

الفصل الثاني

ذوو الاحتياجات الخاصة

مقدمة:

يختلف الأفراد عن بعضهم البعض في أكثر من جانب من جوانب الشخصية الجسمية أو الحسية أو المعرفية أو المزاجية الانفعالية، وهذا الاختلاف أدى إلى تعدد المصطلحات التي تشير إلى هؤلاء الأفراد مما أحاطها بالالتباس والغموض، فكان مصطلح "غير العاديين" أي الذين انحرفوا عن المعيار السادي الذي حدده المجتمع لأفراده، وهذا بدوره أدى إلى اختلاف مصطلح غير العاديين بين المجتمعات.

ولهذا السبب لجأ الباحثون إلى استخدام مصطلحات جديدة للإشارة إلى الأفراد غير العاديين منها الفئات الخاصة Exceptional، وذوو الاحتياجات الخاصة Persons with Special Needs للإشارة إلى كل من ينحرف في مستوى أدائه في جانب أو أكثر من جوانب شخصيته عن متوسط أداء أقرانه، وهذه المصطلحات امتازت بالاتساع والشمول من جهة وبالإيجابية من جهة أخرى، إذ تتضمن المتفوقين عقلياً وقد استبعدتها الدراسة كما ورد في حدود البحث وسيتم التركيز على المعوقين وهم محور الدراسة.

تعريف الإعاقة: المعوق حسب إعلان الأمم المتحدة هو "كل شخص لا يستطيع أن يكفل لنفسه كلياً أو جزئياً ضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية نتيجة سبب وراثي أو مكتسب في قواه الجسمية أو العقلية".

أما منظمة العمل الدولية فتعرف المعوق بأنه "فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً يعجزه عن أداء واجباته الأساسية بمفرده، ومزاولة عمله والاستمرار فيه بالمعدل الطبيعي". (١)

ومن منظور تربوي يعرف كيرك Kirk الطفل غير العادي بأنه "من ينحرف عن العادي في الخصائص العقلية أو المقدرات الحسية أو الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية، أو السلوك الاجتماعي والانفعالي، أو مقدرات التواصل، أو يعاني من جوانب قصور متعددة وذلك إلى الدرجة التي يحتاج عندها إلى تعديل في البرامج التربوية المعتادة، أو إلى خدمات تعليمية

١- نقلاً عن سلوى لبيب عياد، دور الأسرة والمدرسة وأثرهما في تربية الطفل المعوق، بحث مقدم في المؤتمر الخامس للتربية الخاصة، والمنعقد في القاهرة ٨/٦ نوفمبر ١٩٩٠ تحت رعاية وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية، منشورات هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، الإسماعيلية، مطبعة تأهيل المعوقين.

خاصة لتحقيق أقصى حدّ من النمو تؤهله له استعداداته وطاقاته". (١)

ويعرف محمد عبد المؤمن حسين الإعاقة بأنها "ذلك النقص أو القصور المزمّن أو العلة المزمّنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقاً، سواء كانت جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع، ولذا فهد في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية التأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراته على الرغم من قصورها حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع، ويندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعوق؟ (٢)

ومن الملاحظ أن التعريفات التي تناولت مفهوم الإعاقة ركزت على ثلاثة جوانب أولاً: الانحراف عن المستوى العادي. ثانياً: جوانب الانحراف عن المستوى العادي ومظاهره. ثالثاً: الخدمات التربوية الخاصة، ومن الجدير بالذكر أن مفهوم الانحراف هذا غالباً ما تتباين حولته وجهات النظر تبعاً لاختلاف المجالات التخصصية، فما يعد انحرافاً يستلزم تدخلاً علاجياً من وجهة النظر الطبية قد لا يعد انحرافاً ذا دلالة بالنسبة للمربين أو الأخصائيين النفسيين، وهذا ما جعل مفهوم الإعاقة مفهوماً نسبياً ومتغيراً تبعاً لتعريف هذا المجتمع أو ذلك لمفهوم الإعاقة.

ومما سبق نستطيع الوصول إلى التعريف الإجرائي الخاص بهذه الدراسة للمعوق، فالمعوق: فرد يعاني من نقص في قدراته الجسدية أو العقلية أو الانفعالية ناتجة عن عوامل وراثية أو بيئية، فيحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات الحياة اليومية أو المهنية أو الوظيفية بما تسمح له قدراته المتبقية، ويمكنه بذلك أن يشارك في عملية التنمية الاقتصادية أو الاجتماعية بقدر استطاعته وبأقصى طاقاته كمواطن.

أما الإعاقة فهي: عدم قدرة الفرد على أداء دوره في المجتمع وذلك بالنسبة لمن هم في مثل مستواه الثقافي والاجتماعي والاقتصادي بسبب قصور جسدي أو عقلي دائم أو شبه دائم نتيجة عوامل وراثية أو بيئية تحول بينه وبين تعلم أو أداء بعض الأعمال الفكرية أو الجسدية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح.

١- عبد المطلب أمين القرطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، توزيع دار الفكر العربي، ١٩٩٦، ص ١٤.

٢- محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر الجامعي، ١٩٨٦، صص ١٢، ١٣.

حجم جمهور الإعاقة:

يلاحظ أن عدد المعوقين إجمالاً هو في تزايد مستمر في معظم دول العالم، وتعود هذه الزيادة لأسباب عدة، منها نقص عدد وفيات الأطفال عما كانت عليه سابقاً، بسبب ارتفاع مستوى الرعاية الصحية مما جعل نسبة الوفيات في الأطفال المعوقين لا تزيد عما هي عليه بين الأسوياء. (١)

وحتى هذا الوقت لا توجد إحصائيات دقيقة عن حجم مشكلة الإعاقة سواء في الدول المتقدمة أو في الدول النامية، وهذا ما دعا المنظمات الدولية لتضع تقديرات مبدئية مستعينة بنتائج بحوث الدول الصناعية المتقدمة، فقد قدرت منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية أن نسبة الإعاقة تبلغ حوالي ١٠% من تعداد السكان، وعلى هذا فقد قدرت منظمة الصحة العالمية المعوقين بحوالي ٦٠٠ مليون نسمة في عام ١٩٩٤، كما حددت نسبة التخلف العقلي بحوالي ٣% من مجموع السكان (٢)، وأن حالات الشلل الدماغي تصل إلى ١٥ مليوناً في أنحاء العالم، وأن الإعاقة السمعية بمستوياتها المتعددة تصل إلى ٧٠ مليوناً في العالم، بينما يصل عدد المكفوفين وضعاف البصر إلى ٤٢ مليوناً تقريباً، وتتراوح نسبة الإصابة بالصرع ما بين ٢ إلى ٥ بالألف من المواليد تحت سن ٢١ سنة، بينما يعاني ٥% من اضطرابات الكلام ممن هم بين ٥ حتى ٢٠ سنة من العمر. (٣)

ويشير شينر وآخرون Sceiner إلى أن انتشار الأمراض المزمنة بين الأطفال تتراوح بين ٥% إلى ٢٠% اعتماداً على تعريف المرض المزمن، وعلى الطريقة المتبعة في التعرف على هؤلاء الأطفال. (٤)

تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة:

تناول المختصون ذوي الاحتياجات الخاصة بكثير من الدراسات، وصنفوهم تصنيفات مختلفة حسب تنوع واختلاف اتجاهاتهم وآرائهم، ولكن أكثر هذه التصنيفات دقة وشمولاً حسب رأي الدراسة هو التصنيف الذي أوصى به المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة والمنعقد في القاهرة عام ١٩٩٥ تحت رعاية وزارة التربية والتعليم وقد اتخذ الشكل التالي:

١- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، ص ٥١.

٢- عثمان لبيب فراج، مشكلة الإعاقة، الجزء الأول، الإسماعيلية، مطبعة تأهيل المعوقين، ١٩٨٩، ص ١٣.

٣- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، ص ٧.

٤- المرجع السابق، ص ٨.

ينتمي الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى فئة أو أكثر من الفئات التالية:

أولاً: التفوق العقلي والموهبة الإبداعية.

ثانياً: الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة.

ثالثاً: الإعاقة السمعية، وإعاقة التخاطب.

رابعاً: الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة.

خامساً: الإعاقات البدنية والصحية والخاصة.

سادساً: التأخر الدراسي، وبطء التعلم.

سابعاً: صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية.

ثامناً: الإعاقة الاجتماعية

تاسعاً: الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

عاشراً: إعاقة التوحد Autism. (١)

وسوف نتناولها الدراسة تباعاً مستبعدة الفئة الأولى، أي فئة التفوق العقلي والموهبة الإبداعية كما سبق ذكره في حدود البحث، نظراً لخصوصية واتساع البحث فيها بما لا يدع مجالاً لتناولها في هذا البحث أولاً، ولإقتصار البحث على المعوقين بشكل عام، وعلى التركيز والخصوصية على مصابي الشلل الدماغي بشكل خاص ثانياً.

أولاً: الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة: Visually Handicapped:

أشار عبد المطلب أمين القريطي إلى أن الإعاقة البصرية هي بالتعريف "مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من فقدان البصري، تتراوح بين حالات العمى الكلي ممن لا يملكون الإحساس بالضوء، ولا يرون شيئاً على الإطلاق ويتعين عليهم الاعتماد كلية على حواسهم الأخرى تماماً في حياتهم اليومية وتعلمهم، وحالات الإعاقة أو الإبصار الجزئي التي تتفاوت

١- من توصيات المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة المنعقد في القاهرة ١٩/١٦ أكتوبر ١٩٩٥، مرجع سابق.

مقدرات أصحابها على التمييز البصري للأشياء المرئية، ويمكنهم الاستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها في التوجه والحركة وعمليات التعلم المدرسي، سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها". (١) والمعاق بصرياً من وجهة نظر التربية، وحسب التعريف الذي أقرته اليونسكو "هو الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة". (٢)

أما وزارة التربية والتعليم وبالقرار الوزاري رقم ٣٧ بتاريخ ١٩٩٠/١/٢٨ والصادر بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة فقد قسمت فئة المعوقين بصرياً إلى فئتين وتناولتهما بالتعريف كالآتي:

المكفوفون Blind: "أى الذين فقدوا حاسة البصر، أو كان بصرهم من الضعف بدرجة يحتاجون معها إلى أساليب تعليمية لا تعتمد على استخدام البصر، ولا يستطيعون التعامل البصري مع مستلزمات الحياة اليومية بالقدر الذى يتيح لهم الأخذ والعطاء فى يسر وكفاءة نسبية".

ضعاف البصر: Low Vision Individuals: "أى الذين لا يمكنهم بسبب نقص جزئى فى قوة الإبصار متابعة الدراسة العادية، ولكن يمكن تعليمهم بأساليب خاصة تساعدهم على استخدام البصر". (٣)

والكفيف قانوناً هو الشخص الذى تجتمع فيه الشروط الآتية :

١- فقد البصر التام.

٢- أن تقل حدة إبصاره عن ٦٠/٦ بالعينين معاً أو بالعين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارات الطبية. (٤)

أسباب الإعاقة البصرية: هناك الكثير من العوامل التى تتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر فى إحداث الإعاقة البصرية سنتذكر سلسلة حسب أهميتها وشيوعها:

-
- ١- عبد المطلب أمين القرطبي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ١٧٦.
 - ٢- أحمد حسين أحمد الشافعي، القلق ووجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً والعاقدين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية البنات، ١٩٩٣، ص ١٣.
 - ٣- قرار وزاري رقم ٣٧ بتاريخ ١٩٩٠/١/٢٨ فى شأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة، مطبعة وزارة التربية والتعليم، ١٩٩٠ ص ٧.
 - ٤- وزارة التربية والتعليم، ملحق الوقائع المصرية، مطبعة وزارة التربية والتعليم، العدد ١٦٩ بتاريخ ١٩٧٨/٧/٢٩

* الرمد أو الجفاف العيني: وينتج عن نقص فيتامين أ A من غذاء الطفل، ويؤدي حدوثه إلى الإصابة البصرية التي تتراوح بين الكف الكلي للبصر وبين ضعفه تبعاً لزمان التدخل العلاجي.

* الرمد الحبيبي: وهو مرض ناتج عن تليف نسيج الجفون والملتحمة، وتغير وضع الجفن واتجاه الرموش، مما يؤدي إلى خدش الشبكية، وإذا أُشمل علاجه فإنه يؤدي إلى فقد قوة الإبصار، وقد يؤدي إلى العمى الكلي.

* الرمد الصيدي: وينتج عن ميكروب الدفتيريا المنتقل عن طريق الذباب أو العدوى. (١)

* التهاب الصبغي للقرنية Retinitis Pigmentosa: وهو اضطراب وراثي يصيب الشبكية، ويورث على شكل مرض صبغي سائد أو متنحي، ويشمل هذا الالتهاب كل طبقات الشبكية.

* التهاب العصب البصري Optic Nerve Atrophy: وينتج عن الإصابات أو الأورام التي تصيب العظام المحيطة بالعصب البصري، أو الأورام التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور العصب البصري وبالتالي انقطاع الاتصال بين العين والمخ، وهذا الاضطراب يورث ويصيب الذكور أكثر من الإناث. (٢)

* الجلوكوما Glaucoma: أو ما يعرف بالمياه الزرقاء، وينتج عن ازدياد إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية، أو قلة تصريفه الناتجة عن انسداد القناة الخاصة بذلك، مما يؤدي إلى ازدياد الضغط داخل مقلة العين. وفي حالة إهمالها قد تؤدي إلى فقد البصر الكلي، وعادة ما تصيب كبار السن بنسبة أكبر من غيرهم.

* الكتاركت أو الماء الأبيض Cataract: ويسمى أيضاً بإعتام عدسة العين وهو مرض يصيب العدسة البلورية فيؤدي إلى إعتامها بشكل تدريجي مانعاً وصول الأشعة الضوئية للشبكية، ويصيب كبار السن أكثر من الصغار.

* التليف خلف العدسية [RLE] Retrolental Fibroplasia: وينتج عن زيادة معدل الأوكسجين في الحاضنات التي يوضع فيها الأطفال المبتسرون.

١- كمال سالم سيسالم، المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية، ١٩٩٧، ص ٤٥.
2-Kenneth Lindsay, And Thers, **Neurology and neurosurgery illustrated**, Churchill Livingstone
Ednburgh, London, Melbourne and New York, 1986, p.p 531.

* العمى النهري: وسببه الذباب الأسود الذي يعيش على ضفاف الأنهار وخصوصاً في أفريقيا.

* التوكسوبلازما Toxoplasmosis: وسببه نوع من الطفيليات ذات الخلية الأحادية.

* المهاق Albinism: وهو من الإعاقات البصرية الولادية، وتظهر في غياب صبغيات البشرة والشعر والجفون وقزحية العين.

* الهريس: وهو أحد الأمراض الفيروسية المعدية، ويظهر على شكل قروح في القرنية تتسبب في إعتام العين، وبالتالي ضعف الإبصار. (١)

* إضافة إلى ما تلعبه الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل، وخصوصاً الحصبة الألمانية Rubella، أو الأمراض المهبلية Syphilis، وبالتحديد مرض الزهري الذي ينتقل إلى عين المولود أثناء عملية الوضع، ويتسبب له بإعاقه بصرية، إضافة إلى الإصابات المباشرة للعين والنتيجة عن الحوادث أو إصابات العمل. (٢)

المشاكل البصرية الأخرى: Other Visual Problems: هناك العديد من المشاكل البصرية التي لا تدخل في نطاق كف البصر الكلي أو الجزئي، إلا أنها تؤثر على مدى وضوح الإبصار الذي يؤدي بدوره إلى مشاكل وصعوبات تعليمية في حال إهمال معالجتها بالشكل السليم ومنها:

* عمى الألوان Color Blindness: وهو عدم قدرة الفرد على تمييز الألوان.

* الرأرأة أو تذبذب حركة العين Ocular Motility: وتبدو في حركات لا إرادية لمقلة العين مصحوبة بضعف في الرؤية المركزية.

* قصر النظر Myopia: وينتج عن خلل انكساري يؤدي إلى تقوس الشعاع الضوئي بشكل كبير فتسقط أمام الشبكية.

* طول النظر Hyperopia: وينتج عن خطأ انكساري يؤدي إلى سقوط الأشعة الضوئية بعيداً خلف شبكية العين مكونة صورة ضبابية غير واضحة على الشبكية. (٣)

١-كمال سالم سيسالم، المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم، مرجع سابق، صص ٤٧، ٤٩.

٢-عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ١٨٥.

٣-كمال سالم سيسالم، المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم، مرجع سابق، ص ٢٢.

* الاستجماتيزم أو اللابؤرية Astigmatism وهي عبارة عن خطأ انكساري ناتج عن اختلاف نظام انحناء سطح العين أو عدم انتظام تقوس القرنية، مما يؤدي إلى تشتت الأشعة المنعكسة في منطقتين مختلفتين.

* الحولُ Strabismus وينتج عن عدم التنسيق أو التآزر بين عضلات العين، مما يضعف القدرة على التركيز والعمل معاً على شكل مرئي واحد في نفس الوقت، وهو مرض ظاهر الأعراض. ومن أشكاله الهيتروفوريا Heterotropia ويتمثل في الانحراف الشديد في العينين عن وضعها الطبيعي بحيث يمنع عنهما الرؤية الموحدة، فترى العين الشكل الواحد مزدوجاً، وهو مرض كامن غير ظاهر كما في الحول. (١)

وسائل تعليم المعاقين بصرياً: إن درجة فقدان البصري هي التي تحدد مدى استفادة هذه الفئة من أساليب التعلم ووسائله المختلفة، وبناءً عليه فإن الطرق المستخدمة لتعليمهم تنقسم أيضاً إلى قسمين:

١- الطرق المستخدمة لتعليم المكفوفين: تعد طريقة برايل أهم وأكثر أنظمة القراءة والكتابة شيوعاً في تعليم المكفوفين، وقد ظهرت هذه الطريقة عام ١٨٢٩ على يد العالم الفرنسي لويس برايل Louis Braille، وهي عبارة عن نظام نقطي بارز، يتم تنقيطه عن طريق خلية صغيرة مستطيلة الشكل يتكون ضلعه الرأسى من ثلاث نقاط، وضلعاً من نقطتين، أما الترميز فلا يتم بواسطة عدد النقط في الرمز الواحد بقدر ما يتم من خلال تغيير موضع النقاط داخل الخلية الواحدة، مما ينجم عنه ٦٣ رمزاً مختلفاً، ويبدأ المكفوف بتعلم هذا النظام منذ الطفولة ولذا يجب تعويده منذ البداية على اتخاذ أوضاع سليمة في الجلوس وفي حركة اليدين والأصابع، بالإضافة إلى الحذر من الضغط على كتاب برايل للحفاظ عليه. (٢)

وقد ظهرت عدة أجهزة تستخدم طريقة برايل لتعليم المكفوفين القراءة والكتابة ومنها آلة برايل الكاتبة Perkins Braille وصممت هذه الآلة للكتابة بطريقة برايل، وهي عبارة عن لوحة مكونة من ستة مفاتيح يمثل كل منها نقطة من نقاط خلية برايل وتنظم هذه المفاتيح في مجموعتين يتوسطهما قضيب للمسافات، حيث تمثل المفاتيح اليسرى من قضيب المسافات النقاط ١، ٢، ٣ والمفاتيح اليمنى النقاط ٤، ٥، ٦ ويمكن كتابة أي جزء من الخلية بالضغط على

١- عبد المطلب أمين القريظي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، صص ١٨٣، ١٨٤.

٢- كيرك هورتون، تعليم المعوقين بصرياً في مدارس عادية، إرشادات في التربية الخاصة رقم ٦، مؤسسة هيلين كيلر الدولية، النيونسكو باريس، ١٩٨٨، صص ٧٥، ٧٦.

هذا وقد لعب التطور التكنولوجي دوراً مهماً في تعليم المكفوفين، حيث أمكن استخدام الكمبيوترات الحديثة في تعليمهم الكتابة عن طريق توفير برامج خاصة تقدم التغذية الراجعة بواسطة برايل، أو بواسطة التغذية الراجعة الصوتية أو كليهما معاً، وهذه التقنية مفيدة جداً للمكفوف حيث تمكنه من الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس، إضافة إلى أنها تمكنه من أداء واجباته المدرسية مثل أمبصرين تماماً، يضاف لكل ذلك أنها وسيلة تختصر الوقت الذي ينقضي في تحويل النص المكتوب بطريقة برايل إلى الكتابة العادية. (٢)

وهناك أيضاً جهاز فرسا برايل وهو من الأجهزة التي طورت حديثاً لكي تعمل بطريقة تشبه الكمبيوتر من حيث قدرته على تخزين وتنظيم وتبويب المعلومات بطريقة برايل. إضافة إلى قدرته على حذف واستبدال الكلمات المخزنة فيه واستدعائها عند الحاجة، ويمكن توصيل الجهاز بطابعة Printer لتحويل النص المكتوب بطريقة برايل إلى كتابة عادية. وكذلك يمكن توصيل جهاز فرسا برايل بكمبيوتر ليعمل على تحويل الكلمات العادية الظاهرة على شاشة الكمبيوتر إلى رموز برايل.

وبالإضافة إلى جهاز فرسا برايل هناك جهاز يدعى الأوبتاكون Optacon وهو آلة إلكترونية تحول الكلمات المطبوعة إلى بديل لمسي، وكلمة أوبتاكون مشتقة من المقاطع الأولى للكلمات Optic وتعني بصري، Tactual وتعني لمسي، Converter وتعني محول، ويتألف الجهاز من قطعتين الأولى عبارة عن كاميرا صغيرة تعمل بالليزر يمررها المعوق بصرياً على الكتابة العادية فنقوم هذه القطعة بنقلها إلى القطعة الثانية من الجهاز، وهي متصلة بالكاميرا تستقبل الكلمات المصورة وتحولها إلى نبضات كهربائية خفيفة فيضع المعاق بصرياً أصابعه داخل الجهاز ويلمس النبضات وبالتالي يقرأها، ويشترط استخدام هذا الجهاز أن يكون قد سبق للمكفوف معرفة الحروف المبصرة. (٣)

يضاف إلى ذلك وجود بعض الوسائل لتعليم المكفوفين العمليات الحسابية ومنها العدادات الحسابية التي تسهل هذه المهمة، ومن أبرزها: العدادات، ولوحات التيلر، والمكعبات

١- عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية نوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ٢١٠.

2-Susan jo Russell, Cynthia. G. carter, Computers Educathion and Spfcial needs Addison wesley publishing Company, London, Amsterdam, Sydney, Ontario, 1984. P.p 29.

٣- كمال سالم سيسالم، المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم، مرجع سابق، صص ١٣١، ١٣٤.

الفرنسية، وهي عبارة عن مكعبات تحتوي كل واحدة منها على الأرقام من صفر إلى تسعة، بالإضافة إلى علامات الجمع والطرح والضرب والقسمة والعلامات العشرية، وتتم كتابة العدد عن طريق تغيير اتجاه المكعب. وتلعب الأجهزة الصوتية كأجهزة وأشرطة التسجيل دوراً مهماً في تعليم المكفوفين نظراً لاعتمادها على حاسة السمع، وسهولة التعامل معها في تعلم وأداء الواجبات المدرسية بسرعة أكبر من طريقة برايل (١) لكن لا يمكن أبداً الاستغناء عن برايل.

٢- الطرق المستخدمة لتعليم ضعاف البصر: إن المبدأ الأساسي في تعليم ضعاف البصر هو استغلال قدراتهم البصرية المتبقية في العملية التعليمية. لذا يمكن استخدام الكتب الخاصة بضعاف البصر، والتي يراعى فيها الكتابة بخط واضح وكبير ٢٤ بنط مثلاً، وأن تكون المسافات بين السطور وبين الحروف وبين الكلمات متنسعة بدرجة كافية حتى لا تجهد العين أثناء القراءة، ويمكن أيضاً أن تستخدم الآلة الكاتبة ذات الحروف الكبيرة في نهاية المرحلة الأولى من التعليم الأساسي لتسهيل عملية التعلم وأداء الواجبات المدرسية. (٢)

ثانياً: الإعاقة السمعية، وإعاقة التخاطب:

الإعاقة السمعية Hearing Impairment مصطلح عام يغطي مدى واسعاً من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم أو فقدان الشدائد الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة، والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في تعلم اللغة والكلام. هذا وقد تناولت اليونسكو تعريفاً للصمم في مستويات ثلاثة:

١- "الأصم قبل لغوياً: هو شخص ولد أصم أو أصيب بالصمم قبل أن يحصل تلقائياً لغة منطوقة".

٢- "الأصم بعد لغوياً: هو شخص أصيب بالصمم بعد أن حصل لغة منطوقة".

وسواء كانت الإعاقة السمعية قبل أو بعد تعلم اللغة، فإن "أصم" تعني أطفالاً وناشئين صم وظيفياً.

٣- والأصم وظيفياً هو "شخص بلغ ضعف سمعه درجة تعطل معها أو انعدام نمو لغة الكلام لديه". (٣)

١- ناصر على موسى، المنهج الإضافي واداره في تنمية المهارات التعويضية لدى الأطفال المعوقين بصرياً، بحث مقدم للمؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، مرجع سابق

٢- عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ٢١٤.

٣- تعليم الأطفال والناشئين الصم، إرشادات في التربية الخاصة رقم ٤، مركز الاتصال الشامل الدانمارك، اليونسكو باريس، ١٩٨٧ ص ٨.

أما اليكم فهو: "عدم القدرة على الكلام، وأيضاً عدم القدرة على التعبير عن الأفكار الصريحة بكلمات منطوقة وبشكل عام عدم القدرة على إصدار الرموز الصوتية". (١)

١- تصنيف المعوقين سمعياً حسب اختبار شدة الصوت: ويتناول البحث المعوقين سمعياً من حيث درجة فقدان السمع على الشكل التالي:

١/١- الضعف السمعي البسيط: وهو فقدان السمع الجزئي الذي يصل إلى حد سماع الأصوات ما بين ٢٥ - ٤٠ ديسبل.

٢/١- الضعف السمعي المتوسط: وهو فقدان السمع الجزئي الذي يصل إلى حد سماع الأصوات ما بين ٤٠ - ٦٠ ديسبل.

٣/١- الضعف السمعي الشديد: وهو فقدان السمع الجزئي الذي يصل إلى حد سماع الأصوات بين ٦٠ - ٨٠ ديسبل.

٤/١- الضعف السمعي العميق: وهو فقدان السمع الجزئي الذي يصل إلى حد سماع الأصوات ما بين ٨٠ ديسبل فما فوق.

٥/١- فقدان السمع الكلي: أي الصمم الكلي. (٢)

٢- التصنيف التربوي: ويقسم المعوقون سمعياً إلى فئتين فقط هما:

١/٢- الصم: ويقصد بهم الأفراد الذين يعانون من عجز سمعي يتخطى ٧٠ ديسبل، ولا يمكنهم من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية، وبالتالي العجز عن التعامل بفاعلية في مواقف الحياة الاجتماعية حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت تمنعهم من اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع.

٢/٢- ثقيلو السمع: وهم الأفراد الذين يعانون من قصور سمعي يتراوح ما بين ٣٠ وأقل من ٧٠ ديسبل، ولكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية في اكتساب المعلومات اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها. (٣)

١- سمير ديابنة، نافذة على تعليم الصم، الملط الأردن، مؤسسة الأراضي المقسة للصم، ١٩٩٦، ص ٢١.

2-Michael. Hardman, and Others, Human Exceptionality, Allyn and Bacon Schuster Company Bostn, U.S.A, 1996, p.396.

٣- عبد المطلب أمين القرطي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ٢١٤.

٣-التصنيف الطبي: وتناول هذا التصنيف الإعاقة السمعية تبعاً لطبيعة الخلل الذي يصيب الجهاز السمعي الأذن:

١/٣-الصمم التوصيلي: **Conductive**: وينتج عن خلل أو اضطراب أو عقبة في الأذن الخارجية أو الوسطى تمنع وصول النبذات الصوتية إلى الأذن الداخلية السليمة، ويعتبر هذا النوع من أبسط أنواع الصمم.

٢/٣-الصمم الحسي العصبي **Sensorineural** وينتج عن إصابة في الأذن الداخلية دون تعرض الأذن الخارجية والوسطى لأي خلل، وتتحصر المشكلة في عدم قدرة العصب السمعي أو القوقعة على امتصاص الموجات الصوتية وحملها للمخ لتحليلها.

٣/٣-الصمم المختلط **Mixed**: وهو صمم يجمع بين النوعين السابقين نتيجة لوجود إصابة في أكثر من قسم من أقسام الأذن الثلاث. (١)

٤/٣-الصمم المركزي **Central**: وينتج عن إصابة المركز السمعي على القشرة المخية بخلل ما يمنعها من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها، وهو أصعب أنواع الصمم.

٥/٣-الصمم الهستيرى **Hysterical**: ويرجع لمجموعة من الضغوطات الانفعالية الشديدة التي يتعرض لها الفرد خلال حياته. (٢)

أسباب الإعاقة السمعية: تصنف العوامل المسببة للإعاقة السمعية تبعاً لأسس مختلفة منها طبيعة العوامل، سواء الوراثة منها والمكتسبة، وزمن حدوث الإصابة، وموضع الإصابة في الجهاز السمعي: الأذن.

١-العوامل الوراثية: فقد تحدث الإعاقة السمعية نتيجة حالات مرضية مورثة من الأسرة عن طريق الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات مثل ضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، وتصلب عظمة الركاب، وغالباً ما تكون احتمالات الإصابة مرتفعة مع زواج الأقارب الحاملين لهذه الصفات، (٣) وكذلك إصابة الطفل بمرض أوتوسكروسيس وتظهر أعراضه بتصلب في

١-سمير دبابنة، نافذة على تعليم الصم، مرجع سابق، ص ٢٦.

٢-عبد المطلب أمين القرطبي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ١٤٠.

٣-المرجع السابق، ص ١٤٨.

أنسجة الأذن الوسطى يؤدي إلي الصمم، وينتقل هذا المرض وراثيا إلى الأبناء، وقد يصيبهم خلال فترة النمو، وتلعب العوامل الوراثية دوراً كبيراً في الإصابة بالصمم بنسبة تصل إلى واحد من أربعة من مجموع حالات الصمم. (١)

٢- العوامل غير الوراثية أو المكتسبة: وتلعب العوامل غير الوراثية أو المكتسبة دوراً في حوالي ٥٠% من مجموع الحالات، ومن هذه العوامل: إصابة الحامل ببعض الأمراض ولا سيما خلال الأشهر الأولى من الحمل بأمراض فيروسية مثل الحصبة الألمانية، والزهري، والأنفلونزا الحادة أو تعاطي العقاقير والمضادات الحيوية، أو التعرض للأشعة، أو الإصابة بتسمم الحمل أو الالتهاب السحائي البكتيري أو القوباء الموضعية Genital Herpes، أو فيروس CMV الذي ينتقل للوليد أثناء عملية الوضع، بالإضافة إلى نقص مادة اليود من الجسم، أو انتفاخ الغدة الدرقية، بالإضافة إلى الإصابة بالتشوهات في الرأس والعنق وأمراض القلب، ويلعب عمر الأم دوراً مهماً إضافة إلى الدور الذي تلعبه الولادة السابقة الأوان، وهذه العوامل السالفة الذكر تفعل فعلها في فترة الحمل وأثناء الولادة، أما بعد ذلك فتعود أسباب الإعاقة السمعية إلى الإصابات أثناء الحوادث، إضافة إلى الأمراض التي يتعرض لها الطفل منها: التهاب الغشاء السحائي، أو التهاب الأذن المزمن، والإصابة بالنكاف، وارتفاع حرارة الجسم الناجمة عن الأمراض، إضافة إلى الحوادث التي تؤدي إلى تلف المخ، وكذلك زيادة الضجيج المستمر، (٢) كما أن هناك ما يقرب من ٢٥% من حالات الإعاقة السمعية المجهولة السبب، لأن تحديد السبب المباشر وراء الإصابة بالصمم أمر بالغ الصعوبة. (٣)

طرق تعليم الطفل الأصم: إن تعليم الأطفال المعوقين سمعياً وخصوصاً فئة الصمم الشديد أمر بالغ الأهمية حتى لا تبقى هذه الفئة معزولة عما يجري حولها تعيش حالة الصممت الدائم، لا سيما أن معظم أفراد هذه الفئة يمتلكون القدرة الذهنية، والرغبة في تعلم وسائل اتصالية تجعلهم قادرين على فهم وتعلم الكثير، ومن وسائل الاتصال المستخدمة في تعليم الصم:

١- الإشارة أو لغة الإشارة Sign Language : وتعتبر الطريقة الأساسية لتعليم الأفراد الصم، وتعتمد على الإشارات والإيماءات والحركات المعبرة للجسم، وتجد أن هناك عدداً متبايناً من لغات الإشارة، ويعود هذا التباين لصفات البيئة المادية والاجتماعية التي تستخدمها،

١- سمير دباينة، نافذة على تعليم الصم، مرجع سابق، ص ٢٦.

٢- المرجع السابق، صص ٢٦، ٢٨.

٣- تعليم الأطفال والناشئين الصم، مرجع سابق، ص ١٠.

وتعتمد هذه الطريقة بشكل أساسي على استغلال حاسة البصر في فهم دلالات هذه الإشارات والإيماءات. (١)

٢- قراءة الشفاه Reading Libs Language : وتعتمد هذه الطريقة بشكل مباشر على مقدرة الطفل على ملاحظة حركات الفم والشفاه والحلق واللسان، وتعبيرات وحركات وجه المتكلم، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية، ويستلزم هذا تدريب الطفل على النظر بتركيز على وجه المتحدث، ويساعد في هذا إشراك الطفل في الأنشطة المختلفة واللعب واستغلال المواقف المثيرة والمختلفة لمساعدة الطفل على تعلم لغة الشفاه بطريقة مثيرة ومشوقة. (٢)

٣- الطريقة الكلية: وهي طريقة تعتمد على الاستفادة من كافة أساليب التواصل، وعلى المزج بين توظيف البقايا السمعية إن وجدت وقراءة الشفاه، ولغة الإشارة، وهذه الطريقة تلائم الفروق الفردية بين المعوقين سمعياً، وتتمى المهارات الاتصالية لكل حالة حسب ظروفها. (٣)

المعينات السمعية: المعين السمعي أو السماع عبارة عن ميكروفون وجهاز يكبر التيار الكهربائي ويتصل بسماعة دقيقة توضع داخل الأذن حيث يقوم الميكروفون بتحويل الذبذبات الصوتية إلى تيار كهربائي، ليدخل هذا التيار بدوره إلى جهاز التكبير الذي يكبر حوالي عشرة آلاف مرة عن الصوت الطبيعي ويحوله ليدخل في سماعة صغيرة ومنها للأذن. وهناك أنواع مختلفة للمعينات السمعية تختلف عن بعضها البعض من حيث الشكل، ويراعى كل نوع منها طبيعة الإعاقة وعمر المعوق. (٤)

إعاقة التخاطب :

يرجع تصنيف عيوب النطق والكلام واللغة ضمن الإعاقة السمعية نظراً لارتباطها المباشر بحاسة السمع، إضافة إلى أن معظم مسببات هذه العيوب تعود إلى خلل يصيب الجهاز الكلامي المرتبط مباشرةً بالجهاز السمعي.

١- تعليم الأطفال والناشئين الصم، مرجع سابق صص ١٣، ١٤.

٢- محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، مرجع سابق، صص ٨٢، ٨٣.

٣- عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ١٦٨.

٤- إبراهيم مسلم سليمان، السمع والكلام، الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد ٣٥، السنة العاشرة، سبتمبر ١٩٩٣، صص ٧.

١-اضطرابات النطق Articulation Disorders وتشمل مظاهر عدة مثل: الحذف Omission : ويقصد به أن يحذف الفرد حرفاً أو أكثر من الكلمة. والإبدال Substitution: ويقصد به تبديل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة. والإضافة Additions : ويقصد به أن يضيف الفرد حرفاً جديداً إلى الكلمة أثناء النطق. والتشويه Distortions : ويقصد به نطق الكلمات بطريقة غير مألوفة في المجتمع. (١) والديزاليا الكلية Universal Dyslalia : ويقصد بها إضغام الكلام إضغاماً لدرجة تداخل المقاطع والمفردات مع بعضها البعض. ويعود سببها لاضطرابات سمعية أو لنقص في القدرات العقلية أو لثقب أو التهاب أو تورم بالمراكز الكلامية في المخ. (٢)

٢-اضطرابات الصوت Voice Disorders: ويقصد بها الاضطرابات اللغوية المتصلة بدرجة الصوت مثل: نوعيته أو انخفاضه، أو ارتفاعه أو شدته.

٣-اضطرابات الكلام Speech Disorders: ويقصد بها الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام تنظيمه، مدته، سرعته، طاقته، نغمته وهذه الاضطرابات تشمل مظاهر عدة منها:

١/٣- التأتأة Stuttering : ويظهر هذا العيب وكأن المتحدث يكرر الحرف الأول من الكلمة عدة مرات مع ظهور مظاهر انفعالية غير عادية. (٣)

٢/٣- السرعة الزائدة في الكلام Cluttering: ويتميز هذا العيب بالسرعة الزائدة في عرض الأفكار والتعبير عنها لدرجة لا تتضح فيها الكلمات والمقاطع، وتتداخل مع بعضها البعض، إضافة إلى حذف بعض المقاطع بشكل كامل خصوصاً أثناء القراءة.

٣/٣- اللججة Blocking: وهو عيب كلامي يصيب الصغار والكبار، ولكنه يصيب الذكور أكثر من الإناث. وتظهر اللججة على شكلين مختلفين: إما على شكل حركات ارتعاشية متكررة، وإما على شكل تشنج إثر موقف ما، ويكون على شكل احتباس كلامي يعقبه انفجار.

١-فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، أم السماق الأردن، ١٩٩٤، ص ٢١٠.

٢-مصطفى فهمي، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، القاهرة، مكتبة مصر، ١٩٦٥، ص ٩٤.

٣-فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٢١١.

٤-٣/٤ - الخمسة في الكلام (الخنف) Hyperrhinolalia: ويقصد بهذا العيب صعوبة إخراج جميع الأصوات الكلامية المتحركة والساكنة، ويرجع سببه لوجود فجوة في سقف الحلق منذ الولادة.

٤/٣ - عسر الكلام Dysartbia: وهو عيب كلامي يظهر في ارتعاش الصوت وعدم تناسقه مع صعوبة في إخراج الكلام مصحوباً بحركات جسدية. ويعود سبب هذا الاضطراب إلى إصابة الأعصاب التي تحمل التيارات من المخ إلى عضلات الجهاز الكلامي. (١)

١- اضطرابات اللغة Language Disorders: ويقصد بها الاضطرابات اللغوية المتصلة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها أي تأخيرها، أو سوء تركيبها من حيث المعنى والقواعد، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها. (٢)

ثالثاً: الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة:

اختلف المختصون العاملون في مجال الإعاقات الذهنية في تعريف هذه الإعاقة، فتناولها كل منهم حسب المجال الذي يعمل فيه، فقد تناولها البعض من الناحية التعليمية، والبعض الآخر من الناحية النفسية والاجتماعية، وآخرون من حيث قدرة الفرد على تحقيق أداءات مختلفة على اختبارات الذكاء المقننة، واستخدمت مصطلحات كثيرة للإشارة إلى الإعاقة الذهنية أو العقلية، كالضعف العقلي، والتأخر العقلي، والنقص العقلي، والتخلف العقلي.

فقد قدمت الرابطة الأمريكية للضعف العقلي ١٩٨٧ تعريفاً للتخلف العقلي على أنه: "نقص دال في المعدل العام للوظائف العقلية يصاحبه قصور في السلوك التكيفي والمستوى الوظيفي للذكاء أقل من المتوسط، وتحدث أثناء فترة النمو". (٣)

أما إدجار دول Edgar Doll فيعرف التخلف العقلي بأنه "حالة من عدم الكفاية الاجتماعية في سن النضج وهي ناتجة عن توقف النمو العقلي لأسباب تكوينية وراثية أو مكتسبة، وتعتبر هذه الحالة غير قابلة للعلاج أو التصحيح عن طريق التدريب. ما عدا الحالات

١- مصطفى فهمي، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مرجع سابق، صص ٩٤، ١١٧.

٢- فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٢١١.

٣- علا عبد الباقي إبراهيم، التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، منشورات المؤلف، ١٩٩٣، ص ٢٠.

التي يعمل فيها العلاج أو التدريب على غرس عادات تعمل بشكل اصطناعي أو مؤقت على تعويض قصور الشخص المصاب في ظل ظروف بيئية جيدة، ولمدة محدودة من الوقت". (١)

ويعرف هيربرت سورونون Herbert Sorenson التخلف العقلي بأنه "عبارة عن قصور أو نقص أو عجز في النشاط العقلي أو القدرات العقلية". (٢)

وتذهب الرابطة البريطانية للضعف العقلي ١٩٧٣ في تعريفها للتخلف العقلي على أنه "حالة توقف أو تأخر أو عدم اكتمال للنمو العقلي تحدث في سن مبكرة بسبب عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، تؤدي إلى نقص الذكاء وقصور في مستوى أداء الفرد في مجالات النضج والتعلم والتكيف". (٣)

أما جمعية الطب العقلي الأمريكية فتشير إلى التخلف العقلي بأنه "ضعف عام وشذوذ في الوظائف العقلية تلك التي تظهر في أثناء مراحل النمو ويصاحبها عجز في التعلم والتكيف الاجتماعي للمريض أو في النضوج أو في كلاهما".

وتعرف منظمة الصحة العالمية التخلف العقلي بأنه "عبارة عن نمو ناقص غير كامل في القدرات أو الإمكانيات العقلية النمو العام للإمكانيات العقلية". (٤)

أما الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فقد قدمت عام ١٩٩٢ تعريفاً للإعاقة العقلية على أنه: "قصور لا يستهان به في الأداء الوظيفي العقلي، والذي يتميز بأنه دون المتوسط بدرجة خطره ويتزامن ذلك مع قصور متصل بأثنين أو أكثر من المجالات التالية: مهارة التكيف القابلة للتطبيق، الاتصال، العناية بالذات، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية، حاجات المجتمع، التوجيه الذاتي، الصحة والأمان، الدراسات الأكاديمية الفعالة، وقت الفراغ والعمل، كما أن الإعاقة العقلية تفصح عن نفسها قبل سن الثامنة عشرة". (٥)

١- عبد المطلب أمين القرطي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، صص ٨٢، ٨٣.

٢- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، بيروت، دار الراتب الجامعية، ١٩٩٧، ص ٤٦.

٣- علا عبد الباقي إبراهيم، التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، مرجع سابق، ص ١٩.

٤- عبد الرحمن العيسوي، التخلف العقلي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦، ص ٩١.

5-Michael. Hardman, and Others, "Human Exceptionality, Ibid, p. 176,177.

ويلاحظ على هذا التعريف أنه أقر ثلاثة عناصر أساسية هي: درجة ذكاء عام دون المتوسط، ويشكل خطورة على الأداء الوظيفي العقلي. وضعف في سلوك التكيف (المهارات). ووضوح كل هذا قبل سن الثامنة عشرة ، وقد تبنت الدراسة هذا التعريف نظراً لشموليته.

أسباب الإعاقات الذهنية : إن الاختلاف الحاصل في تعريف التخلف العقلي نشأ عنه اختلاف أيضاً حول العوامل التي تؤدي إلى حدوثه، وقد ذكر يانت Yannet أن هناك أكثر من مائتي عامل ذكرت كعوامل مؤدية للتخلف العقلي، إلا أن كثيراً منها يندر حدوثه وحوالي ٢٠% منها تكرر ذكره ، ومن الجدير بالذكر أن ٥٠% من حالات الإعاقة العقلية ما زالت مجهولة السبب حتى الآن. وسوف نتطرق الدراسة لبعض الأسباب المعروفة حسب تكرار حدوثها :

١- حالات الشذوذ الكروموزومي Chromosomal Abnormality: وتتضمن حالات مثل تبدل الجينات وشذوذها مثل عرض داون Down's Syndrom ، التي يرجع السبب فيها إلى انقسام أحد الكروموزومات ينتج عنه كروموزوم زائد ٤٧ بدلاً من ٤٦ ، ومؤثرات العقاقير والمواد الكيميائية والفيروسات، وبعض أشكال الشذوذ الجسمي مثل: فرط عرض المفارق Hypertebrism: وهو عبارة عن بعد المسافة بين العينين. (١)

٢- أسباب تتعلق بنظام الأيض والتمثيل الغذائي Metabolism and Nutrition: وتضم جميع الاضطرابات الناجمة عن التلف الوظيفي في العمليات الأيضية، أو إفرازات الغدد الصماء Endocrine Disorder . حيث تؤدي هذه الاضطرابات إلى نقص أو انعدام إفراز الغدد، وخصوصاً الغدة الدرقية المسؤولة عن إفراز هرمون الثيروكسين Thyroxine الذي يؤدي نقصه أو انعدامه إلى قصور في نمو المخ. وهناك العديد من اضطرابات التمثيل الغذائي التي تلعب دوراً في حدوث الإعاقة العقلية والمعروفة بالاضطرابات البيوكيميائية. ومن أشهرها ما يعرف بحالة PKV، أو الفتيلاكتون يوريا. والتي تحصل كنتيجة لظهور حامض الفينيلبروفك في بول المولود بسبب عدم تأكسد حامض الفينيلالانين لغياب إفراز الإنزيم الذي يقوم بعملية الأكسدة المطلوبة، كما تلعب اضطرابات التمثيل الغذائي وخصوصاً حالات اضطراب الكربوهيدرات، واضطراب تمثيل البروتين والدهون دوراً في حدوث هذه الإعاقة. إضافة إلى نقص سكر الدم وحالات القصور، واضطراب في خلايا الدم أو مكونات الدم من حيث عامل الريزوس RH. (٢)

١- فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ١٤٥.

٢- علا عبد الباقي إبراهيم، التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، مرجع سابق، ص ٣٣.

٣- الأسباب التي ترجع إلى عوامل العدوى، والتسمم. وتتضمن: الأمراض المعدية التي يتعرض لها الطفل قبل وبعد الولادة، ومن أمثلتها: إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الزهري، وحالات تسمم البلازما، والأمراض الحموية Viral والبكتيرية التي تصيب المخ بعد الولادة، وكذلك حالات تسمم الدم أثناء الحمل، وزيادة صفراء الدم وبعض حالات التسمم الأخرى. (١)

٤- أسباب تتعلق بأمراض المخ الشديدة، وتشمل عددا من الأمراض المجهولة: السبب منها: داء الأورام العصبية الليفية، وكوريا هنتجتون Huntington's Chorea: وهي حالة تسمم تتطور تدريجيا مؤدية إلى الوفاة، وحالات الشلل الدماغي. (٢)

٥- الإصابات والرضوض والصدمات، وتضم الإصابات أثناء الحمل، وتعرض الأم للإشعاعات، ونقص وصول الأوكسجين للمخ أثناء الحمل والولادة، والانفصال المبكر للمشيمة، والنزيف الشديد، وبعض حالات الإصابة أو الرضوض التي تحدث نتيجة للكسور أو الكدمات التي تتعرض لها الجمجمة والمخ. (٣)

٦- أسباب تتعلق بمؤثرات غير مفهومة تحدث قبل الولادة منها: حالات التشوهات المخية، وحالات غيبية المخ، وحالات صغر حجم الرأس، والاستسقاء الدماغي.

٧- اضطرابات الحمل: وتضم جميع اضطرابات الحمل غير العادي: ومنها حالات الولادات المبكرة، وحالات الوزن المنخفض للمولود وكذلك تأخر موعد الولادة لأكثر من أسبوع. (٤)

تصنيفات الإعاقة الذهنية:

١- التصنيف الإكلينيكي: يصاحب التخلف العقلي حالات مميزة إكلينيكية من حيث الملامح أو المظاهر الجسدية، وتفاوت هذه الحالات فيما بينها من حيث درجة التخلف العقلي، ومن أهم هذه الحالات:

١/١- المنغولية أو عرض داون Down's Syndrom: ويشكلون حوالي ١٠% من حالات

١- عبد الرحمن العيسوي، التخلف العقلي، مرجع سابق، ص ٧٩.

٢- على على مفتاح، دراسة سيكولوجية التوافق النفسي لدى ذوي العاهات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية الآداب، ١٩٩٨، ص ٣٢.

٣- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، مرجع سابق، صص ٥٤، ٥٣.

٤- على على مفتاح، دراسة سيكولوجية التوافق النفسي لدى ذوي العاهات، مرجع سابق، ص ٣٣.

التخلف العقلي، ويتصف الأفراد المصابون بهذا العرض بصفات متشابهة ومميزة كقصر القامة والأطراف، والرأس الصغير العريض، والرقبة القصيرة العريضة، والعيون الضيقة المتباعدة، والجفون المتهدلة، والجلد السميك الجاف، والأسنان المشوهة، والأقدام المفلطحة، ويرجع السبب وراء هذا الاضطراب إلى انقسام أحد الكروموزومات ينتج عنه كروموزوم زائد فيصبح عددها ٤٧ بدلاً من ٤٦ في الخلية الواحدة، ويمكن الكشف عنه من خلال فحص السائل الأمينوي المحيط بالجنين في بداية الشهر الرابع من الحمل، ويحدث هذا الاضطراب بنسبة ١ / ٦٦٠ مولود، وتزداد هذه النسبة طردياً مع ازدياد عمر الأم، ويقع معظم المنغوليين في فئة التخلف العقلي المتوسط، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين ٤٠ / ٥٤ على مقياس بينيه. (١)

٢/١-استسقاء الدماغ Hydrocephaly : وهي حالة تنشأ عن خلل في تصريف السائل المخي الشوكي المحيط بتجاويف المخ، فيتراكم ويؤدي إلى زيادة الضغط على جدران الجمجمة للخارج، والضغط على المخ للداخل، مما يؤدي إلى تضخم حجم الرأس، وتوقف نمو المخ وإصابة الفرد بالتخلف العقلي. وقد أصبح بالإمكان مواجهة ذلك عن طريق إجراء جراحة بالجمجمة.

٣/١-كبر الدماغ Macrocephaly: وترجع نشأته إلى تضخم بصيب المخ يترتب عليه كبر حجم الجمجمة، مصحوبة بتخلف عقلي شديد مع نوبات صداع وصرع، وضعف بصر، غالباً ما تؤدي إلى الوفاة مبكراً.

٤/١-صغر الدماغ Microcephaly : ويتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة بسبب عدم اكتمال نموها فيما فوق الحاجبين والأنين، ويتميز أفرادها بالنشاط وعدم الاستقرار، وسرعة التقليد مع صعوبة الاستمرار في عمل معين، ينتمي صغر حجم الدماغ لفئة التخلف العقلي الشديد، وتشكل ٥% من حالات التخلف العقلي تحت سن العشر سنوات، وتكون الوراثة وحالة الرحم أثناء الحمل أسباباً مباشرة وراء هذه الحالة. (٢)

٥/١-الفنيلكيتون يوريا Phenylpyrutic Acid : وسببه اضطراب في نشاط الغدد يؤدي لوجود حامض خاص الفنيلكتون، ويمكن تشخيصه عن طريق تحليل البول، ويتميز الأفراد المصابون بهذه الحالة باضطراب حركي يصاحبه تخلف عقلي. (٣)

١- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، مرجع سابق، ص ٨٩.

٢- عبد المطلب أمين القريظي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ٩٨.

٣- عبد الرحمن العيسوي، التخلف العقلي، مرجع سابق، صص ٨٦، ٨٧.

٦/١- القصاص أو القماءة Cretinism : ويعود سببه لنقص في إفراز هرمون الغدة الدرقية، ويتميز المصاب بالقصاص بضخامة الرأس، وقصر الأرجل، وفتاسة الأنف، وضخامة الشففتين مع ترهل الجلد، وخشونة الصوت، وهبوط في النشاط الحركي، ويظهر هذا العرض في الشهر السادس بعد الولادة.

٧/١- حالات تكسر كرات الدم الحمراء أو عامل الريزوس Erythoroblastosis Foetalis ويحدد هذا العامل مدى التطابق بين دم الأم والجنين أثناء الحمل، فهناك ٨٥% من البشر يحملون RHF موجب، بينما تحمل الأقلية RHF سالب. وهذا الاختلاف يؤدي إلى تعريض الجنين لعدم اكتمال ونضج كرات الدم الحمراء، وبالتالي تكسيرها مع زيادة في صفراء الدم، مما يؤثر على وظائف المخ. (١)

٨/١- حالات الشلل الدماغي Cereberal Palsy، وحالات الصرع Epilepsy وسوف تتناولهما الدراسة في موضع آخر.

٢- كما يتخذ معظم علماء النفس معدلات الذكاء باعتبارها معياراً لمستوى الأداء الوظيفي للقدرات العقلية العامة، وبناءً عليه يتم مقارنة أداء الفرد على اختبار الذكاء المقنن بمتوسط أداء أقرانه من نفس العمر الزمني، وأهم التصنيفات السيكولوجية هو تصنيف جروسمان ١٩٧٧ ويضم ثلاث فئات:

١/٢- تخلف عقلي بسيط Mild: وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٥٠-٧٠ على مقياس بينيه، و٦٩ - ٥٥ على مقياس وكسلر.

٢/٢- تخلف عقلي متوسط Severe: وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٥١ - ٣٦ على مقياس بينيه، و٥٤ - ٤٠ على مقياس وكسلر.

٣/٢- تخلف عقلي حاد: أقل من ٢٠ على مقياس بينيه، وأقل من ٢٥ على مقياس وكسلر. (٢)

٣- التصنيف التربوي أو التعليمي: ومن أشهر التصنيفات التربوية للتخلف العقلي ما أشارت إليه أناستازي Anastasi التي صنفت المتخلفين عقلياً حسب قدرتهم على التعلم وجاءوا في فئات ثلاثة:

١- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، مرجع سابق، صص ٩٠، ٩١.

٢- عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص ١٠٤.

١/٣-القابلون للتعلم Educables: وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٥٠ - ٧٥ ويمتازون بمقدرتهم على التعلم حتى نهاية المرحلة الابتدائية إذا تم تعليمهم في مواقف تعليمية معدة خصيصاً لهم.

٢/٣-القابلون للتدريب Trainnables : وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٢٥ - ٥٠ ويمتازون بتحصيل أكاديمي منخفض جداً، إلا أنهم قابلون للتدريب إذا توفرت لهم البرامج الخاصة التي تساعد على العناية بأنفسهم، والقيام بالأعمال اليدوية الخفيفة تحت إشراف مهني وضمن ورش محمية.

٣/٣-حالات العزل أو المعتمدون custodial: وهم أشد حالات التخلف العقلي، وتقل معدلات ذكائهم عن ٢٥ ، وهم عاجزون عن العناية بأنفسهم لذا فهم معتمدون كلياً على غيرهم مدى الحياة، ويحتاجون إلى مؤسسات متخصصة توفر لهم العناية الطبية والاجتماعية والإنسانية اللازمة. (١)

الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي: كثيراً ما يخلط العامة بين التخلف العقلي والمرض العقلي، ويطلقون مصطلح مجنون على كليهما دون تمييز، مع أن هناك فرقاً كبيراً بين المصطلحين. إذ يشير مصطلح التخلف العقلي إلى نقص في النشاط العقلي يظهر منذ الولادة أو في الطفولة المبكرة، ويتسم بنقص في الإدراك والتعلم وضعف الذكاء، أما مصطلح المرض العقلي Psychosis: فهو تدهور في التمييز العقلي بين الواقع والخيال، وهو مرض سمي قديماً بالجنون، ويسمى حالياً بالذهان psychotic . ويعالج في مستشفيات الأمراض العقلية. (٢)

رابعاً: الإعاقات الحركية والصحية والخاصة :

يعرف كارك وجاليجر Kirk & Gallagher الإعاقاة الحركية والصحية على أنها: "تعارض عائق صحي أو جسدي مع قدرة الطفل على المشاركة في أنشطة منزلية أو مدرسية روتينية فيقال إن هذا الطفل يعاني من إعاقاة جسدية صحية". (٣)

١-أحلام رجب عبد الغفار، تربية المتخلفين عقلياً في مدارس التربية بمصر، بحث مقدم للمؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، مرجع سابق، ص ١٨٤.

٢-عبد المجيد عبد الرحمن، تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص ١٣٧.
3-Kirk.S.M. Gallagher.J.J, Education Exceptional children, Boston Houghton Mifflin, U.S.A, 1979, p.13.

ويقسم القانون الفيدرالي العام ١٤٢/٩٤ وميثاق تعليم الأطفال المعوقين لعام ١٩٧٥ فى ولاية ميتشجان فى الولايات المتحدة الأمريكية فئة المعاقين حركياً والمصابين بإعاقات صحية أخرى ضمن فئتين هما:

١- **المعاقون عظيمياً**: وتعني وجود إعاقة عظيمة حادة تؤثر سلباً على الأداء التعليمي للطفل، ويشمل الإعاقات الناتجة عن شذوذ خلقي مثل: الحنف، وغياب بعض الأعضاء. والإعاقات التي تسببها الأمراض مثل: درن العظام. وإعاقات أخرى ناتجة عن أسباب مختلفة مثل: الكسور والحروق التي تؤدي إلى بتر عضو أو أكثر.

٢- **المعاقون صحياً**: وتعني محدودية القوة والحيوية الناتجة عن مشاكل صحية حادة أو مزمنة مثل: حالات القلب، الدرن، الحمى الروماتيزمية، التهاب الكلى، فقر الدم المنجلي، التسمم الرصاصي، الهيموفيليا، اللوكيميا، السكر، الصرع. (١)

ورغم شمول هذا التعريف إلا أنه لم يتطرق للإعاقات الحركية الناتجة عن أمراض مخية مثل الشلل الدماغي، والأمراض الفيروسية مثل شلل الأطفال، وبناءً عليه يعد الطفل معاقاً بدنياً إذا كان يعاني من: قصور في نمو الجهاز الحركي سواء في أداء الحركات الكبيرة أو الدقيقة نتيجة لإصابته بأمراض وراثية أو مكتسبة، أو نتيجة لإصابته بأمراض صحية مزمنة تعوقه بشكل دائم أو مؤقت عن ممارسته نشاطاته كالأسياء.

أسباب الإعاقة الحركية والصحية: تحدث الإعاقة الحركية نتيجة لأسباب متعددة ومتداخلة ولكن أكثر هذه الأسباب انتشاراً هو: التعرض للعدوى بجراثيم أو فيروسات مثل: الفيروس المسبب لشلل الأطفال، والالتهاب السحائي، والتهاب الدماغ، وإصابة الأم بالحصبة الألمانية وخصوصاً أثناء الأشهر الأولى من الحمل، إضافة إلى تناول الأدوية الكيميائية الضارة، وخصوصاً عقار الثاليدومايد حيث ثبت أن تناوله فى الأشهر الأولى من الحمل يؤدي إلى إيقاف نمو الأطراف تماماً، بحيث تبقى مجرد براعم صغيرة، إضافة إلى الإعاقة التكوينية المجهولة الأسباب التي تلعب دوراً كبيراً في زيادة عدد المعوقين حركياً. إلى جانب العوامل الأخرى مثل: عدم توافق عامل الريزوس RH بين فصائل دم الأبوين، وسوء تغذية الأم خلال الحمل الذي ينتج عنه نقص فى الفيتامينات والمواد الأساسية اللازمة لنمو الجنين، وتناول الأم للمخدرات والمسكرات

1-Kendall, Robbie, Unique Educational Needs of Learners with Physical and Other Health Impairments, Ibid.P. 5

والتدخين أثناء فترة الحمل. إلى جانب الإعاقات الحركية الناجمة عن الكوارث الطبيعية والحروب والحوادث وإصابات العمل. (١) إضافة إلى الإعاقات الصحية الناتجة عن الإصابة بأمراض مختلفة مثل: أمراض القلب، الدرن، السكر، فقر الدم المنجلي، الحمى الروماتيزمية، والتهاب الكلى، اللوكيميا، الهيموفيليا.

تصنيف المعوقين حركياً وصحياً:

١- المعوقين حركياً: يعتبر الإنسان معوق حركياً إذا كان مصاباً بواحد أو أكثر من الأمراض التالية :

١/١- شلل الأطفال أو التهاب سنجابية النخاع: وهو مرض يسببه فيروس ينتشر عن طريق انتقاله من البراز إلى الفم، ويتسبب في عجز الطفل تماماً. فهو يصيب الطفل بالشلل عن طريق إتلاف الخلايا العصبية التي تجعل العضلات تؤدي وظيفتها، ويكون هذا الشلل جزئياً إذا اقتصر التلف على بعض الأعصاب والعضلات، فقد يعجز الطفل عن تحريك أحد أطرافه أو جزء من هذا الطرف، ويمكن أن يؤدي الشلل الناجم عن هذا المرض لحدوث تشوهات، فالأطراف المشلولة قد تثبت في وضع واحد، كما يتسبب شلل الأطفال في ظهور الكثير من المشاكل والصعوبات للطفل ولأسرته، ولاتقاء هذا المرض يلجأ المختصون عادة للتطعيم ضده، وفي حال حدوثه بالفعل فيجب وقاية الأطراف المشلولة من التشوهات لتجنب ثباتها في وضع واحد. (٢)

ولشلل الأطفال نمطان أولهما: شلل الأطفال اللاشلي حيث يظل معظم الأطفال المصابون بالفيروس متمتعين بصحة جيدة، ويصاب معظمهم بمرض خفيف مصحوب ببعض الحمى مع آلام في العضلات وفي الظهر مع الشعور بالصداع، وهذه الأعراض تشبه كثيراً أعراض أمراض فيروسية أخرى، ولا يمكن تشخيص الإصابة بهذا الفيروس دون تحليل مخبري، ويلاحظ أن ٩٩ من كل ١٠٠ إصابة يشفون تماماً دون الإصابة بأي شلل.

والنمط الثاني: هو شلل الأطفال الشلي حيث تصاب بالشلل نسبة صغيرة من الأطفال المصابين بهذا الفيروس، إذ يعمل هذا الفيروس على إتلاف بعض الخلايا العصبية التي تجعل العضلات تؤدي وظيفتها، وتحدد أنماط هذا الشلل السريري بحسب الخلايا العصبية التالفة وتأخذ الأنماط

١- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، صص ١٧٧، ١٧٨.

٢- بدون مؤلف، ماهية شلل الأطفال، الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد ٤٨، السنة الثالثة عشرة، ديسمبر ١٩٩٦، ص ٢٣.

١/١/١- شلل الأطفال النخاعي: وفيه تتلف الخلايا العصبية في الحبل الشوكي، مما يؤدي إلى شلل عضلات الأطراف والظهر والبطن.

١/١/٢- شلل الأطفال البصلي: وفيه تتلف الخلايا العصبية الموجودة في جذع الدماغ وتصاب عضلات البلع والتنفس بالشلل.

١/١/٣- شلل الأطفال البصلي النخاعي: وفيه تتلف الخلايا العصبية في كل من الحبل الشوكي وجذع الدماغ. (١)

١/٢- الشلل الدماغي Cerebral Palsy : وسنفرده له فصلاً خاصاً نظراً لأهميته.

١/٣-٣- سوء التغذية العضلية (ضمور العضلات) Muscular Dystrophy : وهو من أكثر الاعتلالات التي تصيب العضلات شيوعاً. وهو مرض وراثي يتميز بضعف وضمور العضلات الهيكلية مع إعاقة تدريجية وتشوه كلما تقدم المرض، فيتطور تدريجياً مستنزفاً عضلات الجسم وهناك نوعان رئيسيان له:

١/٣/١- تضخمي كاذب Pseudohypertrophic : ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث، وتلاحظ أعراضه عندما يبدأ الطفل بالمشي، ثم يتطور خلال فترة الطفولة، ولدى بلوغ المريض مرحلة المراهقة المبكرة يصبح عاجزاً تماماً عن المشي، ونادراً ما يعيش المريض إلى ما بعد مرحلة البلوغ.

١/٣/٢- وجهي كتفي عضدي Facioscapulohumeral : وينتشر بين الذكور والإناث على حد سواء ، وعادة ما يبدأ في فترة المراهقة ولكن تطوره أبطأ من النوع الأول، وغالباً ما يحتاج المصاب بهذا المرض إلى كرسي متحرك ويشكل دائم.

١/٤- انحناء العمود الفقري Scoliosis وهو انحناء جانبي للعمود الفقري وينتشر بين المجموعة العمرية بين ١٢ / ١٦ سنة. وهو أكثر انتشاراً عند الإناث منه عن الذكور، وفي حال وصول هذا

١- بدون مؤلف، دلائل الوقاية من التشوهات الناجمة عن شلل الأطفال، البرنامج الموسع للتأهيل، منظمة الصحة العالمية، صدرت الطبعة العربية عن المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، مصر، ١٩٩٣، ص ٢٠١.

الانحناء لمرحلة شديدة فعادة ما يلجأ للجراحة مع استخدام الحملالة. (١)

٥/١-الصلب الأشم Spinabirida ويعرف أيضاً بأفة الأنبوب العصبي: وهو عيب ولادي ينتج عن فشل العمود الفقري في أن ينغلق كلية أثناء نمو الجنين، إضافة إلى أن جزءاً من الحبل الشوكي والأعصاب المتحركة بالعضلات تفشل في النمو الطبيعي، وأنه إذا حدث انتفاخ في بطانة الحبل الشوكي من خلال فتحة في ظهر الطفل عند الولادة فإن هذه الحالة تعرف بالإدارة السحائية Meningocele. وإذا حدث بروز للبطانة الشوكية أو الحبل الشوكي والجذور العصبية جميعاً تعرف باسم الإدارة السحائية النخاعية Mgelomeningocele وهي أشد الأنواع المعروفة خطورة حيث لوحظ إصابة الأطفال بالشلل في الأطراف السفلى عند إصابتهم بهذا المرض، وعادة ما تعوزهم القدرة على التحكم التام في المثانة والأمعاء بالإضافة إلى حاجتهم إلى قسطرة لجمع البول وبشكل دائم.

٦/١-التصلب المتعدد Multiple Sclerosis : وهو مرض يصيب المراهقين والبالغين، وهو مرض بطيء التطور يصيب الجهاز العصبي ويحدث فيه تصاب أو تتدب للغلاف النخاعي الواقى لبعض الأعصاب، مما يؤدي إلى شعور المصاب بالتعب، وبالتالي حاجته إلى استخدام كرسي متحرك. (٢)

٧/١-التهاب المفاصل Arthritis: ومن أعراض هذا المرض ألم في المفاصل وحولها، وهذه الحالة تحد من نسبة الوظائف الحركية في المفاصل المصابة وخصوصاً أثناء النوبات الشديدة، ويصيب الأطفال اعتباراً من سن الثالثة حتى مرحلة المراهقة، وهو أكثر انتشاراً بين الإناث. وقد يؤدي هذا المرض إلى تشوه المفاصل، وأكثر حالاته انتشاراً هو الالتهاب العظمي المفصلي Osteoarthristis . وتزيد احتمالات الإصابة به عند حدوث خلع في المفاصل، وعادة ما يحتاج هؤلاء الأطفال لعلاج جسدي لمنع حدوث التشوه ومعالجته في حال حدوثه. (٣)

1-Hallahan.D.P, Kauffman.J.M, **Exceptional children Introduction to Special Education**, Englewood Cliffs, N. j. prentice Hall, U. S. A, 1978, p.18.

2-Kendall, Robbie, **Unique Educational Needs of Learners with Physical and Other Health Impairments**, Ibid.P. p.15, 16.

3-Ibid, p.18.

٢- المعاقون صحياً: يعتبر الإنسان معوق صحياً إذا كان مصاباً بواحد أو أكثر من الأمراض التالية :

١/٢- الصرع Epilepsy: وهو حالة من حالات المخ التي تسبب نوبات متكررة مفاجئة يكون المخ فيها تحت تأثير نشاط كهربائي غير طبيعي، وقد تكون مصحوبة بنقص في درجة الوعي إلى حد الغيبوبة أحياناً، وقد تكون مصحوبة باضطراب معين في بعض وظائف المخ النفسية والحركية والحسية، كما أن نوبة واحدة لا تعنى بالضرورة أن الشخص يعاني من الصرع. (١)

وتشكل الوراثة مجرد استعداد للإصابة بالصرع ولكن مع وجود عوامل بيئية أخرى مثل: إصابات المخ، أو تلف بعض أجزائه، أو صدمات الرأس، أو أورام المخ، أو الإصابة ببعض الأمراض البكتيرية، أو الفيروسية كالحمى الشوكية. وهذا يعني أن الوراثة لا تلعب دوراً مباشراً في حدوث الصرع، ولكن هناك أمراض تتعلق بالتمثيل الغذائي Lipidoses التي تنتقل وراثياً عن طريق عامل جيني مسبب للمرض وهذا بدوره يؤدي لحدوث الصرع، كما أن الطفل قد يرث من أحد أبويه عاملاً جينياً يسبب خللاً في الكيمياء الحيوية Biochemical Abnormality أو للناقلات العصبية للجهاز المركزي مما يؤدي إلى انبعاث موجات كهربائية شاذة يترتب عليها حدوث الصرع. (٢)

وقد تبين من خلال عمليات المسح في أوروبا أن حوالي ٦% من الأطفال يتعرضون للإصابة بالصرع إذا كان أحد الوالدين مصاباً به لسبب غير معروف، أما إذا كان كل من الأب والأم مصابين بالصرع فإن النسبة تزيد إلى ١٢% تقريباً. (٣) وقد تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في حدوث الصرع، فقد أثبت بعض الباحثين أن بعض مرضى الصرع من الأطفال قادرون على التحكم في توقيت حدوث النوبة، بالإضافة إلى الدور الذي تلعبه الاضطرابات الهرمونية بسبب إفراز الغدد الصماء والغدد التناسلية، فقد لوحظ ازدياد حدوث النوبات عند النساء في سن اليأس. (٤)

١- كلير فهميم، الابن الصرعي يمكنه الانطلاق، القاهرة، مكتبة المحبة، ١٩٩٢، ص ١٧.

٢- عثمان لييب فراج، الصرع، الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد ٥٠، السنة الرابعة عشر، يونيو ١٩٩٧، صص ١٠٠، ٩.

٣- كلير فهميم، الابن الصرعي يمكنه الانطلاق، مرجع سابق، ص ١٩.

٤- عثمان لييب فراج، الصرع، مرجع سابق، ص ١٣.

وللصرع أنواع منها:

١/١/٢-النوبة الصغرى Petit Mal: حيث يحدث للمريض غيم في الشعور يستغرق عدة ثوانٍ و أقصاها دقيقة، ولا يقع المريض على الأرض، ولا تحدث له تشنجات أو تقلصات، ولكنه يصاب بحالة يبدو فيها مدهولاً وكأنه قطع صلته فجأة بما كان يقوم به من نشاط مع ظهور الشحوب في الوجه وازرقاق بالشفتين، ويتجه نظره للأعلى بحيث لا يظهر إلا بياض عينيه ويتوقف عما كان يفعله فجأة، ثم يعود إليه وكأن شيئاً لم يكن، ولا يتذكر شيئاً عما حدث أثناء النوبة.

٢/١/٢-النوبة الكبرى Grand Mal Fits: وعادة ما يحدث فيها فقدان للوعي بعد إنذار على هيئة إحساس غامض أو حالة من البكاء، ويحدث خلال النوبة حركات لا إرادية للجسم فيسقط المصاب أرضاً بحالة تشنجية، وقد يعرض المصاب لسانه أثناء النوبة أو يتبول على نفسه، ويتبع النوبة اضطراب بالنوم، وغالباً ما يحدث هذا النوع من النوبات مختلطاً بغيره من النوبات الأخرى.

٣/١/٢-النوبة النفسية الحركية Psychomotor Fits: وهي عبارة عن نوبات فقدان للوعي مصحوبة بحركات أتوماتيكية غريبة لا يتذكرها المصاب مطلقاً ولا يمكنه التحكم فيها.

٤/١/٢-نوبات جاكسونيا Jacksonian Fits: وفيه تبدأ الحركة في جزء معين من الجسم بدون فقدان للوعي، ثم تنتشر الحركة بطريقة معينة حتى يصيب التشنج كامل الجسم، ويفقد المصاب الوعي. (١)

٢/٢-أمراض القلب: وترجع أسباب حدوثها لخلل في الصمامات أو عضلات القلب أو كهربائيتها، أو التهاب الغشاء الداخلي أو الخارجي أو مجموع هذه الاضطرابات معاً. ولهذه الاضطرابات أنواع مختلفة: منها ما يتعلق بالغشاء الداخلي للقلب، ومنها ما يتعلق بالاضطرابات التكوينية الخلقية، واضطرابات الشريان التاجي، والاضطراب التاموري، واضطراب عضلات القلب، وارتفاع الضغط الشرياني. (٢)

١- فيصل محمد خير الزرار، الصرع في التربية وعلم النفس، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار المريخ، ١٩٩٠، صص ٧٤، ٧٢.

٢- رمضان محمد القدافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، صص ١٩٤، ١٩٥.

٣/٢-مرض السكر Diabetes : وهو اضطراب وراثي متعلق بالتمثيل الغذائي يتميز بعدم كفاية إنتاج أو استهلاك الأنسولين، وهذا بدوره يؤثر على الكبد ليصبح عاجزاً عن الانتفاع بسكر الجسم وتخزينه.

٤/٢-مرض الربو Asthma: مرض يصيب القنوات الشعبية للرئة ليحدث نوبات صعوبة بالتنفس تنتج عن الحساسية وتحدث هذه النوبات بدون سابق إنذار، فتعرقل قدرة الطفل على التنفس. (١)

٥/٢-الهيموفيليا Hemophilia أو النزاف: وهو عيب خلقي وراثي في تجلط الدم، ينتشر بين الذكور أكثر من الإناث، ومن نتائجه الخطرة حدوث النزيف الداخلي الذي يسبب تورماً وتلفاً مستديماً لمفاصل الطفل وأنسجته الداخلية، وقد يحتاج المصاب بهذا المرض لنقل الدم بين الحين والآخر، وقد يحتاج كذلك إلى كرسي متحرك أثناء فترة التعرض للمرض.

٦/٢-الكلم Trauma : ويحدث نتيجة حادثة تؤدي إلى إصابة شديدة للجسم فسيولوجياً أو نفسياً، وعادة ما يحدث بعد حالات مثل: التشوه الناجم عن الحوادث، أو الحروق، أو حالات البتر. (٢)

٧/٢-مرض السل Tuberculosis: وهو من الأمراض الجسمية الناتجة عن بكتيريا السل التي قد تصيب الإنسان في أي عمر، ومن مظاهرها إصابة الرئتين وأجزاء أخرى من الجسم وقد تؤدي في النهاية إلى شكل من أشكال الإعاقة الحركية. (٣)

٨/٢-الأطفال المولودون لأمهات مدمنات على المخدرات Children Born to Substance-Abusing Mothers: إن تعاطي الكحوليات أو إدمان المخدرات أثناء الحمل يؤدي لولادة أطفال مصابين بمشاكل عصبية انفعالية إدراكية متعددة، إضافة لتعرضهم للإهمال وسوء المعاملة، كما أن كثيراً من النساء اللاتي يتعاطين المخدرات عن طريق الوريد لا يخطرن فقط بتدمير الطفل كيميائياً بل يلحقن به أمراضاً تناسلية مثل الزهري، والتي قد تؤدي لحدوث الإعاقة.

1-Kendall, Robbie, Unique Educational Needs of Learners with Physical and Other Health Impairments, Ibid.P. p. 19.

2-Hallahan.D.P, Kauffman.J.M, Exceptional children Introduction to Special Education, Ibid, p.29.

٣-فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٤٣٦.

٩/٢-مرض الإيدز AIDS : وهو فيروس HIV الذى يشتبك مع الجهاز المناعي للجسم مما يعرضه لأنواع العدوى المزمنة والقاتلة، وقد حقق هذا المرض انتشاراً واسعاً في بعض الدول، وبدأت ظاهرة ولادة أطفال يحملون هذا الفيروس، وتعتبر الإصابة بهذا المرض من أخطر الإعاقات وأحدثها فبالإضافة للصحة الجسدية الهشة والمتدهورة، فقد ظهر على هؤلاء الأطفال آثار أخرى مثل السلوك الذهاني، والتخلف العقلي، والنوبات التشنجية، و الاعتلالات العصبية المشابهة للثلل الدماغى. (١)

خامساً: التأخر الدراسي وبطء التعلم:

هناك الكثير من التعريفات التى تناولت التأخر الدراسي وبطء التعلم، واعتمد كل تعريف على وجهة نظر واضعه، وعلى ميوله العلمية وخلفيته الثقافية، والهدف الذي وضع التعريف من أجله. ومرّد هذا الاختلاف إلى صعوبة وجود تعريف شامل يتضمن هذه الإعاقه ومن هذه التعريفات: التأخر الدراسي "هو فشل الطفل فى التعلم على الرغم من تمتعه بذكاء عادى أو فوق العادى مع عدم وجود عوامل أخرى مسببة لذلك مثل: الاضطرابات الانفعالية أو الحسية أو العصبية. كما يجب أن تعود أسباب التأخر إلى الطفل نفسه فلا يحدث بسبب عوامل أخرى مثل: ضعف المدرس، أو صعوبة المادة الدراسية، أو بسبب الاختلاف والتباين بين الثقافات. وقد يشمل التأخر الدراسي جميع المواد أو بعضها مثل تأخر بعض التلاميذ فى القراءة والهجاء أو الكتابة أو الحساب". (٢)

ويذهب بيرت Burt إلى أن الطفل المتأخر دراسياً "هو الذى يكون مستوى تحصيله أقل من ٨٠% بالنسبة لمستوى أقرانه فى نفس عمره الزمنى". (٣)

أما إنجرام Ingram فيعرف المتأخرين دراسياً بأنهم "هؤلاء الأطفال الذين لا يستطيعون تحقيق المستويات المطلوبة منهم فى الصف الدراسى، وهم متأخرون فى تحصيلهم الأكاديمى بالقياس إلى العمر التحصيلى لأقرانهم". (٤)

1-Kendall, Robbie, **Unique Educational Needs of Learners with Physical and Other Health Impairments**, Ibid.P. p. 20.

٢- رمضان محمد القذافى، سيكولوجية الإعاقه، مرجع سابق، ص ٢٠٣.

٣- نفيسة حسن عبد الوهاب، العلاقة بين التأخر الدراسى وبعض العوامل الشخصية والاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية البنات، ١٩٨٦، ص ١٢.

٤- المرجع السابق، ص ١٢.

ويذهب تعريف آخر إلى أن التأخر الدراسي هو "اضطراب في التعلم، يحدث نتيجة بطء التعلم أو عدم التحصيل بسبب إعاقة عمليات الانتباه والتركيز أو التذكر أو الإدراك البصري، أو لعدم استقبال اللغة أو عدم القدرة على فهم التعبيرات". (١)

وهناك تعريف آخر يقول إن التأخر الدراسي هو "عدم قدرة الطفل على تعلم المواد الدراسية بالطرق التقليدية المتبعة في المدارس العادية، وذلك لأسباب عديدة، بعضها يرجع للمنزل وعوامل التنشئة الاجتماعية، وبعضها الآخر للمدرسة بإمكانياتها المادية والبشرية والعلاقات السائدة فيها، والبعض الآخر يرجع إلى التلميذ نفسه بظروفه الجسمية والعقلية والنفسية". (٢)

يلاحظ من التعريفات السابقة أن تعريف المتأخر دراسياً يعتمد على محك المقارنة مع الأقران من نفس العمر الزمني ومن حيث التحصيل الأكاديمي، إلا أن هناك مجموعة تعرف التأخر الدراسي بناءً على محك مقارنة التلميذ بنفسه، فنقول: "هو فشل التلميذ في تحقيق مستويات الأداء التي تؤهله لها قدراته واستعداداته العقلية والطبيعية، ومعنى ذلك أن التلميذ مرتفع الذكاء الذي تؤهله قدراته للحصول على معدل ٩٥% من درجات الامتحان يعتبر متأخراً دراسياً إذا حصل على ٧٠% من درجات ذلك الامتحان، بينما نجد أن الطالب محدود الذكاء والذي تؤهله قدراته العقلية للحصول على ٤٠% فقط من درجات الامتحان يعتبر متفوقاً إذا حصل على ٦٠% من درجات ذلك الامتحان". (٣)

أسباب التأخر الدراسي: إن التأخر الدراسي يعود إلى واحد أو أكثر من العوامل الآتية:

١- عوامل جسدية وصحية: وتتمثل في ضعف البنية وسوء الصحة العامة والتغذية ونقص النشاط والحيوية والأنيميا، وضعف السمع أو البصر، أو الإصابة باضطرابات وأمراض الكلام، هذه الصفات تتكرر لدى المتأخر دراسياً.

٢- عوامل عقلية: منها نقص القدرات العقلية المعرفية والإدراكية العامة أو الخاصة، سواء كان هذا النقص وراثياً أم مكتسباً.

١- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، ص ٢٠٣.

٢- محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، مرجع سابق، ص ١٩٨.

٣- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، ص ٢٠٤.

٣- عوامل نفسية: منها عدم قدرة التلميذ على التعامل بحرية مع المدرسين والأقران، الأمر الذي يجعل تكيفه عملية صعبة إضافة. إلى عوامل نفسية أخرى كضعف الثقة بالنفس والإحباط والخمول والانطواء، أو قلة دافعيه الإنجاز. (١)

٤- عوامل شخصية واجتماعية واقتصادية: منها مستوى الأسرة التعليمي والاقتصادي، والأساليب التربوية المتبعة داخل الأسرة، والاتجاهات والميول الاجتماعية للطالب، وتشير بعض الدراسات إلى أن المتأخرين دراسيا عادة ما يكونون بطيئي التعلم منذ بداية تعليمهم، ويعود سبب ذلك لعدم إتقان لغة التخاطب، أو لنقص المهارات اللغوية. كما لوحظ أن المتأخرين دراسيا يتميزون بشكل عام بعدم النضج الانفعالي. (٢)

تصنيف التأخر الدراسي : للتأخر الدراسي نوعان هما :

١-التأخر الدراسي الناتج عن عوامل خلقية: وترجع أسبابه إلى اضطراب في الجهاز العصبي أو قصور في نمو القدرات العقلية.

٢-التأخر الدراسي الوظيفي: وينتج عن عوامل خاصة بالمتعلم منها ما هو بيئي، أو ثقافي، أو انفعالي.

وقد قسم سكونل هذا النوع من التأخر إلى قسمين:

١/٢- التأخر بصفة عامة The generally Backward : والطالب هنا ليس بالغبي، ولكنه متأخر في معظم مواد المنهج.

٢/٢- التأخر النوعي Specifically Backward : وهو التأخر في مادة أو اثنتين من مواد المنهج، ويقال فيه التحصيل عن المتوسط. (٣)

أما بطء التعلم Slow Learner فهو: "اصطلاح يطلق على كل طفل يجد صعوبة في مواصلة نفسه للمناهج الأكاديمية بالمدرسة بسبب قصور بسيط في ذكائه أو في قدرته على التعلم،

١-محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، مرجع سابق، صص ٢٠٠، ٢٠١.

٢- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، مرجع سابق، ص ٢٠٦.

٣-نفسية حسن عبد الوهاب، العلاقة بين التأخر الدراسي وبعض العوامل الشخصية والاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الإعدادية، مرجع سابق، ص ١٦٠.

ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى تعديل في المناهج وطرق التدريس التي تستعمل مع أطفال من نفس سنهم في المدارس العادية". (١)

خصائص بطء التعلم:

١- من الناحية الجسدية هناك تباين بين الطفل بطيء التعلم والطفل العادي، فمعدل النمو لدى الطفل بطيء التعلم أقل في تقدمه من الطفل العادي، والطفل بطيء التعلم أقل طولاً، وأثقل وزناً، وأقل تناسقاً من الطفل العادي، إضافة إلى أن انتشار بعض الاضطرابات الجسدية والحسية مثل: ضعف السمع وعيوب الكلام، وسوء التغذية، ومرض اللوزتين والغدد، وعيوب الإبصار تكون عند الأطفال بطيئي التعلم أكثر منها عند الأطفال العاديين.

٢- هناك اختلاف واضح من ناحية التكيف والشخصية بين الطفل العادي والطفل بطيء التعلم، فالطفل بطيء التعلم أقل تكيفاً من الطفل العادي، إضافة إلى وجود صفات شخصية ضعيفة مقارنة بالطفل العادي، كما يوجد اختلاف واضح في القدرات العقلية وفي القدرة على التحصيل والخلق والسيطرة وحب الاستطلاع لصالح الطفل العادي.

٣- يتميز معظم الأطفال بطيئي التعلم بالكسل بدرجة غير عادية، ومرّد ذلك إلى ضعف الصحة أو لعدم التكيف في المدرسة، كما أن مدة الانتباه ومداه لدى الأطفال بطيئي التعلم أقل من الأطفال العاديين.

٤- يختلف الطفل بطيء التعلم بدرجة كبيرة في مجال السمات العقلية عن الطفل العادي وخاصة فيما يتعلق بالنواحي المتصلة بالإدراك البصري والسمعي، ويتضح ذلك جلياً عند أداء أنشطة تتطلب التعريف والتمييز والتحليل، لأن هذه العمليات تعتمد بشكل خاص على الذكاء. (٢)

الفرق بين بطء التعلم وصعوبات التعلم:

"يوجد اختلاف بين مفهومي بطء التعلم وصعوبات التعلم، فالتلميذ بطيء التعلم هو ذلك الذي تتراوح نسبة ذكائه بين ٩٠/٧٥، أما التلميذ الذي يعاني من صعوبة تعلم فهو ذلك التلميذ الذي

١-مصطفى فهمي، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مرجع سابق، ص ١٢٥.

٢-عزة مختار الدعدع، سمير عبد الله أبو مغلي، تعليم الطفل بطيء التعلم، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، دار الفكر للإنتاج والتوزيع، ١٩٩٢، ص ١١، ١٤.

يظهر انخفاضاً في التحصيل الدراسي الفعلي عن التحصيل المتوقع له، ويتميز بذكاء عادي أو فوق المتوسط". (١)

وعلى الرغم من أن ذوي صعوبات التعلم يظهرون بطناً في التحصيل في بعض أو كل المواد الدراسية، إلا أن قدراتهم الإدراكية غالباً متوسطة أو أعلى من المتوسطة. وتتأخر قدرة التعلم لدى الطفل بطيء التعلم في كل المجالات مقارنة بأقرانه من نفس المجموعة العمرية.

سادساً: صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية :

تتضمن صعوبات التعلم الخاصة بتعليم الأطفال حالات واسعة التنوع، فقد أكد المهتمون بهذا المجال أن مشكلات القراءة والكتابة واللغة تعدّ العنصر الجوهري في صعوبات التعلم، في حين ذهب البعض الآخر على أن صعوبة الانتباه تعدّ الأساس في الاضطرابات النفسية الأخرى مثل: مشكلات الإدراك البصري أو السمعي، ومشكلات الذاكرة، وإدراك الشكل والخلفية.

وتعرف اللجنة القومية المشتركة الاستشارية للأطفال المعوقين صعوبات التعلم بأنه: "مصطلح عام يشير إلى مجموعة متغايرة الخواص من الاضطرابات تظهر بفعل صعوبات هامة في اكتساب واستخدام قدرات الاصغاء والكلام والكتابة والاستنتاج، أو القدرات الرياضية، وهذه الاضطرابات تنشأ مع الفرد ويفترض أنها تعزى لاختلال وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وقد تحدث على امتداد حياة الفرد". (٢)

وبتحليل هذا التعريف نجد أنه يصف صعوبات التعلم على أنه مصطلح عام يشير إلى مجموعة متغايرة الخواص من الاضطرابات، وأن الشخص المصاب بصعوبات التعلم يجب أن تظهر عليه هذه الصعوبات الخطرة. وكلمة خطيرة تعني إزالة دلالة البساطة عن هذه المشكلة. وأخيراً اعتبار صعوبات التعلم مشكلة مستمرة مدى الحياة. وقد اعتُبر هذا التعريف الأكثر دقة وشمولاً من غيره.

وفي القرار الحكومي الصادر عام ١٩٧٧ حددت تعليمات الحكومة الاتحادية الأمريكية ثلاثة أنواع من المشكلات:

١- حسن خليفة الشندولي، نظم تعليم التلاميذ المتعثرين دراسياً وبطيء التعلم في التعليم الابتدائي في كل من الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة-دراسة مقارنة-رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، ١٩٩٨ص ٤٦.

2-Michael. Hardman, and Others, Human Exceptionality, Ibid, p. 262.

- ١-مشكلات لغوية: وتتضمن التعبير الشفهي، والفهم القائم على الاستماع.
- ٢-مشكلات القراءة والكتابة: وتتضمن التعبير الكتابي والمهارات القرائية.
- ٣-مشكلات رياضية: وتتضمن العمليات الحسابية، والاستدلال الرياضي.

وفي ضوء ذلك صنفنا صعوبات التعلم إلى مجموعتين:

١- صعوبات التعلم النمائية ٢- صعوبات التعلم الأكاديمية. (١)

١- صعوبات التعلم النمائية : وتشتمل على المهارات السابقة، و التي يحتاجها الطفل من أجل التحصيل الأكاديمي، فحتى يتعلم الطفل كتابة اسمه مثلا لا بد له أن يطور الكثير من المهارات الضرورية في الإدراك والتناسق الحركي والتناسق بين حركة العين واليد والفرسلس والذاكرة، ولا بد له أن يطور قدرته على التمييز السمعي والبصري المناسبين، والذاكرة السمعية والبصرية، واللغة المناسبة.

وغالبا ما تظهر هذه الصعوبات قبل دخول الطفل المدرسة، ويتم اكتشافها حينما يبدأ الطفل بالفشل في تعلم الموضوعات الأكاديمية المدرسية، ولتوضيح ذلك لا بد من ذكر العمليات اللازمة لعملية التعلم منها:

١/١- الانتباه: وهو القدرة على اختيار العوامل المناسبة والمتصلة بالموضوع من بين مجموعة كبيرة من المثيرات السمعية أو اللمسية أو البصرية أو الإحساس بالحركة، فحين يحاول الطفل الانتباه والاستجابة لمثيرات كثيرة بنفس الوقت يعتبر طفلا مشتتا، فالطفل الذي يفتقر إلى تركيز الانتباه إلى المهمة الموكلة له يصعب عليه التعلم.

٢/١- الذاكرة: وهي القدرة على استدعاء ما تم مشاهدته أو ممارسته أو التدرب عليه، والأطفال الذين يعانون من مشكلات في الذاكرة السمعية أو البصرية قد يعانون أيضا من مشكلات في تعلم القراءة والكتابة وإجراء العمليات الحسابية.

٣/١- العجز في العمليات الإدراكية: وتتضمن إعاقة في التناسق البصري الحركي، والتمييز البصري والسمعي واللمسي، وإدراك العلاقات المكانية.

١- محمد على كامل، سيكولوجية الفئات الخاصة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٦، ص ٢٥.

٤/١-اضطرابات التفكير: وتتضمن مشكلات في العمليات العقلية من حيث إصدار الأحكام والمقارنات، وإجراء العمليات الحسابية، والتحقق والتقويم والاستدلال واتخاذ القرار والتفكير الناقد وأساليب حل المشكلات.

٥/١-اضطرابات اللغة الشفهية: وتتضمن الصعوبات التي يواجهها الأطفال في فهم اللغة، وتكامل اللغة الداخلية والتعبير عن الأفكار لفظياً. (١)

٢-صعوبات التعلم الأكاديمية : حين يظهر الطفل قدرة كامنة على التعلم ولكنه يفشل في التعليم المدرسي، فعندئذ يمكن القول إن لدى الطفل صعوبة خاصة في تعلم القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو التعبير الكتابي.

١/٢-الصعوبات الخاصة بالقراءة: ومن صفات الأطفال الذين يعانون من صعوبة القراءة أن ذكاءهم متوسط أو أعلى بقليل، و يقومون بإبدال الحروف أثناء القراءة أو الهجاء أو الحديث، بالإضافة إلى أن قراءتهم ضعيفة، بدليل حذف كلمات أثناء الكتابة، كما يلاحظ أن هؤلاء الأطفال مترددون جداً في الحديث، ويعانون من ضعف في الهجاء وبطء ورتابة في كتابة المفردات واسترجاع شكل الحروف بتناسق، ويصعب عليهم أيضاً التمييز بين اليسار واليمين، وقد تظهر هذه الاضطرابات في الأسرة كلها وقد يلاحظ وجوده بحالات فردية. (٢)

٢/٢-صعوبات الكتابة: إن تعلم الكتابة يتطلب إتقان الطفل لبعض المهارات الخاصة بذلك، وتدريبه على التفريق والتمييز بصرياً بين الحروف والكلمات والأشكال والأعداد، والطفل الذي يفشل في ذلك يفشل أيضاً في إعادة نسخها بدقة، وهؤلاء الأطفال غالباً ما يواجهون مشكلات في الإدراك والتمييز البصري، ومشكلات في إدراك العلاقات المكانية البصرية، واضطرابات القدرة الحركية البصرية، والتناسق الحركي البصري مثل رسم أو إعادة كتابة ما تم معرفته وإدراكه. (٣)

أسباب صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية : إن الأسباب الحقيقية وراء صعوبات التعلم ما زالت مجهولة وغير مؤكدة حتى الآن، إلا أنه من المرجح أنها بسبب عامل أو أكثر من العوامل الآتية:

١-تعرض بعض أنسجة المخ للتلوث أو التليف، وذلك لأسباب عدة قد تعود إلى فترة الحمل أو الولادة

١-محمد علي كامل، سيكولوجية الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص ٢٦.

٢-المرجع السابق، صص ٧٩، ٨٠.

٣-المرجع السابق، ص ٦٤.

أو ما بعد الولادة نتيجة أمراض كالحمى الشوكية، ونتيجة التعرض لبعض المواد السامة كالرصاص أو الزئبق الناتجة عن التلوث البيئي. ويمكن الكشف عن هذا التلف عن طريق رسم المخ والأشعة، وغالباً ما يكون هذا التلف بسيطاً جداً بحيث لا يؤدي إلى تخلف عقلي أو شلل دماغي أو إعاقة توحد.

٢- الخلل الحيوي الكيميائي في توازن إفرازات الغدد الصماء، أو في المخ والجهاز العصبي، فإن فقدان هذا التوازن قد يؤدي إلى صعوبات التعلم.

٣- وقد ثبت أن بعض صعوبات التعلم ناتجة عن إكثار الطفل في مراحل نموه الأولى - من تناول أغذية ومشروبات مضافاً إليها مواد كيميائية ومكسبات الطعم واللون.

٤- ويعزو بعض المهتمين بصعوبات التعلم إلى إرجاع السبب للظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة من حيث: سوء التغذية، والسكن غير الصحي، وزيادة عدد أفراد الأسرة، وقلّة المثيرات البيئية. (١)

ومما سبق ذكره تبين أن هناك صعوبة في تشخيص وتحديد صعوبات التعلم إذ تتداخل كثيراً فيما بينها وتتشابه أعراضها وأسبابها مع إعاقات أخرى مثل التأخر الدراسي وبطء التعلم، وكثيراً ما يصعب التفريق بين الذين يجدون صعوبات في التعلم، وبين المتخلفين عقلياً بدرجاته البسيطة.

الخصائص السيكولوجية للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم :

١- تكرار الفشل الأكاديمي في مراحل التعليم المختلفة، ومن خلاله يمكن توقع الرسوب والفشل مرة أخرى.

٢- وجود خلل في البيئة المحيطة التي تتفاعل مع صعوبات التعلم، بالإضافة إلى الاضطرابات السمعية البصرية البسيطة التي تتسبب في تعلم عادات خاطئة، وهذه بدورها تتسبب في حدوث صعوبات تعليمية تفوق حدود المشكلة الأصلية.

٣- اضطراب وشذوذ في الدافعية بسبب تكرار الفشل وما يتبع ذلك من إهمال من جانب الرفاق والمدرسين، وما ينتج عن ذلك من نقص التعزيز الإيجابي، وهذه العوامل من شأنها أن تضعف السلوك الصحيح وبالتالي تخفض الدافعية.

١- عثمان لبيب فراج، مشكلة الإعاقة، مرجع سابق، صص ٣٦، ٣٧.

٤- القلق المستمر وغير المحدد والناجم عن تكرار الفشل الأكاديمي، وبالتالي تعميم الفشل على باقي مجالات الحياة، وهذا ما يؤدي إلى حالة التوتر النفسي والشعور بعدم الارتياح وظهور اضطرابات في الانتباه والاستغراق في أحلام اليقظة.

٥- سلوكيات شاذة وعنيفة متقلبة بصورة غير متوقعة بالنسبة للعمر الزمني لهؤلاء الأطفال يصحبه تقلب في حالات اليقظة وفي سعة الانتباه.

٦- حاجة هؤلاء الأطفال للتشخيص الكامل لتحديد الخصائص السلوكية والصفات الشخصية، حتى لا تشخص حالتهم على أنها تخلف عقلي، وبالتالي التعامل معهم بناءً على هذا التشخيص الخاطئ.

٧- القصور في القدرة على التعلم ومتابعة الخبرات التعليمية المقدمة للأطفال العاديين، بمعنى آخر فهم يحتاجون إلى نظام معين في تقديم المعلومات حتى يتمكنوا من متابعة العملية التعليمية والاستفادة منها، إذ أن المشكلة غالباً ما تكمن في الافتقار للتطابق بين الأنشطة الصفية وبين احتياجات الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم. (١)

مؤشرات لتشخيص صعوبات التعلم : هناك عدد من المؤشرات التي تلاحظ على الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يمكنها المساعدة في تشخيص هذه الحالات ومن أهم هذه المؤشرات:

١- **المؤشرات السلوكية المرتبطة أو المميزة لهؤلاء الأطفال:** ويقوم هذا المؤشر على أن هناك عدداً من الخصائص السلوكية التي يشيع تكرارها لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، ويمكن للمعلم أن يلاحظ هذه الخصائص وبالتالي بإمكانه الكشف المبكر عن هؤلاء الأطفال.

٢- **المؤشرات العصبية:** حيث يظهر بعض الأطفال هنا علامات نيورولوجية بسيطة تلاحظ في الاضطرابات الإدراكية والأشكال السلوكية غير المناسبة مع صعوبات في الأداء الوظيفي الحركي.

٣- **مؤشر التباعد بين الأداء المتوقع والأداء الفعلي للتلميذ:** ويقوم هذا المدخل أساساً على المقارنة ما بين الأداء الفعلي للتلميذ داخل حجرة الصف وبين الأداء المتوقع منه بالاستناد إلى مستوى قدراته العقلية، والحالات التي تظهر تباعداً وانحرافاً حاداً بين المستوى التحصيلي وبين القدرات العقلية في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

١- محمد علي كامل، سيكولوجية الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص ٢٨، ٢٩.

١/٣- القدرة على التعبير اللفظي.

٢/٣- القدرة على التعبير الكتابي.

٣/٣- فهم واستيعاب المادة المسموعة.

٤/٣- فهم واستيعاب المادة المقروءة.

٥/٣- المهارات القرائية الأساسية.

٦/٣- العمليات الحسابية.

٧/٣- الاستدلال الحسابي.

مع التأكد من أن التلميذ يتلقى في جميع الحالات، خبرات تعليمية مناسبة لعمره الزمني ولقدراته العقلية، والتركيز على ذلك. (١)

سابعاً: الإعاقة الاجتماعية: "Socially Handicapped "Disadvantaged"

إن مفهوم الإعاقة الاجتماعية وتحت الثقافية يعتبر من المفاهيم العائمة الصعبة التعريف، لذا نجد تعدداً للمسميات التي أطلقت على هذه الفئة، فأحياناً يطلق عليهم المحرومون ثقافياً *Culturally Deprived*، وأحياناً المحرومون تربوياً *Educationally Deprived*، كما يطلق عليهم القاصرون لغوياً، وأحياناً الفقراء، إلا أن القاموس الدولي للتربية *International Dictionary of Education* أشار إلى الإعاقة الاجتماعية على أنها مصطلح يدل على أن الظروف الاجتماعية للفرد فرضت عليه أن يكون متأخراً بالمقارنة مع الآخرين، والتأخر الاجتماعي غالباً ما يرتبط بالتأخر التعليمي. (٢)

ويرى فؤاد أبو حطب أن مصطلح الحرمان الثقافي يشمل مجموعة من العوامل الثقافية التي تؤثر في الأنشطة العقلية بشكل عام، ومنها الحرمان الحسي أو الحرمان من المؤثرات، وهو أشد وقعاً في فئات المستويات العقلية العليا لأنهم أكثر حاجة من غيرهم للخبرات الحسية لتعلم المهارات الإدراكية والمهارات التي تيسر التعلم في ظروف الاستثارة العادية. واعتبر أن الحرمان التعليمي ينتمي إلى فئة الحرمان الثقافي، وأن أغلب الذين يعيشون في بيئات متخلفة

١- محمد على كامل، سيكولوجية الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص ٥٣.

2-Page, G. Tand, and Others, *International Dictionary Of Education*, London Kagan Page Ltd, 1979, P.314.

يفتقدون إلى المواظبة في التعلم، إضافة إلى ارتفاع نسبة الأمية بين أسرهم مما يؤدي إلى تدهور مستوى ذكائهم مع تقدمهم بالعمر. (١)

أما حامد عبد العزيز الفقي فذكر أنه يقصد بالمعاقين اجتماعياً "مجموع الأطفال الذين يعيشون في مستوى اجتماعي وثقافي منخفض سواء في البيئات الريفية أو في الأحياء الشعبية الفقيرة، ويعاني هؤلاء الأطفال من فقر في الخبرات والتجارب مما يجعلهم غير مستعدين لبداية العملية التربوية، أو غير ناضجين إلى الحد الذي تتطلبه هذه العملية. وغالباً ما يكون الآباء والأمهات من الأميين الذين لا توجد لديهم اتجاهات إيجابية نحو المدرسة أو نحو التعليم بصفة عامة، إلا أن ظاهرة الإعاقة الاجتماعية أو الحرمان الثقافي غير قاصرة على البيئات الريفية أو على مدارس القرى، ولكنها متواجدة أيضاً بمدارس المدن بسبب تركز المؤسسات المدنية والإدارية والعلمية والاجتماعية والصناعية بالمدن، مما يؤدي إلى زحف جموع العمال والفلاحين نحو المدن وراء فرص العمل، هروباً من حياة الحرمان التي يعانيها سكان الأرياف". (٢)

ويرى بلوم وآخرون Bloom & Others أن غالبية الأطفال المعاقين اجتماعياً يأتون من بيئة ذات مستوى تعليمي منخفض، وأن كثيراً منهم يأتون من منازل فقيرة أو لعائلات وأسر ممتدة Extended Family ذات أعداد كبيرة، ويعيشون في منازل محطمة ويعانون من تفرقة في المعاملة، ويؤكد على أن الحرمان الثقافي لا ينبغي ربطه بالنواحي العرقية أو العنصرية، ولكن يعرف وفقاً لخصائص البيئة وسمات الفرد الشخصية. (٣)

ويذكر ياور أنه يمكن ملاحظة التدهور العقلي في حال حدوث الحرمان الثقافي في الفترة الممتدة ما بين ثلاثة شهور ونهاية السنة الأولى من العمر، كما أضاف إلى أن الاستثارة الاجتماعية في الفترة ما بين الستة أشهر والثمانية أشهر الأولى من الحياة لها بالغ الأهمية في نمو الذكاء الاجتماعي للطفل، وأن أي حرمان اجتماعي قبل هذه الفترة لا يؤثر في هذا الجانب من الذكاء ونمو الشخصية بوجه عام، وأن التدهور العقلي يزداد تزايداً منتظماً نتيجة للحرمان الثقافي والبيئي في مرحلة الطفولة المتأخرة حتى مرحلة المراهقة، ويلاحظ تناقص فعالية هذا

١- فؤاد أبو حطب، القدرات العقلية، الطبعة الخامسة، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٦، صص ٤٩٣، ٤٩٤.

٢- أسامة إبراهيم مرقس بطرس، تربية الأطفال المعوقين اجتماعياً بالحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي في مصر وبعض الدول الأخرى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أسيوط، كلية التربية، صص ٥٤، ٥٥.

٣- المرجع السابق، ص ٥١.

الحرمان مع تقدم الطفل بالعمر، أى أن آثاره اللاحقة تتناقص مع النمو. (١)

بناء على ما تقدم يمكن القول إن الإعاقة الاجتماعية: مصطلح نسبي لا ينتمي لأفراد بقدر انتمائه إلى أسر أو جماعات ويدل هذا المصطلح على الأفراد الذين يعيشون في أسر فقيرة اجتماعياً واقتصادياً وثقافياً سواء في المناطق الريفية أو في الأحياء الفقيرة في المدن، ويمتازون بالمشكلات البيئية والتقاليد الاجتماعية الخاصة بهم، مما يؤدي إلى نقص في التجارب والخبرات والمعايير الثقافية السائدة في النظام التعليمي، مما يجعلهم قاصرين عن المشاركة الإيجابية في العملية التعليمية. وهذا بدوره يعوق نموهم العقلي واللغوي والاجتماعي ليؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي وأنماط تفكيرهم وتكيفهم.

ثامنا: الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تتعدد المصطلحات التي تدل على الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment: كالاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbance، والإعاقة الانفعالية Emotional Handicapps، والاضطرابات السلوكية Behavioral Disorder. ولكن مهما اختلفت المصطلحات التي تدل على موضوع الإعاقة الانفعالية فإنها تمثل شكلاً من أشكال السلوك الانفعالي غير العادي، والذي تتطلب معها الحاجة إلى التربية الخاصة.

وهذا ما يجعل الوصول إلى تعريف محدد للإعاقة الانفعالية صعباً جداً، ومرد ذلك إلى صعوبة تحديد معايير السلوك الانفعالي السوي، والسلوك الانفعالي غير السوي. وهذه المعايير تختلف بالطبع من بيئة إلى أخرى، ومن ثقافة إلى أخرى. إضافة إلى صعوبة قياس الاضطراب الانفعالي نفسه لارتباطه بعدد من الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية والسمعية والبصرية وصعوبات التعلم، ومع ذلك فقد أشار كيرك Kirk ١٩٧٩ إلى تعريف الأطفال المضطربين انفعالياً بأنهم "أولئك الأطفال الذين يظهرون استجابات انفعالية غير متوقعة منهم أو من قبل الآخرين وبشكل مزمن بحيث يستدعي ذلك تعليمهم أشكال السلوك الاجتماعي المناسب". (٢)

ويورد كيرك أمثلة للمضطربين انفعالياً كحالات الانسحاب من المواقف المتكررة، والسلوك العدوانى المتكرر وإيذاء الذات المتكرر، والعناد المتكرر، والانطوائية وعدم الثبات الانفعالي.

١- فؤاد أبو حطب، القدرات العقلية، مرجع سابق، ص ٤٩٥.

٢- فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٨٢.

أما هلهان وكوفمان Hallahn, Kouffman فيعرفان الإعاقة الانفعالية بأنها: "ذلك السلوك الانفعالي المتطرف والمزمن والذي يبتعد عن توقعات المجتمع وثقافته ومعاييرها" كما يعرفان الأفراد الذين يظهرون اضطراباً انفعالياً بأنهم أولئك الأفراد الذين يظهرون اضطراباً في واحد أو أكثر من المظاهر التالية:

١- الاستغراق في حالة الحزن والسوداوية المستمرة والاستمرار في إظهار انفعالات غير مناسبة.

٢- الاستمرار في المخاوف المدرسية والشخصية، وفي إظهار أعراض مرضية.

٣- صعوبة التعبير عن المواقف الاجتماعية بالطرق المناسبة، يلزمها فشل متكرر في بناء علاقات اجتماعية ناجحة.

٤- صعوبات في التعلم، والتي تفسر غالباً بأنها عائدة لأسباب عقلية أو حسية أو جسمية. (١)

وهناك تعريف آخر اقترح حديثاً في مجلس الأطفال المتميزين والذي يشير إلى مصطلح الإعاقة الانفعالية على النحو التالي: "تشير عبارة الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية إلى حالة تكون فيها الاستجابات السلوكية أو الانفعالية لفرد ما مختلفة كثيراً عما يقبل منه بشكل عام وعن ملائمة العمر والعرق والأنماط الثقافية التي تؤثر بشكل معاكس على الأداء التعليمي في مجالات مثل: العناية بالذات، والعلاقات الاجتماعية، والانضباط الشخصي، والتقدم الأكاديمي، والسلوك الدراسي، و التكيف في العمل". (٢) وقد تبنت الدراسة هذا التعريف باعتباره أكثر التعريفات السابقة شمولاً.

قسم المعوقين انفعالياً إلى فئتين :

١- فئة الأفراد ذوي الإعاقة الانفعالية البسيطة والمتوسطة: ومن المظاهر التي تبدو على أصحاب هذه الفئة: العناد المستمر، عدم الطاعة، مشاجرة مع الآخرين وإيذاؤهم، المزاج الحاد وصعوبة في تحمل المسؤولية والهروب منها، الغيرة والميل للقيادة، سرعة الغضب وسرعة الانسحاب من المواقف والانطواء المبالغ فيه، النشاط الزائد، الحساسية الزائدة، سرعة تشتت في الانتباه، الأناية المفرطة، القلق الزائد مع الحزن والكآبة وزيادة أحلام اليقظة، الكسل الزائد، الجنوح بحالاته المتعددة كالسرقة والعدوان اللفظي والمادي والقتل.

1-Hallahan.D.P, Kauffman.J.M, **Exceptional children Introduction to Special Education**, Ibid, p.168.

2-Michael, and others, **Human Exceptionality**, Ibid, p. 219. 220.

و غالباً ما يتكرر ظهور هذه الاضطرابات لدى أبناء الطبقات الفقيرة والمتوسطة وتزيد عند الذكور عنه عند الإناث. (١)

٢- فئة الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديد: وتشكل هذه الفئة نسبة أقل من الفئة الأولى، فتبدو في مظاهر منها: انقمام الشخصية حيث يعاني المصابون من مشكلات سلوكية منذ الطفولة تظهر في النوم وتناول الطعام وارتداء الملابس وتعلم مهارات الاستقلالية والمهارات اللغوية والاجتماعية، وهناك عدد من المظاهر تميز حالات فصام الشخصية الطفولي منها:

١/٢- ضعف الاستجابات الحسية نحو الآخرين، إذ لا يستجيب الطفل للمثيرات الحسية التي تصدر أمامه.

٢/٢- الانسحاب التام من المواقف الاجتماعية والعزلة.

٣/٢- إثارة الذات وإيذاؤها وخاصة أشكال إيذاء الجسد لدرجة نزف الدم أو العض.

٤/٢- الاعتماد على الآخرين في كل مهارات الحياة اليومية. (٢)

أسباب الإعاقة الانفعالية: تتعدد أسباب الاضطرابات الانفعالية تبعاً لتصنيفها، فأسباب الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة تعود إلى عوامل بيئية. أما أسباب الاضطرابات الانفعالية الشديد فتعود لعوامل بيولوجية وراثية، وبالطبع هناك علاقة وثيقة بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية من جهة، والسلوك الانفعالي من جهة، ثانياً كالعوامل الأسرية والمدرسية والاجتماعية بشكل عام.

١- الأسباب البيولوجية: وهي من أهم العوامل التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية الشديدة مثل: فصام الطفولة، وترتبط هذه العوامل بالجينات والعوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة مثل سوء التغذية، وتناول الأدوية، والأمراض التي تصاب بها الأم أثناء الحمل. وهناك عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة خاصة بإصابات الدماغ Brain Injury, Trauma . (٣)

٢- الأسباب البيئية: ويقصد بها الأسباب المرتبطة بالعوامل الاجتماعية والأسرية والمدرسية، وهذه العوامل تلعب دوراً واضحاً في الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة.

ويشير هلهان وكوفمان Hallahan, Kouffman إلى عدد من الأسباب الأسرية التي تؤدي

١- فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٨٥.

٢- المرجع السابق، ص ٣٨٦.

٣- منال منصور أبو حميد، المعوقون، الطبعة الثانية، الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ١٩٨٥، ص ١٠٢.

إلى ظهور الاضطرابات الانفعالية مثل: نمط العلاقة بين الطفل والأم، نمط العلاقة بين الطفل والأب، نمط التربية الأسرية وبخاصة الأنماط المتشددة والفوضوية والصارمة، الدلال الزائد والحماية الزائدة والإهمال الزائد، الإحباطات المادية والاجتماعية. (١)

بالإضافة إلى المدرسة التي تعد المصدر الثاني لظهور الاضطرابات الانفعالية بما تقدمه من خبرات قد لا تكون سارة للطفل، ويقصد بأنماط التربية المدرسية طرق التدريس، طرق العقاب، مقارنة الطفل بأقرانه، طبيعة المنهج المدرسي، التركيز على التحصيل الدراسي، إذا ما وجدت هذه العوامل مع العوامل البيئية فإنهما سيشكلان المناخ المناسب للاضطرابات الانفعالية. (٢)

تاسعاً: إعاقة التوحد Autism :

تعد التوحدية أو الأوتيزم من أبرز الاضطرابات الانفعالية، أو الإعاقات الانفعالية وقد صنفت حديثاً كنوع خاص في سلم الإعاقات، إذ كانت تتدرج سابقاً تحت الإعاقات الانفعالية وأحياناً تحت الإعاقات العقلية، وقد تناولها عدد من الباحثين بالدراسة، فقد عرف لويس وفولكوار Lewis & Volkwar الاضطراب التوحدي أو الأوتيزم بأنه: " اضطراب واضح في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية "

أما جيلبرج Gilberg فقد عرف التوحدية بأنها : " زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي الاتصال الشاذ. (٣)

أعراض التوحد:

١- إن المصابين بالتوحد لا يبديون أية رغبة في إقامة علاقات مع الآخرين ، وعادة ما يظهر هذا العرض في الأشهر الأولى من العمر.

٢- يعاني معظم المصابين بالتوحد من مشكلات في النمو اللغوي سواء في اكتساب اللغة والمفردات أو في الفهم والاستيعاب .

1-Hallahan.D.P, Kauffman.J.M, **Exceptional children Introduction to Special Education**, Ibid, p.192.

٢-منال منصور أبو حميد، المعوقون، مرجع سابق، ص ١٠١.

٣-عمر بن الخطاب خليل، خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار إيزنك لشخصية الأطفال، الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد ٤٩، السنة الرابعة عشر، مارس ١٩٩٧، ص ٢٦.

٣- يظهر الكثير من المصابين بالتوحد وكأنهم يعانون من صعوبات في الوظائف الحسية مثل المشكلات السمعية أو البصرية .

٤- لا يبدون الاستجابات المتوقعة في المواقف الغريبة أو المفاجئة .

٥- يشغلون أنفسهم ولفترات طويلة تمتد أحياناً لعدة ساعات في القيام بأنماط سلوك متكرر Stereotype غير هادف .

٦- لا يطورون مهارات اللعب مثل الأطفال العاديين فيعبثون بكل الألعاب في الوقت ذاته .

٧- يبدون انزعاجاً من التغييرات التي قد تطرأ على البيئة المحيطة بهم سواء في البيت أو خارجه ، فهم ميالون إلى الروتين والأفعال المنكررة. (١)

أما بالنسبة لقدراتهم العقلية فيلاحظ انخفاضها بشكل واضح ، كما يلاحظ عدم استجابتهم لمقياس الذكاء وعادة ما تتراوح نسبة ذكائهم بين ٥٥ إلى ٦٠ درجة ويستمر معظمهم في الاعتماد على الآخرين بشكل كبير. (٢)

ويلاحظ من الأعراض السالفة الذكر أن حالة التوحد تتشابه وتتداخل مع أعراض أخرى من الاضطرابات، إلا أنه يمكن التمييز بينهما وبين الحالات الأخرى، أما حول نسبة ظهور حالة التوحد فهي مختلفة من بلد إلى آخر حيث أن معظم الدراسات أكدت أن نسبة ظهور التوحد تصل إلى ١ بين كل ٢٥٠٠ حالة ولادة ، وتظهر عند الأطفال الذكور بنسبة أعلى من الإناث بنسبة ١ إلى ٤. (٣) وفي دراسات أخرى ذكرت أن نسبة الإصابة بالأوتيزم تصل من ١٠ إلى ١٤ لكل عشرة آلاف فرد. (٤) ويمكن تشخيص حالة الطفل المتوحد باستخدام أسلوب التقييم السلوكي وذلك بملاحظة الطفل بالمواقف المختلفة وتسجيل ظهور وتكرار الاستجابات أو السلوك المراد ملاحظته ، كعدم التفاعل مع الآخرين أو عدم إقامة علاقات اجتماعية مع الزملاء ، ومن الجدير بالذكر في هذا المجال أن هناك فروقاً كبيرة ما بين الأطفال المصابين بالتوحد، فقد نجد أعراضاً عند طفل لا تظهر عند الآخر ، وهذا يعنى أن كل حالة قد تكون حالة فريدة ومختلفة

١- فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، صص ٣٩٥، ٣٩٧.

٢- محمد على كامل، ذوي الأوتيزم من هم؟ جامعة طنطا، كلية التربية، ١٩٩٨، ص ١٢.

٣- فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٩٨.

4-Jessica Kingsley, Autism, London, 1996, p. 38.

عن الحالات الأخرى. (١)

أسباب الإصابة بالتوحد: إن أسباب الإصابة بالتوحد غير معروفة ، إلا أن هناك عوامل تساهم في حدوث هذا الاضطراب منها:

- ١-العوامل الجسدية والاضطرابات التي تمس المخ وينتج عنها تخلف عقلي وذهان.
- ٢-وفى حالة عدم وجود أعراض جسدية ظاهرة تدل على هذا الاضطراب ، إلا أن هناك أسباباً جسدية غير معروفة ولكنها ثابتة.
- ٣-عوامل وراثية موجودة عند بعض الأسر ، فقد أكدت الدراسات التي اهتمت بحالات التوحد أن نسبة ٨٠% عند التوأم المتجانس هي علامة على وجود عوامل وراثية Homozygote ونسبة الـ ٢٠% التوأم المختلف الاقتران Heterozygote ، كما يلاحظ وجود حالات صرع وولادات مبكرة وصعوبة فى الولادة وأمراض مثل الالتهابات الدماغية عند مصابي التوحد، وهذا يدل على أن هناك أسباباً فسيولوجية عصبية.
- ٤-العوامل الكيميائية والهرمونية، فقد لوحظ عدم توازن بين الهرمونات التي يستعملها الجهاز العصبي أو الحوامض إلى يستحقها الجهاز العصبي مثل النقص الشديد أو الزيادة فى إفرازات هرمون الغدة الدرقية System Dopominergi que ou Norad Renergi que ، ولكن لم يثبت أن هذا الخلل الكيميائي أو الهرموني هو سبب أو نتيجة.
- ٥-الأسباب أو العوامل الحسية Sensorielles مثل: عدم القدرة على الإحساس العصبي Integration لكل الاحساسات مثل الشم، الذوق، والبصر، والسمع.
- ٦-الأسباب النفسية مثل: اضطراب الصلة بين الطفل والأم فى الشهور الأولى من حياة الطفل، وخصوصاً إذا كانت تهتم فقط بالاحتياجات الفيزيولوجية، وتعتبر صلتها بولدها ميكانيكية غير إنسانية ، أو أنها غير مسرورة من وجود هذا الطفل فى حياتها أو أنها تبالغ فى حمايته والقلق عليه لدرجة أنها تحس بأنها تملكه. كما أن لحالة الأم النفسية أثراً بالغاً على طفلها وخصوصاً فى حالة إصابتها بالاكئاب خلال الأشهر الأولى فى حياة طفلها. (٢)

خاتمة:

تصدت الدراسة في هذا الفصل إلى الإجابة عن التساؤل الفرعي الأول من تساؤلات البحث وهو: من هم ذوو الاحتياجات الخاصة ؟

١-فاروق الروسان وآخرون، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، صص ٣٩٨.
٢-محمد أنور عشيش، من وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي كاريتاس مصر، ديسمبر ١٩٩٣، صص ٥٠، ٥٢.

وللإجابة عن هذا السؤال تعرضت الدراسة إلى تحليل مفهوم الإعاقة، بعد أن استبعدت فئة التفوق العقلي والموهبة الإبداعية للخروج بتعريف إجرائي خاص بهذه الدراسة، ومن ثم عرض لبعض الإحصائيات العالمية والمحلية لحجم الإعاقة، وتصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثم تناولت الدراسة هذا التصنيف، بشيء من التفصيل عن طريق عرض وتحليل مفهوم كل إعاقة على حدة، ومن ثم عرض الأسباب المؤدية لها، والتصنيفات الطبية والتربوية لهذه الإعاقة، وطرق تربية وتعليم المصابين بها، تمهيداً للفصل التالي الذي سيتم التركيز فيه على إحدى الإعاقات المندرجة تحت تصنيف الإعاقة الحركية، والإعاقة العقلية أيضاً وهي: إعاقة الشلل الدماغي التي تضم في حالاتها المتعددة معظم الإعاقات الواردة في هذا الفصل.