلك بالصدفة. وبناء على ذلك يصنف العدوان إلى عدوان مقصود وعدوان غير مقصود. ويصنف العدوان المقصود بدوره إلى عدوان عداوة (إذا كان الهدف منه إيذاء الآخرين) وعدوان وسيلة (إذا كان الهدف منه الحصول على الشيء وليس إيذاء الشخص الذي يمتلكه). إضافة إلى ذلك، يصنف العدوان إلى عدوان اجتماعى (وهو مصطلح يشير إلى الأفعال القاسية التي تسعى إلى ردع اعتداءات الغير) وعدوان لا اجتماعى (وهو مصطلح يشير إلى الأفعال المؤذية التي يؤدي الإنسان نفسه أو غيره من خلالها). والعدوان إما أن يكون جسدياً (مثل الركل، والضرب، وشدّ الشعر، ... الخ) أو لفظياً (شتم الآخرين، وتهديدهم) أو رمزياً (احتقار الآخرين أو الاستهزاء بهم).

وقد حاولت عدة نظريات تفسير السلوك العدوانى واقترحت طرقاً محددة لمعالجته. ومن هذه النظريات النظرية البيولوجية التي تقوم على افتراض مفاده أن الإنسان عدوانى بطبيعته

وأن السلوك العدواني نتاج للبنية البيولوجية للإنسان. فقد وجد مثلاً أن هناك علاقة بين العدوان وكل من مستوى النشاط الكهربائي للجهاز العصبي المركزي واضطرابات الغدد والاضطرابات الكروموسومية.

أما نظرية التحليل النفسي فهي ترى أن غريزة العدوان تشكل قوة محرّكة للإنسان وأن السلوك العدواني يهدف إلى تصريف الطاقة العدوانية المتجمعة داخل جسد الإنسان. وهذه الطاقة لا شعورية ولا بد من التعبير عنها سلوكياً إما بشكل مباشر (عدوان مباشر) أو بتوجيه السلوك العدواني نحو مصادر بديلة لمصدر التحفيز الحقيقي للعدوان (عدوان بديل) أو من خلال التوحد مع الشخصيات العدائية ومشاهدة أفلام العنف (عدوان تخيلي). واستناداً إلى ذلك فالهدف من المعالجة وفقاً لنظرية التحليل النفسي هو تصريف الطاقة العدوانية ويتم ذلك من خلال تهيئة الظروف للطفل للتعبير عن العدوان بطرق بناءة بدلاً من أن يكون موجهاً نحو أهداف تخريبية.

ومن أكثر النظريات التي تم اعتمادها لتفسير العدوان ومعالجته في النصف الأول من القرن العشرين نظرية العدوان الناتج عن الإحباط. والمفهوم الذي تقدمه هذه النظرية بسيط وهو أن العدوان ليس فطرياً ولكنه ينتج عن مواجهة الإحباط، فكلما زاد مستوى الإحباط زادت احتمالات حدوث العدوان.

أما نظرية التعلم الاجتماعي والتي وضع أسسها ألبرت باندورا فهي تؤكد أن العدوان مثله مثل الأنماط السلوكية الأخرى يتعلم بالملاحظة والتقليد. فالنماذج العدوانية (العنف المتلفز، والآباء والزملاء) هي المسؤولة عن السلوك العدواني للأطفال. وتزيد احتمالات حدوث هذه النمذجة عندما يعزز السلوك العدواني، وعندما يكون النموذج ذا مكانة مرموقة، وعند التعرض لمثيرات منفرة أو بغيضة، وعندما يبرز الإنسان عقلياً الأفعال العدوانية التي يقوم بها، وعندما يتعرض الإنسان للعقاب فالعنف يقود إلى عنف مضاد (Bandura, 1973).

وأما النظرية السلوكية فتتعامل مع السلوك العدواني بوصفه سلوكاً متعلماً، فمن خلال قوانين الإشراف الإجرائي يتم تحليل السلوك العدواني في ضوء النتائج المترتبة عليه. فإذا كانت نتائجه إيجابية (أي إذا أدى حدوثه إلى حصول الفرد على أشياء يريدونها أو إلى تخلصه من أشياء لا يريدونها) فالسلوك يقوى ويتدعم وإذا كانت نتائجه سلبية (أي إذا أدى حدوثه إلى تعرض الفرد لأشياء منفردة أو إلى حرمانه من أشياء محببة) فهو يضعف وتقل احتمالات حدوثه في المستقبل.



السلوك الإنسحابي:

إن التأثيرات السلبية للانسحاب الاجتماعي وعدم النضج لا تقل عن تأثيرات السلوك العدواني والأنماط السلوكية غير التكيفية الأخرى. وفي الحالات الشديدة يرافق الانسحاب الاضطرابات السلوكية الشديدة والشديدة جداً كفصام الطفولة والتوحد. ومثل هذا السلوك في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر خطر على النمو في مرحلة الرشد. فالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين يزود الأطفال بخبرات مهمة للتعلم ليس على الصعيد الاجتماعي فحسب وإنما على الصعيد اللغوي والحركي والانفعالي أيضاً.

والانسحاب الاجتماعي ظاهرة سلوكية معقدة ذات جوانب متعددة. وقد تكون هذه الظاهرة دليلاً على عجز في الأداء أو عجز في المهارات. وفي كلتا الحالتين فهذه الظاهرة يرافقها فقدان الاهتمام بالأحداث والأشياء والأشخاص الأمر الذي يقود إلى الاكتئاب والخجل والقلق والخوف وغير ذلك من الأنماط السلوكية غير المقبولة.

التوحد (Autism)

التوحد إعاقة نمائية مزمنة شديدة تظهر عادة في السنوات الثلاث الأولى من العمر. وبوصفه ينتج عن اضطراب عصبي يؤثر على أداء الدماغ، فإن التوحد وأعراضه السلوكية يحدث لدى (15) من كل عشرة آلاف طفل. وهو أكثر شيوعاً لدى الذكور منه لدى الإناث بمعدل أربعة أضعاف. وهو يحدث في كل دول العالم لدى الأسر من مختلف الشرائح العرقية والاجتماعية. إنه اضطراب مربك، لأنه يعبر عن نفسه بشكل مختلف في كل حالة. فبعض

الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من ضعف عقلي شديد في حين أن أطفالاً آخرين يظهرون قدرات متميزة في الحساب أو في الذاكرة أو في الفن، ولكنهم يفترون إلى أي مهارات اجتماعية. وبعض الأطفال لا يتكلمون في حين أن بعضهم الآخر يتكلم وإن كان كلامهم غير واضح للآخرين من حولهم. وينزعج معظم الأطفال المصابين بالتوحد من التغيير في بيئتهم، أو يظهرون حركات من نفس النمط مثل هز الجسم أو اللعب بنفس الطريقة والانفصال عن البيئة والناس فيها.



وكان الدكتور ليوكانر قد دحض الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة وشجع الباحثين والمعالجين على التعامل معه بوصفه اضطراباً عصبياً بيولوجياً (Powell, 2000). ومع أن مستويات الشدة تختلف من طفل إلى آخر فإن العنصر المشترك بين الأطفال الذين يعانون من التوحد هو الافتقار إلى مهارات التواصل في سياق اجتماعي. فعدم التواصل البصري، والتفكير المتمركز حول الملموس، والعجز عن معالجة المعلومات، والمشكلات الحسية والقلق والكلام الذي لا يعدو كونه صدى لكلام الآخرين، وكل هذه العوامل تعيق قدرة الطفل على المبادرة إلى بناء علاقات اجتماعية متبادلة.

والتخلف العقلي والاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد. كذلك يجب فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينيل كيتون يوريا المعروف اختصاراً بـ (P K U) ومتلازمة الكروموسوم الهش (Fragile X - Chromosome) حيث يصاحب الاضطرابان التوحد في بعض الحالات.

وتبعاً لدليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM - III)

فإن التوحد هو أحد أشكال (الاضطرابات النمائية العامة). ويقدم الدليل ستة عشر معياراً لتشخيص التوحد، وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات هي:

أ - قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

ب - قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعي المتبادلة

ج - إظهار مدى محدود جداً من النشاطات والاهتمامات.

كذلك يجب أن تظهر هذه الأعراض منذ مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة. أما المعايير الستة عشر فيتم توزيعها على النحو التالي: (يجب توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة أدناه. وهذه المعايير يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من الفئة (أ) وفقرة من الفئة (ب) وفقرة من الفئة (ج). ولا يعتبر المعيار متحققاً إذا كان السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل):

الفئة (أ) : قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة يعبر عن نفسه كما يلي:-

1 - عدم الوعي بوجود - أو مشاعر - الآخرين (يعامل الأشخاص وكأنهم أثاث، لا يشعر مع الشخص الذي يبدو عليه الضيق، لا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

2 - لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة، أو أنه يعبر عن تلك الحاجة بطرق شاذة (فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضاً أو عندما يتعرض للأذى أو التعب: أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأن يقول كلمة ما بشكل متكرر عندما يؤذى).

3 - لا يقلد الآخرين أو أن لديه قصوراً واضحاً في عملية التقليد (فهو لا يلوح بيده مودعاً، ولا يقلد نشاطات الأم في المنزل، أو يقلد الآخرين بطريقة ميكانيكية).

4 - لا يلعب لعباً اجتماعياً أو أنه يلعب بطريقة شاذة (لا يشارك بنشاط في الألعاب الجماعية، يفضل أن يلعب وحده، يستخدم الأطفال الآخرين في اللعب وكأنهم أدوات).

5 - قصور كبير في القدرة على بناء علاقات صداقة.

الفئة (ب) : قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي على

النحو التالي:

1 - لا يتواصل مع الآخرين وإنما يصدر أصواتاً غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهية.

- 2 - يتواصل بطرق لفظية شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، يتشنج عندما يتقرب منه الآخرون، لا يرحب بالوالدين أو بالزوار، يحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).
 - 3 - غياب النشاط التخيلي كلعب أدوار الراشدين مثلاً أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات وعدم الاهتمام بالقصص التي تدور حول الأحداث التخيلية.
 - 4 - إخراج الكلام بطرق شاذة سواء من حيث حدة الصوت، أو علوه، أو معدلة.
 - 5 - اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي مثل: التكرار الميكانيكي لدعايات التلفزيون أو قول (أنت) بدلاً من (أنا) أو التكلم عن أشياء ليست ذات علاقة بالموضوع.
 - 6 - قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم امتلاك الطفل للقدرة على الكلام (مثل: التحدث عن نفس الموضوع على الرغم من عدم استجابة الآخرين).
- الفئة (ج): ذخيرة محدودة جداً من النشاطات والاهتمامات تظهر من خلال:
- 1 - الحركات الجسمية النمطية (مثل ثني اليدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك).
 - 2 - الانشغال بشكل متواصل بأجزاء الأشياء مثل (شم الأشياء) أو تحسس ملمس الأشياء بشكل متكرر، أو التعلق بأشياء غير اعتيادية (مثل الإصرار على حمل قطعة قماش أو خيط... الخ).
 - 3 - الإصرار بطريقة غير معقولة على اتباع النمط نفسه في النشاطات (مثل الإصرار على اتباع نفس الطريق عند التسوق).
 - 4 - الانفعال الشديد عند حدوث تغيرات بسيطة في البيئة (كتغيير مكان الكرسي في الغرفة).
 - 5 - مدى محدود جداً من الاهتمامات أو الانشغال بشيء معين على الدوام مثل الاهتمام فقط بوضع الأشياء فوق بعضها البعض.
- الفئة (د): يجب أن يكون الاضطراب قد ظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر.

متطلبات تربوية وعلاجية:

إن تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد ينطوي على تحديات حقيقية. وهذه التحديات تنجم جزئياً عن طبيعة التوحد، حيث إنه يأخذ أشكالاً عديدة. فبعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيدة، وبعضهم لديه تخلف عقلي، وبعضهم عدواني وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالم

خاص به. فليس هناك جملة استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين. ولكن كل طفل له شخصيته وأنماطه السلوكية الخاصة. وبالرغم من كل شيء فالأطفال التوحديون قادرون على التعلم وذلك حق من حقوقهم. وبشكل عام فإن الأطفال الذين لديهم توحّد بحاجة إلى برنامج يوفر التعليم الفردي المناسب، والتفاعل الاجتماعي، والنمو والدعم والاحترام.

وبوجه عام ينبغي على البرامج التربوية والعلاجية القائمة على رعاية الأطفال الذين يعانون من الانفصال التوحدي أن تراعي المبادئ الأساسية التالية:

1 - إن التدخل المبكر والفاعل أمر حيوي جداً للأطفال الذين يعانون من ظاهرة الانفصال التوحدي.

2 - إن أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في تطوير مهارات وسلوك الأطفال الذين يعانون من الانفصال التوحدي هي الأساليب التي توظف مبادئ تعديل السلوك في بيئة تربوية منظمة، وتركز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.

3 - يجب أن توجه البرامج التربوية والعلاجية نحو تلبية الحاجات الفردية للطفل، وأن يتم تنفيذها بطريقة شمولية ومنظمة بعيدة كل البعد عن العمل العشوائي.

4 - يجب الاعتماد على البيانات العلمية لتحديد طبيعة البرامج اللازمة وللحكم على فاعليتها.

5 - يجب أن تستخدم البرامج نظاماً فردياً لحفز الأطفال للتعلم، وهذه النظم عموماً تستند إلى مبدأ التعليم الشهير المعروف بإسم مبدأ الأثر والذي ينص على أن السلوك يزداد إذا كانت النتائج المترتبة عليه إيجابية.

6 - يجب أن تكون الأوضاع التعليمية منظمة وتخلو من المشتتات وتسمح بممارسة التدريس الفردي والتدريس في مجموعات صغيرة. ويجب استخدام نفس النشاطات وفقاً لجدول يومي روتيني.

7 - يجب الاهتمام بتعميم الاستجابات المكتسبة ونقل أثر التدريب من موقف إلى آخر وذلك يمكن أن يتحقق من خلال:

أ - تقديم البرامج يومياً على مدار العام ومنذ مرحلة الطفولة المبكرة.

ب - تعليم الأطفال في مواقف مختلفة وعلى أيدي عدة معلمين وباستخدام مثيرات متنوعة.



ج - توفير برنامج شمولي لتدريب الوالدين لكي يصبح هناك اتساق بين الأساليب المستخدمة في المدرسة والأساليب المستخدمة في المنزل (Gerlach, 1993).

الاعتبارات التربوية والعلاجية

هناك عدة نماذج نظرية لتربية الأطفال المضطربين سلوكياً. ولكل من هذه النماذج تعريفاته وأهدافه وأساليبه العلاجية. وهذه النماذج هي نموذج التحليل النفسي، والنموذج السلوكي، والنموذج البيولوجي، والنموذج الإنساني، والنموذج البيئي، وسنكتفي هنا بتقديم وصف موجز للنظرية السلوكية ونظرية التحليل النفسي باعتبارهما الأكثر استخداماً في مجال الاضطرابات السلوكية.

المنحنى التحليل النفسي

يعتمد هذا المنحنى في تعليم الأطفال المضطربين سلوكياً على توظيف مبادئ نظرية التحليل النفسي التي وضع أسسها عالم النفس الشهير سيجموند فرويد. ولعل أهم ما يميز هذه النظرية هو اهتمامها البالغ بالعمليات النفسية الداخلية بوصفها المحددات الرئيسية للنمو الشخصي. فقد اقترح فرويد ما يمكن تسميته بالجهاز العقلي لتفسير السلوك. وهذا الجهاز (عناصر الشخصية الإنسانية) ذو ثلاثة أبعاد هي: *الهو* و*الأنا* و*الأنا الأعلى*. *الهو* يتمثل بالفرائز الأساسية والنزوات والرغبات المكبوتة وهو لا يأخذ الواقع أو المنطق بالحسبان. إنه يعمل وفقاً لمبدأ الرغبة فقط. أما *الأنا* فهو الجانب الواقعي في الشخصية ولذلك فهو لا يعمل تبعاً للرغبة وإنما تبعاً للواقع، ووظيفته الأساسية إيجاد السبل المقبولة والمنافذ الواقعية لإشباع رغبات *الهو*. وأما *الأنا الأعلى* أو الضمير فهو يعمل على كبح رغبات *الهو* اللامنتطقية وذلك من خلال تفهم واحترام الأخلاق والقيم السائدة في المجتمع.

ومن المفاهيم الرئيسية الأخرى في نظرية التحليل النفسي مفهوم اللاشعور والذي يؤثر في السلوك بشكل مبالغ رغم عدم قدرة الإنسان على وعيه. واللاشعور يتألف من النزعات الجنسية والعدوانية الغريزية والرغبات المحرمة والذكريات المؤلمة. ولما كان الأمر كذلك فهو يتصل اتصالاً وثيقاً بالهو فيحركنا باتجاهات معينة سلوكياً. ويتمثل الهدف العلاجي الذي تحاول نظرية التحليل النفسي تحقيقه في إخراج ما في اللاشعور إلى الشعور وذلك بغية اكتشاف ما فيه من عناصر مزعجة وتحديد الأساليب لمواجهتها والتغلب عليها (Bauer & Shea, 1998).

ولأن *الهو* يحرك الإنسان باتجاه *الأنا الأعلى* يحركه باتجاه معاكس يبقي الإنسان في

صراع متواصل الأمر الذي يدفع الأنا إلى التوصل إلى حلول توفيقية وسطية. وإذا لم ينجح الأنا في إيجاد تلك الحلول يتطور القلق لدى الرنسان. ويحاول الإنسان التخلص من القلق بالالتفاف عليه وتغطيته وليس بمواجهته وذلك من خلال ما يسمى بالأساليب أو الحيل الدفاعية ومنها الكبت والنكران والإسقاط والتبرير، الخ. فإذا أخفق الأنا في الحفاظ على التوازن على الرغم من توظيف الوسائل الدفاعية الممكنة تزداد شدة القلق وتضعف قدرته على التكيف وتتطور المشكلات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه.

المنحى السلوكي

يستخدم المنحى السلوكي الطرق العلمية الموضوعية لتحليل التفاعلات بين الإنسان وبيئته ذلك أن المدأ الرئيسي الذي يقوم عليه هذا المنحى يتمثل في اعتبار السلوك محصلة للعوامل والظروف البيئية وليس العمليات النفسية الداخلية. وتبعاً لهذا المنحى فالسلوك ظاهرة نظامية تكتسب وفقاً لقوانين محددة (تعرف باسم قوانين التعلم أو الإشرط). فالوراثة تحدد أبعاد السلوك الإنساني ولكن البيئة تترك بصمات واضحة على خصائص هذه الأبعاد السلوكية. وعليه فالمبدأ الرئيسي هو أن معظم الخصائص السلوكية للإنسان متعلمة وعملية التعلم هذه تتحدد في ضوء خبرات الفرد وبظروفه الحالية. فالسلوك محكوم بنتائجه بمعنى أن السلوك يزداد إذا كانت نتائجه إيجابية ويضعف إذا كانت نتائجه سلبية.

وقد بينت الدراسات العلمية أن هذا المنحى مفيد جداً في تحليل الاضطرابات السلوكية ومعالجتها حيث يتم توظيفه ضمن ما يعرف باستراتيجيات تعديل السلوك التي تتضمن تنظيم أو إعادة تنظيم الظروف البيئية الحالية. فالإنسان يتفاعل مع بيئته باستمرار وعلاقته معها علاقة تبادلية. ومن أهم أساليب تعديل السلوك أسلوب التعزيز (عملية سلوكية تشتمل على تدعيم السلوك وذلك من خلال العمل على أن يتبع السلوك حدث أو مثير إيجابي أو أن يقود حدوث السلوك إلى اختفاء أو إزالة حدث أو مثير سلبي). وتوفير المثيرات السلبية فهي تعرف باسم التعزيز السلبي. ولكي يكون التعزيز فعالاً يجب توفيره بعد حدوث السلوك فوراً. كذلك فالتعزيز الفعال يتصف بالثبات (أي أنه يتم وفقاً لجداول معينة) ويراعي مستوى حرمان - إشباع الفرد، وتعتمد كميته على طبيعة السلوك المستهدف، ويتصف بالتنوع والجدة ويقترن بتعليمات توضيحية كافية.

ومن أساليب تعديل السلوك أسلوب التشكيل والذي يشتمل على تشجيع وتعزيز الفرد على الاقتراب خطوة خطوة من السلوك النهائي المطلوب وذلك باستخدام ما يعرف باسم التقارب التتابعي والذي يشمل التعزيز الإيجابي للاستجابات التي تقود إلى السلوك المطلوب وعدم تعزيز (تجاهل) الاستجابات غير المطلوبة.

وهناك أساليب عديدة أخرى يمكن استخدامها لتعديل سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً ومنها النمذجة (تقديم توضيحات للطفل والطلب منه أن يقلد ما شاهده) والتغذية الراجعة (تقديم معلومات عن طبيعة أداء الطفل بهدف تعزيزه وتوجيهه) والاقتصاد الرمزي (استخدام المعززات الرمزية القابلة للاستبدال بمعززات أولية ثانوية في وقت لاحق) والتعاقد السلوكي (وثيقة مكتوبة تبين المهمة المطلوب تأييدها والمكافأة التي سيتم الحصول عليها بعد إنجاز تلك المهمة).

كذلك هناك العديد من الأساليب لخفض الاستجابات غير التكيفية وتشمل المحو (تجاهل الاستجابة غير المقبولة وذلك بإلغاء التعزيز الذي كانت تقود إليه في الماضي) والتعزيز التفاضلي للاستجابات الأخرى (تعزيز الطفل في حالة امتناعه عن تأدية السلوك المراد إيقافه) والتعزيز التفاضلي للسلوك النقيض أو البديل (تعزيز الطفل في حالة قيامه بسلوك مضاد للسلوك المراد إيقافه) والتعزيز التفاضلي لانخفاض معدل الاستجابة، والتصحيح الزائد (إرغام الطفل على تأدية سلوك بديل مباشرة بعد تأديته للسلوك المراد إيقافه وهذا يعرف بالممارسة الإيجابية أو إرغامه على إعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك المشكل وهذا يعرف بتصحيح الوضع).

وكغيرهم من الأطفال المعوقين، يجب تزويد الأطفال المضطربين سلوكياً بالتربية الخاصة والخدمات المساندة. وهذه الخدمات قد تقدم في غرفة الصف، أو في المنزل، أو في مدرسة خاصة أو مستشفى أو مؤسسة.

ويمتلك المعلمون ذخيرة واسعة من أساليب الضبط المختلفة التي من شأنها مساعدة أي طفل، ولديهم عدة أساليب للتأثير على أفكار الطفل، واستجاباته العاطفية وأنماطه السلوكية (Walker & Holland, 1979). ومن الأمثلة على ذلك:

- 1 - تنظيم البيئة (مثل تنظيم الأثاث والمواد التعليمية لتوفير الأماكن المناسبة للعب).
- 2 - توفير المعززات من خلال التفاعل اللفظي والانفعالي ومن خلال تقديم المكافآت المادية.
- 3 - العمل كنموذج للسلوك الأكثر تكييفاً من أجل أن يقلده الطفل ويتمثله.
- 4 - تصميم المواقف التي تهيء الفرص لحدوث أنماط التفاعل والسلوك التي يود المعلم التأثير عليها وتعديلها، ومن تلك المواقف اللعب الدرامي والتعاوني.
- 5 - تقديم معلومات مباشرة وتعليم مباشر لزيادة معرفة الطفل ولتحديد معايير وقواعد للسلوك.
- 6 - العمل كمصدر دعم للوالدين لتلبية حاجات الطفل.

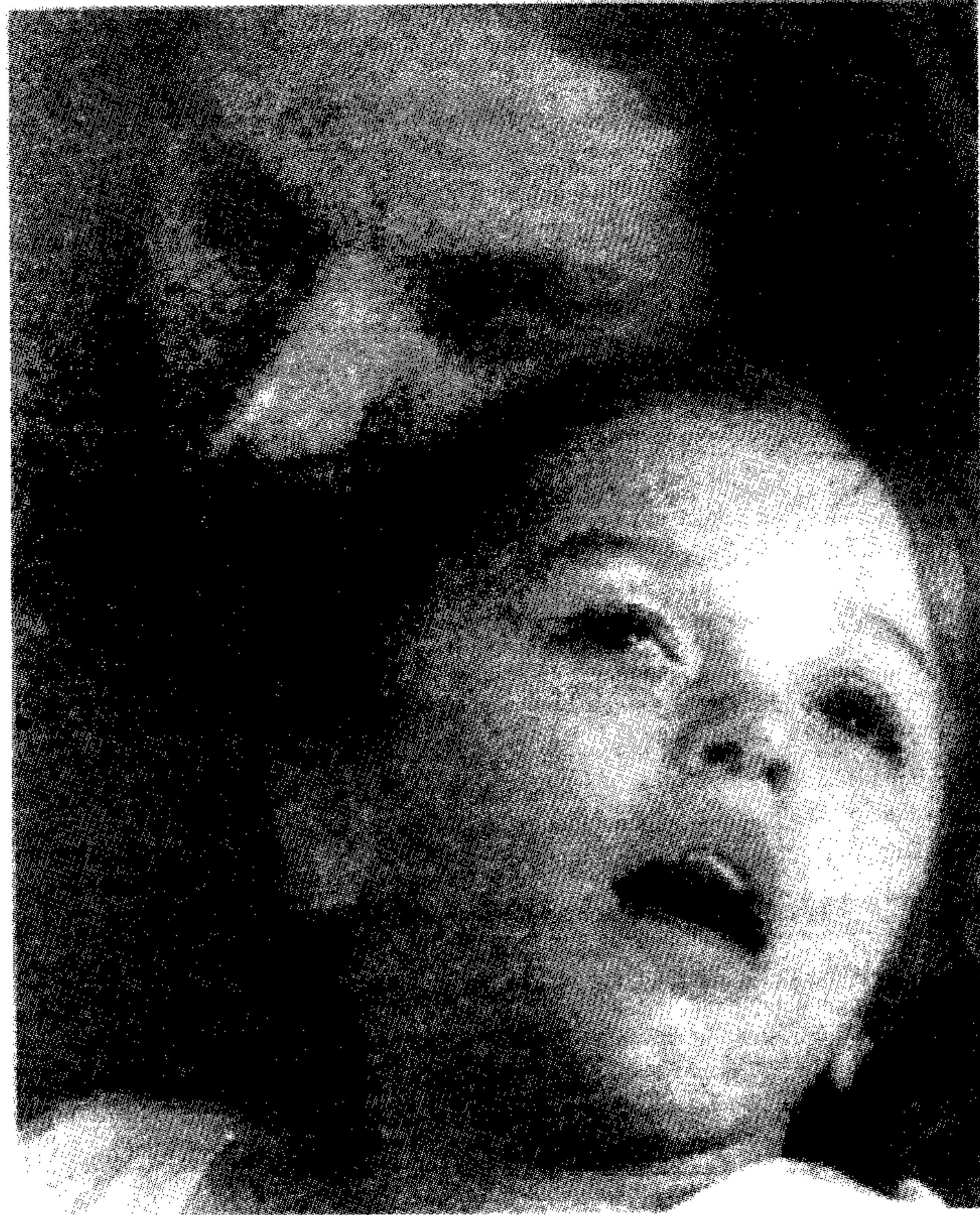
فبالاضطراب متعدد الأوجه والمعلم قادر على عمل أشياء كثيرة بشأنه. ولعل أفضل الطرق هي تجنب التفكير من زاوية (الطفل المضطرب انفعالياً) وكأن كل شيء يفعله الطفل يعكس اضطراباً. بدلاً من ذلك، الأصح هو التعامل مع هذه الظواهر بوصفها أنماطاً سلوكية تحدث كرد فعل للضغط النفسي أو كمحصلة لعمليات التنشئة الاجتماعية، والانتباه إلى تكرار وشد هذه الأنماط السلوكية. وأخيراً فبإمكان المعلمين أن يعززوا البرامج العلاجية التي ينفذها المستشارون السلوكيون إذا استطاعوا إيصال المعلومات الواضحة.

ويقدم فاك (Vacc, 1979) ستة توجيهات يمكن للمعلمين الاستفادة منها عندما يعملون مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية. وينبغي أخذ هذه التوجيهات بعين الاهتمام في العملية العلاجية التي لا تعزل الطفل عن الخبرات المدرسية الاعتيادية، والتي تستخدم تعلم المهارات الجديدة كوسيلة لتوجيهه وتشجيع التغيير في السلوك والتي توظف نظاماً ما لتقييم الأداء الفعال.

1 - يحتاج المعلم إلى ملاحظة سلوك الطفل بطريقة موضوعية، لتحديد الأساس الذي سيتم الاعتماد عليه في اختيار الأهداف العلاجية وفي قياس أثر التعليم أو التدريب وفعاليتها في تغيير السلوك.

2 - يحتاج المعلم إلى تطوير علاقة ألفة ومودة مع الطفل بأسرع وقت ممكن، فذلك من شأنه أن يشعر كلا من الطفل والمعلم بالطمأنينة والاسترخاء بوجود الطرف الآخر وبالتالي التعبير بحرية عن الآراء.

3 - يحتاج المعلم إلى تزويد الطفل بالمعلومات حول حقائق المواقف في الحياة اليومية، وتشمل هذه المعلومات تعريف المواقف الصعبة للطفل من أجل توضيح حقيقة سلوكه. فالكلام الواضح والمباشر مع الطفل الذي يعاني من مشكلة سلوكية يسهل عملية التواصل. ولعل كثيراً من المعلمين يشعرون بالارتباك عندما يتحدثون مع الأطفال ذوي السلوك المشكل. وقد يكون السبب وراء ذلك هو خوفهم من رفض الأطفال لهم أو رفضهم هم للأطفال. وقد يكون السبب هو الاعتقاد الخاطيء الشائع بأن المعلم لا يستطيع مساعدة الطفل إلا إذا عمل بطريقة غير مباشرة. وعلى أي حال، فبعض الأطفال يغيرون سلوكهم نحو الأفضل فوراً إذا بين لهم المعلم بوضوح كيف عليهم أن يسلوكوا. وينبغي على المعلم أن يبلغ الطفل أنهما سيعملان معاً على تغيير السلوك الذي يقود إلى المشكلات في المدرسة ومع الأتراب وأن على الطفل أن يشارك في عملية تغيير سلوكه ولكن بمساعدة المعلم وتوجيهه.



إن الحديث المباشر هذا يمكن تسميته بإعادة التوجيه وهو يشمل عناصر مهمة لمساعدة الأطفال في اكتساب الأنماط السلوكية الإيجابية. والحديث المباشر، إضافة إلى التفسير الواضح، يساعد عادة في خفض مستوى عدم الثقة بالذات وخفض الاعتقادات والمفاهيم الخاطئة.

4 - يحتاج المعلم إلى أن يعرف الأطفال أن بالإمكان مساعدتهم وأن السلوك يمكن تغييره. وذلك يشمل طمأنة الطفل بأن سلوكه قابل للتعديل مما يؤدي إلى قبول الطفل للمعلم بوصفه قادراً على تقديم المساعدة.

5 - من أجل ضمان المشاركة الكاملة، ينبغي على المعلم أن يثني على الطفل وأن يشجعه بتواصل حتى ولو ارتكب بعض الأخطاء. والأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية بحاجة إلى هذا النوع من التشجيع أكثر من غيرهم لأنهم يواجهون الهزيمة وال فشل أكثر من غيرهم. فهؤلاء الأطفال أكثر عرضة لمواجهة الإحباط والخوف والغضب مما يفقدهم الحماسة ويثبط عزائمهم. ولهذه الأسباب، فهم يستجيبون سلباً للتنافس ويستسلمون بسرعة خوفاً من الفشل. وعلى ضوء ذلك فإن على المعلم أن يقدم الدعم ممثلاً بالاهتمام الشخصي والتعبير

عن التقدير للجهود التي يبذلها الطفل. ويجب أن ينصب الاهتمام على السعادة التي ينطوي عليها القيام بنشاطات مثيرة للاهتمام على صعيد حل المشكلات.

6 - ينبغي على المعلم أن يناقش قضية إعادة تنظيم بيئة الطفل إذا كانت هذه البيئة هي المسؤولة عن استمرارية السلوك المشكل. فالتركيز على معالجة الطفل نفسه بالكامل ليس أمراً فعالاً أو محبباً إذا كان الأشخاص المهمون في حياته يعززون سلوكه غير المناسب. وبما أن هؤلاء الأشخاص المهمين يؤثرون على سلوك الطفل، فمن الواجب إشراكهم في العملية العلاجية.

وتصبح المهارات التي يتضمنها التواصل مع الأطفال بعداً رئيساً من أبعاد العلاقة بين المعلم والطفل التي قد يكون لها أثر بالغ على العملية العلاجية. ومن أهم الأدوات القابلة للتوظيف مباشرة من قبل المعلم للتواصل مع الطفل الجسم والصوت. فأنحاء الجسم إلى الأمام الذي يرافقه التواصل العيني يعبر عن الاهتمام ويومئ للطفل بأن ما يقوله مهم بالنسبة للمعلم. كذلك فإن وجود المعلم يعبر عن توقع مشاركة الطفل في عملية التواصل. وإيماء الرأس قد تعبر عن الطمأنينة، والدافعية، والمكافأة، والقبول، والثناء. والاعتماد على الكلمات فقط لإيصال هذه الرسائل يغلق قناة تواصل مهمة وبذلك فالمعلم قد يخسر أسلوباً مهماً للوصول إلى الأطفال.

كذلك فإن الصوت والكلمات المستخدمة في الأسئلة وفي الاستجابات جزء لا يتجزأ من عملية التواصل. فنبرة الصوت البطيئة والطمأنينة قد تعكس الإحساس بالأمن والثقة ومن شأنها أن تزيد من مشاركة الطفل في النشاطات الصفية. والاستخدام الحذر للكلمات قد يجعل الأطفال يشعرون بالطمأنينة وهو أيضاً يعبر عن فهم المعلم لهم.

واختيار الكلمات ذات المعاني العاطفية يمكن أن يبين أن المعلم على اتصال بمشكلات الطفل ومشاعره. ومن أدوات التواصل الأخرى مع الأطفال اللمس. فتوجيه الطفل نحو المعلم أو لمس ذراع الطفل قبل التحدث إليه أسلوبان فعالان لمساعدة الطفل على الانتباه للتعليمات اللفظية التي يقدمها المعلم وللتأكيد على أهمية ما سيتم قوله للطفل.

وهكذا فإن الهدف الأساسي للمعلم هو مساعدة الطفل الذي يعاني من اضطراب سلوكي على تنظيم بيئته والسيطرة عليها. وفي معرض مناقشته لهذا الهدف، أشار كابلان (Caplan, 1972) إلى أن المعلم يتحمل مسؤولية مساعدة الأطفال على تحديد الطرق الآمنة للتفاعل والتكيف وذلك بمساعدتهم على تفسير التغذية الراجعة والدلالات الاجتماعية التي يصعب عليهم فهمها.

إن المعلمين يتحملون مسؤولية كبيرة فيما يتعلق بمساعدة كل طالب في المدرسة للتكيف مع البيئة بشكل أفضل. وعلى أي حال، فالأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية التكيفية غالباً ما يولدون مشاعر سلبية لدى الغير. وفي كثير من الحالات، يتجنبهم الراشدون والرفاق في بيئتهم. ولا تتوفر أية مساعدة أحياناً للطفل الذي يحتاج لمساعدة خاصة لتغيير سلوكه غير التكيفي. وقد لا يكون المعلمون قادرين أو قد لا تتوفر الرغبة لديهم لبذل الجهود اللازمة لحل المشكلات التي يعاني منها الطفل. فإذا كانت تربية جميع الأطفال إلزامية، فإن تغيير سلوك الأطفال غير التكيفي غير إلزامي. ولذلك، فعند مساعدة الأطفال المضطربين سلوكياً، فإن الاتجاهات معلم غرفة الصف نحو الطفل أهمية خاصة.

8

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل

تمهيد

إن القدرة على فهم واستخدام اللغة سمة إنسانية، فاللغة هي الوسط الذي ينظم الإنسان تفكيره من خلاله ويعبر عن أفكاره على نحو يفهمه الآخرون ويستوعبونه. واللغة تمكننا من التعبير عن حاجتنا الأساسية وتزودنا بطرق ووسائل لمعرفة عالمنا وتمكننا من القيام بوظائفنا كمخلوقات اجتماعية (Fallen & Umansky, 1985) والأفراد الذين لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم بطريقة فعّالة أو مقبولة قد يواجهون صعوبات جمة. فقد كتب هيوارد (Heward, 2000) يقول: "إن التواصل مهارة مركزية بالنسبة للوجود الإنساني، فالأطفال الذين يعجزون عن التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بالكلمات أو الذين لا يستطيعون اكتساب المعلومات بالاستماع أو القراءة يواجهون بالتأكيد مشكلات في المدرسة وفي الحياة بشكل عام. وإذا ما استمرت هذه المشكلات فقد يكون من الصعوبة بمكان عليهم أني تعلموا وأن يكونوا علاقات مرضية مع الآخرين" ص (151).

الكلام، اللغة، والتواصل

يستخدم مصطلح التواصل (Communication) للإشارة إلى عملية التفاعل بين الأفراد التي تهدف إلى تبادل المعلومات والأفكار والتعبير عن الحاجات والرغبات. والتواصل لا يحدث بدون مرسل للمعلومات ومستقبل لها. وقد يكون التواصل لفظياً أو غير لفظي من خلال الإيماءات أو الصور أو اللغة المكتوبة أو لغة الإشارة أو أية طرق أخرى. وهكذا فالتواصل لا يتطلب بالضرورة استخدام الكلمات المنطوقة فالطفل يبكي فتستجيب أمه له وتلبي حاجته ويبتسم الأب لطفله عندما يفعل سلوكاً حسناً فيدرك الطفل أن سلوكه يحظى بالقبول.

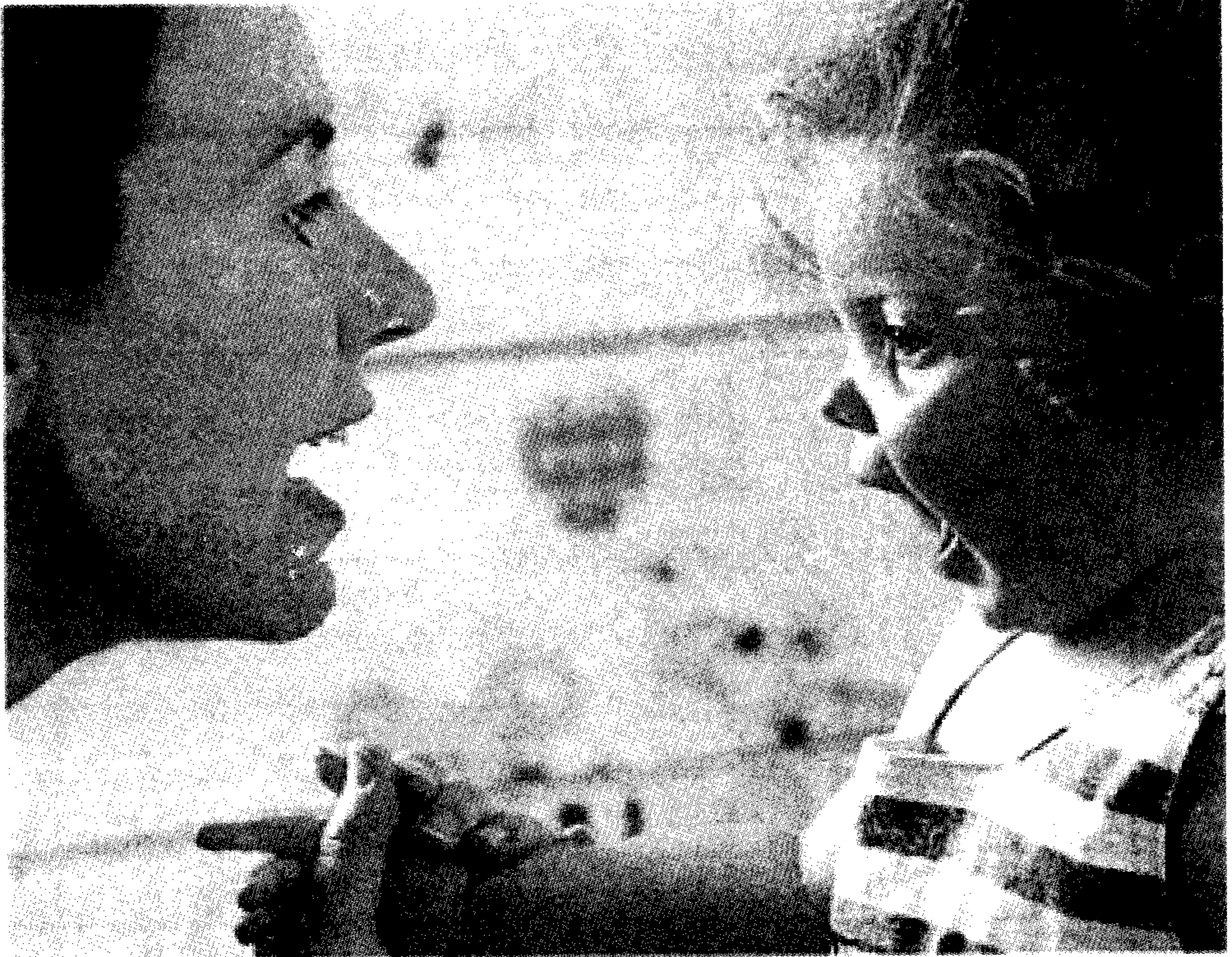
أما اللغة (Language) فهي النظام الرمزي الكلي المستخدم في التواصل. وهذا النظام متفق عليه وهو يشمل إعطاء المعاني للأصوات والكلمات والإيماءات والرموز الأخرى. وعليه فاللغة قد تكون منطوقة وقد تكون إشارية أو إيمائية. وأما الكلام (Speech) فهو أكثر وسائل التواصل استخداماً وتعقيداً. إنه الشيفرة التي يقدم الإنسان وفقاً لها لغته المنطوقة من خلال تشكيل وتسلسل معين للأصوات وباستخدام التنفس والعضلات.

النمو اللغوي الطبيعي:

لا يستطيع معلمو التربية الخاصة مساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل دون أن يكونوا على معرفة واسعة بالتطور اللغوي الطبيعي. فالطفل يتعلم اللغة على تعقدها دونما تدريب رسمي وعملية تعلم اللغة هذه تتم على مراحل قابلة للتنبؤ بالرغم من أن سرعة

اكتساب الطفل للمهارات اللغوية تختلف باختلاف العوامل البيئية والعقلية والجسمية. وفيما يلي وصف سريع لمراحل النمو اللغوي الطبيعي.

عند الولادة تتمثل البدايات اللغوية عند الطفل بالبكاء والذي هو نتاج نشاطات الجهاز التنفسي والحبال الصوتية والعضلات. والبكاء والأصوات الأخرى التي تصدر عن الطفل تعمل بمثابة القاعدة التي تنبثق عنها عملية تنظيم وتآزر النشاطات العضلية اللازمة لنطق الحروف والمقاطع اللفظية. ويتعلم الطفل سريعاً أنواعاً مختلفة من البكاء ويصدر عنه أصوات تتضمن بعض الحروف. وعندما يبلغ الطفل الشهر الثاني من عمره تتحول هذه الأصوات المختلفة بشكل متكرر بهدف التمتع بالاستماع إليها. في هذه المرحلة يستجيب الطفل لنبرات الصوت بطرق مختلفة ويلتفت إلى مصدر الصوت ولكنه لا يعي معنى الكلمات. وعندما يصبح عمر الطفل ستة شهور تقريباً تصبح المناغاة أكثر نشاطاً وتتحول إلى لعب لفظي حيث يصدر الطفل أصواتاً متنوعة. ويبدو الطفل كأنه يحاول الفوز بانتباه الآخرين إليه أو الاستجابة إلى تفاعلاتهم اللفظية معه (Heward, 2002).

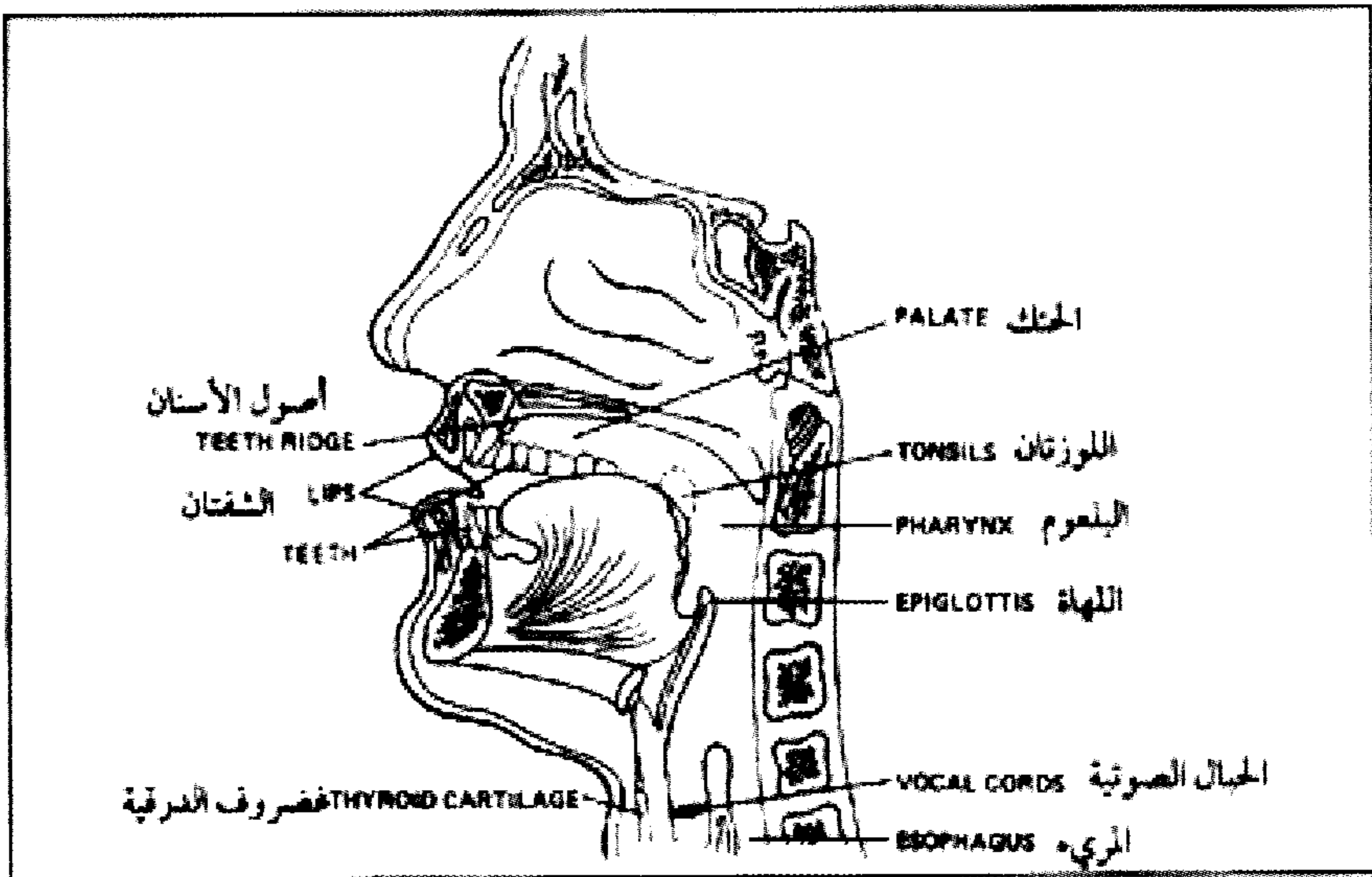


وبعد ذلك يحاول الطفل تقليد الأصوات التي تصدر عنه والتي تصدر عن الآخرين أيضاً. كذلك يبدأ الطفل بخفض شدة الصوت ورفعها. وعند بلوغه الشهر الثامن من العمر قد يكرر

الطفل كلمة قصيرة. وقد يبدو الطفل وكأنه يعبر عن شيء ما أو أنه يفهم بعض ما يقال له وقد يستجيب لتفاعلات الآخرين معه.

وبعد بلوغه السنة الأولى من العمر يستطيع الطفل أن يقول بعض الكلمات على الرغم من أنه قد لا يستطيع أن ينطقها بطريقة صحيحة أو واضحة. كذلك فهو يعبر عن حاجاته بالإشارة إلى الأشياء أو باستخدام كلمة أو كلمتين. وهو أيضاً يستجيب للتعليمات البسيطة الموجهة إليه.

وفي المرحلة العمرية (18 - 24 شهراً) تظهر لدى الأطفال الظاهرة المعروفة بإسم الصدى الصوتي حيث يقلد الطفل ويكرر كلام الآخرين. كذلك فهناك زيادة هائلة في الذخيرة اللفظية للأطفال في هذه المرحلة العمرية. فهم يدمجون الكلمات في جمل قصيرة وتتطور لغتهم الاستقبالية أيضاً. وما بين السن الثانية والرابعة يتكلم الأطفال في جمل تتكون من 3 إلى 4 كلمات وي طرحون الأسئلة. كذلك فهم يميزون الألوان ويستطيعون رواية قصص وتتطور لغتهم التعبيرية ولغتهم الاستيعابية بشكل مضطرب في الفترة الأخيرة من هذه المرحلة وإذا حدث لدى الطفل تكرارات لفظية فذلك أمر طبيعي متوقع. وبعد بلوغ الرابعة من العمر تتطور لغة الطفل أكثر فأكثر يستطيع أن يبين حاجاته ورغباته للآخرين بوضوح. وهو أيضاً يطور لغة وظيفية وصحيحة. وهناك عدة متطلبات للنمو اللغوي وهي: (أ) السمع فالإنسان يتكلم لأنه يسمع، (ب) البصر فهو ذو علاقة بالقراءة والكتابة، (ج) الذكاء فثمة علاقة بين اللغة والذكاء وإن كانت هذه العلاقة غير واضحة تماماً، (د) الذاكرة فهي تلعب دوراً هاماً في اكتساب اللغة، (هـ) الانتباه حيث تبين الدراسات أن مشكلات الانتباه ترتبط بشكل وثيق بالصعوبات اللغوية (Owen, 2003, Shames & Anderson, 2003)



الشكل رقم: (1-8) الجهاز الصوتي

اضطرابات التواصل: التعريف والتصنيف

يمكن تعريف اضطراب التواصل بأنه اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة. وتصبح الصعوبة في التواصل إعاقة أو اضطراباً في الحالات التالية:

- (1) إذا أصبحت عملية إرسال الرسائل أو استقبالها عملية خاطئة.
- (2) إذا أصبح الفرد بفعل هذه الصعوبة في وضع صعب تعليمياً أو اجتماعياً.
- (3) إذا تركت هذه الصعوبة أثراً سلبياً على النمو الانفعالي للفرد.
- (4) إذا استرعت الصعوبة الكلامية أو اللغوية انتباهها سلبياً من الآخرين (Shames & Anderson, 2003).

وتعتمد طبيعة اضطراب التواصل على عدة عوامل منها:

- أ) موقع التلف أو الضعف في الأجهزة المرتبطة بالكلام واللغة
- ب) مدى أو درجة التلف أو الضعف في هذه الأجهزة
- ج) العوامل المسببة لاضطراب الكلام أو اللغة.

د) وجود أو عدم وجود اضطرابات متعددة في الكلام واللغة (Haring, 1982)

وإذا كان اضطراب التواصل يشير إلى الحالة التي يفتقر فيها الفرد إلى القدرة على إظهار الاستجابات المناسبة التي تسمح بإيصال المعلومات بينه وبين الآخرين، فإن الاضطراب اللغوي يشير إلى الحالة التي لا يرقى فيها مستوى معرفة الفرد بقواعد اللغة إلى المستوى الطبيعي المتوقع أو إذا كان لديه عجز في المهارات اللغوية الأساسية على ضوء ما هو متوقع من عمره الزمني. وأما الكلام فهو يعتبر مضطرباً إذا كان غير مفهوم أو غير مرض ثقافياً أو شخصياً أو مؤذياً لألية الكلام (Kirk & Gallagher, 1989) وغالباً ما تكون الاضطرابات اللغوية ناتجة عن تلف أو خلل في الجهاز العصبي أو الحرمان البيئي الشديد أو الاضطرابات الانفعالية الشديدة. كذلك قد تنتج الاضطرابات اللغوية لدى الأطفال بسبب خلل نمائي في الذاكرة والاستيعاب السمعي أو بسبب اضطرابات نمائية أخرى (إدراكية أو حركية) أما اضطراب الكلام فهي لا تنتج بالضرورة عن خلل في الجهاز العصبي المركزي أو عن الإعاقة السمعية بل هي قد تكون ناتجة عن مشكلات في ضبط العضلات ذات العلاقة بالنطق أو ناتجة عن

تشوهات تشريحية كما هو الحال بالنسبة للشفة الأردنية مثلاً. وفيما يلي عرض لاضطرابات الكلام الأساسية (Paul et al., 2002; Owen, 2003)

اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

هي أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشكل مناسب بحيث يحدث استبدال أو تشوه أو إضافة أو حذف. وقد لا يكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة. وفي هذه الحالات تُعزى اضطرابات النطق للحرمان البيئي، والسلوك الطفولي، والمشكلات الانفعالية، وبطء النمو.

أ) الإبدال (Substitution)

تحدث مشكلات إبدال الأحرف لدى الأطفال الصغار في السن وتأخذ أشكالاً مختلفة ربما يكون من أكثرها شيوعاً إبدال صوت السين بصوت التاء أو صوت الشين. لذلك قد يبدل الطفل صوت التاء بصوت الفاء أو قد يبدل حرف الراء بحرف اللام وغير ذلك. وهذا النوع من الأخطاء النطقية غالباً ما يظهر لدى الأطفال الذين يتصف كلامهم بعدم النضج.

ب) الحذف (Omission)

إن مشكلة حذف الأصوات تجعل كلام الطفل غير مفهوم. وغالباً ما يحذف الأطفال الصوت الأخير في الكلمة أو هم قد لا ينطقون الحروف الساكنة في الكلمة أو قد يتوقفون أنياً بين الأصوات في المقاطع اللفظية.

ج) التشويه (Distortion)

تمثل مشكلة التشويه النطقي بكون المخارج غير سليمة. فالطفل يحاول أن يقلد الأصوات إلا أنه يخفق في ذلك فيكون كلامه منحرفاً أو مشوهاً مثل حدوث الصّفير عند محاولة نطق حرف السين. هذا وتبين الدراسات العلمية أن معالجة هذا النوع من الإضطراب النطقي ليس أمراً صعباً.

د) الإضافة (Addition)

إن إضافة الأصوات من الخصائص الأساسية للكلام غير الواضح كما هو الحال بالنسبة لكلام الأطفال الصم. ويأخذ هذا الاضطراب النطقي أشكالاً متنوعة من أكثرها شيوعاً إضافة أصوات إلى المقاطع اللفظية.

اضطرابات الطلاقة اللفظية (Fluency Disorders)

تعتبر اضطرابات الطلاقة اللفظية عن ذاتها بإصدار عدد كبير من الاعتراضات أو التقطعات الكلامية. وغالباً ما تعرف هذه الاضطرابات بالتأتأة (Stuttering) وتتميز بوحدة أو أكثر من الخصائص التالية: أ) التكرار أو الإعادة، ب) إطالة الأصوات، ج) التردد أو التوقف عند الكلام، الأصوات، د) الأصوات الاعتراضية الخاطئة. ويصحب التأتأة سلوك تجنبى ويرافقها تطور في مفهوم الذات يشمل تعامل الشخص مع نفسه بوصفه شخصاً يفتقر إلى الطلاقة الكلامية الطبيعية. والتأتأة تظهر عادة ما بين الثانية والسادسة من العمر وهي أكثر شيوعاً لدى الذكور منها لدى الإناث. وقد اقترحت عدة أسباب للتأتأة ومنها: الصراعات الانفعالية، الاضطرابات العصبية الفسيولوجية، اضطرابات التفكير، والقلق. كذلك يعتقد البعض إن التأتأة إنما هي سلوك متعلم (Van Riper, 1978) والهدف الرئيسي من معالجة التأتأة هو إيقافها أو الحد من تأثيراتها. وعلى وجه التحديد، تتمثل الأهداف العلاجية في: أ) إضعاف تأثير العوامل التي ترتبط بالتأتأة، ب) إزالة الأعراض الثانوية التي تنجم عن التأتأة. ج) تعديل أشكال التأتأة بحيث يتم مساعدة الفرد على الصعوبات الخاصة التي يواجهها، د) مساعدة الفرد على التخلص من العادات الكلامية الخاطئة، هـ) معالجة الخوف والقلق والتجنب والمظاهر الانفعالية الأخرى التي ترتبط بالتأتأة (Kirk & Gallagher, 1989)

ومن المشكلات الكلامية الأخرى المرتبطة بالطلاقة اللفظية المشكلة المعروفة باسم الهزيمة وهي سرعة الكلام (Cluttering). ومن الخصائص الرئيسية لهذه المشكلة التكلم بسرعة فائقة بحيث لا تكون الكلمات واضحة وبحيث يفتقر الكلام إلى النظام. وقد يحدث إضافة إلى ذلك تداخل بين الحروف أو الأصوات أو حذف بعض الأصوات أو المقاطع اللفظية.

أما الاضطرابات اللغوية فهي تشمل التأخر اللغوي والضعف اللغوي وانحراف النمو اللغوي. بالنسبة للتأخر اللغوي فهو قد ينجم عن عدة أسباب منها الإعاقة السمعية، والتخلف العقلي، والاضطرابات الانفعالية، والحرمان البيئي. والتأخر اللغوي ليس اضطراباً لغوياً بل هو نمو اللغة بمعدلٍ منخفضٍ بدرجة ملحوظة مقارنة بالعمر الزمني للطفل ولكن النمو يكون منتظماً وعادياً. وأما الضعف اللغوي فهو صعوبة في عملية فهم واستخدام الخصائص اللغوية التالية:

أ) الخصائص الصوتية

ب) الخصائص المورفولوجية (بنية اللغة)

(ج) تركيب الجمل

(د) دلالات الألفاظ.

وتتمثل الاضطراب الفونولوجية (الصوتية) باستخدام خصائص الأصوات في اللغة بطريقة منحرفة أو مشوهة. وأما الاضطرابات المورفولوجية (البنوية) فهي تشمل استخدام المورفيمات (وهي أصغر الوحدات الصوتية التي تحمل معنى في اللغة) بطريقة منحرفة. أما الاضطرابات المتصلة بتركيب الجمل فهي تشمل استخدام المعاني وربط الكلمات وبناء الجمل بطريقة منحرفة. وأما الاضطرابات ذات العلاقة بدلالة الألفاظ فهي تعني صعوبات في تمييز معنى الألفاظ عن الآلية اللغوية اللازمة للتعبير عنها. (Lue, 2000).

وأخيراً هناك ما يعرف باسم الحبسة (Aphasia) وهي تعني عدم القدرة على الكلام. وتظهر الحبسة في سن مبكرة جداً ولذلك فهي تسمى بالحبسة الولادية (Congenital Aphasias). ولكن هذا الاضطراب قد يحدث أحياناً في سن متأخرة وفي هذه الحالة فهي تكون ناتجة عن تلف دماغي أو إصابة دماغية ما (Eisenson, 1971).

نسبة انتشار اضطرابات التواصل

تشكل اضطرابات التواصل ثاني أكثر الإعاقات انتشاراً حيث تقدر نسبة انتشارها بحوالي 4% وكما هو الحال بالنسبة للإعاقات الأخرى فإنه من الصعب تقديم إحصائيات دقيقة حول النسبة الحقيقية لمدى انتشار إعاقات التواصل. فالأطفال الذين يعانون من إعاقات مختلفة (التخلف العقلي، الإعاقة السمعية، الإعاقة الجسمية) قد يعانون أيضاً من اضطرابات كلامية ولغوية. كذلك فإن اضطرابات التواصل قد تؤثر سلبياً على النمو المعرفي والتحصيل والسلوك الاجتماعي (Cartwright et al., 1995). وما من شك في أن ذلك يجعل مهمة تحديد عدد الأطفال الذين يعانون من مشكلات في اللغة والكلام مهمة صعبة للغاية. ويشير هيوارد (Heward, 2002) إلى أن أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً هي المشكلات النطقية حيث تبلغ حوالي 80% من مجمل الاضطرابات التواصلية.

من ناحية أخرى، فإن مشكلات الكلام واللغة تنخفض مع تقدم عمر الفرد. فقد أشار كيرك وجلوفر (Kirk & Gallagher, 1989) إلى أن نسبة حدوث مشكلات النطق الشديدة تبلغ حوالي 7% في الصف الأول الابتدائي وتصبح حوالي 1% في الصف الثالث الابتدائي وحوالي 0.2% في الصف الثالث الثانوي. ولعل ذلك يعود إلى كون هذه المشكلات قابلة للمعالجة أو أنها تختفي بفعل عوامل النضج.

أسباب اضطرابات التواصل

إن أسباب اضطرابات التواصل يمكن تحديدها في بعض الحالات ولا يمكن تحديدها في بعض الحالات الأخرى. وعندما تكون الأسباب غير واضحة يقال إن الاضطراب يعود إلى أسباب وظيفية. أما عندما تكون الأسباب عصبية أو تشريحية معروفة يقال أن الاضطراب يعود لأسباب عضوية. في هذا الجزء من الفصل سنحاول توضيح الأسباب الشائعة والأسباب البيئية، والأسباب التعليمية، والأسباب النفسية الداخلية والأسباب الوظيفية (Wjg, 1982)

الأسباب العضوية

تشمل الأسباب العضوية الاضطرابات الكروموسومية والعصبية والفسولوجية والأخرى والنمائية. وتكون هذه الأسباب مسؤولة عن اضطرابات التواصل عندما يكون هناك خلل أو ضعف في الأجهزة المسؤولة عن الكلام واللغة، وهذه الأجهزة هي:

(أ) الجهاز العصبي المركزي

(ب) الجهاز العصبي المحيطي

(ج) المستقبلات الحسية

(د) الألياف العضلية.

فالاضطراب الكروموسومي الجيني قد ينجم عنه خلل أو ضعف نمائي في الأجهزة المسؤولة عن الكلام واللغة. فمن الاعتقادات السائدة أن الشفة الأرمنية (Cleft lip) واضطرابات التواصل التي ترتبط بها تعود إلى أسباب جينية. كذلك فإن الاضطرابات اللغوية والكلامية المرتبطة بالتخلف العقلي هي الأخرى قد تكون جينية كما هو الحال في متلازمة داون والذي هو اضطراب كروموسومي. وأما بالنسبة لاضطرابات الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز العصبي المحيطي والتي قد تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها فهي قد تسبب عدداً من مشكلات الكلام واللغة.

فالتأتأة مثلاً قد تعود إلى أسباب عصبية. وبالمثل فإن الشلل الدماغي والذي هو اضطراب عصبي - حركي غالباً ما يرتبط باضطرابات التواصل. والاضطرابات العصبية من الأسباب الرئيسية لمشكلات التواصل المكتسبة. ومن الأمثلة على ذلك السكتة الدماغية (Stroke) حيث تؤدي إلى الحبسة والتي تتضمن فقدان القدرة على الكلام. كذلك فإن إصابات الرأس (Head Traumas) من الأسباب الشائعة لمشكلات الكلام المكتسبة. ومن الأسباب الهامة أيضاً في

هذا السياق الأورام والزمراض العصبية. والتنكسية (Degenerative Diseases) والالتهابات مثل التهاب الدماغ.

وقد تكون اضطرابات التواصل ناجمة عن عوامل فسيولوجية. والمقصود بذلك هو أن أجهزة الكلام قد تكون غير طبيعية نمائياً. والاضطرابات النمائية قد تكون موجودة في المنطقة الفموية كما هو الحال في الشفة الأرمنية أو قد تكون التجاويف الأنفية أو في البلعوم أو في الفك. ومن الاضطرابات الكلامية واللغوية ما يعزى لاضطرابات عملية الأيض (كما هو الحال عند وجود مشكلات في الغدد النخامية أو الكظرية أو الدرقية) والاضطرابات التي تنجم عن ردود الفعل الحسسية الشديدة مما يؤثر على أجهزة الكلام.

وأخيراً فإن العوامل البيولوجية والعضوية تشمل التأخر النمائي وعدم النضج. فالأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي كثيراً ما يكون لديهم تأخر في مظاهر نمائية أخرى بما فيها النمو الحركي أو النمو المعرفي. والأطفال الذين لديهم تخلف عقلي أو توحد أو اضطرابات انفعالية قد يكون لديهم مشكلات كلامية ولغوية (Owen, 2003, Lue, 2000).

الأسباب البيئية

ومن العوامل التي تلعب دوراً في حدوث اضطرابات التواصل العوامل البيئية والثقافية والأسرية. فالحرمان الثقافي والبيئي قد يؤدي إلى التأخر اللغوي. والعوامل السمية الموجودة في البيئة قد ترتبط باضطرابات التواصل. ومن هذه العوامل الرصاص، والزنبق، وأول أكسيد الكربون، والكحول، وغيرها. والظروف الأسرية أيضاً تلعب دوراً في تشكل اضطرابات التواصل. فإذا قدمت الأسرة نماذج لغوية ضعيفة أو خاطئة قد تنجم مشكلات. كذلك فإن اتجاهات الأسرة وتوقعاتها تؤثر تأثيراً مباشراً أو كبيراً على النمو اللغوي للأطفال (Owen et al., 2002).

الأسباب التعليمية

إن مهارات التواصل واللغة والكلام استجابات متعلمة ولذلك فهي تصبح مضطربة إذا كانت طبيعة أنماط التفاعل بين المتحدث والمستمع أنماطاً غير إيجابية ومضطربة.

الأسباب النفسية الداخلية

تعكس الاستجابات اللغوية واللفظية التي تصدر عنا حالتنا النفسية وأنماطنا الشخصية. ولذلك فلا غرابة في أن تؤثر الاضطرابات النفسية (الذهانية أو العصابية أو غيرها) على

القدرة على التواصل مع الآخرين. فالتأثأة مثلاً تعزى أحياناً للعوامل النفسية ذات التأثير السلبي.

الأسباب الوظيفية

في بعض الأحيان قد تكون اضطرابات التواصل ناجمة عن إساءة استخدام أجهزة الكلام. ويعتبر الجهاز البلعومي من أكثر الأجهزة التي تتعرض لإساءة الاستخدام الأمر الذي يؤدي بدوره أحياناً إلى تلف عضوي في تلك الأجهزة.

تاريخ تربية الأطفال ذوي اضطرابات التواصل

أن الإنسان عانى من اضطرابات الكلام واللغة المختلفة منذ القدم إلا أن البرامج المكثفة والفعالة التربوية والنفسية والطبية لم تتطور إلا حديثاً وفي القرن الماضي على وجه التحديد. وتشير ويج (Wiig, 1982) إلى أن المجتمعات الإنسانية بدأت تولي اهتماماً متزايداً بصعوبات التواصل التي يعاني منها الأفراد عندما بدأت وسائل الاتصال مثل الهاتف والحاسوب والمذياع والتلفاز وما إلى ذلك تلعب دوراً حيوياً في الحياة اليومية.

أما علم أمراض الكلام واللغة فقد انبثق كتخصص علمي في عقد العشرينات من هذا القرن. وجاء انبثاق هذا العلم محصلة لجهود بحثية علمية لذوي تخصصات مختلفة منها الطب والطب النفسي وعلم النفس والتربية الخاصة واللغات. ونتيجة لذلك فإن التنوع والتباين في هذا المجال ما يزال واضحاً فالبحوث المتعلقة باضطرابات التواصل قد تكون ذات طبيعة تربوية أو طبية أو نفسية أو نفسية - لغوية.

ومنذ مطلع القرن العشرين أصبحت برامج التأهيل المناسبة لمعالجة مشكلات الكلام واللغة لدى الأطفال موجودة في عدد غير قليل من الدول. وهذه البرامج كانت في البداية تقدم في العيادات أو المستشفيات أو المدارس. وكما يشير كيرك وجلوفر (Kirk & Gallagher 1989) فإن الأقسام والكليات الجامعية التي كانت تقوم على إعداد أخصائي اضطرابات الكلام كانت تعرف (Speech Pathology). وبعد أن أصبحت هذه الأقسام تهتم بمعالجة مشكلات الكلام لدى الأطفال الصم أصبحت تعرف باسم أقسام الكلام والسمع. وأخيراً بعد أن أصبح من ضمن مسؤولياتها التأهيل اللغوي، أصبحت هذه الأقسام تعرف باسم أقسام اضطرابات التواصل (Communication Disorders).

قياس اضطرابات التواصل وتشخيصها

عديدة هي الإجراءات التي يمكن تطبيقها لقياس وتشخيص الاضطرابات الكلامية واللغوية. وبغض النظر عن أنواعها، فهي جميعاً تهدف إلى جمع المعلومات عن اللغة من حيث البناء اللغوي (Syntax) ومحتوى اللغة أو دلالات الألفاظ (Semantics) والنطق (Articulation) والطلاقة اللغوية (Fluency) وخصائص الصوت (Voice). فإذا كان الطفل يعاني من ضعف أو إعاقة في اللغة أو الكلام ينبغي إحالته إلى أخصائي أمراض الكلام واللغة لإجراء عملية تشخيص شمولية باستخدام أدوات خاصة وتهدف عملية القياس والتشخيص إلى تحديد طبيعة اضطراب التواصل وما إذا كان هذا الاضطراب قابلاً للمعالجة. وتستهل العملية التقويمية هذه عادة بدراسة تاريخ الحالة (Case History) والتي تتضمن جمع البيانات عن المظاهر النمائية والتطورية للطفل. ويرى بريان (Bryant, 1970) إن عملية تقييم اضطرابات التواصل تتضمن العناصر الرئيسية التالية:

1 - فحص النطق

حيث يتم تحديد أنواع الأخطاء المرتكبة والأصوات الخاطئة التي تصدر عن الطفل.

2 - فحص السمع

ويجرى هذا الفحص لتحديد ما إذا كان اضطراب التواصل الذي يعاني منه الطفل يعود إلى مشكلات سمعية.

3 - فحص التمييز السمعي

ويهدف هذا الفحص إلى تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.

4 - فحص النمو اللغوي

ويهدف هذا الفحص إلى تحديد مستوى النمو اللغوي لدى الطفل. وعلى وجه التحديد، يتوخى من هذا الفحص معرفة الذخيرة اللفظية للطفل.

ولما كانت اضطرابات التواصل ترجع لأسباب متنوعة فإن قياسها وتشخيصها يتطلبان مشاركة طريق متعددة التخصصات قد يضم أخصائي الأعصاب وأخصائي علم النفس وأخصائي العمل الاجتماعي وأخصائي السمع. كذلك فالمعلم يستطيع أن يلعب دوراً هاماً في هذا الشأن ذلك أنه يتعامل مع الأطفال بشكل مباشر ومتواصل ويلاحظ العادات الكلامية لديه وأية تغيرات تطراً على سلوكه اللفظي. أما بالنسبة للعوامل النفسية التي قد ترتبط

باضطرابات التواصل فإن عملية القياس والتشخيص المتعلقة بها قد تأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال التالية (Wiig, 1982):

- أ) المنحى التشخيصي العلاجي
- ب) المنحى السلوكي التعليمي
- ج) المنحى التفاعلي الشخصي
- د) المنحى التحليلي النفسي
- هـ) المنحى البيئي الشمولي

يركز المنحى التشخيصي العلاجي (Diagnostic - Prescriptive Approach) على الخصائص السلوكية للفرد. فهذا المنحى يقوم على افتراض إن اضطرابات التواصل تنتج عن ضعف فسيولوجي أو نمائي أو اضطراب نفسي. وبعد تحديد طبيعة المشكلات التي يعاني منها الفرد يهتم الأخصائي بتحديد البرنامج العلاجي المناسب.



أما المنحى السلوكي التعليمي (Behavioral - Learning Approach) فيستخدم مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي لتقييم اضطرابات اللغة والكلام. وتتمثل الأهداف الرئيسية لهذا المنحى في تحديد المثيرات البيئية أو اللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلية وتحديد المعززات التي من شأنها تعديل السلوك اللغوي.

ويركز المنحى التفاعلي بين الشخصي (Interactive - Interpersonal Approach) على قدرة الفرد على التواصل بشكل فعال في أوضاع اجتماعية وتفاعلية متنوعة. وعلى وجه التحديد، يهتم هذا المنحى بتحديد مواطن الضعف ومواطن القوة لدى الفرد على صعيد

استخدام الكلام واللغة في التواصل مع الآخرين بهدف التأثير عليهم أو إيصال المعلومات إليهم أو التعبير عن المشاعر أو التخيل أو تنظيم الأنماط السلوكية المناسبة.

أما المنحى النفسي التحليلي (Psychoanalytic Approach) فهو يهتم بتحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات التواصل خاصة عندما لا يكون هناك أية أسباب بيولوجية أو عضوية ظاهرة. ولما كان اتباع هذا المنحى يعتقدون أن اضطرابات التواصل تحدث بفعل الأفكار والانفعالات المكبوتة فإنهم يحاولون إخراجها من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور. ولتحقيق ذلك فهم يستخدمون الاختبارات الإسقاطية (Projective Tests) والمقابلات غير التوجيهية (Nondirective Interview) والدراما النفسية (Psychodrama)

وأخيراً فإن المنحى البيئي الشمولي (Holistic Approach) يسعى إلى دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي ترتبط باضطرابات التواصل. وتتضمن عملية القياس والتشخيص تبعاً لهذا المنحى تقييم ديناميكية الشخصية لدى الفرد والمهارات اللفظية وغير اللفظية، والحاجات الإرشادية، ومهارات التواصل الاجتماعي وغير ذلك (Paul et al, 2002, Owen, 2003).

الخصائص العامة للأطفال ذوي اضطرابات التواصل

إن فئة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية فئة كبيرة جداً وخصائصها متباينة مما يجعل الحديث عن خصائص محددة على صعيد المظاهر النمائية الجسمية أو المعرفية أو الانفعالية - الاجتماعية أمراً بالغ الصعوبة. إلا أنه من الممكن الإشارة إلى بعض الخصائص العامة التي أجريت الدراسات حولها. فعلى سبيل المثال، إن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً لدى الذكور منها لدى الإناث وخاصة في المرحلة الدراسية الابتدائية ويعزو البعض هذه الحقيقة إلى الضغوط والتنافس الاجتماعي الذي يتعرض له الذكور مقارنة بالإناث (Cartwright et al. 1995)

أما ردود الفعل الانفعالية التي تظهر لدى هذه الفئة من الأطفال فهي تبدو على شكل مستويات عالية من القلق والشعور بالذنب والإحباط والعدوان (Van Riper & Emerick, 1984) وردود الفعل هذه هي استجابات تصدر عن الطفل بفعل اتجاهات الآخرين نحوه وتوقعاتهم منه والتي تتضمن الرفض والعزل أو الحماية الزائدة.

ويلاحظ هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) إن مستوى أداء الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية من حيث الذكاء والتحصيل والسلوك التكيفي الاجتماعي

دون مستوى أداء الأطفال العاديين لأن هذه الاضطرابات تكون مرافقة لدى نسبة كبيرة منهم لمشكلات أخرى مثل الاضطرابات السلوكية أو صعوبات التعلم أو الإعاقة الحركية. أما بالنسبة للاضطرابات اللغوية الكلامية بحد ذاتها فإن تأثيراتها النفسية قد تكون محدودة إذا كانت الظروف البيئية الاجتماعية توفر للطفل التفهم والدعم.

الاعتبارات التربوية

إضافة إلى الخدمات العلاجية التي يقدمها أخصائيو اضطرابات الكلام واللغة في المستشفيات والعيادات الخاصة أو العامة، فإن الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات بحاجة إلى خدمات شاملة في المدارس أيضاً. وهذه الخدمات تقدم بأشكال مختلفة وذلك اعتماداً على عوامل عديدة منها الإمكانيات المتوفرة محلياً والخبرة العيادية التي يتمتع بها الأخصائيون. وفيما يلي عرض سريع لنماذج تعليم ذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية (Lue, 2000, Hallahan & Kauffman, 2002, Heward, 2002)

أ) غرفة المصادر (Resource Room)

في هذه الغرفة يعمل أخصائي اضطرابات الكلام واللغة على معالجة المشكلات من خلال التدخل الفردي والجماعي. فالطفل يكون ملتحقاً بالصف العادي ويقضي فترات زمنية محددة في غرفة المصادر. وهذا النموذج من الخدمات في العادة يتم تنفيذه في المدارس الكبيرة والتي تتوفر فيها عدد كبير نسبياً من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل.

ب) الأخصائي المتنقل (Itinerant Specialist)

وفقاً لهذا النموذج يقوم أخصائي اضطرابات الكلام واللغة بالتنقل من مدرسة إلى أخرى بهدف تقديم الخدمات العلاجية المباشرة إلى الأطفال الملحقين بالصفوف العادية. وهذا النموذج هو النموذج المناسب في المناطق النائية أو المدارس الصغيرة.

ج) مراكز التشخيص (Diagnostic Centers)

وفقاً لهذا النموذج يقوم فريق من الأخصائيين بتقديم خدمات تشخيصية وعلاجية في مراكز متخصصة تكون موجودة إما في الجامعات أو المستشفيات. ويسمح هذا النموذج بتقديم خدمات مكثفة ومتواصلة للأطفال ذوي الحاجات الكلامية واللغوية الخاصة.



د) الخدمات الاستشارية (Consultative Services)

في هذه الحالة يقوم أخصائي الاضطرابات الكلامية واللغوية بدور الأخصائي الاستشاري لمعلمي الصفوف العادية أو معلمي المدارس الخاصة والآباء والآخرين ذوي العلاقة. وعلى وجه التحديد، يشرف هؤلاء الأخصائيون على برامج التدريب أثناء الخدمة والورشات التدريبية ويوضحون الأساليب التربوية والمواد والوسائل التعليمية اللازمة.

هـ) الأوضاع التعليمية الخاصة (Special Learning Settings)

إذا كانت المشكلات الكلامية - واللغوية التي يعاني منها الأطفال شديدة جداً، وإذا كانوا يعانون من مشكلات أو إعاقات أخرى فهم قد لا يستطيعون التعلم في الصفوف العادية ولذا يجب أن تنفذ العملية التربوية في أوضاع تعليمية خاصة. ومن هذه الأوضاع غرف الصفوف الخاصة في المدارس العادية (Self - Contained Special Classrooms) أو المدارس الخاصة (Special Schools) أو المدارس أو المراكز الخاصة التي تعمل تبعاً لنظام الإقامة الداخلية (Residential Schools)

و) الخدمات العلاجية في البيت أو في المستشفى (Home & Hospital Services)

إن هذا النظام من الخدمات يستخدم في حالة كون الطفل يعاني من إعاقات شديدة أو متعددة تحول دون قبوله في المدارس.

ز) الخدمات العلاجية المبكرة (Preschool Services)

يقدم هذا النوع من الخدمات للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. ويحرص القائمون على تقديم هذه الخدمات على تقديم الإرشاد الأسري المناسب أيضاً. وتبين ويج (Wiig, 1982) أن معلم الصف يستطيع ان يلعب دوراً هاماً وحيوياً في تسهيل عمليتي التكيف الشخصي والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية على النحو التالي:

- (1) إحالة الطفل إلى أخصائي أمراض الكلام واللغة لتحديد طبيعة المشكلة وإجراء التقييم المناسب.
- (2) إحالة الطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم والتحصيل في المواد الدراسية التي تعتمد على النمو اللغوي.
- (3) متابعة تحسن أداء الطفل الذي تقدم له خدمات لغوية وكلامية علاجية وتصحيحية.
- (4) إدراك دلالات ومعاني اضطرابات التواصل ومعرفة أثرها على التعلم والمشاركة الصفية والعلاقات مع الأقران.
- (5) تكييف الأساليب التربوية والوسائل التعليمية والأنشطة الصفية لتلبية الحاجات الخاصة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية.
- (6) تشجيع الطفل وتعزيزه على اكتساب المهارات اللغوية والكلامية الجديدة في غرفة الصف.
- (7) تزويد أخصائي أمراض الكلام واللغة بالتغذية الراجعة المفيدة حول مهارات الطفل وقدراته على استخدام الأنماط الكلامية واللغوية المكتسبة في التفاعلات الصفية المختلفة.
- (8) تهيئة الظروف الصفية الملائمة لنمو الطفل وتقديمه بحيث يتم دعمه وفهم حاجاته الخاصة في مناخ يخلو من التنافس والضغط.

9

الفصل التاسع

الموهبة والتفوق

تمهيد:

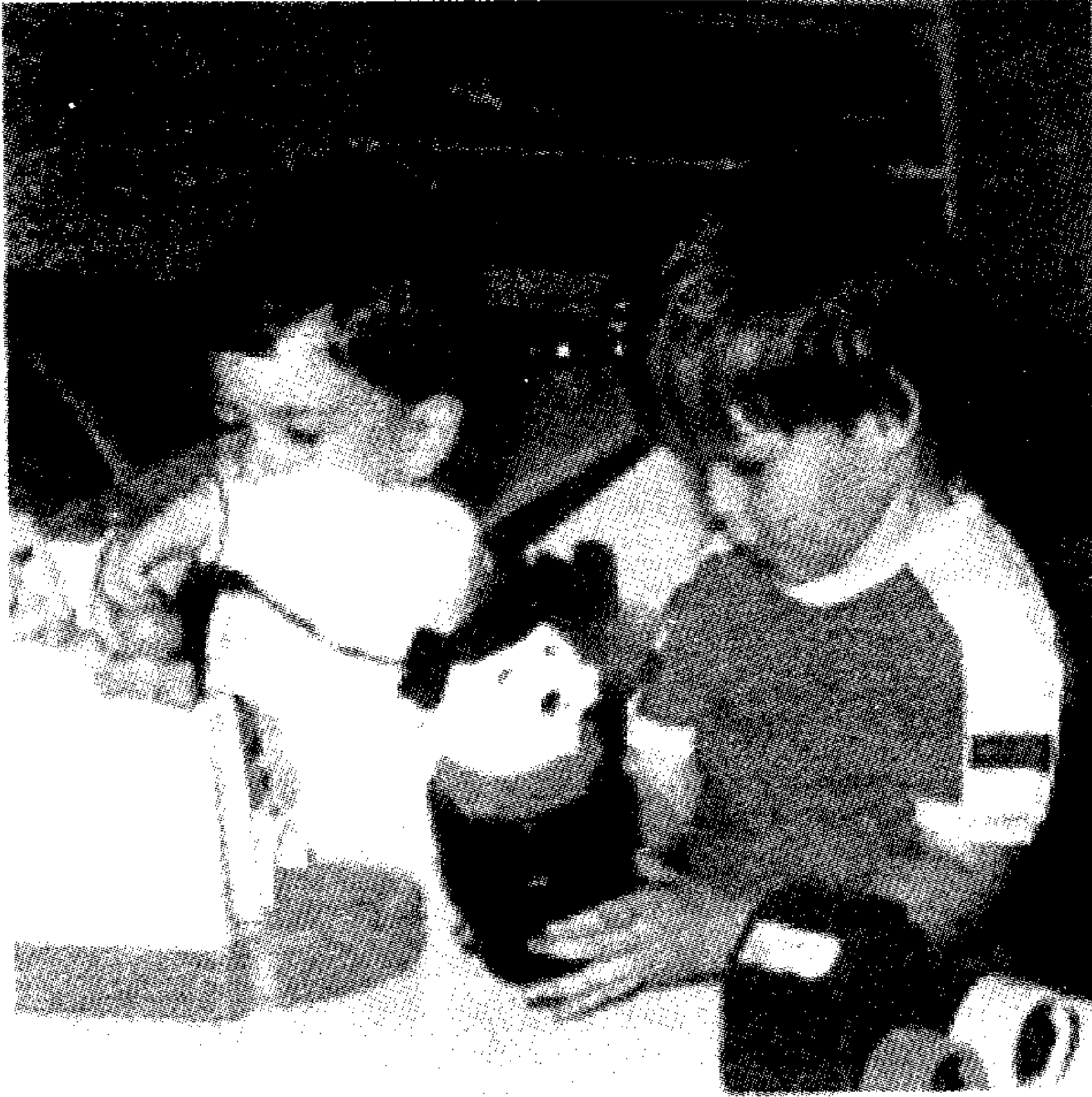
إن جميع فئات الأطفال التي تمت الإشارة إليها في الفصول السابقة لديها حاجات تربوية خاصة بسبب وجود ضعف في واحد أو أكثر من مظاهر النمو العقلي أو الحسي أو الجسمي أو السلوكي. أما الأطفال الذين سنصفهم في الفصل الحالي فلديهم قدرات متميزة في بعض مجالات النمو وهذا التميز يجعلهم ذوي حاجات تربوية خاصة يجب مراعاتها أيضاً. فالأطفال الموهوبون والمتفوقون يشكلون تحدياً خاصاً لمعلميهم وذويهم. كذلك فهم يمثلون مصادر عطاء وإسهام متميز تحتاج إليه جميع المجتمعات الإنسانية. وفي الحقيقة فإن تعريف المجتمع للتفوق والموهبة لا يأخذ بالحسبان قدرات الشخص فحسب ولكنه ينظر بعين الاهتمام أيضاً إلى حاجات المجتمع. ولذلك أبدى الرومان القدماء تقديراً للمهندس والجندي وأبدى الإغريق اهتماماً بالأشخاص الذين يجيدون الخطابة (Kirk & Gallagher, 1989). في هذا الفصل نبين منهم الأطفال الموهوبون والمتفوقون ونقدم المبررات التي تكمن وراء حاجتهم إلى الخدمات التربوية الخاصة ويبين الفصل أيضاً الخصائص النفسية - السلوكية للموهوبين والمتفوقين ويوضح الطرائق التعليمية والتعديلات التربوية المناسبة لهم.

حاجة الموهوبين والمتفوقين إلى التربية الخاصة

يملك الأفراد المتفوقون والموهوبون قدرات متميزة تجعلهم مختلفين اختلافاً جوهرياً عن أقرانهم العاديين. ولذلك فإن أساليب ومناهج التدريس العادية ليست مناسبة لهم، فهم يحتاجون إلى برامج تربوية خاصة تلبي حاجاتهم الفريدة. استناداً إلى ذلك أصبحت تربية المتفوقين منذ عدة عقود أحد مجالات التربية الخاصة التي تعنى بتقديم الخدمات التربوية للتلاميذ ذوي الحاجات الخاصة متفوقين كانوا أو موهوبين. وقد واجهت التربية الخاصة للمتفوقين والموهوبين التحديات التي واجهتها التربية الخاصة للمعوقين. فمن التشكيك في جدوى تطوير وتنفيذ البرامج الخاصة إلى عدم الإجماع في الرأي على تعريف موحد للتفوق أو على طريقة محددة لتعليم المتفوقين وما إلى ذلك. وعلى الرغم من توالي الدعوات لرعاية الأفراد الموهوبين والمتفوقين، لم تطرأ أية تغييرات جوهرية على البرامج التربوية أو أن تغييرات محدودة فقط قد طرأت. ويوجه معظم المهتمين بهذه القضية اللوم إلى المدارس لاعتقادهم بأنها تفشل في الكشف عن التلاميذ المتفوقين والموهوبين أو أنها لا تحرك ساكناً لتقديم الدعم لهم في حالة اكتشافهم (Davis Rimm, 2003)

وقد يعتقد البعض أن التلاميذ المتفوقين والموهوبين تلاميذ أذكاء بما فيه الكفاية بحيث أنهم

يستطيعون شق طريقهم بأنفسهم دون عناء ومن دون أية مساعدة خاصة. وقد يشكك البعض الآخر بجدوى الاهتمام الخاص بهؤلاء التلاميذ الذين منحوا قوة وقدرة لم تمنح لغيرهم. ولكن هل لهذه الاعتقادات مبررات حقيقية؟ هل يستطيع التلاميذ الموهوبون والمتفوقون تحقيق ذواتهم دون تزويدهم بخبرات تعليمية تتحدى قدراتهم وتوفر لهم تجارب مثيرة وغنية تشجعهم على المزيد من النضج والنمو؟



وبوجه عام، تجمع نتائج البحوث العلمية على أن التلاميذ الموهوبين والمتفوقين الذين يحرمون من الفرص التربوية المصممة خصيصاً لهم يخفقون في تحقيق أقصى ما تسمح به طاقاتهم. ولما كان الأمر كذلك فإن عدم تنفيذ البرامج التربوية الخاصة لهذه الفئات من التلاميذ تعني خسارة كبيرة ليس لهم فقط وإنما لمجتمعهم الكبير أيضاً حيث ان كل المجتمعات بحاجة كبيرة الى عطاء كل أفرادها وبخاصة المتميزين منهم. وقد أشار وايتمور (Whitmore, 1980) إلى أن بعض التلاميذ المتفوقين والموهوبين قد يتسربون من المدارس أو قد يجنحون لأن النظم التربوية والاجتماعية تتجاهلهم بل وربما تسيء معاملتهم أحياناً.

إن الأفراد المتفوقين والموهوبين الذين لا يسمح لهم بتحقيق قابلياتهم يعتبرون فرصاً ضائعة وذلك بالطبع خسارة للمجتمع كله. ومع ذلك فإن معظم المجتمعات لم تطور برامج فاعلة لهم. ويعتقد ليون (Lyon, 1981) أن ذلك يعود الى أربعة أسباب رئيسة وهي:

1 - الاعتقاد بأن الأطفال المتفوقين قادرين على الإنجاز في كل الظروف وانهم بالتالي لا

يحتاجون إلى أية مساعدة خاصة والحقيقة هي أن حاجة الأطفال ذوي القدرات العقلية المتميزة إلى التربية الخاصة لا تقل عن حاجة الأطفال ذوي القدرات العقلية المتدنية. فإذا كان الأقال ذوو القدرات المتدنية يواجهون صعوبة في اللحاق بأقرانهم فإن الأطفال المتفوقين يواجهون صعوبة في الرجوع إلى الخلف ليقبوا مع أقرانهم. وغالباً ما تؤدي الإجراءات المدرسية الروتينية التي تشمل تعيين التلاميذ في الصفوف بناء على العمر الزمني وليس العمر العقلي بالمتفوقين إلى الخمول أو عدم الاهتمام. وهم قد يصبحون مشاكسين من الصعب ضبطهم وهم كذلك قد يخفون قدراتهم المتميزة تجنباً لاتجاهات الآخرين الساخرة والسلبية.

2 - الاعتقاد بأن المعلمين يحبون التلاميذ المتفوقين وتبعاً لذلك فإن هؤلاء التلاميذ يحصلون على الانتباه الخاص الذي يحتاجون إليه. ولكن الدراسات العلمية تشير إلى عدم صحة هذا الاعتقاد حيث أنها تبين أن المعلمين والمديرين لا يكثرثون عموماً بالتلاميذ المتفوقين بل وقد يتعاملون معهم بعدائية لا لشيء رلاً لأنهم يختلفون عن غيرهم.

3 - الاعتقاد بأن البرامج التربوية الخاصة للتلاميذ المتفوقين تركز مفهوم "النخبة" وعليه فهي شكل من أشكال التمييز الذي يجب عدم تشجيعه. والحقيقة هي أن المتفوقين يشكلون أقلية في المجتمع لا من حيث الجنس أو اللون وما إلى ذلك وإنما من حيث القدرات العقلية الخاصة. وإذا كان بعض المجتمعات يمارس التحيز لفئة اجتماعية دون أخرى فذلك لا يعني حرمان الأفراد المتفوقين من كل الفرص الممكنة لتتطور قدراتهم.

4 - الاعتقاد بأن شح الموارد المالية يمنع تطور البرامج التربوية الخاصة وأنه إذا ما تم تمويل هذه البرامج جيداً فإنها ستزدهر. ولكن العامل الحاسم والأكثر أهمية هو المعلم الذي يتعامل مع الأطفال المتفوقين.

تعريف وتصنيف الموهبة والتفوق

لم تكن قضية تعريف التفوق والموهبة فيما مضى قضية صعبة حيث أن هذين المصطلحين كانا يستخدمان لوصف التلاميذ الذين يفوق تحصيلهم الأكاديمي تحصيل أقرانهم. ولكن هذا التعريف تغير مع الأيام ولو أن تعريفاً موحداً لم يقدم كبديل له. ويكمن السبب وراء ذلك في اختلاف وجهات النظر حول طبيعة التفوق. فثمة تباين كبير حول تعريف الذكاء والإبداع والموهبة ودور كل منها في التفوق أو علاقته بها (Renzulli, 2000).

الذكاء (Intelligence)

لقد كان المربون والمختصون في علم النفس وما زالوا يعتمدون على اختبارات الذكاء المقننة لتقييم القدرات العقلية للفرد. وكان لويس تيرمان (Lewis Terman) عالم النفس الأمريكي المعروف، أحد أكثر الباحثين تأثيراً على مفهوم التفوق. والتفوق بالنسبة له هو حصول الفرد على درجة ذكاء تضعه في المدى الأعلى لمنحنى التوزيع الطبيعي للذكاء) أي أعلى (1%). وعلى وجه التحديد، اعتبر تيرمان الشخص متفوقاً إذا كانت درجة ذكائه أعلى بانحرافين معياريين عن المتوسط (أي أعلى من 130 درجة على اختبارات وكسلر وأعلى من 132 درجة على اختبار ستانفورد بينية). وميز تيرمان بين التفوق والموهبة والابداع. ففي حين أنه عرف التفوق على أنه درجة ذكاء تزيد عن 130، اعتبر الموهبة على أنها القابلية لإنجاز غير طبيعي وهذه القابلية يصحبها درجة ذكاء عالية. أما الإبداع فقد اعتبره تيرمان سمة شخصية.

واستخدم جلفورد (Guilford, 1967) منحى مختلفاً لتفسير الذكاء حيث أنه قام بتحليله في ضوء القدرات المحددة التي يشتمل عليها. وبناد على ذلك، فقد اعتقد أن للذكاء الإنساني ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

1 - العمليات (Operations)

هي الأنشطة التي يقوم الفرد بتأديتها عند معالجة المعلومات. وهذه الأنشطة تشمل:

(أ) المعرفة: اكتشاف المعلومات

(ب) الذاكرة: الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة المكتسبة

(ج) التفكير التشعبي: تطوير بدائل منطقية عديدة لحل المشكلات.

(د) التفكير التجميعي: التوصل إلى استنتاجات منطقية مع التركيز على الاستجابة الأفضل.

(هـ) التقييم: مقارنة المعلومات بهدف إصدار الأحكام.

2 - المحتويات (Contents)

وهي النماذج التي يستخدمها الشخص في عملية معالجة المعلومات. وتشتمل المحتويات على:

(أ) النماذج الشكلية: النماذج المحسوسة

(ب) النماذج الرمزية : الأحرف والأرقام

(ج) النماذج اللغوية: المفاهيم والأفكار

(د) النماذج السلوكية: المعلومات المشتمة على التفاعل مع الناس

3 - النواتج (Products)

وهي طبيعة النتائج المتحققة والتي تشمل:

(أ) الوحدات: الوحدات الفردية من المعلومات

(ب) الفئات: مجموعات الأشياء التي تتمتع بخصائص مشتركة

(ج) العلاقات: الارتباطات بين المعلومات

(د) التحولات: التعديلات على المعلومات الموجودة

(هـ) المضامين: الارتباطات المتوقعة بين المعلومات.

الموهبة (Talent)

مع أن مصطلحي الموهبة والتفوق يستخدمان كترادفين في معظم الأدبيات التربوية والنفسية، إلا أن الفرق الأساسي بينهما الذي يقترحه البعض هو أن التفوق يشير إلى قدرات عقلية متميزة وأن الموهبة تشير إلى مهارات متميزة في مجالات محددة وبخاصة المجالات الفنية. وعلى وجه التحديد، يستخدم مصطلح التفوق للإشارة إلى قدرة متميزة في حل المشكلات. وحل المشكلات يتطلب الاستراتيجيات العقلية الثلاث التالية:

(أ) الترميز الانتقائي (Selective Encoding)

وهو يعني التمييز بين المعلومات المهمة والمعلومات غير المهمة.

(ب) الدمج الانتقائي (Selective Combination)

وهو معالجة المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال الترميز ومن ثم دمج تلك المعلومات وتجميعها بطريقة جديدة.

(ج) المقارنة الانتقائية (Selective Comparison)

وهو استخدام التناظر لربط المعلومات الجديدة بالمعلومات القديمة.

أما الموهبة فهي تستخدم عادة للإشارة إلى القدرات الفنية، والابداع، والقيادة والمهارات

الاجتماعية، والقدرات الرياضية المتميزة. وبالرغم من أن الموهبة في مجال ما من مجال الأداء الإنساني قد لا يرفقها تفوق في القدرات العامة الأخرى، إلا أن ثمة علاقة موجبة قوية جداً بين الموهبة والتفوق لدى نسبة كبيرة من الأفراد (Kirk & Gallagher, 1989)

التفوق (Giftedness)

ربما يكون التعريف الذي قدمه رنزولي (Renzulli, 1978) أحد أكثر التعريفات تداولاً في الأوساط التربوية والنفسية. وهذا التعريف ينص على أن التفوق يتضمن ثلاث مجموعات من السمات الأساسية وهي:

(أ) قدرات عقلية عامة أعلى من المتوسط بشكل ملحوظ.

(ب) مستوى اتعالية من الالتزام بتأدية المهمات

(ج) مستويات عالية من الإبداع

أما أحدث تعريف للتفوق والموهبة فهو الذي قدمه التشريع التربوي الأمريكي:

"الأشخاص الموهوبون والمتفوقون هو الأشخاص الذين يظهرون قدرات أدائية عالية ومتميزة في المجالات المعرفية والإبداعية والفنية والقيادية أو في مجالات أكاديمية محددة ويحتاجون إلى خدمات أو نشاطات لا تتوفر عادة في المدارس وذلك من أجل توفير الفرص اللازمة لتطوير تلك القدرات إلى أقصى حد ممكن" (Kirk & Gallagher, 1963)

وتشير لوسيتو (Lucito, 1963) إلى أن تعريفات الموهبة والتفوق يمكن أن تصنف ضمن خمس مجموعات أساسية على النحو التالي:

- 1 - التعريفات البعدية: تعتمد هذه التعريفات للموهبة والتفوق على الإنتاجية المتميزة أو النبوغ في مجالات معينة.
- 2 - التعريفات المعتمدة على درجة الذكاء: توظف هذه التعريفات نسبة الذكاء بناء على نتائج تطبيق اختبارات ذكاء فردية.
- 3 - التعريفات الاجتماعية: ترتبط هذه التعريفات بالقدرات التي تحظى باهتمام اجتماعي كما هو الحال بالنسبة للموهبة الفنية.
- 4 - التعريفات المعتمدة على النسبة: تعتمد هذه التعريفات على توقعات المجتمع من أن يقوم عدد معين من أفراده المتميزين بلعب أدوار محددة.

5 - التعريفات المعتمدة على الإبداع: تركز هذه التعريفات على القدرات الإبداعية أو على المقاييس الإبداعية.



ويصنف ولكر (Walker, 1978) التفوق اعتماداً على طبيعة التميز في الأداء الى أربع فئات رئيسية وهي:

1 - التفوق الأكاديمي:

المتفوقون أكاديمياً هم أفراد يمتلكون قدرات عقلية عامة متميزة أو قدرات أكاديمية خاصة. وتستخدم درجات الذكاء عادة لتحديد هؤلاء الأفراد حيث يعتبر التلاميذ الذين تزيد درجة ذكائهم بمقدار انحراف معياري واحد عن المتوسط (أي درجة ذكاء أكثر من 115) موهوبين أكاديمياً. ويعتبر الأشخاص الذين تزيد درجات ذكائهم بمقدار انحرافين معياريين أي درجة ذكاء أكثر من 130) متفوقين أكاديمياً، في حين يعتبر الأشخاص الذين تزيد درجات ذكائهم بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية (أي درجة ذكاء أكثر من 145) متفوقين تفوقاً عالياً.

2 - التفوق الإبداعي:

يظهر المتفوقون إبداعياً قدرة متميزة في التفكير الإبداعي البناء. ومع أن القدرات العقلية ليست معزولة عن التفكير الإبداعي فإن ما يميزهم عن الفئات الأخرى من المتفوقين هو قدرتهم على تطوير أفكار جديدة وفريدة تعكس الأصالة والمرونة في التفكير.

3 - التفوق النفسي - الاجتماعي:

يعبر التفوق النفسي - الاجتماعي عن ذاته في القدرة القيادية المتميزة الاجتماعية أو السياسية. إنه تميز الأداء على مستوى العمل مع المجموعة ممثلاً بالقدرة على التأثير على أفكار وأفعال الآخرين.

4 - التفوق الفني - الحركي:

وتشمل هذه الفئة في فئات التفوق تميز الأداء في المجالات الفنية المختلفة كالموسيقى، والتمثيل، والرسم. الخ.

الإبداع:

يعرف الإبداع عموماً بأنه استجابة جديدة مختلفة وغير متوقعة لموقف ما. ولأن الإبداع أشكال متنوعة فمن الصعب الإجماع على تعريف دقيق له. ويعتقد تورانس (Torrance, 1969) أن من أهم الخصائص التي يتمتع بها المبدعون:

- (1) طلاقة التفكير وتنوع الاستجابات للمثير.
- (2) مرونة التفكير ممثلة بالتحول من فئة لأخرى
- (3) الأصالة ممثلة بأداء ذكي مميز.
- (4) الإضافة ممثلة بإضافة معلومات موسعة وتفصيلية إلى الأفكار الرئيسية.

أعداد المتفوقين والموهوبين

تختلف التقديرات لنسب الموهوبين والمتفوقين في المجتمع باختلاف التعريفات المعتمدة. فعندما تكون درجات الذكاء هي المعيار الوحيد المعتمد فإن أعداد الأشخاص الذين يتم تصنيفهم بأنهم متفوقون وموهوبون تكون قليلة نسبياً مقارنة بأعدادهم المتوقعة عندما تعتمد التعريفات الحديثة للتفوق والموهبة والتي تتضمن كلا من الموهبة والإبداع إضافة إلى الذكاء المرتفع.

كذلك يعتمد الأمر على درجة الذكاء التي يتم تحديدها كحد فاصل بين الناس العاديين والمتفوقين. فإذا اعتبر التفوق درجة ذكاء أعلى من (130) فذلك يعني أن حوالي (2%) من أفراد المجتمع متفوقون. أما إذا اعتبر التفوق بوصفه درجة ذكاء أعلى من (115) فذلك يعني أن حوالي 15 - 20% من الناس متفوقون. وبشكل عام، فإن معظم الباحثين يجمعون على اعتبار درجة الذكاء (130) هي الحد الفاصل لأنها تزيد بمقدار انحرافين معياريين وليس انحرافاً معيارياً واحداً عن المتوسط (Ysseldke & Algozzine 1980). على أي حال، فلأن تعريف الموهبة والتفوق لم يعد مقتصرًا على تحديد نسبة الذكاء بل أصبح أكثر اتساعاً ليشمل خصائص أخرى، فإن معظم المراجع العلمية تشير إلى أن 3 - 5% من تلاميذ المدارس يتمتعون بأداء متميز (Marlan, 1972)

التطور التاريخي:

كان فرنسيس جالتون (Francis Galton) أول من قدم تعريفاً للموهبة. واقتصر هذا التعريف على العبقرية (Genius) فلم يكن شمولياً واهتم بالخصائص القابلة للملاحظة فقط. واستند جالتون في تعريفه إلى تحديد الخصائص التي يتمتع بها الأشخاص الذين حققوا إنجازات اكتسبتهم الشهرة والتميز. وكان تعريفه يقوم على افتراض مفاده أن العبقرية صفة وراثية وأن البيئة ليس لها أثر يذكر في تشكيلها. وكما يشير هيوارد (Heward, 2002) فرغم كل الانتقادات التي وجهت إلى آراء جالتون إلا أن كتابه المعروف "العبقرية الموروثة" كان بمثابة خطوة مهمة على طريق فهم الأشخاص الموهوبين والمتفوقين.

وفي بداية القرن العشرين (في عام 1905 تحديداً) طور عالم النفس الفرنسي ألفرد بينيه (Alfred Binet) وثيوفيل سيمون (Thiophile Simon) أول اختبار لقياس الذكاء عرف باسم مقياس بينيه - سيمون. وقد طور تيرمان من جامعة ستانفورد صورة أمريكية معدلة من هذا المقياس فأصبح يعرف باسم مقياس ستانفورد - بينيه. إضافة إلى ذلك، فقد أسهمت دراسات تيرمان حول موروثية العبقرية إسهاماً كبيراً في فهم خصائص الموهوبين. في تلك الدراسات تابع تيرمان عينة من الأشخاص الذين تزيد نسبة الذكاء لديهم عن (140) على مقياس ستانفورد بينيه وجمع عنهم بيانات متنوعة تتصل بمظاهر النمو الجسدي والاجتماعي، والتحصيل، والسمات الشخصية، والاهتمامات، وغير ذلك. وقد فندت هذه الدراسات العديد من الاعتقادات والمفاهيم الخاطئة التي كانت شائعة عن الموهبة والتفوق.

ويشير هيوارد (heward, 2002) أيضاً إلى أن الدراسات التي قامت بها ليتا هولنجورث على مجموعة من الأطفال الذين تزيد نسبة ذكائهم عن (180) درجة كان لها أهمية خاصة هي الأخرى. وتتمثل أهمية تلك الدراسات في كونها تبين أن النجاح المدرسي للأطفال الموهوبين يعتمد على التعرف على مواهبهم الخاصة وعلى رغبة الأسرة والمدرسة في توجيهه ومساعدة هؤلاء الأطفال.

ويؤخذ على الدراسات الأولى أنها قد استبدلت بعض المفاهيم الخاطئة بمفاهيم خاطئة أخرى. ومن هذه المفاهيم التعامل مع نسبة الذكاء بوصفها المحك الذي يتم في ضوءه تحديد الموهبة والتنبؤ بالنجاح في الحياة. وهذا ما تنبه إليه عالم النفس المعروف جلفورد (Guilford) الذي قدم تحليلاً وتصنيفاً للعمليات العقلية لا تقتصر على معامل الذكاء فحسب. ومنذ ذلك الوقت فإن مفهوم الموهبة قد أصبح يتخذ أشكالاً متعددة تشمل نشاطات معرفية متنوعة.

وفي عقد الستينات من القرن العشرين تزايد الاهتمام بالإبداع وبتطوير بدائل لنسبة الذكاء للتعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين لأن الباحثين أصبحوا يدركون أكثر من أي وقت مضى أن نسبة الذكاء لوحدها لا تستطيع تعريف وتحديد جميع أشكال التفوق والموهبة. على أن الاهتمام بالأطفال الذين يتعلمون بشكل أسرع وبعمق أكثر من أقرانهم لم يكن دائماً اهتماماً كبيراً في معظم دول العالم. كذلك فإن البرامج التربوية الخاصة لهذه الفئات من الأطفال كانت وما تزال تشهد مداً وجزراً اعتماداً على متغيرات مختلفة اقتصادية وتربوية وسياسية وغيرها (Gallagher, 1985).

العوامل السببية المرتبطة بالتفوق والموهبة

يمكن تصنيف جملة العوامل المرتبطة بالموهبة والتفوق إلى فئتين أساسيتين. الفئة الأولى هي فئة العوامل الوراثية، وأما الفئة الثانية فهي تضم العوامل والظروف البيئية (Rogers, 2003)

العوامل الوراثية

كان جالتون أول من طرح فكرة موروثية الذكاء. ومنذ ذلك الوقت، لا يزال العملاء كثيرون يعتبرون أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في تطور القدرات العقلية المتميزة. ومن أكثر الدراسات دعماً لمفهوم موروثية الذكاء دراسات التبني (التي تبين أن قدرات الأطفال بالتبني تشبه إلى حد بعيد قدرات آبائهم البيولوجيين) ودراسات التوائم وخاصة التوائم المتطابقة. ففي دراسة شملت (700) من التوائم وجد نيكولس (Nechols, 1965) أن الوراثة مسؤولة عن 70% من الأفراد في حين أن الوراثة مسؤولة عن 30% منه.

العوامل البيئية

إن تأثير الوراثة القوي على الذكاء لا يقلل من أهمية الدور الذي تلعبه البيئة. وإذا كانت الوراثة مسؤولة عن انبثاق المواهب غير العادية فإن البيئة هي التي تغذي وتطور تلك المواهب. وتعتبر الأسرة من أهم العوامل البيئية في هذا الصدد فاكشاف الأسرة للموهبة مبكراً والطفل ما زال صغير السن من شأنه أن يساهم في تشجيع وتطوير الموهبة. ومن العوامل البيئية الأخرى المؤثرة المعلمون الذين يتوقع منهم رعاية التلاميذ الموهوبين وتنمية قدراتهم.

التقييم التربوي - النفسي

لعل إحدى أكثر المشكلات التي تحول دون تقديم البرامج التربوية الملائمة للأطفال

الموهوبين والمتفوقين هي عدم اكتشافهم والتعرف عليهم. فالكشف عن الأطفال الموهوبين والمتفوقين ليس بالعملية السهلة فهؤلاء الأطفال يشكلون فئة غير متجانسة كما أشرنا سابقاً وقد لا تتوفر الاختبارات المناسبة أحياناً. وحتى في حال تطبيق الاختبارات (كاختبارات الذكاء مثلاً) فمن المعروف إن درجات الذكاء التي يحصل عليها الأطفال وخاصة الصغار في السن ليست مستقرة. علاوة على ذلك فالأطفال لا يبدعون بطريقة واحدة فلكل طفل طريقته. وعلى أي حال، فإن طرقاً متنوعة تستخدم للكشف عن المتفوقين والموهوبين وسنحاول في هذا الفصل وصف تلك الطرق بإيجاز.

اختبارات الذكاء

تقيس اختبارات الذكاء قدرات مختلفة مثل الاستيعاب العام للحقائق، والقدرة على حل المشكلات، وفهم المواقف الاجتماعية، والقدرة على التعليل المجرد والمحسوس. ومن أكثر اختبارات الذكاء الفردية استخداماً في دول العالم المختلفة اختبار ستانفورد - بينيه واختبارات وكسلر للذكاء.

اختبارات التحصيل

كثيراً ما يتم الاعتماد على مستوى التحصيل الأكاديمي وليس درجة الذكاء فقط في اتخاذ القرارات المتعلقة بالبرامج التربوية الخاصة. وغالباً ما يتم تقييم مستوى التحصيل الأكاديمي باستخدام وتحليل نتائج الاختبارات المدرسية أو اختبارات التحصيل الرسمية (الاختبارات المقننة التي يتم تطبيقها وتصميمها وفقاً لتعليمات محددة).

اختبارات الإبداع

ليس من السهل تطوير أداة لقياس الإبداع بموضوعية. فالاختبارات عادة تتطلب استجابة صحيحة والإبداع تعريفاً هو الاستجابة بطريقة غير متوقعة. ومع ذلك، فقد وضعت عدة اختبارات لقياس الإبداع ومن أهمها وأكثرها استخداماً اختبار تورانس للتفكير الإبداعي (Torrance Test of Creative Thinking) ويقاس هذا الاختبار أربعة أبعاد وهي: الطلاقة، والمرونة، والأصالة، والإفازة.

القرشيح

كثيراً ما تتمثل المرحلة الأولى من الكشف بإجراء مسح عام وسريع لمجموعة كبيرة من التلاميذ لتحديد أولئك الذين قد يكون لديهم تفوق. ولتحقيق مثل هذا الهدف غالباً ما يستخدم

ترشيح المعلمين والذي يشمل قيام المعلمين بذكر أسماء التلاميذ الذين يعتقدون أنهم متفوقون. ويجب ألا يعتمد المعلمون في ترشيحاتهم على الأحكام الشخصية ولكن عليهم الاعتماد على نماذج قابلة للملاحظة والقياس المباشر من أداء التلميذ. وقد أشارت الدراسات إلى أن ترشيحات المعلمين قد لا تكون صحيحة خاصة إذا لم يتم تزويدهم بمعايير دقيقة (Borland, 1978). وما يعنيه ذلك هو ضرورة تدريب المعلمين على طرق الكشف عن التلاميذ المتفوقين. فقد بينت دراسة قام بها جيكوبس (Jacobs, 1971) إن ترشيحات المعلمين أصبحت أكثر دقة بعد التدريب. وتشمل الترشيحات أيضاً ترشيحات أولياء الأمور والزملاء والترشيحات الذاتية. وقد أشارت بعض الدراسات إلى فائدة هذا الأسلوب في الكشف وبخاصة ترشيحات أولياء الأمور لأطفالهم.

إن المعلومات التي يقدمها أولياء الأمور عن الأطفال مهمة للكشف عن التفوق في كافة الأعمار الزمنية إلا أنها تحتل مكانة خاصة عند الكشف عن الأطفال الصغار في السن. وقد بينت بعض البحوث أن الآباء غالباً ما يحكمون على قدرات أطفالهم بواقعية وأنهم ربما يكونون أكثر واقعية من المعلمين (Redell, Jackson, & Robiscson, 1980). ومن أجل أن يشارك الآباء في الكشف عن أطفالهم المتفوقين يقوم الباحثون عادة بتوزيع استبيانات عليهم تتضمن فقرات تتطلب الإجابة عليها تقديم معلومات دقيقة. وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الفقرات للكشف عن الأطفال في الثانية والثالثة من العمر:

- 1 - هل يستطيع طفلك أن يرسم شخصاً موضحاً الرأس والعينين والرجلين على الأقل؟
- 2 - هل يجيد طفلك معرفة الأرقام من 1 - 9؟
- 3 - هل يبدي طفلك تعليقات حول الكلمات التي لها أكثر من معنى؟
- 4 - هل يستطيع طفلك أن يقرأ الكتب التي تشمل قصصاً طويلة وصوراً قليلة؟

ومن الأدوات المفيدة التي يمكن تطويرها واستخدامها للكشف عن الأطفال المتفوقين قوائم التقدير السلوكية التي تعالج الخصائص القابلة للملاحظة. وتعتبر قائمة التقدير التي طورها رنزولي ورفاقه (Renzulli et al., 1971) واحدة من أكثر القوائم استخداماً لتحليل الخصائص السلوكية للتلاميذ المتفوقين. وقد بنيت هذه القائمة لتستخدم من قبل المعلمين ليقوموا بتقييم خصائص التلاميذ من حيث القدرات التعليمية، والدافعية للتعلم، والإبداع، والروح القيادية، والتواصل مع الآخرين، والأعمال الفنية.

إضافة إلى هذه القائمة فقد قام كل من لوسيتو (Lucito, 1974) وبلاومان ورايس (Plow-man & Rice, 1971) بإعداد قوائم بأهم السمات التي تظهر لدى التلاميذ المبدعين. ومن الممكن استخدام هذه القوائم للكشف الأولي عن هؤلاء التلاميذ من خلال تقييم سلوكهم وأدائهم داخل غرفة الصف وخارجها.

ويرى ستيفنز وبلاكهرست وماجليوكا (Stephens, Blackhurst, Magliocca, 1982) إن التلميذ قد يكون متفوقاً إذا أظهر واحدة أو أكثر من الخصائص التالية:

1 - التمييز الأكاديمي واكتساب المعلومات واسترجاعها بسهولة. فالأطفال المتفوقون غالباً ما يقرأون في عمر مبكر ويتمتعون بقدرة كبيرة على الاستيعاب وذخيرة لفظية متطورة. وقد يمتلكون قدرات خاصة في الرياضيات والعلوم ويظهرون مستويات متميزة من الأصالة والتخيل. ومن السهل على المعلمين إن يكتشفوا هؤلاء التلاميذ ولكن من الصعب عليهم اكتشاف التلاميذ المتفوقين ذوي التحصيل الأكاديمي العادي.

2 - إظهار أنماط خاصة من حب الاستطلاع فيما يتعلق بموضوع محدد. فالأطفال المتفوقون يتطور لديهم اهتمام شديد بموضوع ما وهم يقومون بدراسة ذاتية مستفوية لذلك الموضوع إضافة إلى بحثهم الدؤوب عن المراجع ذات العلاقة بالموضوع ومناقشة الأشخاص الذين يمتلكون معرفة واسعة به.

3 - الانتقاد الذاتي اللاذع وانتقاد الأتراب في الصف والمعلمين، حيث يميل التلاميذ المتفوقون إلى توجيه الانتقادات إلى أنفسهم إذا ما أخفقوا وهم كذلك يوجهون الانتقادات إلى زملائهم ومعلميهم لأنهم يتوقعون منهم الشيء الكثير. وقد تتأزم علاقاتهم مع الآخرين لأن طريقتهم في توجيه الانتقادات أحياناً لا تكون مقبولة.

4 - عدم قبول الأفكار التقليدية والخروج على المؤلف حيث كثيراً ما يطور التلاميذ المتفوقون أفكاراً وأساليب جديدة وغير مألوفة لحل المشكلات. كذلك فهم يظهرون أنماطاً مستقلة من التفكير وأفعالاً تنطوي على حب المغامرة.

5 - إبداء قدرات متميزة في الرياضة البدنية أو الفن أو الموسيقى، حيث أن بعض المتفوقين يتمتعون بقدرات غير عادية في المجالات الأدائية المختلفة. وعلى المعلمين أن يهتموا بتلك القدرات.

6 - إظهار قدرات قيادية متميزة، حيث أن التلاميذ المتفوقين كثيراً ما يختارهم زملاؤهم في

الصف أو المدرسة لأدوار قيادية مختلفة. وهؤلاء يمتلكون مهارات غير عادية على صعيد اتخاذ القرارات والتعبير عن الذات.

الخصائص النفسية - السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين.

الطلاب المتفوقون سريعو التعلم فهم يتعلمون المفاهيم والرموز التجريدية والعلاقات المعقدة بين المفاهيم. كذلك فإن لديهم القدرة على التعميم بسرعة وبشكل صحيح واستناداً إلى خبرات قليلة. وربما تكون الدراسة الطولية التي بدأ لويس تيرمان بتنفيذها عام 1925 بهدف جمع المعلومات عن خصائص ما يقرب من ألف طفل درجات ذكائهم تزيد عن (120 درجة) من أشهر الدراسات ذات العلاقة بالتفوق. وفي هذه الدراسة تبين أن من بين الخصائص المميزة للأشخاص المتفوقين ما يلي:

- سرعة التعلم
- الاهتمام بدراسة السير الذاتية
- الميول العلمية
- القراءة قبل دخول المدرسة
- الاستمتاع بالتعلم
- التعليل التجريدي الجيد.
- القدرات اللغوية الجيدة
- التخيل.

ويبين الجدول رقم (9 - 1) أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة

الجدول رقم (9 - 1)

الخصائص الرئيسية التي يتمتع بها الموهوبون

الخصائص	النتائج
الجسمية	أعلى من المتوسط من حيث القوام والصحة
الميول	لديهم ميول قوية نحو المواضيع التجريدية (الأدب، التاريخ، الرياضيات)
التربية	معدل التحاقهم بالدراسة الجامعية أعلى بثمانية أضعاف من معدل التحاق الطلاب العاديين ويتم ترفيعهم لأكثر من صف واحد في المدرسة.
الصحة النفسية	نسبة تعرضهم لسوء التكيف والجنوح منخفضة قليلاً عنها لدى الطلاب العاديين ومعدل حدوث الانتحار منخفض نسبياً أيضاً.
الزواج - الأسرة	معدل الزواج عادي، ومعدل الطلاق أقل منه لدى العاديين ومتوسط نسبة الذكاء لأبنائهم حوالي 133 درجة.
الخيار المهني	الذكور يختارون مهن الطب والقانون بمعدل أعلى بثمانية أضعاف من العاديين.
الشخصية	أقل غشا ومبالغة في تقدير الذات، وأكثر تطوراً واستقراراً على اختبارات الثبات الانفعالي.

وقد قدمت عدة دراسات لاحقة الدعم للنتائج التي توصلت إليها دراسة تيرمان. وألقت دراسات أخرى الضوء على بعض الخصائص الأخرى للأطفال المتفوقين. فعلى سبيل المثال، بينت الدراسة التي قام بها وارد (Ward, 1975) أن المتفوقين يتمتعون بالخصائص التالية:

أ) قابلية للتعلم من مستوى متميز، وتتمثل هذه القابلية بالإدراك الصحيح للمواقف والأحداث الاجتماعية والطبيعية والتعلم المستقل والسريع والفعال للحقائق والقوانين والقراءة الهادفة ذات المعنى والقدرة المتميزة فيما يتصل بالتذكر واسترجاع المعلومات.

ب) قوة التفكير المتمثلة في القدرة على التمييز والاكتشاف السريع لأوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء والقدرة على التحليل والتنظيم والاكتشاف السريع للقوانين التي تحكم الأشياء وأصالة التفسيرات والاستنتاجات.

ج) حب الاستطلاع والدافعية للمعرفة والمتمثلة بالملل من الروتين وتنوع الاهتمامات والرؤية الثاقبة والدافعية الداخلية لتحليل الأشياء الصعبة والمتابعة التفصيلية للأحداث والرغبة الجامحة في معرفة الأشياء.

وفي مراجعة شمولية للأدبيات التربوية والنفسية ذات العلاقة، خلص سيجو وساتو (Sea-go & Sato, 1976) إلى خصائص تعليمية أخرى للموهوبين وهي:

- قوة الملاحظة
- الرغبة في تجريب الأشياء غير المألوفة
- الاهتمام بحل المشكلات
- حب الحقيقة
- الاهتمام بالعلاقات السببية
- المهارة بتطبيق القوانين
- حب النظام
- المهارة اللفظية
- الاهتمام بالقراءة
- طرح الأسئلة بكثرة
- التفكير الناقد
- التشكك
- انتقاد الذات
- قوة التركيز والانتباه
- المثابرة
- الحس المرهف
- الطاقة الزائدة
- تعدد الهوايات
- الاعتماد على النفس.

وبالنسبة للأداء الأكاديمي للتلاميذ المتفوقين فهو ليس متميزاً دائماً. بل إن منهم من يخفق

في المدرسة أو يتسرب منها لأن المدرسة لا تتحدى قدراتهم ولا توفر لهم الدوافع المناسبة. واستناداً إلى ذلك تتضح مشكلة أساسية حيث أن الطالب الموهوب كثيراً ما لا يصنف هكذا إلا إذا كان أداءه متميزاً من الناحية الأكاديمية. والموهوبون والمتفوقون لا يكون أداؤهم متميزاً في جميع الموضوعات الدراسية. فقد أوضحت دراسات مختلفة أن أداءهم في الاجتماعيات والعلوم العامة متميز أما في الرياضيات فالأمر ليس كذلك بالضرورة (Ysselyke & Al-gozzine, 1990)

ومن حيث النمو الجسمي، فمع أن البعض يحمل صوراً نمطية سلبية عن الأشخاص الموهوبين ويعتقدون أنهم يفتقرون إلى التناسق الجسمي إلا أن دراسات عديدة أشارت إلى أن الموهوبين ربما يكونون أفضل حالاً جسمياً من الأطفال العاديين في حين أشارت بعض الدراسات إلى أنهم لا يختلفون عنهم (Heward, 2002)

كذلك فهناك اعتقادات خاطئة شائعة عن النمو الانفعالي - الاجتماعي للأشخاص الموهوبين والمتفوقين. ومن تلك الاعتقادات أن هؤلاء الأشخاص لا يستطيعون المحافظة على علاقات طيبة مع الزملاء في الصف. ولكن الدراسات أشارت إلى عكس ذلك حيث بينت أن الموهوبين والمتفوقين يتمتعون بمكانة اجتماعية طيبة وعلاقات اجتماعية إيجابية (Gallagher, 1985). كذلك هناك من يعتقد أن هؤلاء الأشخاص يعانون من سوء التكيف إلا أن البحوث بينت أنهم يتمتعون بصحة نفسية جيدة بل وأنهم أكثر تكيفاً من الأشخاص العاديين (Grossbery & Cornell, 1988).



وقد أجريت عدة دراسات في السنوات الماضية حول مفهوم الذات لدى الأطفال المتفوقين. وقد قارنت معظم هذه الدراسات مفهوم الذات لدى الأطفال المتفوقين والأطفال غير المتفوقين وتناولت مفهوم الذات بوصفه كياناً متعدد الأوجه. وعلى أي حال، فقد أشارت النتائج عموماً إلى أن مستوى مفهوم الذات لدى المتفوقين أعلى منه لدى العاديين (Heward, 2002)

وأما بالنسبة للنمو المهني فإن المتفوقين يتعرضون عادة لضغوط فريدة فيما يتعلق بالخيارات المهنية فنسبة كبيرة منهم يتطور لديها مستوى كبير من الخوف من الفشل. ويرى الأخصائيون في مجال التربية المهنية في ذلك استثارة للدافعية لديهم ويطلقون عليه اسم "الهروب إلى الأمام". فهم وإن كانوا لا يشعرون بالرضا إلا إن بعضهم يحقق نجاحاً كبيراً في حياته المهنية نتيجة ذلك (Willings, 1983)

على أن الموهوبين قد يسعون إلى تجنب الفشل الذي لا يقبلون بحدوثه مهما كان الثمن. وفي العادة ينعكس ذلك من خلال تجنب المواقف التي لا يثق الطالب ثقة مطلقة بإمكانية نجاحه فيها. ومن العوامل الحاسمة التي تؤثر على الخيار المهني المؤثرات الأسرية والتي قد تكون إيجابية أو سلبية. وهذا الأمر صحيح أيضاً بالنسبة للموهوبين حيث أن الوالدين قد يتعاملان مع طفلهما الموهوب كرمز وذلك قد يكون غاية في الخطورة. فالوالدان ينظران إلى الطفل الموهوب بوصفه فرصة ثانية لهما ينجحا من خلالها في تحقيق ما فشلا في تحقيقه سابقاً. وذلك قد يشكل ضغطاً هائلاً وغير بناء على الشخص الموهوب (Willings, 1983). والنجاح في الحياة العملية بالنسبة للإنسان الموهوب ليس أمراً حتمياً بالضرورة. فهو لن يعطي عطاء كبيراً متميزاً ما لم يكن العمل ذا طبيعة مثيرة لاهتمامه وينطوي على تحديات له. وهو كذلك قد يتمتع بروح المغامرة وقد يفتقر إلى الانسجام والتوافق مما قد يدفع الآخرين إلى النظر إليه على أنه مصدر المشكلات.

الاعتبارات التربوية

إذا كان الصف العادي هو الوضع التعليمي الأكثر قبولاً للتلاميذ ذوي الحاجات الخاصة الذين يعانون من الإعاقة، فإن هذا الصف غير مقبول وغير مناسب للتلاميذ المتفوقين، لأنه يحد من إمكانياتهم. ففي الأيام أو الأسابيع الأولى من العام الدراسي قد يكون التلميذ المتفوق متمتعاً بالمهارات ومتمكناً من المعرفة التي يفترض أن يكتسبها أقرانه العاديون طوال العام. ولما كان الأمر كذلك فإن النجاح الدراسي التقليدي قد يفرض قيوداً حقيقية على الطفل المتفوق. وإدراكاً منها لهذه الحقيقة شرعت دول عديدة في العقود القليلة الماضية في تطوير مناهج خاصة وأساليب تدريس كيفية لهذه الفئة من التلاميذ. وبوجه عام، تهدف المناهج والأساليب الخاصة إلى:



1 - تطوير مهارات اتخاذ القرار

2 - تطوير مستوى القدرة في المهارات الأساسية

3 - تطوير المهارات الاجتماعية

4 - تنمية المواهب والقدرات الخاصة.

5 - تقييم الأنماط الحياتية البديلة

6 - تطوير مستوى الوعي

7 - إعداد الشخص الموهوب للتعلم طويل المدى.

ولكي يتسنى للمربين تطوير القدرات الفعلية والمحتملة للأطفال الموهوبين والمتفوقين إلى أقصى حد ممكن، فلا بد من تطوير برامج فردية تراعي الحاجات والخصائص الفريدة لكل طفل (Weward, 2002). ويجب ألا يقتصر تعليم الأطفال المتفوقين على تزويدهم بمعلومات تقدم عادة لمن هم أكبر سناً ولكن ينبغي أن يتمتع المنهاج بما يلي (Kernes, Shwedel, & Williams, 1983)

1 - تشجيع الأطفال على التعمق في مجالات الاهتمام الخاصة

2 - أن يستند التعلم إلى الحاجات الفريدة لا إلى تسلسل محدد مسبقاً أو لسلسلة أو متتالية تعليمية.

3 - توفير نشاطات أكثر تعقيداً تطلب عمليات تجريدية وذات مستوى عال من التفكير.

4 - توفير مرونة كبيرة في استخدام المواد والوقت والمصادر

5 - تبني توقعات طموحة من الاستقلالية والمثابرة والمواظبة على تأدية المهام.

6 - توفير فرص كثيرة لاكتساب المهارات والقدرات القيادية وممارستها.

7 - تشجيع التفكير البناء والإبداعي.

8 - التأكيد على تفسير السلوك والمشاعر الذاتية وسلوك ومشاعر الآخرين.

9 - توفير فرص كافية لتوسيع قاعدة المعلومات وتطوير القدرات اللغوية.

ويصنف ولف وستيفنز (Wolf & Stephens, 1982) الخدمات التربوية الخاصة اللازمة للتلاميذ الموهوبين والمتفوقين إلى فئتين هما: الخدمات المباشرة والخدمات غير المباشرة.

بالنسبة للخدمات المباشرة فهي تشمل الخدمات الإرشادية والتعليمية التي يتم تقديمها للتلميذ مباشرة في غرفة الصف أو في البيت أو في أي مكان آخر. فالمعلم قد يعين واجبات خاصة أو يوكل للتلميذ نشاطات معينة. وفي بعض الحالات لا تقدم هذه الخدمات في الصف العادي وإنما في صف خاص في المدرسة العادية أو في مساق جامعي أو على أيدي خبراء في مجالات معينة.

وبالنسبة للخدمات غير المباشرة فهي تعني قيام خبراء بتقديم المشورة للمعلم دون أن يكون لهم علاقة مباشرة بالتلميذ المتفوق. فمن خلال تدريب المعلمين في أثناء الخدمة واقتراح الأنشطة الهادفة والبرامج الثرية يمكن إغناء خبرات التلميذ المتفوق.

ويرى ستيرنبرج (Sternberg, 1984) أن الذكاء يتضمن عمليات يمكن تصنيفها ضمن ثلاث فئات. الفئة الأولى هي فئة العناصر العليا (Metacomponents) والتي تشير إلى العمليات فوق المعرفية أو العمليات التنفيذية التي نستخدمها للتخطيط لما نفعله ولمتابعته وكذلك لتقييم ما فعلناه. وهكذا فإن اختيار استراتيجية محددة لحل مسألة حسابية إنما هو مثال على هذه الفئة من العمليات.

وفي حين أن العناصر العليا تقرر ماذا نفعّل، فإن العناصر الأدائية (Performance Components) هي المسؤولة عما نفعّل عملياً. مثال على ذلك الخطوات الفعلية التي نستخدمها في حل مسألة حسابية. أما عناصر اكتساب المعرفة (Knowledge - Acquisition Components) فهي التي تستخدم في تعلم الأشياء الجديدة كما هو الحال مثلاً عند تعلم طريقة حسابية لأول مرة.

ويقترح ستيرنبرج (Sternberg, 1984) مراعاة العوامل الأساسية التالية عند تصميم البرامج لتحسين المهارات العقلية للأطفال

(1) يجب أن يعتمد البرنامج على نظرية سيكولوجية حول العمليات المعرفية التي يهدف إلى تدريبها وعلى نظرية حول الطرق التي سيتم استخدامها لتعليم العمليات. فالنظرية النفسية والنظرية التربوية تحددان العمليات التي يجب تدريبها، وطرق تعليمها بحيث يتم تعميق المهارات المكتسبة.

(2) يجب أن يكون البرنامج ملائماً من الناحية الاجتماعية الثقافية. فأفضل العناصر في البرامج تصبح عديمة الجدوى إذا كان من المتعذر على الطلاب ربطها ببنائهم المعرفي وبالعالم الذي يعيشون فيه.

- (3) يجب أن ينصب التدريب الذي يقدمه البرنامج بوضوح على العمليات المعرفية المستخدمة في تأدية المهمة (العناصر الأدائية وعناصر اكتساب المعلومات) وفي استراتيجيات التنظيم الذاتي اللازمة لاستخدام هذه العناصر (العناصر المعرفية العليا). ولكي يتحقق التعلم طويل المدى، يجب أن يتعلم الطلاب الاستراتيجيات التي عليهم استخدامها ومتى يستخدمونها وكيف يوظفونها في المواقف الجديدة.
 - (4) يجب أن يراعي البرنامج دافعية الطالب وحاجاته المعرفية فالبرنامج الذي لا يستثير دافعية الطلاب لن يكتب له النجاح بصرف النظر عن وجود العناصر المعرفية فيه.
 - (5) يجب أن يراعي البرنامج الفروق بين الأفراد، فهم يتفاوتون إلى حد بعيد من حيث مهاراتهم وقدراتهم. والبرنامج الذي لا يراعي هذه القضية سيخفق حتماً في إفادة أعداد كبيرة من الطلاب.
 - (6) يجب أن يوفر البرنامج روابط مباشرة بين التدريب الذي يقدمه والأداء في العالم الحقيقي. فلا ينبغي أن نتوقع تعميم المهارات بدون اتخاذ إجراءات محددة لتحقيق ذلك.
 - (7) يجب أن يعتمد اختيار البرنامج على نتائج الدراسات التجريبية السابقة. فمفتاح النجاح يتمثل في اختيار البرنامج الذي اتضحت فاعليته في المواقف المماثلة.
 - (8) يجب أن يتوفر مع البرنامج منهاج لتدريب المعلمين وتدريب الطلاب. فأفضل البرامج قد تفشل إذا لم يحصل المعلمون على التدريب الكافي.
 - (9) يجب أن تكون التوقعات مما يستطيع البرنامج تحقيقه مناسبة. فكثيراً ما تنتهي جهود المعلمين والمديرين بالفشل لأن توقعاتهم غير ملائمة.
- وتختلف الآراء حول المكان أو الوضع التعليمي المناسب للتلاميذ المتفوقين، ولكن هناك إجماعاً عاماً في الأوساط التربوية على ضرورة تزويد هؤلاء التلاميذ بتعليم خاص طوال حياتهم المدرسية لأنهم يتعلمون بطريقة مختلفة. فقد أشار ولف وستيفنز (Wolf & Stephens, 1982) إلى ضرورة تعديل طبيعة محتويات المادة التعليمية وسرعة عرضها عندما يكون المتعلم متفوقاً. وبوجه عام، يتم التركيز في تعليم التلاميذ المتفوقين على المفاهيم والقوانين وليس الحقائق المحسوسة لأن لديهم القدرة على استيعاب المفاهيم المعقدة وإتقانها بسهولة نسبياً. ويقترح ولف وستيفنز (Wolf & Stephens, 1982) نموذجين مفيدتين لتعليم التلاميذ المتفوقين وهما نموذج بلوم ونموذج زنزولي وفيما يلي تعريف موجز لكل منهما:

نموذج بلوم (Bloom's Taxonomy)

إن الهدف الأساسي الذي يسعى نموذج بلوم لتحقيقه هو تطوير مهارات التفكير من المستويات العليا. وهو أداة مفيدة لكل من المعلمين والتلاميذ حيث أنه يقترح أنشطة تعليمية تتدرج في صعوبتها في المجالات المعرفية التالية: المعرفة، الاستيعاب، والتطبيق، والتحليل، والتركيب، والتقييم. ويوضح الجدول رقم (9 - 3) المستويات العقلية المختلفة في نموذج بلوم.

الجدول رقم (9 - 2)

المستويات العقلية في نموذج بلوم مرتبة من السهل إلى الصعب

المعرفة	تذكر الحقائق، التعريفات، الملاحظات
الاستيعاب	معرفة الأفكار الرئيسية، الوصف، المطابقة، المقارنة
التطبيق	تطبيق القوانين، اختيار الوسائل لحل المشكلات
التحليل	التخمين، تقديم الأدلة لدعم الاستنتاجات العامة، تحديد الأسباب أو الدوافع
التركيب	التنبؤ، حل المشكلات، النتائج الأصلية
التقييم	إبداء الآراء، الحكم على صحة الأفكار، الحكم على نوعية النتائج، الحكم على جدوى الحلول المقترحة.

نموذج رنزولي (Renzulli's Model)

اقترح رنزولي (Renzulli, 1977) برنامجاً إثرائياً للأطفال الموهوبين يعتبر من البرامج الريادية الأكثر استخداماً. هذا البرنامج ذو قاعدة معلوماتية واسعة يهدف إلى تعليم الأطفال الموهوبين عمليات التفكير الإبداعية والناقدة. واستند رنزولي في تطوير هذا البرنامج إلى فلسفة النشاط المشترك الذي كان جون ديوي قد اقترحها والتي تتضمن الخبرة والتواصل والتفكير الناقد. ويشمل هذا البرنامج الذي يعرف باسم البرنامج الإثرائي (Enrichment Model) ثلاثة عناصر وهي:

(أ) العنصر الأول: الأنشطة الاستكشافية

(ب) العنصر الثاني: الأنشطة الموجهة نحو مهارات محددة.

(ج) العنصر الثالث: الأنشطة الموجهة نحو حل المشكلات

العنصر الأول

يتضمن الخبرات والنشاطات التي يتم تصميمها بهدف تهيئة الظروف للمتعلم الموهوب للتعامل مع الموضوعات أو المجالات الدراسية التي قد يطور اهتماماً كبيراً بها. وهنا الأطفال يقررون إذا كانوا سيستكشفون بتعمق أكبر في مجال اهتمام ما أو إذا كانوا سيختارون القيام بمزيد من البحث حول موضوع معين أو مشكلة معينة. إن هذا يسمح بتحديد وتقييم اهتمامات الطالب من خلال أدوات قياس رسمية أو بالمقابلة أو المناقشة.

العنصر الثاني

يتضمن المواد والطرائق والأساليب التعليمية التي تسعى إلى تطوير عمليات التفكير والعمليات الشعورية المتطورة العليا. وهذه العمليات تشمل التفكير الناقد وحل المشكلات والتفكير التشعبي ونمو الوعي والتفكير الإبداعي والبناء وأساليب البحث. ولتحقيق ذلك تستخدم نشاطات مفتوحة بلا قيود تسمح للطلاب بتطوير القدرات وعمليات التفكير إلى أقصى درجة ممكنة.

العنصر الثالث

يتضمن أنشطة يصبح فيها الطالب باحثاً نشطاً وحقيقياً لمشكلة حقيقية أو لموضوع ما باستخدام أساليب البحث والدراسة المناسبة. ومن الأمثلة على هذا النوع من البرامج الإثرائية الدراسة المستقلة. وتتطلب الدراسة للموهوبين مراعاة العوامل التالية:

- 1 - تقييم اهتمامات الطلبة.
- 2 - تعريض الطلاب لمجالات اهتمام متعددة
- 3 - إجراء مقابلات شخصية
- 4 - تطوير خطط مكتوبة
- 5 - تحديد التوجه العام والوقت المخصص للأنشطة
- 6 - تحديد مصادر متعددة
- 7 - التفكير بالنتائج النهائي
- 8 - توفير المساعدة المنهجية اللازمة.
- 9 - تحديد الجمهور المستهدف من الدراسة
- 10 - تقييم الدراسة.

ومن البرامج الأخرى التي حققت نجاحاً البرنامج المعروف باسم برنامج المواهب المتعددة (The Multiple Talent Approach) الذي كان تيلور (Taylor, 1967) قد طورته للاستخدام في غرفة الصف العادية. هذا البرنامج يركز على تطوير قدرات متميزة في التفكير المنتج، والتنبؤ والتواصل، والتخطيط، واتخاذ القرار، والعمل الأكاديمي (انظر الجدول رقم 9 - 3) ويقترح على القارئ المهتم بالحصول على مزيد من المعلومات عن النظريات التي تناولت الموهبة والتفوق الرجوع إلى كتاب السرور (1998) فهو يقدم معلومات تفصيلية وحديثة عن برامج تنمية الموهبة والتفوق.

الجدول رقم (9 - 3)

العناصر الأساسية في برنامج المواهب المتعددة

التعريف	مجال الإبداع
التوصل إلى أفكار وتطوير حلول عديدة متنوعة وغير اعتيادية وإضافة معلومات إلى الأفكار لتحسينها أو لجعلها أكثر جاذبية.	التفكير البناء
تحديد عناصر الأحكام وإعطاء الأوزان المناسبة لها واتخاذ القرارات النهائية والدفاع عن القرار المتخذ في ضوء البدائل الأخرى الممكنة.	اتخاذ القرار
تصميم وسيلة لتنفيذ فكرة ما من خلال وصف ما يجب عمله وتحديد المصادر اللازمة وتحديد المشكلات التي قد تحول دون تنفيذ الخطة.	التخطيط
تقديم عدة تنبؤات عن الأسباب الممكنة والنتائج المحتملة للظواهر المختلفة.	التنبؤ
استخدام وتفسير كل من أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي المستخدمة للتعبير عن الأفكار.	التواصل
تطوير قاعدة معلومات ومهارات في موضوع ما أو قضية معينة من خلال اكتساب المعرفة والمفاهيم.	العمل الأكاديمي

ويمكن الإشارة هنا إلى نموذجين أساسيين في تعليم التلاميذ المتفوقين والموهوبين وهما الإثراء والتسريع.

الإثراء (Enrichment)

الإثراء هو أسلوب لتطوير القدرات المعرفية للأطفال الموهوبين والمتفوقين في ظل المنهاج المدرسي العادي. إنه يعني تصميم وتنفيذ برامج توفر لهذه الفئة من الأطفال خبرات تربوية غنية وإضافية دون تغيير الوضع التعليمي. وتنفذ برامج الإثراء وفقاً لعدة أساليب منها:



(1) الخبرات الخاصة في الصف العادي

(2) الصفوف الخاصة

(3) البرامج الخاصة في صفوف أو مدارس أخرى

(4) دراسة بعض المساقات الجامعية مبكراً

(5) البرامج الصيفية الخاصة

(6) نوادي المواهب

(7) غرف المصادر

(8) الزيارات الميدانية والمخيمات الخاصة.

(9) المحاضرين الزائرين

ويقترح كيتانو (Kitano, 1982) مراعاة عدة مبادئ عند تقديم البرامج الإثرائية للأطفال المتفوقين ومنها:

1 - توفير الأنشطة القادرة على تطوير المهارات الإبداعية

2 - تشجيع العمليات المعرفية العليا

3 - تطوير مهارات حل المشكلات.

4 - تطوير النمو الانفعالي

ويضيف هيوارد (Heward, 2002) إلى المبادئ السابقة ما يلي

(أ) تقديم البرامج الشمولية التي تستهدف كلا من النمو العقلي والعاطفي.

(ب) تنفيذ البرامج على مستوى فردي بحيث تتلاءم البيئة التعليمية مع الحاجات والخصائص الفردية للطفل.

(ج) الاهتمام بتدريب الوالدين وتشجيعهما على المشاركة في تنفيذ البرامج

(د) التأكد من امتلاك المعلمين لبعض الخصائص والمهارات الأساسية

ويقترح تطوير البرامج الإثرائية للأطفال المتفوقين وفقاً للمبادئ العامة التالية:

1 - تعبير المعلمين عن تفهمهم وتقديرهم للتنوع. فالأطفال المتفوقون قد يخفون قدراتهم رغبة منهم في عدم الظهور بمظهر مختلف عن أقرانهم.

- 2 - تعبير المعلمين عن تقديرهم للأصالة والتفكير الإبداعي.
- 3 - تشجيع الأطفال على تنفيذ استراتيجيات حل المشكلات وعمليات التفكير المتقدمة حتى عند تطبيق المنهاج المدرسي العادي في تدريسهم.
- 4 - توظيف أساليب التدريس الجيدة في التعليم الصفّي العادي عند تعليم الأطفال المتفوقين.
- 5 - استشارة الأخصائيين فيما يتعلق بطبيعة الخبرات التعليمية الخاصة أو الإضافية التي ينبغي توفيرها للأطفال المتفوقين.
- 6 - تشجيع الطفل المتفوق ولكن دون تعريضه لضغوط كبيرة. وذلك يتطلب ملاحظة الطفل والاستماع إليه والإجابة عن أسئلته وتجنب استخدام المعززات والمكافآت الخارجية التي لا مبرر لها.
- 7 - تفريد التعليم وذلك من خلال تفهم الفروق الفردية بين الأطفال.
- 8 - تفريد التنافس بمعنى تشجيع الطفل على مقارنة أدائه الحالي بأدائه السابق وليس مقارنة أدائه بأداء الأطفال الآخرين.
- 9 - إدراك الحاجة إلى عدم إغفال المهارات الأكاديمية الأساسية ولكن دون مغالاة.
- 10 - تنفيذ البرنامج المدرسي العادي بمرونة بحيث يصبح متضمناً لنشاطات ومواضيع وأدوات متنوعة.
- 11 - توفير الفرص للأطفال ليعملوا بشكل مستقل ويختاروا الأنشطة ذاتياً وينظموا أنفسهم بأنفسهم (Winebrenner et. al., 2000, Rogers, 2002).

التسريع

التسريع هو جملة وسائل هدفها تمكين التلاميذ المتفوقين من إنهاء مرحلة دراسية معينة في وقت أقصر من المعتاد. إنه أسلوب يتضمن تعديل الوضع التعليمي بحيث يتم ترفيع الطالب أو نقله من صف إلى صف أعلى. وقد يشمل التسريع الالتحاق بالمدرسة مبكراً، أو الترفيع لسنة دراسية أو أكثر، أو الالتحاق بالمدرسة والجامعة في وقت متزامن، أو تسريع المحتوى. وبوجه عام فإن هذه البدائل لا تنفذ على نطاق واسع. فهي وإن كانت مفيدة بالنسبة للنمو العقلي والشفهي والاجتماعي لعدد كبير من الأطفال المتفوقين إلا أنها يجب أن تعتمد على تحليل شامل لحاجات الطفل وقدراته في مجالات النمو المختلفة. بعبارة أخرى، قد لا يكون من الحكمة تطبيق هذا النموذج على جميع الأطفال المتفوقين بل لا بد من اتخاذ القرارات على مستوى فردي (Winebrenner, et al., 2000).

الملحق رقم (1)

الدستور الأخلاقي لمهنة التربية الخاصة

- 1 - يلتزم العاملون في ميدان التربية الخاصة بتطوير القدرات التعليمية والظروف الحياتية للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة إلى الحد الأقصى الممكن.
- 2 - يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة على بلوغ مستوى عالٍ من الكفاية المهنية والتكامل في ممارساتهم المهنية.
- 3 - يساهم العاملون في ميدان التربية الخاصة في الأنشطة التي تعود بالفائدة على الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم والزملاء في العمل والطلبة والمتدربين.
- 4 - يتخذ العاملون في ميدان التربية الخاصة أحكاماً مهنية موضوعية في ممارساتهم الميدانية.
- 5 - يبذل العاملون في ميدان التربية الخاصة الجهود اللازمة لتطوير معرفتهم ومهارتهم فيما يتصل بتربية الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- 6 - يعمل العاملون في ميدان التربية الخاصة تبعاً لمعايير وسياسات مهنتهم.
- 7 - يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة على الدفاع عن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وعلى تحسين القوانين والتعليمات التي تنظم عملية تقديم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة.
- 8 - لا يشارك العاملون في ميدان التربية الخاصة في ممارسات غير أخلاقية أو غير قانونية ولا هم يخالفون المعايير المهنية المتفق عليها. ويترجم هذا الدستور إجرائياً إلى المعايير المهنية التالية:

1 - علاقة المهتمين بالأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم

(1 - 1) المسؤوليات التعليمية

- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يحرصون على توظيف خبرتهم المهنية لضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الحاجات التربوية الخاصة على البرامج التربوية الفعالة. ويتوخى العاملون في هذا المبدأ:

- تحديد واستخدام الطرق التعليمية والمناهج المناسبة لهذا الميدان من جهة والملائمة والفعالة في تلبية حاجات الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة من جهة أخرى.
- المشاركة في اختيار واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمواد والأدوات الأخرى التي تتطلبها الممارسة الفعالة في الميدان.
- تصميم بيئة تعليمية آمنة وفعالة تسهم إيجاباً في تلبية الحاجات الخاصة واستثارة الدافعية للتعلم وتحسين مستوى مفهوم الذات.
- تحديد عدد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في الفصل الدراسي الواحد على نحو يسمح بتلبية حاجاتهم التعليمية على أحسن وجه ممكن.
- استخدام أدوات وإجراءات القياس التي لا تميز ضد الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة على خلفية العرق أو اللون أو الجنس أو العمر أو فئة الإعاقة أو الانتماء.
- الاعتماد في تحديد الدرجات والترفيغ والتخريج أو إنهاء الخدمات المقدمة على الأهداف الفردية للشخص ذي الحاجات الخاصة.
- تقديم معلومات صادقة عن البرامج للإداريين والزملاء وأولياء الأمور اعتماداً على ممارسات تسجيل وملاحظة موضوعية بغية اتخاذ القرارات الملائمة.
- المحافظة على السرية التامة للمعلومات إلا إذا كان هناك ظروف خاصة ويوافق عليها أولياء الأمور.

(1 - 2) ضبط السلوك

- يتعاون العاملون في ميدان التربية الخاصة مع المهنيين الآخرين ومع أولياء أمور الأفراد ذوي الحاجات الخاصة ضمن فريق من أجل ضبط السلوك. ويعمل هؤلاء على تحقيق ذلك من خلال:
- تطبيق أساليب تعديل السلوك التي تدربوا على استخدامها والتي لا تحرم الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة من حاجاتهم الأساسية.
- تحديد الأهداف المتوخاة في ممارسات الضبط السلوكي بدقة ووضوح في البرنامج التربوي للشخص ذي الحاجات الخاصة.
- احترام التنظيمات والتعليمات التي تقرها المؤسسات/ المنظمات المحلية فيما يتعلق بضوابط عملية تعديل السلوك واستخدام إجراءات الضبط السلوكي.

● اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الزملاء من القيام بالسلوك الذي يضر بمصلحة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

● الامتناع عن استخدام الأساليب المنفردة إلا إذا أخفقت محاولات استخدام طرق الضبط الأخرى وذلك بعد استشارة الوالدين وصانعي القرار في المؤسسة.

(3 - 1) إجراءات الدعم

(1 - 3 - 1) تقديم التوجيه والإشراف الكافيين للعاملين في ميدان التربية الخاصة قبل أن يوكل إليهم تقديم الخدمات الداعمة التي لم يتم تدريبهم عليها سابقاً.

● يستطيع العاملون في ميدان التربية الخاصة إعطاء العقاقير الطبية الموصوفة طبياً للأشخاص ما لم يكن هناك تعليمات تنص على عدم جواز ذلك، وإذا كان العامل في الميدان أهلاً لذلك أو إذا كانت التعليمات مكتوبة في ملف الشخص وتوضح أهداف العقاقير والظروف التي تعطي فيها والتأثيرات السلبية المحتملة لها واسم الطبيب المختص ورقم هاتفه.

● يقوم العاملون في ميدان التربية الخاصة بملاحظة التغيرات التي تطرأ على سلوك الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة عند تناول العقاقير الطبية ويوصلون تلك المعلومات للجهات ذات العلاقة.

(4 - 1) العلاقات مع الوالدين

● يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة على تطوير العلاقات مع الوالدين استناداً إلى الاحترام المتبادل لدور كل من الطرفين في تحقيق الأهداف المناسبة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة. وفي هذا الصدد، فإن العاملين في ميدان التربية الخاصة يعملون على:

● تطوير أساليب التواصل الفعالة مع الوالدين. فالأخصائيون يتجنبون استخدام المصطلحات التقنية ويستخدمون اللغة التي يفهمها الوالدان وأساليب التواصل الأخرى الملائمة.

● تحديد واستخدام معرفة الوالدين وخبرتهما في تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

● المحافظة على فتح قنوات التواصل بين المهنيين والوالدين مع احترام خصوصياتهم وسرية المعلومات.

● إتاحة الفرصة الكافية لتدريب أولياء الأمور، باستخدام المعلومات الصحيحة والطرق التدريبية الفعالة.

● إبلاغ الوالدين بالحقوق التربوية لطفلهما، وبأية عملية تنطوي على اعتداء على تلك الحقوق.

● التعرف إلى الفروق الثقافية والأسرية بين أسر الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة واحترام تلك الفروق.

● إدراك حقيقة أن العلاقة بين الأسرة والظروف البيئية المجتمعية تؤثر على سلوك ومستقبل الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

(5 - 1) الدفاع عن الحقوق:

● أن العاملين في ميدان التربية يقومون بدور المدافع عن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وذلك بالتحدث نيابة عنهم وبالكتابة وبالأفعال. وفي هذا الصدد يقوم العاملون بما يلي:

● محاولة تحسين الخدمات التربوية المقدمة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة مؤكدين على أن آراءهم الشخصية لا تعبر عن الآراء الرسمية للمؤسسة التي يعملون بها.

● العمل جنباً إلى جنب مع المهنيين الآخرين وتشجيعهم على تحسين واقع خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة المقدمة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

● توثيق النقص في المصادر بطريقة موضوعية واقتراح الإجراءات التصحيحية المناسبة.

● متابعة أية أخطاء تحدث على صعيد وضع الشخص ذي الحاجات الخاصة في البيئة التعليمية غير الملائمة والتدخل بطريقة مناسبة لضمان التحاق الشخص بالبيئة التعليمية الملائمة.

● تطبيق التعليمات/ التنظيمات المحلية ذات العلاقة بالحقوق التربوية للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة والعمل على حماية حقهم في تساوي الفرص في المجتمع.

2 - التوظيف المهني

(2 - 1) الشهادة والمؤهلات

● إن العاملين في ميدان التربية الخاصة لا يوظفون إلا الأشخاص الذين لديهم كفاية مهنية لتعليم وتدريب الأشخاص ذوي الحاجات التربوية الخاصة.

(2 - 2) التوظيف

● إن العاملين في ميدان التربية الخاصة لا يميزون في التوظيف على أساس العرق أو

اللون أو الجنس أو الدين أو العمر أو الميول السياسية أو الخلفية العائلية أو الثقافية أو الإعاقة.

● يقدم المهنيون أنفسهم بطريقة أخلاقية وقانونية فيما يتصل بتدريبهم وخبرتهم عندما يبحثون عن وظيفة.

● يقدم العاملون في ميدان التربية الخاصة إشعاراً مناسباً للمؤسسة في حال رغبتهم في التوقف عن العمل.

● يلتزم العاملون في ميدان التربية الخاصة بعقد العمل وبالواجبات الموكلة إليهم فيه

● يحق للعاملين في ميدان التربية الخاصة الذين تنهى خدماتهم الحصول على كتاب خطي يوضح أسباب إنهاء خدماتهم ويؤكد على احترام كافة حقوقهم المهنية.

● ان العاملين في ميدان التربية الخاصة يحصلون على الحقوق والفرص المتاحة للعاملين الآخرين في المدارس.

● يطلب العاملون في ميدان التربية الخاصة المساعدة بما فيها خدمات المهنيين الآخرين عندما تهدد المشكلات الشخصية قدراتهم على تأدية وظائفهم المهنية.

● يستجيب العاملون في ميدان التربية الخاصة بموضوعية عندما يطلب منهم تقييم المتقدمين للعمل في الميدان.

● يحق للعاملين في ميدان التربية الخاصة أن يخلوا المشكلات المهنية التي تعترضهم وذلك بتوظيف الإجراءات المتبعة بما في ذلك استخدام الشكاوي إذا اقتضت الحاجة لذلك.

(3 - 2) التعيين والدور المهني

● يجب أن يحصل العاملون في ميدان التربية الخاصة على كتاب خطي واضح يبين جميع الواجبات والمسؤوليات بما في ذلك الأمور التي يتم تحديدها بوصفها ظروفًا للعمل.

● إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يطورون كفاياتهم المهنية وسبل تعاونهم مع المهنيين الآخرين بالمشاركة الفاعلة في تخطيط وتنفيذ وتقييم برامج التربية الخاصة والبرامج التربوية العامة لكي تستجيب هذه البرامج للحاجات المتغيرة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

● إن العاملين في ميدان ذوي الحاجات الخاصة يعملون مع الإعاقة والمراحل العمرية وفي البيئة التعليمية التي أعدتهم شهاداتهم وخبرتهم للعمل فيها.

- تقدم الخدمات الاستشارية والداعمة الكافية للعاملين في ميدان التربية الخاصة على أيدي مهنيين آخرين يتمتعون بالكفاية المهنية العالية كنتيجة للخبرة أو التدريب.
- إن تنظيم الخدمات التي يقدمها العاملون في ميدان التربية الخاصة والإشراف عليها يتمان وفقاً لمعايير مساءلة واضحة.
- إن عدم توفر المعلم البديل أو الكوادر المساندة بما في ذلك مساعدي المعلمين يجب أن لا يؤدي بأي حال من الأحوال إلى عدم تقديم الخدمات التربوية المناسبة.

(4 - 2) النمو المهني

- يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة في التقييم المنظم والموضوعي لأنفسهم وزملائهم وخدماتهم والبرامج المقدمة بغية تطوير الأداء المهني على نحو مستمر.
- يحرص الإداريون والمشرفون العاملون في ميدان التربية الخاصة على دعم وتطوير النمو المهني.

3 - علاقة المهنيين بالمهنة وبالمهنيين الآخرين

(1 - 3) فيما يتعلق بالمهنة

- يتحمل العاملون في ميدان التربية الخاصة مسؤولية المشاركة في المنظمات المهنية والالتزام بالمعايير المهنية والأخلاقية للمنظمات التي ينتمون إليها.
- إن على العاملين في ميدان التربية الخاصة مسؤولية تقديم الخبرات الميدانية المتنوعة والنموذجية للملتحقين ببرامج البكالوريوس وبرامج الدراسات العليا.
- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يمتنعون عن بناء العلاقات مع الأطفال والآباء لمصالح شخصية.
- يسهم العاملون في ميدان التربية الخاصة بشكل فاعل في تنظيم المهنة وذلك باستخدام الإجراءات المناسبة لإحداث التغييرات اللازمة.
- يبادر العاملون في ميدان التربية الخاصة إلى دعم البحوث العلمية المتصلة بتربية الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وذلك بهدف رفع سوية الخدمات التربوية وإفادة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة. وفي هذا الصدد يقوم المهنيون بما يلي:
- يستخدمون الإجراءات التي من شأنها حماية حقوق الأفراد المشاركين في البحث العلمي.



- يفسرون وينشرون نتائج البحوث بصدق وبروح علمية عالية.
- يدعمون الجهود الرامية إلى إيقاف أي بحث قد ينجم عنه نتائج سلبية على الأفراد المشاركين في الدراسة.
- يتوخون الحذر اللازم وتطبيق الإجراءات الكفيلة بمنع إساءة استخدام أو إساءة تطبيق الجهود البحثية.

(2 - 3) فيما يتعلق بالمهنيين الآخرين

- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يعملون بوصفهم أعضاء في فريق متعدد التخصصات آخذين بالحسبان أن سمعة المهنة تعتمد عليهم. وعلى وجه التحديد فيهم يعملون ما يلي:-
- الاعتراف بكفاية وخبرة أعضاء الفريق الممثلين للمهن الأخرى والممثلين لمهنتهم أيضاً.
- الحرص على تطوير اتجاهات إيجابية هم والمهنيون الآخرون نحو الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة والتعامل بموضوعية فيما يتعلق بقدراتهم ومواطن العجز لديهم.
- تقديم الخدمات الاستشارية المناسبة لكل من العاملين في ميدان التربية العامة والتربية الخاصة والآخرين الذين يقدمون خدمات للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- تقديم الدعم والمشورة للمهنيين العاملين مع الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة خارج نطاق المدرسة.
- الحفاظ على علاقات عمل فاعلة مع الزملاء والمهنيين الآخرين ومساعدتهم على تطوير مفاهيم إيجابية وصحيحة عن مهنة التربية الخاصة.

(*) Code of ethics and standards for professional practice. Exceptional children, 1983, November, 205 - 209

Abicus	معداد حسابي
Ability Training Model	نموذج تدريب قدرات
Accessibility	إمكانية الوصول
Acquired Disability	إعاقة مكتسبة
Activities of Daily Living (ADL)	مهارات الحياة اليومية
Adaptive and Assistive Devices	أدوات مكيفة ومساعدة
Adaptive Behavior	سلوك تكيفي
Adventitious Hearing Loss	إعاقة سمعية مكتسبة
Age At Onset of Disability	العمر عند حدوث الإعاقة
Alport's Syndrome	متلازمة ألبورت
Amblyopia	العين الكسولة
Amplification System	نظم تضخيم الصوت
Amputation	بتر
Anemia	فقر الدم
Annual Goals	أهداف سنوية
Anoxia	نقص الأكسجين
Apgar Test	اختبار أبجار
Aphasia	حبسة كلامية
Aphonia	فقدان الصوت
Architectural Barriers	حواجز معمارية
Arthrogryposis Multiplex	تقوس مفصلي
Articulation Disorders	اضطرابات النطق
Assessment	تقييم
Astigmatism	حرج البصر
Ataxia	ترنح

Athetosis	حركات تخبطية (التوائية)
At - Risk Children	أطفال معرضون للخطر
Attention Deficit Disorder (ADD)	اضطراب ضعف الانتباه
Audiograph	مخطط السمع
Audiological Rehabilitation	تأهيل سمعي
Audiology	علم السمعيات
Audiometer	جهاز قياس السمع
Auditory Discrimination	تمييز سمعي
Auditory Memory	ذاكرة سمعية
Auditory Nerve	عصب سمعي
Auditory Perceptin	إدراك سمعي
Auditory Training	تدريب سمعي
Augmentative Communicatin	واصل مساند
Auricle	صيوان الأذن
Autism	توحد

(B)

Baseline	خط أساسي
Basic Psychological Processes	عمليات نفسية أساسية
Behavioral Objectives	أهداف سلوكية
Behavior Disorders	اضطرابات سلوكية
Behavior Modification	تعديل السلوك
Bibliotherapy	علاج بالكتب
Bilateral	ثنائي
Binocular Vision	بصر ثنائي
Birth Defects	تشوهات ولادية
Blindisms	لزمات كف البصر
Blindness	عمى
Borderline Mental Retardation	تخلف عقلي حدي

Braille System	نظام بريل
Braillewriter	كاتبة بريل
Bronchial Asthma	ربو قصبي
Burnout	استنفاد
(C)	
Cascade Model	النموذج الهرمي
Case History	تاريخ الحالة
Cataract	الساد
Categorical Approach	منحي تصنيفي
Causes of Disability	أسباب الإعاقة
Central Hearing Loss	ضعف سمعي مركزي
Central; Vision	بصر مركزي
Cerebral Palsy	شلل دماغي
Child Abuse	إساءة معاملة الأطفال
Child - Study Team	فريق دراسة الطفل
Children with Special Needs	أطفال ذوو حاجات خاصة
Chronic Illness	مرض مزمن
Chronological Age	عمر زمني
Classification	تصنيف
Cleft Lip	شفة أرنبية
Clinical Teaching	تعليم عيادي
Closed - Circuit TV	دائرة تلفزيونية مغلقة
Clumsy Child	طفل أخرق
Cluttering	الهذرة
Cochlear Implant	زراعة القوقعة
Cognitive Instruction	تدريس معرفي
Communication	تواصل
Communication Boards	لوحات تواصل

Communication Skills	مهارات تواصل
Community - Based Rehabilitation	تأهيل مجتمعي
Compensatory Education	تربية تعويضية
Computer - Assisted Instruction	تدريس بمساعدة الحاسوب
Conduct Disorders	اضطرابات تصرف
Conductive Hearing Impairment	ضعف سمعي توصيلي
Congenital	خلقي
Consanguinity	زواج الأقارب
Consultant Teacher	معلم مستشار
Contact Lenses	عدسات لاصقة
Convulsive Disorders	اضطرابات تخلجية
Cooperative Learning	تعلم تعاوني
Corrective Education	تربية تصحيحية
Counseling	إرشاد
Cretinism	قماءة
Crippled	مقعدون
Cultural - Familial	أسري / ثقافي
Curriculum	منهج
Curriculum Modification	تعديل المنهج
Custodial Mentally Retarded	تخلف عقلي اعتمادي
Cstis Fibrosis	تليف حويصلي
(D)	
Daily Living Skills	مهارات حياة يومية
Deaf	أصم
Deaf - Blind	أصم / مكفوف
Deaf - Mute	أصم أبكم
Deaf Culture	ثقافة الصم
Definitions	تعريفات

Degree of Disability	درجة الإعاقة
Deinstitutionalization	مناهضة الإيواء
Dependency	اعتمادية
Depression	اكتئاب
Development	نمو
Developmental Age	عمر تطوري
Developmental Delay	تأخر نمائي
Developmental Disability	إعاقة نمائية
Diabetic Retinopathy	اعتلال الشبكية السكري
Diagnosis	تشخيص
Diagnostic - Prescriptive Approach	منحى تشخيصي علاجي
Direct Instruction	تدريس مباشر
Disability	عجز
Discrepancy Criterion	معيار التفاوت
Disorder	اضطراب
Disruptive Behavior	سلوك فوضوي
Distance Vision	بصر بعيد
Distractibility	تششتت
Distributed Training	تدريب موزع
Down'w Syndrome	متلازمة داون
Drug Therapy	علاج بالعقاقير
Dyscalculia	صعوبات حسابية
Dysgraphia	صعوبات كتابية
Dyslexia	صعوبات قراءة
(E)	
Early Childhood Sp. Ed	تربية خاصة للطفولة المبكرة
Early Identification	تعرف مبكر
Early Intervention	تدخل مبكر

Echolalia		مصاواة كلامية
Educable		قابل للتعليم
Efficacy Studies		دراسات فاعلية
Eligibility		أهلية الخدمات
Emotional Impairment		اضطراب انفعالي
Encephalitis		التهاب الدماغ
Epilepsy		صرع
Exceptional Children		أطفال ذوو حاجات خاصة
Exclusion Criterion		معيار الاستبعاد
Expressive		تعبيري
	(E)	
Family Counseling		إرشاد أسري
	(G)	
Galactosemia		جلاكتوسيميا
General Intellectual Performance		أداء عقلي عام
Genetic Counseling		إرشاد وراثي
Genetic Disorders		اضطرابات وراثية
German Measles (Rubella)		حصبة ألمانية
Glaucoma		ماء أسود
Grouping for Instruction		التجميع لأغراض التدريس
Group Instruction		تدريس جماعي
	(H)	
Habilitation		تأهيل
Handicap		إعاقة
Hard of Hearing		ضعيف السمع
Health Impairments		إعاقة صحية
Hearing Aids		معيونات سمعية
Hearing Impairment		إعاقة سمعية

Herpes Simplex	داء القوباء
Hertz	هيرتز
Hidden Disability	إعاقة خفية
High - Incidence Handicaps	إعاقة كثيرة الحدوث
Holistic Approach	منحى كلي
Hone - Based Instruction	تدريس في المنزل
Hospital - Based Instruction	تدريس في المستشفى
Hydrocephaly	استسقاء دماغي
Hyperactivity	نشاط زائد
Hyperkinesthetic Syndrome	متلازمة النشاط المفرط
Hyperopia (Farsightedness)	طول نظر
Hypoactivity	تدني مستوى النشاط
(I)	
Idiopathic	غير معروف الأسباب
Immaturity	عدم نضج
Impairment	اعتلال
Impulsivity	تهور
Incidence of Disability	نسبة حدوث الإعاقة
Inclusive School	مدرسة الجميع
Independency	اعتمادية
Indirect Services	خدمات غير مباشرة
Individual Differences	فروق فردية
Individualized Education Program	برنامج تربوي فردي
Individualized Family Services Plan (IFSP)	خطة خدمات أسرية فردية
Individualized Instruction	تدريس فردي
Infant Stimulation Programs	برنامج استثارة الرضيع
Informal Assessment	تقييم غير رسمي
Information Processing	معالجة معلومات

Inner Ear		الأذن الداخلية
Inner Layer of the Eye		الطبقة الداخلية للعين
Institutionalization		إيواء في مؤسسات
Instructional Diagnosis		تشخيص تدريسي
Instructional Pacing		سرعة التدريس
Intelligence		ذكاء
Intelligence Quotient		معامل ذكاء
Intelligence Tests		اختبارات الذكاء
Invisible Disability		إعاقة خفية
Itinerant Teacher		معلم متنقل
	(J)	
Jaundice		اصفرار
Juvenile Delinquency		جنوح أحداث
Juvenile Rheumatoid Arthritis		التهاب مفاصل الأحداث
	(K)	
Kephart's Method		طريقة كيفارت
Keratitis		التهاب القرنية
Kernicterus		اليرقان
Kinesthetic		حس حركي
Kurzweil Reading Machine		آلة كرزويل
	(L)	
Labeling		تسمية
Labyrinth		الأذن الداخلية
Language		لغة
Language Delay		تأخر لغوي
Language Disorder		اضطرابات لغوية
Lead Poisoning		تسمم بالرصاص
Learned Helplessness		عجز متعلم

Learning Disabilities	صعوبات تعلم
Learning Strategies	استراتيجيات تعلم
Learning Styles	أنماط تعلم
Least Restrictive Environment	بيئة أقل تقييداً
Leisure Time	وقت فراغ
Life Expectancy	متوسط العمر
Lipreading	قراءة شفاه
Long - Term Objectives	أهداف طويلة المدى
Low - Incidence handicaps	إعاقات قليلة الحدوث
Low Vision	ضعف بصري
Low Vision Aids	معينات ضعف البصر
(M)	
Macrocephaly	كبر حجم الجمجمة
Mainstreaming	دمج
Malnutrition	سوء التغذية
Manual Communication	تواصل يدوي
Maturation Lag	تأخر نضجي
Measurement	قياس
Menier's Disease	مرض منيير
Meningitis	التهاب السحايا
Mental Age	العمر العقلي
Mental Health	صحة نفسية
Mental Illness	مرض عقلي
Mental Retardation	تخلف عقلي
Microcephaly	صغر حجم الجمجمة
Middle Ear	الأذن الوسطى
Mild	بسيط
Minimal Brain Dysfunction	خلل دماغي بسيط

Moderate	متوسط
mongolism	منغولية
Motivation	دافعية
Motor Disability	إعاقة حركية
Multidisciplinary Team	فريق متعدد التخصصات
Multiple Disability	إعاقة متعددة
Multisensory	متعدد الحواس
Muscular Dystrophy	حتل عضلي
Musculoskeletal Disorders	اضطرابات هيكلية
Myasthenia Gravis	وهن عضلي وخيم
Myelomeningocele	كيس حسائي
Myopia (Nearsightedness)	قصر نظر

(N)

Near Vision	بصر قريب
Neural Tube Defects	تشوهات القناة العصبية
Neutological Disorders	اضطرابات عصبية
Non- Categorical Special Education	تربية خاصة غير تصنيفية.
Normalization Principle	مبدأ التطبيع
Norm - Referenced Tests	اختبار معياري المرجع

(O)

Observation	ملاحظة
Occupational Therapy	علاج وظيفي
Optacon	أوبتاكون
Optic Nerve	عصب بصري
Oral Communication	تواصل شفهي
Orientation and Mobility	تعرف وتنقل
Orthopedic Disorders	اضطرابات عظمية
Osteogenesis Imperfecta	عدم اكتمال نمو العظام

Otitis Media	التهاب الأذن الوسطى
Outer Ear	الأذن الخارجية
Overprotection	حماية زائدة
(P)	
Parent- Teacher Relationships	علاقات أولياء الأمور بالمعلمين
Partial Sightedness	بصر جزئي
Peer Tutoring	تدريب الأقران
Perceptual Disorders	اضطراب إدراكي
Perinatal Causes	أسباب أثناء الولادة
Peripheral Vision	بصر طرفي (محيطي)
Personality Disorders	اضطرابات شخصية
Pervasive Developmental Disorders	اضطرابات نمائية شاملة
Phenyln keton Uria	فينيل كيتون يوريا
Phonation Disability	اضطرابات التنغيم
Phonics Training	تدريب صوتي
Physical Disability	إعاقة جسمية
Physical Therapy	علاج طبيعي
Play Therapy	علاج باللعب
Poliomyelitis	شلل الأطفال
Protage Project	مشروع بورتيج
Postlingual Deafness	صمم بعد لغوي
Postnatal Causes	أسباب بعد الولادة
Prematurity	خداج
Prenatal Causes	أسباب قبل الولادة
Prereferral Intervention	تدخل قبل الإحالة
Present Level of Performance	مستوى الأداء الحالي
Pervallence of Disability	نسبة حدوث الإعاقة
Problem Behavior	سلوك مشكل

Problem Solving Approach

منحى حل المشكلات

Process Training Model

نموذج تدريب العمليات

Professional Standards

معايير معنية

Profound

شديد جداً

Prosthesis

أطراف اصطناعية

Psycholinguistic

تدريب نفسي لغوي

Psychology of Disability

سيكولوجية الإعاقة

Psychostimulants

منشطات نفسية

(Q)

Quality of Life

نوعية الحياة

Questionnaires

استبانات

(R)

Reading Disability

عجز قرائي

Receptive Aphasia

حبسة استقبالية

Receptive Language

لغة استقبالية

Recreational Therapy

علاج ترويحي

Refractive Erros

أخطاء انكشار الضوء

Regular Class

صف عادي

Regular Education Initiative

مبادرة التربية العامة

Rehabilitation

إعادة التأهيل

Remedial Instruction

تدريس علاجي

Residential Institutions

مؤسسات إقامة

Residual Hearing

سمع متبقي

Resonance Disorders

اضطرابات التصويت

Resource Room

غرفة مصادر

Rentinal Detachment

انفصال الشبكية

Retinitis Pigmentosa

التهاب الشبكية الصباغي

Retionopathy of prematurity

اعتلال شبكية ناجم عن الخداج

Rheumatic Fever	حمى روماتيزمية
Rh. Incompatibility	عدم توافق العامل الريزيسي
(S)	
Scoliosis	جنف
Secondary Handicaps	إعاقات ثانوية
Segregation	فصل (عزل)
Selective Attention	انتباه انتقائي
Self - Care Skills	مهارات العناية بالذات
Self - Concept	مفهوم الذات
Self - Contained Classroom	صف خاص بدوام كامل
Self - Instruction	تعليم ذاتي
Sensorineural Hearing impairment	إعاقة سمعية حسية عصبية
Serious Emotional Disturbance	اضطراب انفعالي خطير
Severe Handicap	إعاقة شديدة
Shopping Behavior	سلوك التسوق
Short Attention Span	قصر مدة الانتباه
Short - Term Objectives	أهداف قصيرة المدى
Sickle Cell Anemia	فقد دم منجلي
Sight Saving Classes	صفوف الحفاظ على البصر
Sign Language	لغة إشارة
Skill Training Model	نموذج تدريب المهارات
Slight Hearing Loss	ضعف سمعي طفيف
Slow Learners	بطيئو تعلم
Snellen Chart	لوحة سنلن
Social Maladjustment	سوء توافق اجتماعي
Social Skills	مهارات اجتماعية
Social Work	خدمة اجتماعية
Spasticity	تصلب

Special Class	صف خاص
Special Day School	مدرسة نهائية خاصة
Special Education	تربية خاصة
Special Olympics	الأولمبياد الخاص
Special Physical Education	تربية بدنية خاصة
Speech	كلام
Speech Disorders	اضطرابات الكلام
Speech Language Pathologist	اختصاصي علاج نطق
Speech Reading	قراءة الكلام
Spina Bifida	الصلب المفتوح
Spinal Cord Injuries	إصابات الحبل الشوكي
Sterotypes	صورة نمطية
Stigma of Disability	وصمة العجز
Strabismus	حول
Strauss Syndrome	متلازمة سترأوس
Student _ Teacher Ratio	نسبة المعلمين للطلبة
Study Skills	مهارات الدراسة
Stuttering	تأتأة
Supportive Services	خدمات داعمة
Syndrome	متلازمة
(T)	
Talking Book	كتب ناطقة
Target Behavior	سلوك مستهدف
Task Analysis	تحليل المهمة
Telecommunication Devices for the Deaf	أجهزة التواصل للصم
Temper Tantrums	نوبات غضب
Thalassemia	ثلاسيميا

Total Communication	تواصل كلي
Tourette Syndrome	متلازمة توريت
Trachoma	تواخوما
Trainable	قابل للتدريب
Transfer of Learning	نقل أثر التعلم
Transition Services	خدمات الانتقال
Traumatic Brain Injury	إصابة دماغية
Trial and Error Learning	تعلم بالمحاولة والخطأ
Trisomy 21	ثلاثية الكروموسوم (21)
Tunnel Vision	بصر نفقي
Turner's Syndrome	متلازمة تيرنر
Twin Studies	دراسات التوائم
(U)	
Underachievement	تدني التحصيل
Uneven Patterns of Development	عدم تكافؤ أنماط النمو
Unilateral	أحادي
(V)	
Vertebral Curvatures	انحناء العمود الفقري
Vestibular System	الجهاز الدهليزي
Visible Disability	إعاقة مرئية
Visual Acuity	حدة البصر
Visual Field	مجال البصر
Visual Impairment	إعاقة بصرية
Visual/ Motor Integration	التكامل البصري / اليدوي
Visual System	الجهاز البصري
Vitamin Therapy	العلاج بالفيتامينات
Voice Disorders	اضطرابات الصوت

(W)

Wheelchair

كرسي عجالات

Word Blindness

عمى الكلمات

Word Recognition Errors

أخطاء تعريف الكلمات

(Z)

Zero Hearing Threshold Lvel

العتبة السمعية العنصرية

Zero Reject

الرفض الصفري

المراجع

المراجع العربية

- الحديدي، منى (2004) مقدمة في الإعاقة البصرية. دارالفكر، عمان : الأردن
- الخطيب، جمال (1998) مقدمة في الإعاقة الجسمية والصحية. دار الشروق، عمان : الأردن
- الخطيب، جمال (2004) مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر، عمان : الأردن
- الخطيب، جمال (2003) الشلل الدماغي والإعاقات الحركية، دار الفكر، عمان: الأردن.
- الروسان، فاروق الخطيب، جمال، الناطور، ميادة (2004) صعوبات التعلم. الجامعة العربية المفتوحة، الكويت
- الزيات، فتحي (1998) صعوبات التعلم: الأسس النظرية، والتشخيصية، والعلاجية، دار النشر للجامعات، القاهرة - مصر.
- السرطاوي، زيدان، عبد العزيز، الخشان، أيمن، أو جودة، وائل (2001) مدخل إلى صعوبات التعلم. أكاديمية التربية الخاصة الرياض - السعودية.
- السرو ، ناديا (1998)، مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين، دار الفكر ، عمان - الأردن

المراجع الانجليزية

- Admas, M. (1972). Social aspects of medical care for the mentally retarded. *New England Journal of Medicine*, 286, 635 - 637
- Alber, M. (2000) *Exceptional Children, An introduction to special education* Prentice - All
- Arter, C. (1999). *Children with visual impairment in mainstream settings*. David Fultom Publishers
- Bailey, D. & Simeonsson, R. (1988) *Family assessment in early intervention* Columbus, Ohio Charles E. Merrill.
- Bandura, A. (1973) *Aggression: A Social learning analysis*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice - Hall
- Barraga, N. (1976) *Visual handicaps and learning: A developmental approach*. Belmont, California: Wadworth.
- Barraga, N. & Erin, J. (2001). *Visual handicaps and learning*. Austin, Texas: PRO - ED.

- Bauer, A., & Shea, T. (1998). **Learners with emotional and behavioral disorders: An introduction**, Prentice - Hall.
- Beadle, K. (1982) Communication disorders. In E. E. Bleck & D.A and Hagel (Eds) **Physically handicapped children: A medical atlas for teachers**. (2nd Ed.) New York: Grune & Stratton.
- Beirn - Smith, M., Ittenbach, R., & Pattom, J (2001) **Mental retardation** (6th Ed.) Prentice - Hall.
- Bender, W. (2002) **Learning disabilities: Characteristics, indtification, and teaching strategies** (4th Ed.) Englewood Cliffs, NJ. Prentice - Hall.
- Berg, K & Smith M. (1983) Behavioral thresholds for tones during infancy. **Journal of Experimental child Psychology**, 35, 409 - 425
- Best. G. (1978) **Individuals with physical disabilities: An introduction** St. louis: C.V. mosby.
- Beveridge, S (1999). **Special education needs in schools** (2nd Ed.) Routledge.
- Bigge, J., Best, & Heller, K. (2000) **Teaching individuals with phsical, health, or multiple disabilities** (4th Ed.) Prentice - Hall
- Bigge, J. & irvis, B. (1982) Physical and multiple disabilities, In N.G. Haring (Ed.) **Exceptional Children and youth**. Columbus, ohio: Charles E. Merrill.
- Bishoff, R. (1979) The least restrictive educational program. **Education of the vis-uall handicapped**, 9, 82 - 85
- Blackwell, M.W. (1979) **Care of the mentally retarded**. Boston: Kittle, Brown.
- Borland, J. (1978) Teacher identification of the gifted: A new look **Journal for the Education of the Gifted**. 2 (1), 22 - 32.
- Bower, E. (1969) **Early identification of emotionally handicapped children in school** (2nd Ed.) Springfield, Illiois: Charles. C Thomas.
- Brothers, R. (1971). Aural study systems for the visually handicapped. **Educa-tion of the Visually Handicapped**, 3, 65 - 70.
- Campbell, R., Dood, B. & Burnham, D. (1998) **Hearing by eye**. Psychology publishers
- Caplan, G. (1982) **Support systems. keynote address at conference of department of**

- psychiatry Rutgers Medical School and New Jersey Mental Health Association. Newark, New Jersey.
- Cartwright, G. Cartwright, C. & Ward, M. (1995) **Educating special learners**. Belmont California: Wadsworth Publishing Company.
- Chen, D. (1999) **Essential elements in early intervention: Visual impairment and multiple disabilities**. American Foundation for the Blind.
- Civelli, E. (1983) Verbalism in young children. **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 77 (3), 61 - 63.
- Code of ethics and standards for professional practice. *Exceptional Children*, 1983, November, 205 - 509.
- Coleman, M., & Webber, J. (2002) **Emotional and behavioral disorders: Theory and practice** (4th Ed.) Allyn & Bacon.
- Courard, I. R. (1979) **The deaf school child: Language and cognitive function**. London: Harper & Wor.
- Conrad, R. & weiskrantz B. (1981) on the cognitive ability of deaf children with deaf parents. **American Annals of the Deaf**, 126, 995 - 1003.
- Crane, L. (2001) **Mental retardation: A community integration approach**. Wadsworth publishing.
- Culhane, B & Curwin, R. (1978), **There's deaf child in my classroom**. *Learning*, January, 212 - 214.
- Cutsforth, T. (1951) **The blind in school and society**. New York: American Foundation for the Blind.
- Davis, P. (2003). **Including children with visual impairment in mainstream Schools: A Practical guide**. David Fulton Publishers.
- Davis, G., & Rimm, S. (2003) **Education of the gifted and talented** (5th Ed.) Allyn & Bacon.
- Demott, R. (1982) Visual impairments. In N Haring (Ed.) **Exceptional children and youth**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Deno, E. (1970) Special education as developmental capital. **Exceptional Children**, 37, 229 - 237.

- Dickie, R. (1982) Categorical vs. noncategorical conceptions of children **Education and Treatment of Children**, 5,355 - 363.
- Drew, C, & Hardman, M. (2003) **Mental retardation: A life - cycle approach** (8th Ed.) Prentice - Hall.
- Dunlap, L. (1997) **Introduction to early childhood special education**. Pearson Education.
- Dugan, M. (1997) **Introduction to early childhood special education**. Pearson Education.
- Dugan, M (2003) **Living with hearing loss**. Gallaudet University Press.
- Easterbooks, S. (1999). Improving practices for students with hearing impairments. **Exceptional Children**, 65, 537 - 554.
- Eisenson, J. (1971) Speech defects. In W. Cruickshank (Ed.) **Psychology of exceptional children and youth**. Englewood Cliffs, N. J Prentice - Hall
- Ellis, N. (1970) Memory Processes in retardates and normals. In N. Ellis (Ed.) **International review of research in mental retardation**. New York: Academic Press.
- English, K. (2001) **Counseling Children with hearing impairments and their families**. Allyn & Bacon.
- Erin, J. & Milian, M. (1998) **Multiple dimensions of individuals with visual impairments**. American Foundation for the Blind.
- Fairbrother, P. (1985) **The special needs of the under 5's and their families**.
- Fallen, N. & Umansky, W. (1985) **Young children with special needs** (2nd ed) Cloumbus Ohio: Charles E. Merrill.
- Fishgrund, J. (1990) The Education of deaf children and youth. In M. Wang, M. Reynolds, & Walberg (Ed.) **Special education: Research and Practice**. New York: Pergamon Press.
- Faiberg, S. (1986) Parallel and divergent patterns in blind and sighted infants. **The Psychoanalytic Study of the Child**, 23, 264 300.
- Faiberg, S., Smith, M., & Adelson, E. (1969). An educational program for blind infants. **Journal of Special Education**. 3. 121-139.

- Freeman, R., Carbin C. & Boese, K. (1981) **Can' your child hear?** Baltimore, University Prok Press.
- French, R., & Jansma, P, (1982) **Special physical education.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Gallagher, J. (1985) **Teaching the gifted child,** (3rd Ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Gargiulo, R. (2002). **Special education in contemporary society: An introduction to exceptionality.** Wadsworth Publishing.
- Gargiulo, R., Kilgo. J. & Graves, S. (1999). **Young children wih special needs: An introduction to early childhood special education.** Delmar Learning.
- Gerlach, E. (1993). **Autism treatment guide.** Eugene, Oregon: Four Leaf Press.
- Gromek, I, & Scandry J. (1977) Considerations in the educational placement of the physically or otherwise health impaired child. **DPH Journal**, 3, 8 - 11.
- Grossberg, I & Cornell, D. (1988). Relationship between personality adjustment and high intelligence: Terman vs. Hollingworth. **Exceptional Children**, 55, 266 - 272.
- Grossman, H. (1973). **Manual on terminology and classification in mental reterdation** Washington D. C.: American Association on Mental Deficiency.
- Guiford, J. (1967). **The nature of human inelligence.** New York: McGaw - Hall.
- Hallahan, D. & Kauffman, J (2002). **Exeptional learning: Introduction to special education** (9th Ed.) Allyn & Bacon.
- Hammeken, P. (2000) **Inclusion: A practiced guide for all educators who teach student with disabilities.** Peytral.
- Hanley, M. Ramsey, R. Algozzine, R. (2001) **Characteristics of strategies for teaching students with mild disabilities** (4th Ed.) Boston: allyn & Bacon.
- Haring. N., (1982).**Exceptonal children and youth.** Columbus, Ohio: Charles E. merrill.
- Harley, R * Lawrence. G., Sanford, L. & Burnett, R., (2000). **Visual impairment**

- in the schools. Charles C Thomas.
- Harris, A. (1979). **The development of the deaf individual and the deaf community.** In Liben (Ed.) Deaf children. New York: Academic Press.
- Harwell, J. (2002). **Complete learning disabilities handbook.** Jossey - Bass.
- Heller, K. Alberto, P. Forney, P. & Schawatzman, M. (1995) **Understanding Physical, sensory, and health impairment: Characteristics and educational implications.** Wadsworth Publishing.
- Heward, W. (2002) **Exceptional children: An introduction to special education.** Prentice - Hall.
- Hill, J. (1998) **Meeting the needs of students with special and health care needs.** Prentice - Hall.
- Holden, - Pitt, L. & Diax J. (1998) Thirty years of annual survey of deaf and hard - of - hearing children and youth. **American Annals of the Deaf, 142 72 - 76.**
- Hiskey, M. (1966) **Hesky - Nebraska test of learning aptitude.** Lincoln, Nebraska: Union Collage Press.
- Holm, C. (1987) Testing for values with the deaf. **Journal of Rehabilitation of the Deaf, 20, 7 - 19.**
- Holbrook, M. (1995) **Children with visual impairments: A parents guide.** Woodbine House.
- Holdsworth, L. & whitmore, K. (1974). A study of children with epilepsy attending ordinary schools. **Developmental Medicine and Child Neurology, 16, 746 - 758.**
- Hunt, N. (1999). **Exceptional children and youth: An introduction to special education.** Houghton Mifflin Company.
- Hutchinson, J. (1996). **Visual impairment.** Champman & Hall
- Jocobs, J. (1971). Effectiveness of teacher and parent identification of gifted children. **Psychology in the School. 8, 140 - 142/**
- Jan, J. Freeman. R & Scott, E. (1977). **Visual impairment in children and adolescents.** New York: Grune & Stratton.
- Johns, J. & Quay, H. (1962). The effect of social reward on verbal conditioning



- in psychopathic and neurotic military offenders. **Journal of Consulting Psychology**, 26, 217 - 220.
- Johnson, D., & Johnson, R., (1986) Mainstreaming and cooperative learning strategies. **Exceptional Children**, 52, 552 - 561.
- Keogh, B. (1990). Narrowing the gap between policy and practice. **Exceptional Children**, 57, 186 - 190.
- kirk, S & Gallagher, J. (1989) **Educating exceptional children** (6th Ed.) Boston: Houghton Mifflin.
- Kitano, M. (1982) Young gifted children. **Young Children**, 38, 14 - 24.
- klein, N., Pasch, M. & frew, T. (1979) **Curriculum analysis and design for retarded learners**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Knapp, P. (1965). Emotional aspects of hearing loss. **Psychosomatic Medicine**, 10, 203 - 210.
- Kricos, P. (1987) Psychological aspects of hearing loss in children. In J. Alpin-er and P. Mc. Cathy (Eds.) **Rehabilitative audiology**. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lane, H. (1988). Is there a psychology of deafness? **Exceptional children**, 55, 7 - 190.
- Levine, E. (1960) **The Psychology of deafness** . New York: Columbia University. Press.
- Lewis, R. & Doorlage, & (2002). **Teaching special student in general education classrooms** (6th Ed.) NJ: Prentice - Haal.
- Lloyd, L. (1973). **Mental retardation and hearing impairment**. In A. Norris (Ed.) **Deafness Annual** (Vol 3.) Washington C.C.
- Lovaas, I. (1977). **The Autistic child**. New York: Irvington.
- Lowenfeld, B. (1973) **The visually handicapped child in school**. New York: John Day.
- Lucito, L. (1963). Gifted children, In L. Dunn (Ed.) **Exceptional children in the schools**. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Lucito, L. (1974) The creative. In R. Martinson (ed.) **Indentification of the gifted**

- and talented. Ventura, California: Office of the Ventura. County Superintendants of schools.
- Lue, M. (2000). **A survey of communication disorders for the classroom teacher** Allyn & Bacon.
- 0 Lyon, H. (1981) Our most neglected natural resource. **Educating Exceptional children** - Annual Editions, 219 - 222.
- Macmillan, D. (1977). **Mental retardation in school and society**. Boston: Little, Brawn.
- Maltby, M. & Knight, P. (2000). **Audiology: An introduction to teachers and other professionals**. David Fulton Publisher.
- Marland, S. (1972). **Education of the gifted talented**. Washington D. C.: Government Printing Office.
- Marschark, M. (1998) **Raising and educating a deaf child**. Oxford University Press.
- Marschark, M. (2001). **Educating deaf students: From research to Practice**. Oxford University Press.
- Martin, E. (1974) Some thoughts on mainstreaming. **Exceptional children**, 41, 150 - 153.
- Martin, G. & Hobben, M. (1977). **Supporting visually impaired students in school**. New York: John Day Company.
- Martini, A. Stephens, D., & Reed, A. (1996). **Genetics and hearing impairment**. Whurr Publishers.
- Matsuda, M. (1984) A comparative analysis of blind and sighted children's communication skills. **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 78 (91), 1 - 4.
- McDonald, E. (1985). Medical needs of severely developmentally disabled persons residing in the community. **American Journal of Mental Deficiency**. 90 171 - 176.
- McLaughlin, J. & Edge, D. (1978). Perspective on parental involvement in the diagnosis and treatment of learning disabled children. **Journal of Learning Disabilities**, 11 (5) , 291 - 296.
- McLaughlin, J. & Levis, R. (1981) **Assessing Special Students**. Columbus, Ohio:

- Charles E. Merrill.
- McLinden, M McCall, S. & McCall, S. (2002). **Learning through touch: Supporting children with visual impairments and additional difficulties.** David Fulton Publishers.
- Meadow, K. (1980) **Deafness and child development.** Berkeley: University of California Press.
- Meadow - Orlans, K. (1985) Social and psychological effects of hearing loss in adulthood In H. orlans (Ed.) **Adjustment to hearing loss.** London: Tolyor & Francis.
- Mercer, J. (1973) **Labelling the mentally retarded.** Berkely: University of California Press.
- Mercer, C. & Mercer, A. (2000). **Teaching students with learning problems** (6th Ed.) Englewood Cliffs, NJ: prentice - Hall.
- Mittler, P. (1992). (International of excellence for children with disabilities. **International Journal of Disability, Development and Education**, 39, 115 - 126.
- Mollick, L. & Etra, K. (1982). Poor learning ability or poor hearing? In **educating Exceptional Children - Annual Editions.** Guilford, Conn: Dushkin Publishing Company.
- Moores, D. (1996). **Educating the deaf.** (3rd Ed.) Boston: Houghton Mifflin.
- Nelson, R. & Crocker, A. (1978) The medical care of mentally retarded Persons in public residential facilities. **New England Journal of Medicine**, 299, 1039 - 1044.
- Newland, T. (1986) Children with auditory and visual impairment. In R. Brown & C. Reynolds (Eds.) **Psychological perspectives on childhood.** New York: Hohn Wiley & sons.
- Nichols, R. (1965). The national merit twin study. In S. Vanderberg (Ed.) **Methods and goals in human behavior genetics.** New York: Academic Press.
- Olson, J. & Platt, J. (1999). **Teaching children and adolescents with special needs** (3rd Ed.) Prentice - Hall.
- O'Sail, B. (2001). **Elementary concepts for students with visual impairments: De-**

- scription and use. Texas School for the Blind.
- Owens, R. (2003) **Language disorders: A functional approach to assessment and intervention** (4th Ed.) , Allyn & Bacon.
- Owens, R. Metz, D. & Hass, A. (2002). **Introduction to communication disorders: A Life - Span perspective** (2nd Ed.) Allyn & Bacon.
- pappas, D. (1998) **Diagnosis and treatment of learning impairment in children**. Singular Publishing.
- Patton, J. & Payne, J. (1982). Mild mental retardation. In N. Haring (Ed.) **Exceptional children and youth**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Paul, P., Jackson, D. (1993). **Toward a psychology of deafness: Theoretical and empirical perspectives**. Boston: Allyn & Bacon.
- Paul, R. et al. (2002). **Introduction to clinical methods in communication disorders**. Paul H. Brookes.
- Plowman, P. & Rice, J. (1971) **Some general characteristics of gifted children**. In education of mentally gifted minors. Sacramento: California State Department of Education.
- Powell, S. (2000). **Helping children with autism to learn**. David Fulton Publishers.
- Quay, H. (1968). The facts of educational exceptionalites **Exceptional Children**, 53, 25 - 31.
- Quay, H. (1975). Classification in the treatment of delinquency and antisocial behavior. In Hobbs (d.) **Issues in the classification of children** (Vol.i). San Francisco: Jossey - Bass.
- Quigly, S. & Kretsch. (1982). **The education of deaf children**. Baltimore, Maryland: University Park Press.
- Redell, W. Jackson, N. & Robinson, H. (1980) **Gifted young children**. New York: Teachers Collage Press.
- Renzulle, J. (1978). What makes giftedness? Reexamining a definition. **Phi Delta kappan**, 60, 180 - 184.
- Renzulli, J. (2002). Emerging conceptions of giftedness: Building a bridge to the new century. **Exceptionality**, 10 (2), 67 - 75.

- Roffey, S. (1999). **Special needs in the early years**. David Fulton Publishers.
- Rogers, k. (2002) **Reforming gifted education**. Great Potential.
- Rose, R., Grosvenor, I, & Grosvenor, L. (2001). **Doing research in special education: Ideas into practice**. David Fulton Publishers.
- Rossetti, L., & kile, J. (1998). **Early intervention for special populations of infants and toddlers**. Singular Publishing.
- Rousseau, M. & Poulson, C. (1989). Motivational problem or learning problem? **Teaching Exceptional Children**, 21, 18 - 19.
- Sacks, S., & Silberman, R. (1998) **Educating students who have visual impairments with other disabilities**. Paul H. Brookes.
- Safford, P. (1989). **Integrated teaching in early childhood**. New York: Longman.
- Sands, D., French, N & kozleske, E. (2000). **Inclusive education for the 21st century: A new introduction to special education**. Wadsworth Publishing.
- Sarason, S. & Doris, J. (1969) **Educational handicap, Public policy and social history**. New York: Free Press.
- Saulle, M. (1995) Legislation issues. **Prospects**, 25, 181 - 188.
- Scholl, J. (1986) **Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth**. New York: American Foundation for the Blind. Beago.
- M. & Sato, I (1976). Some learning characteristics of gifted children. In **The identification of the gifted and talented**. Reston, Virginia: CEC.
- Shames, G., & Anderson, N. (2003). **Human communication disorders: An introduction**. Allyn & Bacon.
- Shea, T. & Bauer, A. (1996). **An introduction to special education. A social systems perspective**. McGraw - Hill.
- Shonkiff, J., & Meisels, S. (2000). **Handbook of early childhood intervention** Cambridge University Press.
- Singleton, P. (1992) We can: Empowerment of people who are deaf. **OSERS**, 5 (2), 12 - 15.
- Sirvis, B. (1978) The physically disabled. In E. Meyen (Ed.) **Exceptional children and youth** Denver, Colorado: Love Publishing Company.

- Sitlington, p., Clark, G, & Kolstoe, O. (1999). **Transition education and Services for adolescent with disabilities** (3ed Ed.). Allyn & Bacon.
- Smith, C. (1985) Learning disabilities: Past and Present. **Journal of Learning Disabilities**, 18, 513 - 517.
- Smith, D. (2003). **Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity** (5th Ed.) Allyn & Bacon.
- Sridhar, D., & Vanghn, S. (2000). Bibliotherapy for all. **Teaching Exceptional Children**, 33,74 - 82.
- Stephens, W. (1972) Equivalence formation by retarded and nonretarded children at different mantal ages. **American Journal of Mental Deficiency**, 77, 311 - 313.
- Stephens, T. (1977) **Teaching skills to children with learning and behavior disorders**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Stephens, T., Blackhurst, E. & Magliocca, L. (1982). **Teaching mainstreamed students**. New York: Hohn Wiley and Sons.
- Sternberg, R. (1984). How to teach intelligence? **Educational Leadership**, 15 (11), 36 - 48.
- Strain, P., Cooke, T. & Apollini, T. (1976). **Teaching exceptional children**. New York: Academic Press.
- Subtnik, R. (2003). A developmental view giftedness: From being to doing. **Roeper Review**, 26 (1), 14 - 16.
- Swallow, R. & Conner, A. (1982). Aural reading. In S. Mangold (Ed.) **A teacher's guide to the special educational needs of blind and visually handicapped children**. New York: American Foundation for the Blind.
- Taylor, R. (1967). Questioning and creating. **Journal of Creative Behavior**, I, 22 - 33.
- Taylor, R. (2002). **Assessment of exceptional students** (6th Ed.) Allyn & Bacon.
- Taylor, R. & Marholin, D. (1980) A Functional approach to the assessment of learning disabilities. **Education and Treatment of Children**, 3, 271 - 278.
- Test, D., Browder, D., Karvonen, M, Wood, W., & Algozzine, B. (2002). Writing lesson plans for promoting self - determination. **Teaching Exceptional Chil-**

- dren, 35 (1), 8 - 14.
- Torrance, E. (1969) Creative positives of disadvantaged children any youth. **Gifted child Quarterly**, 13, 71 - 81.
- Traver, S. & Hallahan, D. (1976). **Children with learning disabilities**. In J kauffman & D. hallahan (Eds.) **Teaching children with learning disabilities**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Trybus, R. & karchmer, M. (1977). School achievement scores of hearing impaired children. **American Annals of the Deaf** 122, 62 - 69.
- Turkington, C. & Harriss, J. (2003) **Understanding learning disabilities**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Turnbull, R., Turnbull, A., Shank, M. Smith, S., & Leal, D. (2001). **Exceptional lives: Special education in today's schools**. NJ: Prentice - Hall.
- Vacc, N. (1979). Coping with the behaviorally disturbed child in the classroom, **pointer**, 23 - 27.
- Vacc, N. & Kerst, N. (1977). Emotionally disturbed children and regular classroom teachers. **Elementary School Journal**, 77, 309 - 317.
- Van Riper, C. (1978) **Speech correction: Principles and methods**. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice - Hall.
- Vernon, M. (1976). **Psychological evaluation of hearing impaired children**. In L Lloyd (Ed.) **Communication**. Baltimore: University Park Press.
- Waldron, K (1990) **Introduction to special education: The inclusive classroom**. Wadsworth publishing.
- Walker, H. & Holland, F. (1979) Issues, strategies, and perspectives in the management of disruptive child behavior in the classroom. **Journal of Education**, 161 (2), 25 - 50.
- Ward, (v.) (1975) Basic concepts. In W. Barbe & J. Renzulli (Eds.) **Psychology and education of the gifted**. New York: Irvington.
- Warren, D., (1984). **Blindness and early childhood development**. New York: American Foundation for the Blind.
- Webster, A., & Roe, J. (1998), **Children with visual impairments: Social interaction**,

- language, and learning, Routledge.
- Wehmeyer, M. et al. (2001). **Teaching students with mental retardation: Providing access to the general curriculum.** Paul H. Brookes.
- Whitman, T., Scibok, J. & Reid, D. (1983) **Behavior modification with severely and profoundly retarded.** New York: Academic Press.
- Whitmore, J. (1980). Gifted children with handicapping conditions. **Exceptional Children**, 48, 106 - 114.
- Wiig, E. (1982). Communication disorders. In Haring (Ed.) **Exceptional children and youth** . Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Willings, D. (1981). **The gifted at work.** Paper presented at the fourth world conference on Gifted and Talented children. Motreal.
- Winebrenner, S., Espeland, P. & Rimm, S. (2000). **Teaching gifted kids in regular classrooms.** Free Spirit Publishing.
- Wolf, J. & Stephens, T. (1982). Gifted and talented. In N. Haring (Ed.) **Exceptional children and youth.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Wong, B. (1998). **Learning about learning disabilities.** New York: Academic Press.
- Wood, J. (2001). **Adapting instruction to accommodate students in inclusive settings** (4th Ed.) Prentice - Hall.
- Wright, B. (1982) **Physical disability: A psychological approach** (2nd Ed.) New York: Harper & Row.
- Ysseldke, J. & Algozzine, B. (1990) **Introduction to special education.** Boston: Houghton Mifflin.

الهدخل إلى
التربية الخاصة



ISBN 9957-07-615-9



9 789957 076153

دار الفكر
ناشرون وموزعون



www.daralfiker.com