

الفصل الأول

ذوى الاحتياجات الخاصة

من هم ذوى الاحتياجات الخاصة؟

اختلفت كثير من آراء العلماء والباحثين العاملين في ذلك المجال وتباينت في تحديد المسميات والمصطلحات التي تنطبق على الأفراد الذين يعانون عن غيرهم من الأسوياء في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية أو في مظهر أو أكثر من مظاهر النمو، وجاءت آرائهم مترجمة في مسميات ما لبثت أن أصبحت مصطلحات قائمة تتداولها الآن في ذلك المجال ومنها الضعف *Impairment* والعجز *Disability* والاضطراب *Disorders* والإعاقة *Handicap* وأصبحنا ننظر لمن تنطبق عليهم إحدى هذه المسميات نظرة تختلف عن ما لا نطلقها على غيرهم من الأسوياء وكأنها وصمة اجتماعية، مما ترتب عليه انخفاض مستوى إدراك هؤلاء الأفراد لأنفسهم والإقلال من تقديرهم لذاتهم، مما أدى إلى زيادة الإحساس لديهم بالعجز وتألمهم نفسياً واجتماعياً، وإلى جانب ذلك فقد لاحظنا أن بعض هذه المسميات أو بالأحرى جميعها لا تحدد مجال أو أكثر من مجالات القصور التربوية التي يمكن من خلالها تحديد احتياجاتهم والخدمات التي يمكن أن تقدم لهم، ومما نلاحظه أيضاً أن هذه المسميات أو المصطلحات تناولت النواحي السلبية لهؤلاء الأفراد ولم تتناول النواحي الإيجابية كالتفوق العلمي والموهبة والإبداع والتي يمكن من خلالها أن نحدد احتياجاتهم والخدمات التي يمكن أن تقدم لهم، ولذلك فقد لاحظنا بعضاً من العلماء والباحثين استخدموا مصطلحات أخرى تعبر عن التوجه الإيجابي منها ذوى الاحتياجات الخاصة *Persons with special needs* ومنها

غير العاديين *exceptional* أو *up normality* للإشارة إلى من ينحرف أداؤه في جانب أو أكثر من الشخصية عن متوسط أقرانه من العاديين إلى الحد الذي يلزم معه ضرورة تقديم خدمات أو مظاهر عناية ورعاية خاصة لهم كالخدمات التربوية أو الطبية أو التأهيلية أو الاجتماعية أو النفسية .

(عبد المطلب القريطى ، 1996 ، 20).

وقد حدد المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (1995) مصطلح (الفرد ذو الحاجات الخاصة) على أنه كل فرد يحتاج إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكن أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن .

ويشير (إسماعيل إبراهيم بدر، 2007) في تعريفه للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة في إحدى المجالات التالية : النمو الجسمي ، والنمو العقلي المعرفي ، والنمو الانفعالي ، والنمو الاجتماعي ، والنمو اللغوي ، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (3-9) سنوات ، ولكي يطلق على طفل ذوي احتياجات خاصة ، لا بد أن يتوافر محكين أساسيين هما :

1. أن يكون لدى الطفل واحد أو أكثر من التأخر أو العجز أو الإعاقة في المجالات السابقة .

2. أن يتطلب الطفل برامج تربوية أو خدمات خاصة .

ويشير (محمد عباس ، 2003 ، 13) إلى أن الحاجة ظهرت إلى ضرورة الاهتمام بالطفل المعاق ومشكلاته خاصة مع التزايد المطرد في نسبة الأطفال المعاقين في مصر ، حيث بلغت هذه النسبة 6% من مجموع السكان ، وهى نسبة

عالية تبعث كثيراً من القلق في ظل غيبة الوعي وضعف الإمكانيات المتمثلة في قلة الجمعيات والمراكز المتخصصة في رعاية المعاقين الذين تم الاتفاق على تسميتهم بالفئات الخاصة أو ذوى الاحتياجات الخاصة .

وقد اهتمت بعض الدول التي تسعى إلى التقدم والنماء بجهود جميع الأفراد ولذلك أصبحت رعاية ذوى الحاجات الخاصة من العوامل التي من خلالها نستطيع الحكم على مدى تقدم المجتمعات ، ومن أجل هذا الهدف تحاول الدول التي تقدم كافة الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية لهم ، وتوفير كافة احتياجاتهم من أجل أن يحيا كل فرد منهم حياة كريمة شريفة دون الشعور بالعجز أو القصور . ولذلك فإننا نلاحظ أن مجال التربية الخاصة قد أسهم إسهاماً بليغاً في تحسين ظروف هذه الفئات في كافة النواحي التشخيصية والعلاجية والصحية والنفسية .

تصنيف ذوى الفئات الخاصة :

تعددت تصنيفات ذوى الفئات الخاصة سواء من قبل هيئات عالمية أو علمية أو من قبل العلماء والباحثين ، ومن أهم هذه التصنيفات :

أ- ما أقره المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر (1995 .65) والذي أكد

أن الفرد من ذوى الحاجات الخاصة ينتمي إلى فئة أو أكثر من الفئات التالية:

1. التفوق العلمي والموهبة الإبداعية .
2. الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة .
3. الإعاقة السمعية الكلامية اللغوية بمستوياتها المختلفة .
4. الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة .
5. الإعاقة البدنية والصحية الخاصة .
6. التأخر الدراسي وبطء التعلم .
7. صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية .

8. الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

9. الإعاقة الاجتماعية .

10. الأوتسية الاجترارية أو التوحدية .

ب- ما ورد في قانون التربية للأفراد المعوقين بالولايات المتحدة (1994) *with*

Individual Disabilities Education Act (IDEA) بأن هناك ثلاث عشرة

فئة من فئات الإعاقة تقدم لهم الخدمات وتشمل :

1. التوحد (أُضيف عام 1990).

2. الإعاقة الحسية المزدوجة .

3. الصمم .

4. ضعف السمع .

5. التخلف العقلي .

6. الإعاقات المتعددة .

7. الإعاقات البدنية .

8. الإعاقات الصحية .

9. الاضطرابات الانفعالية الشديدة .

10. صعوبات التعلم .

11. اضطرابات النطق واللغة .

12. الإصابة الدماغية .

13. الإعاقة البصرية (ديان برادلي وآخرون، د.ت، عبد العزيز الشخص، 2000، 61).

وتشير (زينب محمود شقير، 2007) إلى أنه يمكن تقسيم ذوى الاحتياجات

الخاصة إلى الأنواع التالية :

1. الموهبة والتفوق *Giftedness & Talents*.
2. الإعاقة العقلية *Mental Retardation*.
3. الإعاقة السمعية *Hearing Impairment*.
4. الإعاقة البصرية *Visual Impairment*.
5. الإعاقات الجسمية والصحية *Physical & Health Impairment*.
6. صعوبات التعلم *Learning Disabilities*.
7. اضطرابات السلوك *Behavior Disorders*.
8. اضطرابات التواصل *Disorders Communication*.

الإعاقة *Handicap*

يشير (ابن منظور، د.ت، 3137) في تعريفه للإعاقة لغوياً بأنها مشتقة من الفعل عاق، عوق، وعاق عن الشيء يعوقه عوقاً ، أي صرفه وحبسه وعطله .

ولقد تعددت التعريفات الخاصة بالإعاقة ، واختلف الباحثون في تعريفهم لها كل حسب تخصصه وفكره ، فمنهم من اهتم بالجوانب الطبية ومنهم من اهتم بالجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية وآخرين اهتموا بالجوانب الجسمية والحسية ، ومنهم من اهتم بكل الجوانب في نظرة شاملة .

إلا أن الإعاقة تعتبر عقبة في طريق الفرد سواء أكانت جسمية أو حسية أو انفعالية أو عقلية أو اجتماعية .

ويطلق لفظ المعاق على الشخص الذي فقد أحد أعضاء جسمه أو أصيب بعاة أو مرض قبل الميلاد أو بعده مما يجعله غير قادر على الاستجابة بشكل

مناسب لما يرد إليه من منبهات سواء كانت هذه المنبهات داخلية أو خارجية
(English,1998,P.236) .

ويرى عبد الفتاح عثمان في تعريفه للإعاقة بأنها " قصور أو تعطل عضو
أو الأعضاء الداخلية للجسم عند القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة
ميكروبية أو فيروسية أو أمراض أو حوادث معينة (في: أماني عبد المقصود، 1998).

ويشير زهير السباعي في تعريفه للإعاقة بأنها "كل ما يحد من قدرات الإنسان
العقلية أو النفسية أو الجسدية ويجعله غير قادر على أن يمارس حياته الطبيعية
المتوقعة منه في حدود عمره وجنسه وظروفه البيئية" (في رسمي بر الملك رستم، 1998).

ويشير عبد الرحمن سليمان (2001، 131) إلى الإعاقة الجسدية بأنها تلك
الإصابة الجسمية التي لها صفة دائمة وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته
الطبيعية في المجتمع .

ويشير عادل عبد الله (2004، 284) إلى الإعاقة الجسدية بأنها " حالة تعوق
الفرد عن أن يقوم باستخدام جسمه أو أجزاء منه استخداماً كاملاً ذا فاعلية مما
يؤثر على كم وكيف أدائه" .

ويشكل مصطلح "الأطفال المعوقين" المتخلفين عقلياً ومن لديهم صعوبة
في السمع والصمم ومن لديه إعاقة في الكلام أو أي إعاقة صحية أخرى ، ويشمل
كذلك كف البصر ومتعددي الإعاقات ومن لديهم صعوبات معينة في التعليم ، وهم
الذين يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات أخرى مرتبطة بها .

(سميرة أبوزيد ، 1998، 42).

أسباب الإعاقة :

لأن لا يوجد سبب معين للإعاقة ولكن هناك العديد من الاجتهادات
تحصر عدداً من الأسباب للإعاقة وتنقسم إلى :

- عوامل وراثية و خلقية : انتقال الصفات الوراثية (الجينات) ، خلل في الانقسام الجيني أو اضطراب كروموسومي .
- عوامل تتعلق بالحمل والولادة وتنقسم إلى :

1. عوامل ما قبل الولادة مثل : التعرض للأشعة وتناول الأدوية أثناء الحمل أو الإصابة بالأمراض الضارة والمعدية مثل الحصبة الألمانية .

2. عوامل أثناء الولادة مثل : نقص الأوكسجين أو الولادة المتعثرة أو المبتسرة .

3. عوامل ما بعد الولادة مثل : الاختناق أو التعرض للإصابات كالسقوط أو النزيف أثناء الولادة.

- عوامل التهابية مثل : تعرض الطفل لإصابات الرأس أو حوادث السير والسقوط أو الالتهابات مثل : التهاب السحايا والتهاب الدماغ
- عوامل متنوعة تتعلق بالبيئة مثل : التلوث والإشعاع والتسمم بالرصاص وأكسيد الكربون والعقاقير المخدرة ، والحروب ، والكوارث الطبيعية والظروف الأسرية والحرمان البيئي الشديد والإهمال أو الحماية الزائدة.

أنواع الإعاقة :

أولاً : الإعاقة الحركية *Orthopedic Handicap*

يشير فتحي عبد الرحمن (2000، 28) إلى المعاق حركياً بأنه " الفرد الذي يعاني من عجز حركي أو جسمي يحد من نشاطه وحيويته ويعوق حركته نتيجة عيب خلقي أو حادث .

بينما يشير عادل عبد الله (2004، 285) إلى أن الإعاقة الحركية قد ترجع في الأساس إلى عدد من الظروف والأسباب المختلفة منها ما هو وراثي ومنها ما هو بيئي .

ويعرف كل من هنت ومارشال Hunt&Marshall (1994، 21) الإعاقة الحركية بأنها " حالة من نقص الكفاءة في مستوى الوظائف الحركية سواء الخاصة بالإطراف أو العظام أو العضلات "

ويعرف عبد الرحمن سليمان (2001، 131) الإعاقة الحركية بأنها " عجز في وظيفة أعضاء الجسم المتصلة بالحركة كالأطراف والمفاصل .

ويرى (أدث . م . ستيرن والذاكاستديك) أن الآثار التي تنشأ عن الإعاقة الحركية لن تكون آثارها هو ما يحدث للمرء فقط وقت حدوثها ولكن تمتد هذه الآثار مع امتداد العمر، فالجسد يستهلك أسرع وتضعف القوى وتخور النفس بمرور الوقت وتشير ثريا إبراهيم (2007، 686) إلى أن المعوق يبدأ بالإصابة وينتهي بسخرية متواصلة ، فالإعاقة الحركية ليست بإعاقة في وظيفة عضو الحركة فحسب ، بل هي إعاقة في المحيط النفسي ، والمحيط الخارجي والاجتماعي للمعاق وكلما زادت شدة الإعاقة الحركية فإن هؤلاء المعاقين قد يلجأون إلى السلوكيات الدفاعية والانسحاب من الحياة واللجوء إلى العزلة وأحلام اليقظة .

وتشير إيمان حسين (2008، 749) إلى أنه حين ينغمس الباحث في مجال الإعاقة الحركية ، فإنه يلتقي بأفراد أثقلتهم الجراح ، جراح جسمية بقدر ما تعد جراح نفسية ، حيث يلتقي بفئة ضائعة قد تقف على أطلال الماضي ، وتجرفهم إعاقتهم في منحى يعزلهم عن العالم بأسرة ، ويتشوقون أن يروا أنفسهم خارج عالم الإعاقة الذي ينصهرون فيه .

ثانياً: الإعاقة السمعية *Hearing Impairment*

تعتبر الإعاقة السمعية من الإعاقات التي ينتج عنها الكثير من المشاكل التي تواجه المجتمعات النامية والمتقدمة ، وتعرف بأنها " وجود قصور أو ضعف في القدرة السمعية ، ويؤدى إلى قصور في الأداء التعليمي أو المهني أو فرص التفاعل مع المثيرات البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد " .

والطفل الأصم هو الطفل الذي لديه فقدان سمعي من 70 ديسيبل وأكثر ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية (Moores, 1996) .

ويعرف عبد المطلب القريطى (2005، 299) الصم بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أعراض الحياة العادية سواء من ولدوا منهم فاقدى السمع تماماً ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة ، أم من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم تلاشت تماماً ، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة .

ويضيف يوسف القريوطى (1995، 138) في تعريفه للإعاقة السمعية بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها صمم .

ويعرف نظمى أبو مصطفى (2000، 112) الأطفال المعاقين سمعياً بأنهم " الأطفال الذين يعانون قصوراً أو عجزاً في قدرتهم السمعية ، مما يعيق الأداء التعليمي أو المهني أو فرص تفاعلهم مع المثيرات البيئية والاجتماعية" .

ثالثاً: الإعاقة البصرية *Visual Impairment*

يعرف الطفل المعاق بصرياً من عدة نواحي أو جوانب ، حيث يعرف الكفيف لغوياً بأنه من كف بصره أي عمى (جبران مسعود، 1927) وأعمى هو ذهاب البصر (محمد بن أبوبكر الرازي (1954) ، وكلمة العاجز يطلقها العامة على الأعمى لملاحظتهم أنه قد عجز عن الأشياء التي يستطيعونها هم ، وأما كلمة الأكمه فمأخوذة من الكمه وهى العمى قبل الميلاد ، وقد وردت في القرآن الكريم :

﴿...وَتُورِي الْأَكْمَهَ وَالْأَبْرَصَ بِأَيْدِي...﴾ [سورة المائدة: الآية 110] ولذلك

نجد أن هناك مجموعة من الألفاظ تستخدم للتعريف بالشخص الذي فقد بصره مثل (الأعمى ، الأكمه ، العاجز ، الكفيف ، المكفوف) (لطفي بركات ، 1981 ، 139) . تشير حنان شرشر (1995 ، 3) إلى أن دراسة كف البصر من الدراسات ذات الأهمية الكبيرة وذلك لما قد يوجد بين تلك الفئة من مكفوفي البصر ممن هم لديهم قدرات خاصة ومواهب طبيعية وسمات نادرة لابد أن نهتم بها ونرعاها حتى تنمو تلك القدرات ، والمواهب بطريقة طبيعية ، كما أن هذه الفئة لها تأثير كبير على تطور وتقدم المجتمع ، فالرعاية لابد أن تشمل الجانب الاجتماعي والنفسي والصحي والتربوي للكفيف .

ويشير عبد العزيز الشخص (1994 ، 185) إلى أن حاسة البصر تمثل أهمية كبرى في حياة الإنسان فهي تساعده على التفاعل الواقعي مع بيئته سواء كانت طبيعية أو اجتماعية إذ أن حوالي ثلثي معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتي عن طريق حاسة البصر أي أن البصر يضيء على حياة الإنسان معنى خاصاً .

ويشير محمد عبد الفتاح (1993 ، 418) إلى أنه على الرغم من الاهتمام العالمي الذي يحظى به المعوقين في الآونة الأخيرة والاهتمام الرسمي والشعبي في المجتمع

المصري والذي دفعته هيئة الأمم المتحدة لدول العالم إلى اعتبار عام 1981 عاماً دولياً للمعوقين ، وبالرغم من صدور العديد من التشريعات التي تحدد برامج وخدمات رعاية المعوقين وتخصص نسبة منهم للعمل بالهيئات والمؤسسات إلا أن نتائج العديد من الدراسات والبحوث تؤكد على أن هذه الفئة لم تلق الاهتمام المناسب والمرتبط بحل مشاكل الأطفال المكفوفين ، وإشباع احتياجاتهم الأساسية التي تكفل لهم الاستقرار.

ويشير (Burlingham,1992,P.259) إلى أنه من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبة نسبية في الاتصال بالآخرين هو غياب حالة الإبصار ، فالكفيف لا يستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه ، وهو لا يستطيع استخدام الإشارات أو الإيماءات التي تنوب عن اللغة في بعض الأحيان ، وهو لا يستطيع قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة أثيركلماته على من يستمع إليه ، ولا يستطيع استخدام تلك التعبيرات لتصوير انفعالاته لما يقوله الآخرين مما يوحي لمحدثه أنه لا ينصت إليه أو بأنه لا يهتم بما يقوله ، ولكن الكفيف يعتمد على حاسة السمع وحدها في الاتصال بالآخرين ، ولأنه لا يستطيع إدراك أفعال الآخرين بما يقوله أو يفعله فإنه يحتاج دائماً إلى قدر كبير من الانتباه والتركيز لكي يحتفظ بتواصله مع الآخرين ، ولهذا السبب فإن علاقات المكفوفين بالآخرين تبدو في كثير من الأحيان أحادية الجانب .

ويتفق كل من(نعمات عبد الخالق،1993، عبد المطلب القريطى2001 ، 197 ، صلاح السرسى ، 1998 ، 163 ، إلهامى عبد العزيز ، إيمان حبرس 2000 ، 14) على أن للإعاقة البصرية وانفصال الطفل الكفيف عن البيئة الخارجية المحيطة به تأثيرات سلبية على السلوك الاجتماعي للفرد ، حيث يترتب عليه الكثير من

المشاكل في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي ، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي ، وذلك لعجز المعاقين بصرياً أو لمحدودية الحركة لديهم ، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية كالبتشاشة والرضا والغضب وغيرها مما يعرف بلغة الجسم وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصرياً والتعلم منها ، ونقص خبراتهم ، والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم ، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة التي يتحرك بها المبصرون .

ولهذا يجد الكفيف نفسه عاجزاً عن الاندماج الصحيح في المجتمع ومن ثم يفضل الكثير من المكفوفين قصر علاقاتهم الاجتماعية على زملائهم المكفوفين وقد وجد باترا *Patra* 1981 أن نسبة كبيرة من المكفوفين يشعرون بوجود فجوة (عائق) تعوق التواصل بينهم وبين المبصرين وأن المكفوفين في الغالب يتخبرون أصدقائهم من بين المكفوفين وليس من المبصرين

ويوضح كل من (سميرة أبوزيد، 1998، أحمد عبد الرحيم ، 1994 ، وزارة التربية والتعليم ، 1995 ، فاتن النمر، 1998 ،) أنه على الرغم من أن المكفوفين في مصر يحظون بكثير من أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية والتربوية التي تقوم على تنفيذها الوزارات والجمعيات الأهلية المختلفة ، إلا أن هناك فئة منهم لا تحظى بأي نوع من الرعاية وهي فئة الأطفال المكفوفين في مرحلة ما قبل المدرسة ويرجع ذلك إلى وجود قصور في المعلومات والإحصائيات الخاصة بأعداد هذه الفئة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين 4 – 6 سنوات ، وقله عدد الدور أو الأماكن التي تقوم برعايتهم ، إضافة لذلك أن معظم هذه الدور والمؤسسات لا تقبل الأطفال

قبل سن التعليم الأساسي أي قبل سن السادسة ، مما يترتب عليه وجود قصور نسبي في الإحساس بمشكلات تلك الشريحة وتلك الفئة وندرة الخطط والبرامج الخاصة بهم بالرغم من أهمية وجود هذه الخطط والبرامج لمثل هؤلاء الأطفال وفي هذه المرحلة العمرية لتأهيلهم ومساعدتهم على التوافق النفسي والاجتماعي ونمو جميع جوانب شخصيتهم .

وتشير (أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود ، 2002) إلى أنه نتيجة لذلك فإن معظم هؤلاء الأطفال يظلون في رعاية أسرهم التي غالباً ما تحتاج إلى التوجيه والإرشاد للقيام بدورها في أهم فترة عمرية من فترات التنشئة الاجتماعية ، كما أن غالباً ما تكون اتجاهات الأسر نحو طفلهم الكفيف في هذه المرحلة اتجاهات سلبية تؤثر في تأخر نموه وتسلك سلوكاً لا يؤدي إلى التربية السليمة .

وبالرغم من وجود بعض أماكن للروضة الخاصة بالأطفال المعاقين بصرياً في وقتنا الحالي إلا أنها لا تتناسب مع العدد الفعلي لهؤلاء الأطفال ، كما أن البرامج التعليمية الموجودة بها لا تزال تحتاج إلى الدعم من قبل الوزارات والهيئات التعليمية الأخرى التي تعمل في مجال الإعاقة البصرية .

(أماني عبد المقصود عبد الوهاب ، 2008 ، 42) .

رابعاً : الإعاقة العقلية :

1) المعاقون عقلياً القابلين للتعلم :

- مقدمة :

يشير (فاروق الروسان : 1998 ، 37) إلى أنه ظهر العديد من المصطلحات الحديثة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية *Mental impairment Or mentally handicapper* ، ومصطلح النقص العقلي *Mental deficiency* ، ومصطلح التخلف

العقلي *Mental retardation* ، ومصطلح واهن العقل *Feeble minded* ومصطلح
عدم السواء العقلي . *Mental subnormal* .

ويشكل المعاقون عقلياً ظاهرة اجتماعية مهمة ، سواء في المجتمعات المتحضرة
أو في المجتمعات النامية، وذلك لتوفير أكبر فرص للتوافق الاجتماعي وحتى
لا يصبح المعاق عقلياً عبئاً على الأسرة والدولة، وقد تضمنت توصيات بعض
المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار
رعايتهم حقاً إنسانياً تقننه التشريعات والقوانين والعمل على استثمار إمكاناتهم
بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي
يعيشون فيه بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج
مطلبا اجتماعياً أساسياً في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج
مع الآخرين في البيئة المحيطة (أسماء السرسى ، أمانى عبدالمقصود، 2002) .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2009، 3) إلى أن الاهتمام بذوي
الاحتياجات الخاصة زاد في العقدين الأخيرين عنه في الماضي في كل دول العالم
الغنية والنامية على حد سواء ، وظهر هذا الاهتمام في مجال التشخيص واتساع
تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة لتشمل فئات كثيرة تحتاج إلى وسائل مساعدة
في التعلم والتواصل مع الآخرين في المجتمع بطرق سوية ومرغوبة ، ويتم ذلك بتقديم
العون والمساعدة والرعاية التربوية والنفسية التي تقوم على دراسة خصائصهم
واهتماماتهم . ومن الاتجاهات الحديثة أيضاً الاهتمام بالجوانب الإيجابية
في شخصية هذه الفئات بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية ومظاهر العجز
والاضطراب .

- مفهوم المعاقين عقلياً :

ليس من السهل تعريف الإعاقة العقلية، وذلك لأسباب ترجع إلى طبيعة هذه الإعاقة العقلية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب ، فالإعاقة العقلية مشكلة طبية ، وتربوية ، واجتماعية ، وعلمية أيضاً (أشرف عبد الغنى شريت، 2009، 49-50).

وقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي *American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)* مفهوم التأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقته على كل من يقل مستوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسى، 1996، 209).

وتشير (آمال عبد السميع باظة، 2002) إلى أن الإعاقة العقلية تم اكتشافها منذ العصور القديمة وأنها تنتشر بين جميع الشعوب بغض النظر عن موقعها الجغرافي أو مستواها الاقتصادي والاجتماعي ، ومن حيث أنها عجز أو توقف أو خلل في قدرات مجموعة من الأفراد فقد نالت اهتمام كل التخصصات الطبية والاجتماعية والقانونية لحمايتهم وإظهار احتياجاتهم ورعايتهم وتعليمهم بإنشاء مؤسسات خاصة بهم ، وتطورت وسائل تعليمهم وتأهيلهم مهنيًا ، ويعتبر الاتجاه الطبي أول الاتجاهات التي ساهمت في تعريف الإعاقة العقلية ، ومع ظهور اختبارات الذكاء ساهم القياس النفسي في تصنيف الإعاقة العقلية وترتب عليها التصنيف التربوي حيث الاستعداد للتعلم أو التدريب العملي والمهاري أو اعتماد الطفل على الآخرين ولا يستطيع الاستقلال الذاتي في قضاء حاجاته الأساسية مثل الأكل والملبس والبيع والشراء والتعامل مع المحيطين ، واستخدمت الوسائل التكنولوجية الحديثة في تنمية بعض العمليات المعرفية (التخيل- الإدراك - التفكير- حب الاستطلاع) لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، كما اهتمت الكثير

من البحوث بالكشف عن الجوانب الإيجابية في تكوينهم النفسي والعقلي ليتمكن
تدميته بدلاً من التركيز على جوانب القصور والعجز التي يعد التقدم والنمو
فيها بطيء .

ويشير (وليد السيد خليفة، 2006) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية
قد حظي بنصيب وافر من العلماء خاصة علماء النفس والتربية للتعرف
على طبيعة هؤلاء الأطفال ، وأسباب إعاقاتهم ، وطرق وقايتهم ، وأهم سبل علاجهم.
ويؤكد (محمود عنان، 1998) على اختلاف تعريف الإعاقة العقلية وفق
طبيعتها وحدتها من وجهة نظر العلماء المتخصصين ، فينظر إليها علماء علم
النفس والتربية على أنها حالات من عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي نتيجة لعوامل
وراسية أو مكتسبة ، بينما يرى فريق من الأطباء إنها حالات من عدم التوازن
الكيميائي داخل الجسم .

وهناك مجموعة من التعريفات ظهرت لمفهوم الإعاقة العقلية لا تزال تستخدم
على نطاق واسع أذكر منها بإيجاز فيما يلي :

▪ **تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: AAMR.**

يتمثل في أنه الطفل ذو "عجز عقلي يتميز بنواحي قصور واضحة في كل
من الوظائف العقلية ، وفي السلوك التكيفي المعبر عنه في مهارات التكيف العملية
والإدراكية ، وهذا العجز منشأً قبل عمر ثمانية عشر سنة ، وتعرف الجمعية السلوك
التكيفي بأنه " يشير إلى ما يفعله الناس ليكونوا فاعلين في الحياة اليومية وهو
يتضمن مهارات في مجالات متعددة كالاتصال ، والتفاعلات الاجتماعية ، واعتناء
الفرد بنفسه ، وإدارة المال ، واستخدام وسائل المواصلات " .

(في: عاطف حامد زغلول ، 2004 ، 235) .

■ أ- التعريف التربوي :

يشير (فاروق الروسان ، 1998، 139) في تعريفه التربوي للتخلف العقلي " الطفل الذي لديه تخلف وبطء في التحصيل وعدم القدرة على مسايرة برامج التعليم بالمدارس العادية بسبب تخلف قدراته العقلية ، ويفشل في تحصيل المجرّدات والتعامل معها ، وقد يستطيع اكتساب مهارات ومبادئ القراءة والكتابة والحساب عن طريق برامج تعليمية خاصة فيسمى قابلاً للتعلّم *Educable* أو يفشل في اكتساب هذه المبادئ البسيطة فيسمى غير قابل *Uneducable* ". يعرف الطفل المعاق عقلياً من الناحية التربوية بأنه الطفل الذي يكون لديه قصور في القدرة على التعلّم والتكيف لمطالب المجتمع .

(محمد محروس الشناوي ، 1997، 37).

وتعرف (آمال عبد السلام باظة ، 2009 ، 15) المعاقين عقلياً بأنهم فئة لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ويحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك والاجتماعي ليصبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية لديهم والمهنية .

ويعرف (محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي ، 2014، 39) المعاقين عقلياً بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلّم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية ، ويصاحب ذلك ضعف توافقيهم مع الآخرين ، وتحمل المسؤولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي والاجتماعي والمهني بدرجات تناسب وقدراتهم وإمكانياتهم .

ويشير (محمد محروس الشناوي ، 1997، 38) إلى أن الجمعية الوطنية للأطفال المتخلفين عقلياً *the national association for mental retarded children* ترى أن المتخلف عقلياً " شخص يعاني منذ الطفولة من صعوبة غير عادية في التعلم ، وهو غير فعال نسبياً في استخدام ما تعلمه في مواجهة مشكلات الحياة العادية ، وهو يحتاج إلى تدريب وتوجيه خاصين ليستفيد من طاقته مهما كانت .

■ بـ - التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم، 1988، 115) إلى أن التخلف العقلي من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين . وقد وضع الاتحاد الأمريكي للتخلف العقلي تعريفاً يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ، ولذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكوينية بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكداً على الشخص وعلاقاته التفاعلية مع البيئة والذي نص على أن التخلف العقلي هو قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا القصور عائقان أو أكثر في إحدى مهارات التكيف التالية : الاتصال والعناية بالذات، والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية والتعامل مع المجتمع المحلي ، وتوجيه الذات، والصحة والأمان ، والمهارات الأكاديمية الوظيفية ، ووقت الفراغ والعمل ، ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشر. (Kevinl 1995 p713) .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2007 ، 10) في تعريفها للتخلف العقلي من الناحية الاجتماعية " الفشل في إقامة التواصل الاجتماعي مع الآخرين وأداء

الاستجابات والأدوار الاجتماعية المتوقعة منه في تفاعله مع الآخرين التي تناسب نفس الفئة العمرية " .

ويشير (Mangal,2002,436) " حالة تطويرية غير عادية تظهر منذ الميلاد أو في الطفولة المبكرة وتتميز بانخفاض ملحوظ في نسبة الذكاء يصاحبه عدم التوافق الاجتماعي " .

■ ج- التعريف النفسي :

يعرف (حامد عبد السلام زهران ،1998، 432) الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز أو قصور أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد ، وتحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو مرضية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد ، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتتضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج ، والتعلم، والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود إنحرافين معياريين سالبين.

■ د- التعريف الطبي :

تشير لوريا (1983) Luria إلى أن المتخلف عقلياً "هو ذلك الشخص الذي يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية" (Luria:1983,10) .

ويشير (Mangal,2002,436) إلى أن القرار البريطاني للإعاقة الذهنية *British Mental Deficiency* أكد أن التخلف العقلي عبارة عن "نمو متوقف لبعض خلايا

المخ ، تظهر هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر ، وتنشأ عن أسباب وراثية أو مرضية أو إصابات عضوية ."

ويضيف (عبد اللطيف موسى عثمان ، 1989 ، 15) أن التخلف العقلي من الجهة الطبية العضوية هو " عرض ينجم عن اضطرابات عديدة تلحق بالجهاز العصبي المركزي ، وبخاصة المخ نتيجة لإصابته بآفات مرضية معروفة أو غير معروفة ."

ويؤكد (حمدي شاكر محمود ، 1998 ، 168) على أن التخلف العقلي من الناحية الطبية "إصابة المراكز العصبية وعدم اكتمال نضج الدماغ سواء أكانت هذه العوامل قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ."

وتشير (آمال عبد السلام باظة، 2009) في التعريف الطبي للإعاقة العقلية بأنه يعتبر أقدم التعريفات ، ويعرف التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه ، إما بالإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها.

ويشير (أحمد عكاشة ، 2000 ، 595) بأنه توقف أو عدم اكتمال ونضوج العقل مما يؤدي إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال وأنه عندما نتكلم عن العقل لا نعني الذكاء فقط بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك ، ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة فيستطيع رفع رأسه من السادة في سن 4 شهور ، ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ 6 شهور ، ثم يزحف في سن من 8-9 شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير

بمفرده في سن 18 شهر، وهنا يتحكم في عملية التبرز، ويبدأ في الكلام، ويلبها التحكم في التبول عندما يصل لسنتين من العمر، ويطعم نفسه في سن الثالثة ثم يتمكن من لبس ملابسه في الخامسة من عمره، أما في حالات القصور العقلي فتتأخر هذه المراحل بل وأحياناً لا يكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة .

ويشير (عادل عبد الله محمد ، 2002 ، 398) في تعريفه للتخلف العقلي أنه يُنظر إليه في ضوء الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه سواء كانت قبل أو أثناء أو بعد الولادة .

مما سبق يتضح أن هناك تعريفات متعددة لمفهوم الإعاقة العقلية حيث نلاحظ أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) ركزت على ثلاثة محكات أساسية هي: النضج *Maturity* ، والقدرة على التعلم *Leamable* ، والتوافق الاجتماعي *Social adjustment* ، في حين ركز الجانب التربوي على القصور الواضح في نسبة الذكاء ، أما الجانب الطبي فقد ركز على دور الوراثة أو الإصابة العضوية أو الأمراض ، وقد ركز الجانب الاجتماعي على نقص المهارة الاجتماعية .

■ هـ التعريف من وجهة نظر القياس النفسي :

عرفه هيبير (Heber 1966) ويعتبر من أكثر التعاريف شيوعاً وقبولاً لدى علماء علم النفس والتربية ، والذي يشير إلى أن التخلف العقلي هو " الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية :

• النضج *Maturity*

ويقصد به معدل النضج في نمو مهارات سن المهد أو الطفولة المبكرة مثل الجلوس ، والحبو ، والوقوف ، والمشي ، والكلام ، والقدرة على التحكم في الإخراج والتعامل مع أقرانه في السن .

• القدرة على التعلم *Learnable*

وهى قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة (من مواقف الخبرات المختلفة) التي يتعرض لها الطفل في حياته والصعوبة في التعلم تظهر بوضوح في المواقف التعليمية في المدرسة .

• التكيف الاجتماعي *Social Adjustment*

ويقصد به مدى قدرة الفرد على الاستقلال وأن يكسب عيشه دون مساعدة علاوة على قدرته على أن ينشئ علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود إطاره الاجتماعي .

- نسبة انتشار التخلف العقلي :

يشير(محمد مقداد وآخرون ، 2008، 201) إلى أن حجم مشكلة الإعاقة في مصر يقدر بنسبة 4%- 11% ، تبلغ نسبة الإعاقة العقلية منها 73% أي ما يعادل مليون وثمانمائة ألف شخص في سن ما بين 5 – 16 سنة ، وهذا يتطابق مع ما أوضحته نتائج العديد من الدراسات الميدانية والبحوث الحديثة المسحية .

ويشير(فاروق محمد صادق) (1998، 87-88) إلى أن نسبة الأطفال المنغوليين نصل إلى حوالي 10% من حالات الإعاقة الذهنية ، وهم فئة قريبة التشابه في الملامح العامة من النوع المنغولي ، وتتمثل في العيون الضيقة وملامح الوجه المسطح المستدير والأنوف الضيقة ذات الاتجاه العرضي ، وقصور القامة وقد سميت هذه الحالات باسم (داون) وذلك نسبة إلى الطبيب الإنجليزي

(Lang Down) ويجب أن نعرف أن العمر العقلي والقدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم ، وأيضاً نموهم الذهني والاجتماعي فيعتمد وبدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلك ، وعادة ما تكون وظائفهم أكثر توازناً من وظائف الأطفال المصابين في المخ ، ومتلازمة (داون) لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصلية ، فليس هناك من بين المصابين بها أكثر من 19% يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة .

ويوضح (محمد عبد الرحمن حمودة ، 1998 ، 81- 82) أن نسبة الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً ترتفع عن الإناث وذلك بنسبة 15 : 1 تقريباً ويرجع ذلك إلى زيادة الاهتمام بعدد الحالات المكتشفة من الأولاد أكثر من البنات ، كما أن الأولاد كثيراً ما يتعرضون للإصابات والسقوط من مرتفعات أكثر من البنات .

ويشير (سعيد حسنى العزة ، 2001 ، 29) إلى أن هناك العديد من البحوث والدراسات المتعددة التي أجريت لمعرفة نسبة انتشار الإعاقة العقلية وقد اختلفت نتائج هذه الدراسات من مجتمع لآخر ، كما اختلفت في المجتمع الواحد ويعود سبب اختلاف هذه النسب إلى اختلاف المعايير المستخدمة في تعريف التخلف العقلي وكذلك اختلاف العينات التي أجريت عليها عند الدراسات ولعل منحنى التوزيع الطبيعي هو أفضل مقياس يشير إلى نسبة انتشار التخلف العقلي والذي يقدر بـ (3%) ويشير هذا المنحنى إلى ما يلي :-

• حوالي 26، 68% من الناس يقعون بين درجتي الذكاء 85- 115 ويطلق عليهم فئة متوسطي الذكاء .

• حوالي 59، 13% يقعون بين درجتي 70- 85 درجة وهم دون الوسط ويطلق عليهم EMR أي القابلين للتعلم وهم ذوي الإعاقة البسيطة .

- حوالي 14، 2% من الناس يقعون بين درجتي الذكاء 70- 55 وهم يمثلون درجة التخلف العقلي المتوسط وهو ما يشار إليه بالإنجليزية بـ *TMR* القابلية للتعلم.
- حوالي 3% من الناس دون درجة الذكاء 55 وهم يمثلون التخلف العقلي الشديد *SMR* أي الذين بحاجة إلى دور رعاية نهائية أو ليلية، وتجدر الإشارة بأن نسبة التخلف العقلي المقدرة بـ 3% هي نسبة نظرية تعتمد على نسبة الذكاء فقط وهي تتجاهل السلوك التكيفي وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن النسبة المساعدة اعتماداً على العدد الحقيقي للأطفال المتخلفين عقلياً في سن المدرسة هي 3%، أم نسبتهم في الوطن العربي باعتبار سكانه 80 مليون نسمة فإن نسبة المتخلفين عقلياً هي حوالي 2 مليون نسمة.

- تشخيص التخلف العقلي :

يؤكد (Mangal, 2002,437) على أن عملية تشخيص التخلف العقلي تتطلب معاييرين أساسيين هما: الأداء الوظيفي العقلي من خلال تسجيل درجات منخفضة على اختبارات الذكاء القياسية والأداء التكيفي للطفل، مع عدم القدرة على تلبية متطلبات البيئة فلا يكفي التشخيص بإحدهما دون الآخر فلا بد من تلازمهما معاً، أما المعيار الثالث الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص التخلف العقلي هو ظهور الحالة قبل سن الثامنة عشر.

ويوضح (سمير أبو مغلى، عبد الحافظ سلامة، 2001، 71- 73) أنه يجب

أن يقوم التشخيص على مجموعة من الأبعاد هي :-

- **الذكاء** : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل أقل من (70) .
- **النضج الاجتماعي** : وفيه يتميز الطفل بعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية.

• **ملاحظة سلوكه الطفل** : أن الأسلوب الجديد يتطلب إيداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظته عن قرب لمدة أسبوعين ، وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية ، والاستفسار عنه من الجميع خاصة من الأبوين .

• **الاعتماد على أكثر من دليل آخر للتأكد من تحديد التخلف العقلي** : أقل من العاديين في الناحية الأكاديمية – بدأ تأخره العقلي منذ الولادة في سن مبكرة – يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية ، إما وراثية أو بيئية أو نفسية أو اجتماعية – حالته لا تقبل الشفاء ، فسوف يثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي .

وتشير (سهير كامل أحمد ، 1998 ، 92) إلى أنه يجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص التخلف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه متخلف عقلياً يعتبر أمراً يغير مستقبل حياته .

وتؤكد (سهير كامل ، 1998 ، 85 ؛ آمال عبد السميع باظة ، 2007 ، 66)

على أن فريق التشخيص يجب أن يتضمن الجوانب التالية :

• **الجوانب الطبية التكوينية** : وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته كالتاريخ الصحي التطوري للحالة والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والصحي ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغدية بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي ، بالإضافة إلى التاريخ الصحي للأسرة ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة والحالة الصحية الغذائية للأم أثناء فترة الحمل .

• **الجوانب النفسية الإكلينيكية** : وتشمل تحديد نسبة ذكاء الأم وسمات شخصيته ونموه الانفعالي والوجداني ومظاهر السلوك العام ودرجة التوافق النفسي وحصيلته اللغوية وأي مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل .

• **الجوانب التربوية والتعليمية** : وتشمل بيانات من التاريخ التعليمي والمدرسي للحالة والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية والأنشطة غير الأكاديمية والصعوبات التعليمية ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجي ، والبرنامج التعليمي الملائم للحالة .

• **الجوانب الاجتماعية** : وتشمل التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه في المدرسة والمجتمع وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية وقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمرض وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسرى الذي يعيش فيه ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية .

- **التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى :**

❖ **التخلف العقلي والمرض العقلي :**

يشير(نادر فهمي الزبيد ، 1995 ، 24) إلى أن هناك من يخلط بين التخلف العقلي (*Mental Retardation*) والمرض العقلي أو الجنون (*Mental Illness*) وقد يعتبرونه شيئاً واحداً ، فيُنظر إلى التخلف العقلي على أنه مرض عقلي ، ولكن الواقع غير ذلك ، وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها التخلف العقلي مع المرض العقلي في شخص واحد ، حيث أن التخلف العقلي حالة وليس مرض فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، أما التخلف العقلي فهو

عبارة عن نقص في درجة الذكاء وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء والشخص العادي فرقاً في درجة الذكاء وليس فرق في النوع وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج ، ولذا فليس هناك علاقة بين التخلف العقلي والمرض العقلي ولا يجوز أن يسمى المرض العقلي بالتخلف العقلي ، فالشخص المريض عقلياً يكون عادي الذكاء وقد يكون عبقرياً وليس ذكياً فقط .

ويوضح (عبد المطلب أمين القريظي ، 1996 ، 88- 89) أن المرض العقلي يحدث في أي وقت من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ، بينما حالة التخلف العقلي تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة كذلك تعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للتخلف العقلي ، وفيما يخص العلاج قد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدي إلى الشفاء ، بينما في حالة التخلف العقلي لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة مع المتخلفين عقلياً درجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي عن طريق تعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحياً ونفسياً واجتماعياً وتربوياً.

❖ التخلف العقلي وبطيء التعلم :

هناك تباين في وجهات النظر بين المتخلفين عقلياً وبطيء التعلم ، فيرى البعض أن المتخلفين عقلياً وبطيء التعلم هم أفراد ينتمون لفئة الإعاقة العقلية وأن كل منهما يمثل مستوى من مستويات هذا النوع من الإعاقة ، بل أن البعض

يرى أنهما مستوى واحد من مستويات الإعاقة العقلية ، على الرغم من اختلاف الأفراد المتخلفين عقلياً عن الأفراد بطييء التعلم ، ومن منطلق أن الأطفال بطييء التعلم يتدرجون تحت مظلة الأطفال ذوي الإعاقة النوعية في التعلم ، فمن الممكن تعريفهم على أنهم " الأطفال الذين يعانون من خلل في بعض العمليات النفسية الأساسية المتصلة بالفهم أو استعمال اللغة ، ويظهر ذلك في شكل نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو القيام بالعمليات الرياضية " ومن هذا نجد أن هذا المصطلح لا يشمل الأطفال الذين يعانون من مشاكل التعلم التي هي ناجمة عن تخلف عقلي .

(محمد مقداد وآخرون ، 2008 ، 198) .

فالطفل بطييء التعلم *Slow Learner* يبدو سويًا في مظهره واستجاباته وقدراته الاجتماعية ، وطبيعياً في سلوكه وشخصيته وتنحصر معاناته في الصعوبة البالغة في التعلم واستيعاب مواد الدرس التي تطرح في المناهج الدراسية من حساب وقراءة وكتابة وهجاء وعلوم أساسية أخرى ، وقدرته ضعيفة على الفهم والحفظ والتذكر ، ولا يوجد مستوى محدد للقدرة بحيث يمكننا أن نعتبر الطفل الذي لا يصل إلى هذا المستوى "بطييء تعلم" ولكن يمكن اعتبار الأطفال الذين تبلغ نسبة ذكائهم أقل من 91 درجة وأكثر من 74 درجة يكون ضمن هذه المجموعة فالفرق بين الأطفال بطييء التعلم والأطفال الذين يصنفون كمتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً أو معتدلاً من خلا استخدام معامل الذكاء لتمييزهم .

(نادر فهمي الزبيد ، 1995 ، 50)

كما يعرف (Brennan) التلميذ بطييء التعلم بأنه طفل عمره العقلي أقل من عمره الحقيقي بسنتين أو أكثر، أو هو متعلم غير قادر على المشاركة على العمل المدرسي العادي بالمقارنة بأقرانه في نفس العمر الزمني .
(نادر فهمي الزيود ، 1995 ، 49) .

❖ التخلف العقلي والتوحد :

يشير (إبراهيم محمود بدر ، 2004 ، 47-48) إلى أنه غالباً ما يتواجد مع اضطراب التوحد التخلف العقلي إذ أن حوالي 40% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي من 50%- 55% أو أقل أي تخلف متوسط أو شديد ، بينما 30% من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط من 55%- 70% وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة ، فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعاني من توحد فقط ، أو تخلف عقلي شديد فقط ، أو يعاني من الإعاقين معاً حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة .
ويذكر (Sue,et al.1994:502) أن الأطفال التوحيديون غالباً ما يُشخصون على أنهم متخلفون عقلياً وغالباً ما تتزامن الاضطرابات وكذلك توجد طرق للتمييز بين الأطفال التوحيديون سواء لديهم تخلف عقلي أم لا .

ويوضح (حسن عبد المعطى ، 2003 : 570) الجوانب الأساسية بين التوحد والتخلف العقلي هي أن الأطفال المتخلفين عقلياً عادة ما يرتبطون بالراشدين وبالأطفال الآخرين وذلك طبقاً للعمر العقلي وهم يستخدمون اللغة التي يمتلكونها للاتصال مع الآخرين .

- تصنيف المعاقين عقلياً :

تؤثر ظاهرة التخلف العقلي تأثيراً بالغاً على الأفراد من قدراتهم واستعدادهم وذلك لاختلاف العوامل الوراثية أو البيئية التي أدت لتلك الظاهرة ، فنجد أن ذوى الاحتياجات العقلية (القابلين للتعلم) يختلفون عن ذوى الاحتياجات العقلية (القابلين للتدريب) من حيث السمات العقلية والانفعالية والاجتماعية ، وقد اختلف العلماء المتخصصين في تصنيف ذوى الاحتياجات العقلية فيميل علماء علم النفس والتربية في تصنيفهم على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية والقدرة على التعلم ، بينما يرى علماء علم الطب أن مصدر العلة أساساً للتصنيف أما علماء علم الاجتماع فقد ذهبوا إلى أن السلوك التكيفي هو أساس التصنيف وهكذا فرضت الضرورة البحثية تصنيف هؤلاء الأطفال إلى فئات حتى يمكن تقسيم كل فئة إلى الخصائص المميزة لها .

تشير (آمال عبد السميع باظة ،2009، 11-13) إلى أن هناك مجموعة من المؤثرات أو العوامل التي يعتمد عليها تصنيف الإعاقة وانتشارها من مجتمع لآخر ، رغم وجود الإعاقة العقلية في جميع المجتمعات النامية والمتقدمة ، ولا يخلو مجتمع منها ولكن تقل أو تزيد نظراً لتلك العوامل :

- العوامل والمؤثرات أو الظروف الخاصة بالرعاية الصحية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية ، وذكر (فهيم الزويد) (1989) أن نسبة الإعاقة العقلية في السويد (4 ، 0%) ، بينما تبلغ نسبة الإعاقة في الدول العربية (3 ، 8%) ، وفي دول أمريكا اللاتينية حوالي (3 ، 11%) ، ويوضح ذلك تفاوت النسب تبعاً لهذا المعيار .

- الاعتماد على الذكاء في تعريف وتصنيف الإعاقة العقلية ، حيث تختلف نسب الذكاء المقاس باختلاف دلالة الدرجة للمقياس وحساب النسب .
- الفئات العمرية التي تم حساب نسب انتشار الإعاقة العقلية بينها ، فنجد مصر مثلاً الأطفال والمراهقين حوالي نصف عدد المجتمع ، وحيث ظهور الإعاقة واكتشافها يتم في مرحلة الطفولة ، فيمثل ذلك ارتفاعاً في النسب .
- السلوك التوافقي ثم التكيفي لدى المعاق عقلياً ، يعتمد على السلوك التكيفي كمعيار لقياس القدرات العقلية (الإعاقة العقلية) وتعتبر المعايير الأربعة السابقة ليست منفصلة بل متداخلة كمحددات عند إظهار مدى انتشار الإعاقة العقلية .

ويشير (كمال مرسى، 2000، 25) إلى أنه لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المتخصصون في هذا المجال لأن الإعاقة العقلية ليست درجة واحدة أو نمطاً واحداً . كما إن أسبابها كثيرة جداً ، ويقوم الباحث بالتعرض لبعض هذه التصنيفات المختلفة :

أ-التصنيف التربوي للإعاقة العقلية : استند علماء التربية الخاصة في تصنيفهم التربوي للإعاقة العقلية إلى أربعة فئات جاءت على النحو التالي:

جدول رقم (1) :

يوضح التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوى الاحتياجات العقلية.

نسبة الذكاء تتراوح من	الفئة	٢
90 - 75	بطئ التعلم <i>Slow learner</i>	1
75 - 50	القابلون للتعلم <i>Educable mentally retarded</i>	2
50 - 30	القابلون للتدريب <i>(TMR) Trainable mentally retarded</i>	3
30 - فما دون	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادى) <i>The totally dependent child (Untrainable)</i>	4

(نادر فهمى الزبيد، 1995، 18).

ب- التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفسى) للإمالة العقلية : يعتمد هذا التصنيف في ضوء معيار نسبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية لـ (استانفورد بينيه) على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:

جدول رقم (2) :

يوضح التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفسى) لذوى الاحتياجات العقلية.

نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه	الفئة
من 75-51	المأفون
من 50-26	الأبله
من 25 فأقل	المعتوه

(حسام إسماعيل هيبه، 1997، 52).

ج- التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية: يعتمد هذا التصنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي ، وقد صنف حالات التخلف العقلي بما يتفق مع تصنيف الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً والذي جاء على النحو التالي :

جدول رقم (3) :

يوضح التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية.

نسب الذكاء		فئة الانحراف اطعباري لنسب الذكاء	درجة التخلف	الفئات
وكلسر - بلفيو	سنانفوردي - بينيه			
74-55	70-52	3-2,01 إلى	1	تخلف عقلي بسيط
54-40	51-36	4-3,01 إلى	2	تخلف عقلي متوسط
39-25	35-20	5-4,01 إلى	3	تخلف عقلي شديد
أقل من 25	أقل من 20	5- فأقل	4	تخلف عقلي عميق

(يوسف القريوتي، وآخرون، 1995، 109).

د- التصنيف التكيفي للإعاقة العقلية :

تشير (آمال عبد السميع باظة، 2009، 16) إلى أن الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً قدمت هذا التصنيف لاعتراضها على كل من التصنيف السيكومتری والتصنيف الاجتماعي ، واعتبرت أن السلوك التكيفي للطفل هو المعيار الأساسي لتصنيف المعاقين عقلياً ويؤكد سليمان الريحاني (1985) على الأسباب التي جعلت من السلوك التكيفي معياراً للحكم على الإعاقة العقلية عند الأطفال وهي :

- عدم الاتفاق على تحديد العوامل والأبعاد التي تقيسها اختبارات الذكاء .
- لا يوجد اتفاق تام على تعريف مفهوم الذكاء

- لا تقيس اختبارات الذكاء الجوانب الوجدانية والاجتماعية .
- وجود كثير من العوامل التي توضح الفروق والتباين بين درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء مما يطلق عليه خطأ القياس .
- التجاوز في تفسير انخفاض أو ارتفاع درجات المعاقين عقلياً على بعض أبعاد اختبارات الذكاء .

هـ- التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية : يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (4):

يوضح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية.

الفئات	أهم أسبابها
1- المنغولية أو عرض داون <i>Mongolian Or/Dawn's syndrome</i>	تشير الدراسات إلى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية لدم الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء وكبر سن الأم عند الحمل (أكثر من 40 سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
2- القزم <i>Cretins</i>	ترجع أسباب القماءة أو القصاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتحسن حالتهم الجسمية ونموهم ودرجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكراً خلال السنة الأولى.
3- صغر الجمجمة <i>Microcephalies</i>	ترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية، وحدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث (جين) متنحى مسئول عن الحالة، أو التحام عظم الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً.

أهم أسبابها	الفئات
ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق الوراثة (الجينات) أدى إلى نمو شاذ في أنسجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذه الحالة بالذات إن نمو حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود التخلف العقلي لأن حدوث التخلف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.	4-كبير الجمجمة <i>Macrocephalies</i>
تنشأ هذه الحالة عن اختلاف دم الزوجين فإذا كانت الأم - R H أي لا يوجد بها هذا العامل، والأب + R H أي يوجد لديه هذا العامل وورث الجنين من أبيه نوع دمه RH+ حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبياً على خلايا المخ ووظائفه.	5-حالات عامل الريزيسى في الدم <i>R.H. Factor</i>

(سهير كامل احمد، 1998، 87-91).

- أسباب الإعاقة العقلية :

ترجع أسباب الإعاقة العقلية إلى عوامل عديدة منها ما يختص بأثر كل من الوراثة والبيئة ومنها ما هو غير معروف حتى الآن ويمكن الإيجاز على النحو التالي:

أولاً:العوامل الوراثية : تتمثل وراثه التخلف العقلي في الأمراض والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجين من والديه أو أحدهما فتسبب تلفيات الدماغ وتعيب جهازه العصبي وتعوق نموه وتطوره .

(عبد العظيم شحاتة، 1993، 27) .

ويشير (محمد مقداد وآخرون ، 2008 ، 199) إلى أن بعض العلماء المشتغلين في مجال علم النفس والتربية يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن التخلف العقلي إلى عامل الوراثة ، مما أدى إلى التأكيد على أهمية هذا العامل الوراثي .

ويوضح (عبد المجيد عبد الرحيم 1997 ، 113) أن الدراسات التي أجريت على أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 5- 15 سنة أثبتت أن 21% من الحالات تعاني

من ضمور في خلايا المخ وصغر حجم الرأس عن المألوف وكذلك 21% من الحالات أيضاً تعاني من العاهات علاوة على تشوهات أخرى في أجزاء من الجسم .

ويضيف (كمال مرسى ، 1997، 116) أن وراثة التخلف العقلي تعنى إما أن يكون الطفل قد ورث التخلف العقلي من والديه أو من أجداده ، أو قد يكون ورث خاصة مرضية بيوكيميائية تتلف خلايا دماغه وجهازه العصبي وتؤدي إلى تخلفه العقلي .

وتتقسم العوامل الوراثية إلى :-

• **العوامل الوراثية المباشرة** : حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب الخفية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه ، تحمل الصفات الوراثية للفرد ، وهذا يعنى أن أحد الوالدين معاق عقلياً دون أن يتصف بها ولا يظهر أثر لهذا الجين المتنحي إلا عند توافر شروط معينة .

• **العوامل الوراثية غير المباشرة** : قد يرث الجين صفات تؤدي إلى اضطرابات أو عيوب في تكوين المخ فيكون الذي انتقل وراثياً في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدي إلى الإعاقة العقلية ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات :

(أ) **اضطرابات الكروموزومات** : وتحدث اضطرابات أثناء عملية تكوين وانقسام الخلايا ينتج عنه تغير في توزيع الكروموزومات ويكون هذا التغير في شكل وجود كروموزوم زائد في الخلية يؤدي إلى عيب في تكوين المخ فتحدث الإعاقة العقلية التي يطلق عليها الخلل الكروموزومي .

(ب) **اضطراب التمثيل الغذائي** : تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات تؤدي إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء مثل

الاضطرابات في تمثيل البروتين والاضطرابات في تمثيل الكربوهيدرات والاضطرابات في تمثيل الدهون .

(ت) اضطرابات في تكوين خلايا الدم : تحدث الاضطرابات في تكوين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل تحدث الاضطرابات في تكوين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل RH ، وهذا العامل هو أحد مكونات الدم وعندما يختلف دم الزوجين من حيث هذا العامل ويرث الجنين دم أبيه فيختلف بذلك دم الجنين عن دم الأم .

وتعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسؤولة عن الإعاقة العقلية بالأطفال ذوى الأمهات أو الآباء المتخلفين عقلياً يولدوا متخلفين عقلياً ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر . ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنغوليين والقصاع (القرم) وكبير الدماغ . ويتعاون مع الجين الوراثي المنقول من الأجيال السابقة البيئة بأفرادها المتخلفين عقلياً أيضاً فلو أن الأب أو الأم يعانى من قصور عقلي أصبحت بيئة الطفل لا تساعد على التنمية العقلية . (آمال عبد السميع باظة ، 2009 ، 21) .

ثانياً: العوامل البيئية :

ويقصد بالعوامل البيئية أو المتغيرات التي لا دخل للجينات الوراثية فيها وترجع إلى عملية الولادة أو التعرض للإصابات والرضوض والعدوى والأمراض الفيروسية وغيرها . ومنها الولادة المتعسرة أو المبتسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ . (آمال عبد السميع باظة ، 2009 ، 21) .

يتعرض بعض الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة للأمراض وحوادث خلاديا أدمغتهم وأجهزتهم العصبية وتسبب تخلفهم العقلي ، وهى :

• عوامل ما قبل الولادة : تحدث في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وذلك لنمو الجهاز العصبي للجنين في هذه الفترة فقد يتعرض للإصابة بأمراض معدية تصاب بها الأم وتنتقل إلى الجنين مثل :

1. مرض الحصبة الألمانية .
 2. مرض الزهري .
 3. مرض تسمم البلازما .
 4. مرض حمى الصفراء .
 5. تعرض الأم للإشعاعات .
 6. اضطرابات الغدد الصماء .
- (كمال مرسى ، 1997 ، 153) .

• عوامل أثناء الولادة : تعتبر الولادة مرحلة من مراحل حياة الطفل تتأثر بالمرحلة التي قبلها وتترك بصماتها على الطفل في مراحل حياته التالية ، فإذا تمت الولادة طبيعياً ومرت بسلام دون مشاكل كانت بداية طيبة للطفل في حياته. (أحلام عبد الغفار، 2003)

وهذا بالإضافة إلى الولادات المبكرة واستعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة ويؤدى ذلك إلى إصابة مخ الجنين فيحدث للتوليد نزيف أو تلف جزء من المخ. (عبد المجيد عبد الرحيم ، 1997 ، 134) .

وتضيف (أحلام رجب عبد الغفار، 2003 ، 19) إلى أنه يمكن تحديد الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي أثناء الولادة :

1. الحمل الخطر .
2. عدم اكتمال الحمل .
3. الإصابة البدنية أثناء الحمل .
4. الاختناق أثناء الحمل .

5. تشنجات الأطفال نتيجة اختلال الأوكسجين .

6. نقص السكر في الدم .

7. العدوى التي يتعرض لها الجنين تؤدي إلى تلف الجهاز العصبي .

• عوامل ما بعد الولادة : قد يولد الطفل ولادة طبيعية صحيح البنية كامل النمو ومع هذا يكون عرضة للإصابة بالتخلف العقلي ، إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤدي دماغه وجهازه العصبي ، خاصة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. (كمال مرسى، 1997، 159) .

وقد يصاب الطفل بالإعاقة العقلية بعد مولده بسبب تعرضه لبعض الحوادث أو الأمراض ذات الأثر المتلف لخلايا المخ أو إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل (علا عبد الباقي، 1993).

ويوضح (عبد العظيم شحاتة مرسى، 1990، 27) إلى أنه قد أبرزت الدراسات والبحوث المختلفة على وجود وجهات نظر متعددة بين العلماء، وخاصة عند تحديدهم للعوامل المسببة لحالات الإعاقة العقلية ، فذكر (يانت) *Yant* أن هناك أكثر من مائة عامل ذكرت فيما كُتب عن العوامل المؤدية للإعاقة العقلية ، إلا أن كثيراً منها نادر الحدوث ، وقد أرجع العلماء معظم حالات الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ)، وقد تحدثت الأسباب قبل وأثناء أو بعد الولادة ، هذا بالإضافة إلى وجود بعض العوامل النفسية المساعدة على حدوث الإعاقة العقلية،

ويشير (عبد المطلب أمين القريطى، 2005، 99) إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية . إذ يمكن أن تكون تحت سبع فئات وهى:

1. أسباب تتعلق بنواة البلازما.

2. أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .
3. أسباب ترتبط بزراعة الجنين .
4. أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى.
5. أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .
6. أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة .
7. أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

ثالثاً : العوامل الاجتماعية النفسية :

يشير (عادل عبد الله محمد ، 2004 ، 114) إلى أن هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عالية ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعي والنفسي الشديد في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم ، وعدم توافر فرص التعليم والحرمان الثقافي ، والفقر وسوء أو تدنى الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة وسوء التغذية على سبيل المثال ، وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي والانفعالي ، حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي .

ويشير (Colleen & Edward (1995) لأسباب الإعاقة العقلية النفسية والاجتماعية بأن الكثير من الأطفال المعاقين عقلياً يأتي من بيئات غير متكاملة اقتصادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ، ونقص الدافعية والاضطراب النفسي في الطفولة

المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ، وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافي.
(Colleen&Edward 1995,307).

- خصائص الأطفال المعاقين عقلياً :

من الصعب أن نصل إلى خصائص مميزة تتصف بالدقة لذوى الإعاقة العقلية وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصدر الإصابة بالإعاقة وذلك لارتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قسم علماء النفس والتربية صفات المعاقين عقلياً على أساس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعلم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط .

أولاً الخصائص الجسمية :

تؤكد (علا عبد الباقي، 1993) أنه على الرغم من تشابه هذه الفئة في الخصائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا إن هذه المظاهر النمائية تكون متأخرة عند المتخلفين عقلياً، حيث يتأخر الطفل في الجلوس والحبو والوقوف والمشي، كما يتأخر في المهارات الحركية كالقدرة على الجري والقفز التي تكون أقل من العادي ، ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرة الحركية بصفة عامة .

ويشير (محمد هندي ، 2002 ، 102) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يتسم بقصور في الإحساس اللمسي وأقل إحساساً بالألم من العاديين ، وكذلك لديه قصور في حاستي السمع والبصر ، وطول النظر وعمى الألوان تكثر بينهم ، ولكن ربما تختلف نسبة تواجدها من دولة لأخرى .

وتوضح (زينب شقير ، 2000 ، 124) عدة خصائص جسمية للمعاقين عقلياً هي :

1- أقل وزناً واصغر حجماً .

- 2- أميل إلى القصر من الأطفال العاديين .
- 3- تأخر في النمو العام .
- 4- تشوه الجمجمة والفم واللسان والأسنان والأذنين والعين إما بالصغر في الحجم أو الكبير في الحجم عن العادي .
- 5- صعوبة المحافظة على نفسه وعلى حياته .
- 6- تكاد تنعدم حاستي الشم والتذوق .
- 7- اضطراب حاستي السمع والكلام .
- 8- زيادة نسب أمراض الكلام .
- 9- تأخر المشي وضبط الإخراج .

ويتشير هاوكنز (Hawkins (1994 إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين (Hawkins,1994,15).

ويؤكد (كمال إبراهيم مرسى، 1996، 277) إن كثيراً من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لدى المتخلفين عقلياً أكثر مما يوجد لدى العاديين ، فقد قدرت نسبة القصور السمعي ما بين 13- 14% لدى المتخلفين عقلياً، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى 40% ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2009 ، 23) إلى أن الطفل المعاق عقلياً يتأخر في نموه العقلي ونشاطه الجسمي عنه لدى الطفل العادي ، وتوجد إعاقات

مصاحبة للإعاقة العقلية مثل عدم التآزر الحسي الحركي العصبي ، ومعظم حركات
الطفل المعاق غير هادفة .

ويشير فروق محمد صادق (1982) : إلى أن ذوى الاحتياجات العقلية لديهم
قصور واضح في النواحي التالية: (السمع - الإبصار - اللمس) .

ثانياً: الخصائص العقلية المعرفية :

تعتبر الخصائص العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل العادي ، فمعدل
النمو العقلي للطفل المتخلف عقلياً يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي
ويتراوح عمره العقلي مهما بلغ به السن ما بين (7 - 11) سنة .

ويشير (محمد مقدار وآخرون ، 2008 ، 211) إلى أن الطفل السوي ينمو سنة
عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً فإنه ينمو 9 شهور
عقلية في كل سنة زمنية ، وان نسبة ذكاء المتخلف عقلياً تقل عن 75 .

تشير (آمال عبد السميع باظه ، 2009 ، 24) أنه من محددات وتعريف الطفل
المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (70) وكذلك تتراجع مستوى العمليات
العقلية لديه عما لدى الطفل العادي من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم
والإدراك . فتضعف القدرة على تركيز الانتباه والتذكر ولا يستطيع التفكير المجرد بل
يقف عند التفكير الحسي فقط . وتقل دافعية الإنجاز والأداء لديهم بدرجة ملحوظة
عما هو لدى الأطفال العاديين .

ومن الخصائص المعرفية التي تميز المتخلفون عقلياً :-

1- الإحراك : يتميز المتخلفون عقلياً بضعف الإدراك ، وذلك رغماً عن أن
حواس المتخلف عقلياً قد تكون سليمة إلا أن المدركات التي تستغلها هذه
الخواص تبقى في مستوى أقل سمواً أو ارتفاعاً عن الإحساسات المجردة ، أنهم

يعجزون عن تمييز الألوان والأحجام رغم سلامة عملية الإبصار لديهم ويرجع ذلك لقصور قدراتهم العقلية .

2- **ضعف القدرة على الانتباه والتذكر** : فهم يعانون من قصور في القدرة على التذكر والانتباه فقد يصعب عليهم الانتباه لموضوع معين فترة طويلة من الزمن . بل سرعان ما يشرذم بال الواحد منهم ولهذا السبب لا يستطيع المتخلف عقلياً فهم المواقف التي تتطلب المتابعة والتركيز .

3- **الميل نحو تبسيط المفاهيم وعدم القدرة على التقييم** : فهم يجدون مشقة بالغة في التفكير الاستدلالي والتعبير اللفظي عن رغباتهم ونشاطهم وذلك لأن هذه القدرات أكثر تشعباً بالذكاء ، هذا بالإضافة إلى أنهم يوصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وبالتالي عدم قدرتهم على التقييم ، حيث أنهم قادرون على الاستجابة للمثيرات الحسية الملموسة .

4- **التأخر العقلي** : فهم يعانون من تأخر في الكلام وتزداد لديهم عيوب وأمراض الكلام .

5- **الابتكار والتخيل** : فمن خلال الملاحظات الإكلينيكية أن المتخلفين عقلياً يمكنهم الرسم الإبتكاري أو النحت أو الأداء الموسيقى ، ومن الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المجال دراسة حمدي الملبجي (1981) حيث أثبتت الدراسة أن التدعيم له أثر في تحسين الأداء الإبتكاري عند الأطفال المتخلفين عقلياً على اختبارات (تورانس) للتفكير الإبتكاري .

ويؤكد (فاروق محمد صادق ، 1982) على أن الأطفال المتخلفين عقلياً تقع نسبة ذكائهم عند 75% فأقل أي أن القدرة العقلية للمتخلف عقلياً تبلغ ثلاث أرباع القدرة العقلية للفرد السوي المناظر له في العمر الزمني أو أقل من ذلك سواء

كان الاختبار المستخدم اختباراً لفظياً أو غير لفظياً ، فمن المعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً ينمو 9 شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية ، وهذا هو السبب في زيادة التباين بين الأعمار العقلية بين السوي والمتخلف عقلياً .

ثالثاً الخصائص الانفعالية :

يتميز الأطفال المعاقين عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

1- **محدوث الثبات الانفعالي** : عادة ما يُظهر الأطفال المعاقين عقلياً انفعالات غير ثابتة ومضطربة ومتغيرة من وقت لآخر ، فهم يميلون إلى التبدل الانفعالي واللامبالاة . (عبد المطلب أمين القريطى ، 2005، 223)

2- **اضطراب مفهوم الذات** : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين (كمال إبراهيم مرسى ، 2000، 289)

3- **الانسحاب** : يلاحظ على الطفل المتخلف عقلياً ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2000، 90)

4- **السلوك العدواني** : تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي ، وتدمير الممتلكات وإعاقة الآخرين ، (سها احمد أمين ، 1999، 61-64).

ويشير (محمد محروس الشناوي ، 1997، 303-304) إلى الخصائص الانفعالية ؛ فنجدهم يتسمون بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار أو الهدوء كما يتميزون بسرعة التأثر أحياناً وببطء الانفعال أحياناً أخرى ، أما ردود الفعل

العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي ، وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط ، كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة ولديهم توقعاً معمماً عالياً للفشل بالإضافة إلى أنهم يستخدمون قدراً كبيراً من الطرق في سلوك التجنب ومع تكرار الفشل في المهام المفروضة اجتماعياً فإن الطفل يتجه إلى عدم الاشتراك في المهام وتقليل الإحساس بالفشل من خلال عدم التنافس ، ويلاحظ أن هذه السلوكيات الخاصة التي تعبر عن التجنب تعد ضرباً من ضروب الإعاقة للنمو المعرفي .

رابعاً الخصائص الاجتماعية :

نظراً للتأخر اللغوي والجسمي فإن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع التواصل الطبيعي مع المحيطين به وذلك لعدم قدرته على ضبط انفعالاته والتعبير عنها لفظياً ويلجأ إلى الحركات التكرارية والحركات الزائدة ولا يستطيع إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانياً . ويشارك الأصغر سناً في اللعب أو يميل إلى الانعزال والانطواء . وسريع الغضب وسريع الاستثارة، والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعى كافي.

(آمال عبد السلام باظه، 2009، 23).

ويشير (سعيد حسنى العزة، 2001، 89-90) إلى أن القدرات العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً تؤدي به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميز للأطفال المتخلفين عقلياً ما يلي :

- قصور في الكفاءة الاجتماعية .
- عجز في التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .

- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .
- قصور في القدرة على التواصل .
- تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .
- عدم القدرة للمبادرة بالحديث مع الآخرين .
- قصور في المهارات الاجتماعية .
- صعوبة تكوين علاقات و صداقات مع الآخرين .
- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .
- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .
- الميل إلى المشاركة مع من يصغرونهم سنأ في أي ممارسات اجتماعية .
- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .
- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .
- قصور في مهارات العناية بالذات .
- قصور في المهارات اللازمة لأداء أنشطة الحياة اليومية .

خامساً الخصائص اللغوية :

تعتبر اللغة وسيلة هامة من وسائل التواصل والتفاعل المعرفي والاجتماعي والوجداني بين الأفراد والجماعات ومن أهم ما يميز به النمو اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً :

- الصعوبة في إخراج الأصوات وتقليد المحيطين به .
- فقر الحصيلة اللغوية للكلمات والمعاني وتكرارها .
- ضعف تركيب الجمل واستخدامها والتأخر في التعبيرات الانفعالية والوصفية .
- الضعف في استعمال الضمائر في المحادثة .

- عدم القدرة على التعبير والمشاعر والرغبات والأفكار.
- البطء في التقدم اللفظي مقارنة بالعاديين .

(آمال عبد السميع باظة، 2009، 22).

ويشير توماس Thomas (1994) إلى أنه يمكن تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي يعتمد على النماذج البيئية المحسوسة. (Thomas: 1994, pp 615 – 660)

وأشارت دراسة اكسروميرتو Xeromerituo (1992) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم قصور واضح في المهارات اللغوية مقارنة بالأطفال العاديين وأظهرت الدراسة تأخر المتخلفين عقلياً في التعبيرات الوجهية والانفعالية وفي إنتاج الكلمات الوصفية والنعنية . (xeromeritou: 1992, pp 571 – 584)

وتشير فوزية دياب (1995، 77-86) : إلى أن اكتساب الطفل للمهارات اللغوية يساعده على ممارسة الخبرات الحسية والحركية ، وإنها زادت هذه الحصيلة يبدأ الطفل في طرح الأسئلة والاستفسار والفهم والاستطلاع عن الأشياء الغريبة ويظهر في نشاطه تشوقاً كبيراً وحاجة شديدة إلى أن يكرر خبراته ويعيدها ويزيدها وكل هذا يمكنه من اكتساب أقوى للمهارات اللغوية .