



كلية الخدمة الاجتماعية



وحدة ضمان الجودة والتخطيط الاستراتيجي



جامعة الفيوم

قسم مجالات الخدمة الاجتماعية

# الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة

القائم بتدريس المقرر

أ.م.د / صباح حسن علي أحمد

٢٠٢٤/٢٠٢٥ م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرْجٌ وَلَا عَلَى  
الْأَعْرَجِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ  
حَرْجٌ وَمَنْ يُطِيعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلْهُ  
جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ  
وَمَنْ يَتَوَلَّ يُعَذِّبْهُ عَذَابًا أَلِيمًا)  
{صدق الله العظيم}

[سورة الفتح: آية ١٧]

## الخطة الزمنية الدراسية لمقرر ( مدخل الرعاية الاجتماعية )

بالفصل الدراسي الاول - العام الجامعي ٢٠٢٤/٢٠٢٥ م

م	الاسبوع	خلال الفترة		رقم المحاضرة	محتوي المحاضرة
		من	إلى		
١	الاولي	٢٠٢٤ /٩/٢٨	٢٠٢٤/١٠/٣	المحاضرة الاولى	المفاهيم الأساسية في مجال رعاية ذوي الإعاقة
٢	الثانية	٢٠٢٤ /١٠/٥	٢٠٢٤/١٠/١٠	المحاضرة الثانية	فئة المتفوقين والموهوبين
٣	الثالثة	٢٠٢٤ /١٠/١٢	٢٠٢٤/١٠/١٧	المحاضرة الثالثة	فئة المعاقين ذهنياً
٤	الرابعة	٢٠٢٤/١٠/١٩	٢٠٢٤/١٠/٢٤	المحاضرة الرابعة	رعاية فئة المعاقين سمعياً
٥	الخامسة	٢٠٢٤ /١٠/٢٦	٢٠٢٤/١٠/٣١	المحاضرة الخامسة	فئة المعاقين بصرياً
٦	السادسة	٢٠٢٤/١١/٢	٢٠٢٤/١١/٧	المحاضرة السادسة	فئة الإعاقات المتعلقة بالنمو Autism إعاقة التوحد
٧	السابعة	٢٠٢٤/١١/٩	٢٠٢٤/١١/١٤	المحاضرة السابعة	فئة الإعاقات المتعلقة بالنمو Autism إعاقة التوحد
٨	الثامنة	٢٠٢٤ /١١/١٦	٢٠٢٤/١١/٢١	المحاضرة الثامنة	مهارات تأهيل وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة
٩	التاسعة	٢٠٢٤/١١/٢٣	٢٠٢٤/١١/٢٨	المحاضرة التاسعة	مهارات تأهيل وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة
١٠	العاشرة	٢٠٢٤/١١/٣٠	٢٠٢٤/١٢/٥	المحاضرة العاشرة	امتحان الميد ترم
١١	الحادي عشر	٢٠٢٤/١٢/٧	٢٠٢٤/١٢/١٢	المحاضرة الحادي عشر	دمج ذوي الإعاقة
١٢	الثانية عشر	٢٠٢٤/١٢/١٤	٢٠٢٤/١٢/١٩	المحاضرة الثانية عشر	دمج ذوي الإعاقة
١٣	الثالثة عشر	٢٠٢٤/١٢/٢١	٢٠٢٤/١٢/٢٦	المحاضرة الثالثة عشر	الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة
١٤	الرابعة عشر	٢٠٢٤/١٢/٢٨	٢٠٢٥/١/٢	المحاضرة الرابعة عشر	الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة
بدء امتحانات الفصل الدراسي الاول ٢٠٢٤ /٢٠٢٥ اعتباراً من السبت ٢٠٢٥/١/٤					
حتى الخميس ٢٠٢٥/١/٢٣ م					
اجازو نصف العام ابتداءً من السبت ٢٠٢٥/١/٢٥ حتى الخميس ٢٠٢٥/٢/٦					

## مقدمة:

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

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

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

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

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

وإننا لندرجو أن نكون قد سطرنا شيئاً يفيد منه الطلاب والمهتمين بذوي الإعاقة والمعلمون والآباء والأمهات ممن امتحنهم الله سبحانه وتعالى بإصابة أحد أطفالهم بنوع من الإعاقات، داعين الله حسن التوفيق بهذا العمل العلمي المتواضع فإن أصبنا فله الحمد والمنه وإن أخطأنا فعذرنا أننا حاولنا فالكمال لله وحده سبحانه وتعالى.

والله تبارك وتعالى نسأل أن يُعلمنا ما ينفعنا

وينفعنا بما علمنا والله ولي التوفيق ،،،،،،

**المؤلفون**

الفصل الأول  
المفاهيم الأساسية في  
مجال رعاية ذوي  
الإعاقة

## عناصر الفصل الأول

مقدمة

أولاً : تعريف الفئات الخاصة

ثانياً مفهوم الإعاقة

ثالثاً مفهوم المعوق

رابعاً: مفهوم الاصابة

خامساً: مفهوم العجز

سادساً : مفهوم الإعاقة البصرية

سابعاً :مفهوم الاعاقة السمعية

ثامناً: مفهوم الاعاقة الذهنية

تاسعاً: مفهوم الإعاقة البدنية

عاشراً: مفهوم خدمات رعاية المعوقين

حادي عشر : مفهوم تأهيل المعاقين

ثاني عشر : مفهوم التكيف

ثالث عشر : مفهوم الخدمة الاجتماعية للفئات الخاصة

## مقدمة :

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

### أولاً : تعريف الفئات الخاصة:

#### التعريف الأول:

تعرف الفئات الخاصة بأنهم "الأفراد الذين يختلفون عن يطلق عليهم لفظ عادي أو سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو النفسية أو المزاجية إلى درجة تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى تصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه.

\* و يلاحظ أن هذا المفهوم يركز على الفئات الخاصة غير السوية فقط والتي تعاني من قصورا في الناحية الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو النفسية وأنهم يحتاجون إلى عملية تأهيل .

#### التعريف الثاني:

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

\* ويلاحظ أن هذا المفهوم أنه يشير إلى النواحي السوية نجد العباقرة أو الموهوبين وأصحاب القدرات الخاصة وفي النواحي المرضية نجد كافة ألوان النقص أو المرض أو الاضطراب الجنسي أو العقلي أو النفسي أو الخلفي الذي يعوق نمو الشخصية وتقدمها وكافة مجالات النشاط الإنساني.

### #- بعض تصنيفات الفئات الخاصة:

إزاء المفاهيم السابقة للفئات الخاصة ظهرت تصنيفات لها نذكر منها:

**التصنيف الأول :** أصحاب عجز ظاهر وغير ظاهر:

(أ) ويعني بالعجز الظاهر أصحاب العاهات البدنية أو الجسمية كالمكفوفين والمقعدين والصم ومبتوري الأطراف والمتخلفين عقليا والمرضى العقليين.

(ب) أما العجز غير الظاهر فهم أصحاب مرضى القلب والفشل كلوي ..... .

**التصنيف الثاني :** فئات خاصة سوية وأخرى غير سوية:

(أ) الفئات الخاصة غير السوية وتنقسم إلى:



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

-أصحاب عجز خلقي :ويتمثلون في فئة المنحرفين كبار وهم ....  
 (ب) الفئات الخاصة السوية : وتشمل العباقرة والموهوبون حيث أنهم يحتاجون كذلك إلى لون من ألوان الرعاية والعناية الخاصة.  
 التصنيف الثالث :تبعاً للمجالات التي تستخدم فيها العلاج:  
 وتنقسم إلى:

(أ)الإصابات بجميع أنواعها وهي:

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

(ب) فقد البصر أو ضعفه والسمع والنطق.

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

**التصنيف الرابع:** ويشمل:

- (1) فئات تعاني من نقص أو اضطراب أو مرض جسمي وتتضمن:  
 (أ) كل ما يعوزه قدرة جسمية لأي سبب من الأسباب و يندرج تحت هذا فئات ذوي العاهات الجسمية و المشوهين و المسنين.

(ب) كل ما يعوزه من قدرة حسية خاصة و تشمل الصم و البكم و المكفوفين.

(٢) فئات تعاني من نقص أو اضطراب عقلي وانفعالي وتشمل:

- المرضى عقلياً ونفسياً.

(٣) فئات تعاني من نقص أو اضطراب خلقي :

- وتشمل مدمني المخدرات والخمور وحالات الاضطرابات الجنسية في صورها المختلفة والمجرمين والأحداث المنحرفين والمشردين.

\* وهذا يعني أنه يمكن تصنيف الفئات الخاصة إلى:

(١) فئات خاصة (لا سوية إيجابية):

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

## (٢) فئات خاصة (لا سوية سلبية):

وتنقسم تبعاً لمكونات الشخصية الإنسانية إلى:

\* من الناحية الجسمية:

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

من ناحية الحركية: و قد تكون الإعاقة ظاهرة مثل البتر والشلل وقد تكون الإعاقة غير ظاهره مثل مرضى القلب والسرطان.

من ناحية الجسمية: ومن أمثلتها الصم والبكم والمكفوفين.

\* من الناحية النفسية

و من أمثلتها المرضى النفسيين مثل الاكتئاب النفسي.

## ١- أسباب الاهتمام بذوي الإعاقة :

### (أ) الاتجاه الإنساني :

لا ينكر التاريخ الأحداث السلبية المتعددة التي مرت بذوي الاحتياجات الخاصة وعانوا من أهوالها ، وفي وقت كان الناس ينظرون إليهم علي أنهم فآل شؤم ومصدر للنكبات ، ورمز للآثام التي ارتكابها والديهما مما أدي إلي رفضهم وتشريدهم من قبل المجتمع وتعريضهم للمهالك في كثير من الأحيان وقد أدي ذلك إلي زيادة الاهتمام بهم ، إلا أن الأمر يتطلب تكاتف المجتمع بكل أفرادة ومؤسساته وأجهزته من أجل مساعدتهم وتوفير كل أساليب العلاج النفسي والعضوي والتربوي لتخفيف الآثار النفسية والاجتماعية التي يواجهونها ، فذوي الاحتياجات الخاصة لهم نفس حقوق العاديين من منطلق إنساني حيث أن ما يعانونه من قصور في قدراتهم العقلية قد منعهم من إنجاز ما عليهم من واجبات .

### (ب) الاتجاه الاجتماعي :

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

**المحور الأول:** تولد الشعور بالذنب لدي الوالدين حيث يلقون علي أنفسهم المسؤولية كاملة لإنجاب هذا الطفل .

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

#### (ج) اتجاه تكافؤ الفرص ومراعاة مبدأ الديمقراطية :

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

#### (د) اتجاه التنمية البشرية :

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

#### (هـ) اتجاه حماية المجتمع من انتشار الأمراض الاجتماعية :

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

#### (و) اتجاه الدراسات والبحوث والقياس النفسي :

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

**#- فلسفة ذوي الاحتياجات الخاصة :**

تقوم فلسفة ذوي الاحتياجات الخاصة علي تعيين الخطوات التي يمكن عن طريقها تحقيق رسالة التربية الخاصة في الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ، وهي تمكنهم من الحياة العملية بقدر ما يمكن تتميته من قدراتهم للحصول علي مكانة طبيعية في المجتمع وذلك بالنظر إلي ما يلي :

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

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

(ت) تقوية الشعور بالتضامن الاجتماعي ومسئولية الوطن عن كل أفراده ، وذلك بحذف عبارات التعبير والانتقاص من ألفاظ اللغة وخاصة من الصغار ، ومعاقبة الذين يتعمدون الإساءة إلي اخوانهم وذوي الاحتياجات الخاصة.

وبناءً علي ذلك، فإن فلسفة ذوي الإعاقة تتضمن أسلوبًا خاصًا مشتتملاً علي الطريقة الفردية التي يتم بها تدريب كل فرد علي حسب نوع احتياجه الخاص مقترنًا بتكنولوجيا هذا العصر ، حتي يتواءم مع التقدم المذهل الذي فرض نفسه علي ساحة الألفية الثالثة .

#### ١- مجالات ذوي الإعاقة :

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

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

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

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

كما تشمل مجالات ذوي الإعاقة الفئات التالية :

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

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

**#- أهم أهداف رعاية ذوي الإعاقة فيما يلي :**

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

٢- تصميم خطة تربوية فردية لكل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة تتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم .

٣- تخفيف الضغوط النفسية ( الفلق - الاكتئاب - الاحباط - السلبية - الانسحاب -...الخ) الناجمة عن حدة الإعاقة أو عدم تكيف الموهوب أو المتفوق مع وضعه الراهن .

٤- مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة علي الاستقلالية والتوكيدية والاعتماد علي النفس والثقة بالنفس " الكفاءة الشخصية" .

٥- الوصول بذوي الاحتياجات الخاصة إلي الكفاءة الاجتماعية ، والتوافق النفسي والاجتماعي .

٦- التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة الذين لم تمكنهم قدراتهم واستعداداتهم علي تواصل الأداء الأكاديمي من خلال تدريبهم علي بعض المهن التي تتلاءم مع احتياجاتهم الخاصة .

٧- التدخل المبكر للكشف عن نوعية البرامج العلاجية التي تحتاجها كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ، ومساعدة أباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال البرامج الإرشادية.

٨- استخدام التكنولوجيا لذوي الاحتياجات الخاصة لمسايرة روح هذا العصر، وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة علي أحدث التقنيات التكنولوجية الحديثة.

### ثانياً: مفهوم الإعاقة:

إن تحديد معني الإعاقة في مجتمع من المجتمعات يتوقف علي عاملين هما: معلوماتنا عن الإعاقة ، ووجهة نظر واتجاهات المجتمع نحو الإعاقة، وهما عاملان يتأثران ببعضهما ولا يمكن تناول أحدهما بمعزل عن الآخر، وتتأثر المعلومات التي نجمعها عن الإعاقة وكيفية فهمها واستخدامها بالضغوط السياسية والاجتماعية التي يعاني منها المجتمع علي حد كبير .

إلا أنه قد يوجد ما يشبه الاتفاق بين العلماء علي أن هناك عوامل رئيسة أدي تواجدها وتوافرها إلي تغيير نظرة المجتمعات عن معني الإعاقة ومفهومها وفلسفة رعاية المعوقين ، **تتمثل هذه العوامل في :**

١- الاتجاه المتطور السريع نحو التصنيع وزيادة التحضر وما واكب ذلك من تغيير طبيعة العمل من الريف إلي الحضر إلي المجتمع الصناعي .

٢- تطور التعليم وانتشار الوعي .

٣- ثورة الطب واكتشافاته المتواليه لأمراض تعوق صاحبها لم تكن معروفة من قبل كل هذه العوامل ساعدت علي تغيير مفهوم المجتمعات عن الإعاقة ، حتي أصبحت مجتمعات القرن الحالي تعاني من ارتفاع نسبة الإعاقة بها - وفقاً لمفهومات المعاصرة - وخصوصاً بين الأطفال أكثر من ذي قبل ، كذلك ساعدت زيادة التحضر - بصفة خاصة علي انتشار المرض نتيجة

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

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

فالبعض يعرفها : " بأنها الحالة التي تمنع الفرد من القيام بوظائفه الطبيعية كلياً أو جزئياً .  
بينما يري البعض الآخر أنها " نقص القدرة الجسمية أو العقلية أو العاطفية التي تحد من قدرة الفرد علي المساهمة في أدائه اليومي ، ويرتبط مفهوم الإعاقة بالكثير من المفاهيم الخري التي تتداخل معه ، ومن أهم تلك المفاهيم كما أوضحته منظمة الصحة العالمية كما يلي:

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

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

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

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

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

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

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

ثالثاً: مفهوم المعاق (ذو الإعاقة) :

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

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

**أما مصطلح "معاق":** فيشير إلي عدم قدرة الفرد علي القيام بعمل ما نتيجة لقصور معين يعاني منه ، بحيث إذا ما أمكن تهيئة ظروف معينة أمامه أو إجراء تعديلات معينة في البيئة ، عندئذ يصبح في وسعه أداء هذا العمل - فضلاً عن أن هناك العديد من المهام و الأعمال الأخرى - التي يمكن أن يؤديها الفرد المعوق كغيره من الأفراد العاديين ، كما أن مصطلح معوق يعتبر مصطلحاً نسبياً حيث أن الإصابات لا تسبب مشكلة كبيرة إلا إذا وجد عائقاً كبيراً أمامه ، فالمعاق حركياً الذي يستخدم كرسي بعجلات - علي سبيل المثال قد لا يعتبر معوقاً إلا إذا كان عليه أن يصعد سلماً يضم العديد من الدرجات كي يصل إلي الفصل الدراسي .

\*- المعاق يشير علي من تعوقه قدراته الخاصة علي النمو السوي إلا بمساعدة خاصة ، وهو لفظياً مشتق من الإعاقة أي التأخير أو التعويق ، وللمعوق تعريفات متعددة ، وقد تختلف في الصياغة والشكل ولكنها تتفق في الجوهر والمضمون .

**يعرف المعاق بأنه** كل فرد نقصت إمكانياته للحصول علي عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية.

**كما يعرف علي أنه** " الفرد الذي يتطلب تعديلاً في الممارسات التحصيلية أو الخدمات التربوية الخاصة ، للوصول به إلي أقصى سعه ممكنة و تأتي الصعوبة نتاجاً لمشكلات اجتماعية أو طبيعية أو أكاديمية بصورة فعالة عند مقارنته بأقرانه العاديين .

**ويعني مصطلح ( معاق )** " كل شخص عاجز كلياً أو جزئياً ، عن ضمان حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية ، نتيجة نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمية أو العقلية .

**كما يطلق عليه بأنه** " الفرد الذي يعاني من قصور واضح في خاصية حسية أو حركية أو جسمية بوجه عام أو عقلية أو أجزاء الحركة أو مرض مزمن أو إعاقة عقلية أو نفسية لا يمكنه من الاستفادة الكاملة بكل برامج التربية التي تقدم للعاديين ويحتاج إلي رعاية خاصة .

**رابعاً: مفهوم الإصابة:**



لقد تعددت وجهات النظر في تحديد مفهوم الإصابة فيها:

**التعريف الأول :** هي كل ما يحدث للشخص و ينجم عنه ضرر يقعد الشخص عن أداء عمله.  
**التعريف الثاني :** هي النتيجة الحتمية لحادث يترتب عليه إيذاء عضوي يعوق قدرة الفرد الإنتاجية مع ما تخلفه من مشكلات اجتماعية تعود بالضرر على الفرد وأسرته من جهة و على عمله من جهة أخرى.

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

**خامساً: مفهوم العجز:-**

من أهم التعاريف التي تناولت مفهوم العجز :

**التعريف الأول :** حالة من الضرر أو التعطيل البدني أو العقلي ذات صورة موضوعية يمكن عادة وصفها و تشخيصها بمعرفة طبيب، و هي بالضرورة شيء طبي.  
و العجز هو كل شخص ليس أمامه فرص للحصول على عمل مناسب و الاحتفاظ به سوى فرص محدودة نتيجة لنقص في قدراته الجسمانية أو العقلية.

**التعريف الثاني :**

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

**و من التعريفات السابقة يتضح ما يلي :**

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

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

**يتضمن العجز ثلاث عناصر هي :**

- انحراف في الوضع الجسمي أو في الأداء الوظيفي.
- يترتب على الانحراف نوع من عدم الملاءمة الوظيفية.
- يكون ذلك في إطار بعض المتطلبات البيئية.

## سادساً : مفهوم الإعاقة البصرية

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

كما أن الإبصار عملية تتضمن رؤية الأشياء بالعينين والقدرة على إدراكها وتفسيرها .  
والجزء الأول من العملية وهو القدرة على الإبصار بالعينين يسمى حدة الإبصار ، والذي يمكن قياسه بدقة عن طريق قياس البصر باختبار العين ، حيث تكون حدة الإبصار نتيجة للرؤية العادية .

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

ومن أكثر التعريفات شيوعاً ما ينص على أن "الشخص يعد أعمى" إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن (٢٠/٢٠) قدماً أي ( ٦٠/٦ ) متراً في أقوى العينين وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارة الطبية أو العدسات اللاصقة.

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

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

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

**العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والإصابة بكف البصر :**

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

١- **العوامل الوراثية** هناك أمراض تنتشا بسبب العوامل الوراثية في مرحلة ما قبل الميلاي إلى مشكلات الوراثة الولادية قبل ضمور الشبكية ، وأخطاء الإبصار مثل قصور النظر وطول النظر وعمى الألوان ، كما أن هناك عوامل جنسية ينتقل من أحد الأبوين أو الاثنين معا تؤدي إلى حدوث كف البصر

٢- **العوامل المرضية**: أن هناك أمراضا متعددة المصدر منها :

١- **المياه البيضاء** : حيث تصبح فيها العدسة غير شفافة ومعتمه ما يمنع دخول الضوء إلى العين وتكون بسبب تقدم العمر أو أشعة الشمس الحارة .

٢- **رأرة العين** : هي حركة اهتزازية لإرادية في إحدى العينين أو كليتهما ويجب معالجة الطفل قبل بلوغه عمر التاسعة .

٣- **أمراض الشبكية**: هي الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب الشبكية ومنها قصور الأنسجة وهي عدم نمو الأجزاء المركزية المحيطة بالشبكية .

٤- **المياه الزرقاء** : وهو ارتفاع ضغط العين الداخلي مما يسبب كبر حجم العين وتسمى هذه الحالة باستسقاء مقلة العين .

٥- **العوامل الخلقية**: إصابة الأم بالأمراض : فيمكن أن تصاب الأم في الأشهر الثلاث الأولى بالحصبة الألمانية التي تؤثر على المراكز المخية الخاصة بحاسة البصر عند الطفل.

#### #- تصنيفات الإعاقة البصرية :-

تشير تقسيمات المكفوفين وفقا للأغراض التعليمية والاجتماعية إلى أربعة فئات هي :

١- المكفوفين كلية وهؤلاء الذين ولدوا عميانا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة .

٢- المكفوفين كلية الذين أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة .

٣- المكفوفين جزئيا الذين ولدوا بإصابتهم أو أصيبوا بها قبل سن الخامسة .

٤- المكفوفين جزئيا الذين أصيبوا بعجزهم بعد سن الخامسة .

٥- والسبب في اختيار سن الخامسة أنه يقوم على افتراض أن من يفقد إبصاره -جزئيا أو كليا -قبل سن الخامسة لا يمكنه الاحتفاظ في كبره بالصور البصرية السابقة على فقده الإبصار.

كما تعددت تصنيفات الإعاقة البصرية بتعدد الاتجاهات التي تتناولها ويمكن سردها على التالي :

١- **كف البصر**: ويحتوى على من هم فاقد الإدراك الحسي البصري ولديهم قصور قوى وتكون قدرتهم على الإبصار تعادل ١٠٠/٣ ما تستطيع العين الطبيعية إبصاره ٢٠٠ مره .

٢- **كف البصر الجزئي** : ويحتوى على من هم قادرين على الإبصار ولو بدرجة ضعيفة جداً وتعادل نسبتها من ١٠٠/٥ : ١٠٠/١٠ مما تستطيع العين الطبيعية إبصاره ٢٠٠ مرة.  
سابعاً: مفهوم الإعاقة السمعية:

يشمل مصطلح المعاقين سمعياً فئات الصم و ضعاف السمع و تعتبر أولى المشكلات التي تواجه من يتعرض للعمل مع المعوقين سمعياً صعوبة التعريف لمصطلحي ( الإعاقة السمعية و ضعيف السمع فأحياناً ما ينظر إلى المصطلحين كمفهوم واحد و أحياناً أخرى كمفهومين مختلفين لكل منهما دلالة، كما ينظر إليهما كبعض تصنيفات الإعاقة السمعية و تختلف النظرة إلى المصطلحين باختلاف الثقافات و التخصصات التي نتعرض لها.  
يعرف الصم و البكم من الناحية الطبية بأنهم " هؤلاء الذين حُرِموا حاسة السمع منذ ولادتهم أو الذين فقدوا السمعية قبل تعلم الكلام أو هم الذين فقدوها بمجرد أن تعلموا الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

هذا و ينقسم الصم إلى نوعان أساسيان و هما :

(١) الصم الخلقي " الولادي " و يمثل الأفراد الذين ولدوا صم، و هؤلاء يمثلون حوالي ٦٠% من حالات الصم تقريباً.

و من أسبابه :

- ١- مجموعة من العوامل الوراثية
- ٢- نقص الأكسجين في دم الطفل.
- ٣- التهاب أغشية المخ أثناء حمل الجنين.
- ٤- إصابة الأم بمرض الزهري.
- ٥- الجروح و الإصابات أثناء عملية الولادة.
- ٦- تعاطي الأم أدوية تؤثر على الجنين أثناء الحمل.

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

- ١- الإصابة بالأمراض المعدية في دور الطفولة مثل الحمى القرمزية الحصبة، الالتهاب السحائي.
- ٢- المضاعفات بعد العمليات الجراحية في الأذن.
- ٣- الحوادث.

أما عن ضعاف السمع فهم أولئك الذين يقعون بين أسوياء السمع والصم -من حيث القدرة السمعية- بسبب ما لديهم من بقايا السمع وقد يطلق عليهم مصطلح "نوى الخلل السمعي" إلا أن

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

**فوجد مثلاً المعاقين سمعياً ينقسمون إلى:**

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

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

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

**ثامناً: مفهوم الإعاقة الذهنية :**

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

و لا يشير الضعف العقلي الى مرض عقلي فالضعف العقلي ليس مرضاً، و هو حالة تلازم الفرد منذ طفولته و يكون فيها نموه العقلي أبطأ من نموه الجسماني، أي أن سنة العقلي يكون اقل من سنة الزمني، و قد يلزم الضعف العقلي مرضاً عقلياً إذا ما صادف الفرد ظرفاً تحول دون تكيفه النفسي و الاجتماعي و تؤدي الى مرضى العقلي يكون اقل من سنة الزمني، و قد يلزم الضعف العقلي مرضاً عقلياً اذا ما صادف الفرد ظرفاً تحول دون تكيفه النفسي و الاجتماعي و تؤدي الى مرضه العقلي، و لكن ليس معنى ذلك ان كل ضعيف عقلي لابد ان يصاب بمرض عقلي، فاغلب ضعاف العقول لا يعانون من الامراض العقلية او العصبية.

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

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

**تاسعاً: مفهوم الإعاقة البدنية :**

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

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

التالية :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**\* المشكلات التي يتعرض لها المعاقين بدنياً:**

(١) عدم القدرة على التكيف مع الإعاقة البدنية.

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

(٣) للتعامل مع الشخص المعاق بديناً على انه شخص طبيعي بالرغم من ان المعاق بديناً كشخص " متميز " عن غيره من الاشخاص.

(٤) الضغوط النفسية التي يعاني منها المعاق بديناً كسبب فقد إحدى الأطراف أو توقعه ألماً يحدثه من عدم استخدام العضو المفقود أو بسبب نظرة الآخرين له.

#### عاشراً: مفهوم خدمات رعاية المعوقين :

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم خدمات رعاية المعاقين :

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

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

#### و يتضح من التعاريف السابقة ما يلي :

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

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

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

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

#### حادي عشر : مفهوم تأهيل المعاقين

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

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

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

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

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

**و من أهم الإجراءات التي تتبع في عملية تأهيل المعاقين :**

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

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

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

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

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

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

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

**ثاني عشر: مفهوم التكيف :**



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

يعرف **التكيف الاجتماعي** ايضاً بأنه " عملية ديناميكية مستمرة يهدف بها الشخص الى تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه و بين البيئة، و بناء على ذلك الفهم نستطيع ان نعرف الظاهرة بانها القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين الشخص و بيئته.

يشار الى **التكيف** فيعرف بأنه " تغيير سلوك الفرد كي ينسجم مع غيره من الافراد خاصة باتباع التقاليد و الخضوع للالتزامات، أما يواجه الفرد مشكلة خلقية، أو يعاني صراعاً نفسياً تقتضي معالجتها يغير الفرد من عاداته و اتجاهاته ليوائم الجماعة التي يعيش في كنفها ، هذه الحالة يستخدم تعبير التوافق الاجتماعي.

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

و هناك تعريفاً للتكيف يوضح انه " العملية التي يزداد الانسان تلاؤم مع البيئة"

### ثالث عشر : مفهوم الخدمة الاجتماعية للفئات الخاصة

هي الجهود الحكومية و الأهلية التي تقدم لأفراد الفئات الخاصة بهدف مساعدتهم على التكيف و التوافق في المجتمع و ذلك عن طريق تحديد أسباب سوء توافقهم و تكيفهم و العمل على علاجها، كما تهدف إلى تقديم الخدمات الوقائية و الإنشائية لأفراد هذه الفئة و للمجتمع بغرض الحد من المشكلات التي يعاني منها أفراد الفئات الخاصة.

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

## مراجع الفصل الأول

### أولاً : المراجع العربية :

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

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

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

ثانياً : المراجع الأجنبية :

26-Daived, M.& Peter,D.(1996):" The Child With adisability" , Second edition , Black Well Science .

27-Daniel,A.&Elena,B.(1993):" Human Communication and its disorders" , Second edition, Prentice Hall Englewood , New Jersey .

28-Jannet,A.(1993):" Assessment in Speech and Language the rapy in assessment of Children With Special Needs" , New Fetter Lane , London, EC4 ,P4,eg.

## الفصل الثاني

### فئة المتفوقين والموهوبين

عناصر الفصل الثاني

■ مفهوم التفوق.

- العوامل الاجتماعية المؤثرة على التفوق.
- خصائص وصفات الموهوبين والمتفوقين.
- المحكات والمعايير المستخدمة في مجالات الموهبة.
- المشكلات التي تواجه الطلاب المتفوقين.
- أهداف الرعاية التربوية للتلاميذ المتفوقين دراسياً.
- اتجاهات حديثة في رعاية المتفوقين.
- دور الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المتفوقين والموهوبين.

## مقدمة :-

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

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

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

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

وإذا كانت الدول المتقدمة صناعياً تولي اهتماماً كبيراً بالمتفوقين والمبدعين وإذا كان الابتكار والتفوق هو طريق التقدم فان غياب الإبداع والتفوق في الثقافة العربية يمثل أحد المعوقات التي تواجه المستقبل العربي ومن هنا كانت أهمية العناية بالمتفوقين والمبدعين وتنمية التفوق خاصة في مراحل الأولى، في مراحل التعليم المختلفة ومن ثم كان الاهتمام بالطلاب المتفوقين ورعايتهم يمثل حالة حضارية مطلوبة لتقدم مجتمعنا.

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

## مفهوم التفوق:

يلاحظ كثرة الترادف والتدخل وأحيانا التعارض بين بعض المصطلحات المستخدمة في هذا المجال كالعبقرية والتفوق والابتكار والموهبة بحيث أن الكثير من الدراسات المتخصصة والبحوث في هذا المجال اعتمدت على محكات أو معايير متعددة لتحديد المقصود بالتفوق ومن أهم هذه المعايير أو المحكات:

(أ) مستوي الذكاء.

(ب) القدرات الخاصة.

(ج) التحصيل الدراسي.

(د) التفوق بمعناه العام في أي مجال من مجالات الحياة التي يقدرها المجتمع.

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

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

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



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

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

### ويمكن تحديد الطالب المتفوق إجرائياً على أنه:

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

### **العوامل الاجتماعية المؤثرة على التفوق:**

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

## ومن العوامل الاجتماعية التي تؤثر على التفوق:-

### ١- المستوى التعليمي للوالدين:

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

### ٢- المشاركة في الأنشطة المختلفة:

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

### ٣- الاستقرار الأسري:

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

## **خصائص وصفات الموهوبين والمتفوقين:**

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

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

#### ١- الخصائص والصفات الجسمية:

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

وتتمثل مظاهر النمو الجسمي في:

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

#### ٢- الخصائص العقلية والتعليمية:

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

### ٣- الخصائص والصفات الانفعالية – الاجتماعية:

كان من الشائع أن هناك ما يشبه الارتباط بين التفوق العقلي والاضطرابات الانفعالية – الاجتماعية سواء اتخذ هذا التفوق صورة العبقرية أي القدرة على الإنتاج الابتكاري. أو أخذ صورة الموهبة أو مستوي العقلي العام المرتفع. غير أن الدراسات المتعددة التي أجريت في هذا المجال تشير إلى عدم وجود هذا الارتباط، بل أن النتائج التي حصل عليها الباحثون إلى ارتباط موجب بين التفوق العقلي في صورة المتعددة وتلك الانفعالية والصفات الاجتماعية المرغوب فيها. كما تشير هذه الدراسات إلى الدراسات إلى قدرة أولئك الأفراد على الوصول إلى مستوي مرتفع من حيث التوافق الشخصي والاجتماعي. وأن لدي الأطفال المتفوقين من الصفات والاجتماعي. وأن لدي الأطفال المتفوقين من الصفات المرغوب فيها أكثر مما لدي العاديين ... فهم:

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

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

### ٤- الخصائص السلوكية للطلاب المتفوقين والموهوبين:

#### (أ) خصائص عامة:

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

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

### (ب) التفكير الابتكاري:

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

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

#### • البصيرة:

أن قدرة الموهوبين على المحاكمة غير العادية تمكنهم من أن يكونوا أكثر بصيرة وامتلاك العناصر الأساسية للمواقف.

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

#### • الحاجة إلى الفهم:

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

#### • الحاجة للإثارة العقلية:

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

#### • التجريد:

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

تتضمن العمل وعاداته والاهتمام بالتفاصيل والقيم العالية غير الواقعة لأنفسهم وللآخرين إن العيب يقع على عاتق الوالدين الذين يدفعان بأبنائهم نحو الكمال ولا شك أنهم نتاج لوالديهم.

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

#### • القوة:

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

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

#### • المثابرة:

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

#### • الوعي الذاتي الحاد:

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

## • عدم التقبل وعدم اللياقة:

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

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

## • دوافع الموهوبين:

يمتاز الموهوبين بصفة عامة بقوة الدافع إلى الاستكشاف والاستطلاع والتعلم والتعرف والتقصي وتوجيه الأسئلة وطلب الاجابة عليها، وقد ترجع قوة الدافع لدي الغالبية العظمي منهم إلى ما يحققه اكتساب المهارات والمعارف من إشباع، وإلى ما يجلبه لهم من تقبل ورضي من جانب الأبوين والمدرسين.

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

## • هويات الموهوبين:

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



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

## المحكات والمعايير المستخدمة في مجالات الموهبة

### وبيان أهم مميزاتها وعيوبها:

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

### ١- اختبارات الذكاء العام:

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

(أ) المستوي الذي يحققه الفرد في الاجابة على أسئلة اختبارات الذكاء العام المقللة يظل إلى حد ما ثابتا خلال الطفولة والمراهقة وربما بعد ذلك.

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

(ج) الأفراد الذين يحققون درجات عالية في الاجابة على الاختبارات الذكاء العام في مرحلة المراهقة اقرب إلى أن يحققوا امتيازاً فيما بعد.

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

## #- اختبارات الذكاء واختبارات الابتكار والتعرف على الموهوبين:

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

أن من أهم مشكلات المعايير هي المحتوى والمستوي فالمحتوي هو الصفة والصفات التي تعين وجود الموهبة وتحدد مجالها ودرجاتها وتوضح تمايز الموهوب فيها عن المستويات الأدنى منه، والصفات العقلية قد تكون عامة كالذكاء أو خاصة كالقدرة العددية أو الموسيقية وقد تكون ابتكارية كما تعبر عنها درجات الافراد في اختبارات الابتكار مثل الاصاله والمرونة والطلاقة، ومحتوي الذكاء العام قد يكون قدرات حسية حركية وقد يكون سرعة في الفهم وقدرة على إدراك الرموز اللفظية أو العددية أو إدراك للمفاهيم الحسية والمجردة، وقد يكون محتوى الذكاء قدرات خاصة علمية أو فنية.

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

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

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

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

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

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

## ٢- اختبارات القدرات الخاصة:

أن اختبارات القدرات الخاصة ذات أهمية في التمييز بين الموهوبين وغيرهم وخاصة في المجالات الموسيقية والميكانيكية ولكن هذه الاختبارات أيضا لا يتحقق لها الصدق العملي ولا يمكن التنبؤ بدرجة عالية من الثقة بأن من تقع درجاته بين أعلى ١٠% أو بين أعلى ١% في هذه الاختبارات سوف يكون على درجة عالية من البراعة في الموسيقى أو غيرها من المواهب في الحياة العملية في المستقبل وما سبقت إثارته من تساؤلات حول المحتوي والمستوي بالنسبة لاختبارات الذكاء العام والابتكار يمكن أن يثار أيضا بالنسبة لاختبارات القدرات الخاصة.

## ٣- اختبارات التحصيل:

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

## ٤- ملاحظات الآباء وتقاريرهم:

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

الناس التصاقا ودراية بسلوك أطفالهم وخصائصهم التي قد لا تكشف عنها الاختبارات المتنوعة، وهم أعرف بهم من المدرسين والمرشدين النفسيين.

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

#### ٥- ملاحظات وتقارير المدرسين:

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

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

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

#### المشكلات التي تواجه الطلاب المتفوقين

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

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

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

### **تصنيف المشكلات التي تواجه الطلاب المتفوقين:**

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

#### **١- مشكلة متعلقة بعلاقة الطالب بزملائه:**

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

#### **٢- مشكلات متعلقة بعلاقة الطالب بمدرسيه:**

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

### ٣- المشكلة المتعلقة بعلاقة الطالب المتفوق بالمنهج الدراسي:

وهذه المشكلة تتعلق بالمنهج الدراسي المقرر وعدم ملاءمته لمستوى الطالب المتفوق والذي لا يعطي الفرصة للطالب لكي يظهر إبداعه وابتكاره بجانب طول المنهج وحشوه بمعلومات كثيرة تتطلب الحفظ في حين أن الطالب المتفوق يريد أن يكون المنهج الدراسي مرناً يتيح له الفرصة لظهور تفوقه وضرورية أن يكون هناك مناهج وبرامج دراسية اختيارية أو دراسات إضافية بجانب المنهج الدراسي القائم.

### ٤- المشكلات المتعلقة بعلاقة الطالب المتفوق بالأنشطة المدرسية:

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

### ٥- المشكلات المتعلقة بعلاقة الطالب بالإمكانيات المدرسية:

وتتمثل هذه المشكلات في عدم توافر الأدوات والإمكانيات المدرسية كعامل اللغات أو العلوم والملاعب والأدوات اللازمة لممارسة النشاط، والكتب المختلفة بجانب عدم توفر أخصائيين مشرفين على هذه الأنشطة المدرسية.

## أهداف الرعاية التربوية للتلاميذ

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

## اتجاهات حديثة في رعاية المتفوقين

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

### ١- اتجاهات حديثة في أساليب اكتشاف المتفوقين:

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

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

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

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

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

## ٢- اتجاهات حديثة في رعاية المتفوقين:

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

### (أ) نظام التجمع Grouping

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

#### ■ التجمع في مدرسة مستقلة:

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

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

#### ■ التجمع في فصول مستقلة:

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

### (ب) الاتجاهات الحديثة في برامج ومناهج المتفوقين:

يحتاج التلاميذ المتفوقين إلي برامج تربوية خاصة تتناسب مع قدراتهم، واستعداداتهم العقلية العالية فلا شك أن برامج التعليم العام تناسب التلاميذ المتوسطين الذكاء والقدرات، ولا تناسب المتفوقين منهم.



وتتكون برامج التعليم التلاميذ المتفوقين دراسياً بالمرحلة الثانوية من البرامج التالية:

### ▪ البرامج الإثرائية Enrichment

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

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

### وتتحدد مزايا الإثراء في نواحي عديدة من أهمها ما يلي:

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

### ومن أمثلة المشروعات الإثرائية:

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

## ■ البرامج الإسراعية Acceleration

تعتبر برامج الإسراع من أقدم الممارسات التي ارتبطت بالتلميذ المتفوق، فقد وجدت برامج الإسراع قبل أن تتبلور علم النفس التعليمي، والقياس العقلي للتلميذ المتفوق وشغلت حيزاً كبيراً في الأدب التربوي فقد توصل الباحث كوليك (Kuiitk, 1992) على أن الإسراع في الصفوف الخاصة بالمتفوقين كان مطبقاً في الولايات المتحدة منذ عام ١٨٩١م، وفي الدول العربية – ومنها مصر في الستينات – أو الإسراع يتم بصور استثنائية بقرار محلي من إدارة المدرسة.

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

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

### ومن أهم البدائل التنفيذية:

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

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

## دور الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المتفوقين

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

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

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

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

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

### **#- دور الأخصائي الاجتماعي مع الطالب المتفوق:**

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

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

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

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

## المراجع

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

## الفصل الثالث

فئة المعاقين ذهنيًا

Mental Deficiency

"Retardation"

\* - أولاً: مفهوم التخلف العقلي وتصنيفاته:

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

فهناك التقسيمات حسب الدرجة أو حسب مصدر العلة أو حسب التشخيص الإكلينيكي ... الخ.

(أ) التقسيم حسب مرتبة الإعاقة (الدرجة):

- المعتوه Idiot هو أقل نسبة في الذكاء بين الأفراد وتكون في حدود ٢٤ درجة فما أقل.  
- الأبله Imbecile هو الشخص الذي يستطيع أن يتكلم ولكن بعدد محدود جداً من الكلمات ونستطيع من خلال تدريبه تدريباً مكثفاً أن نعلمه كيفية إشباع حاجاته الأساسية ونسبة ذكائه تقع ما بين ٢٥ إلى ٥٠ درجة.

- المأفون أو المورون Moron وهو أحسن قدراً مما سبق ونسبة ذكائه تقع ما بين (٥١ - ٧٠).

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

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

والجدول التالي يوضح اتفاق هذا التقسيم مع تقسيم هيئة اليونسكو.

التواحي الاجتماعية	نسبة الذكاء بالتقريب	المصطلح المتأوف استعمانه	درجة الضعف العقلي
لا يدرك العالم الخارجي إدراكاً واضحاً، لا يقدر على حماية نفسه، عدم قدرته على التفاعل مع الآخرين، ضعف النمو الاجتماعي، لا يستطيع القيام بأي عمل	صفر - ٢٤	معتوه Idiot (في إنجلترا وفرنسا، أمريكا، ألمانيا)	ضعف عقلي شديد
يفهم كلام الآخرين،، يستطيع أن يتعرف على الأخطار المحيطة به المادية مثل النار، يتعلم الأشياء الروتينية السهلة.	٢٥ - ٥٠	أبله Imbecile (في إنجلترا وأمريكا)	ضعف عقلي متوسط
لا يستطيع الاستمرار في التعليم، يصل إلى مستوى الصف الرابع الابتدائي على أقصى تقدير، لا يستطيع تحمل المسؤولية، ينقصهم القدرة على التصح الاجتماعي.	٥١ - ٧٠	مأفون - Feeble Minded في إنجلترا Moron أمريكا	ضعف عقلي بسيط
هؤلاء الأطفال يستطيعون أن يتكيفوا في المواقف الاجتماعية العادية، وأن يتعلموا حرف ومهن تُدر عليهم دخل مادي ولكن لا يستطيعون الاستمرار في التعلم المدرسي العادي.	٧١ - ٨٥	Dul or Backward (إنجلترا)	غيباء عادي

## (ب) التقسيم حسب التشخيص الإكلينيكي:

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

١- حالات القطار Cratins.

٢- حالات المنجوليين Mongols.

٣- حالات صغر الجمجمة Cases of small skull

٤- حالات كبر الجمجمة Enlarge cases Skull

٥- حالات الشلل Cases of paralysis

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

### -#التقسيم الخاص بالأطفال:

وهو يهتم بالأطفال الذين يدخلون المدارس بالتعليم وهو ينقسم إلى:

#### (أ) ضعاف العقول Feeble Minded

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

#### (ب) الأطفال المتخلفين عقلياً Mentally Handicapped

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

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

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

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

#### (ج) - بطيء التعلم Slaw Learner

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

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

### @- الخصائص الجسدية والنفسية للمتخلف عقلياً:-

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

#### ١- الخصائص الجسدية:

توضح العديد من الشواهد أن ضعف العقل يظهر فيه عدد من العيوب الجسدية أكثر من الأسوياء فعلى سبيل المثال لا الحصر:

- اعوجاج في شكل الرأس والعينين والأذنين.

- اضطرابات جلدية متنوعة.

- عيوب في النطق والكلام.

- إصابات بأمراض معدية.

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

#### ٢- الخصائص النفسية:

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

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

#### - محكات تصنيف المتخلفين عقلياً:

##### (أ) المحك الاجتماعي والقانوني:

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



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

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

ونجد أن مستوى الضعف العقلي كما يحددها المحك السيكومتري في مقياس استانفورد بنيه.

نجد أن هذا التصنيف له العديد من المحاذير أثناء استخدامه بالرغم من أن له فائدة كبرى في تفسير الأداء في الاختبارات.

### ج) المحك التعليمي:

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

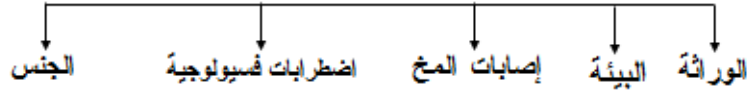
المستوى	نقطة القطع بالدرجة المعيارية	مدى نسبة الذكاء الانحرافية	نسبة الحالات في المجتمع
الخطير	٥-	أقل من ٢٠	٠.٠٠٠٠٣
الثقيل	٤-	من ٢٠ إلى ٣٥	٠.٠٠٣
المتوسط	٣-	من ٣٦ إلى ٥١	٠.١٣
الخفيف	٢-	من ٥٢ إلى ٦٨	٢.١٤

## #- أسباب الضعف العقلي:

### ١- الوراثة Genetics:

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

#### أسباب الضعف العقلي



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

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

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

### ٢- البيئة Environment

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

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

### ٣- إصابات المخ Brain injuries :

نجد أن هذه الإصابات مختلفة ومتنوعة وهي كما يلي:

- الاستسقاء الدماغي Hydrocephalus وهذا يتسبب عن تجمع أو احتباس السائل النخاعي بتجاويف المخ ، ويعتبر كبير الجمجمة من الظواهر الإكلينيكية لهذه الحالات.  
- عدم وصول الأوكسجين إلى الجنين إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة وذلك لفترة من الزمن ويترتب عن إتلاف الخلايا وبالتالي يؤدي إلى الضعف العقلي وتُعرف هذه الحالة باسم Cerebral Anoxia.

- حالات الوضع غير الطبيعي وخاصة عند ميلاد الطفل الأول ويترتب على ذلك عادة تزيق داخل الجمجمة Intracranial hemorrhage.

- يؤدي بدوره إلى قصور في النواحي الحركية والعقلية ومن المشاهد في مثل هذه الحالات أن يولد الطفل ولونه أقرب إلى اللون الأزرق أو النحاسي (Blue baby) على أن كثيراً ما تؤدي حالات إصابة المخ أثناء عملية الولادة إلى وفاة الطفل بعد الميلاد أو إصابته بالشلل.

- الإصابة ببعض الأمراض في الطفولة كفيلة بأن تحدث تلف في المخ ومن هذه الأمراض الحمى القرمزية Scarlet Fever والالتهاب السحائي Meningitis والتهاب الدماغ Encephalitis إلا أنه يكون تلف جزء قد تؤدي إلى بطيء الفهم وليس التخلف العقلي.

### ٤- الاضطرابات الفسيولوجية:

يحدث التخلف العقلي أحياناً اضطرابات فسيولوجية تصيب الجسم مثل.

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

(Rubella) German Measles وقد لوحظ أن إصابة الأم وهي حامل في الشهور الثلاثة الأولى لهذه الحصبة ينتج عنه إصابة الجنين بعرض أو أكثر من الأعراض التالية:

- تخلف عقلي . - ماء أزرق في العينين .

- مرض القلب .

- اضطرابات الغدد ونقص إفرازاتها فمثلاً في حالات الأطفال المنغوليين وهم نوع من الأنواع الإكلينيكية لضعاف العقول لوحظ أنهم يعانون نقصاً في إفرازات الغدة الدرقية thyroid والغدة النخامية Pituitary وكذلك الحال في الأطفال مرض القصاص Cretinism - يحدث القصاص نتيجة نقص نسبة الثيوركسين في جسم الجنين أثناء وجوده في الرحم : إما لتضخم الغدة الدرقية عند الأم الحامل ، أو لنقص كمية اليود في طعامها ، وتسمى هذه الحالة " بالقصاص الولادي " . وقد يصاب الطفل بالقصاص بعد الميلاد بسبب نقص الثيوركسين في جسمه بسبب تضخم غدته الدرقية أو لنقص اليود في تغذيته ، وعادة لا تظهر أعراض هذا المرض قبل الستة أشهر الأولى من الولادة حيث يكون الطفل خلال هذه الفترة معتمداً على هرمون الغدة الدرقية الذي استمدته من الأم أثناء المرحلة الجنينية . كما وجد أن إصابة الطفل بتضخم الغدة الدرقية بعد سن السادسة من عمره لا يسبب له القصاص ، وهذا ما جعل الإصابة بالقصاص نادرة ، حيث بلغت نسبتها بين أطفال السويد ١.٢٥٠٠٠ وهى أعلى نسبة في العالم. - ، وتشمل الأعراض الإكلينيكية لهذا المرض على :

- جفاف الجلد - قصر القامة

- برودة الجسم - تقوس الساقان .

- غلظة اللسان وتدليه . - يظهر الفم مفتوح غالباً . - أنف أفطس ووجه منتفخ .

- يعاني من الشخير أثناء التنفس .

- يتسم بانتفاخ البطن وفتق السرة

- الخمول وقلة النشاط وبطء الاستجابة .

- التأخر في المشي والجلوس والنطق والتسنين (فلا تكتمل الأسنان وتسقط بسرعة) .

- بطء النمو الجسمي واضطرابه ، فالطفل يتسم بمظهر مثير جداً من صغر الحجم وضآلة الجسم .

- عدم التناسب بين أعضاء الجسم (علي خلاف القزم الذي يعاني في إفراز هرمون النمو للفص الأمامي للغدة النخامية والذي يحتفظ جسمه بقدر أكبر من التناسب) .

- كما أن نقص الهرمون يؤدي إلى بطء عمليات الأيض وتوقف العظام عن النمو في الطول .

- عدم نمو أعضاء التناسل بصورة طبيعية .

- يبدو الطفل وديعاً لا يصرخ

ومن الناحية الانفعالية يتوقف النمو العقلي لدى الطفل ،حيث لا يتجاوز معامل ذكائه عن (٥٠) . إذ أن القصاع هو أحد أسباب التخلف العقلي ، وخاصة إذا لم يتم اكتشافه في وقت مبكر . أما إذا عولج الطفل خلال السنة الأولى من عمره بحقنه يومياً بهرمون الثيروكسين بجرعة تتراوح من ٠.١٥ - ٠.٢ مجم ، فإن هذه الأعراض تزول ، ويستأنف النمو الجسمي والنفسي بصورة طبيعية ، أما إذا جاء تأخر العلاج فقد تزول الأعراض الجسمية ، ويظل التأخر العقلي ، نظراً لما يُصيب الخلايا العصبية من خلل كبير جداً خلال السنة الأولى من العمر ، وبالتالي فنمو الذكاء والحالة النفسية للفرد تحتاج لوجود هرمون الثيروكسين في الدم بكمية مناسبة في خلال السنوات الأولى حتى لا يُصاب الطفل بهذا التخلف العقلي الشديد.

#### ٥- الجنس:

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

#### - الحاجات الأساسية للأفراد المعاقين ذهنياً :

##### ١- الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الانتماء:

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

##### ٢- الحاجة إلى العمل والنجاح:

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

- العزلة والانطواء الاجتماعي.

- العدوان ويأخذ أشكال متعددة مثل العراك، عدم تناسب السلوك مع الموقف الموجود فيه.

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

\* - أعمال سيجان:

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

(أ) سطحي. (ب) عميق.

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

#### \* - أعمال منتسوري:

كانت ترى أن مشكلة الفرد المتخلف عقلياً هي قبل كل شيء مشكلة تربية أكثر منها طبية.

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

#### \* - أعمال ديسيدرس Descoedres

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

وتحدد طرق تعليم هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً على النحو التالي:

١- اتباع طرق تربية خاصة وعلاجية مع الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة للإصابة في المخ (ستروسييس).

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

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

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

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

٦- استخدام طريقة وحدات الخبرة في تعليمهم (إنجرام).

٧- مراعاة الفروق الفردية في تعليم هذه الفئة من الأطفال وهذا لا يعني بالضرورة تعليم هؤلاء الأطفال فردياً إنما موازنة التعليم للحاجات الفردية لكل طفل سواء كان التعلم في مجموعات أو مع الأفراد (دسيدر).

### #- نظرة تاريخية لرعاية المتخلفين عقلياً:

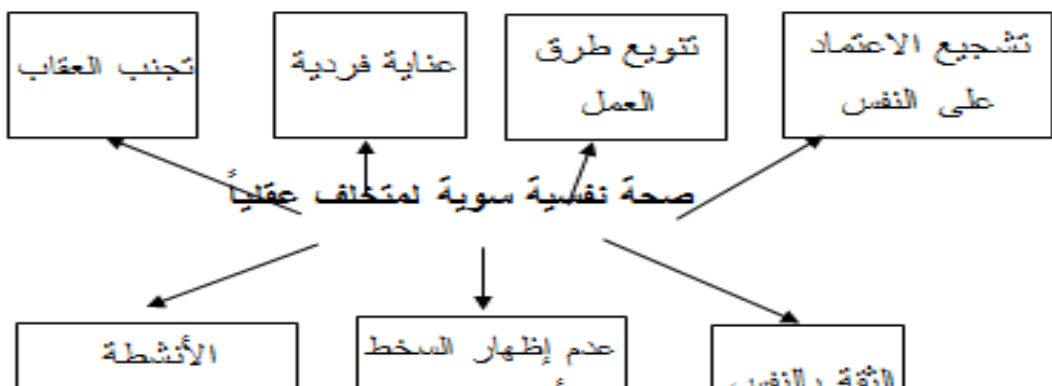
لم تكن النظرة العلمية نحو الضعف العقلي سائدة قبل القرن التاسع عشر ولكن بعد ذلك أدرك الأطباء أن الضعف العقلي مرض يمكن أن يعالج، كما تعالج مظاهر الإعاقة نحو أعضاء الجسم وكانت البداية على يد إيتارد Itard في فرنسا في بداية القرن التاسع عشر:

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

- كانت أكثر النتائج تشجيعاً بالنسبة لأبحاث سيجون تلك التي أسفرت عنها المجموعة من الدراسات التتبعية على الأطفال التي تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٠ - ٧٠ (فئة المورون) ، ولقد أوضحت النتائج أن معظم الأطفال من هذه الفئة استطاعوا أن يحيوا حياة عادية بعد إعطائهم تدريباً خاصاً على الرغم مما كشفت عنه اختبارات الذكاء من أنهم يعانون من ذكاء منخفض ولكن التدريب المكثف الذي تم على يد الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين قد أسفر عن هذه النتيجة ، والعناصر التالية توضح المبادئ والشروط التي يجب مراعاتها عند التعامل مع

الأفراد المتخلفين عقلياً، وقد حاولت أن اختصرها إلى أكبر قدر ممكن:

- أن تقوم البرامج المختلفة للتدريب على أساس استعداداتهم وميولهم.
- أن تكون المواد التعليمية التي تعطي لهم هم أطفال سهلة ومجسمة ومرتبطة بالبيئة.
- تخطيط جيد يساعد على القضاء على السلوك غير المرغوب فيه.
- تشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم وأن يحلوا المواقف المشككة بأنفسهم.
- تنويع طرق العمل معهم حتى لا يصابوا بالملل والضيق.
- العناية الفردية للمدرب أو للمعلم في الفصول الخاصة بالأفراد المعاقين.
- أن يستخدم دائماً العبارات التي تشجع حتى يشعر بالثقة بالنفس.
- العمل على خروج الأطفال المنزولين والمنطوين منهم بشتى الوسائل.
- تجنب أسلوب العقاب البدني أو اللفظي.



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

#### @- التخلف العقلي:

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

(أ) أعراض عامة.

(ب) أعراض جسمية.

(ج) أعراض عقلية معرفية.

(د) أعراض اجتماعية.

(هـ) أعراض انفعالية.

#### =الأعراض العامة وهي:

- تأخر في النمو العام.

- قصر متوسط طول العمر.

- العجز عن المحافظة على الحياة.

- جمود ورتابة السلوك.

- القابلية والتعرض للإصابة بالأمراض.

- العجز عن كسب أو العمل في كثير من الأحيان.

- ظهور المستوى الغريزي بكثرة.

- نقص القدرة على ضبط السلوك وتعديله.

#### ٨- الأعراض الجسمية:

- بسط النمو الجسمي.

- نقص حجم ووزن المخ.

- تشوه الأذن والعينين والأسنان.

- بسط النمو الحركي.



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

#### ٨- الأعراض العقلية المعرفية:

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

#### ٨- الأعراض الاجتماعية:

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

#### ٨- الأعراض الانفعالية:

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

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

- ١- تزداد الروابط بين الزوجين إذا كانت العلاقة قوية.
- ٢- تنفك الروابط بين الزوجين سبب قدوم الطفل.
- ٣- ترضى بعض الأمهات بقدوم الطفل المتخلف عقلياً.
- ٤- تجعل بعض الأسر الأخت الكبرى إن وجدت أم صغيرة للطفل المتخلف.

### لذلك يحتاج المتخلف عقلياً إلى:

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

### \* - رعاية وتعليم حالات متلازمة (داون) بين التوجه الطبي الوراثي - والتربوي الخاص :-

#### (١) حقائق عن متلازمة "داون":

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

ولسوف نقتصر هنا على سرد موجز للحقائق التي ذكرها سيغفريد Siegfried في دليل معهد تعليم عرض "داون" وبحوثها في تكساس Institute of National Down Syndrome Education and Research, Texas (1996)

إن النسبة المئوية لانتشار عرض "داون" تقع بين ١ : ١.٠٠٠ أو ١.١٠٠ من المواليد الجدد، وقد تختلف تلك النسبة لأسباب بحثية، أو حضارية أو فروق بين المجتمعات، فمثلاً هناك ٢٥٠.٠٠٠ أسرة في الولايات المتحدة يتأثرون فعلاً بوجود حالات عرض "داون" بين أفرادها.

#### (٢) كيف ينمو أطفال متلازمة "داون":

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

وبالنسبة للنمو الحركي فإن الطفل بطيء أيضاً، فالطفل العادي يسير فيما بين عمر ١٢ - ١٤ شهراً، وكل الأطفال هنا في هذه الفئة عادة ما يتعلمون السير فيما بين ١٥ - ٣٦ شهراً، كما أن النمو اللغوي لديهم من الواضح أن يتأخر ويضطرب في كثير من الأحوال. ومن ثم فإنه من المهم أن نؤكد أهمية الرعاية والإثراء في حياة المنزل والأسرة، والتدخل المبكر، وتكثيف الجهود التربوية، وهي التي يكون لها آثار إيجابية أكيدة على نمو الطفل.

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

بالرغم من أن الأفراد من عرض "داون" لهم خصائص بدنية مميزة لهم، فإنهم بوجه عام يشبهون الفرد "المتوسط" في المجتمع المحلي، أكثر من كونهم مختلفين عن الناس الآخرين. إن الخصائص الجسمية قد تبدو ذات أهمية للطبيب، في تشخيصه الطبي، ولا توضع أوزان أكثر من اللازم عليها في التقييم النهائي، فليس لدينا طفل متلازمة "داون" يكون لديه كل الأعراض، فالبعض يكون لديه بعض الأعراض والبعض الآخر قد يكون لديه معظم الأعراض. فبعض الأعراض تتضمن تقلطح مؤخرة الرأس، ميل وانحدار الحواجب، ثنيات صغيرة في الركن الداخلي للعينين، حاجز أنفي منزلق depressed، آذان صغيرة نوعاً، فم صغير، حركة عضلية قاصرة الانعكاس، حركات فقرية lose ligaments سائبة، كف يد وقدم صغير، ٥٠% منهم يكون لديه خط واحد في كف اليد عرضياً، وغالباً ما يوجد فجوة بين أصبع القدم الأول والإب ١ هام، والتالي له؛ وغيرها من الأعراض غير المذكورة أعلاه (عادة لا تسبب أي عجز أو قصور في الطفل).

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

يوجد ثلاثة أنماط رئيسية من الشذوذ الكروموزومي في هذه الحالات:

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

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

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

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

#### (٥) مسببات حالة متلازمة "داون":

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

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

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

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

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

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

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

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

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

أ- أن ٦٠% : ٨٠% من أطفال متلازمة "داون" لديهم قصور سمعية، ومن ثم فإن أخصائي السمع ربما يكون تقييمهم للحالة مطلوباً منذ وقت مبكر في حياة الطفل، وعلى أن تكون المتابعة في أوقات متقاربة، مع تقديم الدعم المناسب والأدوات التعويضية المناسبة مع الإرشاد المناسب في ذلك المجال.

ب- أن ٤٠% : ٤٥% من أطفال متلازمة "داون" لديهم أمراض قلب تكوينية، فربما تجرى عمليات في الوقت المناسب، ويحتاجون معها ومن أجلها إلى رعاية طبيب قلب، علاوة على ضرورة استمرار وجود طبيب أطفال.

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

د- تزداد لديهم نسبة المشكلات البصرية، ٣% منهم لديهم كتاركت ويحتاجون عمليات إزالة لها، والحوول، وقصر النظر، وطول النظر، وغيرها من الحالات التي تحتاج رعاية مستمرة وتصحيح أو تدخل جراحي عند اللزوم.

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

و- أن ١٥% : ٢٠% منهم لديهم اضطرابات في الغدة الدرقية وغالباً ما يكون قصوراً في الوظائف، ومن المهم أن نتعرف على هذه الحالات منذ وقت مبكر حتى نستطيع تجنب تأثيرات الحالة على الجهاز العصبي المركزي ووظائفه.

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

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

#### \* - ثانياً: العوامل المؤدية للإصابة بالضعف العقلي:

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

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

١- ضعف عقلي أولى أو وراثي.

٢- ضعف عقلي ثانوي أو مكتسب.

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

\* إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أكسيد الكربون.

\* تكوين الخلايا وتحدث نتيجة التغيرات التلقائية التي تطرأ على الجينات التي تحمل الصبغيات وتعرف هذه التغيرات بالطفرة العاملة حيث ينشأ عنها وجود صفات جديدة بالذات تنتقل من جيل لآخر.

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

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

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

#### [٢] العوامل المكتسبة المؤدية للإصابة بالضعف العقلي:

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

#### (أ) عوامل تتعرض لها الأم الحامل وتؤثر على الجنين:

\* إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الأولى من الحمل.

\* تسمم البلازما.  
\* إصابة الأم بمرض الزهري خلال مراحل نمو الجنين المتأخرة وذلك نتيجة ما يفرزه المرض من ميكروبات.

\* نقص الأكسجين أثناء فترة الحمل يؤدي إلى تلف أغشية المخ.  
\* تعرض الأم الحامل لبعض الإصابات الداخلية كالسقوط أو وجود الجنين في موضع غير عادي في الرحم، بالإضافة إلى حدوث رضوض وصددمات بدماغ الجنين بما يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ.

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

#### (ب) عوامل يتعرض لها الطفل أثناء عملية الولادة:

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

\* الولادة المبكرة حيث يولد الطفل ناقص الوزن والنمو مما يزيد قابليته للإصابات المباشرة بالأمراض.

\* زيادة نسبة الصفراء.

\* نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة حيث أن النقص إذا استمر أكثر من ثلاث دقائق يؤدي إلى تلف خلايا المخ.

#### (ج) عوامل يتعرض لها الطفل بعد الولادة:

\* الالتهابات المخية الناتجة عن إصابات بكتيرية أو فيروسية أو نقص الفيتامينات بالجسم لمدة طويلة.

\* اضطراب الغدد الصماء ونقص إفرازاتها كاضطراب الغدة الدرقية والغدة النخامية.

\* التسمم يحدث نتيجة تناول العقاقير بطريقة خاطئة أو تناول بعض المواد الكيميائية أو التسمم بالرصاص وغيرها من المواد التي لها تأثير ضار على الجهاز العصبي المركزي.

\* إهمال علاج الطفل عند إصابته ببعض الأمراض كالسعال الديكي والحمى القرمزية والحصبة والحمى الشوكية.

\* الإصابة بالصرع.

\* الحوادث والإصابات حيث يسقط الطفل رأسه في الشهور الأولى أو ترتطم الرأس بجسم صلب بما قد يؤدي إلى إيذاء الجهاز العصبي.

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

والخلاصة .. نرى ضرورة أن نتخذ الاتجاه التكاملي في تحديد أسباب التخلف العقلي وأن يحمل التشخيص كافة العوامل والمسببات نظراً لطبيعية كلاً من العوامل الوراثية والبيئية.

#### \* - ثالثاً: السمات والخصائص العامة لفئات الضعف العقلي:

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

هذا ونود الإشارة إلى أن هناك تداخل فيما يتعلق بهذه السمات بين المتخلفين عقلياً وبين الأسوياء .. أيضاً أنه ليس من الضروري أن تتواجد كل هذه السمات في كل فرد من المتخلفين عقلياً بل هناك تفاوت في مدى وضوح هذه السمات لدى أفراد هذه الفئة.

#### [١] السمات والخصائص الجسمية:

يتسم هؤلاء الأطفال المتخلفين عقلياً بقلّة نموهم الجسدي والحركي وفيما يلي توضيح أهم هذه السمات:

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

- \* لديهم نقص في حجم ووزن المخ عن المتوسط الطبيعي للعاديين.
- \* النطق والكلام بطيء ومخارج الألفاظ غير واضحة.
- \* انعدام الشم والتذوق أحياناً.
- \* البلوغ يكون مبكراً إلا أن هناك ضعف واضطراب في النشاط الجنسي.
- \* القابلية للتعرض للإصابة بالأمراض نسبتة عالية بينهم وبالتالي متوسط العمر لديهم منخفض.
- \* قلة عدد الخلايا العصبية عند المتخلفين عقلياً حيث تصل إلى ٣ مليون خلية في حين تبلغ ١٤ مليون عند الشخص العادي.

- \* لوحظ زيادة إفراز الغدة المخية التي تسبب نمو العظام وأيضاً الغدة الدرقية.

#### [٢] السمات والخصائص العقلية:



\* انخفاض معدل النمو العقلي لدى المتخلفين عقليًا إلا أنه يمر بنفس مراحل النمو للطفل العادي.

\* يعاني من نقص في التمييز.

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

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

\* القدرة على الانتباه والتركيز ضعيفة وهم يحتاجون دائمًا لمثيرات قوية لجذب انتباههم.

\* القدرة على التذكر ضعيفة حيث هم كثيرون النسيان .. قدراتهم على التفكير قاصرة خاصة بالنسبة للمعنويات.

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

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

### ٣] السمات والخصائص الانفعالية والنفسية:

عانى أفراد هذه الفئة من اضطرابات انفعالية و نفسية معقدة ومتشابكة منها على سبيل

المثال:

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

\* يتسم غالبيتهم بالخجل - الخوف - الأناية - الانسحاب - التكامل - الاعتماد على الآخرين - الاتجاه العدائي لدى بعضهم - حب الاستطلاع الزائد - التسرع والنشاط الزائد - العصبية - سهولة الاستثارة - القابلية للاستهواء - الإحباط السريع - الانطواء - اضطراب الحالة المزاجية. \* بعضهم يبدو لديهم ميول انتحارية.

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

\* أحيانًا تبدو لديهم مخاوف مرضية من بعض الحيوانات ومن الظلام.

### ٤] السمات والخصائص الاجتماعية والأخلاقية:

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

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

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

\* تعاني من ضعف الكفاية الاجتماعية لديهم متمثلة في عدم التوافق الاجتماعي واضطراب التفاعل الاجتماعي والميل إلى مشاركة الأصغر سناً في النشاط الاجتماعي.

\* تعاني من ضعف الإرادة حيث يسهل انقيادهم للغير دون مقاومة وغالبيتهم للاستهواء وسرعة التأثير فيهم وسهولة استخدامهم في أعمال انحرافية ويساعد على ذلك عدم تقديرهم للمسئولية.

\* العدوانية والانطوائية تظهر نتيجة زيادة إفراز الهرمونات الخاصة بزيادة النشاط وافتقاد توجيهه.

\* عدم الشعور بالذات نتيجة عدم قدرته على القيام بأدواره وعدم شعوره بقيمته بالإضافة إلى وجود سمة التردد الزائد لديه نتيجة عدم قدرته على اتخاذ القرار وإدراك ذاته.

#### \* رابعاً: المشكلات التي تواجه ضعيف العقل وأسرتهم:

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

#### ١ - المشكلات التعليمية:

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

#### ٢ - المشكلات الاقتصادية:

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

#### ٣ - المشكلات القضائية:

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

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

#### ٤ - المشكلات الاجتماعية:

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

مما سبق يتضح أن المتخلف عقلياً يعاني من صعوبة تكوين علاقات مع أشقائه كما أنه يفقد لمن يشاركه في اللعب أو تعلم القيم المرغوب فيها.

#### \* - خامساً: الرعاية الخاصة للمتخلفين عقلياً:

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

وتتصدر هذه الآراء في اتجاهين رئيسيين:

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

**أما الاتجاه الثاني:** ينادي بأهمية الرعاية والعلاج والتعليم والتدريب حيث من خلالها يحدث نسبة تحسن وارتقاء للمتخلف، والتي مهما كانت درجتها بسيطة فهي تشجع على الاستمرارية حيث أنها تساعد على المتخلف عقلياً على تحمل المسؤولية وتخرجه من حيز الإعالة التامة إلى الاعتماد على النفس جزئياً.

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

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

الاجتماعية.

#### ١ - برامج الرعاية الطبية:

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

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

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

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

\* توعية الشباب بضرورة فحص الراغبين في الزواج للتحقق من سلامة الزوجين وخلوهما من الجينات المريضة الفطرية والتأكد من تجانس فصائل الدم عندهما.

\* تشجيعهم على الاغتراب في الزواج لتحسين النسل والتقليل من احتمالات النقاء الجينات المريضة.

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

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

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

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

\* الاهتمام بتنمية المناطق المختلفة اقتصاديًا وثقافيًا واجتماعيًا حتى لا تكون مناطق تفريخ للمتخلفين عقليًا.

**٢ - برامج الرعاية البدنية:**

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

\* إصابتهم بأمراض جسمية وتشوهات خلقية وعاهات.

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

\* نقص فرص التدريب الحركي.

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

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

### ٣- برامج الرعاية النفسية:

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

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

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

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

\* مساعدة المتخلف على تقبل ظروفه الذهنية والاجتماعية وتدريبه على تحمل الإحباط.

### ٤- برامج الرعاية التعليمية:

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

لمرحلة تمكنه من التكيف مع نفسه ومع بيئته وتكوين شخصيته التي تمكنه من أن يعول نفسه اقتصادياً واجتماعياً دون إشراف دائم ومباشر .. ويشترط في تلك المدارس أن يعمل بها مدرسين متخصصين يعملون في ضوء تكتيكات تخطيطية هادفة تعمل على تنفيذ البرامج للأطفال وجماعاتهم المكونة داخل الفصول الملحقه بتلك المدارس المخصصة لهم.

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

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

(أ) إيجاد الدافع للتعليم وهذا يحتاج لجهود كبيرة من الآباء والمدرسين والأخصائيين.  
(ب) الحصول على الثواب بعد كل نجاح حيث يتشجع المتخلف عقلياً نتيجة حصوله على مكافأة مادية أو أدبية.

(ج) العقاب على الأخطاء حيث يكون مفيد في العمل على تعديل السلوك لدى المتخلف عقلياً.  
(د) التركيز على الفهم حيث يجب اختيار الموضوعات التي يتعلمها الطفل بدقة بحيث تكون مناسبة لقدراته وشخصيته ويستطيع فهمها واستيعابها.

(هـ) التكرار حيث يحتاج المتخلف عقلياً على تكرار الاستجابة عدة مرات حتى تتكون العادة لديها أو يكتسب المهارة والمعرفة وهذا يجعله في حاجة إلى مدة زمنية أطول من الطفل العادي.  
(و) الاستعانة بوسائل الإيضاح: خاصة تلك التي تجذب انتباه الطفل وتكون في حدود قدرته على الفهم.

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

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

#### ٥ - برامج الرعاية والتأهيل المهني:

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

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

#### ٦ - برامج الرعاية الاجتماعية:

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

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

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

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

وبصفة عامة نستطيع أن نجزي الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي إلى ثلاثة أدوار فرعية متداخلة ومتراصة ومتفاعلة يؤثر كل منها في الآخر ويتأثر به .. وتتمثل هذه الأدوار فيما يلي:

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

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

(ج) دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع المحيط بضعيف العقل.

**وسنوضح فيما يلي طبيعة هذه الأدوار والخدمات التي تقدم من خلالها:**

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

يبدأ هذا الدور منذ تقدم أسرة ضعيف العقل بطلب إلى مركز التوجيه النفسي والتأهيل حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتالي:

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

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

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

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

\* يقوم بتبصير الوالدين بظروف الابن مع توضيح مسؤولياتهما في برنامج رعايته.

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

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



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

### **(ب) دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة ضعيف العقل:**

\* مساعدة الأسرة على تقبل الأمر الواقع ومحاولة تخليصهما من المشاعر السلبية تجاه الابن المتخلف عقليًا.

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

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

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

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

\* التخفيف من حدة الشعور بالتشاؤم نحو الأبناء المتخلفين عقليًا.

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

### **وبصورة عامة نلخص دور الأخصائي عند عمله مع أسرة ضعيف العقل في التالي:**

\* مساعدة الآباء على تفهم مشكلات أبنائهم وكيفية علاجها.

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

\* تعديل طموحات الآباء بالنسبة لأبنائهم بحيث لا يتوقعون الشفاء التام لأبنائهم وأيضًا لا ييأسون من تحسن حالاتهم في المستقبل.

\* مساعدة الآباء على إشباع حاجات أبنائهم المتخلفين عقليًا دون إفراط أو تفريط.

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

\* تشجيع الأسرة على استفادة الابن من خدمات المجتمع أقصى استفادة ممكنة.

\* مساعدة الأسرة بإلحاق الابن بعمل مناسب بعد الانتهاء من تأهيله مهنيًا.

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

### **(ب) دور الأخصائي الاجتماعي مع ضعاف العقول كجماعة:**

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

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

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

\* المساعدة في تنفيذ تلك البرامج والإشراف عليها.

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

\* إتاحة الفرصة للأعضاء للإحساس والشعور بالدفء والحب نتيجة الانتماء للجماعة.

\* إتاحة الفرصة للأعضاء للاعتماد على النفس بشكل بسيط.

\* مساعدة الأعضاء على استخدام قدراتهم المتبقية.

\* تقديم برامج ترفيهية لهم تتناسب مع نواحي عجزهم.

\* مساعدتهم على التكيف مع أسرهم وزملائهم.

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

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

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

\* تنظيم رحلات داخلية ومعسكرات صيفية للأعضاء في حدود قدراتهم وذلك كوسيلة للترفيه عنهم وأيضاً كوسيلة لربطهم بالمجتمع.

\* تنظيم مناقشات جماعية لآباء وأمهات المتخلفين عقلياً لمساعدتهم على تخفيف مشاعر الحزن والأسى وتساعدهم على تبادل الخبرات لخدمة أبنائهم.

### **(ج) دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع المحيط بضعف العقل:**

\* العمل على استئثار المجتمع الخارجي لتوعيتهم بحجم مشكلة الضعف العقلي في المجتمع والأسباب المؤدية لحدوثها وكيفية الحد من انتشارها .. مستخدمين في ذلك أدوات العمل

الاجتماعي التي من أهمها وسائل الإعلام.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### \* - سادساً: الاتجاهات الحديثة في رعاية المتخلفين عقلياً:

نعرض فيما يلي أهم الاتجاهات الحديثة لرعاية ضعاف العقول:

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

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

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

\* تشجيع ضعاف العقول على العمل والإنتاج وفق قدراتهم.

\* تطبيق المبادئ التربوية والنفسية عند تأهيل ضعاف العقول.

\* خلق الدافعية لديهم عن طريق ربط تأهيلهم باهتماماتهم وميولهم مع تشجيعهم بصفة مستمرة.

ونعرض فيما يلي لأهم الاتجاهات الحديثة في رعاية ذوي الإعاقات الذهنية وهي تجربة

الدمج مع عرض لتجربة المملكة العربية السعودية في دمج المعاق ذهنياً في مدارس التعليم العام.

\* - أولاً: تعريف مصطلح (الدمج):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**-\*ثانيًا: تجربة دمج المعاقين في مدارس التعليم العام في منطقة الرياض:**

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

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

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

مرشد طلابي	مترب نطق	الأخصائي النفسي	عدد المعلمين						عدد الفصول	المعيد/ البيان
			غير سعودي	سعودي	زراعية	يدوية	فنية	تربوية خاصة		
١	١	١	٥	٧٣	١	٢	٢	٩	٨	ابن البيطار
١	-	١	-	٣٦	-	١	١	٤	٣	الطفيل بن الحارث
١	-	*	-	٢٧	-	١	١	٣	٣	ابن حزم
١	-	-	-	٢٦	-	*	١	٣	٣	أبي سفيان الحارث
١	-	١	-	٢٦	-	١	*	٣	٣	النظيم
١	-	-	-	٣٩	-	١	*	٤	٤	طلحة بن عبد الله
١	-	١	-	٤٤	-	١	١	٤	٤	الفجر
١	-	*	-	١٣	-	١	١	٢	٢	أسعد بن زرار
١	-	*	-	٢٣	-	*	*	٢	٢	الروضة
١	-	١	-	٢٤	-	١	١	٢	٢	الجهاد
١	-	-	-	١١٩	-	١	*	٢	٢	إمام الدعوة
١	-	-	-	١٩	-	١	*	٢	٢	إياس بن معاوية
١	-	-	-	١٧	-	*	*	٢	٢	ابن الحاص
١	-	-	-	-	١	١	*	٢	٢	الثغا

### ثالثاً: إعداد آلية لعملية الدمج:

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

(١): تحديد أهداف وشروط برنامج الدمج.

(٢): تحديد إجراءات التنفيذ.

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

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

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

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

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

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

**خامساً:** التوسع في فتح برامج الدمج في مدارس التعليم العام ومتابعة هذه البرامج وتطويرها. وتعتبر هذه العوامل ذات الأثر الفعال في نمو وتطوير البرامج الخاصة فهي تلعب دوراً أساسياً في التنشئة الاجتماعية والثقافية بمرور الوقت وبذلك نستطيع تحقيق النمو والتفاعل الإيجابي لأبنائنا المعاقين مع مجتمعهم وذلك وفق الخطط المرسومة والمنظمة التي سخرتها الدولة طبقاً لسياستها التعليمية العامة للمجتمع وموارده وتعتبر عما وصل إليه من حضارة ويقدم.

**أما ما يتعلق بالجزء الأول من الآلية فيشمل الخطوات التالية:**

#### **(١) تحديد أهداف وشروط الدمج:**

**أ- أهداف الدمج:**

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

**ب- شروط الدمج:**

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

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

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

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

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

#### **(٢): تحديد إجراءات التنفيذ:**

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

**أ- الإجراءات الأولية:**

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

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

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

\*- توجيه خطاب لمركز الإشراف موضح فيه اسم المدرسة وعدد الفصول التي سيتم اعتماد فتحها للعام الدراسي القادم.

\*- توجيه خطاب للمعاهد لإشعار أولياء أمور الطلاب الذين سيتم نقلهم في البرامج الجديدة في مدارس التعليم العام.

\*- توجيه المعاهد بتحديد احتياجات الطلاب من النقل (الباصات) ورفعها لشئون الطلاب بالإدارة لاتخاذ اللازم قبل بداية العام الدراسي.

### ب- الإجراءات اللاحقة:

\*- إعطاء معلومات كاملة لإدارة المدرسة عن فئة الطلاب التي سيتم نقلهم للفصول في المدرسة مع توضيح الطرق والأساليب التي يمكن دمج طلاب التربية الفكرية مع أقرانهم العاديين في المدرسة.

\*- اختيار المعلمين المتميزين من المعاهد والمعلمين المنقولين من خارج المنطقة وتوجيههم لمدارس الدمج بما في ذلك معلمي التربية الرياضية والفنية.

\*- تسديد جميع حاجات البرامج المعتمدة في مدارس التعليم من الوسائل التعليمية والأثاث والنقل (الباصات) قبل بداية العام الدراسي.

\*- اختيار معلم متابع متميز من المعاهد مع بداية كل برنامج لمتابعة احتياج البرنامج والتنسيق مع قسم التربية الخاصة والمعاهد في نقل الطلاب للبرامج ومن ثم الرفع بالمعوقات والمشكلات التي تواجه البرنامج.

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

لكي نتمكن من تقييم برنامج الدمج بشكل جيد في مدارس التعليم العام لابد من توافر وسائل وإجراءات دقيقة تساعدنا على تقييم البرنامج ولذلك قمنا بتشكيل لجان خاصة في كل مدرسة مكونة من (المدير والوكيل والأخصائي النفسي والمرشد الطلابي ومعلم من البرنامج).

ومن هذا المنطلق تم تحديد جميع السلبيات التي تواجه برامج الدمج في التعليم العام وقد

كانت على النحو التالي:

#### أ- تحديد السلبيات الناتجة عن الدمج:

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



\* - نقص الوعي والمعلومات عن طبيعة العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة لدى إدارات ومعلمين مدارس التعليم العام الأمر الذي تسبب في البداية إلى نقل بعض البرامج إلى مدارس أخرى.

\* - القصور الواضح من وسائل الإعلام من الصفح والتلفاز في نشر الوعي في المجتمع السعودي عن قدرات وإمكانيات واحتياجات الفئات الخاصة.

\* - عدم وجود إمكانية لفتح برنامج فصول في المدارس الحكومية في بعض الأحياء الأمر الذي ترتب عليه اختيار مدارس مستأجرة صالحة للدمج ولكن المشكلة تكمن في عدم وجود ساحات كبيرة للنشاط.

\* - وجود نقص واضح في بعض المدارس في عمال النظافة والأدوات والوسائل التعليمية الأمر الذي يتطلب توجيه خطاب عاجل من الأمانة العامة للتربية الخاصة للمستودعات في المنطقة لتوفير هذه الاحتياجات لمدارس الدمج.

\* - عدم توفر النقل (الحافلات) مع بداية كل عام دراسي.

\* - عدم توافق فصح الطلاب التربوية الفكرية مع طلاب التعليم العام نظرًا لوقت حصص التربية الفكرية.

ب- الإجراءات التي تم اتخاذها حيال بعض هذه السلبيات:

\* - الاجتماع بجميع مديري ووكلاء مدارس التعليم العام التي بها برامج الدمج ومناقشة جميع العقبات والمشكلات التي تواجه الدمج وكيفية معالجتها.

\* - توجيه رواد النشاط بعمل أنشطة اجتماعية وثقافية ورياضية لبرامج الدمج في مدارس التعليم العام مع أقرانهم العاديين. ويتم تغطيته من قبل مسئول الأعلام العلاقات العامة وينشر الخبر في جميع الأجهزة الإعلامية المقروءة والمسموعة والمرئية.

\* - تسديد حاجات البرامج من الوسائل والعاملين قبل بداية كل عام دراسي.

\* - نظرًا لعدم توافق وقت الحصص للتربية الفكرية مع التعليم العام تم وضع آلية تنظيم الحصص لكي تتوافق مع الفصح والأخرى للتعليم العام حتى يتم دمج الطلاب وتحقق الأهداف المنشودة.

**(٤): الاقتراحات والتوصيات:**

\* - ضرورة توسيع المشاركة والتفاعل الاجتماعي والثقافي والرياضي للمعاقين في المجتمع.

\* - يجب أن يكون هناك دور إعلامي بجميع قنواته لتوعية المجتمع بالقدرات والإمكانيات لذوي الاحتياجات الخاصة.

\* - عدم التوسع في البرامج وبكتفي بالعدد الحالي حتى يتم وضع الآلية الجيدة في فتح البرامج مستقبلًا.

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

## المراجع

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

## الفصل الرابع

### رعاية فئة المعاقين سمعياً

## عناصر الفصل الرابع:

تمهيد

أولاً: تعريف الإعاقة السمعية

ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعية

ثالثاً: المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية

رابعاً: أسباب حدوث الإعاقة السمعية

خامساً: الخصائص النفسية المميزة للأطفال المعاقين سمعياً

سادساً: دور الخدمة الاجتماعية في مجال المعاقين سمعياً

## تمهيد:

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

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

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

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

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

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

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

### أولاً: تعريف الإعاقة السمعية:

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

## ١- الصمم:

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

## ٢- ضعيف السمع:

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

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

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

## ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعية:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية وفقاً لبعدين أساسيين هما:

١- الوقت الذي حدث فيه فقدان السمع.

٢- مدي الخسارة السمعية.

١- الوقت الذي حدث فيه فقدان السمع:

وتصنيف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلي ثلاثة أنواع هي:

(أ) صمم ما قبل اللغة:

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

(ب) صمم ما بعد اللغة:

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

(ج) صمم في السن المتأخر:

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

٢- مدي الخسارة السمعية:

وتصنيف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلي خمس فئات وهي:

(أ) الفئة الأولى:

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

#### ب) الفئة الثانية:

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

#### ج) الفئة الثالثة:

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

#### د) الفئة الرابعة:

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

#### هـ) الفئة الخامسة:

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

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

#### ثالثاً: المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية:

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

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

٢- تظهر على المصاب عيوب في الكلام مع أصوات غير واضحة وغريبة وتأخره الدراسي رغم تمتعه بقدرات عقلية عادية.

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

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

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

٦- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حين يتكلم بصوت طبيعي.

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

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

٩- يبدو المعاق غافلاً متكاسلاً فاطر الهمة وسرحان.

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

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



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

#### رابعاً: أسباب حدوث الإعاقة السمعية:

يري البعض أنه نتيجة للصمم الولادي Congenital الذي يؤدي إلي إصابة عصب السمع وإن مرضي القصاع يكونون مصابون بالصمم نتيجة لكثافة تبطين الأذن الوسطي وإن الصمم المكتسب Acquired الذي يحدث نتيجة للالتهابات أو الحوادث تظهر في المرضي المعتمهين الذي لم يصل نموهم اللغوي أبعد من مرحلة الصياح.

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

ويري البعض أن الإعاقات السمعية يجب أن تقسم إلي ما هو وراثي وما هو يرجع لعوامل خارجية.

#### **١- الأسباب الوراثية للإعاقة السمعية:**

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

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

#### **٢- الأسباب غير الوراثية للإعاقة السمعية:**

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

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

**إصابة الأذن الداخلية:** عنالك بعض الأمراض التي قد تصيب الأذن الداخلية مما يؤدي إلي إعاقة سمعية من هذه الأمراض البكتيريا العضوية، البكتيريا السجية الأنفلونزا حيث يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلي المخ.

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

#### **طرق تعليم المصابون بإعاقات سمعية:**

١- طريقة تعرف باسم طريقة الإشارات Manuals Method وتعتمد هذه الطريقة

على الإشارات والإيماءات وحركات الجسم التي تعتبر بها عن الأفكار كحركات اليدين والكتفين والتعبيرات المختلفة على الوجه.

٢- طريقة تعرف بإسم الطريقة الشفوية وهي تقوم أساساً على قدرة الطفل على ملاحظة حركات الآخرين هي حركات (الفم - اللسان - الشفاه) وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية (حروف) وهذه الطريقة يحتاج إلى أن يكون بجانب المعاق معلم يتمرن من خلاله ولذلك لا يمكن تعلم الكلام عن هذه الطريقة بسهولة. إن عملية قراءة الكلام لدى المصاب بالإعاقة السمعية لا تعتمد فقط على ملاحظات حركات اللسان والشفاه بل تعتمد على حاسة اللمس حيث أن الفرد عن طريق وضع يديه مثلاً على فتحة أنف أو فم الشخص الذى أمامه يحس من خلال الهواء الصادر بالحرف ومعنى ذلك أن عملية قراءة الكلام عند المصاب بإعاقة سمعية هي عملية تعتمد على الإدراك البصرى والإدراك اللمسى.

#### خامساً: الخصائص النفسية المميزة للأطفال المعاقين سمعياً:

لقد قامت عدد من الدراسات الخاصة بالأطفال المعاقين سمعياً وكشفت هذه الدراسات عن أن هناك:

- مشاعر نقص.
  - سوء تكيف أسري.
  - سوء تكيف اجتماعي.
  - أحلام يقظة.
  - قلة الرغبة والاهتمام بالحياة.
  - الميل إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم.
  - نقص الكفاية الاجتماعية.
  - وجود استجابات عصابية.
  - عدم القدرة على تحمل المسؤولية.
  - هذه الأبحاث قد قام بها كلا من نبنزوللي برونشويج، براد واى سيرنجر وسترفج وكيرك ... إلخ.
- لذلك يلخص د/ مصطفى فهمي أهم الصفات البارزة فى شخصية الفرد الأصم فيما

يلي:

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

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

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

نعني بذلك أن الشخص الأصم يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول بينة وبين الاستفادة من حاسة السمع فهي معطلة لديه وهو لذلك لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية، في حين أن ضعف السمع يعانون نقصاً في قدرتهم السمعية ويكون هذا النقص له درجات.

وهناك طرق لقياس حدة السمع لتعرف إذا ما كان يعاني من الصمم أو ضعف السمع

منها:

١- اختبار الهمس Whispering Test

٢- اختبار الساعة الدقاقة Watch Tick Test

٣- اختبار بواسطة الصوت الطبقي للإنسان The Spoken Uaice Test

٤- القياس عن طريق الأجهزة السمعية.

#### ■ الخصائص الكلامية للطفل ضعيف السمع:

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

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

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

#### ■ كيفية تعليم الأطفال المعاقين سمعياً:

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

١- التواصل اللفظي.

٢- التواصل اليدوي.

٣- التواصل الكلي.

#### ١- التواصل اللفظي:

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

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

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

نظراً للمشكلات والصعوبات التي يتعرض لها من يقوم بالتعلم من خلال هذه الطريقة

والتي تتمثل في:

- وجود أساس قوي مناسب.

- معرفة بقواعد اللغة.

- ثروة لفظية واسعة.

#### ٢- أساليب التواصل اليدوي:

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

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

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

### ٣- أساليب التواصل الكلي:

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

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

إن التواصل يبدأ من الطفل والوالدين منذ ميلاد الطفل بدءاً من الحركات البدائية الفحة ووصولاً إلي أشكال متطورة من التواصل ولذلك فالاستخدام المبكر المستمر لنظام التواصل الكلي يساعد على النمو العقلي الأمر الذي يؤدي إلي تحصيل جيد بالنسبة للمعاق سمعياً. إن التفاعل الإنساني هو أساس التواصل يجب أن يتم بطريقة منظمة ليس بطريقة عشوائية ويمكن أن تكون على النحو الاتي:

- تعتبر الإشارة أسهل الطرق لتمكين الطفل الصغير المصاب بالصمم الولادي من التواصل بالمعني الحقيقي للكلمة، أي أن يكون قادراً على التعبير عن نفسه وعن أفكاره.

- تساعد الإشارات التي تدعم قراءة الشفاه والسمع عندما يقوم المعلم بإصدار إشارات والتحدث في وقت واحد وعندما يستخدم الطفل الأدوات المبكرة للصوت الملائمة له هناك أطفال لا يستفيدون من أجهزة تكبير الصوت فإن الإشارات تدعم قراءة الشفاه.

- أن القدرة على السمع تدعم المهارات السمعية اللفظية بالنسبة لعدد كبير من الأطفال المعاقين سمعياً عندما تكون الأدوات المعنية من النوع الذي يسهل السمع ويتوقف نجاح هذه الطريقة على

- قدرة الطفل على أن يسمع الكلام الصادر منه.
- التغذية المرتدة السمعية.
- أن يسمع كلام الأشخاص الآخرين.
- أن يكون لديه قدرة على هجاء الأصابع.

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

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

- إعطاء تمرينات بقصد بها إثارة الانتباه السمعي لدى المصاب.  
وحتى نتعرف على ما ممدى النقص الذي يعاني منه ضعاف السمع فيمكن تقسيم النقص السمعي Hearing Losses إلي:

- نقص سمعي بسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية أقل من العادي.
  - نقص سمعي من النوع المتوسط Moderate وهو يتألف من ٤٠ وحدة صوتية أقل من العادي.
  - نقص سمعي شديد Severe وهو يتألف من ٦٠ وحدة صوتية أقل من العادية.
- إن أفراد الفئة الأولى يمكن تركهم في الفصول العادية ليواصلوا تعليمهم مع الأطفال العاديين على أن يكونوا في الصفوف الأساسية.
- أفراد الفئة الثانية يجب أن نقدم لهم أجهزة تساعد على السمع مع بقاءهم في فصول رعاية أيضاً.
- أما أفراد الفئة الثالثة فيجب عزلهم في فصول خاصة بهم نتيجة لاختلاف أساليب التدريس عند الأطفال العاديين.

يذكر يرت أن كثيراً من الأمراض التي لا بد أن يصاب بها الأطفال يكون لها ذيول تؤثر في سلامة الأذان وبالرغم من أن حاسة السمع قد لا تتلف نهائياً، فإن الأطفال في معظم الأحيان يتعرضون لظروف خاصة يفقدون فيها حاسة السمع مؤقتاً يحدث عادة في فترة حرجة بالنسبة إلي تعلمهم.

#### أما أعراض ضعف السمع لدى الأطفال فهي كما يلي:

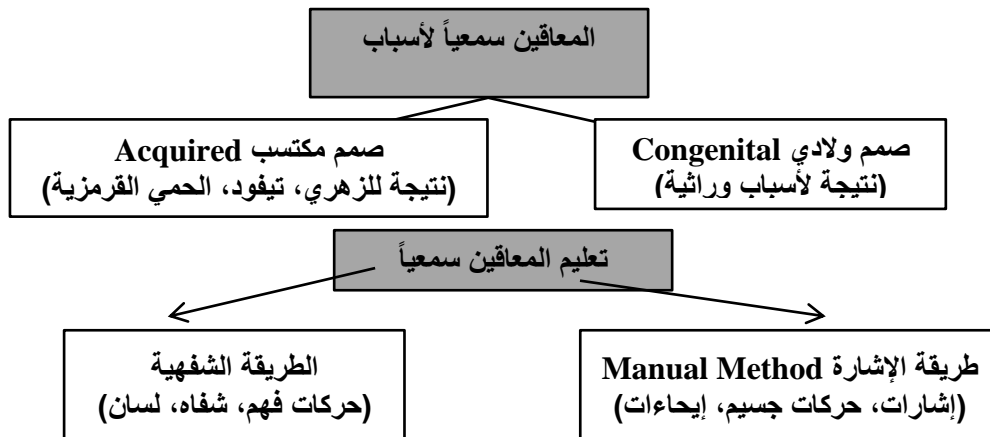
- ١- تقلص عضلات الوجه أثناء الإصغاء.
  - ٢- الميل بالرأس إلي ناحية واحدة حتي يمكن الإصغاء بأذن معينة.
  - ٣- عدم الالتفات وإهمال التعليمات.
  - ٤- عدم الاستجابة للنداء.
  - ٥- الشعور بالآم الأذن وخروج إفرازات صمغية من الأذن.
  - ٦- وجود عيوب في الكلام والخلط بين الكلمات ذات النطق المتشابه.
  - ٧- الميل إلي الانزواء والعجز عن الاشتراك مع أفراد الجماعة.
- إن ضعف التلميذ في قدرته السمعية قد تأخذ صورة ضعف قوة التحليل والتجميع وكلاهما قد يقلل من كفاءة الشخص على التعليم حيث معظم الأطفال الذين يعانون أحد أو كلا هذين النقصين يظهران نقصاً في دقة السمع إذ أن نقصهم السمعي مصدره نقص فسيولوجي.

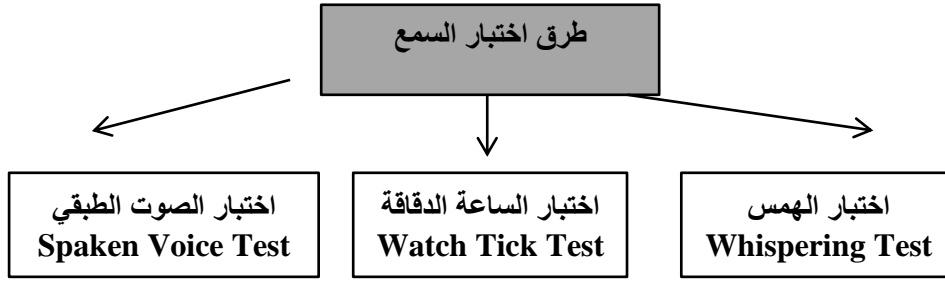
#### المحاولات الأولى لتعليم المعاقين سمعياً:

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

- انتقل الاهتمام لهؤلاء الأطفال من فرنسا إلى ألمانيا حيث أسس صموئيل هاينيك أول مدرسة لتعليم الصم في هامبورج.
- كان يعتقد أن الطفل الأصم يستطيع (قراءة الشفاه) وكما أن في استطاعته تعلم الكلام ولذلك يعتبره الكثيرين أنه أبو الطريقة الشفوية Oral Method في تعليم الصم.
- أيضاً ظهر الباحث فريدريك موريتزهل حيث كانت فلسفته في علاج الصم وتعليمهم تنحصر في "اتباع في تعليم الطفل الأصم نفس الخطوات الطبيعية التي يتعلم بها الطفل العادي طريقة الكلام".
- في إنجلترا أنشأ توماس يريودود عام ١٧٦٠م مدرسة للصم وكان يستعمل في تعليم الصم الطريقة الشفوية.
- في مصر أنشأت لهم معاهد خاصة، كما أنشأت لهم معهد للتدريب والتوجيه ومن أشهر هذه المعاهد (معهد الأمل) بالقاهرة.
- من هنا أشارت الدراسات إلى أن التحصيل الدراسي للأطفال الذين يتلقون تعليمهم بالمدارس اليومية للصم كان أعلى بدرجة واضحة من تحصيل الأطفال المنتظمين في معاهد داخلية وكما أشار إلي أن الفرق بين المجموعتين لا يقبل التفسير في إطار ارتفاع الذكاء أو الدرجة الأفضل من السمع أو تأخر زمن الإصابة لدى الأطفال المدارس اليومية.
- يتضح من البيانات التي ظهرت في الدراسات أن الأطفال في المدارس الداخلية الذين تم تعليمهم من خلال طرق وأساليب سمعية حصلوا على نسبة تعليمه أعلى مما حصل عليه الأطفال الذين يتشابهون معهم في درجات الذكاء والسمع وزمن الإصابة ممن تعلموا بوسائل وطرق أخرى غير سمعية كطريقة الإشارات اليدوية.

ومما سبق يتضح أن:





### سادساً: دور الخدمة الاجتماعية في مجال المعاقين سمعياً:

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

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

#### ١- العمل مع المعاق نفسه:

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

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

- تشجيعه على أن يكون لديه اهتمامات وهوايات مناسبة ومقبولة لشغل وقت الفراغ، وتشجيعه على الانضمام لنوادي الصم لأنه يستطيع أن يحقق ذاته أكثر من خلال جماعة الصم ويجد الفرصة للتعبير عن مشاعره وتخفيف حدة الصراعات داخله.
- توضيح أنواع الخدمات المتاحة في المجتمع سواء التعليمية أو الطبية أو التأهيلية أو التشغيلية التي يمكنه الاستفادة من خدماتها وكيفية استفادته منه.
- مساعدة المعاق سمعياً على تحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلال الاقتصادي عن طريق الكشف عن قدراته وإمكانياته واختيار مجالات التدريب المهني التي تتفق مع هذه القدرات ومساعدته على اكتساب العادات الطبية نحو العمل مثل حب الانتظام في العمل والمواظبة واتباع التعليمات والأوامر.

## ٢- العمل مع أسرة المعاق:

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

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

## ٣- العمل على مستوى المجتمع:

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



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

## المراجع

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

## الفصل الخامس

### فئة المعاقين بصريًا Blindness

## مقدمة

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

ولقد صدق الله تعالى القائل في محكم التنزيل: (أفلم يسيروا في الأرض فتكون لهم قلوب يعقلون بها أو آذان يسمعون بها فإنها لا تعمى الأبصار و لكن تعمى القلوب التي في الصدور. فمن هذا المنطق فإننا نوضح نظرة الإسلام إلى الكفيف، فإنه يمكننا بأن نوجز تلك النظرة في كلمتين هما: التقدير والتيسير أو بمعنى آخر المكرمة والمرحمة ، فمن مواطن التيسير الإسلامي على الكفيف.. كما في قوله تعالى: (ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج) والمعنى انه ليس على الأعمى ولا على شبيهه كالمريض والأعرج حرج في التخلف عن الغزو والجهاد، لما لهم من العذر، ففي نفي الحرج عن هؤلاء مزيد من الاعتناء بأمرهم وتوسيعاً لدائرة الرخصة أمامهم، وهنالك ألوان الرحمة والمكرمة والإنصاف الإلهي في توجيهات القرآن في هذا المجال .

والمجتمع الإسلامي في توأده وتراحمه ، يرحم الصغير ، ويوقر الكبير ، ويرحم بعضه بعضاً، ويساعد أفراده الأقوياء الضعفاء منهم، فيعودون المريض، ويعينون الضعيف والعاجز وذا الحاجة .

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

### أولاً: الإعاقة البصرية "ماهيتها وأنماطها":

قبل الحديث عن الإعاقة البصرية لابد أن نتعرف أولاً على تركيب حاسة الإبصار:

العين هي عضو الإبصار في الإنسان وتُعرف باسم المقلة وتتكون من:

أ- الصلبة. ب- القرنية.

ج- المشيمية. د- العدسة.

هـ- القرنية. و- الشبكية.

- الصلبة: هي طبقة سميكة بيضاء مكونة من ألياف متينة الوظيفة المخصصة لها هي حماية الأجزاء الداخلية.

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

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

-العدسة: جسم مستدير مرن محدب السطحين والوظيفة هي جمع الأشعة الضوئية على الشبكية.

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

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

#### #- أمثلة لعيوب البصر:

أ- طول النظر. ب- قصر النظر.

ج- الاستجماتزم.

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

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

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

تلعب كلاً من حاسة السمع، اللمس، الشم، دوراً هاماً لدى المكفوفين وضعاف البصر

الشديد.

#### أ- حاسة السمع:

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

#### ب- حاسة اللمس:

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

## ج- حاسة الشم:

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

وقد كانت بداية الاهتمام بالمكفوفين أثناء إنشاء أول معهد لهم في باريس عام ١٧٨٥ وكان يعرف باسم المعهد الأهلي لصغار العميان وقد أسسه (فالنتن هوى). أما في الولايات المتحدة الأمريكية فيرجع إنشاء أول معهد للعميان إلى (جون فشر) الذي كان يدرس الطب في باريس وزار معهد العميان بها.

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

## #- شخصية الكفيف:

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

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

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

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

اجتماعية) (٢٦ صفة نفسية) فتوصل إلى:

## أ- السمات الفيزيقية:

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

## ب- السمات الاجتماعية:

- يتعلم في مدارس خاصة.
- نادراً ما يعمل في مهن يدوية.
- يعتمد على غيره من الناحية المادية.

### ج- السمات النفسية:

- حاسة اللمس عنده دقيقة.
  - يسمع جيداً.
  - يتمتع بذاكرة قوية.
- كما أظهرت الدراسات أن المكفوفين توافقه الشخصيات الاجتماعي منخفضة إذا ما قورن بالأشخاص العاديين، كما أن توافق البنات أحسن من توافق الذكور.
- وينظر بعض الآباء على أن وجود طفل كفيف نوع من العقاب حيث يرو أن إصابة الطفل بالعمى تعتبر عيباً وخزياً شخصياً للوالدين ولكن يجب على الآباء أن يتعاملوا مع الكفيف من خلال:

- ١- تقبل الطفل وعجزه.
- ٢- انكسار العجز وعدم الاعتراف به.
- ٣- عدم الحماية الزائدة للكفيف.
- ٤- عدم نبذ الطفل.

### #- تعريف الكفيف:

- ١- من الناحية الطبية:  
هي الحالة التي يفقد فيها الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهي العين ولهذه الأسباب.  
أ- أسباب خارجية:  
إصابة الطبقات المتخصصة بالقرنية أو الشبكية.

## ب- أسباب داخلية:

إصابة العصب البصري.

### ٢- من الناحية الاجتماعية النفسية:

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

ويرى البعض أن العمى هو العجز عن عد الأصابع على مسافة متر واحد في كل الظروف وقد أقر هذا التعريف في المؤتمر الطبي الاسترالي في حين أن العمى الجزئي هو امتلاك لقدرة بصرية تساوي ٦/٦٠ أو ٢٠/٢٠٠.

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

من هنا يقسم المكفوفون إلى العناصر الآتية:

#### - كف كلي:

- ولدا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

- أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

#### - كف جزئي:

- أصيبوا بالعمى قبل سن العاشرة.

- أصيبوا بالعجز بعد سن الخامسة.

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

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

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

#### \* - ثانياً: تعريف الإعاقة البصرية:

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



التعريف القانوني لكف البصر (Blindness) الذي تأخذ به معظم السلطات التشريعية ينص على حدة إبصار تبلغ ٢٠/٢٠ (٦٠/٦) أو أقل في العين الأحسن مع أفضل أساليب التصحيح الممكنة، أو حدة إبصار تزيد على ٢٠/٢٠ إذا كان المجال البصري ضيقاً بحيث يصل إلى زاوية إبصار لا تتعدى ٢٠ درجة.

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

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

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

#### @- المكفوفون في ضوء التعريف التربوي:

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

#### #- خصائص وآثار الإعاقة البصرية والمتطلبات التربوية:-

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

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

## = دور البصر في المجال الإدراكي:-

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

## #- دور البصر في مجال التفاعل الاجتماعي:

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

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

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

### ١- في المجال الإدراكي والمهارات الحركية:

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

### ٢- في المجال المعرفي:

يتراوح التباين بين المعوقين بصرياً من عدم القدرة على بناء المفاهيم واستخدامها استخداماً فعالاً إلى قدرة عالية على بناء هذه المفاهيم. ومن عدم القدرة على الأداء الوظيفي فيما عدا في المواقف التعليمية الأولية إلى النجاح المهني التام الذي يقوم على استخدام الشخص المعاق بصرياً بجميع الفرص والمظاهر التعليمية المتاحة.

### ٣- في المجال الاجتماعي:

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

### ٤- في المجال الانفعالي:

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

### ثالثاً: انعكاسات الإعاقة البصرية على بعض مظاهر النمو:

#### ١- تعويض الحواس:

من المعتقدات الشائعة عن القدرات الإدراكية لدى المعاقين بصرياً أنهم نتيجة للإصابة في البصر يوهبون بإمكانيات أكبر في القنوات الحسية الأخرى وهنا يجب الفصل بين القدرات الحسية التمييزية من جهة، وبين فعالية الانتباه والاستخدام الوظيفي للمعلومات المختلفة. أ- فيما يتعلق بالقدرات الحسية التمييزية فإن الأدلة المتوافرة إلى الآن تنفي فكرة تعويض الحواس فلم توجد فروق بين المعاقين بصرياً وبين المبصرين أو بين المجموعات المختلفة من المعوقين بصرياً في القدرات الحسية التمييزية. ب- أما بالنسبة لفعالية الانتباه توجد أدلة على أن إمكانيات تركيز الانتباه ربما تنمو على نحو أفضل لدى بعض الأفراد المعاقين بصرياً مما هو الحال بين الأفراد المبصرين بوجه عام وينطبق ذلك بصفة خاصة على الانتباه السمعي.

#### ٢- الإدراك اللمسي:

يعتبر اللمس مصدراً هاماً من مصادر المعلومات عن العالم المحيط بالأفراد حتى المبصرين منهم وبالنسبة للأطفال المعوقين بصرياً فإن اللمس يكون أكثر من الضروري الاعتماد عليه كعامل وسيط للمدركات التي يؤديها البصر في الظروف العادية. أ- يكتسب الإدراك اللمسي أهمية خاصة بالنسبة لبعض المظاهر السلوكية الوظيفية كتعلم المادة اللمسية بطريقة برايل أو إدراك المواد التعليمية كالرسوم والخرائط عن البيئة المكانية. ب- اللمس يساعد الطفل المعاق بصرياً من حيث أنه يزوده بمصدر رئيسي للمعلومات عن الأشياء التي تحيط به وتقع في نطاق اللمس. ج- يترتب على ما تقدم أم محاولات استخدام الرسوم اللمسية في المواقف التعليمية مع الأطفال المعوقين بصرياً يجب أن يراعى بصورة ملائمة ما يمكن أن يوجد بين الأطفال من فروق في استراتيجيات الحصول على المعلومات اللمسية كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن تدريب

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

### ٣- الإدراك السمعي:

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

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

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

### ٤- تعلم الحركة:

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

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

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

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

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

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

#### ٥- النمو المعرفي:

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

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

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

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

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

#### ٦- النمو الاجتماعي:

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

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

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

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

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

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

#### \* - ثالثاً: كف البصر كمشكلة اجتماعية:

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

#### \* - رابعاً: الخدمات التأهيلية الاجتماعية للمكفوفين:

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

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

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

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

#### ٧- الخدمات المقدمة للكفيف الأصم والمكفوفين المسنين.

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

#### خامساً: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع ذوي الإعاقات البصرية:

يمكن تطبيق اختصاصات ومسئوليات الممارس العام في العمل مع فئة المكفوفين على

النحو التالي:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### (أ) طور البداية:

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

#### (ب) طور الوسط:

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

#### (ج) طور النهاية:

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

الصغيرة وحتى مجتمع المؤسسة ومجتمع الجيرة والمجتمع المحلي في آن واحد ويشكلون جميعهم نسق العميل.

#### \* - سادساً: رعاية ذوي الإعاقات البصرية في الإسلام:

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

كما ذكر الله تعالى في سورة عبس: قال تعالى: ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهٗ يَرْكَبِي (٣) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى (٤) أَمَّا مَنْ اسْتَعْنَى (٥) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى (٦) وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَرْكَبِي (٧) وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (٨) وَهُوَ يَخْشَى (٩) فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى (١٠) كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ (١١) فَمَنْ شَاءَ ذَكَرْهُ (١٢) فِي صُحُفٍ مُكَرَّمَةٍ (١٣) مَرْفُوعَةٍ مُطَهَّرَةٍ (١٤) بِأَيْدِي سَفَرَةٍ (١٥) كِرَامٍ بَرَرَةٍ﴾ سورة عبس الآيات من ١ - ١٦. في تفسير ابن كثير، ذكر غير واحد من المفسرين أن رسول الله ﷺ كان يوماً يخاطب بعض عظماء قريش، وقد طمع في إسلامه، فبينما هو يخاطبه ويناجيه إذ أقبل ابن أم مكتوم، وكان ممن أسلم قديماً، فجعل يسأل رسول الله ﷺ عن شيء ويلح عليه، وود النبي ﷺ أن لو كف ساعته تلك، ليتمكن من مخاطبة ذلك الرجل طمعاً ورغبة في هدايته، وعبس في وجه ابن أم مكتوم وأعرض عنه، وأقبل على الآخر، فأنزل الله تعالى: ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهٗ يَرْكَبِي﴾ أي يحصل له زكاة وطهارة في نفسه ﴿أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى﴾ أي يحصل له اتعاظ وازدجار عن المحارم ﴿أَمَّا مَنْ اسْتَعْنَى (٥) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى﴾ أي أما الغنى فأنت تعرض له لعله يهتدي ﴿وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَرْكَبِي﴾ أي ما أنت بمطالب به إذا لم يركب نفسه ﴿وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (٨) وَهُوَ يَخْشَى﴾ أي يقصدك ويؤمك ليهتدي بما تقول له ﴿فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى﴾ أي تتشاغل، ومن هنا أمر الله تعالى رسول الله ﷺ أن لا يخص بالإنذار أحداً، بل يساوي بين الشريف والضعيف، والفقير والغني، والسادة والعبيد، والرجال والنساء، والصغار والكبار، ثم الله تعالى يهدي من يشاء إلى صراط مستقيم، وله الحكمة البالغة والحجة الدامغة، روى الحافظ أبو يعلى عن أنس رضي الله عنه في قوله: ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى﴾ قال: جاء ابن أم مكتوم إلى النبي ﷺ وهو يكلم (أبي بن خلف) فأعرض

عنه، فأُنزل الله عز وجل ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى﴾ فكان النبي ﷺ بعد ذلك يكرمه، وعن عائشة رضي الله عنها قالت: أنزلت ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى﴾ في ابن أم مكتوم الأعمى، أتى إلى رسول الله ﷺ فجعل يقول أرشدني، قالت: وعند رسول الله ﷺ رجل من عظماء المشركين قالت: فجعل النبي ﷺ يعرض عنه، ويقبل على الآخر، ويقول: "أترى بما أقول بأساً" فيقول: لا، ففي هذا أنزلت ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى﴾، وهكذا ذكر غير واحد من السلف والخلف: أنها نزلت في ابن أم مكتوم، والمشهور أن اسمه عبد الله، وقوله تعالى: ﴿كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ﴾ أي هذه الوصية بالمساواة بين النساء، في إبلاغ العلم بين شريفهم ووضيعهم، وقال قتادة ﴿كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ﴾ يعني القرآن ﴿فَمَنْ شَاءَ ذَكَرْهُ﴾ أي فمن شاء ذكر الله تعالى في جميع أموره، ويحتمل عود الضمير إلى الوحي لدلالة الكلام عليه، وقوله تعالى: ﴿فِي صُحُفٍ مُّكَرَّمَةٍ (١٣) مَرْفُوعَةٍ مُّطَهَّرَةٍ﴾ أي هذه السورة أو العظة ﴿فِي صُحُفٍ مُّكَرَّمَةٍ﴾ أي معظمة موقرة، ﴿مَرْفُوعَةٍ﴾ أي عالية القدر، ﴿مُطَهَّرَةٍ﴾ أي من الدنس والزيادة والنقص، وقوله تعالى: ﴿بِأَيْدِي سَفَرَةٍ﴾ قال ابن عباس ومجاهد: هي الملائكة، وقال وهب بن منبه: هم أصحاب محمد ﷺ، وقال قتادة: هم القراء، وقال بن جرير: والصحيح أن السفارة الملائكة، والسفرة يعني بين الله تعالى وبين خلقه، ومنه السفير الذي يسعى بين النساء في الصلح والخير، وقال البخاري: سفرة: الملائكة، سمرت أصلحت بينهم، وجعلت الملائكة إذا نزلت بوحى الله تعالى وتأديته كالسفير الذي يصلح بين القوم، وقوله تعالى: ﴿كِرَامٍ بَرَرَةٍ﴾ أي خلقهم كريم، وأخلاقهم بارة طاهرة وفي الصحيح: "الذي يقرأ القرآن وهو ماهر به مع السفرة الكرام البررة"، والذي يقرأه وهو عليه شاق له أجران" أخرجه الجماعة عن عائشة رضي الله عنها مرفوعاً.

\* - سابغاً:

### (١) دور المدرسة نحو دمج المكفوفين:-

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

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

ب- لأنه كيف البصر له احتياجاته التعليمية والتربوية التي تناسبه.

ونستعرض فيما يأتي دور المدرسة الذي يشمل كلاً من:-

أ/ الهيئة الإدارية.

ب/ المعلمون.

ج/ الطلاب.

## أ- الهيئة الإدارية:-

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

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

## ب/ المعلمون:-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

يميل بعض الطلاب إلى حب القيادة والمسئولية كأن يكون عريفا للصف، كذلك الحال مع بعض الطلاب المكفوفين ، فيقوم المعلم على سبيل المثال بإشباع هذه الرغبة عن طريق إسناد مهمة مساعد العريف له.

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

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

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

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

٩- التأكيد دائماً على الطلاب لتقبل الكفيف بينهم وأن الأهم المقدره على التعلم والتفاعل مع الآخرين وليس المظهر أو الشكل (حالة كف البصر).

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

١٠- عامل الكفيف على أنه أحد طلبة الصف أولاً ثم بعد ذلك على أنه كفيف.

يطالب الكفيف مثلما يطالب غيره من الطلاب مثل: كتابة الواجبات، المشاركة في الصف، المسائلة عند التقصير أو الإهمال.

١١- التدرج عند تقديم المساعدة للكفيف في التنقل.

**على سبيل المثال إذا أخطأ الطالب طريقه إلى الصف يوجه كالاتي:**

- يتم توجيهه شفويّاً.

- يؤخذ إلى الاتجاه الصحيح ويترك ليكمل طريقه.

- يصطحب إلى الصف.

١٢- المساهمة في معالجة الحركات غير الإرادية.

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

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

١٣- الاستفادة من خدمات غرفة المصادر.

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

## المراجع

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



## الفصل السادس

فئة الإعاقات المتعلقة  
بالنمو  
إعاقة التوحد Autism

## \* - مفهوم اضطراب التوحد **Autism**:

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

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

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

**Autism Research Institute Vol.14. No: 2(2000)** فقد لوحظ مؤخرًا زيادة

بنسبة كبيرة.

أما مركز الأبحاث في جامعة كامبردج أصدر تقريرًا بزيادة نسبة مرض التوحد حيث أصبحت "٧٥" حالة في كل ١٠.٠٠٠ من عمر "٥ - ١١" سنة وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقًا وهو "٥" حالات في كل ١٠.٠٠٠، فالسبب الرئيسي للمرض غير معروف لكن العوامل الوراثية تعمل دور مهم بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والعضوية.

أيضًا من المهم أن نعرف أنه ليس جميع المصابون بالتوحد مستوى ذكائهم منخفض، فحسب الإحصائيات أن ٤/١ الحالات من الأطفال المصابين بالتوحد ذكاءهم في المعدلات الطبيعية.

## \* - أشكال اضطراب التوحد:

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

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

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

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

٢- مرض فينايل كيتونيوريا (phenylketonuria (PKU

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

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

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

#### - أنواع طيف التوحد:

١- مرض التوحد التقليدي المستوفي جميع الأعراض Autistic Disorder.

٢- مرض أسبرقس Asperger's Disorder.

٣- مرض رترز Rett's Disorder.

٤- مرض Disintegrative Disorder.

٥- وجود بعض سمات من التوحد.

وسوف نقوم بشرح أعراض اضطراب التوحد التقليدي ومرض اسبرقس.

#### - أعراض اضطراب التوحد التقليدي:

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

والمعروف أن التوحد له ٣ أعراض رئيسية هي:

١- ضعف العلاقات الاجتماعية.

٢- ضعف الناحية اللغوية.

٣- الاهتمامات والنشاطات المتكررة.

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

وقد يظهر سلوكاً مؤذياً لنفسه وأيضاً تبول لا إرادي.

#### ١- ضعف التواصل الاجتماعي:

أي ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه .. أبيه، أهله والغرباء، بمعنى أن الطفل لا

يُسلم على أحد .. لا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه .. لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه ... لا

يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركهم اهتماماتهم .. ولا يحب أن يشاركوه ألعابه .. يحب أن يلعب

بمفرده ... ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين.

أيضاً لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن

يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال).

#### ٢- ضعف في التواصل اللغوي:

ضعف في التعبير اللغوي أو تأخر في الكلام .. أحيانا استعمال كلمات غريبة من

تأليف الطفل وتكرارها دائماً أو إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها .. صعوبة في استعمال

الضمائر فمثلاً لا يقول "أنا أريد أن أشرب" بل يستعمل اسمه فيقول "حسن يريد أن يشرب".

### ٣- نشاطه واهتماماته وألعابه متكررة ومحدودة:

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

### - أعراض مرض اسبرقس: Asperger's

هو مرض يدخل تحت مسمى طيف التوحد فالطفل يكون لديه بعض التصرفات المشابهة للتوحد.

ومن خصائصه أن الطفل طبيعي الذكاء أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديه تأخر في النطق لكن لديه ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية والتفاعل معها .. هؤلاء الأطفال لا يحبون التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس .. وعادة ما تكون لهم طقوس وروتين معين في حياتهم.

- أيضاً ينشغلون ويلعبون في أغلب الأوقات بشيء واحد .. لديهم حساسية بشكل كبير للأصوات.

- من المهم أن نتذكر أن الطفل مختلف وينظر إلى العالم بطريقة مختلفة.

- أيضاً بعض هؤلاء الأطفال عندهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل (قدرة غير عادية على الحفظ).

هم عرضة أحياناً إلى السخرية والتهكم من أقرانهم لكونهم مختلفين في تصرفاتهم بعض الأحيان.

### - ما هي أعراض التوحد:

ما هي أعراض التوحد، وكيف يبدو الأشخاص المصابين بالتوحد؟ عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن ٢٤ - ٣٠ شهراً، حينما يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

١- التواصل: يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتاً، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعان غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

٢- التفاعل الاجتماعي: يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، تكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

٣- المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساسًا أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.

٤- اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.

٥- السلوك: قد يكون نشطاً أو حركاً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض) دون سبب واضح. قد يُصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه. هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات.

وقد تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر، وبدرجات متفاوتة.

#### - أسباب اضطراب التوحد:

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير على وجود عامل جيني ذا تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بويضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI ، PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي Purkinje cells ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

ولكن من المؤكد أن هناك الكثير من النظريات التي أثبتت البحوث العلمية أنها ليست هي سبب التوحد، كقول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن التوحد سببه سوء معاملة الوالدين للطفل، وخاصة الأم، حيث إن ذلك عار عن الصحة تماماً وليست له علاقة بالتوحد. كما أن التوحد ليس مرضاً عقلياً، وليست هناك عوامل مادي في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

#### - كيف يتم تشخيص التوحد؟

ولعل هذا الأمر يُعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في

التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور، ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق: أخصائي أعصاب neurologist، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق speech-language pathologist، أخصائي علاج مهني occupational therapist وأخصائي تعليمي، والمختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

هذا وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد، ولعل من أشهر هذه الاختبارات CHAT (Chithood, Checklist for Autism in Toddlers) Autism Rating Scale-CARS وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط.

### **\* نصائح لآباء ومعلمي الأشخاص المصابين باضطراب التوحد بقلم: تمبل جراندين Temple Grandin**

١- يفكر كثير من الأشخاص المصابين باضطراب التوحد باستخدام التفكير المرئي، حيث أفكر باستخدام الصور، بدلاً من اللغة أو الكلمات. و تبدو أفكارى كشريط فيديو أراه في مخيلتي. فالصور هي لغتي الأولى، والكلمات لغتي الثانية. كما أن تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم الأفعال، حيث يمكنني أن أكون صورة في مخيلتي للاسم، بينما من الصعب عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء. كما أنصح المعلمة أو المعلم بعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل، وذلك باستخدام الألعاب مثلاً.

٢- حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة وأوامر أو تعليمات طويلة. حيث يواجه الأشخاص المصابين باضطراب التوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات، وذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل أو الشخص يستطيع القراءة.

٣- لدى كثير من الأطفال المصابين بالتوحد موهبة في الرسم، والفن، أو الكمبيوتر. حاول تشجيع هذه المواهب وتطويرها.

٤- قد يركز الأطفال المصابين بالتوحد على شيء ما يرفضون التخلي عنه، كلعب القطارات أو الخرائط. وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هي استغلال ذلك من أجل الدراسة، حيث يمكن استخدام القطارات، مثلاً، لتعليم القراءة والحساب. أو يمكن قراءة كتاب عن القطارات والقيام

بحل بعض المسائل الحسابية باستخدام القطارات، كعد مثلاً كم كيلو متر يفصل بين محطة وأخرى.

٥- استخدم طرق مرئية واضحة لتعليم مفهوم الأرقام.

٦- يواجه كثير من الأطفال المصابين بالتوحد صعوبات في الكتابة، بسبب صعوبات في التحكم بحركة اليد، للتغلب على شعور الطفل بالإحباط بسبب سوء خطه، شجعه على الاستمتاع بالكتابة، واستخدم الكمبيوتر في الطباعة إذا أمكن ذلك.

٧- بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتعلمون القراءة بسهولة أكبر إذا استخدموا طريقة تعلم الحروف أولاً، بينما يتعلم البعض الآخر باستخدام الكلمات دون تعلم الحروف أولاً.

٨- بعض الأطفال لديهم حساسية ضد الأصوات المرتفعة، ولذلك يجب حمايتهم من الأصوات المرتفعة (كصوت جرس المدرسة مثلاً)، أو صوت تحريك الكراسي بحكها في الأرضية، ويمكن التقليل من صوت تحريك الكراسي بوضع سجادة فوق أرضية الفصل.

٩- تسبب الأضواء العاكسة (الوهاجة) fluorescent lights بعض الإزعاج لبعض الأطفال المصابين بالتوحد، وتجنب هذه المشكلة، ضع طاولة الطفل قرب النافذة، أو تجنب استخدام الأضواء العاكسة.

١٠- بعض الأطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون من فرط الحركة أيضاً (hyperactivity)، حيث يتحركون كثيراً، ويمكن التغلب على ذلك إذا تم إلباسهم صدرية أو معطف ثقيل يقلل من حركتهم (بوضع أكياس أرز أو فول مثلاً لتزيد من وزن الصدرية أو المعطف). كما أن الضغط الناتج عن الوزن قد يساعد على تهدئة الطفل، ولأفضل النتائج يجب أن يرتدي الطفل الصدرية لمدة عشرين دقيقة، ثم يتم خلعها لبضع دقائق.

١١- يستجيب بعض الأطفال المصابين باضطراب التوحد بشكل أفضل ويتحسن الكلام عندهم إذا تواصل المعلم معهم بينما هم يلعبون على أرجوحة أو كانوا ملفوفين في سجادة .. فالإحساس الناجم عن التأرجح أو الضغط الصادر من السجادة قد يساعد على تحسين الحديث، لكن يجب أن لا يُجبر الطفل على اللعب بالأرجوحة إلا إذا كان راغباً بذلك.

١٢- بعض الأطفال والكبار المصابين باضطراب التوحد، ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي، لا يستطيعون معالجة المعلومات الداخلة عن طريق الرؤية والسمع في نفس الوقت، ولذلك لا يستطيعون الرؤية والسمع في نفس الوقت، ولذلك يجب ألا يُطلب منهم أن ينظروا وينصتوا في نفس الوقت.

١٣- تعتبر حاسة اللمس، عند كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي أكثر الحواس فاعلية، ولذلك يمكن تعليمهم الحروف بتعويدهم على لمس الأحرف المصنوعة من البلاستيك. كما يمكن أن يتعلموا جدولهم اليومي بلمس الأشياء



الموجودة على الجدول قبل بضع دقائق من موعد النشاط، فمثلاً قبل ١٥ دقيقة من موعد الغداء قدم للشخص ملعقة ليمسكها.

١٤- في حال استخدام الحاسوب في التعليم، حاول وضع لوحة المفاتيح في أقرب مكان على الشاشة، حيث إن بعضهم قد لا يدرك أن عليه أن ينظر إلى الشاشة بعد الضغط على أحد المفاتيح.

١٥- من السهل بالنسبة لبعض الأشخاص ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي الربط بين الكلمات والصور إذا رأوا الكلمة مطبوعة تحت الصورة التي تمثلها، وقد يجد بعض الأشخاص صعوبة في فهم الرسومات، حيث يفضلون استخدام الأشياء الحقيقية والصور في البداية.

١٦- قد لا يدرك بعض الأشخاص المصابين باضطراب التوحد أن الكلام يُستخدم كوسيلة للتواصل. ولذلك فإن تعلم اللغة يجب أن يركز على تعزيز التواصل. فإذا طلب الطفل كوباً فأعطه كوباً، وإذا طلب طبقاً بينما هو يريد كوباً، أعطه طبقاً، حيث يحتاج الطفل أن يتعلم أنه حينما ينطق بكلام ما، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث شيء ما.

١٧- قد يجد كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد صعوبة في استخدام فارة الحاسوب، ولذا حاول استخدام أداة أخرى لها زر منفصل للضغط، كالكرة الدائرية. حيث يجد بعض الأطفال المصابين بالتوحد، ممن يواجهون مشاكل في التحكم العضلي، صعوبة في الضغط على الفأرة أثناء مسكها.

#### - طرق التعلم عند الأطفال التوحديين:

هذه عبارة عن ملخص لمحاضرة ألقتهها د. كاتلين كيل Kathleen Quill حول طرق تعزيز التعلم عند الأطفال المصابين بالتوحد حيث بدأت بشرح أهمية فهم الطريقة التي يفكر بها هؤلاء الأطفال، ثم قامت بعرض طريقة التفكير الإدراكي والاجتماعي عند هؤلاء الأطفال، ثم شرحت الطرق التي تساعد على تعزيز التعلم من خلال استخدام الأعمال الروتينية المعتادة وأدوات التعليم المرئي نعرضها فيما يلي:-

#### (١) التفكير الإدراكي والتواصل الاجتماعي:

تقدم كتابات تمبل جراندين، ودونا ويليامز، وغيرها وسيلة لفهم كيف يفكر الأشخاص المصابون بالتوحد. حيث يظهر من خلال هذه الكتابات اعتماد الأشخاص المصابين بالتوحد على طريقة من التفكير تتميز بالتالي (في معظم الأحيان):

١- التفكير بالصور، وليس الكلمات.

٢- عرض الأفكار على شكل شريط فيديو في مخيلتهم، الأمر الذي يحتاج إلى بعض الوقت لاستعادة الأفكار.

- ٣- صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفهية.
- ٤- صعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم، أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.
- ٥- يتميزوا باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.
- ٦- لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها.
- ٧- لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس.
- وتبين المعلومات المتوفرة حول التواصل الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد أنه من المحتمل أن:

- أ- تكون لديهم صعوبات في فهم دوافع الآخرين وتصوراتهم حول المواقف الاجتماعية.
- ب- يواجهوا صعوبة في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهم، مما يؤدي إلى وجود عبء حسي sensory overload.
- ج- يستخدموا العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي. ولذلك، وبناء على افتراض أن التلاميذ التوحديين يكتسبوا المعلومات بطريقة مختلفة، فإنه يجب أن يكون هنالك توافق بين أساليب التعلم عند هؤلاء التلاميذ، وطرق عرض المواد لهم، حيث يجب أن يبدأ المعلمون بالعمل على الاستفادة من نقاط القوة عند التلاميذ التوحديين. وقد أكدت الدكتورة كيل على أنه من أجل خلق بيئة تعليمية مساعدة، يجب على المعلمين أن يقوموا بوضع بنية ثابتة structure أثناء التدريس.

## **(٢) البنية الثابتة Structure:**

- تعتبر البنية الثابتة من الأمور الحيوية عند تدريس الأطفال المصابين باضطراب التوحد، ويمكن تعزيز الأنشطة ببنية ثابتة تعتمد على:
- أ- تنظيم المواد المطلوبة للدرس.
- ب- وجود تعليمات واضحة.
- ج- وجود نظام هيكلي لتقديم التلميحات المساعدة للطفل، بحيث لا يتم تقديم الإجابة أو الاستجابة المطلوبة مباشرة، بل يتم مساعدة الطفل على الوصول إلى الاستجابة المناسبة بتقديم تلميحات تنتقل بالطفل من درجة إلى أخرى (من السهولة) حتى يصل إلى الاستجابة المطلوبة.
- كما يتم تعزيز البنية الثابتة باستخدام أعمال روتينية وأدوات مرئية مساعدة لا تعتمد على اللغة. فالروتينات المتكررة تسمح له بتوقع الأحداث، مما يساعد على زيادة التحكم في النفس والاعتماد عليها.

فالتسلسل المعتاد للأحداث: يوفر الانتظام وسهولة التوقع بالأحداث، يساعد على إنشاء نسق ثابت لكثير من الأمور، كما يوفر الاستقرار والبساطة، ويجعل الفرد ينتظر الأمور ويتوقعها، الأمر الذي يساعد على زيادة الاستقلالية.

وهناك ثلاثة أنواع للروتينيات:

**أولاً:** الروتينيات المكانية: التي تعمل على ربط مواقع معينة بأنشطة معينة، والتي يمكن أن تكون على شكل جدول مرئي تُستخدم كجدول يومي للأنشطة.

**ثانياً:** الروتينيات الزمانية التي تربط الوقت بالنشاط وتحدد بداية ونهاية النشاط بشكل مرئي وواضح.

**وأخيراً** هناك الروتينيات الإرشادية، التي توضح بعض السلوكيات الاجتماعية والتواصلية المطلوبة.

وتعمل الأدوات المرئية المساعدة على إضافة بنية ثابتة للتدريس، حيث إنها ثابتة زمنياً ومكانياً ويمكنها أن تعبر عن أنواع متعددة من المواد، كالمواد المطبوعة، والأشياء الحسية الملموسة، والصور، وعادة ما نفترض أن الكلمات المطبوعة تعتبر أصعب، ولكن توضح "الدكتورة كيل" على أن هذا افتراض غير صحيح. فالأدوات المرئية المساعدة:

- ١- تساعد الطفل على التركيز على المعلومات.
- ٢- تعمل على تسهيل التنظيم والبنية الثابتة.
- ٣- توضح المعلومات وتبين الأمور المطلوبة.
- ٤- تساعد الطفل في عملية التفضيل بين أكثر من خيار.
- ٥- تقلل من الاعتماد على الكبار.
- ٦- تساعد على الاستقلال والاعتماد على النفس.

كما أن الأنشطة المرئية مثل تجميع قطع الألغاز **puzzles**، وحروف الهجاء، والطباعة، والكتابة، وقراءة الكتب، واستخدام الكمبيوتر كلها تتميز بوجود بداية ونهاية واضحتين مما يساعد على وضوح تلك المهام.

**(٣) مبادئ التفاعل الاجتماعي:**

**عند تدريس التفاعل الاجتماعي قم باستخدام:**

- أ- سلسلة متوقعة من المواقف الاجتماعية.
- ب- مجموعة معدة مسبقاً من المحادثات الشفهية المنتظمة.
- ج- رسائل شفهية تتماشى مع النشاط الحالي.
- د- الاستخدام الآني للكلام والأدوات المرئية المساعدة.
- هـ- الوقفة كاستراتيجية من استراتيجيات التعلم، أي توقف بين فترة وأخرى.

و- المبالغة (في إظهار العواطف مثلا ...).

وباختصار فقد بينت "الدكتورة كيل" أنه من الضروري جداً تطابق طرق التدريس مع طرق التعلم الإدراكي (الذهني) والاجتماعي للشخص المصاب باضطراب التوحد. كما أن استخدام البنية الثابتة على شكل روتينات وأدوات مرئية مساعدة يعمل على تعزيز التعلم عند هؤلاء الأطفال.

#### \* - طرق تدريب الأطفال التوحديين على استخدام المرحاض:

ذكر "دبي جرى" -قسم التعليم- جامعة نورث كارولينا، أن هناك عدة طرق فعالة لتعليم الأطفال المصابين باضطراب التوحد كيفية استخدام المرحاض، وذلك بالاستفادة من نقاط القوة الموجودة عند هؤلاء الأطفال، مع محاولة مساعدتهم في النواحي التي يحتاجون فيها إلى المساعدة، حيث إن عملية استخدام المرحاض قد تُشكل صعوبة بالغة، فقد أثبت استخدام تقنيات التعليم المبني على أساس وجود وتحديد الهدف، كما تشمل وضع روتين ثابت يشمل النواحي التالية: إعداد المكان، إفهام الطفل وإبلاغه بالمكان الذي يجب أن يذهب عليه، وماذا يجب أن يفعل حينما يصل إلى هناك، وحين ينتهي، ثم ماذا يجب أن يفعل بعد ذلك:

١- قومي بعمل جدول تتبعين به عدد المرات التي يتخلص فيها طفلك من الفضلات، ولمدة أسبوع على الأقل. ثم قومي بعد ذلك بأخذه إلى الحمام كل ٢٠ دقيقة، مع التأكد مما إذا كان قد تخلص من الفضلات أم لا، مع تدوين ذلك، حيث ستخرجين بعد ذلك بجدول يبين تقريباً الأوقات التي من المحتمل أن يتخلص فيها من الفضلات إذا أخذتيه إلى الحمام (فقد تكتشفين من خلال الجدول أنه يحتاج إلى الذهاب إلى الحمام كل ٣ ساعات على سبيل المثال).

٢- قومي خلال فترة الملاحظة هذه بتقييم الأمور التالية: مهارات ارتداء وخلع الملابس، المخاوف المختلفة، الأمور التي يهتم بها الطفل، ومدى درجة الانتباه لديه.

٣- بعد عمل الجدول وتقييم مهارات الطفل، قومي بتحديد الأهداف المطلوبة، وهي قد تشمل: الذهاب إلى الحمام، الجلوس على مقعد الحمام لفترة كافية للتخلص من الفضلات، التعامل مع الملابس بشكل مناسب، القدرة على التعرف على الانتهاء من عملية الطرح، أو التغلب على خوف معين.

٤- قد لا يكون هدفك الأولي هو النجاح في أداء عملية طرح الفضلات كاملة، ولكن يجب أن تعلمي على إنشاء روتين خاص للحمام، سيساعد الطفل في النهاية على أداء العملية بنجاح حينما يكون جاهزاً لذلك. وروتين الحمام يشمل:

أ- نظام للتواصل يتعلق بالذهاب إلى الحمام، معرفة ما ينبغي أن يفعله حينما يذهب هناك، وفهم أين يذهب، وماذا يفعل عند الانتهاء.

ب- البدء من عند المستوى الحالي للطفل.

ج- وجود نظام لمكافأة الطفل.

د- الاستمرار في تدوين الجدول.

٥- انظري لعلامات استعداد الطفل لأداء العملية بنجاح. تذكري أن طفلك من المحتمل أن يتقن في البداية عملية طرح البول فقط، وعلامات الاستعداد تشمل:

أ- البقاء جافاً لمدة طويلة من الوقت (١ - ٢ ساعة).

ب- التوقف عن النشاط الذي يقوم به عندما يطرح الفضلات على ملابسه الداخلية.

ج- وجود انتظام في عملية طرح الفضلات.

د- يقوم بإخبارك بأنه قد "اتسخ" (مثل أن ينزع بنطلونه؛ أو أن يتخلص من الحفاضات، أو أن يتحسس بنطلونه).

هـ- حينما يخبرك أو يظهر لك أنه سيبلل نفسه، أو أنه قد "فعلها".

ويمكن استخدام التعليم المبني على وجود بنية ثابتة كإطار عام يتم من خلاله إدراج حاجات الطفل، ومهاراته، واهتماماته، وعملية الذهاب إلى الحمام تحتوي على العديد من الخطوات التي يجب أن تتقن لنجاح العملية، ولذلك فإن تحديد مستوى طفلك من حيث أداء هذه الخطوات، سيساعدك على تحديد الخطوة التي يجب البدء منها. كما يجب تقييم الطفل بشكل مستمر من أجل إجراء أية تعديلات ضرورية. كوني صبورة، متناسقة التصرفات، وقوية.

#### **\* - موقف جمعية التوحد الأمريكية من الحمية الغذائية والتوحد:**

تتلقى جمعية التوحد الأمريكية العديد من التساؤلات حول الحمية، والحساسيات الغذائية المرتبطة بالأشخاص المصابين باضطراب التوحد. حيث يتساءل بعض الآباء والأمهات والأخصائيين عما إذا كانت بعض المشكلات السلوكية تزداد سوءاً بسبب حساسية هؤلاء الأطفال لبعض المواد الغذائية. وكثيراً ما يُظهر الأشخاص المصابين باضطراب التوحد نفوراً أو حساسية ضد الخميرة، أو منتجات الجلوتين وغيرها، وقد وجد بعض الآباء أن إزالة هذه المنتجات تؤدي إلى تحسن في السلوك، وزيادة في الانتباه.

ولكن لا توجد أية دراسات علمية معتمدة، تساند هذه النظرية التي تقول بأن تغيير الحمية الغذائية يؤدي إلى تخفيف أو إزالة أعراض اضطراب التوحد. وفي الحقيقة فإن نسبة ضئيلة من الآباء ذكرت أنه كانت هناك تغييرات ملحوظة في سلوك أطفالهم، بعد تغيير الحمية. وبسبب صعوبة الحصول على معلومات مناسبة حول الحمية الغذائية، فإنه من الضروري استشارة الشخص المختص (أخصائي التغذية)، وفي الحقيقة فإن بعض المختصين بالتوحد لا يؤيدون عملية تغيير الحمية كنوع فعال من العلاج، وإنما يشجعون على التركيز على طرق العلاج التقليدية، كالتدخل التعليمي، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، ... الخ. كما أن

العديد من الأخصائيين، بما فيهم الأطباء، لا يملكون المعرفة الكافية المتعلقة بعلم التغذية، ولذلك فإنه من الضروري استشارة أخصائي التغذية عند التفكير في تغيير الحمية الغذائية، أو عند الشك في وجود حساسية ضد مادة غذائية ما...".

#### \* - طرق العلاج المتوفرة للمصابين باضطراب التوحد:

نعرض فيما يلي نبذة عن بعض طرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين باضطراب التوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين باضطراب التوحد، كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد، ولعل الطابع "الريحي" لمعظم المؤسسات التي ابتكرت وطورت طرق العلاج هذه يجعل الواحد يتردد في ترجيح أحدها على الأخرى.

هذا وقد قمنا بتقسيم بعض طرق العلاج المستخدمة إلى قسمين، بناء على قناعتنا الشخصية، وعلى آخر المعلومات المتوفرة في مجال دراسة اضطراب التوحد.

#### - القسم الأول: طرق العلاج القائمة على أسس علمية:

وهي تشمل طرق العلاج التي قام بابتكارها علماء متخصصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (كعلم النفس، والطب النفسي، وأمراض اللغة، والتعليم) وقد أتت طرق العلاج هذه بعد جهود طويلة في البحث العلمي، ولذا فإنها تملك بعض المصداقية، على الرغم من الانتقادات التي وجهت لكل من هذه الطرق. حيث لا توجد حتى الآن طريقة واحدة خالية من العيوب أو صالحة لعلاج نسبة كبيرة من الأطفال المصابين باضطراب التوحد. بالإضافة إلى عدم وجود دراسات علمية دقيقة وأمينية ومحايدة تثبت، دون شك، نجاح طرق العلاج هذه. وذلك على الرغم من وجود دراسات قليلة العدد، معظمها من قبل مبتكري هذه الطرق، تثبت نجاح وفاعلية طرق العلاج أو التدخل الخاصة بهم. ونود التنبيه إلى أن هناك ثغرات واضحة وكبيرة في كل من هذه الطرق، على الرغم من أنها مبنية عامة على جهود كبيرة في البحث، ولذا فإن هناك كثيراً من النقد موجه لهذه الطرق "العلمية"، ولكنها رغم ذلك فإنها تعتبر محاولات جيدة للوصول إلى طريقة ناجحة لعلاج أو تأهيل الأشخاص التوحديين.

#### (1) طريقة لوفاس Lovaas:

وتُسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behavior Therapy، أو علاج التحليل السلوكي Behavior Analysis Therapy، وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو Ivor Lovaas، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا) UCLA، حيث يدير الآن مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج اضطراب

التوحد، والعلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول قف، أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيئ.

وطريقة لوفاس هذه تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن ٤٠ ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة، وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين، هذا ونقوم العديد من المراكز باتباع أجزاء من هذه الطريقة، وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج، كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جدي في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

### **(٢) طريقة تيتش TEACCH:**

والاسم هو اختصار لـ Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له).

ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بوساطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا يسمى بـ Division TEACCH، ويديره الأساتذة Eric Schopler و Gary Mesibov وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد. وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق مراكز تيتش المنتشرة في الولاية، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل. حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ٥ - ٧ أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل.

### **(٣) فاست فور ورد: Fast For Word:**

وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب باضطراب التوحد. وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة "Paula Tallal" على مدى ٣٠ سنة تقريباً، حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة ١٩٩٦م ونشرت نتائج بحثها في مجلة "العلم Science"، إحدى أكبر المجلات العلمية في العالم. حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال

الذين استخدموا البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذه الألعاب، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. ونظراً للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامت "بولا طلال" بتأسيس شركة بعنوان "التعليم العلمي Scientific Learning" حيث طرحت برنامجها تحت اسم Fast For Word، وقامت بتطويره وابتكار برامج أخرى مشابهة، كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال المضطربين توحدياً، وإن كانت هناك روايات شفوية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال.

## **#- القسم الثاني: طرق العلاج الأخرى (غير المبنيّة على أسس علمية واضحة):**

### **(١) التدريب على التكامل السمعي (AIT (Auditory Integration Training):**

وتقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة على أن الأشخاص المصابين باضطراب التوحد مصابين بحساسية في السمع (فهم إما المفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها، وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة أو ممارسون لها، بينما لا توجد نتائج إيجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي، ولذلك يبقى الجدل مستمرا حول جدوى هذه الطريقة.

### **(٢) التواصل الميسر Facilitated Communication:**

وقد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر، وتناولتها كثير من وسائل الإعلام الأمريكية، وتقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر، وقد أثبتت معظم التجارب أن معظم الكلام أو المشاعر الناتجة إنما كانت صادرة من هذا الشخص الآخر، وليس من قبل



الشخص التوحدي، ولذا فإنها تعتبر من الطرق المنبوذة، على الرغم من وجود مؤسسات لنشر هذه الطريقة.

### (٣) العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy:

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين، ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحديين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل، ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر "علمية" من التدريب السمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدم فيه، إلا أننا نرى أن هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية.

### (٤) العلاج بهرمون السكرتين Secretin:

**السكرتين:** هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام، وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين باضطراب التوحد، فهل يُنصح باستخدام السكرتين؟: في الحقيقة ليس هناك إجابة قاطعة بنعم أو لا، لأنه في النهاية لا أحد يشعر بمعاناة آباء الأطفال التوحديين مثلما يشعرون هم بها، وهناك رايان حول استخدام السكرتين لعلاج التوحد، هناك الرأي المبني على أساس أقوال بعض (في بعض الأحيان مئات؟) الآباء الأمريكيين الذين استخدموه ووجدوا تحسناً ملحوظاً في سلوك أطفالهم، ويشجع عدد قليل من الباحثين في مجال التوحد على استخدام مثل هذا العلاج، ولعل أشهرهم هو "ويملاندا". وفي المقابل هناك آراء بعض العلماء الذين يشككون في فاعلية هذا الهرمون، ولعل من هذه الدراسات دراسة حول هذا، كانت تلك التي نشرت في مجلة نيو انجلاند الطبية ١٩٩٩ (إحدى أشهر المجلات الطبية الأكاديمية في العالم) في ٩ ديسمبر والتي لم تجد أثراً إيجابياً للسكرتين، بل إن هناك بعض العلماء ممن يحذرون من استخدامه، نظراً لأنه لم يتم تجريب هذا الهرمون على الحيوانات، ويحذرون من احتمال وجود آثار جانبية سلبية قد لا نعرف ماهيتها، وفي الحقيقة فإن الجدل ما زال مستمراً، خاصة مع وجود روايات من قبل بعض الآباء حول تحسن سلوك أطفالهم بالإضافة إلى وجود بضعة دراسات تؤيد استخدام السكرتين، لكنها لم تُنشر

في مجالات معروفة، مما يثير بعض الشبهات حول أسلوب البحث والمنهجية في هذه الدراسات، والخلاصة، هو أنه من الصعب بالنسبة لي شخصياً أن أنصح باستخدام الكسرتين، أو عدم استخدامه أيضاً، خاصة وأن هذا النوع من العلاج ما زال في مرحلة التجريب، ولكن يجب على الآباء أن يحذروا من التكلفة المالية لهذا العلاج، بالإضافة إلى التكلفة النفسية، المتمثلة في خيبة الأمل في حالة عدم نجاح العلاج، ولكن إذا كانت الأسرة ترغب في تجريب هذا العلاج، فإنها يجب أن تقوم باستشارة الأخصائيين، وهم أطباء الأطفال ممن عندهم إطلاع على التوحد، وعلى علم بالتطورات التي تجري حول استخدام الكسرتين، كما يفضل استشارة أخصائي تغذية أيضاً.

لذا يجب على آباء الأطفال التوحيديين أن ينظروا إلى هاتين الناحيتين، في حالة رغبتهم في "تجريب" هذا العلاج، كما يجب أن يستشيروا بعض الأطباء المتخصصين في هذا الأمر، وأن يتأكدوا من عدم وجود أية آثار جانبية سلبية له. كما يجب أن ينظروا إلى تكلفة العلاج، خاصة إذا رغبوا في الذهاب إلى الخارج، حيث تبلغ تكلفة الحقنة الواحدة من الكسرتين حوالي ٣٠٠ دولار أمريكي، وربما يحتاج الطفل إلى حقن أخرى كل ٩ أشهر، حيث قد يكون من الأجدى في بعض الحالات التركيز على البرامج التعليمية والتي تركز على تغيير سلوك الطفل إلى الأفضل... كما أنه من المهم بالنسبة للآباء أن يحذروا دائماً من تلك الحلول السحرية التي تبسط الأمور، والتي تعتمد على حالات نجاح فردية قد لا تتكرر مع كثير من الأطفال الآخرين.

وفيما يلي رد "الدكتورة سميرة السعد"، مديرة مركز الكويت للتوحد على سؤال من مجلة

"المنال" حول استخدام الكسرتين (نشر في مجلة المنال، عدد أبريل ٢٠٠٠):

"الكسرتين كغيره من الأدوية التي تظهر وقد تتجح مع بعض الحالات فتأخذ حجماً أكبر من حجمها الحقيقي وذلك بسبب تسليط وسائل الإعلام الضوء عليها بقدر أكبر قد ينعكس إيجاباً أو سلباً في بعض الأحيان على توضيح الفائدة الحقيقية لهذا الدواء، ونحن في مركز الكويت للتوحد نتابع جميع التطورات والمتابعات العلمية لهذا الدواء وردود الفعل المطروحة على الساعة من خلال النشرة الدورية "صرخة صامته" التي يصدرها مركز الكويت للتوحد وتصل إلى جميع المشاركين بعضوية المركز، كما نقوم بتسجيل الراغبين بإعطاء هذا الدواء لأبنائهم إذ لدى المركز اتجاه لاستضافة المعالجين بالكسرتين بعد ثبوت فعاليته والتأكد من عدم وجود أعراض جانبية قد تصاحبه أو تتبعه وتطبيقه على أبناء الراغبين من الأسر.... ويبقى الكسرتين حتى الآن مجالاً مفتوحاً للنقاش العلمي حيث يشيد البعض بتحقيقه لتقدم كبير وسريع لبعض الحالات وفي الجانب الآخر هناك من يؤكد فشله مع حالات أخرى! المهم في هذا الجانب تأكدنا من عدم وجود آثار ونتائج قد تنعكس سلباً على أطفالنا".

\* - إذن ما هي أفضل طريقة للعلاج؟

بسبب طبيعة اضطراب التوحد، الذي تختلف أعراضه وتخف وتحد من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض اضطراب التوحد في كل الحالات، وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين باضطراب التوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمُتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل)، والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، والبرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية.

على أن تُدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة. كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

ونشير إلى أنه حتى الآن لا يوجد دواء فعال في علاج مرض التوحد .. سوف أذكر

بعض الطرق العلاجية المستخدمة:-

### ١ - التعليم والتدخل المبكر:

هذا من انفع وأهم الوسائل بالنسبة للطفل التوحدي حيث أثبتت الدراسات أنه كلما تلقى الطفل برامج التعليم المخصصة مبكراً من عمر ٣ سنوات كلما كانت النتيجة المستقبلية أفضل. من هذه البرامج برنامج تيتش TEACCH من جامعة نورث كارولينا (للايضاح انظر موضوع تيتش) وأيضاً برنامج Ivar Iovas السابق عرضهما.

### ٢ - الغذاء:

حتى الآن لا يوجد إثبات علمي يوضح أن الغذاء له علاقة بمرض التوحد .. ولكن هناك كثير من الأمهات وجدوا علاقة بين الامتناع عن بعض الأطعمة وتحسن بعض الأعراض المصاحبة للتوحد مثل زيادة الحركة والنشاط من هذه الأطعمة (القمح - الحليب و منتجاته - الخميرة) .. وهناك منظمة في بريطانيا تسمى Autism intolerance and allergy network تتبنى فكرة علاقة التوحد بالغذاء على أساس أن بعض الأطفال يكون لديهم عدم قابلية أو حساسية لبعض الأطعمة والمواد الكيميائية التي تزيد من أعراض مرض التوحد.

### ٣ - استعمال بعض الفيتامينات بكميات كثيرة:

حتى الآن لم يثبت أن لها تأثير فعال وجذري لذا يجب توخي الحذر من استعمال مثل هذه الفيتامينات ويجب صرفها عن طريق الطبيب حتى لا يدخل الطفل في تسمم من جراء الإكثار من هذه الفيتامينات.

#### ٤ - العلاج بالتكامل السمعي Auditory integration therapy:

ظهرت هذه الطريقة على أساس أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تحسس للصوت وهذا العلاج الذي أظهر تحسن جزئي في بعض الأطفال يتألف من إسماع الطفل لموسيقى اليكترونية معينة عن طريق سماعات للرأس لمدة ٣٠ دقيقة مرتين في اليوم لمدة عشرة أيام فقط.

#### ٥ - السكرتين Secretin:

كما سبق الذكر فهو هرمون يُفرز من الأمعاء الدقيقة في جسم الإنسان لكي يحفز إفراز بعض العصائر في البنكرياس (وعادة يعطي عند إجراء بعض الفحوصات للجهاز الهضمي) وجد أنه في بعض الحالات أظهر تحسن في الناحية اللغوية والاجتماعية عند الطفل .. والسبب إلى الآن غير معروف وهناك دراسات كثيرة جارية في هذا الموضوع.

#### ٦ - ومن البرامج العلاجية برنامج TEACCH (تيتش):

هو برنامج تعليمي للأطفال المصابون بالتوحد هذا البرنامج له شهرة واسعة حول العالم .. يعمل به في حوالي ١٣ دولة .. وعملت أبحاث ودراسات عديدة أثبتت نجاحه. مخترع هذا البرنامج هو ERIC SHOPLER من جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة.

#### - ماذا يعتمد هذا البرنامج:

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام STRUCTURE TEACHING أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي وتناسب عالمه.

من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية -العقلية - العضلية - واللغوية وذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

ويدخل برنامج تيتش عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر ٣ - ١٨ سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهمًا جدًا .. لملا الفراغ .. وإحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد .. قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

#### ومن المهم لكل أم أن تعرف:

١- كيف يفكر الطفل التوحدي وما هو عالمه؟

٢- ما هي وسيلة التواصل المناسبة لطفلها؟

٣- كيف تهيئ المنزل والبيئة؟

٤- كيف تقوي التواصل الاجتماعي؟

٥- كيف نعلم الطفل المشاعر الإنسانية؟

## المراجع

- (١) لورنا وينج : الأطفال التوحديون ، ، ترجمة هناء المسلم ، الكويت.
- (٢) المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد، ترجمة وتعريب طارش الشمري، من مطبوعات مركز الكويت للتوحد.
- (٣) سميرة السعد : معاناتي والتوحد، دار ذات السلاسل، الكويت، ١٩٩٧.
- (٤) سميرة السعد : دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية، المجلة التربوية (جامعة الكويت)، العدد ٤٥، المجلد ١٢، خريف ١٩٩٧.
- (٥) سلسلة نشر الوعي بالتوحد، سلسلة يصدرها مركز الكويت للتوحد، وقد صدر منها: مختصر لإعاقة التوحد، نحو فهم متكامل للتكامل الحسي، رسائل من عالم التوحد.
- (٦) تمبل كراندن : الشروق (قصة شقيقة لطفله توحديه)، مترجمة عن: EMERGENCE: Labeled Autistic ، ترجمة فؤاد العمر "من مطبوعات مركز الكويت للتوحد.
- (٧) فضيلة الراوي وآمال صالح حماد : التوحد - الإعاقة الغامضة ، الدوحة ١٩٩٩.
- (٨) رجاء التويتان وخزنة سعيد: إرشادات تعليمية وإجراءات تتخذ مع الطلبة الذين لديهم اضطرابات ضعف الانتباه "مرشد عملي للوالدين والدرسين"، مركز الكويت للتوحد ١٩٩٩ (سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة ٨).
- (٩) توني أتوود : لماذا يتصرف طارق هكذا؟ بعض المقترحات بشأن أسباب ومعالجة السلوك غير العادي للأطفال والبالغين الذين يعانون من التوحد والاسبرجر، ترجمة: ياسر الفهد، مركز الكويت للتوحد (سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة ١١).
- (١٠) س. جيلبرج ، ت. بيترز : التوحد، مظاهره الطبية والتعليمية، ترجمة: وضحه الوردان ، مركز الكويت للتوحد (سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة ١٥).
- (١١) أحمد جوهر : التوحد، العلاج باللعب، مراجعة: لولوه حماده، صادر في الكويت.
- (١٢) عبد الرحيم سيد سليمان : الذاتويه (إعاقة التوحد لدى الأطفال)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠٠.
- (١٣) محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفوزان : التوحد ٢: المفهوم والتعليم والتدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض، ٢٠٠٠.
- (١٤) ليندا هودجون : استراتيجيات بصرية لتحسين عملية التواصل (الجزء الأول)، تعريب سهام حسن بصراوي. الدار العربية للعلوم، ٢٠٠٠م.
- (١٥) رابيه إبراهيم حكيم: التوحد: في موقع

[www.childguidancesclinic.com.Autism-htm](http://www.childguidancesclinic.com.Autism-htm)

(١٦) جمعية التوحد الأمريكية

[www.Autism-society-org/packages/diet-htm](http://www.Autism-society-org/packages/diet-htm);

(١٧) يوسف محمد عبد الحميد : فاعلية التدخل بالممارسة العامة للخدمة الاجتماعية و تنمية

مهارات التواصل لوالدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، مجلة دراسات في الخدمة

الاجتماعية والعلوم الإنسانية- كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣١ ، الجزء

الرابع عشر أكتوبر ٢٠١١ م .

(١٨) يوسف محمد عبد الحميد : آليات مقترحة لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال

ذوي اضطراب التوحد " دراسة تقييمية من منظور الخدمة الاجتماعية"، المؤتمر العلمي

الثاني والعشرون لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ٩-١٠ مايو ٢٠١٢ م .

## الفصل السابع

### مهارات تأهيل وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة

أولاً: تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة:

(أ) معنى التأهيل:

يحمل مدلول التأهيل معان كثيرة تشمل التأهيل الطبي والمهني والاجتماعي والنفسي ، وهناك تعريفات مختلفة لتأهيل المعاقين .  
من التعريفات الشائعة ما يلي:



**التأهيل** هو تلك العملية المنظمة والمستقرة والتي تهدف إلى الوصول بالفرد المعاق إلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والاقتصادية .

**وهناك تعريف آخر للتأهيل** هو عملية مساعدة الفرد في الحصول على أعلى درجة من الاستفادة من النواحي الجسدية والاجتماعية والنفسية والمهنية والاقتصادية التي يمكنه الحصول عليها .

### (ب) مبررات التأهيل:

١- يعتبر الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة. وبذلك ينبغي أن يكون هدف مباشر لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتنوعة .

٢- الشخص المعاق يعتبر فردا قادرا علي المشاركة في جهود التنمية ومن حقه الاستمتاع بثمارها إذا ما اتاحت له الفرص والاساليب اللازمة لذلك .

٣- إن المعاقين مهما بلغت إعاقتهم واختلفت فئاتهم فإن لديهم قابلية ودوافع للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية في المجتمع لذلك لابد من التركيز على تنمية ما لديهم من إمكانيات وقدرات في مجالات التعلم والمشاركة .

٤- لجميع المعاقين الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الاجتماعي أو الانتماء السياسي .

٥- تعتبر عملية التأهيل حق للمعاقين في مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين ذلك لتوفير فرص العيش الكريم لهم .

٦- تعتبر التنمية للتأهيل جزء منها وما تتطلبه هذه التنمية من تطوير في الهياكل والبنية الاقتصادية والاجتماعية ركيزة أساسية في القضاء على أسباب الإعاقة بمختلف صورها .

### (ج) أنواع التأهيل

#### ١- التأهيل الطبي والبدني

وهو إعادة الفرد إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية البدنية أو العقلية عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من الإعاقة وإزالتها إن أمكن وتتضمن خدمات التأهيل الطبي ما يلي :

أ- العمليات الجراحية التي تساعد الفرد في أن يستعيد قدراته الفيزيولوجية (الجسدية)

ب- العلاج بالأدوية والعقاقير .

ت- استعمال الأجهزة المساعدة وذلك للتقليل من أثر الإعاقة مثل السماعات ، النظارات الطبية ، العكازات ،

الاطراف الصناعية ، الاجهزة الطبية .

## ٢- التأهيل الاجتماعي والنفسي:

وهو إعادة الفرد المعاق إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية الاجتماعية والنفسية وذلك عن طريق استخدام :  
أ- العلاج النفسي ويتم بالجلسات الإرشادية والنفسية التي تهدف إلى تقليل المشكلة ومحاولة الوصول إلى حل يشارك فيه المعاق بأقصى قدر ممكن ، وتستغرق هذه الجلسات في الحالات الصعبة زمنا طويلا  
ب- الإرشاد النفسي يهدف إلى حل المشاكل الأقل حدة .

ج- الإرشاد الأسري يهدف لمساعدة الأهل في تربية ابنهم المعاق

## ٣- التأهيل المهني :

إن عملية التأهيل المهني هي سلسلة متتابعة من الخدمات مصممة كي تنقل المعاق نحو هدف التشغيل في مهنة ذات فائدة وكسب ، ويشكل التدريب المهني جزءا أساسيا وهاما في عملية التأهيل المهني للمعاقين ويتضمن أي نوع من التدريب والذي يمكن أن يكون ضروريا للتأهيل وإعداد المعاقين للتشغيل المناسب والناجح .

## ٤- التأهيل الأكاديمي :

وهو تعليم المعاقين أكاديميا حسب قدراتهم ودرجة إعاقتهم الجسمية والعقلية ، وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية اللازمة والتي تفيدهم في حياتهم العملية كإجادة القراءة والحساب أو نشاطات الحياة اليومية .

## د) معوقات العملية التأهيلية:

١- يتطلب التأهيل إمكانيات مادية وبشرية هائلة ، قد لا تتوفر لكثير من المجتمعات ، وخاصة النامية منها .

٢- التأهيل عملية تتعامل مع عناصر معوقة نسبيا في السن بالتالي تواجه عقبات تعليم الكبار .

٣- التأهيل هو إعادة تدريب المعاق علي مهارة معينة تتناسب مع قدراته الباقية ، فهي عملية هجر أمر مألوف إلى آخر غير مألوف مما يؤدي إلى مقاومة المعاق ، تمشيا مع النزعة العامة للفرد لمقاومة التغيير

٤- عدم وجود مقاييس مقننة تقيس المعاق ، سواء عند التأهيل المهني كعملية تستهدف اختيار المهنة المناسبة للفرد ، أو عند التوجيه المهني كعملية تستهدف اختيار الفرد المناسب لمهنة بعينها.

## ثانياً: تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة:

### أ) مهارات التدريس الواجب توافرها لدي معلم التربية الخاصة

التدريس للتلاميذ المعاقين يتطلب من المعلم التمكن من العديد من مهارات التدريس التي تساعده على التعامل مع التلاميذ المعاقين الذين فقدوا حاسة أو أكثر أو يعانون صعوبات التعلم وهذه المهارات لا يمكن للمعلم اكتسابها إلا من خلال التدريب المستمر والاحتكاك المباشر بالمعاقين ويمكن تلخيص تلك المهارات العامة

### في النقاط التالية :

١- لديه اتجاهات ايجابية نحو التدريس للفئات الخاصة .

٢- يتحلى بقدر كاف من الصبر والتسامح .

٣- يمتلك القدرة على القياس والتشخيص

٤- يراعي الفروق الفردية بين المعلمين.

٥- ينوع من الانشطة التعليمية .

٦- يوزع وقت الحصص بطريقة جيدة .

### معلم التربية الخاصة ومهارات استخدام السبورة :

السبورة اقدم الوسائل التعليمية وأقلها تكلفة لأبعاد يستغنى عنها المعلم وعلى المعلم مراعاة ما يلي :

- تأكد من أن جميع التلاميذ يرون السبورة بشكل جيد.

- لا تتكلم وأنت تكتب على السبورة .

- استخدام الطباشير الملون بطريقة منظمة .

- تحري الدقة فيما تكتبه

- احرص على الكتابة بخط جيد

### (ب) نظريات تعلم الأشخاص من ذوي الإعاقة:

كما هناك اختلاف في وضع المناهج بين الاطفال العاديين ومناهج الاطفال في التربية الخاصة . فهناك أيضا اختلاف في طريقة التدريس، والوسائل المستخدمة في العملية التعليمية . إن الهدف من تدريس أو تعليم من الاطفال المعاقين هو مساعدتهم حتي يصبحوا إلي حد ما مثل أقرانهم العاديين ، وقد تصل إلي ذلك الهدف من خلال تغيير أو تعديل سلوك هؤلاء الاطفال . وخاصة في مجال مهارات الحياة اليومية مثل التدريب علي استعمال الحمام -إطعام نفسه - أن يلبس نفسه - أن يعتمد مستقل بذاته دون الحاجة إلى أي مساعدة من الآخرين ، وعلى المعلم عندما يشعر أن الطفل اكتسب مهارة معينة فعليه أن ينتقل إلى مهارة أصعب منها .

ولتعليم هذه المهارات لابد من وجود نوع من الاساليب الخاصة في عملية التعلم .لذلك من المهم أن نلقي نظرة

على نظريات التعلم التي تكون مرشد لمعلم الصف في تعليم المعاقين

### ١- نظرية التعلم بالمحاولة والخطأ:

ومن زعماء هذا النظرية العالم(ثورندايك).قام ثورندايك بمجموعة من التجارب على الحيوانات وانتهى في آخر هذه التجارب بقانون الأثر الذي يقرر بأن السلوكيات التي يعقبها ظروف سارة فمن المحتمل أن يتكرر حدوثها ، وأكد على وجود الدافع الذي يدفع الطفل إلى أداء السلوك نحو هدف معين ونجد أن عملية المحاولة والخطأ تشمل على الخطوات التالية :

- وجود حاجة أو دافع يوجه السلوك نحو هدف معين (الرغبة في تشغيل التلفيزيون)
- الوقوف في طرق تحقيق الرغبة(وجود عقبة بين الطفل وإشباع الدافع لعدم معرفته طريقة التشغيل .
- الخطوات العشوائية أو المحاولات العشوائية لمحاولة فتح التلفزيون .
- النجاح بالصدفة(ضغط المفتاح وتم تشغيل التلفيزيون)

• تكرار المحاولات فيما بعد وتدعيم الاستجابات الناجحة.

٢- نظرية التعلم بالاستبصار (أو الطريقة الكلية )

٣- نظرية التعلم بالملاحظة

ومن زعماء هذه النظرية (باندورا) وهناك دراسة تجريبية أجريت على مجموعة من الأطفال لتوضيح أثر التعلم بالملاحظة والتقليد على سلوكهم وكانت هذه التجربة عبارة عن مجموعتين من الاطفال مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة ، تعرضت المجموعة التجريبية إلى مشاهدة فيلم عنيف وبعد مشاهدة الفيلم ظهر عليهم سلوك العدوان أكثر من الاطفال الذين لم يشاهدوا الفيلم ومن نتائج هذه الدراسة أشار (باندورا) إلى أهمية التعليم بالملاحظة والمحاكاة في اكتساب الأطفال العادات والمهارات الحركية ، ويمكن استخدام هذا النوع من التعليم في عملية التدريب المهني في علاج صعوبات النطق

٤- نظرية التعلم الاجتماعي

ومن زعماء هذه النظرية (روتر)وأكدت هذه النظرية على أهمية التفاعل الدينامي بين الطفل وبين الوالدين والأقران والمعلمين والمحيطين بالطفل في اكتساب الطفل المعارف والمهارات والعادات وتؤمن هذه النظرية بأن الطفل عضو يتفاعل مع المحيطين به ويكتسب منهم الكثير من الخبرات والعادات وهناك خطوات يلتزم بها المعلم عند تعامله مع ذوي الاحتياجات الخاصة .

ج) بعض أساليب التعليم المتبعة في التربية الخاصة :

١- أسلوب التعلم الفردي

المقصود بالتعليم الفردي :هو تطوير منهاج خاص لكل طفل معوق على حده والذي يضم الاهداف التعليمية والاساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الاهداف والمعايير التي سيتم اعتمادها للحكم على فاعلية أداء التلميذ ، فهو ضروري للتلاميذ ذوي التخلف العقلي والتلاميذ ذوي الإعاقات الحسية والجسمية والتعليمية والسلوكية .

ايضا **التعلم الفردي** هو الجانب التنفيذي من الخطة التربوية الفردية فبعد إعداد الخطة تكتب الأهداف التعليمية طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى وتشمل مكونات الخطة الفردية وهي

\*بعض من المعلومات العامة عن الطفل وبياناته الأولية .

\*الهدف التعليمي ويكون مصاغ في عبارات محددة

\*أسلوب التعزيز المستخدم.

\*الأهداف طويلة المدى والأهداف التعليمية قصيرة المدى.

\*الادوات اللازمة والوسائل التي يستخدمها المعلم لتحقيق الهدف التعليمي .

كما ذكرنا من قبل أن أسلوب التعليم الفردي هو الأمل في التربية الخاصة حيث أن هناك فروق فردية بينهم

فكل طفل له خطة تربوية فردية خاصة به ويتم التعليم الفردي في هذه الخطوات:

١- محاولة تهيئة الطفل للمهارة والسلوك المراد تعليمه .

٢- استخدام طرق المساعدة بأنواعها (اللفظية - الجسمية - الإيحائية).

٣- تقديم المهارة أو السلوك المراد تعليمه كما هي .

٤- تثبيت عملية التعلم واكتساب المهارة عن طريق التكرار .

٥- عند الانتقال إلى مهارة أو إلى تحقيق أهداف تعليمية أخرى لابد من التأكد من اكتساب الطفل للمهارة التي يتعلمها .

٦- أن التعلم للأطفال في التربية الخاصة يعتمد على أسلوب التعليم الفردي والذي يتطلب صياغة الهدف التعليمي صياغة سلوكية حيث يمكن ملاحظتها وقياسها .

### ٢- أسلوب تحليل المهام :

يقصد بتحليل المهام ، تجزئة المهارة وتقسيمها إلى مكوناتها الأولية تم ترتيب هذه الأجزاء أو المكونات في نظام حتى تصل إلى المهارة الأساسية ، أن أسلوب تحليل المهام هو الأتمثل في تعليم المعاقين المهارات الحياتية ومهارات الرعاية الذاتية فأن الأمر يتطلب القيام بهذه المهام حتى نستطيع أن نصل إلى إكساب الطفل المهارة التي نحاول تعليمها له .

### ٣- أسلوب التعلم القائم على القصص (القصة)

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

أن هذه الطريقة تساعد في جذب انتباه الطلاب وإكسابهم خبرات ومعلومات وحقائق بطريقة شيقة وجذابة ، ويحقق التعلم عن طريقها النجاح الذي يوصل إلى الأهداف ويسهم في تثبيت مواد التعليم في أذهان الطلاب ويبعد الملل والسأم اللذين قد تسببها الطرق التي تسير على وتيرة واحدة ، وتهيئ المتعة والفائدة في آن واحد للطلاب . وهي عنصر تربوي هام له أهميته في المواقف التعليمية ، فمن خلال القصة يكتسب الطفل المعاق عقليا الكثير من المترادفات اللغوية سواء عند سماعه للقصة أو عندما يقوم بروايتها ، وهي تساعد في علاج الكثير من المشكلات التي تعاني منها ، وتعمل على غرس السلوكيات الحميدة المرغوبة ، وتنمي القدرة على الإصغاء الجيد والتمييز بين الأصوات ، ومن هنا جاءت أهمية مسرح العرائس في تعليم الأطفال المعاقين الكثير من المهارات والسلوكيات .

### ٤- أسلوب التعلم القائم على الخبرة المباشرة

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

يحدث في واقع الحياة ، ويتم التعلم عن طريق الخبرة المباشرة الهادفة التي يحتاج الطالب فيها إلى عملية توجيه من المعلم حتى يستطيع أن تعبر عن إحساساته .

#### (د) الفرق بين مناهج الاطفال العاديين والاطفال من ذوي الإعاقة:

من الملاحظ أن مناهج الأطفال في التعليم العام تختلف اختلافا كبيرا عن مناهج التربية الخاصة وذلك من حيث طريق الاعداد وطريقة التدريس ، فالمنهاج للعاديين توضع مسبقا من قبل لجنة متخصصة والتي تتناسب مع المرحلة الدراسية والجانب العمري لهذه المرحلة ، أما الأطفال من ذوي الإعاقة لا يمكن فيها وضع المناهج مسبقا ، ولكن يتم وضع منهج لكل طفل على حدة وفقا لقدراته واستعداداته ومدى أدائه في تعليمه للمهارات المختلفة فكل طفل له خطة فردية خاصة به توضع وفقا لقدراته الأدائية وتوضع الخطة الفردية وفقا لمعايير معينة مثل الفترة الزمنية مدى أداء الطفل في تعليم المهارة وتحديد الأهداف طويلة المدى ، والأهداف قصيرة المدى ويتم وضع الأهداف الفرعية في الخطة وتحديد المواد أو الوسائل التعليمية اللازمة لتحقيق المهارة .

#### (هـ) الكفايات التربوية لمعلم التربية الخاصة:

- الكفاية لغة: هو الشيء الذي يغني عن غيره ويكفي سواه وهو يختلف عن الكفاءة التي تعني الجدارة أو المماثلة .
- واصطلاحا: هي امتلاك المعلومات والمهارات والقدرات المطلوبة في القدرة على العمل واستخدام لمهارة المعلم ، وإداء المعلم ، وسلوكه ، ومستوى التعلم .

#### ❖ وتحدد مجالاتها كالتالي:

#### \*كفايات القياس والتشخيص :

- كفايات القياس : مجموعة مهارات ومعارف تمكن المعلم من قياس الجوانب العقلية والتربوية للطفل ، وذلك من خلال طرق جمع البيانات المختلفة ، وذلك لتحليل هذه البيانات والوقوف على جوانب القوة والضعف للطفل .
- كفايات التشخيص: مجموعة خبرات تعليمية تمكن المعلم من الحكم على الطفل اعتمادا على معلومات القياس .
- كفايات الشخصية :مجموعة من الخبرات والقدرات العقلية والجسمية والانفعالية التي يمتلكها المعلم ، مما يمكنه من تقبل الاطفال واحتمال تصرفاتهم غير المرغوبة .
- كفايات إعداد الخطة التربوية الفردية : مجموعة كفايات تجعل المعلم قادرا على بناء المنهاج التربوي للطفل وتشمل وضع الأهداف وتحضير واستيعاب وتطبيق مكونات الخطة التربوية .
- كفايات تنفيذ الخطة التعليمية :

وهي مجموعة الكفايات التي تمكن المعلم من تنفيذ الخطة التربوية الفردية، واستخدام المواد والأساليب المساعدة والتقييم وتعديل السلوك .

#### • كفايات الاتصال بالأهل:

هي قدرة المعلم على التفاعل والمشاركة الإيجابية مع الأهل والمحيطين بهدف مساعدة الطفل.

لدور الذي يمكن أن يقوم به المعلم العادي في فصول ومدارس الدمج :

- ✓ تعديل محتوى المنهاج ولو بشكل مبسط أو مبدئي .
- ✓ التركيز على تعليم مهارات أساسية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة لا يتضمنها البرنامج التدريبي العادي
- ✓ توفير بيئة صفية تختلف عن البيئة الصفية العادية .
- ✓ تغيير استراتيجيات التدريس مع الطلبة ذوي الإعاقة والتركيز على التدريس الفردي .
- ✓ التركيز على نقاط الضعف التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة وتقوية الجوانب الايجابية ونقاط القوة للطلاب.

✓ عدم التركيز على جوانب القصور التي يعاني منها الطالب ذوي الإعاقة .

✓ تطوير اتجاهات إيجابية نحو الطلبة ذوي الإعاقة.

✓ ضرورة التنسيق الفعال مع إدارة المدرسة لتذليل العقبات التي تعترض تقدم الطالب في مختلف الجوانب الأكاديمية والشخصية والاجتماعية .

✓ إقامة علاقة إيجابية واتصال دائم مع أولياء أمور الطلبة ذوي الإعاقة في ضوء البرامج التعليمية والتربوية المفتوحة له.

✓ تقديم التعزيز اللفظي والمادي للطلاب ذوي الإعاقة في ضوء تقدمه الأكاديمي والسلوكي والانفعالي والاجتماعي .

#### (و) دور تكنولوجيا التعليم في تقديم حلول لذوي الإعاقة:

يتمثل دور التكنولوجيا الحديثة في تقديم الرؤى المستقبلية والخدمات والبرامج التعليمية الخاصة ، والحلول الإبداعية المبتكرة لمشكلات التعليم ، والتي تسهم في إعادة صياغة وتصميم المحتوى التعليمي المقدم لهم بشكل يساعدهم في الحصول علي المعلومة بسهولة ويسر ، وفي تقديم التطبيق والممارسة والتدريب والتجريب الفعلي من خلال الممارسات التربوية المتنوعة لتشكيل شخصيتهم وتنظيم تعلمهم واكتسابهم للمعارف والمهارات الاجتماعية للتواصل بفاعلية ، وتقديم الخدمات التعليمية التي تسعى إلى تنشيط قدراتهم العقلية وتأهيلهم حتي لا يتعرضوا لمشكلات نفسية وتربوية ، ولكي يندمجوا في المجتمع ويصبحوا أفرادا منتجين لا عبئا على أسرهم ومجتمعهم ، ويتلخص دور تكنولوجيا التعليم في تقديم حلول لذوي الإعاقة في المحاور التالية:

- حلول مادية :متمثلة في توفير الأجهزة والمواد والوسائل والمصادر التعليمية والبرمجيات أو اقتنائها

- **حلول تعليمية:** تشتق من نظريات التعليم والتعلم وتحويلها إلى كفايات تعليمية لتوفير بيئة تعليمية مناسبة لهؤلاء الأفراد وإعداد الكوادر البشرية المدربة واللازمة للعمل في هذا المجال وفق معايير وأسس تربوية يمكن إكسابها من خلال برامج الإعداد .

- **حلول تصميمية :** تتمثل في مراعاة الأساليب التقنية عند تصميم وتطوير مصادر التعلم والبرامج والمواد التعليمية - المنتجة والجاهزة - التي تتناسب وطبيعة هذه الفئة من المتعلمين واحتياجاتهم .

### مطلبات ذوي الإعاقة من تكنولوجيا التعليم:

إن متطلبات ذوي الإعاقة من تكنولوجيا التعليم مطالب عديدة تصنف في تسع فئات، وفيما يلي شرح مبسط لهذه المتطلبات :

- **الدراسة والتحليل:** حيث يجب قبل اتخاذ قرار بخصوص تكنولوجيا تعليم ذوي الإعاقة إجراء الدراسات التي تستهدف تحليل مشكلات ذوي الإعاقة وتقدير احتياجاتهم التعليمية وتحليل خصائص كل فئة ، وتحليل البرامج والمقررات الدراسية الموجهة إليهم ، وتحليل الموارد والمعوقات البيئية والتعليمية .

- **التصميم والتطوير:** ليس من العدل أن يفرض على ذوي الإعاقة استخدام مصادر تعلم جاهزة معدة للطلاب العاديين ، لأن ذلك من شأنه أن يصعب عليهم التعلم ولا ييسره ، ومن ثم ذلك فهم يحتاجون إلى تصميم وتطوير مصادر تعلم ومنظومات تعليمية مناسبة لهم وتلبي احتياجاتهم وتحل مشكلات تعلمهم ، وتنقل إليهم التعلم المطلوب بكفاءة وفاعلية ، ويتطلب ذلك وضع مواصفات ومعايير علمية محددة ودقيقة لتصميم كل مصدر تعليمي لكل فئة منهم ، وتصميم المصادر وتطويرها بطريقة منظومة سليمة ، وإنشاء مركز تكنولوجي تعليمي مركزي متخصص في إنتاج المصادر والمنظومات التعليمية .

- **تصميم وتوفير البيئات والأماكن التعليمية المناسبة** لابد من توفير أماكن وبيئات تعليمية مناسبة لذوي الإعاقة ، وتشمل هذه البيئات: المباني المدرسية ، مراكز مصادر التعلم والمكتبات المدرسية الشاملة ، والمكتبات العامة .

- **الاقتناء والتزويد:** يقصد به العمل على توفير مصادر التعلم المتعددة والمختلفة ، وتحديثها وتزويدها بصفة مستمرة ، ويتضمن هذا المطلب توفير كل من : المواد والوسائل والمصادر التعليمية والأجهزة والتجهيزات المطلوبة لاستخدام تلك المصادر ، ومن ثم توفير الكفاءات البشرية المؤهلة والمدربة علي توظيف تلك المصادر .

- **المتابعة والتقييم :** يجب إنشاء إدارة متخصصة للمتابعة والتقييم من مهامها القيام بالوظائف التالية: كتابة وتقييم المصادر البشرية وغير البشرية ، ومتابعة وتقييم توظيف المصادر واستخدامها من قبل المعلمين والمتعلمين ، وتحديد احتياجات المدرسة أو المؤسسة التعليمية من المصادر البشرية وغير البشرية ، ثم كتابة التقارير ورفعها إلى المسؤولين لتوفيرها .

- **التدريب:** يعد التدريب مطلبا ملجا لنجاح أية برامج تطويرية ، ويشمل التدريب تدريب الفئات التالية : معلمي ذوي الإعاقة ، وأخصائي تكنولوجيا التعليم وأولياء أمور ذوي الإعاقة.



- الإعداد الأكاديمي لمعلمي ذوي الإعاقة وأخصائي تكنولوجيا التعليم :
- يجب تطوير الإعداد الأكاديمي لمعلمي ذوي الإعاقة وأخصائي تكنولوجيا التعليم لتلك الفئة بكليات التربية ، فضلا عن تدريس مقرر في تكنولوجيا تعليم ذوي الإعاقة لجميع الطرب في كليات التربية
- التوعية والإعلام: وهي مطلب أساسي لزيادة وعي المعلمين وأخصائي تكنولوجيا التعليم وأولياء أمور ذوي الإعاقة بتلك الفئة، ويتطلب ذلك ما يلي:
- إقامة المحاضرات والندوات والمؤتمرات وورش العمل ، وإنشاء قناة تليفزيونية تعليمية لذوي الإعاقة، وتصميم مواقع على شبكة الإنترنت .
- النشر والتوظيف والتبني: ينبغي ألا تقف تكنولوجيا التعليم عند حد تصميم منتجات ومستحدثات تكنولوجياية وتطويرها لذوي الإعاقة ، بل ينبغي أن تسعى لنشرها وتوظيفها وتبنيها من قبل مدارس ومؤسسات تعليم وتدريب ذوي الإعاقة .

#### معوقات استخدام تكنولوجيا التعليم لذوي الإعاقة:

- هناك بعض المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التكنولوجية المعينة لذوي الإعاقة، لعل أبرزها سرعة تطوير البرامج ما يجعل فئة المعوقين بعيدة لوقت طويل من اللحاق للاستفادة من آخر هذه التطورات كما أن ارتفاع تكاليف تجهيز الاجهزة والادوات التكنولوجية المكيفة لمتطلبات نوع الإعاقة قد تبلغ الكثير بالنسبة للبرامج الخاصة ونفقات تكوين الجهاز، وتلك النفقات لا تفوق على تحملها بعض فئات ذوي الإعاقة حتى داخل المجتمعات المتقدمة، ويمكن تقسيم معوقات استخدام تكنولوجيا التعليم الإعاقة إلي ما يلي:
- أولا : المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التعليمية التي تتعلق بمعلم ذوي الإعاقة :**
- عدم توفر دورات تدريبية أثناء الخدمة في مجال استخدام الوسائل في التعليم .
  - عدم التأهيل بشكل كاف لاستخدام الوسيلة التعليمية خلال سنوات الدراسة وفترة الإعداد .
  - اعتقاد معلمي ذوي الإعاقة أن استخدام الوسائل التعليمية يحتاج إلي مجهود أكبر من التدريب بالطريقة العادية ، وبعد ضعف إعداد المعلمين . في المرحلة الجامعية علي استخدام الوسائل التعليمية له علاقة وثيقة بهذا الجانب .
  - ضعف إمام معلمي ذوي الإعاقة بقواعد استخدام الوسائل التعليمية ، وبالتالي يقلل من استخدام المعلمين لها ، وهي نتيجة طبيعية لضعف الإعداد ، وعدم توفر الدورات أثناء الخدمة .
  - اعتقاد معلمي ذوي الإعاقة عدم جدوى الوسائل التعليمية في تعليمهم .
  - اعتقاد معلمي ذوي الإعاقة أن استخدام الوسيلة التعليمية يحول دون الإسراع في إنهاء المنهج الدراسي في وقته المحدد .

ثانيا :المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التعليمية التي تتعلق بذوي الإعاقة:

- سوء استخدام التلاميذ من ذوي الإعاقة للأجهزة عند استخدامهم لها وحدهم .
- وجود مشكلات حسية أو بدنية لدي التلاميذ من ذوي الإعاقة والتي تحد من قدراتهم على استخدام الوسيلة التعليمية .
- عدم رغبة التلاميذ في استخدام الوسائل التعليمية ومن ثم يجب البحث عن الأسباب المؤدية إلي عزوف التلاميذ عن استخدام الوسائل التعليمية .
- ينسى التلاميذ بسرعة ما تعلموه بواسطة الأجهزة التكنولوجية .
- يواجه التلاميذ صعوبة في كيفية استخدام الوسائل التعليمية بسبب قصورهم الإدراكي سواء أكان هذا الإدراك عقليا أم حسيا .

ثالثا: المعوقات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للوسائل التعليمية التي تتعلق بالإدارة المدرسية لذوي الإعاقة:

- عدم وجود فني لتشغيل وصيانة الأجهزة التعليمية بالمدرسة أو المعهد .
- عدم توافر أجهزة وأدوات وسيلة تعليمية كافية في المعهد / البرنامج.
- خلو الكتب الدراسية من التوجيهات التي تؤكد ضرورة استخدام الوسائل التعليمية .
- صعوبة نقل بعض الأجهزة التكنولوجية إلى الفصول الدراسية .

أنواع التقنيات المستخدمة :

- التقنيات الإلكترونية " Electronic Tech " ومن أمثلتها الحاسب الآلي وبرامجه المختلفة ، والتلفزيون التعليمي ،والفيديو ، ومسجل الكاسيت ، وجهاز عرض البيانات " Data Show " والآلة الحاسبة وغيرها من الأجهزة الكهربائية والإلكترونية .
  - التقنيات غير الإلكترونية " No Electro Tech " ومن أمثلتها السبورة ، والكتاب ، والصور ، والمجسمات ، واللوحات ، والسبورة الطباشيرية وغيرها من الوسائل غير الكهربائية أو الإلكترونية . وهناك أيضا من يقسم التقنيات التعليمية لذوي الإعاقة إلى معقدة أو شديدة التعقيد . وتقنيات متوسطة ، وأخرى بسيطة أو سهلة الاستخدام
- صفات الوسيلة التقنية الناجحة :

ذكر الكثير من الصفات الواجب توفرها في الوسيلة التعليمية بصفة عامة لتكون فعالة وناجحة ، وبالنسبة للتلاميذ ذوي الإعاقة فإن التقنيات المستخدمة في تعليمهم لابد أن يتوافر لها عدد من الخصائص ، حيث إن الصفات الجيدة لهذه التقنيات توفر لها نسبة عالية من النجاح .

وسنذكر هنا بعض أهم السمات الجيدة للتقنيات التعليمية لذوي الإعاقة :

- أن تكون نابعة من المنهج المدرسي .
- أن تساعد في تحقيق الأهداف العامة والخاصة للدرس .

- أن تكون مناسبة لمستوي التلاميذ .
- أن تحتوي على عنصر التشويق والجذب وتثير الانتباه والدافعية لدى التلاميذ .
- أن تحتوي على عنصر التشويق والجذب وتثير الانتباه والدافعية لدى التلاميذ .
- أن تكون سهلة وبسيطة وواضحة في عرض المعلومة بدون تعقيد .
- أن تتسم بمرونة الاستخدام وقابلية للتعديل والتطوير .
- أن تكون جيدة الصنع غير مكلفة وملائمة للمستوى المعرفي واللغوي والانفعالي والجسمي للتلاميذ .
- أن تكون ملائمة لفئة الإعاقة المراد تعليمها .
- أن تكون في حالة جيدة ، فلا يكون الفيلم مقطعا، والخريطة ممزقة ، أو التسجيل الصوتي ش/وشا أو جهاز الحاسوب بطيئا جدا .

## الفصل الثامن

### دمج ذوي الإعاقة

#### عناصر الفصل :

- أولاً : بدايات نظام الدمج .
- ثانياً : مفهوم الدمج .
- ثالثاً : شروط الدمج .
- رابعاً : عناصر الدمج (متطلبات الدمج) .

- خامساً : إعداد مدارس الدمج الشامل .
- سادساً : أنواع الدمج وأشكاله .
- سابعاً : مشكلات الدمج .

### أولاً : بدايات نظام الدمج :

موضوع دمج المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين في التعليم هو موضوع على جانب كبير من الأهمية والخطورة ولا يجب النظر إليه كشعار أجوف أو تشريعات وقوانين وإنما هو موضوع جوهري في التربية الخاصة وينبع من فلسفة مؤداها أننا نطالب المعاقين بالاندماج في جميع مراحل التعليم مع أقرانهم العاديين ثم الانخراط في المهن وأماكن العمل في مجتمع الأسوياء ثم تكوين أسرة تشكل النواة في هذا المجتمع فلماذا أذن نقوم بعزلهم ونبذهم عن غيرهم في فترة من حياتهم هم أشد ما يكونوا فيها للحاجة إلى الدفء والحنان والتعاون والاندماج مع غيرهم .<sup>(1)</sup>

فمع بدايات النصف الثاني من القرن العشرين ومع تزايد الانتقادات لنظام العزل بدأت التوجيهات في التربية الخاصة تتحول من اتجاه العزل إلى الدمج مع الأطفال العاديين والسعي إلى دمج المعاقين ذهنياً في جسم المجتمع فهي تربية تقوم على الوصل لا الفصل بين العاديين والغير عاديين ... واندماجهم في المجتمع كأعضاء وظيفية وانتمائهم إليه كمواطنين فاعلين .

وقد صدرت قوانين اتحادية إضافية مثل القانون العام ٤٥٧/٩٩ الذى أقر عام ١٩٨٦ والقانون العام ٤٧٦/١٠١ لعام ١٩٩٠ والذى طالب بضرورة تعليم الطلاب الغير عاديين في فصول التربية الخاصة وبيئات التكامل الأخرى وقد تمثلت إحدى استجابات المجتمع التربوي لهذه القوانين فى اتخاذ إجراءات بديلة لدمج الطلاب وقد شجعت جهود الدمج خروج الطلاب غير العاديين من برامج الفصول الخاصة حين يبرهنوا على إتقانهم للمهارات الأكاديمية أو الاجتماعية التي يعتقد أنها ضرورية للأداء بشكل مناسب فى بيئة التربية العادية . (٢)

وقد أخذ المجتمع العالمي بهذا الاتجاه الذى يسعى إلى الإدماج من خلال شعار " العام الدولي للمعاقين " ١٩٨١ المساواة والمشاركة الكاملة ومن خلال مفهوم مجتمع للجميع " حيث يشير المفهوم إلى مسؤولية المجتمع حيال أفراد المعاقين ذهنياً وتغير المجتمع ليتلاءم مع متطلبات جميع أفراد وجاء الإعلان العالمي التربية للجميع نتيجاً لإبراز سمات هذه المرحلة وبدأت فى السنوات الأخيرة المناداة بضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المعاقين من التمييز وتمكينهم من الوصول إلى الاستفادة من مختلف الأنشطة والخدمات المتوفرة فى المجتمع وبأ هذا الاتجاه فى الانتشار فى دول العالم الثالث مثل ماليزيا والهند فى الوقت الذى تتزايد فيه أعداد من هم بحاجة إلى هذا النوع من التربية . (٣)

فى عام ١٩٩٤ التقى ممثلوا ثمان وثمانين حكومة وطنية وخمس وعشرون منظمة دولية من المهتمين بالتعليم فى مؤتمر تحت رعاية منظمة اليونسكو والحكومة الإسبانية لقد تبنى المؤتمر بعض مبادئ التعليم الدمجى وهى : (٤)

- ١- أن لكل طفل الحق فى التعليم ويجب إعطائه الفرصة لتحقيق وإنجاز مستوى مقبول من التعليم .
- ٢- أن لكل طفل خصائص واهتمامات وقدرات واحتياجات تعليمية منفردة
- ٣- أن النظم التعليمية يجب أن تصمم وتنفذ البرامج التعليمية لتأخذ فى اعتبارها التنوع الكبير لتلك الخصائص والاحتياجات .
- ٤- أن الطلاب ذوى الاجتياحات الخاصة من المعاقين ذهنياً يجب أن تتاح لهم الفرصة للالتحاق بالمدارس النظامية والتي يجب أن تستوعبهم من خلال التعليم المركز على الطفل والقادر على الوفاء بتلك الاحتياجات .
- ٥- أن المدارس النظامية ذات التوجيه نحو الدمج هى أكثر الوسائل فاعلية حيث تعمل على مناهضة المواقف العنصرية وإيجاد مجتمعات مرحبة بالآخرين وبناء مجتمع سوى وتحقيق مبدأ التعليم للجميع علاوة على ذلك فهى توفر تعليم فعال لغالبية الأطفال وتحسين الكفاءة وأخيراً فعالية التكاليف الخاصة بكل نظام تعليمي .

إن دمج المعاقين فى النظام التربوي العادي فى المجتمع هو قضية إنسانية فى المقام الأول وليست جبرية وتفرض على مجتمع الأسوياء لتقبلوا هذه الفئة بموجب القوانين والتشريعات وإنما هى دعوة لجميع طوائف وأفراد وفئات المجتمع لاحتضان هؤلاء المعاقين وبذل الجهود وفعل أقصى ما فى وسعهم لتقبلهم داخل صفوفهم والقضاء على الاتجاهات السلبية التى طالما حاصرت واتسعت المعاقين .

وتختلف درجة سهولة الدمج باختلاف طبيعة ونوع الإعاقة فمثلاً المعاقين حركياً يمكن دمجهم بسرعة لأن دمجهم لا يتطلب سوى تأهيل هندسي للمدارس من صفوف ودورات مياه وكل الحاجات وكذلك بالنسبة للمعاقين ذهنياً من ذوى الإعاقات البسيطة أو المتوسطة يمكن دمجهم فى المدارس العادية عن ذوى الإعاقات الحادة التى تكون مصحوبة بالاضطرابات الحسية والجسمية الكبيرة .

ومع أهمية موضوع الدمج وسعى العديد من بلدان العالم لتحقيقه فى أى مستوى من مستوياته فإنه من أكثر المواضيع والقضايا إثارة للجدل والنقاش فى التربية الخاصة وتنقسم آراء العلماء تتوسط هذين الاتجاهين حيث تدعو لمستويات معينة من الدمج مما أدى إلى ظهور أشكال ومسميات كالدمج الأكاديمي والاجتماعي والكلى والذى سوف نتعرف عليه عند التعرض لأشكال الدمج .

ويستلزم دمج المعاقين من الدولة إعداد خطة قومية خاصة تشتمل على الأهداف التدريجية وتأخذ فى الاعتبار الحاجات والموارد المحلية فتعليم المعاقين ضمن النظام التربوي العادي وليست حلماً بل حقيقة واقعة والبلدان التى مازالت نظمها التعليمية فى المرحلة الأولى من التطور أقدر على هذا الأمر من البلدان المتقدمة التى ورثت نظم منعزلة للتربية الخاصة .<sup>(٥)</sup>

**ثانياً : مفهوم الدمج :**

يعف مجلس الأطفال غير العاديين The Council for Exceptional Child الدمج بأنه مفهوم يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين فى الصف العادي أو فى أقل البيئات التربوية تقيداً بحيث يكون الدمج إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم .<sup>(٦)</sup>

**إن مفهوم الدمج قد تطور من خلال التأثيرات المختلفة للمتغيرات التالية :**

- ١- تحرك رجال القانون ومناصرتهم لقضايا ذوى الاحتياجات الخاصة .
- ٢- رفع الدعوات فى المحاكم ومطالبة ألياء الأمور بحقوق أولادهم فى مختلف المجالات .
- ٣- الدراسات والأبحاث التى تمت فى هذا المجال وتطور طرق تقييم وتشخيص الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة .
- ٤- نضج العاملين فى ميدان التربية الخاصة .

- ٥- سن التشريعات وإصدار القوانين الخاصة بالمعاقين .
- ٦- تغيير الاتجاهات العامة نحو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ونحو عملية تعليمهم وإعدادهم للحياة .
- ثالثاً : شروط الدمج : (٨)**
- ١- **نوع الإعاقة :** حيث أن دمج ذوي الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية مرتبط بنوع الإعاقة وحدتها فهو أيسر لذوي الاحتياجات الخاصة حسيّاً وحركياً منه بالنسبة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة ذهنياً كما أن دمج المصابين بإعاقة واحدة أسهل من دمج الإعاقات المضاعفة .
- ٢- **التربية المبكرة :** إن الدمج المدرسي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة لابد وأن يسبقه تربية مبكرة من الأسرة لمساعدتهم على أداء بعض الوظائف الأساسية للحياة مثل الكلام والحركة والتنقل ومعرفة خصائص الأشياء بصفة طبيعية .
- ٣- **إعداد معلمي المدارس العادية :** ينبغي أن يكون تدريب معلمي الفصول العادية على دراية بالتعامل التربوي مع ذوي الاحتياجات الخاصة من الركائز الأساسية لبرامج الدمج
- ٤- **عدد التلاميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة فى الفصل العادي :** يفضل ألا يتجاوز عن تلميذين حتى لا يحول وجودهم به دون السير العادي له لأن الاعتناء بذوي الاحتياجات الخاصة يتطلب تفريد التدخل .
- ٥- **حجم الفصل :** يتطلب الاعتناء بذوي الاحتياجات الخاصة داخل الفصل العادي مجهودات خاصة من قبل المعلم وإذا عدد التلاميذ مرتفعاً فإنه يتعذر الاضطلاع بهذا الدور بصفة مرضية ويقدر ما يكون حجم الفصل أصغر تكون مهمة المعلم أيسر .
- ٦- **حصص للدعم خارج الفصول العادية :** قلما يتم دمج ذوي الاحتياجات الخاصة فى الفصول العادية بصفة مرضية إذا لم يستفيدوا بحصص للدعم والتدراك خارج هذه الفصول لأن الطفل المعاق يتسم بالبطء والتعثر ويأخذ هذا الدعم اتجاهين متكاملين اتجاه يعتنى بتحسين القدرات الأساسية مثل النطق وتنمية المهارات الحسية واليدوية واتجاه يعتنى بتحسين المستوى التحصيلي المدرسي من حساب وقراءة .
- ٧- **دور أولياء الأمور :** ويتلخص هذا الدور فى المستوى الثقافي والاقتصادي للأسرة ومدى وعى أفرادها بمشكلات الإعاقة ومتطلبات الإدماج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة ، ومدى توفير وسائل التعلم المختلفة لهم والتعاون مع المعلمين فى تيسير تقدم أبنائهم .

**رابعاً : عناصر الدمج (متطلبات الدمج) :**



أوضح فاروق صادق (١٩٩٨) ما يجب أن تتضمنه عملية دمج الطفل فى الفصل من عناصر أهمها : (٩)

#### ١ - الطفل والوالدين والأسرة :

- الخدمة التي تقدم .
- التوعية بدور الوالدين
- تدريب الوالدين والأسرة .
- المشاركة مع المدرسة .
- التدريب على أعمال الدفاع الاجتماعي .

#### ٢ - المدرسة أو المؤسسة :

- الورشة ، المصنع ، الفصل ، المدرسة ، المباني ، المرافق ، المعدات .
- المعلم والأخصائي والمدرس (تنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو الدمج والتدريب التعاوني)

#### ٣ - الإدارة المدرسية والوزارات المعنية : ( الصحة ، الشؤون ، الإعلام ، الأوقاف ، التعاون ، العمل ) :

- توفير البرامج المتعددة .
- تدريب الكوادر .
- توفير التكنولوجيا المناسبة .
- فرصة مشاركة الوالدين وعناصر البيئة المحلية .

#### ٤ - الجامعات والمراكز :

- إعداد الكوادر اللازمة والتدريب المستمر أثناء الخدمة .
- تقديم الاستشارات الفنية والميدانية .
- وضع قاعدة البيانات ونماذج ومعايير الأداء .

#### ٥ - القيادة السياسية والتشريعية :

- قوانين حقوق الفئات الخاصة .
- توجيه الخدمة المجتمعية .
- إجراءات القبول والقيود ومنح الشهادات .

#### ٦ - الجمعيات والهيئات غير الحكومية :

- توصيل الخدمات للفئات المحرومة وفى الظروف الصعبة .
- مساعدة وتدعيم التكامل مع الجهود الحكومية .

#### ٧ - الأخصائيين الاجتماعيين :

هذا ويتلخص دور المعلم في نظام الدمج فيما يلي :

- ١- وضع برنامج تعليمي (تربوي) Educational Program فعال لكي يواجه الاحتياجات الشخصية لكل طفل في حجرة الدراسة ويتضمن الاحتياجات الخاصة للأطفال المعاقين .
- ٢- العمل المشترك مع الأبوين يقوى وينمى جميع ما تعلمه الطفل في فصل الدراسة .
- ٣- معرفة ما هي الخدمات الخاصة التي يحتاجها الطفل المعاق وكيف يمكن مواجهة الاحتياجات بواسطة المتخصصين .
- ٤- التشاور المستمر مع الأخصائي الاجتماعي والنفسي لتشخيص حالة الطفل وذلك عند بوجود مشكلة غير واضحة لدى الطفل .

**خامساً : إعداد مدارس الدمج الشامل Inclusive Schools :**

**عند اختيار مدرسة يتم فيها إجراء الدمج للمعاقين مع العاديين يشترط الآتي :**

- اختيار المدرسة في مكان معروف بالنسبة للبلد الكائنة فيها .
- توفير المواصلات وسهولة الوصول إليها .
- أن تكون قريبة من مدارس التربية الخاصة لتبادل العمل معها .
- توفير كافة الإمكانيات اللازمة للمعاق كل حسب إعاقته .
- مرونة المناهج الدراسية بما يتلاءم مع نوع الإعاقة .
- أن يتحقق فيها الدمج الشامل (من خلال الفصل الواحد العام والفصل الخاص والأنشطة المتنوعة) .
- أن يتحقق فيها التفاعل الكامل بين الطفل المعاق والطفل العادي وكذلك بينه وبين المعلمين والإداريين بالمدرسة .
- بناء مدرسي ملائم يساعد على تحقيق الدمج بحسب نوع الإعاقة .
- تقبل وتعاون من المدير والمعلمين والهيئة الإدارية لمشروع الدمج وللطفل المعاق .
- أن يسمح بناء المدرسة ونظامها للتحرك بحرية داخلها .
- توفير معلمين ذوي خبرة في مجال الفئات الخاصة .
- إلمام المعلم بطرق وأساليب تعليم المعاقين وأساليب تعديل السلوك .
- توفير أساس خشبي حسن المظهر ، ومناسب للطلبة المعاقين والعاديين .
- توفير منهج المهارات الاجتماعية .
- تعديل المنهج عند الضرورة .
- توفير أدوات وخبرات فنية متنوعة .
- تطبيق أساليب تعليمية ملائمة وحديثة وتكنولوجية .

سادساً : أنواع الدمج وأشكاله :

قسم سودر Soder (١٩٨٠) عملية الدمج إلى أربعة محاور أساسية هي :

- ١- الدمج المكاني .
- ٢- الدمج الوظيفي .
- ٣- الدمج الاجتماعي .
- ٤- الدمج المجتمعي وقد سبق الحديث عنها .

بينما قسم جرينولد Grunewald (١٩٩٢) الدمج إلى محاور ثلاث هي :

- ١- الدمج البدني : حيث يعيش الأفراد في وحدات صغيرة تضم المعاق والعادي .
- ٢- الدمج الوظيفي : حيث الخدمات المشتركة بين المعاق والعادي مثل عمل كلاهما في مؤسسة واحدة .
- ٣- الدمج الاجتماعي : حيث التفاعل بين المعاق والعاديين ، واشترك المعاق مع العادي في أنشطة غير أكاديمية مثل الاشتراك في الرحلات أو الأنشطة الفنية ، أو اللعب وغيرها .

هذا وتتنوع أنظمة الدمج للمعاقين على النحو التالي :

أولاً : الدمج التربوي أو الأكاديمي :

ويشمل أربعة أنواع على النحو التالي :

١- الفصول الخاصة Special Classes :

حيث يلحق الطفل بفصل خاص بالمعاقين ملحق بالمدرسة العادية في بادئ الأمر مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين بالمدرسة ، وذلك بسبب حاجاتهم إلى برامج مكثفة لا تتوفر في غرف المصادر ، والهدف من هذه الفصول هو الدمج الاجتماعي أساساً ، ويشرف على الصف الخاص معلم تربية طبقاً لنوع الإعاقة ، وغالباً ما يعمل معه مساعد معلم ، وقد يكون الدوام في الفصل الخاص كاملاً ، بمعنى أن يحصل الطالب على تعليمه ككل في هذا الفصل ، وقد يدوم الطالب جزئياً في هذا الفصل (عادة لأكثر من نصف اليوم الدراسي) ، ويكون في الفصل العادي في الوقت المتبقي ، ويستخدم هذا النظام مرحلياً بهدف تنفيذ الدمج بمعنى أنه يشكل مرحلة انتقاله من بيئة أكثر تقييداً إلى بيئة أقل تقييداً ، ويختلف الفصل الخاص الجزئي عن غرفة المصادر من حيث الوقت الذي يقضيه الطالب في التعليم الخاص فهو عموماً أطول في الفصل الخاص ، ويبلغ عدد الأطفال الملتحقين في الصف العادي حوالي (٥١) طفلاً لديهم فئة الإعاقة نفسها .

٢- غرفة المصادر Resource Room :

حيث يوضع الطالب المعاق في الفصل الدراسي العادي بحيث يتلقى مساعدة خاصة بصورة فردية في حجرة خاصة ملحقة بالمدرسة حسب جدول يومي ثابت ويعمل بها معلم من معلمي التربية الخاصة المدربين لهذا العمل ، وغرفة المصادر غرفة خاصة في مدرسة عادية يذهب إليها الأطفال المعاقون لبعض الوقت لتلقى التعليم الأكاديمي الإضافي والخاص على يدي اختصاصي تربية خاصة ، ويكثر استخدام هذا النموذج مع ذوى الإعاقات السمعية البسيطة ، وتتم إحالة الأطفال إلى غرفة المصادر بناء على تقييم شمولي للصعوبات التي يواجهونها وإضافة إلى التعليم الأكاديمي الخاص ، يقوم المعلم بتدريب الأطفال على مهارات التواصل والمهارات الاستقلالية ، ويعمل على تكييف الأدوات والوسائل التعليمية ليتم استخدامها في الصف العادي ، ويهتم معلم غرفة المصادر بتنظيم بيئة تعليمية فردية ، حيث يقدم البرامج التصحيحية والمساندة لكل فرد بناء على الأهداف المحددة في برنامجه التربوي الفردي ، ولكنه يعمل على تدريب التلاميذ المعاقين (إعاقة خاصة كالإعاقة السمعية) ضمن مجموعات صغيرة تبلغ ١٥-٢٠ طالباً يقضون ٢٥% من الوقت أي بواقع حصتين تقريباً ، ويفترض أن يكون التحاق الطالب المعاق بغرفة المصادر قصير الأمد حيث يتوقع عودته للصف العادي كاملاً عندما يلاحظ أنه أحرز تقدماً ملحوظاً .

وانطلاقاً من الجهود العربية في مجال الاهتمام بفكرة الدمج فقد قدم عبد الحميد وعبدالعزيز السرطاوي (١٩٩٥) بالملكة العربية السعودية تصور مقترح لغرفة المصادر التي تقدم خدمات التربية الخاصة للتلاميذ الذين يعانون من صعوبات تعلم أو مشكلات سلوكية بسيطة أو متوسطة ، وأمكنهما تلخيص أهم المستلزمات المكانية والبشرية التي يجب توافرها في تبني هذا النموذج بما يلي :

#### ١- المستلزمات المكانية :

أن تقع غرفة المصادر في مكان متوسط في المدرسة العادية يسهل وصول التلاميذ المعاقين إليها ، وأن تتوفر فيها مقاعد دراسية يمكن تحريكها بطريقة تتماشى مع أغراض التدريب وتوفير وسائل معينة كمسجل ، وجهاز العرض فوق الرأس ، والفيديو ، والتلفزيون ، وجهاز عرض الشرائط الفيلمية .

#### ٢- المستلزمات البشرية :

تقدم غرفة المصادر خدماتها بواسطة معلم متخصص أعد إعداداً شاملاً فلا خلال برنامج يركز على خصائص واحتياجات الفئات الخاصة التي تعاني من صعوبات تعليمية وسلوكية محددة ، ومعرفة بأساليب تقديم الخدمات لهم ، على أن تكون مهمة معلم حجرة المصادر هي

(أ) القيام بمهام التشخيص والتقييم والتدريب للتلاميذ المحولين من صفوفهم العادية إلى غرفة المصادر لفترات زمنية متفاوتة ومحددة لتلقى مثل تلك الخدمات .

(ب) تقديم المشورة لمعلم الصف العادي حول كيفية التعامل مع الحالات التي يلزم لتدريسها أو تدريبها .

(ج) التعاون والتنسيق مع الأسرة ، من خلال المتابعة والتأكد من تنفيذ الأسرة للبرامج المقترحة لكل حالة إعاقة وتوفير المعلومات لتلك الأسرة حول ما يتوافر في البيئة المحلية من خدمات .

### ثانياً: الدمج المجتمعي (في المجتمع) :

هناك ما يعرف بخدمات التأهيل اللامركزي وتأهيل المجتمعات المحلية ، وهي طريقة عملية لتقديم الخدمات الكافية والفعالة ، وتقوم على توفير وتقديم الخدمات الاندماجية التأهيلية للمعاقين في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية ، مستخدمين ومستفيدين من جميع المواد والموارد المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي ، وتؤكد على مشاركة وشمول المعاقين أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم في عملية التأهيل .

وتقوم فكرة هذا الاتجاه على أساس أن اندماج المعاقين في المجتمع له الأولوية على إنشاء بيئات خاصة بهم ، وإن على المجتمع أن يتكيف طبقاً لحاجاتهم وأن تتلشى الخدمات الخاصة بهم

إن الهدف الرئيسي والأساسي هو إدماج المعاقين في المجتمع بالاستفادة من جميع المواد والموارد البشرية والمادية ، كما أنه يسعى إلى إشراك المعاقين وأسرهم ومجتمعاتهم في عملية التأهيل ، وبالتالي يهدف إلى عدم فصلهم أو عزلهم .

وقد أوضح محمد الواليز(عام ٢٠٠٠) أن هناك اتجاهان للتأهيل المجتمعي المحلي

### الذي يهدف إلى دمج المعاقين :

**الأول :** يقول بأن التأهيل المجتمعي المحلي هو الجهد الذي يبذل لجعل أعضاء الأسرة أو المجتمع قادرين على القيام بأداء المهام التأهيلية للمعاق في بيئته ومجتمعه ، وهذا الاتجاه بعيداً عن الخدمات المؤسسية كلياً .

**الثاني :** يعتبر التأهيل المجتمعي المحلي هو وصول أو امتداد خدمات تأهيلية متخصصة لأكبر عدد ممكن من المعاقين وخصوصاً في الريف ، ولتمويل حالات بحاجة إلى خدمات متقدمة ، كالخدمات المتوفرة في مراكز التأهيل ، وهذا الاتجاه يستخدم المؤسسات كمراكز تحويل وقاعدة لتقديم الدعم الفني .

إن أغلبية برامج التأهيل المجتمعي المحلى والتي تهدف إلى الدمج فى المجتمع التى قامت بها الحكومات المختلفة والقطاع الخاص ، والتي تقدمها الأمم المتحدة فى السنوات الأخيرة ، تأثرت بجانب التأهيل الطبي كبرامج الاكتشاف المبكر للإعاقة ، والتشخيص ، والوقاية والعناية الطبية ، والتمارين العلاجية ، وتركيز الأجهزة ، والأدوات التأهيلية المساعدة ، وللوالدين والأسرة دور مهم فى هذه العملية التأهيلية ، إذ يتم تدريبهم على القيام ببعض الأعمال التأهيلية نحو أطفالهم المعاقين .

### وهناك مبادئ أساسية لأسلوب الدمج اللازم لتأهيل المعاق فى المجتمع أهمها :

- ١- برامج التأهيل المجتمعي يجب أن تسير وتنظم وتدمج مع البرامج والمشاريع السياسية والاجتماعية والاقتصادية للدولة ، ومشاريعها التنموية فى جميع المجالات الصحية ، والاجتماعية ، والتربوية ، والتدريبية ، والزراعية ، والصناعية ، والتجارية ، والإنتاجية ، والتشغيلية ... إلخ .
- ٢- يجب أن يبدأ برنامج الدمج التأهيلي المجتمعي فى منطقة واحدة أو عدد من المناطق المختارة وليس كبرنامج عام شامل لجميع البلد .
- ٣- دراسة المحتوى الثقافى والاجتماعى والاقتصادى الذى سيتم فيه برنامج الدمج التأهيلي المجتمعي ، للتأكد من أنه سيتم تأهيل المعاق فى محيط اجتماعى وثقافى واقتصادى مأمون
- ٤- يجب أن يكون أى برنامج تأهيلي مجتمعي تجريبياً يبقى تحت المراقبة والمراجعة ، وأن نتعلم من الدروس التى تفرزها التجربة لتطويره وتحسينه وزيادة فاعليته .
- ٥- يجب أن يستخدم برنامج الدمج التأهيلي المجتمعي موارد المجتمع المحلى القائمة أفضل استخدام ممكن .
- ٦- لإنجاح أى برنامج تأهيل مجتمعي ، يجب أن يكون هناك ضمان واستعداد ورغبة من المسؤولين والمجتمعات ، والأفراد لتنفيذ وتطبيق والمشاركة فى مثل هذه البرامج وأن يتم تدريب الأشخاص للقيام بذلك (محمد الواليز) .

### ثالثاً : الدمج عن طريق العمل :

ويهدف ذلك إلى ضرورة إلحاق المعاقين بأعمال فى مؤسسات تجمعهم مع العاديين ، بشرط أن يتلقوا دور تأهيل خاصة بهم فى البداية ، مع مساعدة أصحاب العمل لهم فى الفترات الأولى من التحاقهم بالعمل ومحاولة تذليل أى صعوبات تواجههم ، مع تجنب المبالغة فى الاهتمام ومعاملتهم بالقدر الضروري فقط الذى قد يحتاجون إليه ، أن يبالغوا فى الاهتمام أو العناية بهم ، وبإبداء استعداداتهم لتقبلهم على أساس جدارتهم ، دون إظهار أى تشكك فى

قدراتهم أو تخوف من عاهتهم ، ويمكن أن تبرز أيضاً مسألة تزويد الشخص المعاق بأدوات قد أقرت قبل أن يبدأ .

وقد كان لنشاط منظمة العمل الدولية في مجال وضع المعايير أثر على إعداد تشريعات العمل في كثير من بلدان العالم ، حيث أسدت المنظمة مشورتها المبنيّة على الخبرة للبلدان الكثيرة التي طلبتها ، وذلك إما بصورة مباشرة أو من خلال إرسال خبراء التعاون التقني إلى هذه البلدان ، لمساعدتها على وضع أو تحسن تشريعات العمل فيما يتعلق بمواضيع منها علاقة العمل الفردية (بما فيها سلامة العمل ، وظروف العمل والمعيشة ، والسلامة وحق التنظيم ، وعلاقات العمل ، ومحاكم العمل ، وإدارة العمل ... وغيرها) .

وعند إسداء هذه المشورة ، تضع منظمة العمل الدولية في اعتبارها معايير العمل الدولية ذات الصلة ، وخاصة الاتفاقات التي صدقها البلد المعنى ، وكذلك المشورة لكثير من البلدان في جميع أنحاء العالم .

#### رابعاً : الدمج من خلال الأنشطة المتنوعة :

تعتبر الأنشطة المدرسية من الركائز الهامة التي تعتمد عليها المدرسة في تربية أبنائها عن طريق تنمية الشعور بالمسؤولية الاجتماعية في تربية أبنائها عن طريق تنمية الشعور بالمسؤولية الاجتماعية لديهم من خلال مشاركتهم وممارستهم للعديد من الأدوار الحياتية داخل المدرسة ، كما أنها من هم الوسائل لبناء الجوانب النفسية والاجتماعية والمعرفية والحركية لدى الطلاب .

ويبدو دور الأنشطة المدرسية هام وضروري سواء للعاديين أو للأطفال المعاقين ، حيث أنها وسيلة للتغلب على العديد من المشكلات الجسمية والحركية الناتجة عن الإعاقات التي يعانون منها ، وتعتبر أنها إذا قامت بصورة متكاملة متناسقة ، يمكنها أن تردى إلى إكساب المعاق السلوك الاجتماعي المطلوب ، كما تعمل على التخلص من العديد من السلوكيات الخاطئة ، حيث أثبتت الدراسات أن التدخل بالأنشطة المختلفة الحركية والفنية والألعاب والنمذجة ولعب الدور يؤدي إلى إحداث تغيرات إيجابية في شخصية المعاق ، وبالتالي تساهم في زيادة النضج الاجتماعي والتغلب على المشكلات المصاحبة للإعاقة ، وفي هذا تؤكد سميرة نجدى (١٩٩٨) ضرورة توافر برامج متكاملة للأنشطة تتضمن أطفالاً معاقين وأطفال عاديين ، حيث تسهم هذه البرامج في تغيير الأفكار الاجتماعية ، وفي نفس الوقت تستخدم المصادر التربوية بطريقة أكثر فاعلية ، وتساعد الأطفال المعاقين على أن يتعلموا في نفس البيئات العادية ، وتفي بحاجة الطفل للتفاعل مع بيئة متقدمة نامية فيها تحد أكبر له .

كما أثبت (Kenneth et al (1990 تأثير الأنشطة الرياضية وخاصة الأنشطة التخيلية الإيجابية على تنمية التذكر والنجاح في الإنجاز الأكاديمي والرياضي للمعاقين والعاديين معاً ،

وأضاف (Rigow 1991) أن التعليم من خلال أنشطة اللعب المختلفة والمتقدمة في برامج رياض الأطفال للدمج بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين يؤدي إلى تنشيط الدمج باستخدام اللعب الجماعي من خلال ما يتيح اللعب الجماعي من تفاعل ومشاركة في اللعب مع إمكانية التطوير في الأفكار وتمييزها ، واستخدام أساليب التعزيز والتدعيم كالمدرح والثناء .

وقد استعانت إيمان كاشف بأنواع من الأنشطة المدرسية وفق تقسيم قرار وزير التعليم رقم ٢٠٣ لسنة ١٩٩٠ والتي تنقسم إلى ثلاثة أنواع :

- أ- أنشطة ثقافية : مثل أنشطة المكتبة والصحافة والمسابقات الثقافية .
- ب- أنشطة رياضية : مثل أنشطة الفرق الرياضية المختلفة (الكرة بأنواعها - ألعاب القوى) .
- ج- أنشطة فنية : مثل الرسم والأشغال والموسيقى والتمثيل .
- د- أنشطة علمية : مثل أنشطة جماعات العلوم - الزراعة - البيئة ، وأطلقت عليها الباحثة الأنشطة المدرسية التي تمثلت في مجموعة من الأنشطة الحركية والفنية والرياضية الممثلة ، والتي يقوم مجموعة من الأطفال المعاقين والأطفال العاديين بممارستها في نفس الوقت ، وتحت إشراف وتوجيه المعلمين حسب شروط معينة ، وتهدف إلى إطلاق قدرات الأطفال وانسجامهم .

وطبقت الباحثة هذه المجموعة من الأنشطة على عينة مكونة من (١٠ أطفال معاقين عقلياً ٨-١١) ، عشرة أطفال معاقين سمعياً (٨-١٠) وعشرة أطفال عاديين (٨-٩) وعشرة أطفال عاديين (٩-١٠) .

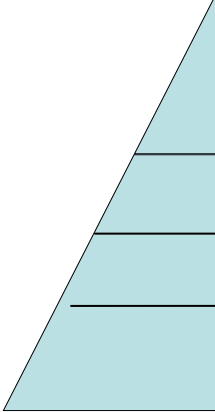
وأثبتت النتائج نجاح تجربة الدمج وأن نجاحها يتوقف على كل من :

- أ- المعلمون والإدارة في المدرسة ومدى اقتناعهم بفائدة الدمج للأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين خاصة معلمي وإدارة المدرسة للأطفال العاديين الذين يرفضون ذلك بشدة .
- ب- الأطفال العاديين يجب تهيئتهم نفسياً ومعرفياً لتقبل التجربة .
- ج- الطفل المعاق وقدراته ، حيث يؤثر الشكل الخارجي للجسم والقدرة اللغوية ودرجة الذكاء على تقبل الطفل العادي للطفل المعاق ، عند تطبيق نظام الدمج ، كما نادى بأن فكرة الدمج تتطلب إحداث تغيير شامل في نظام الدراسة والمناهج وطرائق التعلم المستخدمة في الصفوف وأنظمة التقويم ، وأن فكرة الدمج تحتاج إلى الدعم التشريعي والتعليمي والتربوي ، وتطوير بيئة تربوية جديدة تقوم على أن الحياة في بيئة اجتماعية متكاملة حق لكل مواطن مهما اختلفت ظروفه وحاجاته ومتطلباته عن الآخرين .

وهناك تصنيف آخر لأنواع الدمج أشار إليه محمد البواليز (٢٠٠٠م) وضعه في شكل هرمي أطلق عليه :



" هرم البدائل التربوية للأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة "



**سابعاً : مشكلات الدمج :**

لقد أظهرت بعض المشكلات التي سببها دمج هؤلاء المعاقين فى الفصول العادية من قبل إلى المناداة بوضعهم فى مدارس خاصة بهم ، مما يشير إلى أن إدماج المعاقين مازال محفوفاً بكثير من المشكلات وتحتاج إلى العديد من المتطلبات :

١ - يتحتم على المدارس ضرورة التعرف على الحاجات التعليمية بصورة عامة والمعاقين منهم بصفة خاصة ، حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهاتهم .

- ٢- كانت لنتيجة تعرض المعاقين من خلال تجربة الدمج (خاصة المكفوفين) حدوث بعض المشكلات ، أن أصبح الدمج جزئي تمثل في مجرد وجود فصول خاصة ملحقة بالمدارس على أن ترتب المواعيد بينهم وبين العاديين بما لا يسمح الاختلاط نهائياً .
- ٣- قلة عدد المدرسين المتخصصين ذوى الخبرة الكافية والمناسبة .
- ٤- نقص الحافز المادي المناسب لجهد المعلم .
- ٥- حدوث بعض المشكلات بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين مما يعرض المعاقين للاعتداء من قبل الأطفال العاديين سواء باللفظ أو الإشارة أو الضرب .
- ٦- تغيير اتجاهات القائمين على تربية الأطفال نحو الغرض من المدرسة وكيفية تحقيقها لأهدافها ، ويتطلب ذلك إعداد المعلمين بصورة تجعلهم قادرين على فهم المتغيرات المختلفة للمعاقين ، والحاجات الأساسية بكل فئة أو معرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات فى طرق التدريس والمناهج الدراسية ، فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الاتجاه السلبي للمعلمين تجاه فكرة الدمج وتجاه تقبلهم للمعاق وضرورة أن يعرف المعلم أساليب توجيه وإرشاد التلاميذ العاديين ، بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين ، كما يساعد على توفير القدوة الحسنة التي يمكن أن يحتذى بها المعوقون ، ومعرفة المعلم لكيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أمور المعاقين ، وزملائهم المعلمين العاملين فى مجال التربية الخاصة ، والتقبل الاجتماعي ، والتقبل الإيجابي غير المشروط لجميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقاتهم ، وأخيراً أن يتيح المعلم الفرص والبرامج والأنشطة المناسبة لتفاعل التلاميذ المعاقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض .
- ٧- تغيير اتجاه التلاميذ العاديين على تقبل أقرانهم المعاقين ، ومعرفة كيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أور المعاقين .
- ٨- رفض بعض مديري المدارس فكرة الدمج وإصرارهم على الفصل التام بين المدرسة العادية وفصول المعاقين ، وطابور الصباح والفسحة ، والأنشطة .
- ٩- تتمثل هذه المشكلة في كيفية إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح فرص التعليم وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية ، والحياة العامة ، ويتطلب تحقيق هذا الهدف العديد من الإجراءات رغم اختلافها من بلد لآخر .

## المراجع

- ١- أسماء على مصيلحي : مدى كفاية تجهيزات أبنية للمعاقين في تحقيق أهداف التربية الخاصة في مصر ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة جنوب الوادي ، كلية التربية بسوهاج ، قسم أصول التربية ، ٢٠٠٣ ، ص ١٠٦ .
- ٢- زيدان أحمد السرطاوي وآخرون : الدمج الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي ، ٢٠٠٦ ، ص ١٦ .
- ٣- محمد عبدالغفور : دراسة استطلاعية لاتجاهات وآراء المدرسين والإداريين فى التعليم العام نحو إدماج الأطفال غير العاديين فى المدارس الابتدائية العادية ، مجلة مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، العدد ١٥ / ١٩٩٩ / ص ١٦٣ .
- 4- Gatheri Meclark: **New Directions in Special Needs, Innovations in Nainstream Schools**, London, Cassel Wellington House, 1997, p. 89.
- ٥- زينب محمود شقير : خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، المجلد الثالث ، الطبعة الثانية ، ٢٠٠٥ ، ص ١١ .
- ٦- فاروق الروسان : قضايا ومشكلات التربية الخاصة ، عمان ، دار الفكر للطباعة ، ١٩٩٧ ، ص ٢٩ .
- ٧- إبراهيم أحمد القريوطي : التخطيط لدمج ذوى الاحتياجات الخاصة ، مقارنة نظرية ، ورقة عمل متقدمة إلى مؤتمر (معاً على طريق الدمج لذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربي) ، المؤتمر القومي الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين ، القاهرة ، ٢١-٢٤ أكتوبر ، ٢٠٠٢ ، ص ١٠ .
- ٨- موزة محمد الخيال : الدمج التربوي للمعاقين في مدارس دولة الإمارات العربية المتحدة

، المسابقة العامة ، الدورة الثالثة عشر ندوة الثقافة والعلوم ، دبي ، ٢٠٠٧ ، ص ص  
٥٢-٥٠ .

٩- زينب محمود شقير ، مرجع سبق ذكره .

## الفصل التاسع

### الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة

إعداد

أ.د/ منال حمدي الطيب

## عناصر الفصل:

أولاً: مفهوم الممارسة العامة

ثانياً: أهداف الممارسة العامة

ثالثاً: خصائص الممارسة العامة

رابعاً: موجّهات الممارسة العامة وتطبيقها في مجال الفئات الخاصة

خامساً: مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية

سادساً: أدوار الأخصائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة

سابعاً: نظريات الممارسة العامة

ثامناً: مهارات الممارسة العامة

## أولاً: مفهوم الممارسة العامة:

تعددت الكتابات التي تناولت مفهوم الممارسة العامة ومنها أنها "أحد اتجاهات الممارسة المهنية التي يركز فيه الأخصائي الاجتماعي على استخدام الأساليب والطرق الفنية لحل المشكلة بالتركيز على جميع الأنساق سواء كان نسق التعامل فرد أو أسرة أو جماعة أو مجتمع وتمثل منظوراً تفاعلياً للممارسة يبتعد عن النمط التقليدي لتفضيل المؤسسة تطبيق طريقة محددة للخدمة الاجتماعية".

وهي "أسلوب موحد للممارسة يشمل جميع أنساق العملاء أفراد، زوجان، أسرة، جماعة صغيرة، مجتمع منظمة أو مؤسسة، شبكات اجتماعية، مجتمع جيرة، مجتمع محلي، مجتمع وطني، مجتمع إقليمي، مجتمع عالمي محدود، مجتمع عالمي شامل، تشتمل الممارسة العامة على قدرة الأخصائي الاجتماعي على التدخل المهني على المستويات متعددة وأداء أدوار للممارسة مختلف ومتنوعة".

### **ويمكن تعريف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية على أنها:**

منظور للممارسة يركز فيه الأخصائي الاجتماعي على مواجهة المشكلات الاجتماعية لأنساق التعامل (فرد، زوجان، أسرة، جماعة، مجتمع) مستخدماً كل الطرق والأساليب الفنية لإحداث التغيير المنشود دون تفصيل طريقة بعينها.

## ثانياً: أهداف الممارسة العامة:

تسعي الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تعاملها مع ذوي الإعاقة إلي تحقيق أهداف وقائية وعلاجية وتنموية للمساعدة في إعادة تكيفهم مع بيئاتهم الاجتماعية وتحقيق الأداء الاجتماعي المناسب لهم ولأسرهم ومن هذه الأهداف:

١- العمل على مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة بالاستفادة من الامكانيات والموارد المتاحة بالمجتمع عن طريق تعريف الممارس العام لهم بالمؤسسات وكيفية الاستفادة من الخدمات المقدمة لهم والتنسيق اللازم بين مختلف الأنساق والمؤسسات المعنية بتقديم خدماتهم لهم.

٢- مراعاة الفروق الفردية في التعامل مع هذه الفئات الخاصة وتوفير المناخ النفسي والاجتماعي الملائم لهم.

- ٣- تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية في الحصول على الخدمات والاستفادة من الفرص المتاحة.
- ٤- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع نحو المعاق وتغيير نظرتهم إليهم باعتبار شخص له الحق في الاستفادة من كافة الحقوق المدنية والسياسية وممارسة واجباته بما يساعد في تحسين الاعتراف المجتمعي ويساعد في تنمية روح الانتماء لدي المعاق.
- ٥- المساعدة في تهيئة الجو الأسرى الملائم لهم وتعريفهم بسبل الرعاية السليمة للأبناء بما يسهم في إشباع احتياجاتهم والتخفيف من حدة مشكلاتهم.
- ٦- التفكير العلمي في مشكلاتهم بمعنى مجابهة المشكلة على مستويات متعددة بدءاً من الوقاية ثم التدخل المباشر لعلاج مشكلة العميل إلى تنمية قدرات وطاقات الأفراد.
- ٧- إجراء الدراسات العلمية والبحوث التي تنصب على الإعاقة وأسبابها واحتياجات ومشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٨- العمل على توفير فرص العمل الملائمة لهذه الفئات بما يتلاءم مع إمكانياتهم وقدراتهم العقلية والجسمية ويشعرهم بأهميتهم ويعمق الولاء والانتماء لمجتمعهم.
- ٩- توفير الوسائل العلاجية المناسبة لهم وتأهيلهم لإعادة تكيفهم مع حياتهم الاجتماعية.
- ١٠- الاستفادة من التشريعات الاجتماعية التي تكفل مجموعة من الحقوق المدنية والاجتماعية والعمل على تفعيلها وتطويرها من خلال مشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في صنع القرار بما يحقق النفع لهم ولأسرهم.

### **ثالثاً: خصائص الممارسة العامة:**

- ١- تعتمد الممارسة العامة على الأسس النظرية المستمدة من العلوم الانسانية بجانب الاساس القيمي والمهاري للممارسة.
- ٢- الممارسة العامة تمثل إطار نظرياً يمكن الممارس المهني من انتقاء الأساليب المناسبة لإحداث التغيير المنشود لدي كافة انساق التعامل.
- ٣- يركز منظور الممارسة العامة على جوانب القوة في نسق العميل تضامنه مع الممارس العام في حل مشكلاته.
- ٤- الممارسة العامة منظور عام لتفسير المواقف والمشكلات وتستخدم مع مختلف المؤسسات والأنساق معتمداً على خطوات التدخل المهني.



- ٥- تعمل الممارسة العامة على معاونة المنظمات والمؤسسات على تحقيق أهدافها ومساعدة أنساق التعامل سواء أكانوا أفراد أو أسرة أو جماعة أو مجتمع على أداء أدوارهم الاجتماعية.
- ٦- تقوم الممارسة العامة على عناصر أساسية وهي:
- (أ) مؤسسات الممارسة المهنية وارتباطها بمجالات الممارسة (طبي، رعاية أسرة وطفولة، دفاع، مدرسي، معوقين... إلخ).
- (ب) المشكلات الاجتماعية لأنساق العملاء.
- (ج) أنساق التعامل (فرد، أسرة، جماعة، مجتمع).
- (د) الممارس العام المتخصص المُعد إعداداً علمياً عملياً يمكنه من القيام بدوره بنجاح.
- ٧- بورة اهتمام الممارسة العامة تنصب أساساً على العدالة الاجتماعية التي من خلالها يتعاون الاخصائي الاجتماعي مع نسق العمل لإيجاد وتوزيع الموارد بأسلوب متوازن بما يشبع الحاجات ذات العلاقة المتبادلة بين الأفراد والمجتمعات المحلية والبيئة الطبيعية .
- ٨- تسعى الممارسة العامة إلى إحداث التغيير الاجتماعي المرغوب فيه ومواجهة المشاكل التي تعترض أنساق التعامل سواء كان النسق فرداً أو جماعة أو منظمة أو مجتمعاً محلياً أو قومياً.
- ٩- تستخدم الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مدخل متعدد المناهج يقوم باختياره بشكل تفاضلي ويستخدم مستويات ممارسة مع أنساق عديدة بما يلائم الحاجات الفريدة لكل نسق مع العملاء.
- ١٠- يركز منظور الممارسة العامة على استخدام موارد المجتمع المحلي وكذلك موارد أنساق العميل في عملية حل المشكلة.
- ١١- تهتم الممارسة العامة بتحقيق التوافق بين كافة أنساق التعامل وبين بيئاتهم الاجتماعية بما يسهم في احداث التغيير المنشود وحل المشكلات.
- ١٢- تقوم الممارسة العامة على الأسس المستمدة من النظرية العامة للأنساق ونظرية الأنساق البيئية كأساس لتفسير المشكلات التي تواجه العملاء.
- ١٣- أساس انتقائي للممارسة يستخدم المهارات والمعرفة المأخوذة بشكل تفاضلي من كل أشكال صيغ الممارسة لتلائم الحاجات الفريدة لكل عميل في بيئة خاصة به.

١٤- منظور الممارسة العامة يمكن الممارس من تحديد خطوات التدخل المهني وفقاً لطبيعة

المشكلة وتتضمن:

(أ) تحديد المشكلة.

(ب) تحديد أهداف التدخل.

(ج) صياغة التعاقد.

(د) انتقاء الأساليب الملائمة لحل المشكلة.

(هـ) عملية التقييم وإنهاء التدخل المهني.

١٥- تمثل الممارسة العامة نموذجاً شاملاً يهتم بالتعامل مع كافة الأنساق كما أنه لا يعتمد على

طريقة بعينها أو مجالاً بعينه من مجالات الممارسة.

١٦- تسعى الممارسة العامة إلى مساعدة الفئات المستضعفة أو المحرمة اجتماعياً واقتصادياً

فتهتم بالمدافعة عن حقوقهم وإشباع احتياجاتهم وتمكنهم من الاستفادة من الخدمات والموارد

المتاحة لهم.

١٧- أن تقدير وتحديد حجم المشكلة في الممارسة العامة يتجاوز حدود طريقة بعينها من طرق

الخدمة الاجتماعية.

١٨- أن الممارسة العامة تبني على نموذج تضامني يركز على التبادلية مع نسق العمل

وفريق العمل والمهنيين الآخرين، كما أنه يؤكد على جوانب القوة في نسق العمل وأساليب

ذلك النسق في العمل من خلال عملية حل المشكلة مع التأكيد على قيمة أنساق العملاء

وكرامتهم وقدراتهم لحل مشكلاتهم مع جعل نسق العمل يعتمد على نفسه ولا يركز على

العمل معه لفترة طويلة، ويتضامن مع الممارس العام في حل مشكلاته بل أنه يؤكد على

ربط الكل (نسق العمل - نسق محدث التخير - نسق الهدف - نسق العمل أو الفعل) في

العمل معاً لحل المشكلة.

#### **رابعاً: موجّهات الممارسة العامة وتطبيقها في مجال ذوي الإعاقة :**

أن موجّهات الممارسة العامة إلى ترشد الممارس العام يمكن صياغتها من الفهم الواسع

للمهنة ووضعها المتطور في المجتمع الحاضر كما يلي:

١- منح القوة للعملاء بشكل فردي أو بشكل جماعي لكي يتمكنوا من حل مشكلاتهم الشخصية والاستفادة من قدراتهم بفاعلية أكثر الخدمة الاجتماعية تستخدم المشاركة تدور حول منح القوة والتي تتضمن أن كل الأنساق المستفيدة من خدمات مهنة الخدمة الاجتماعية لديهم القوة الكامنة لإيجاد حلول لمشكلاتهم ومنح القوة هي عملية إطلاق القوى الكامنة لدى الأنساق الاجتماعية واكتشاف وإيجاد الموارد والفرص لتعزيز الأداء الاجتماعي السليم أثناء محاولة أنساق العميل لإيجاد حلول لمشكلاتهم ومحاولاتهم لإشباع حاجاتهم.

٢- إقامة روابط بين العملاء والموارد المجتمعية لتعزيز الاداء الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة، فالأخصائيون الاجتماعيون يكفلون الروابط بين الأنساق المستفيدة من الخدمات والموارد والفرص التي يقدمها المجتمع المحلي والنظم المجتمعية، فالأخصائي الاجتماعي يزود أنساق العميل بالمعلومات ويقدم لهم الخدمات المتصلة بالموارد المجتمعية.

٣- وضع سياسة لتنمية اجتماعية لمنع المشكلات الاجتماعية المتصلة بالإعاقة من الظهور أو الوقاية منها في مستهلها.

٤- تسهيل استجابة أنساق الموارد المؤسسية (مؤسسات تأهيل المعاقين) لمقابلة احتياجات المعاقين كحق لهم وليس منحة.

٥- تحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة بين جميع العملاء وذلك بإتاحة المساواة بينهم في الحقوق والفرص التي يقدمها المجتمع.

٦- تقدير التنوع والاختلاف بين العملاء وعدم التفرقة بينهم في الخدمات التي تقدمها المهنية.

٧- تحقيق التفاعل القائم بين الأخصائي الاجتماعي كمارس عام توجيه قيم ومبادئ المهنة وبين العميل في إطار محدد لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

## أنساق العملاء للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الصحي للمعاق:

١- أنساق العملاء في مستوى الوحدات الصغرى:

■ نسق الفرد (المعاق) تصنف المرضى إلي عدة أنواع:

- **نسق الزوجين:** ويقصد به معاونة الزوجين على مواجهة المشكلات التي تعترضهما والتوعية الزوجية بإجراء الفحوصات الطبية خاصة للمقبلين على الزواج.

- **نسق الأسرة:** يعتبر المعاق عضواً هاماً في نسق الأسرة، حيث يتأثر علاقة المعاق بأفراد أسرته، ويسعى الممارس العام إلى مساعدة الأسرة على تقبل المعاق وتفهم حالته الصحية ومساعدتهم على الاستفادة من الخدمات المقدمة لهم.

- **نسق الجماعة الصغيرة:** تهدف الممارسة العامة إلى مساعدة المعاقين على التخفيف من حدة المشكلات والضغوط التي تواجههم.

## ٢- أنساق العملاء في مستوى الوحدات الكبرى:

- **نسق مجتمع المنظمة أو المؤسسة:** تمارس الخدمة الاجتماعية في المستشفيات العامة المتخصصة في الحالات الخطيرة المستشفيات النفسية، مراكز التأهيل، برامج الرعاية النهارية للمسنين العيادات المتنقلة، منظمات المحافظة على الصحة.

- **نسق الشبكات الاجتماعية:** الشبكة الاجتماعية هي الارتباط رسمي أو غير رسمي من جماعة أو جماعات من الناس أو عدد من المنظمات والذي يمكنهم من تقاسم الموارد، والاتصالات المباشر ومعرفة كل منهم للآخر.

- **نسق مجتمع الجيرة للمريض:** الجيرة هي منطقة كاملة صغيرة تتقاسم سكانها خصائص معينة وقيم واهتمامات متبادلة أو أنماط مشتركة للمعيشة، فزيارات الأهل يدعم شعور المعاق باهتمامات الآخرين الأمر المدعم للشفاء.

- **نسق المجتمع المحلي:** تمثل المجتمع بما يشمل من مؤسسات وإمكانيات مطلبا هاماً لتقديم الخدمات التي يحتاجها المرضى، ويسعى الممارس المهني إلى مساعدة العمل على تسهيل اتصالهم بالمؤسسات والمنظمات كمراكز التأهيل والتدريب المهني للاستفادة من إمكانيات وخدماتها.

- **نسق المجتمع الوطني:** ويهتم الممارس العام بوضع الخطط الخاصة بالرعاية الاجتماعية للمعاق ودراسة المشكلات التي تحول استفادتهم الخدمات العلاجية المقدمة لهم.

٣- مستوي أنساق الوحدات الأوسع نطاق ويشمل المجتمع الإقليمي والمجتمع المحدود:  
المجتمع العالمي الشامل.

### خامساً: مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

١- يعمل الممارس العام على الاهتمام بالمعاق كإنسان له طاقة يمكن المحافظة عليها وأحداث التوافق بينة وبين البيئة وذلك من خلال التعرف على شخصية المعاق وطبيعة البيئة وأسلوب الاتصال بينها باعتبار أن هذه الجوانب ضرورية لتحديد أولويات التدخل المهني وأحداث التوافق بين المعاق والبيئة.

٢- يهتم الممارس العام بإطلاق القوي الكامنة لدى الأنساق الاجتماعية (فرد - زوجان - أسرة - جماعة - مجتمع - مؤسسة - مجتمع محلي - مجتمع وطني) والاستفادة من قدراتهم لإشباع حاجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

٣- يقوم الممارس العام بالتدخل لصالح المعاقين ومساعدتهم على اختيار أفضل الحلول لمشكلاتهم وتوفير الموارد وتغيير السياسات الاجتماعية الخاصة برعايتهم.

٤- يهتم الممارس العام بتحقيق أهداف وقائية لتجنب وقوع المشكلات أو تحقيق أهداف علاجية تتمثل في المساعدة على حل المشكلات كذلك تتحقق أهداف تنموية عن طريق إسهام المعاقين في تنمية مجتمعهم.

٥- أن يكون الممارس العام على معرفة شاملة بالمجتمع المحلي وموارد حتى يستطيع ربط المعاقين بالأنساق التي تزودهم بالخدمات والموارد التي يحتاجون إليها.

٦- يستخدم الممارس العام منهج حل المشكلة المتعدد المستويات لأنساق العميل وأداء أدوار للممارسة مختلفة ومتنوعة طبقاً لطبيعة المشكلة.

٧- تعزيز عملية حل المشكلة والتغلب عليها وتنمية قدرات المرضى وذلك بربطهم في عملية حل المشكلة وتعزيز قدراتهم في التغلب على مشكلاتهم وحلها وتنمية جوانب القوة فيهم.

٨- مراعاة الفروق الفردية والاختلافات بين الناس وتوفير الخدمات والموارد دون تفرقة بينهم.

٩- إدراك الاحتياجات الاجتماعية للمرضي ومساعدتهم على الاستفادة من الموارد المتاحة لهم لمواجهة مشكلاتهم.

١٠- تحقيق المساواة بين جميع فئات السكان حتى يشاركون في أمور مجتمعهم.

وتتحدد مسؤوليات الممارسة مع المعاقين في خمسة مستويات:

➤ **المستوى الأول:**

وهو يشير إلي أنه يجب أن يكون لدى الممارس العام خلفية معرفية عن الأنواع المختلفة للإعاقة، وتشمل هذه الخلفية معرفة بعلم أسباب وأنواع الإعاقة ونظريات النمو والتطوير وفهمها لديناميات الأسرة وأنواع الدعم المطلوبة لإثراء وظيفة العميل ومعلومات عن إمكانيات وقدرات المعوق.

➤ **المستوى الثاني:**

يجب أن يستند الممارسين المهنيين في عملهم على مجموعة من المبادئ العامة والتي تتعلق بالإعاقات المختلفة، وتشمل الاهتمام بتقديم العون والمساعدة لكل معوق والمحافظة على إمكانياته وقدراته الخاصة.

➤ **المستوى الثالث:**

وهو يشير إلي اتجاه الممارسين المهنيين نحو إجراء البحوث والتجارب المختلفة والتي تحد وتقلل من حدوث الإعاقة وهو ما يمثل المستوى الوقائي في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

➤ **المستوى الرابع:**

يجب أن يمثل الممارسين المهنيين كأعضاء في فريق متضامن مع اخصائيين مختلفين من العلوم الأخرى لمواجهة الاحتياجات المختلفة للمعوقين.

➤ **المستوى الخامس:**

وهو يشير إلي دور الممارس المهني في التعريف على برامج الرعاية الصحية والخدمات القائمة بالمجتمع المحلي والتي تقدم للمعوقين والمساهمة في التخطيط لما يمكن تقديمه لهم.

**وهناك مجموعة من الأسس التي يستند عليها الممارس العام في عمله مع المعوقين:**

١- يجب أن يدرك أنه كما أن الناس حاجات إنسانية مشتركة، فإنه لكل فرد فرديته وحاجته الخاصة، ولذلك عليه معرفة أن لكل فرد مشكلاته الخاصة وأن هذه المشكلات ليست وفقاً على الشخص المعوق وحده بل أنها عامة قد يقابلها العاديون أنفسهم، وعليه إلا يتعامل مع هؤلاء بطريقة تختلف عن الطريقة التي يتعامل بها مع العاديين، وكل ما هنالك أنه ينبغي أن يتعرف على الصفات المميزة للمعوق الذي يعمل معه، وكذلك مدي إمكانياته وقدراته التي

- تتفق مع ظروفه الخاصة وحيث إن مدلول الإعاقة يختلف من فرد لآخر فانه يجب على الاخصائي أن يتعامل مع المعاق على أساس ما يتأثر به نتيجة إعاقته وظروفه الخاصة.
- ٢- يجب على الاخصائي الاجتماعي أن يقدر المستويات البدنية والصحية للمعوق الذي يعمل معه وأن يعاونه وفقا لقدراته البدنية والصحية، وذلك يتطلب منه ابتداء ألوان من النشاط التي تتلاءم مع درجة إعاقة وقدرات الفرد.
- ٣- ينبغي على الاخصائي الاجتماعي ضرورة الاتصال الدائم بوالدي الفرد المعوق حتي يستطيع تعريفهم بقدرات واستعدادات طفلهم المعوق ليصبحوا أكثر قدرة على المساهمة في تأهيلية وخدمته داخل الأسرة.
- ٤- ينبغي على الاخصائي أن يكون له دور فعال في إطار الخدمات الأساسية التي تقدمها المؤسسة للمعوقين في مراحل العلاج والتدريب والتشغيل.
- ٥- يجب عليه أن يصمم برامج متنوعة للمعوقين ويشجعهم على الاشتراك فيها كلما أمكن ذلك.
- ٦- ينبغي عليه أن يستفيد من كافة الامكانيات الموجودة بالبيئة المحيطة بالشخص المعوق وذلك لدعم وتطوير البرامج المقدمة له.

### دور الاخصائي - كعضو في فريق العمل - مع الطفل المعاق:

يقصد بالعمل الفريقي TEAM WORK ذلك العمل الذي يشترك فيه عدد من المهنيين ذوي التخصصات المختلفة بقصد مناقشة موضوع أو موضوعات معينة، بحيث تنصهر في وحدة واحدة تنتهي باتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التي يتفق عليها المجتمع.

والعمل مع الأفراد غير العاديين يتطلب عمل الفريق والتعاون في سبيلهم، وأن تكون القرارات الهامة في تاريخ الفرد، قرارات جمعية لصالحه.

ويري المؤيدون لاتجاه عمل الفريق أن الشخص الجيد والعلاج المناسب للأفراد غير العاديين يتطلب جهود تخصصات متعددة، فالمعلومات الجزئية التي يقدمها الأخصائيون إلى الآباء والامهات أو إلي المربين لا تحقق التكامل بين مختلف النتائج الطبية والاجتماعية والسيكولوجية والتعليمية في كل واحد متناسق وفعال ومن ناحية ثانية فإن المدرس أو الأخصائي أو غيرهم من المهنيين لا يستطيعون أن يأخذوا هذه التقارير المتفرقة عن المعوق ويحققوا التكامل بينها بسهولة بحيث يترجموا مثل هذه النتائج إلى برنامج يتميز بالشمول فالأمر يحتاج إلي جهد منسق بين جميع المهنيين لتوفير أفضل البرامج ملائمة لغير العاديين.

## ويسير العمل الفرقي على أسس أهمها:

- ١- إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفة وتخصصه إدراكا واضحا لمسئولية وظيفته الرئيسية.
- ٢- احترام كل عضو لعمل وتخصص كل من الأعضاء الآخرين.
- ٣- احترام كل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء.
- ٤- إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأيه وتوضيح دور في كل حاله فردية.
- ٥- أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الاحترام المتبادل.

## ويمكن حصر دور الأخصائي الاجتماعي مع أعضاء الفريق في تعريفهم بالآتي:

- مدلول الإعاقة بالنسبة للمعوق وأسرته.
- العوامل الاجتماعية والنفسية المصاحبة للإعاقة.
- توضيح إمكانيات الأسرة والبيئة للتعاون مع المعوق بما يحقق له أفضل السبل لمقابلة احتياجات المختلفة.

يمكن حصر مسؤوليات وجهود الأخصائي الاجتماعي في مجال الإعاقة في ثلاث نواحي رئيسية هي: مسؤوليات التنظيم الداخلي، ومسؤوليات نحو المجتمع، ومسؤوليات فنيه نحو المعوقين، وتنضح فيما يلي:

### (أ) مسؤوليات التنظيم الداخلي:

الاخصائي الاجتماعي في مجال المعوقين مسئول أمام رؤسائه من الناحيتين التأهيلية والاجتماعية على عمله الفني، وهو أيضا مسئول عن تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى أو المؤسسة الطبية تنظيماً يضمن وجود الأماكن لمقابلة المعاقين بحيث تكفل سرية المعلومات كما يجب أن يعمل على تنظيم الأعمال الكتابية بما يسهل عملية التسجيل وحفظ سجلات المعوقين كما له الحق في إبداء الرأي في تنظيم العمل بالعيادة وأعداد الوسائل التي تحكم في نظام حضور العوق كنظام عمل المواعيد ونظام القيد والتحويل والتتبع.

### (ب) مسؤوليات نحو المجتمع:

وهذه المسؤوليات تتلخص في تنبيه المجتمع إلي وجود قسم للخدمات الاجتماعية التأهيلية لكي تحول إليه الحالات المستحقة لخدماته كما أنه على الأخصائي الاجتماعي أن يتعاون مع



المصادر البيئية فى المجتمع تعاوناً يكفل للمعوقين الحصول على المساعدة المحتاجين إليها والتي تمنحها هذه المصادر.

وقد يكون من المستحسن أن يحفظ بسجل لأسماء جميع المعوقين الذي يلجأون لقسم الخدمة الاجتماعية للحصول على خدمات الاجتماعية للحصول على خدمات عامة أو خاصة إذ أن هذا يسهل عملية متابعة المعوق، كما ييسر مهمة البحوث التي يجب أن يقوم بها قسم الخدمة الاجتماعية من أن إلي أخري لقياس مدى نشاطه ومعرفة نواحي القوة والضعف فى نظمه وخدماته وذلك لتعديل سياسته وإضافة أنواع من الخدمات غير الموجودة والضرورية لخدمة الحالات.

وقد يجد الأخصائي الاجتماعي أن من واجبه تزويد جماعات المعوقين بألوان من الثقافة الخاصة التي ترتبط بإعاقاتهم، ويمكنه أداء هذا الواجب عن طريق محاضرات تنظم لجميع المعوقين على أن يقوم بإلقاء المحاضرات أطباء موثوق بهم كل فى مجال تخصصه وذلك لكي تكون لآرائهم استجابة وقبول فى نفوس المعوقين.

### **(ج) مسئوليات فنية خاصة بالمعوقين:**

أما المسئوليات الفنية فهي أساس عمل الأخصائي الاجتماعي، وهو يقوم بتأدية الواجبات الأخرى لكي يهيئ لعمله الفني فرصة الإفادة الكاملة دون أن تتعثر جهوده فى ثنايا نظام إداري أو داخلي غير محكم، وتتخلص جهوده الأخصائي الاجتماعي الفنية فى تقديم خدمات فردية لمن فى حاجة إليها سواء كان هذه الحاجة مادية أو بيئية أو وجدانية، كما يجب أن يعمل على إيجاد وسيلة مجدية لاكتشاف الحالات الفردية المحتاجة إلى عناية خاصة.

### **ويمكن حصر بعض الوظائف الفنية للأخصائي الاجتماعي فى المسئوليات الآتية:**

- ١- شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو التأهيلية ودور كل من الفنيين فيها.
- ٢- بحث التاريخ الخاص بالإعاقة لمساعدة الطبيب وتوجيهه فى عمليات الفحص والتشخيص ورسم خطة محكمة للعلاج.
- ٣- دراسة التاريخ الاجتماعي للمعوق إذا كان فى حاجة إلى عون فردى أو إذا كانت هناك عقبات تعترض العلاج.

٤- إعداد المعوق لتقبل بعض أنواع الاختبارات الطبية التي تضايقهم وتزعجهم وتثير مخاوفهم لو لم يسبقها شيء من التمهيد والشرح لطريقتها وغرضها في الفحص أو في العلاج.

٥- تفهم المعوق حقيقة إعاقته (إذا لم تزعه) وتوضيح معني الاصطلاحات الطبية التي تخفيه، ومعاونته في تنفيذ الخطة العلاجية بدقة.

٦- اكتشاف الصورة الديناميكية للحقائق والعلاقات الهامة المتعلقة بوقف الموق والتي يمكن أن تؤثر في تشخيص المرض وعلاجه وموعد خروج المعوق من المستشفى ومتابعة رعايته خارجياً.

٧- تحويل المعوقين وأسرههم إلي المؤسسات الاجتماعية والطبية الخارجية التي يمكنها أن تقدم لهم ألواناً من المساعدات المناسبة المرغوبة في موقفهم.

٨- إعداد وحفظ السجلات الاجتماعية للمعوقين.

٩- إعداد الشهادات والتقارير الطبية التي تكون ذات قيمة خاصة في تسهيل نيل المعوق وأسرته لمساعدات معينة، أو لتيسير استرداد المعوق لوظائفه في المجتمع بعد تمام الشفاء.

١٠- وكثيراً ما يقوم الأخصائي الاجتماعي بعمل أبحاث اجتماعية خاصة للمعوق في المستشفى أو المؤسسة التأهيلية التي يعمل بها حتي يمكنه تقدير ما يلزمه من خدمات إضافية وحتى يدرك مدى استفادة المعوق من قسم الخدمة الاجتماعية وغالبا ما يستعين الأطباء بالأخصائيين الاجتماعيين في استكمال بعض البحوث الطبية بحصر العوامل الاجتماعية الاسرية والبيئية المؤثرة في المعوق.

١١- قد يؤدي الأخصائي الاجتماعي في مجال التأهيل واجبات أخرى مثل تدريب طلبة الخدمة الاجتماعية، وتوجيه نظر طلبه الطب إلى أهمية العوامل الوجدانية والاجتماعية والبيئية في الإعاقة مع عرض بعض الحالات التي توضح أهمية هذه العوامل.

١٢- يساعد الممرضات في فهم أهمية العوامل الوجدانية والاجتماعية في الإعاقة وكيفية التعامل مع ألوان السلوك الدائم والمؤقت التي يبديها المعوق، وإذا كان للمعوق موقف شاذ يحتاج إلي معاملة من لون خاص شرح الأخصائي الموقف للممرضات المتعاملات معه وساعدهن على تقبله ورسم خطة معاملته.

١٣- من واجبات الاخصائي الاجتماعي تناول بيئة المعوق بالتعديل سواء كان ذلك بتعديل اتجاهات الأقارب أو بإحداث ما يلزمه من عوامل خاصة واستغلال الموارد البيئية لصالحه في فترة النقاهة وبعد تمام الشفاء كمؤسسات التشغيل.

١٤- من مسؤولياته أيضاً تمييز الحالات التي تتبع بعد ترك مكتب التأهيل ورسم خطة التتبع الاجتماعي والتأهيلي.

### دور الأخصائي الاجتماعي في معاونة المعاق على التمييز:

وكثيراً ما يجب المعوقين التحدث عن إعاقته، وهذه فرصة يجب أن يمنحها لهم الأخصائي، كما قد يريد المعوق التحدث عن شيء من تفاصيل الإعاقة والعلاج، فيناقشه مع الأخصائي، وبذلك يوفر عليه الكثير من القلق والشك، ويجب أن يحاول تحديد مدى فهم المعاق لحالته المرضية وشعوره نحوها، ويجب أن يعرف إذا كان في مقدوره تنفيذ الخطة العلاجية أم لا.

### مساعدة المعاق في اتخاذ قرار:

ولبيد الأخصائي من نقطة اهتمام المعوق سواء كان موضوع الاهتمام جسماً أو عقلياً أو وجدانياً أو اقتصادياً أو اجتماعياً، ويحاول أن يفهم الموقف المحيط به، كما يحاول فهمه كشخص، ويحاول قياس آثار الإعاقة في شخصيته وفي حياته اليومية وإذا كان هناك احتمالات لحل الموقف المرضي يساعد المعوق في اخذ قرار بعد أن يتناقشا معاً مناقشة مستفيضة عن كل احتمال على حده، على أن تبرز هذه المناقشة النقط التي كان المعوق يجهلها أو يريد بعض التفسير لها إما إذا كان هناك حل واحد فيعاون الأخصائي المعوق على قبوله.

وقد يضطر الأخصائي الاجتماعي إلي تأخير البت في أمر العلاج إذا كان لدي المعوق بعض أنواع الصراع التي تعترض اتخاذ قرار سريع، على شرط ألا يكن هناك ضرر لهذا التأخير.

وفي هذه الحالة يتحتم أن يساعد الأخصائي المعوق في التخفف من بعض الضغوط الوجدانية، ويعطيه الفرصة لأن يعبر عن ما في نفسه من وجدانات ومخاوف تعوق حركة تفكيره في الاتجاه المرغوب.

وأن يساعد المعوق في أخذ قرار في صالحه يتردد في أخذه أو قبول علاج كان قد رفضه من قبل، أو في إعانته على التكيف مع المجتمع بعد زوال مرضه، وفي حدود ما تخلف عنه من

عجز، لابد من عجز، لابد من أن ينفذ إلي الأسباب التي تدفع العميل إلي مقاومة عمليات التأهيل والعلاج ومن أهم هذه الأسباب:

### اسباب مقاومة العلاج:

ويمكن تميز أربع نواحي رئيسية تكمن فيها أسباب مقاومة التأهيل وعدم التكيف الاجتماعي، وهذه النواحي هي:

(أ) شخصية المعوق وما فيها من عوامل وجدانية.

(ب) الناحية الاقتصادية.

(ج) العلاقات الاجتماعية.

(د) البيئة.

### (أ) الأسباب الشخصية والوجدانية:

كثيراً ما يكون تلكو المعاق في السعي أو عدم الاهتمام بتنفيذ التوصيات العلاجية او في رفض العلاج راجعاً إلي أسباب وجدانية، تتمثل في:

١- الخوف الصريح من الموت.

٢- قد يكون لدي المعوق شك في قيمة العلاج الطبي، وفي هذه الحالة لابد من قياس مقدار ثقته في مهنة الطب أو المستشفى أو الطبيب الذي قام بفحصه، وعين طريقة العلاج، كما يتجاهل بعض الناس الأعراض المرضية ولا يتقدمون لعلاجها.

٣- ويرفض بعض المعوقين دخول المستشفى لارتباطها ببعض التجارب المؤلمة في حياتهم، كارتباطها بموت عزيز أو تجربة فاشلة، كما ترتبط المستشفيات في أذهان المعوقين بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح، والموت وما إلى ذلك ويجب أن يتناول الأخصائي مع المعوق هذه الأسباب، ويحاول أن يمنحه الفرصة الكافية للتعبير عنها وعما يرتبط بها من ذكريات حوله والعمل على إزاحة جميع مخاوفه وبث الاطمئنان في نفسه.

٤- وقد تكون هناك مخاوف لا شعورية بسبب تجارب مريرة كبنت في الصغر، كتخويف الأطفال بالأطباء والجراحة والبتنر، وما إلي ذلك، وقد يتطلب الأمر إحالة المعوق إلي طبيب نفسي لمعاونته على اتخاذ قرار بعد فهم حقيقة المادة المكبوتة في اللاشعور.

٥- وقد يتردد المعوق في قبول العلاج الداخلي خوفاً من أن تطول إقامته في المستشفى وتتوقف خطته في الحياه وهنا يجب أن يناقش الأخصائي مع المعوق الفوائد الصحية التي يجنيها من العلاج بالمستشفى، وبذلك يسهل على المريض المعوق اختيار الأصلاح دون تردد.

٦- وأحيانا يكون السبب في تردد المعوق في تنفيذ العلاج قلة ثقته في نفسه وعدم وجود سند يرتكز إليه في اتخاذ مثل هذا القرار، ولذا فتعزيب الاخصائي له وتشجيعه على اتخاذ الخطة العلاجية قد يكون كافياً لإقناعه بالسير في الاتجاه المطلوب.

٧- وفي حالات غير نادرة يكون مبعث اعتراض الموق عن العلاج إيمانه بوسائل العلاج الأخرى كالوصفات البلدية والزار والسحر.

٨- وكثيراً ما يتهيب المعوقين المستشفيات والعيادات ويكرهون مميزاتها من ممرات طويلة، وسكون رهيب، ورائحة مطهرات خاصة، ومنظر آلات غريبة، وفكرة التخدير والدماء والموت والمشرحة، وما إلى ذلك مما يرتبط بالمستشفيات من مناظر وأفكار، ولذا فملاحظة طريقة فهم المعوق لهذه المؤسسات الطبية وإعانتة على التعبير عما يخفيه منها وشرح وتفسير هذه المظاهر مع تبسيطها قد يساعده في التخلص من هذا التهاب.

٩- وقد يرفض المعوق العلاج لأنه يخشي إحداث تغيير لا يطمئن إليه سواء في معيشته الداخلية، أو في عمله فيخشي التعامل مع أشخاص لهم بأفهم من قبل، كما يتهيب الانقطاع عن العمل لمجرد أنه أعتاد عليه فأصبح جزءاً من حياته لا يمكنه الاستغناء عنه ولا بد من تبصيره بحقيقة الاعاقة وتطوراتها، وتأثر قدرته على العمل لو أهمل العلاج أو تأخر العلاج الداخلي بالمستشفى.

١٠- وللجراحة مخاوف خاصة، فقد يخشي المعوق التخدير، لان معناه الوقوف عن النشاط الإرادي والخضوع لإرادة الغير به ما يشاء، بينما في حاله غير واعية، وقد يخشي أن يهذي أو يتصرف تصرفاً لا يرضاه أثناء غيابه عن وعيه.

١١- وللبنج والتخدير ارتباط بالموت، إذ كثيراً ما يسمع المعوقين أن المريض فلان قد مات (تحت البنج) ومعني هذا أن التخدير قد يكون نهاية للحياة أي الموت، ولذا فيقاومه المعوق بقوة، ويقاوم العلاج الجراحي لهذا السبب.

- ١٢- غالباً يتهيب المعوق الجو المجهول المنساق إليه، وقد يتوهم أن هناك مفاجآت غير سارة فى طيات الغيب كحدوث مضاعفات تسبب له ألواناً من العجز الدائم الذي يشقى بسببه فى الحياه، وفى هذه الحالة لابد من مصارحته بحقيقة إعاقته مصيره لو أهمل العلاج واحتمال ما قد ينتج عنه عجز بعد العملية ووسائل الخدمة الاجتماعية فى التغلب على هذا العجز.
- ١٣- وللعلاج المجاني موقف خاص إذ كثيراً ما يتصور المعوق الإهمال المقصود نحوه، كما قد يخشى أن يكون موضع تجارب طلبه الطب وتمرينهم.
- ١٤- وكثيراً ما يهاب المعوق سواء معاملة هيئة التمريض، كما يتوقعون رداءه التغذيةى والجوع وعدم قدرتهم على التصرف بحرية.
- ١٥- وتحدث مقاومة المعوق للعلاج بسبب الخوف من البتر أو التشويه أو الموت، وذلك لارتباط الإعاقة بالموت، او عدم إدراك حقيقة الإعاقة أو لتذكر نتائج عمليات جراحية غير موفية أو لمغلاة المعاق فى تصور علتها، ونتيجة العلاج، ولابد من العمل على إزالة هذه الأوهام والمخاوف غير الطبيعية، بعد التعرف عليها.
- ١٦- ومن ضمن الأسباب الشخصية الخوف من التعطل عن العمل، وأن يصبح المعوق عالة على غيره، كما يتوقع فقدان مركزه فى الأسرة نتيجة للعجز، فيتردد فى الخضوع للعلاج الجراحي.
- ١٧- وهناك بعض المخاوف التي تتعلق بفكرة الدم والنزف والأسلحة وهذه أيضا لابد من التهوين من شأنها.
- ١٨- وقد يتوقع المعوق ألا ما مبرحه لأنه يحس الإعاقة عقاب إلهي عما اقترفه فى حياته من آثام، وتكون شدة شعوره بالذنب مما يحسم له ما سيتعرض له، أو ما سيعانيه من آلام ونتائج.
- ١٩- كذلك يخشى المعوق الضعف والعجز أثناء العلاج، ويتألم لإثارة إشفاق الناس او شماته الحاسدين والأعداء، ولذا فيفضل الاحتفاظ بعاهته على أن يتعرض لهذه التجارب المريرة.
- وعلاوة على ذلك فإن فكرة الجراحة وحدها قد تنبعث الخوف فى نفوس المعوقين وتوحي إليهم بأنهم يعانون مرضاً وبيلاً أخفيت عنهم حقيقة.

وهناك طائفة من المشاكل والظواهر الاجتماعية النفسية التي تصاحب الإعاقة أو تحدث نتيجة له وتضعف من قدرة المعوق على التكيف الاجتماعي واستعادة وظائفه الايجابية فى الحياة ومنها ما يلي:

١- انقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة نظراً لارتفاع ميزانية الأسرة بسبب الإعاقة وشراء الأدوية والأغذية الخاصة، ييأس المريض ويثير فيه شتى ألوان القلق والضيق والكره، وقد يشعر أنه أصبح عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة، يعتريه شعور بالذنب، وقد تعرقل هذه المشاعر إتمام النقاهة أو سرعة الشفاء.

٢- تقييد حركة المعوق ونشاطه قد يوحي إليه بأنه أصبح عاجزاً، وقد تؤثر هذه الأفكار فى نفسه، ويحس بنقص شديد فيزداد عجزه، ويميل الحياة ومما يزيد من شدة العاهة عدم وجود الفرص الكافية للعمل الخفيف الذي يشير به الأطباء فى بعض الحالات، فتتراكم الهموم على المعوق وقد تدفعه عوامل اليأس من حالته إلى الانتحار.

٣- كثيراً ما يهتز موقف المعوق بأسرته، وتتأثر علاقته بأصدقائه، فينتابه الكثير من الحزن والأسى، كما فى حالات الشلل والعمي وما غلى ذلك.

٤- وفى بعض الإعاقات يزداد اعتماد المعوق على أهله فيشعر بأنه يرهقهم ويسبب لهم متاعب لا ضرورة لها وقد يحس بأنه غير مرغوب فيه، وأن رعايته تتعرض مع خططهم الترفيهية واستخدام وقتهم بحرية وهذا الإحساس يضايقه ويؤلمه.

٥- وفى حالات التى تضطر فيها النساء للخروج إلى العمل بسبب إعاقته يحز هذا فى نفس المعوق وقد يرثي لحاله ويحتقر نفسه ويحس بأنه تسبب فى أوضاع لم يكن يستسغها من قبل تحت ضغط الحاجة المادية، ولذا فيشعر بشي من الذلة والنقص ويحتاج إلى الكثير من المعونة لينظر لعملهن نظرة قبول ورضا.

٦- وقد تضطر الأسرة لطلب المساعدات المالية لعدم وجود إمكانيات داخلية يمكن استغلالها كأن الزوجة أم لعدد كبير من الأطفال الصغار فيشعر المعوق بما يصاحب طلب الإعانة المالية من الذل والعار والفشل فى القيام بدوره كعائل للأسرة.

٧- وكما يتهيب المعوق دخول المستشفى، قد يتهيب البعض الخروج منها إذا كانوا قد اطمأنوا غلى حسن رعايتها ووثقوا فيها ثقة كبيرة وقدروا فيها الدقة والنظام، وهم

يهابون مغادرتها خوفاً من عدم توفر ما يحتاجون إليه في بيئتهم الخارجية أو لعدم وجود من يفهمهم الفهم الكافي.

٨- وإذا نتج عن الإعاقة عاهة أصبح الفرد يعاني مشاكل نفسية خاصة تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز، وتتوقف المشاعر النفسية كماً ونوعاً على العجز أو العاهة ومدى إدراك الشخص له ومعناه عنده وشدة شعوره بما يفرضه عليه من حدود وقيود، وإحساسه بما يواجهه به المجتمع من نظرات، وعلى الأساس تتبلور الآثار النفسية للمرض وتتكون الدوافع السلوكية المعينة الخاصة بنوع شخصية المعوق وتفاعلها مع العجز والعاهة، فقد يكون ذوو العاهات ضعفاء يائسين، حاقدين أو قد يكونوا أقوياء معتدين ينقمون على المجتمع ويتحينون الفرص للاقتصاص منه وإيقاع الضرر به وقد نقصهم من شتى وسائل العمل وفرص التقدم والطموح، وقد ينتجون على مستوى عال في حدود عجزهم، ومن فقد بصره قد يصبح كاتباً فذا وهكذا يخلق العجز مما تبقى للفرد من إمكانيات مواليه للتعويض والانتاج المثمر الممتاز.

#### (ب) النواحي الاقتصادية للإعاقة:

وقد تكون العوامل الاقتصادية هي التي تدفع المعوق لمقاومة الخطة العلاجية أو التي تنسب في عدم تمكنه من التلاؤم السريع أثناء النقاهة وبعد الشفاء، ويمكن تمييز طائفة من الأسباب الاقتصادية المعطلة للشفاء والتلاؤم ومنها:

١- ارتفاع تكاليف العلاج الطبي يؤثر على ميزانية الأسرة تأثيراً سلباً فلا تحتمل الاستمرار في تحمل هذه التكاليف وهذا مما يضطرب له العلاج.

٢- قد يطول العلاج الطبي وتواصل الأسرة دفع تكاليفه الباهظة مما قد يؤثر على مدخراتها وعلى خطط أعضائها في الحياة من تعليم وزواج وما إلي ذلك، وقد تضطر الأسرة في بعض الأحيان إلي بيع بعض أو كل ممتلكاتها وإلي الاستدانة مما يعرضها لألوان من الضغوط الاقتصادية التي تخفض مستواها المعيشي.

٣- وفي الحالات التي يكون فيها المعوق هو العائل الوحيد للأسرة يخشى انقطاع الدخل إذا استسلم للعلاج ويخاف أن تجوع أسرته مدة علاجه ولذا فيضحي بنفسه إبقاء على أسرته، وفي هذه الحالات يجب تدبير أموره المالية تبعاً لإمكانياته وظروفه الاجتماعية



كان تحول أسرته إلى مؤسسة لخدمة الأسرة لتيسير أمور معيشتها أثناء المدة التي يحتاجها لإتمام العلاج.

٤- ومن النتائج السيئة التي تترتب على انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة انقطاع الأبناء عن التعليم ليصبحوا مصدر دخل للأسرة يعوضها الخسائر التي حدثت بسبب إعاقة أحد أعضائها، وقد تخرج الأم لتعمل مضحية بدورها الهام نحو أطفالها وذلك لتسد بعض النقص الناتج عن مرض رب الأسرة.

٥- وفي حالات غير قليلة ينقطع عن التردد على المؤسسة التأهيلية لاستكمال العلاج بسبب عدم تمكنه من دفع تكاليف المواصلات وفي هذه الحالات يجب البحث عن أقرب عيادة دكتور للمنزل وتحويله إليها، وفي حالة عدم وجود عيادات قريبة لمنزله يحاول الأخصائي الاجتماعي مساعدته من أي طريق ممكن.

٦- يابي الكثيرون استغلال العلاج المجاني لخوفهم من نتائجه ولعدم ثقتهم فيه، وهم في نفس الوقت غير قادرين على تحمل نفقات العلاج الخاص، فيضطرون إلى الاحتفاء بعاهاتهم الذي ينمو ويتضاعف بمرور الوقت وقد يستعصي على العلاج فيما بعد.

٧- قد يغادر المعوق المستشفى متعجلاً قبل إتمام الشفاء وذلك ليعمل ويعول أسرته، ويتعرض لذلك لنقص العلاج وللإرهاق في نفس الوقت وللانكاس في كثير من الحالات.

٨- يصف الطبيب في بعض الحالات نظاماً معيناً للمعوقين يلتزمه دائماً أو فترة النقاهة، وقد يجد المعوق أنه من الصعب التقيد بهذا النظام نظراً لكثيرة تكاليف الطعام، فلا يتقيد به فتسوء حالته الصحية، وتتلاشي الآثار العلاجية الطبية التي كان قد وصل إليها ومن أمثلة هذه الحالات.

٩- وفي حالات أخر يشير الطبيب بعدم الإجهاد والتزام الراحة ولكن حاجة المعوق الاقتصادية تدفعه إلى العمل فلا ينفذ تعليمات الطبيب وتتضاعف عنته كما يحصل لمرضي القلب والربو وغيره.

١٠- وقد يشير الطبيب بالعمل نصف الوقت أو جزءاً منه، ولكن هذا يكون سبباً في خفض دخل الأسرة مما يؤثر على حالتها في نواحي كثيرة، ولذا فيعمل المعوق كل الوقت معرضاً صحته للضرر.

١١- وقد ينصح الطبيب بتغيير نوع العمل أو نوع السكن أو المعيشة، ولكن الضغوط الاقتصادية لا تمكن المعاق من إحداث هذا التغيير، فيعطل الجهود العلاجية وقد لا يصل إلي تمام الشفاء.

١٢- وحين يعمل أفراد الأسرة الآخرون للأخذ بيدها اقتصادياً، قد يتفانون في العمل ويحرمون أنفسهم الراحة ويعرضونها للضرر بسبب إرهاق العمل المتواصل لسد نفقات الأسرة أثناء علاج عائلها، وكثيراً ما أصيب أفراد في الأسرة بأمراض بسبب التعرض لمثل هذا الإرهاق.

### (ج) العلاقات الاجتماعية للمعاقين:

وقد يكون الحرص على العلاقات الاجتماعية سواء علاقات اسرية أو خارجية باعثاً على الاحتفاظ بالإعاقة أو عدم استكمال العلاج أو عدم التلاؤم البيئي والتكيف مع البيئة ويمكن أن يشير إلي أمثله من هذه المواقف فيما يلي:

١- قد يخشى الزوج أو رب الأسرة إن هو التجأ إلى العلاج الداخلي أن يبعد عن أسرته فلا تجد من يحميها أو يهتم بأمورها ويرعاها، وقد تشتد به الغيرة فلا يقبل أن يترك زوجته نهياً للظروف ويبعد عنها، وما يحدث بالنسبة للزوج قد يحدث بالنسبة للزوجة المعوقة إذ قد تحجم بالنسبة عن العلاج الداخلي خشية يجذب الزوج إلى بعض الجارات أو الأقارب أو ينطلق وراء المغريات الخارجية دون وجود رقيب أو حسيب.

٢- وكثيراً ما تتحفظ الأم بعلتها لأنها تخشى على أطفالها من أن يتعرضوا للخطر في غيابه أو أن تضطرب رعايتهم مدة مرضها، ولذا فلا تأتمن أحد عليهم وتزهد في العلاج لحرصها الشديد على مصلحة الأطفال ووجود علاقتها بهم كأم دائماً.

٣- وكثيراً من تتوقع الأم أو الزوج أو الزوجة الموت أثناء العلاج (خصوصاً الجراحي)، وتخلف مركزها خالياً في الأسرة فيتعرض أفرادها لمواقف سيئة بسبب انهيار علاقاتهم بها، ولذا فتفضل أن توجد في اسرتها مريضة على أن يخلو دورها الهام في الأسرة.

٤- وقد يكون الشخص في حاجة إلي علاج من نوع لا يريد من حوله الاطلاع عليه، ولذا فيقاوم الوسائل العلاجية التي لا بد وأن يعلم بها الناس، كما في حالات مرضي السل والأمراض السرية الذين يخشون على علاقاتهم الاجتماعية بمن حولهم أن تأثر إذا ما

- اكتشفوا حقيقة مرضهم (ومن أمثلة ذلك مريض ذلك مريض بالقلب أو السل يحاول أن يحجب هذه الحقائق عن خطيبته وأهلها).
- ٥- ويهيب المعوق انقطاع صلته بأصدقائه وبالمجمعات التي يجب أن يرتادها كالنادى والسينما والمسرح وما غي ذلك فلا يقبل الخضوع للعلاج.
- ٦- وينفر بعض الناس من حياة العزلة المفروضة عليهم بالمستشفى ويكرهون لهذا السبب العلاج الداخلى الذي قد يكون الوسيلة الوحيدة للعلاج الصحيح.
- ٧- كما يرفض بعض المعوقين أن يتغير أساس علاقاتهم بالناس فبعد أن كان أساسها تبادل الود والصدقة، يصبح أساسها الإشفاق والمساعدة ويصبح المعوق بدوره متقبلاً للإشفاق الغير متكبلاً ومعتمداً عليهم فى جلب ما يريد، ولذا فيأبى أن تتأثر علاقاته الاجتماعية، ويرفض دخول المستشفى فضلاً الاحتفاظ بالعاهة على تغير أساس علاقاته الاجتماعية وشعوره نحوها.
- ٨- وقد تتأثر علاقات المعوق فى الأسرة والمجتمع نتيجة لإعاقة، فتنهار بعض الروابط الأسرية، كما يحصل فى الطلاق والهجر والانفصال بسبب المرض المعدى أو المزمّن الذى يبعث الخوف أو السأم فى نفس الزوج أو الزوجة أو الذى يتخلف عنه عاهه يعز على اى منهما تقبلها فى الطرف الأخر.
- ٩- وقد تكون الإعاقة نقطة تحول فى العلاقات والروابط الأسرية حسب نوع المعاملة التى يعامل بها المعاق، فإن كان المعاق زوجاً أهملته زوجته أثناء العلاج فقد يضمّر لها العدا، وقد تتأثر علاقته بها بذلك العدا الذى شحن به فترة الإعاقة أما إن عطف عليه واهتمت بشأنه وتفانت فى خدمته فقد يغير رايه فيها ويحس بقيمتها وأهمية وجودها فى حياته ويزيد اعتزازه بها عن ذي قبل، وما ينطبق على الزوج والزوجة ينطبق على الأفراد الآخرين.
- ١٠- وقد تطبق الزوجة بثقل خدمة زوجها المعوق خصوصاً إن كان ميوّس من شفائه، فتسعى للانفصال عنه وما يحصل للزوجة قد يحدث للزوج إذا ينهى علاقته بزوجه إذا ما ضاق بعاهتها.
- ١١- وكما تمل الزوجة زوجها قد يمل الأبناء أبائهم ويحسون بأنه عبء على مجهودهم وإمكانياتهم ويزيد من ثقل هذا العبء عدم قيام الأب بالتزاماته نحو أبنائه، وكثيراً ما

يعبرون عن ذلك بفرض رغباتهم وآرائهم عليه مما يجعله يحس بانعكاس مركز السلطة في علاقته بأبنائه، وقد يضل الأطفال وينحرف سلوكهم لضعف السلطة الوالدية.

ويسئ بعض الأفراد استخدام الموقف المرضي ليخضع من حوله لأنواع من العلاقات السيئة من جانبه مستغلاً عطفهم واهتمامهم، وهذا كثير الحدوث في ضعاف الشخصية والأطفال أما أقوىاء الشخصية من المرضي والمعاقين فنادوا أن تتأثر علاقاتهم بالموقف المرضي بل تظل قوية متينه كما كانت من قبل.

#### **(د) الأسباب الكامنة في بيئة المعاق:**

وتتطوي بعض البيئات على أسباب قوية مضادة للسير بالعلاج في الاتجاه السليم ومعتلة لاسترجاع المعوق لنشاطه الاجتماعي بعد الشفاء، ويمكننا أن ندرك هذه الحقيقة لو اطلعنا على عينة من هذه الأسباب وهي: كثيراً ما تهون بعض الأوساط من شأن الإعاقة ويحاولون علاجه بوصفاته اجتهادية بسيطة كالأسبرين أو الحديد والزرنيخ أو دواء شفي بسببه صديق أو قريب.

#### **سادساً: أدوار الأخصائي الاجتماعي من منظور الممارسة العامة:**

يعمل الأخصائي الاجتماعي مع مختلف وحدات العمل المهني، وفي كافة ميادين الممارسة مستخدماً في ذلك مهاراته ومعارفه التي تمكنه من القيام بأي من الأدوار المهنية حسب طبيعة الموقف وهذه الأدوار هي:

١- **دوره كممكن:** من خلال مساعدة العملاء على الاستفادة من الامكانيات والموارد المتاحة في المجتمع.

٢- **دور المنسق:** يتعامل الأخصائي الاجتماعي مع كافة المؤسسات ويسهل عملية توصيل الخدمات لعملائه وينسق بين الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات.

٣- **دور المخطط:** وفي هذا الدور يقوم الأخصائي بتحديد الاحتياجات المجتمعية والعمل مع القيادات الشعبية والرسمية لمساعدة العملاء على إشباع احتياجاتهم.

٤- **دور المستشار:** يعمل الأخصائي الاجتماعي على تقديم المشورة للعملاء وأسرههم ومساعدتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية والتغلب على ما يعترضهم من مشكلات.

٥- **دور كمبتكر:** من خلال استحداث برامج جديدة لإشباع احتياجات العملاء ووضع الخطط اللازمة لذلك.

**٦- دور المساعد:** وفي هذا الدور يقوم الأخصائي بما يلي:

- تشجيع العميل على الحديث والتعبير عن نفسه والتعبير عن مشاعره حيال عناصر الموقف الذي يواجهه.
- تقديم مساعدة العملاء الذين يواجهون مواقف شديدة الصعوبة.
- تشجيع نسق العميل على النشاط الذاتي لخدمة نفسه والتصرف باستقلالية.
- يعاون العميل في العثور على مصادر القوي الكامنة في نفسه وامكانياته وموارده واستثمار كل ذلك في تحقيق أهدافه.
- معونه نسق العميل على اتخاذ القرارات اللازمة لمواجهة موقفه.

**٧- دور الوسيط:** يعمل وسيط بين المرضى وفريق العلاج بالمؤسسة خاصة عندما يكون هناك مشكلات تعوق استفادة المرضى من الخدمات المقدمة لهم.

**٨- دور المعلم:** وفي هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعطاء المعلومات والتوجيهات والخبرات والمهارات التي تساعد العملاء على مواجهة مشكلاتهم والاستفادة من أوجه الرعاية المختلفة.

**٩- دور مغير السلوك:** وهنا يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعديل أنماط السلوك غير السوية سواء في الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات وذلك تجنباً للوقوع في المشاكل أو الأزمات.

**١٠- دور المدافع:** يعمل الأخصائي على مساعدة الفئات الضعيفة على الحصول على الخدمات وتسهيل علمية الاتصال بين العملاء ومؤسساتهم وتعريفهم بمصادر وأماكن الحصول على الخدمة وإشباع احتياجاتهم.

**١١- دور المشارك:** يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعريف العميل بمشكلاته ويساعد العميل في المشاركة مع لاختيار أفضل السبل لمواجهة مشكلاته.

**١٢- دور المطالب:** وفي هذا الدور يوضح الأخصائي مطالب العميل وأسرته تجاه فريق العمل حتي يمكن العميل من الاستفادة من الخدمة المقدمة له ويساعده على تحقيق أهدافه.

**١٣- دور المفاوض:** وهنا يقوم الأخصائي الاجتماعي بالعمل لصالح العملاء ومساعدتهم على إزالة أسباب الخلاف بينهم وبين المؤسسات التي تقدم خدماتها لهم ويسهم في تحقيق الأهداف المرغوبة.

١٤- دور الميسر أو المسهل: وفي هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة العميل على استثمار مواهبه وقدراته لإحداث تغيير إيجابي في العميل وتمكنه من اختيار أفضل السبل لمواجهة مشكلاته.

١٥- دور المعالج: ويستخدم الأخصائي الاجتماعي هذا الدور خاصة مع العملاء أو الوحدات التي تعاني من اضطرابات أو انماط سلوكية غير سوية ويمارس هذا الدور في مؤسسات الأحداث الأسرة الأمراض العقلية.

١٦- دور المنشط أو المحرك: يعمل الأخصائي الاجتماعي وفقاً لهذا الدور على دراسة حاجات الأفراد والجماعات والمجتمعات بهدف استحداث خدمات أو برامج أو إضافة أنشطة وخدمات جديدة للمؤسسات القائمة أو أحداث تغييرات في البيئة المحيطة، كذلك العمل على مواجهة المشكلات المحلية وإشباع الاحتياجات.

### سابعاً: نظريات الممارسة العامة:

تنقسم نظريات الممارسة العامة إلى نمطين هما:

١- نظريات الوصف والتقدير وتهتم بتفسير سلوك الأنساق التي يتعامل معها الممارس العام والتوصل لأحكام وصفية عن طبيعة الموقف وكيفية تفسيره، ومن هذه النظريات: (أ) النظرية العامة للأنساق: حيث ينظر للأنساق التعامل باعتبارها وحدات مكونة من أجزاء يؤدي كل منها وظيفة من شأنها الإسهام في تماسك الوحدة الشاملة ويتكون النسق من عناصر تمثل المدخلات والعمليات التحويلية والمخرجات والتغذية العكسية، كما يتميز النسق بعدة خصائص منها الاستقرار، والتوازن الدينامي، التمايز والاختلاف والتبادل وترابط الأجزاء وتكاملها.

(ب) نظرية الأنساق الأيكولوجية: تركز هذه النظرية على ما يحدث عند نقطة الالتقاء بين الفرد وبيئته المحيطة لإحداث تفاعل وتبادل بينهما للعمل على إشباع حاجات الفرد وتنميته ورعايته من ناحية وتحسين الظروف البيئية المحيطة بحيث تصبح مكاناً مناسباً لكافة الأنساق التي تعتمد عليها من ناحية أخرى. وتؤكد النظرية على مفاهيم منها التواء بين الفرد والبيئة، التكيف مع البيئة الكفاءة، وتقدير الذات، التوجيه الذاتي.

## ٢- نظريات التدخل المهني والتأثير:

وهي نظريات توجه السلوك المهني وتوفر الأساليب الفنية للتعامل مع المشكلات والحاجات المتنوعة لأنساق العملاء التي يتعامل معها الممارس العام ومن هذه النظريات العلاج السلوكي، حل المشكلة، التدخل في الأزمات، العلاج الأسري، التركيز على المهام، العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، التنمية المحلية، تقدير الاحتياجات ونعرض منها:

### (أ) نموذج التدخل في الأزمات :

وهو نموذج فريد من العلاج وضع خصيصاً لكي يتناسب مع موقف الأزمة بما له من خصائص مميزة ويعرف التدخل في الأزمات بأنه عملية للتأثير الإيجابي الفعال في مستوى التوظيف النفسي الاجتماعي لفرد أو أسرة أو جماعة في موقف الأزمة فهدف التعامل مع الأزمة هو الوصول بالعمل إلى نقطة التي يستعيد فيها ثقته بنفسه وقدراته على التفكير السليم والتعامل الصحيح مع الموقف وإزالة التهديد الذي يتعرض له أو إشباع الحاجات الملحة التي يعرض عدم إشباعها حياة العميل وتوازنه للخطر بحيث يصبح الموقف قابلاً للاحتمال.

ويمر نموذج التدخل في الأزمة بمجموعة من الخطوات وهي التقدير – التخطيط للتدخل العلاجي – التدخل العلاجي.

### (ب) مدخل حل المشكلة:

يهدف هذا المدخل إلى مساعدة العميل على زيادة قدرته ومهارته في حل المشكلات التي تواجهه والتعامل مع الواقع بصوره أفضل.

### ثامناً: مهارات الممارسة العامة:

هناك مجموعة من المهارات التي تمكن الممارس المهني من القيام بدوره بنجاح وهي:

١- المهارة في فهم الشخصيات المختلفة وأساليب السلوك وفهمها.

٢- مهارة في حب الناس وتقبلهم.

٣- المهارة في التحكم في المشاعر.

٤- مهارة الملاحظة.

٥- مهارة في تكوين علاقة مهنية طيبة.

- ٦- مهارة فى قيادة عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج.
- ٧- مهارة فى الربط بين العلم والتطبيق.
- ٨- المهارة فى مساعدة العميل على إدراك مشكلته.
- ٩- المهارة فى الاتصال.
- ١٠- المهارة فى تكوين الجماعة.
- ١١- المهارة فى فهم ديناميات الجماعة.
- ١٢- المهارة فى إدارة المناقشات.
- ١٣- المهارة فى مساعدة الجماعة على تنفيذ وتقييم البرنامج.
- ١٤- المهارة فى صنع القرار.
- ١٥- المهارة فى التأثير على نتىذى القرار.
- ١٦- المهارة فى التفاوض.

كما أن هناك مهارات عامة تستخدم فى كافة مستويات الممارسة وهى:

- ١- المهارة فى تقدير الموقف.
- ٢- المهارة فى تحديد النسق الأولى للتعامل والأنساق المستهدفة.
- ٣- المهارة فى إجراء التعاقد.
- ٤- المهارة فى تحديد أهداف وأساليب التدخل المهني.
- ٥- المهارة فى تنفيذ استراتيجيات التدخل.
- ٦- المهارة فى التسجيل.
- ٧- المهارة فى إنهاء التدخل.



## المراجع

١٧- ماهر أبو المعاطي على: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال الطبي ورعاية المعاقين، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٣م، ص ١٣٥.

18- Pamela, S.Land on: Generalist Andadvanced Generalist Practice in Richardl . Edwards ed – in – chief, of Social Work 19 th med. Volumez Washington Dc : N. A. S. W,1995, P 101.

### نقلاً عن:

أحمد السنهوري: الممارسة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، النهضة العربية، الطبعة الثانية، ٢٠٠٣م، ص ١٣٥.

١٩- أحمد السنهوري: مدخل الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية كهوية للتخصص في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٢٥.

٢٠- أحمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، دار النهضة العربية، الجزء الأول، الطبعة الخامسة، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٥٤٧.

٢١- صفاء عبد العظيم محمد: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية مع مرضي الفشل الكلوي في الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الثانية، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٢٢٤.

٢٢- أحمد محمد السنهوري: فئة المكفوفين متحدو الإعاقة البصرية وتأهيلهم في الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الثانية، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص ٣٦٧.

٢٣- عبد المحي محمود صالح. الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية

٢٤- عبد العزيز فهمي النوحى: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي أيكولوجي، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٢م، ص ٢٨٧.

٢٥- ماهر ابو المعاطي على: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢م، ص ٣٧٤.

- ٢٦- زينب حسين أبو العلا: خدمة الفرد، نظريات وتطبيقات، دين، ص ٢٠٠.
- ٢٧- سعيد عبد العزيز محمود: التدريب الميداني كعامل مؤثر في أكتساب مهارات خدمة الفرد بمجالات الشؤون الاجتماعية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٠م، ص ١٤٧.
- ٢٨- ماهر أبو المعاطي علي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج وممارسة المهنة في الدول العربية، مرجع سبق ذكره، ص ٣٨١.

رؤية كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تسعى كلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم  
أن تكون مؤسسة تعليمية معتمدة ومتميزة محلياً وإقليمياً.

رسالة كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تلتزم كلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم  
بإعداد خريج مثقلاً بالمهارات المعرفية والذهنية والمهنية والعامّة  
طبقاً للمعايير القومية الأكاديمية القياسية ، قادراً على المنافسة محلياً  
وإقليمياً ، مواكباً التطور التكنولوجي ، متفرداً في إجراء البحث  
العلمي لمواجهة المشكلات والأزمات المجتمعية في إطار من القيم  
والأخلاقيات ، مشاركاً في تحقيق التنمية المستدامة .

كاربخ إعتماد مجلس الكلية

2020/11/11 بجلسته رقم (309)

وحدة ضمان الجودة والتخطيط الاستراتيجي – كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

*Quality Assurance and Strategic Planning Unit- Faculty of Fayoum University  
Social Work -*

[Email@ qausw@fayoum.edu.eg](mailto:Email@ qausw@fayoum.edu.eg)

<http://www.fayoum.edu.eg/SocialWork/Qausw>

