جامعة محمد بوضياف _المسيلة_

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

مطبوعة دروس بعنوان:

سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة

مطبوعة دروس موجهة لطلبة السنة أولى ماستر علم النفس العيادي

إعداد

الدكتور تومي طيب

السنة الجامعية

2023/2022

تقديم المقياس

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم:علم النفس

مقياس:سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة

المستوى: السنة أولى ماستر علم النفس العيادي

السداسي:6

وحدة التعليم:استكشافية

الرصيد:01

المعامل:01

طريقة التقويم: امتحان

تقديم الأستاذ المحاضر: د/طيب تومي

محتوى المقياس:

- ✓ مدخل مفاهيمي للشخص في وضعية إعاقة.
- ✓ نماذج لبعض الإعاقات:
  - الإعاقة البصرية
  - الإعاقة السمعية
  - التوحد
  - الإعاقة العقلية
  - الإعاقة الحركية
- ✓ مشكلات الأشخاص المعاقين.
- ✓ الفحص النفسي للأشخاص المعاقين.
- ✓ التكفل بالأشخاص المعاقين.
- ✓ استراتيجيات الإدماج والتكيف للأشخاص المعاقين

الأهداف التعليمية للمقياس:

_تمكين الطالب من معرفة بعض الإعاقات عند الأشخاص في وضعية إعاقة

_ الإطلاع على مراحل التشخيص والفحص وكيفياته.

_ تمكين الطالب من معرفة مشكلات الأشخاص المعاقين.

_ تمكين الطالب من الناحية النظرية التعرف على بعض طرق التكفل بالأشخاص المعاقين.

_ محاولة إيصال الطالب إلى تكوين معلوماتي وتطبيقي لاستراتيجيات الإدماج والتكيف للأشخاص المعاقين.

مقدمة

هدفت محاضرات هذا المقياس الذي بين أيدينا إلى تكوين طالب السنة أولى ماستر علم النفس العيادي في شعبة علم النفس في ماهية وطبيعة الإعاقات المختلفة، وتبيان مختلف آليات الفحص للمعاقين وتوضيح حاجاتهم ومختلف الخدمات التي يريدونها، وعلى اعتبار آخر نرى أن تلك الوضعية للشخص المعاق تجبر الطالب على فهمها فهما عياديا يستقر به الحال والى كيفية توظيف طرق التشخيص ووضع برامج العلاج والتكفل، والمتخصصون في هذا المجال يمكن لهم أيضا معرفة مختلف التعاريف والمفاهيم لكل إعاقة على حدا وخاصة منها المقررة في هذا المقياس، كما لا ننسى أن التناول لمعرفة هاته ال وضعية سيكون إكلينكيا بحتا بغية فهم مختلف الأسباب التي أوجدتها وحتى الأعراض والسمات التي تتسم بها، وإضافة إلى هذا ومما يجب على الطالب معرفته عند دراسة هذه الوحدة أن عملية الفحص لهاته ال وضعية للشخص المعاق ليست بالسهلة خاصة حين تكون متداخلة الأعراض_ بل هي عملية تحتاج دقة وتعمقا لفهم حالة المصاب بها وتحتاج وقتا كافيا، لأنها من أهم المراحل التي أن يتوقف عندها الأخصائي ليفهمها بالشكل المستقيم.

كما يمكن لنا أن نحكم مبدئيا أن ما تحتويه المادة العلمية لهذه المطبوعة على عناصر وأفكار هامة تعين الطالب على بناء تكوينه العلمي والبيداغوجي.

المحاضرة الأولى

مدخل مفاهيمي للشخص في وضعية إعاقة

1_مدخل تعريفي للإعاقة والمعاق:

تعرف الإعاقة بأنها قصور أو تعطيل أحد أعضاء أو حواس الجسم عن القيام بالوظائف الطبيعية التي خلق لها، نتيجة لأسباب وراثية، مكتسبة، مرضية، أو حوادث مختلفة، وبالتالي فإن الأشخاص ذوي الإعاقة هم كل من يعانون من قصور ما يسبب إعاقات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز في بيئتهم من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

كما أن انتشار حجم الإعاقة قد يصعب تحديد نسبته بالنسبة لمجموع عدد السكان في كل دولة نسبة لضعف النظام الإحصائي في معظم الدول الأقل نموا؛ وبالتالي يصبح أي تقدير هو مجرد محاولة لتقريب الصورة وللمساعدة في توجيه الجهود نحو رقم تقريبي. وقد درجت الكثير من الدراسات سابقاً إلى الإشارة إلي حجم الإعاقة لتقع مابين **10%** إلي **15%** من حجم السكان إلا أن بعض الدراسات الغربية الحديثة تنزل بهذا التقدير إلي مستوى حوالي 7% وهو رقم نعتقد بأنه مجافي للحقيقة كثيراً بسبب حجم النزاعات العسكرية والحروب الأهلية الكثيرة التي تدور في مناطق مختلفة من العالم خاصة في الدول الأقل نموا.

(يوسف إسماعيل عبد الله:2012 ص02)

وإذا أتينا إعطاء مفهوم آخر **للإعاقة** بأنها :" تعني الحيلولة دون قيام الفرد بعمل ما مقارنةً بمن في سنه ويستطيعون القيام بهذا العمل (أي أن هناك ما منع هذا الإنسان من القيام بهذا العمل أو تأخر في القيام به فالإعاقة: هي ما يمنع الفرد من القيام بوظيفة ما من وظائفه

اليومية أو تأخير في القيام بها، فبتر الساق إعاقة وضعف الذكاء إعاقة وضعف البصر والسمع كذلك، كما أن **الإعاقة:** هي الحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تشكل العناصر الأساسية لحياتنا اليومية: كالعناية بالذات _ ممارسة العلاقات الاجتماعية_ أو النشاطات الاقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية".

والإعاقة أيضا حسب تعريف **منظمة الصحة العالمية:** "هي مصطلح يغطي العجز، والقيود على النشاط، ومقيدات المشاركة؛ والعجز هي مشكلة في وظيفة الجسم أو هيكله، والحد من النشاط هو الصعوبة التي يواجهها الفرد في تنفيذ مهمة أو عمل، في حين أن تقييد المشاركة هي المشكلة التي يعاني منها الفرد في المشاركة في مواقف الحياة، وبالتالي فالإعاقة هي ظاهرة معقدة، والتي تعكس التفاعل بين ملامح جسم الشخص وملامح المجتمع الذي يعيش فيه".

والإعاقة" تعني أيضا عدم قدرة الفرد على اكتساب الطاقات الكاملة أو إنجاز المهام أو الوظائف التي تعتبر طبيعية لهذا الشخص، مما يؤدي إلى انخفاض في قدرته لأداء دوره الاجتماعي كنتيجة للضعف أو التدريب غير الملائم لهذا الدور، والإعاقة قبل أن تحدث تمر بمراحل أو سلسلة من الأحداث الهامة وهي:

مرض ⟸ ضعف ⟸ عجز ⟸ إعاقة

1_المرض: هو مشكلة صحية مثل الشق الحلقي، التهابات المفاصل،أو أمراض القلب الخلقية وغير ذلك .

2_الضعف: هو أي فقدان أو شذوذ للوظائف النفسية والعضوية والتشريحية للإنسان ويعتبر الضعف خلل على مستوى الأعضاء مثل تشوه أو فقدان عضو أو طرف من الأطراف فقدان البصر، أو فقدان للوظيفة العقلية.

3_العجز: هو قصور أو فقدان(كنتيجة للضعف) للقدرة على إنجاز أي نشاط من الأنشطة التي تعتبر طبيعية للإنسان البشري.

ولا ننسى أن تعامل أفراد العائلة مع الأطفال ذوي الإعاقة سواء كان الوالدين أنفسهما من ذوي الإعاقة أو أحدهما او كليهما، يساعد لدرجة كبيرة في الاكتشاف المبكر وبالتالي إمكانية معالجة الشخص ذي الإعاقة؛ و كذلك يمكن منع تدهور الحالة وأية تعقيدات أخرى يمكن أن تحدث كنتيجة للفشل في التدخل المبكر، ويضاف إلى ذلك أن موقف التقبل لحالة ذوي الإعاقة من طرف العائلة يلعب دوراً إيجابياً وأساسيا في النمو الطبيعي للطفل مما ييسر دمجه اجتماعياً ومساعدته في ممارسة حياة طبيعية إضافة إلى تنمية قدراته ومواهبه .

2_ تعريف الشخص المعاق:

نجد أنه عند طرح تعريف خاص للمعاق لابد أن ننتبه لوجود اتجاهين مختلفين قد بررا هذا الاختلاف فيما يلي:(**حسني الخطيب: 2016)**

أ_ الاتجاه الأول:

يقصر لفظة (المعاق أو المعوق) على الشخص الذي يصاب بعجز معين في أحد أعضاء جسمه، مما يجعله غير قادر على التكيف مع المجتمع على نحو طبيعي، أي أن الإعاقة في هذه الحالة تعني عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المرتبط

بجنسه وعمره وخصائصه الاجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة، أو العجز في أداء الوظائف الفزيولوجية أو السيكولوجية، كما يدخل في نطاق هذا المعنى أنواع الإعاقة المختلفة: كالإعاقة السمعية والبصرية والسمعية والجسمية وصعوبات التعلم.

ب_ الاتجاه الثاني:

يرى أن لفظة (المعاق أو المعوق) لا تقتصر على مجرد إصابة الفرد بعجز معين في أحد أعضاء جسمه، بل تمتد لتشمل فضلا عن ذلك أية حالة تعوق الفرد عن أداء دوره الطبيعي في المجتمع حتى ولو لم يكن ذلك نتيجة إصابته بعجز جسماني في أحد أعضاء جسمه، ومنها فإن المعاق هو(ذلك الشخص الذي انخفضت بدرجة كبيرة احتمالات ضمان عمل مناسب له و الاحتفاظ به و الترقي فيه وذلك لقصور بدني أو عقلي معترف به قانونا)، فقد يصاب الشخص بحالة انطواء وعزلة اجتماعية تجعله غير قادر على التكيف مع أفراد المجتمع المحيط به رغم سلامة أعضاء جسمه، ويدخل في هذا المفهوم للإعاقة أيضا ما يسمى باضطرابات السلوك وتصارع الثقافات لدى الشخص، والواقع أن الإعاقة ليست نتيجة لسبب واحد بل هي محصلة مجموعة من الأسباب والعوامل الصحية والوراثية والثقافية والاجتماعية، وهي في ذلك تختلف من مجتمع لأخر ومن وقت لآخر.

وإذا أردنا أن نتوقف على تعريف خاص للشخص المعاق وكان أكثر ضبطا نعرفه مايلي: " المعاق هو الشخص الذي يختلف عن المستوى الشائع في المجتمع في صفة أو قدرة شخصية سواء كانت ظاهرة كالشلل وبتر الأطراف والعمى أو غير ظاهرة كما هو الحال كالتخلف العقلي والصم أو الإعاقة السلوكية أو العاطفية، بحيث يكون هذا الاختلاف عن المستوى الشائع مما

يستوجب تعديلا في المتغيرات التعليمية والتربوية والحياتية بشكل يتفق مع قدرات وإمكانات الشخص المعوق _مهما كانت محدودة_ ليكون بالإمكان تنمية تلك القدرات والإمكانيات إلى أقصى حد ممكن. **(حسني الخطيب: 2016)**

كما ويعرف المعاق بأنه الشخص الذي انخفضت إمكانيات حصوله على عمل مناسب بدرجة كبيرة مما يحول دون احتفاظه به نتيجة لقصور بدني أو عقلي.

وقد عرف نظام رعاية المعوقين بأن المعاق هو: " كل شخص مصاب بقصور كلي أو جزئي بشكل مستقر في قدراته الجسمية أو الحسية أو العقلية أو التواصلية أو النفسية، إلى المدى الذي يقلل من إمكانية تلبية متطلباته العادية في ظروف أمثاله من غير المعاقين.

(حسني الخطيب: 2016)

المحاضرة الثانية

أنواع الإعاقات

تمهيد:

تختلف أنواع الإعاقات من شخص لأخر غير أن هناك بعض الحالات التي يكون فيها المعوق حاملا لعدة إعاقات في آن واحد ، كذلك فان بعض الأمراض المزمنة كداء القلب، الكلى... الخ محل جدل بين المختصين فمنهم من يعتبرها إعاقة من الإعاقات المصنفة و منهم من يرفض ذلك ، غير أننا هنا سنتطرق إلى تصنيفات الإعاقة حسب ما هو معمول به.

الإعاقة البصرية:

أ_ تعريف الاعاقة البصرية:

كل مصطلح حاول العلماء تعريفه أو إعطاءه تفسيرا علميا،حسب كل مرجعية نظرية لكل عالم، و من بين هاته المصطلحات نرى أن مصطلح الإعاقة ليس نعمة بل بالتأكيد هو نقمة كما يراها الشخص المعاق، فقد تكون اختيارا من الله له وبعدها تُقوَّى إرادته وإصراره على الحياة، و قد تزيد من كفاءة حواسه و قدراته المتبقية، بحيث تصبح ذات مستوى أعلى في الأداء و الوظيفة عن حواس واستعدادات الفرد غير المعاق.

وإلى هنا حاول الكثير من الأخصّائيين تحديد مفهوم الإعاقات و خاصة الإعاقة البصرية، إذ وُجدت تعاريف متقاربة تارة وتعاريف أخرى متفاوتة تارة أخرى و بداية أرادنا أن نحيط بتعريف للإعاقة أولا حسب :

– غولدنسون Goldenson والتي يعتبرها «تلف أو ضعف جسمي أو عقلي دائم، يتدخل بشكل مؤثر في الوظائف الحيوية لمعظم مجالات الحياة مثل: العناية بالذات أو الحركة أو

الاتصال أو التفاعل الأج أو القدرة الجنسية أو القدرة على العمل داخل المنزل أو القيام بنشاط أساسي له عائد مالي» **(سليمان عبد الرحمن سيد: 1998، ص 17)**.

وهو تعريف لا يختلف كثيرا عن تعريفات في الحقل الأدبي للإعاقات، حيث تعتبر تعريف الإعاقة بشكل عام: بأنها إصابة الجهاز البصري بالتوقف أو الضعف سبب وراثي أو مكتسب، ومن هنا فإن تعريف الإعاقة البصرية أيضا يمكن تقسيمه على عدة تعريفات حسب كل مجال:

1_1 التعريف اللغوي:

يستخدم عدة ألفاظ منها الأعمى أي عمى البصر، وعمى البصيرة مجازا، وأيضا الأكمه مأخوذ من الكمه وهو الأعمى قبل الميلاد، و هذا مقتبس من القرآن الكريم في قوله تعالى:"و تبرئ الأكمه والأبرص بإذني..." الآية 110 سورة المائدة. أي يولد الفرد مطموس العينين، ولفظ الضرير بمعنى ذاهب للبصر لأن الضرارة تعني سوء الحال إما في نفس الشخص أو بدنه، ولفظ كفيف أصلها ومعناها المنع. أما المعاق بصريا فهو آخر ما استخدمته لغتنا لفظ يشير إلى "فاقد البصر"وهي الترجمة الحرفية للمصطلح الإنجليزي Visually Handicapped ولا يزال استخدام هذه الكلمة محصورا في مجال الأبحاث العلمية والمناقشات الجادة.

(لطفي بركات: 1982، ص187).

1_2 التعريف الطبي:

هو الحالة التي يفقد فيها الكائن الحي على الرؤية بالجهاز المخصص وهو العين، وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل، عندما تقل درجة الإبصار عن 200/20 بعد التصحيح وبعد استخدام المعين البصري، والكفيف وفق معيار منظمة الصحة العالمية هو"من

تقلُ حدة إبصاره عن 6/3 كما أنه يعني ذلك الشخص لا يستطيع رؤية ما يراه الإنسان سليم البصر عن مسافة 60 مترا. (**القريوتي وآخرون: 1995ص 189)**

وتعرفها أيضا شقير" بأنّ الإعاقة البصرية هي ضعف في الوظائف الخمسة وهي البصر المركزي، البصر المحيط، التكيف البصري، البصر الثنائي، رؤية الألوان، وذلك لتشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين" (**شقير: 2002ص 11**) ويعرّف غنيم الطفل الكفيف BLIND CHILD " بأنه ذلك الطفل الذي فقد بصره كلياً منذ ولادته أو بعد ميلاده وتقل حدة إبصاره عن 60/6 أو اقل. **(غنيم محمد ابراهيم: 2008 ص 100)**

1_3 التعريف التربوي:

يعرّف الروسان الكفيف "هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل" **(فاروق الروسان:1998 ص116)** ويضيف الزهري " أن الشخص الذي يفقد القدرة على الإبصار كليا أو جزئيا، بحيث يكون الكف الجزئي بمثابة قصور بصري حاد يجعله غير قادر على القراءة بطريقة عادية، ومن ثَم يعتمد على القراءة والكتابة بطريقة برايل التي تعد نظاما من الحروف والأرقام وعلامات التنقيط والرموز العلمية الخاصة.

(خليفة وليد السيّد ومراد عيسى: 2007،ص 90)

ويذكر عادل عبد الله "أن الكفيف هو ذلك الشخص الذي يفقد القدرة على الإبصار كليا أو جزئيا بحيث يكون الكف الجزئي بمثابة قصور بصري حاد يجعله غير قادر على القراءة بطريقة عادية، ومن ثم يعتمد على القراءة والكتابة بطريقة البرايل التي تعد نظاما من الحروف

والأرقام وعلامات التنقيط والرموز العلمية الخاص. **(خليفة وليد السيد ومراد عيسى: 2007، ص 90)**.

1_4 التعريف القانوني:

من شأن التعريف القانوني تحديد أهلية الأفراد قانونيا لضمان حقوقهم في الخدمات التعليمية والصحية...الخ، حيث يفصل هذا التعريف بين قسمين أساسين هما:

أ- **الأعمى Blinder:** «حسب التشريع الفرنسي هو كل شخص حدة إبصاره تساوي أو اقل من 20/1 لأحسن العينين، دون إمكانية التصحيح بالعدسات اللاصقة المصححة للنظر» (Dictionnaire Usuel De Psychologie, P74)، وهذا معظم حال السلطات التشريعية.

ب- ضعف البصر: هو الشخص الذي« لديه حدة بصر أحسن من 200/20 ولكن أقل من 70/20 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم»(**منى صبحي الحديدي:1998 ص43)**.

ويُعرفون أيضا «هم الأفراد الذين لا يتمكنون بصريا من القراءة والكتابة بالخط العادي سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية كالمكبرات والنظارات في تعلم القراءة والكتابة»

(خليفة وليد سيد ومراد عيسى علي: 2007، ص 93)

وفي هاته الجزئية من التعريف القانوني أردنا أن نضيف رأي التشريع القانوني الجزائري للمعاقين بصفة عامة والمعاقين بصريا بصفة أخص،حيث نجد أن الدولة الجزائرية كرّست نظاما قانونيا تشريعيا يحفظ و يضمن التكفل الفعال بالمعاقين وانشغالاتهم و ضمان حقوقهم العامة والخاصة باعتبارهم عنصر نشط في المجتمع، فان مجمل النصوص القانونية التي تم

إصدارها ولا سيما القانون 09/02 المؤرخ في: 2002/05/08 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم جاءت بمجموعة من الحقوق يستفيد بها هؤلاء بعد إثبات إعاقتهم.

1_5 التعريف الاجتماعي:

ينظر هذا المفهوم للكفيف بأنه ذلك " الشخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، أو هو الفرد من كانت قدرة بصره ضعيفة جدا يعجز من خلالها عن مباشرة مسؤولياته العلائقية والاجتماعية" **(سليمان عبد الواحد:2010ص128)**

ويرى بعض الباحثين في تعريف الكفيف على أساس قدرته البصرية الضعيفة أو المعدومة واحتياجه للمساعدة المادية والمعنوية من المجتمع، وتعطي هذه المساعدة لمن يقل بصره عن 20/6 وهذه المساعدة لا ترتبط فحسب بحدة الإبصار ولكن أيضا بالأخذ في الاعتبار "اتساع أو ضيق مجال البصر" التي على أساسها تتحدد الحاجة إلى المساعدة.

(لطفي بركات: 1986، ص 05)

1_6 تعريف منظمة الصحة العالمية W.H.O:

تقسم هذه المنظمة الإعاقة البصرية إلى خمس أقسام:

أ- **الإعاقة البصرية الشديدة:** وهم الأشخاص ذوي الإبصار المحدود يعجزون فيها عن أداء الوظائف البصرية.

ب- **الإعاقة البصرية الحادة** : حالة يجد فيها الشخص صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.

ج- **شبه العمى:** حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.

د- العمى: فقدان القدرة البصرية كليا.

ومن هذا سنلخص هذه التصنيفات في جدول يوضح درجات فقد البصر حسب نفس المنظمة (W.H.O)

جدول رقم: (03) «يوضح درجات فقد البصر حسب W.H.O»

درجة الإعاقة البصرية	درجة دقة الإبصار مع أقصى تصحيح ممكن بالعدسات	
	أقصى قوة إبصار تكون أقل من:	أقصى قوة إبصار مساوية أو أحسن منه
أ	18/6 (70/20)	60/6 (200/20)
ب	60/6 (200/20)	60/3 (400/20)
ج	60/3 (400/20)	60/1 (يرى على بعد 1 متر) أعمى قانونيا
د	60/1 (1 متر)	يرى الضوء (أعمى قانونيا)
هـ	لا يرى الضوء	لا يرى الضوء (أعمى كليا)

من خلال استعراض التعريفات السابقة الخاصة بالمعاقين بصريا، وجدنا أنفسنا أنه لا يمكن تحقيق تعريف واحد للمعاقين بصريا بل توجد تعريفات متعددة، فكف البصر حالة نسبية فالبعض يعيش في ظُلمة تامة، والبعض الآخر يتمتع بدرجة ضعيفة من النظر حيث نجد أن هناك عددًا كثيرًا من الأفراد لا نستطيع أن نطلق عليهم مبصرين وفي نفس الوقت ليسوا

بمكفوفين كليا و نجد أيضا في هذه التعريفات أن كلا منها أخذ المعنى الذي يهتم به العلم الذي ينتمي إليه.

2_ فيزيولوجيا العين:

تعتبر العين إحدى وسائل الاتصال الرئيسية لدى الفرد من أجل تعرفه على العالم الذي يحيط به وتزويده بمختلف الخبرات الحياتية، والعين تمكن الإنسان من الرؤيا والتعرف على الأشياء والتنقل والحركة والتعلم، أما فقدان البصر يحدث مشكلات في المجال الحركي والنفسي والسلوكي لدى الفرد، الأمر الذي يضطره للاعتماد على حواس بديلة كحاسة اللمس والسمع مع أنهما لا تكفيا أو تعوضا فقدان الرؤية.

ويتكون الجهاز البصري من العين والعصب البصري والقشرة البصرية، وتتكون من 03 طبقات: الطبقة الخارجية والوسطى والداخلية، والعين كرة قطرها 2.5 سم، تقع داخل تجويف خاص بها في جمجمة الرأس، وتنمو العين على شكل نتوء من جزء التجويف الثالث في المخ، وتتصل العينان بالفص الدماغي الخلفي بواسطة مجموعة من الألياف العصبية تسمى "بالعصب البصري" ويخرج من خلف العصب البصري الذي ينقل الإحساسات التي تطبع على العين إلى مراكز الإبصار بالمخ وتدور العين داخل التجويف الخاص بها بواسطة ست عضلات هي: المنحرفة السفلية والعلوية والمستقيمة الجانبية والوسطى والسفلية العلوية.

(منى صبحي الحديدي:1998 ص39)

3_ القياس البصري:

أ_ حدة الرؤية:

تقاس حدة الرؤية باستخدام لوحة سنلن (Snellen Chart) والتي تحتوي عدة أسطر من الحروف التي تتناقص فيحجمها من أعلى اللوحة إلى أسفلها ويصمم كل خط من الحروف تبعا لنسبة مسافة الفحص (6 م) للمسافة التي يستطيع للشخص قراءتها. ويجلس المفحوص على بعد (6 م) من اللوحة ويطلب منه إغلاق عينيه بالتناوب ويقرأ ما هو مكتوب عليها، وقوة البصر العادي هي 20/20، ومعنى ذلك أن الشخص يرى على مسافـة (6 م) ما يفترض أن يراه من ذلك البعد بالعين المفحوصة.

أما إذا كانت حدة البصر 40/20 فذلك يعني أن الشخص يستطيع أن يرى على بعد(6م) فقط ما يراه الشخص العادي على بعد(8 م)إذا كانت حدة البصر أقل من 40/20 فالبصر يقاس بعد الأصابع. **(Bankes: 1982) (منى صبحي الحديدي: 1998، ص 57)**

– أما الأشخاص الذين لا يستطيعون قراءة الأحرف فيطلب منهم الإشارة إلى اتجاه الفتحات في دوائر أو أحرف (E) ذات أحجام مختلفة، وبالنسبة للأطفال الصغار في السن فمن الممكن استخدام اختبار "شيرادن جارينر" وفي هذا الاختبار يحمل الفاحص بطاقة على عد ستة أمتار مكتوب عليها حرف ويطلب من الطفل تعيين الحرف الذي يشبه الحرف المعروض على البطاقة، فلا يطلب من الطفل قول اسم الحرف وإنما التوفيق بين الحرف المعروض والمطبوع على البطاقة أمامه.

ب- مجال الرؤية:

لقياس مجال الرؤية يطلب من الفرد الجلوس مقابل الفاحص وبنفس المستوى ويطلب منه أن يغطي عينا ويحدق بالعين الأخرى في وجه الفاحص، ومن كل جهة وبالتناوب يظهر شيء صغير يطلب من المفحوص التعرف عليه. ويسمى هذا الاختبار باختبار مجال المواجهة (The Confrontation Field Test) ويعتبر مفيدا من الناحية العلمية للكشف السريع عن مجال الرؤية (**Bankes: 1982**).

4_ أسباب الإعاقة البصرية:

لا يزال العلم قاصرا على العوامل الوراثية التي قد تؤدي إلى فقدان البصر، وفي بداية القرن العشرين وُجد أن الكثير من الأطفال يفقدون بصرهم بسبب الالتهابات الطفيلية للعين، إلى أن تبين أن هذا النوع من العمى ينشأ عن مواد عضوية مُعدية توجد في عنق رحم الأم، و يمكن إنقاذ الطفل بتقطير نترات الفضة في عينه بعد ولادته مباشرة.

كما أن الوراثة تُعد حصيلة المؤثرات الموجودة داخل الكائن الحي المتصلة بالتكوين الجيني؛ حيث أن هناك العديد من الأمراض التي تُورَّث و تؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار أو تؤدي إلى كف البصر ،مثل:مرض الزهري، السكري و غيرها، كما أن مرض الجلوكوما وعمى الألوان و كبر حجم القرنية و طول النظر و قصره من الأمراض التي يلعب فيها العامل الوراثي دورا هاما إضافة إلى وجود عوامل مكتسبة تكون ما قبل الولادة أو أثناءها أو ما بعدها أي تتم بضرر خارجي كتلقي الصدمات مثلا؛ و هذا ما سنراه موضحا بشكل كاف.**(سعيد حسني العزة:2000 ص 39_40)**

ومن بين الأسباب التي تحدث الكف البصري تمثلت في مايلي:

4_1 انفصال الشبكية "Rental Detachment":

هو حدوث ثقب في شبكية العين والذي يسمح للسائل بالتجمع، الأمر الذي يؤدي إلى انفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن الأعراض في هذه الحالة وجود ضعف في مجال والآلام الشديدة، والضوء الومضي الخاطف، ويعود سبب الانفصال أيضا إلى إصابات في الرأس أو مرض السكري.

4_2 نقطة المركز Macular Degeneration:

وهو ناتج عن حالة الاضطراب تحدث في الشبكية ناتجة عن تليُف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية، بحيث يصعب على الشخص رؤية الأجسام البعيدة والقريبة، وهو يصيب كبار السن ويؤدي إلى فقدان البصر المركزي.

4_3 الماء الأسود Glaucoma:

وهو ناتج عن زيادة جديدة في ضغط العين الأمر الذي يمنع الدم من الوصول إلى الشبكية مما يؤدي إلى تلف الخلايا العصبية، ومن ثم إلى العمى، ويحدث هذا التلف في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيا إلى مركزها مما يؤدي إلى العمى.

4_4 الماء الأبيض Cataract:

وهو مرض يأخذ شكل إعتام في عدسة العين وفقدان شفافيتها يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤيا، وهو مرض يصيب كبار السن، وقد يحدث مبكرا لأسباب وراثية والأمراض مثل الحصبة

الألمانية وإصابات العين وتكون لدى الفرد قدرة محدودة على رؤية الألوان والأجسام البعيدة وتعتمد شدة الإعاقة على مدى الإصابة في عدسة العين ودرجة التعتيم فيها.

4_5 قصور الأنسجة Coloboma:

وهو مرض وراثي يأخذ شكل بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين وعدم نمو بعض الأجزاء المركزية المحيطية في الشبكية ويحدث نتيجة ذلك ضعف في البصر ورأرأة العين وحَوَلها وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

4_6 مرض الهربس Zostertherbis:

وهو مرض معدي سببه فيروس يصيب العين ويحدث تقرحات في القرنية تسبب إعتام في العين وضعف في الإبصار ويجب معالجة الحالة بشكل مبكر.

4_7 المرض الزهري:

وهو مرض ينتقل من الأم المصابة به أثناء الولادة إلى عيون الطفل ويسبب له التهابات فيهما الأمر الذي يسبب إعاقة بصرية لدى الطفل ناتجة عن بكتيريا هذا المرض.

4_8 الأمراض المعدية:

كالرمد الصديدي أو الرمد الحبيبي الذي ينقله الذباب أو استعمال نفس الفوطة لوجه ملوث بالميكروب **(نورة مصري عبد الحميد: 1991، ص 16)**.

أو مرض الدفيتيريا، الحمى القرمزية والحصبة والسل الرئوي، ويعتبر مرض الراكوما من الأمراض المعدية الذي لا يزال من أهم أسباب فقد البصر خاصة في البلدان الفقيرة.

(صالح عبد الحي محمود حسن: 2002، ص 104)

4_9 الحوادث والإصابات:

وتحدث عندما يقع الطفل أو يستخدم فيه شيء من المبالغة في اللعب بشيء حاد أو يستعمل المواد الكيمياوية أو يكثر العبث بعينه (**Werner David: 1991,p 245**).

5_ خصائص المكفوفين:

يرى "بهجت عبد السميع زامل 2003" أن كف البصر لا يعني عند البعض هو غياب حاسة الإبصار فقط، أو غياب الجانب البصري في المعلومات التي يحصل عليها الكفيف من البيئة التي من حوله، بل إن فقد البصر قد صاغ الشخص الكفيف صياغة أخرى، لها معاييرها وأحكامها وطرق تفاعلها، كما أن لها بنيتها المعرفية الخاصة، حتى أصبح لها سمات مميزة متفردة تتفق وسيكولوجية الإعاقة.

ولقد أكدت العديد من الدراسات التي تناولت سمات المعوقين، أنهم يتسمون ببعض الخصائص من بينها الشعور الزائد بالنقص والإحساس بالضعف والاستسلام وعدم الشعور بالأمن والقلق من المجهول وسيادة مظاهر السلوك الانفعالي لديهم وإلى هنا يمكن أن نستعرض عددا من الخصائص التي تميز المعاقين بصريا.

5-1 الخصائص العقلية:

إن للكفيف سيكولوجية خاصة والبصر هو آلة التقاط صور المرئيات وإدراك التفاصيل والأبعاد ووسيلة الذاكرة لاختزان مواصفات الأشياء وتجديد المعرفة بها، وإلى هنا وجدنا الكثير من الدراسات ناقشت الخصائص العقلية للمكفوفين فمثلا: وجدنا دراسةً تناولت عدم وجود فروق بين المكفوفين و المبصرين في القدرة على التفكير، ولكن تتفاوت القدرات الإدراكية للمكفوفين

وفقا لدرجة فقدان البصر لديهم، وبالنسبة للتصور البصري الذي يأتون به فهو عبارة عن اقتران لفظي تم حفظه وخاصة المفاهيم المجردة، لذا قد يؤثر ذلك على تطور مهارات التفكير لديهم.

وفي أغلب الأحيان يعتمد المكفوفون في تكوين المفاهيم على أساليب بديلة تختلف عن المبصرين خاصة في مفاهيم اللون والمسافة، كما لا يمكنه ممارسة النشاط التخيلي العقلي باستخدام عناصر بصرية؛ و ذلك لأن هذه التصورات التخيلية ما هي إلا اقتران لفظي حفظه الكفيف ثم استدعاه بتركيب صورة بصرية لا تقابل في ذهنه شيئا يمت الواقع المرئي بصلة كأن يقول:"السماء زرقاء"، و قد تكون فعلا زرقاء، ولكن رغم ذلك فالكفيف لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا من خلال البناءات التخيلية التي عملها بنفسه ووفق اعتمادات حسية أخرى كالسمع مثلا.**(بطرس بطرس حافظ:2007 ص63)**

كما ويحرم الكفيف من حاسة البصر التي يميز بها الواقع، وما يرد إلى الذهن كأوهام وما يبقى كحقيقة؛ أشارت دراسة أخرى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعوقين بصريا وأقرانهم المبصرين من حيث تكوين المعاني أو المفاهيم لأشياء يحسونها باللمس أو يكوّنون عنها معاني معينة من خلال السمع أو التذوق أو الشم إلا أن بعض الدراسات الأخرى، أكدت عكس ذلك وأوضحت أن المعاقين بصريا أقل درجة في التحصيل الدراسي من زملائهم المبصرين وقد علل "كينيث ريكر" أن ذلك يكون نتيجة لما يتصف به الكفيف من بطء الاستفادة من الخدمات التعليمية، كذلك البطء في اكتساب المعلومات والذي يرجع على ضعف معدل القراءة لديهم وقلة الخبرات عن المعاق وضعف القدرة الاستدلالية لديهم، مما قد يؤثر علة

اكتسابهم للخبرات التعليمية، وكذلك بطء الكفيف في التشخيص للأشياء وتكوين مفاهيم ومعاني عنها. **(رونالد سمبسون وآخرون: 1988، ص 287)**

5-2 الخصائص النفس الحركية:

يستخدم الكفيف في تنقله جميع حواسه ما عدا حاسة البصر، وبالتالي فإن الإعاقة البصرية تؤثر على خصائصه النفس حركية؛ حيث يترتب عليها قصور في المهارات الحركية، كما أن حركته تصبح محدودة نتيجة قدرته المحدودة في إدراك الأشياء، و فقدانه للمثيرات البصرية، ويقوم الكفيف بأنشطة جسمية نمطية غير هادفة كحركات الأطراف، أو فرك العين، أو حك الرأس و ذلك نتيجة لعدم توافر فرص إشباع حاجاته الأساسية للحركة، ويتسم الكفيف بالحذر و اليقظة أثناء حركته حتى لا يصطدم بالعقبات. وغالبا ما يواجه صعوبة في ممارسة سلوكيات الحياة اليومية مما يعرضه للإجهاد العصبي، والتوتر النفسي والشعور بانعدام الأمان؛ وللعلم الأطفال ذوي الكف البصري يمرون بنفس المراحل التي يمر بها الأطفال المبصرين من ناحية جسدية إلا أن نموهم يتصف بكونه بطيئا، وهذا يعود إلى العوامل ذات العلاقة المباشرة بفقدان البصر والقيود التي يضعها الآخرون على نشاطاتهم، وعدم مقدرة هؤلاء الأطفال على رؤية النماذج السلوكية أو غياب الإنارة البصرية اللازمة لاكتساب المهارات المختلفة، كما أنّ النقص في الرؤية يحرم الطفل من المتابعة البصرية ويقلل من فرص اكتساب المهارات الجسمية ويقلل من تآزر اليد وتطور الحركات الدقيقة، ويخصص دافعيته للوصول إلى الأشياء التي يرغب فيها في البيئة. **(منى صبحي الحديدي 1998، ص 66)**

وهكذا يلخص "لطفي بركات: 1988" أن الحركة تعتبر من العوامل المؤثرة في شخصية الكفيف حيث يعجز عن الحركة بنفس السهولة والمهارة التي يتحرك بها المبصر إذا ما أراد توسيع دائرة محيطه الذي يعيش فيه، ولذا فإن حركته تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات نتيجة تعثره بشيء ما أمامه وهذا يستلزم حاجته إلى الرعاية والمساعدة خارج المنزل الذي يألفه، مما يجعله تقبلا للمساعدة من الآخرين.**(لطفي بركات: 1982، ص 83)**.

3-5 الخصائص الاجتماعية:

إن من خاصية النمو الاجتماعي لدى الكفيف يكون دائما مقيّدا في تفاعله مع البيئة المحيطة، مما يؤثر ذلك على مستوى خبراته التي يتحصّل عليها من العالم الخارجي، ويظهر ذلك جليا في معاناته من التوجيه الحركي وحرمانه من الحرية في أغلب مواقفه، حيث أنّه لا يستطيع رؤية تعبيرات وجه المتحدث، كما أنّه لا يقدر أن يُشكل السلوكات الاجتماعية عن طريق المحاكاة، وفي بعض الأحيان يكون غير مدرك لوجود الآخرين إلا من خلال إصدار الأصوات. **(زيتون وعايش محمود: 1994)**

أما عن النضج الاجتماعي للطفل الكفيف فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن المعاقين بصريا من الأطفال يحصلون على درجات أقل من أقرانهم المبصرين في مقياس النضج الاجتماعي، ومن جهة أخرى يرى الباحث أن الاتصال والتفاعل الاجتماعي بين الأفراد مهم جدا حتى يكون الفرد في بيئته منتجا ومسئولا في حين أن المعاق بصريا يعاني من انقطاع التواصل البصري الذي يلعب دروا مهما في إنتاج التواصل الاجتماعي بين الأفراد، وكسب الثقة بينهم، والشعور بالأمان ويقول لينش ولويس Lunch & Leuois إن الابتسامة المتبادلة تعبر

عن التفاعل الإج، ولهذا فإن الأطفال المكفوفين يملكون فرصا أقل للتواصل الأج **(خالد عبد الرزاق: 2002،ص 55)**، كما يذكر "عبد المطلب القريطي: 2001" أن فقد حاسة البصر تؤثر في السلوك الأج للفرد تأثيرا سلبيا، حيث ينشأ نتيجة الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتعامل الأج وفي اكتساب المهارات الأج اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك نظرا لعجز المكفوفين أو محدودية مقدرتهم الحركية وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهيّة.**(عبد المطلب القريطي: 2001 ص 197- 198)**.

5-4 الخصائص اللغوية والكلامية:

تتأخر المناغاة وإصدار الأصوات واكتساب الكلمات للطفل الكفيف قياسا بالطفل المبصر، كذلك يتأخر إدراكه لنفسه كشخص فيتأخر استخدامه أيضا للضمير(أنا)، كما وتظل بعض المفاهيم تمثل صعوبة لديه لفترة طويلة من الوقت كمفاهيم: اللون_العرض_العمق_ المسافة، ولكن قد تصبح مهاراته اللغوية بعد مرحلة الطفولة معقدة كمهارات المبصرين؛ وبالتالي تمثل الكلمات بالنسبة له مصدرا للاستثارة الذاتية يفوق المبصرين، كما يُرى عندهم إحساسا طفيفا للفروق في نغمة الصوت وسرعة الكلام. **(hoffman,Dion:2000 p 24)**

إضافة إلى هذا نرى أن عملية اكتساب اللغة تتعرض أيضا إلى بطء ملحوظ لدى الكفيف، وهذا في ضوء المثيرات المحدودة التي تتاح له، ولهذا سنحاول تلخيصها في أهم النقاط حسب: **(منى صبحي الحديدي:1998)(سعيد حسني العزة:2000)**.

_ خلال العام الثاني تقريبا من نمو الطفل الكفيف يكون اكتسابه للغة بنفس معايير الطفل المبصر بعده تزيد سرعة المبصر في اكتساب اللغة والكلام، في حين أن المعاق بصريا يتأخر

في ذلك حتى يصبح قادر على الحركة وهذا ما تؤكده Fraiberg بقولها إنه «كلما زاد عمر الطفل المعاق بصريا زاد اقترابه من معدل الاكتساب اللغوي للطفل المبصر».

_ لا يستفيد الكفيف من عملية التقليد والمحاكاة الأمر الذي يترتب عليه بطء في تعلم الكلام وكذا معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم.

_ هذا التأخر يظهر في عدة اضطرابات نذكر منها ظاهرة النزعة اللفظية verbalisme والتي تؤدي إلى قصور إدراكي لدى الكفيف، وهي تعني في الحقيقة مبالغة الكفيف في الاعتماد على مفاهيم لغوية وكلمات ذات مدلولات بصرية، ويمكن أن نسميها تضمين بصري زائد وهو شكل من أشكال الاضطرابات المعرفية فتجده يصف الحليب مثلا بقوله ابيض وليس مثلا سائلا ...الخ، فهو يقول ما يسمع وكذلك يسميها كتس فورث kits forth باللاواقعية اللفظية Verbal Unreality.

_ قلة استخدام الإشارات، الإيماءات، وحركات الجسم والشفاه أثناء الكلام لأنه لم يرى كيف تستخدم الشفاه أثناء تشكيل الحروف وإخراجها، وهذا ربما ما يجعله أقل تنوع في إصدار الأصوات.

_ يميل الكفيف إلى التكلم بصوت مرتفع وتكرار الكلمات نفسها، وأحيانا تبدو الكلمات كأنها وضعت متجاورة ولكن دون أن يكون لها معنى، وربما الهدف منها هو استمتع الطفل بالاستمتاع لنفسه.

5-5 الخصائص المعرفية:

تبدأ مظاهر البطء في النمو المعرفي تظهر خاصة في الشهر الخامس، ومن ثمة تظهر جليا في سن التمدرس، حيث يجد الطفل المكفوف صعوبة في عمليتي التمثيل والمواءمة (في مرحلة ما قبل العمليات) بسبب محدودية خبراته الحسية، مثلا يصعب عليه تلمس أو رؤية اللون، أو الوصول للأشياء الكبيرة جدا أو الصغيرة جدا، وبالتالي تكوينه للعلاقات المكانية والمفاهيم المجردة يكون مضطرب نوعا ما وهذا ما يعيق انتقاله إلى مرحلة العمليات الملموسة، وهنا نلاحظ انه لا ينجح كثيرا في ربط الكلمات بمعانيها.

ويبقى الكفيف إلى وقت متأخر يربط جسمه بأساليب ووسائل لإدراك الأشياء حيث لا يمكنه تخيلها أو استحضار صورها خاصة إذا كانت الإعاقة البصرية ولادية حسب ما أكده الباحثان telford و samry وبعدها lynch (1988)، فحاسة السمع قد تزوده بخبرات معينة لكنها قد تنقطع ولا تعود، وبالتالي يعجز عن إحضار قوتها الذهنية ونفس الشيء بالنسبة لحاسة اللمس التي لا يمكنها أن تطول جميع الأشياء خاصة الجبال، القمر... الخ وهذا ما يجعل لعبهم نمطيا وفقيرا في مضمونه وخيالاته «فكل هذه الصعوبات متضمنة في العمليات الإدراكية تؤثر بالضرورة على البنية المعرفية» **(خالد عبد الرزاق: 2002، ص 51)**.

وإلى هنا يمكن تلخيص أهم النقاط للخصائص المعرفية عند المعاق بصريا:

أ- الخبرة بعالم الأشياء:

يبقى السبيل الوحيد للمعاق بصريا للتعرف على العالم المحيط به من أشياء وموضوعات هو عن طريق بقية الحواس، خاصة منها حاسة اللمس والسمع، حيث إن الكفيف يتطلب

إدراكه للأشياء بلمسها خاصة التي لا تصدر أصواتا، فالملاحظة اللمسية لها خصائص النعومة والاستواء، والتعرج، الحرارة، حيث مثل هذه الخصائص لا تدرك إلا باللمس»

(عبد الرحيم فتحي السيد: 1982، ص 279).

وإضافة إلى هذا نجد أن حاسة السمع تمكن الكفيف من التعرف على المعلومات أو اكتسابها من خلال الاتصال اللفظي.

ب- إدراك الشكل والعلاقات المكانية:

من بين الباحثين الذين اهتموا بالإدراك المكاني للكفيف من خلال حاسة اللمس "هيلر وسترينبرج" أكد أن حاسة اللمس هي الطريقة الوحيدة لاكتساب المدركات المكانية خاصة عند الكفيف ولاديا، ويميز "هيلر" نمطين من إدراك الأبعاد المكانية من خلال حاسة اللمس:

النمط المحيطي أو التركيبي: وفيه يتم تطويق الشيء باليدين ولمسه مرة واحدة، خاصة الأشياء الصغيرة.

النط المركز أو التحليلي: وفيه يتم لمس الأشياء الكبيرة عن طريق أجزاءها حتى يكوّن عنها صورة موحدة.

ج- تكوين المفاهيم:

الطفل الكفيف الذي يفقد بصره في وقت مبكر – قبل سن الخامسة – يكون مجال تكوّن المفاهيم وبنائها محدودا وقاصرا إلى حد كبير، بالرغم أن الدراسة التي قام بها كرامر: استخلص منها أن الأطفال المكفوفين لا يعانون قصور في العمليات التفكيرية وأنهم فقط يتوصلون إلى نتائج بطرق مختلفة عما يحدث مع المبصرين. **(عبيد ماجدة السيد: 2000، ص 126-127).**

د- الوعي المكاني:

حدد "ستون وتشارش" على خمس مجالات لتعلم الأماكن: أماكن العمل اليومي: البيت، المدرسة_ مكان البدن: إدراك الحيز المكاني لجسم الطفل _ مكان الموضوع: تحديد موضع الشيء وعلاقته بالأشياء الأخرى_ المكان التجريدي: القدرة على التعامل مع المجردات وتصور الخرائط التحليلية.

5_6 الخصائص الانفعالية:

تؤثر الإعاقة سلبا على مفهوم الذات لدى الأطفال المكفوفين، وعلى صحتهم النفسية ويظهر ذلك في سوء توافقهم الشخصي والاجتماعي والدراسي، ولقد أكدت نتائج دراسة "أحلام حسين و Brown" على أن الطلبة المكفوفين يعانون من العزلة والوحدة والاكتئاب، ويشعرون بأنهم غير مرغوب فيهم، إضافة إلى هذا تنتشر بينهم الاضطرابات النفسية كالقلق بشكل حاد بينهم، كما يميلون أيضا للعزلة والانطواء. **(خليفة وليد السيّد ومراد عيسى: 2008ص 25)**

5 ــ7 الخصائص الدراسية:

إن المعاقين بصريا لا يختلفون عن المبصرين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم والاستفادة من المنهج التعليمي بشكل من مناسب، إذا ما تم تعليمهم بأساليب تدريسية ووسائل تعليمية لاحتياجاتهم التربوية ومساعدتهم على تكوين صور حسية كثيرة من المفاهيم المتضمنة في المنهاج التعليمي أو في البيئة المحيطة؛ وفي هذا الإطار يذكر حمدي شاكر 1992 " أن الدراسات العلمية أشارت إلى أنّ انخفاض مستوى التحصيل بدءا من المرحلة الابتدائية وحتى مرحلة الثانوية ترجع إلى طبيعة المسافات الدراسية والعمل المدرسي الذي يتطلب إحساسا

وإدراكا لأمور دقيقة وألوان متباينة ومتداخلة علاوة على القصور في تحديد معالم الأشياء والمثيرات البعيدة والصغيرة والكتابة على السطور والإكثار من التساؤلات والإجهاد نتيجة الاقتراب من الأشياء. **(خليفة وليد السيّد ومراد عيسى: 2008ص 26)**، ويذكر أيضا أحد الباحثين أنّه هناك عوامل كثيرة تؤثر مجتمعة أو منفردة على طبيعة الخصائص الأكاديمية للمعاق بصريا مثل درجة الذكاء وزمن الإصابة بالإعاقة ودرجة الكف البصر وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتربوية والنفسية التي تقدم للأطفال المكفوفين في المجتمع.

6_ نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

يتمتع حوالي 98.5% من الأفراد في العالم بالقدرة على الإبصار، ولكن هناك فئة نسبتها تقريبا حوالي 3 % تعاني من مشكلات في النظر و ذلك لأسباب تختلف بين عوامل وراثية ومكتسبة، و في مؤلف آخر ورد فيه نسبة المعاقين بصريا كبيرة إذا ما قورنت بالعدد الإجمالي للمعاقين و تتراوح هذه النسبة ما بين 4_ 15 من كل 1000 شخص، وهذا يُعْلمنا أن هاته الإحصائية هي خاصة بالوطن العربي الذي وصلت به عدد الحالات الكفيفة إلى 2 مليون حالة. **(فاروق الروسان: 1996 ص 53)**، أما ما ورد في إحصائيات منظمة الصحة العالمية(WHO) سنة 2000 قد قَدّرت عدد المعاقين في العالم حوالي 600 مليون معاق من إجمالي عدد السكان منهم 80% يعيشون في العالم الثالث، وقُدِّرت نسبتهم هؤلاء المعاقين (11_15%) من سكان العالم، والأطفال المكفوفين قدروا إحصائيا في العالم بين 30_40 مليون، وحسب ما جاء في البيانات الوزارية الرسمية لوزارتي التكوين والتشغيل فإن عدد المعاقين في الجزائر قد وصل إلى 3 ملايين معاق لكل الحالات ولكل الأعمار.

وتبقى إلى حد كتابة هاته الأسطر أن الإحصائيات ليست مضبوطة جيدا الجزائر في لأن جلهم لم يلتحق بالمراكز المتخصصة، وبالتالي فإن 18 ألف معاق فقط له بطاقة التأهيل المسلمة من طرف الدولة والذين تضمهم حوالي 134 مركز متخصص موزعة جهويا على تراب الوطن، دون أن ننسى أن حصيلة المعاقين بصريا تناهز 120 ألف كفيف بجميع أنواعهم ودرجاتهم.

(علي رزاق:2012_ج.أخبار اليوم)

7 ــ حاجات الطفل المعاق بصريا:

إن الطفل المعاق بصريا هو طفل قبل كل شيء، يحتاج إلى ما يحتاجه جميع الأطفال، فلديه حاجة إلى التقدير، والمحبة، و الأمن، أما كونه معاق بصريا فيعني أنه حين يدرك إعاقته يتنبه شعوره بذاته فيحشد إمكاناته ليتخذ الموقف المناسب الذي يعوضه عما فقده،و يتفق علماء النفس على وجود مجموعة من الحاجات الأساسية التي يعتبر إرضاؤها ضروريا لنمو الشخصية و لهذه الحاجات صفة نفسية اجتماعية يحدد مستوى إرضائها في مرحلة الطفولة مسار النمو خلال حياة الفرد و هذه الحاجات تمس جميع الأطفال بشكل عام، ولكن هناك مجموعة من الحاجات تخص الأطفال المعاقين، ومن أهم هذه الحاجات مايلي:

_ الحاجة إلى التقبل من قبل الأهل والآخرين.

_ الحاجة إلى الاعتراف بالطفل بالرغم من اختلافه عن الآخرين.

_ الحاجة إلى الرعاية و المساعدة لبلوغ الاستقلالية.

وتلبية هذه الحاجات يمكن أن يشعر الطفل بأنه محبوب من قبل الأهل و المجتمع كما أنَّ تقبل الأهل يُؤَّمن للطفل الظروف الملائمة لنمو انفعالي يساعد الطفل على تجاوز الصعوبات

التي تلاقيه، وهناك مجموعة من الاحتياجات الفردية التي لا بد من توافرها للمعاق بصريا لتحقيق إحساسه بالأمن تعرضها سميرة نجدي في النقاط التالية:

_ الحاجة إلى الحب الذي يعتبر أسمى شيء في الحياة الأسرية ولا يجب أن يكون هذا الحب مقرونا بالحماية الزائدة لأن ذلك يعتبر محاولة لتعويضه عن كف بصره.

_ الإحساس بالثقة في النفس والأمان من المخاوف فالطفل المعاق بصريا يخاف من الأصوات العالية والأماكن المرتفعة والأشياء غير معروفة لديه.

تعلم العادات المقبولة كالأكل بطريقة مهذبة واستخدام المائدة وتنظيف أسنانه، والتعرف على أدوات الحمام وأماكنها وكيفية استخدامها.

_ ممارسة الحوار معه والقراءة له وتسمية بعض الألعاب والأدوية التي في متناول يده.

_ حاجته للشعور بلذة الإنجاز والأداء المتقن الذي لا يأتي إلا حسب توفر التعزيزات اللفظية والمادية.

_ محاولة توضيح ما حوله من أشياء ووضعها بانتظام وفي أماكنها وترتيب ما يحيط به وذلك لسلامة تحركاته وتنقلاته. **(سليمان عبد الواحد:2010 ص148ـ 150)**

8_ البرامج التربوية للأطفال المكفوفين: والجهات التي تقدمها لهاته الفئة هي:

_ مراكز الإقامة العاملة للمعوقين بصريا.

_ مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصريا.

_ الصفوف الخاصة والملحقة بالمدرسة العادية.

كما يدرب الأطفال المكفوفين بطرق عديدة وبالاعتماد على ما يلي:

_ الدليل المبصر وهو شخص يساعد الكفيف على الحركة والتنقل.

_ الكلاب المرشدة التي تصطحب الكفيف إلى المدرسة أو مكان آخر.

_ العصا البيضاء وتعمل بأشعة الليزر.

_ النظارة الصوتية.

_ الأجهزة الصوتية التي تعلق على عنق الكفيف وتعرفه بوجود عوائق في الطريق.

المحاضرة الثالثة

الإعـــاقة السمـــعية

تمهيد:

تعتبر وظيفة السمع من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي، ويشعر هذا الفرد بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على السمع بسبب ما يتعلق بالأذن نفسها، وتتمثل آلية السمع في انتقال المثير السمعي من الأذن الخارجية إلى الوسطى ومن ثم إلى الأذن الداخلية فالعصب السمعي، ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي حيث يتم تفسير المثيرات السمعية.

1_ مكونات الأذن:

1_1 الأذن الخارجية:

وتمثل في الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من صيوان الأذن وتنتهي بطبلة الأذن، ومهمتها تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الأذن.

1_2 الأذن الوسطى:

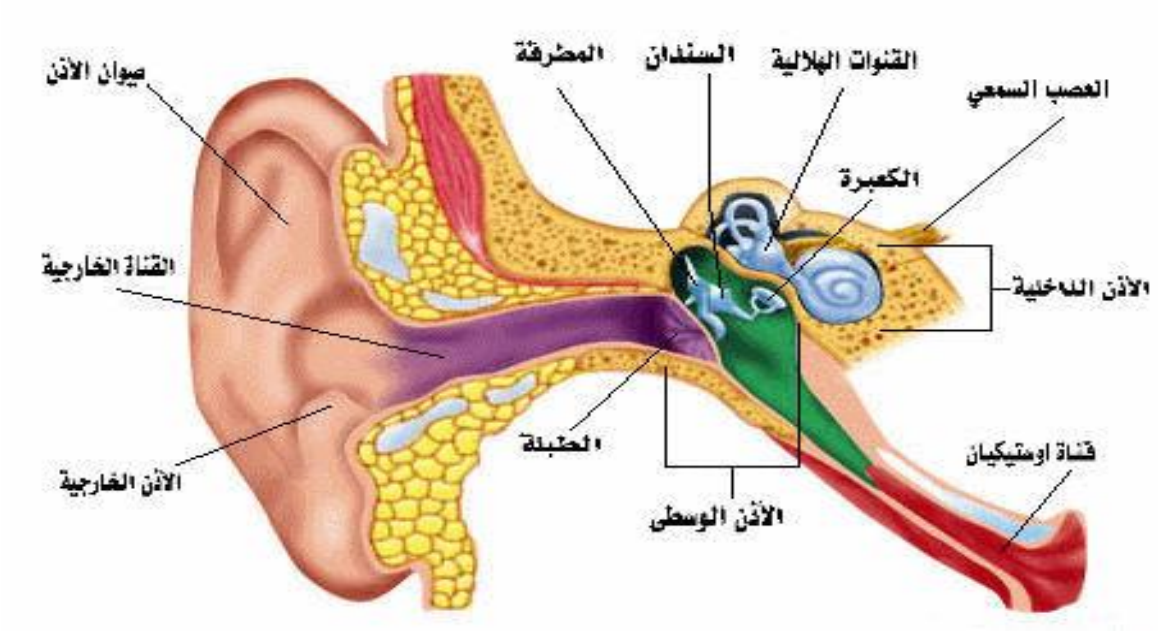
وتمثل الجزء الأوسط من الأذن وتتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية هي المطرقة والركاب والسندان ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية.

1_3 الأذن الداخلية:

وتمثل الأذن الداخلية الجزء الداخلي من الأذن وهي بدورها تتكون من جزأين هما:

أ- **الدهليز:** والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية ومهمته المحافظة على توازن الفرد.

ب-القوقعة: ومهمتها تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل للدماغ بواسطة العصب السمعي.



شكل يوضح مقطع عرضي لأذن إنسان

2_ آلية السمع:

تحدث آلية السمع انطلاقا من الأذن الخارجية حيث يقوم الصوان بالتقاط الموجات الصوتية وتجميعها، ثم تنتقل عبر القناة الخارجية لتصل إلى الطبلة التي تهتز تبعا لشدة الذبذبات، هذا الاهتزاز للطبلة يؤدي إلى تحويل تلك الموجات الصوتية إلى طاقة ميكانيكية، وذلك عن طريق مبدأ عمل الروافع حيث تنتقل الذبذبات إلى المطرقة ثم السندان ومن ثم الركاب إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزة إلى الفتحة أو النافذة البيضاوية حيث تكون هناك نقطة التقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية. ونتيجة لتلك الاهتزازات الميكانيكية تقوم الخلايا الصغيرة المكونة للقوقعة بتحويلها إلى سيالة عصبية تنتقل عبر العصب السمعي إلى الدماغ لتفسيرها.

3_تعريف الإعاقة السمعية:

بأنها: "إصابة عضوية تؤثر على إحدى مستويات الأذن أو كل مستوياتها (الخارجية، الوسطى، الداخلية) نتيجة إصابات أو أمراض فتعيق عملية السمع" **(حولة، 2011 ،ص41)**، وقد قدم مؤتمر البيت الأبيض حول صحة الطفل المنعقد عام 1931 مجموعة من التعاريف منها: "الأطفال الصم: هم أولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تماما، أو يفقدون السمع بدرجة تكفي لإعاقة بناء الكلام واللغة، وأيضا الأطفال الذين يفقدون السمع في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة بحيث تصبح القدرة على الكلام وفهم اللغة من الأشياء المفقودة بالنسبة لهم للأغراض العملية" **(عبيد، 2014 ،ص163)** أما ضعيف السمع هو ذلك الطفل الذي فقد جزء من قدرته السمعية ولذلك فهو يسمع عند درجة معينه كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية بمساعدة المعينات السمعية وأيضا هو ذلك الطفل الذين قد تكونت لديه مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، ثم تطورت لديه بعد ذلك. والضعاف في السمع هم الذين يكونون على وعي بالأصوات ولديهم اتصال عادي أو قريب من العادي، بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه". **(عبيد، 2114 ،ص164)**

وأيضا يطلق تسمية أخرى على الطفل الأصم كليا: هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره ونتيجة لذلك فهو لم يستطع اكتساب اللغة ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم.

4_ تصنيف الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية تبعا إلى: موقع الإصابة، العمر الذي حدثت فيه الإصابة، ومدى الخسارة السمعية.

4_1 تصنيف الإعاقة تبعا لموقع الإصابة: وهناك ثالث أنواع:

4_1_1إعاقة سمعية توصيلية:

ويكون الخلل على مستوى عملية إرسال الرسالة الصوتية إلى الأذن الداخلية نتيجة انسداد المجرى السمعي إثر وجود أجسام خارجية أو سائل مثال صملاخ الأذن، كما يمكن أن يكون نتيجة لوجود حبيبات داخل الأذن الوسطى، أو تعرضها لإصابة بأمراض مثل التهاب الأذن الحاد أو المزمن.

4_1_2 فقدان السمع الحسي العصبي:

وتكون الإصابة على مستوى الأذن الداخلية مع سلامة الأذن الخارجية والوسطى، ومن بين الأسباب المؤدية إلى هذا النوع نجد ما يلي: "الأسباب الوراثية منها عدم اكتمال تكوين الأذن الداخلية لدى الجنين أو ضعف الخلايا السمعية أو ضمور العصب السمعي، التهاب السحايا والتهاب الدماغ وكسر الجمجمة، أمراض السرطان والأمراض الفيروسية مثل الحصبة، كذلك نقص الأكسيجين أثناء الوالدة أو تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب، أو الضجيج العالي وثقب الطبلة أو إصابة الأم بالزهري" **(عبيد، 2114 ،ص161)**

4_1_3 فقدان سمعي مختلط:

و يكون توصيليا وحسيا عصبيا أي يكون على مستوى الأذن الخارجية، الوسطى والداخلية.

4_1_4 فقدان سمعي مركزي:

ويكون الخلل على مستوى الدماغ في المنطقة الخاصة بترجمة المثيرات السمعية مع سلامة أقسام الأذن الأخرى، ويكون "نتيجة لحدوث مرض السرطان أو التهاب السحايا"

4_2 تصنيف حسب عمر الإصابة:

يعتمد هذا التصنيف على العمر الذي حدثت فيه الإصابة ونجد:

_ إعاقة سمعية قبل اكتساب اللغة: ويكون فقدان السامع لدى هذه الفئة قبل اكتساب اللغة أي قبل حوالي الثالث سنوات الأولى، وهذا ما يؤثر سلبا على النمو اللغوي للطفل وبالتالي يلاحظ لديه فقر في قاموس المفردات أو غياب اللغة تماما وهو ما يسمى بالبكم

_ إعاقة سمعية بعد اكتساب اللغة: ويكون فقدان السمع هنا بعد اكتساب الطفل للغة وهنا "تكون قد توفرت لديهم مجموعة من المفردات اللغوية وهم من يستطيعون المحافظة عليها أو تقويتها إذا توفرت لديهم الرعاية التربوية اللازمة" **(عبيد، 2114 ،ص165).**

4_3 تصنيف تبعا لمدى الخسارة السمعية: ونجد أربعة أنواع والتي تقاس بوحدة ديسبل Decibleوهي:

أ_ إعاقة سمعية بسيطة: وتكون درجة الخسارة ما بين (21–41 ديسبل)

ب_ إعاقة سمعية متوسطة: وتتراوح درجة الخسارة ما بين (41–11 ديسبل)

ج_ إعاقة سمعية شديدة: وتتراوح درجة الخسارة ما بين (11–11 ديسبل)

د_ إعاقة سمعية شديدة جدا: درجة الخسارة السمعية تفوق 12 ديسبل، وهنا"يبقى الطفل أبكم إذا لم يتلق تربية متخصصة، وإذا لم تتوفر له آلة السمع، و إذا لم تتبع عائلته النصائح والتوجيهات الضرورية"

5_ أسباب الإعاقة السمعية:

_العوامل الوراثية.

_التشوهات الخلقية سواء ذلك في طبلة الأذن أو العظيمات أو القوقعة أو صيوان الأذن.

_إصابة الأم بالعدوى خلال الحمل وخاصة الحصبة الألمانية.

_الولادة قبل الأوان(الخديج).

_المضاعفات الناتجة عن بعض الولادات العسرة والتعقيدات التي قد تحدث أثناء عملية الولادة.

_إصابة المولود باليرقان خاصة إذا كان في الساعات الأولى بعد الولادة أو في الأيام الأولى.

_ زيادة الإفرازات الشمعية في الأذن مما يودي إلى إغلاق القناة السمعية.

_الأجسام الغريبة التي توضع في الأذن.

_الحوادث والصفعات واللكمات على الأذن.

_إصابة الطفل ببعض الأمراض المعدية مثل التهاب الأذن الوسطى الحاد والمزمن.

_التعرض لفترات طويلة للضجة والضوضاء والأصوات العالية.

6_ القياس والتشخيص الخاص بالمعاقين سمعياُ:

6_1 كيفية التعرف إلى ضعاف السمع:

إن قياس وتشخيص القدرة السمعية يتم وفقد عدد من الطرق والأساليب حيث تقسم تلك الطرق والأساليب إلى مجموعتين ، تمثل المجموعة الأولى الطرق التقليدية كمناداة الطفل باسمه، وطريقة سماع دقات الساعة، أما المجموعة الثانية فتمثل الطرق العلمية الحديثة ومنها طريقة القياس السمعي الدقيق وفيها يحدد أخصائي السمع درجة القدرة السمعية بوحدات تسمى هيرتز والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل، أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية في قياس وتشخيص القدرة السمعية فتعرف باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه وأما الطريقة الثالثة فتسمى باختبارات التمييز السمعي ومن أشهرها اختبار ويبمان للتمييز السمعي واختبار لندامود. ومن بين طرق الفحص نجد مايلي:

أ_ طريقة فحص تخطيط النغمة الصافية:

حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد وتحديد عتبة تلك القدرة باستخدام جهاز الأوديوميتر حيث يقوم بوضع سماعات خاصة لكل أذن على حدة للمفحوص وبعدها يسمعه نغمات خاصة ذات ذبذبات تتراوح ما بين (125–8000) هيرتز شده تتراوح ما نسبته(0 _110) ديسبل ومن خلال ذلك يتم تحدي مدى التقاط المفحوص للنغمات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة على الجهاز.

ب_ طريقة استقبال الكلام وفهمه:

وهنا يقيس الفاحص القدرة السمعية للفرد وتحديد قدرة وعتبة مدى سماعه للكلام باستخدام جهاز الأوديوميتر الخاص بالكلام وبعض على المفحوص في هذه الطريقة أصواتا بذبذبات وشدة متدرجة باستخدام السماعات ومضخات الصوت ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه الأصوات المعروضة عليه أو إعادتها وبهذه الطريقة يستطيع الأخصائي تحديد عقبة المفحوص لاستقبال الكلام.

ج_ طريقة كهروفيزيولوجية:

والتي تستعمل في حالة الطفل من سنتين إلى ثالث سنوات. وتشير (عبيد، 2114 ، 111) إلى أنه "يمكن استعمال طرق رد الفعل أو ما يسمى طرق رد فعل التوجيه المقيدة، ولكن كما في حالة الأطفال الأقل عمرا من الضروري في بعض الأحيان الاستعانة بالطرق الكهروفيزيولوجية لتحديد مستوى ما."

د_ مقياس جولدمان فرستمودكوك للتمييز السمعي:

يهدف هذا المقياس لقياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجوعات من المفردات المتشابه من حيث اللفظ ، ويتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة في سلاسل حيث تضمر كل سلسلة أربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثال (Write , Bite , NIGHT , Light) بالإضافة إلى ذلك يضم المقياس كتيب خاص مؤلف من مجموعة من الصور .

7_ المظاهر العامة للإعاقة السمعية:

يسهل على المعلم اكتشاف حالات الصمم، إلا أنه في كثير من الأحيان ليس من السهل الكشف عن حالات الضعف السمعي البسيطة، وفيما يلي قائمة ببعض الأعراض التي يمكن أن تعتبر مؤشرات على احتمال وجود صعوبة سمعية:

(1) الصعوبة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.

(2) أخطاء في النطق.

(3) إدارة الرأس إلى جهة معينة عند الإصغاء للحديث.

(4) عدم اتساق نغمة الصوت.

(5) الميل للحديث بصوت مرتفع.

(6) وضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسين القدرة على السمع.

(7) الحملقة في وجه المتحدث ومتابعة حركة الشفاه.

(8) تفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث.

(9) ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.

(10) ضغط الطفل على الأذن أو الشكوى من طنين (رنين) في الأذن.

وإذا لاحظ المعلم أن الطفل يظهر بعض الأعراض السابقة بصورة متكررة فعلية أن يسعى إلى تحويله إلى الطبيب واختصاصي قياس السمع حتى يتسنى له التحقق فيما إذا كان الطفل يعانى من إعاقة سمعية أم لا، وحتى يتم الكشف المبكر عن حالات الضعف السمعي فمن الأهمية

بمكان أن يتم فحص جميع الأطفال في المدرسة فحصا سمعيا بسيطا للكشف الأولى عن الحالات المحتملة تمهيدا لتحويلها إلى إجراء تشخيصي أدق.

(يوسف القريوتى وآخرون, 2001: 115 -116)

8_ خصائص المعاقين سمعيا:

8_1 أثر فقدان حاسة السمع على النمو الجسمي للأصم:

لقد أثبتت الدراسات الحديثة أنه لا يوجد فرق بين الفرد الأصم والعادي في خصائص النمو الجسمي من حيث معدل النمو أي سرعة النمو والتغيرات الجسمية في الطول والوزن في جميع مراحل النمو التي يمر بها الطفل الأصم فهو كنظيرة العادي تماماً، ولهذا لا توجد فروق ظاهرة بالنسبة للمتطلبات الجسمية للأصم والعادي وكل ما يظهر من فروق بينها هو أثر الإعاقة السمعية على بعض العادات الجسمية الخاصة بالصم.

8_1_1 المتطلبات التربوية للنمو الجسمي للمعاق سمعياً:

_ العمل على استغلال جميع الحواس الأخرى (البصر واللمس والتذوق والشم) في العملية التعليمية وهذا يقتضي الاهتمام بالوسائل التعليمية والتنويع فيها بالقدر الذي يناسب الصم وما يوجد بينها من فروق فردية واضحة.

_ استخدام الأجهزة التعليمية الحديثة في العملية التعليمية.

_ إتاحة الفرصة للتدريب على التنفس لتنشيط وتقوية العضلات التي تسهم في إحداث الصوت وتعويد استعمال الصم في دفع هواء الزفير.

_ التدريب السمعي للمحافظة على بقايا السمع لدى الأطفال الصم وتقويتها واستغلالها.

_ التدريب على إخراج الأصوات بنغمات متفاوتة حتى يفهم المعوق سمعياً نوع النغمة.

_ أن تفهم وتتقبل الفتاة الصماء التغيرات التي تحدث لها نتيجة لنمو الجسمي.

2_8 خصائص النمو العقلي للأصم وضعيف السمع:

نجد أن حرمان الأصم من حاسة السمع كان له الأثر في عاداته السلوكية وعدم تناسق حركاته ومدى التحكم في إصداره للأصوات وإحساسه لها وتقليده لها وقد تبين إن الأطفال الصم وضعاف السمع لديهم نفس التوزيع العام في الذكاء كباقي الأطفال العاديين وكذلك في عدم وجود علاقة مباشرة بين الصمم والذكاء إلا أن الحرمان الحسي السمعي يترك بعض آثاره على النشاط العقلي للطفل كما يلي:

أ_ التحصيل الدراسي:

هذا المجال يتأثر بعمر الطفل عند حدوث الإعاقة السمعية فكلما زاد السن الذي حدث فيه الصمم كانت التجارب السابقة في محيط اللغة ذات فائدة كبيرة في العملية التعليمية وقد بينت البحوث أن السن الحرجة والخطيرة عند الإصابة بالصمم هي ما يقع بين السنة الرابعة والسادسة وهي الفترة التي تنمو فيها اللغة وقواعدها الأساسية لهذا فكل من الأطفال المولودين بالصمم أو من فقدوا سمعهم فيما بين 4–6 غالباً ما يعانون تخلفاً في التحصيل الدراسي في المستقبل لو قورنوا بمن أصيبوا بالصمم في سن متأخرة عن ذلك وبين أن الأصم يتأخر في النشاط العقلي بمقدار سنتين وخمس سنوات دراسية عن زميله العادي إلا أن هذا الفرق يتضاءل قليلاً بالنسبة لمن أصيبوا بالصم بعد ست سنوات مما يتعذر معه أن يحصل الأصم على نفس المقدار العلمي الذي يحصل عليه التلميذ العادي.

ب_ الذاكرة:

ثبت أن هناك أثر للحرمان الحسي والسمعي على التذكر ففي بعض أبعاده يفوق المعوقون سمعياً زملائهم العاديين وفي بعضها الآخر يقلون عنهم فمثلاً تذكر الشكل أو التصميم وتذكر الحركة يفوق فيه الصم زملائهم العاديين بينما يفوق العاديون زملائهم الصم في تذكر المتتاليات العددية.

8_2_1 المطالب التربوية للنمو العقلي:

_ ربط الكلمات التي يتعلمها الأصم بمدلولاتها الحسية.

_ تحقيق مبدأ التكرار المستمر في تعليمه.

_ استخدام الوسائل التعليمية البصرية لأن الصم يسمعون بعيونهم.

_ إتاحة الفرصة للأصم لتحقيق النجاح والشعور بالثقة والأمان.

_ عدم مقارنة الأصم بغيره من التلاميذ ومتابعة تقدمه بمقارنة تحصيله هو لا بتحصيل غيره.

8_3 الخصائص النفسية للأصم وضعيف السمع:

_ سوء التكيف الذاتي والمدرسي ولاجتماعي.

_ الجمود بمعنى صعوبة تغيير السلوك لتغير الظروف.

_ مستوى الطموح غير الواقعي إما بارتفاعه كثيراً عن إمكانياته أو انخفاضه كثيراً عنها.

_ عمد الاتزان الانفعالي بمعنى سرعة الانفعال أو شدته أو زيادة حدته أو التقلب الانفعالي.

_ الانقباض بمعنى زيادة الحزن ولوم النفس.

_ الانطواء والانسحاب من المجتمع.

_ العدوان والتمرد والعصيان.

_ الشك وعدم الثقة في الغير.

_حب السيطرة.

_ الخوف وعدم الاطمئنان.

8_ 4 المطالب التربوية للنمو الانفعالي:

_ إحاطة المعوق بجو من العلاقة الدافئة والتقبل مما يقوى ثقته بنفسه وبالآخرين.

_ العمل على أن يتقبل المعوق إعاقته وأن يمتصها في إدراكه الذاتي وأن يعمل وينتج ويعيش في ظلها كحقيقة واقعة حيث أنه وجد أن المعوق لا يتقدم في التكيف ما دام متعلقاً بالأمل في استرداد إعاقته.

_ إشعاره بالاحترام والحب والحنان والأمن حتى ينتزع من نفسه أحاسيس الخوف والقلق.

_الاهتمام بالأنشطة التعليمية والاجتماعية التي تخلق صفات سلوكية سليمة والعمل على حل المشكلات التي تواجهه.

_ توعية الآباء بأصول تربية الصم وكيفية التعامل معهم والاتصال بهم.

9_ خصائص النمو الاجتماعي للأصم وضعيف السمع:

-يمر النمو الاجتماعي للإنسان بثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: هي رعاية الإنسان لنفسه بأداء حاجاته الضرورية ويكتمل نمو الطفل اجتماعيا **في هذه المرحلة عند 7-8 سنوات.**

المرحلة الثانية: هي المرحلة التي تمكنه من توجيه نفسه وقدرته على اختبار متطلباته وهذه المرحلة تكتمل في سن 18 سنة.

المرحلة الثالثة: هي قدرته على التخطيط للمستقبل ومساهمته في أنشطة المجتمع العام وقيامه بدور فعال في رعاية الآخرين وهذه المرحلة تكتمل في سن 25 ستة تقريباً.

وقد أوضحت الدراسات النفسية للنمو الاجتماعي أن المعاقين سمعياً في المرحلة الأولى لم يظهر لديهم أي قصور في النمو الاجتماعي ولكن ظهر أن للحرمان الحسي السمعي آثار سلبية على معدل النمو الاجتماعي في مجموعات المعاقين سمعياً فوق سن 15–17 سنة ويستند هذا الفرق بوضوح إلى قصور النمو الاجتماعي لدى المعاقين سمعياً إلى سن الثلاثين من عمره وما بعدها.

9_1 المطالب التربوية للنمو الاجتماعي:

_ الشعور بالتقبل ممن حوله في الأسرة والمدرسة والمجتمع لما للتقبل الاجتماعي من دور كبير في تحقيق نمو التوازن الانفعالي.

_ عدم التدخل المتعسف في اختيار المجال المهني الذي سيعده للمهنة التي سيكسب بها عيشه.

_ تعويده على تحمل المسئولية وإتاحة الفرصة لممارستها حتى يتعلم كيف يخدم نفسه ويخدم البيئة المحيطة به.

_ تشجيعه على تكوين علاقات جديدة مع جماعة الرفقاء.

_ تعويده عن الاستقلال العاطفي عن الوالدين والكبار.

_ تكوين قيم سلوكية تتفق والفكرة العملية الصحيحة عن العالم المتطور الذي يعيش الفرد في إطاره.

10_ طرق التواصل لتعليم التلاميذ المعاقين سمعياً:

تشير البحوث والدراسات وأدبيات التربية في مجال تعليم المعاقين سمعيا إلى وجود قصور في النظرة إلى استخدام الأساليب، وطرق التدريس المناسبة لخصائصهم وحاجاتهم، فمن المعروف أن التلميذ المعاق سمعيا يعاني من النسيان وعدم القدرة على الربط بين موضوعات المنهج، وعدم القدرة على استدعاء ما تم دراسته من معلومات مطلوبة لتعلم موضوعات جديدة، مما يشكل صعوبة في التعليم للتلميذ المعاق سمعيا ويستدعي بذل الجهد واللجوء إلى التكرار المستمر مع تنوع الطرق المستخدمة، وإعطاء جرعات علمية متزايدة وهو ما يسمى التعلم بعد تمام التعلم.

10_1 أدوات التواصل:

التواصل هو عملية تبادل الأفكار والمعلومات، وهو عملية نشطة تشتمل على استقبال الرسائل وتفسيرها ونقلها للآخرين، ويعتبر الكلام واللغة وسائل رئيسية للتواصل، وهناك طرق أخرى يتم فيها التواصل غير اللفظي مثل إيماءات، ووضع الجسم، والتواصل العيني، والتعبيرات الوجهية، وحركات الرأس والجسم، وهناك أبعاد لغوية موازية لها (وتشمل التغييرات في نبرة الصوت، وسرعة تقديم الرسالة والتوقف أو التردد).

10_2 أهم أدوات التواصل مع التلاميذ الصم:

10_2_ التواصل الملفوظ (التدريب السمعي – قراءة الشفاه)

أ_التدريب السمعي:

ويعتبر من الاتجاهات الحديثة في تعليم الأطفال المعوقين سمعياً والذي يركز على الاستفادة من السمع المتبقي لدى الأطفال. ولذلك فهو يعتبر نقطة مثالية للتدخل المبكر نتيجة للدور الذي يلعبه في تطوير قدرة الطفل المعوق سمعياً على التحدث بالإضافة إلى دمجه في المدارس مع الأطفال العاديين ؛ ويتضمن التدريب السمعي تنمية مهارة الاستماع لدى الأطفال المعوقين سمعياً بالإضافة إلى قدرتهم على التمييز بين الأصوات وذلك عن طريق:

_تنمية الوعي بالأصوات.

_ تنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات العامة غير الدقيقة.

_ تنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات المتباينة الدقيقة.

ب_ قراءة الشفاه:

يقصد بذلك تنمية مهارة المعاق سمعياً على قراءة الشفاه وفهمها ، ويعني ذلك أن يفهم المعاق سمعياً الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء الكلام من قبل الآخرين، ويشار إلى أن هناك طريقتين من طرق تنمية مهارة قراءة الكلام / القراءة على الشفاه لدى الأفراد/ وهما:

1- الطريقة التحليلية: فيها يركز المعاق سمعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.

2- الطريقة التركيبية : قيها يركز المعاق سمعيا على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركتي شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

ومهما تكن الطريقة التي تنمي بها مهارة قراءة الكلام / الشفاه فإن نجاح الطريقة أيا كانت يعتمد اعتمادا أساسيا على مدى فهم المعاق سمعيا للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام، والتي تمثل المثيرات البصرية أو الدلائل البصرية النابعة من بيئة الفرد كتعبيرات الوجه، حركة اليدين، مدى سرعة المتحدث ومدى فهم موضوع الحديث للمعاق سمعياً والقدرة العقلية للمعاق سمعياً.

إذن الهدف الأول من قراءة الشفاه هو الحفاظ على التقاء البصر والإبقاء عليه من الأصم، وبعض الأطفال المصابين بضعف السمع وخصوصاً الذين يدللهم الآباء والأمهات ويتساهلون معهم يحتاجون إلى تعديل السلوك حتى يتهيأ لهم جو فهم المسموعات.

ج_ التواصل اليدوي : (لغة الإشارة ، تهجئة الأصابع) :

1_لغة الإشارة:

هي عبارة عن رموز إيمائية تستعمل بشكل منظم وتتركب من اتحاد وتجميع بشكل اليد وحركتها مع بقية أجزاء الجسم التي تقوم بحركات معينة تمشيا مع حدة الموقف، وتعتبر لغة الإشارة وسيلة للتواصل تعتمد اعتمادا كبيرا على الإبصار، وهي لغة مستقلة لها فوائدها ونظامها والذي يمكننا من تركيب جمل كاملة ، وتعتبر لغة طبيعية أو كاللغة الأم بالنسبة للصم.

1_1_أنواع الإشارات التي يستعملها الطفل الأصم :

1_1_1 إشارات وصفية يدوية تلقائية : وهي التي تصف شيئا أو فكرة معينة وتساعد على توضيح صفات الشيء مثل فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة أو تضيق المسافة بين الإبهام والسبابة للدلالة على الصفر أو الشيء القليل.

1_1_2 إشارة غير وصفية : ولا يستعملها إلا الصم فقط، وهي عبارة عن إشارات لها دلالة خاصة كلغة متداولة بين الصم، كأن يشير بإصبعه إلى الأعلى للدلالة على شيء حسن أو مفضل أو العكس يعني أن الشيء رديء. كما أن لغة الإشارة تمر بعدة مراحل :

اللغة الإشارية البيتية. اللغة الإشارية المدرسية. اللغة الإشارية الجامعية.

1_1_3 تهجئة الأصابع :

هي إشارات حسية مرئية يدوية للحروف الهجائية بطريقة متفق عليها، ومن السهل تعلم لغة الأصابع حيث التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة بلغة الأصابع، ومع ذلك يمكن الجمع بين لغة الإشارة والأصابع معا لتكوين جملة مفيدة ذات معنى ، وتتميز لغة الأصابع بوجود نظامين منها الأول نظام اليد الواحدة والمستعمل في أمريكا، ومنها كل حرف له شكله المعين باليد الواحدة أما الثاني فهو النظام المستخدم فيه اليدين الاثنتين بحيث يتشكل الحرف من وضع اليدين بطريقة معينة لتدل على ذلك الحرف، وبما أن شكل اليد يعبر عن الحرف فإن تهجئة الأصابع تعتبر وسيلة يدوية تعبر عن اللغة ال مكتوبة وتنوب عنها وعلى ذلك يجب أن نذكر أن أبجدية الأصابع ليس لها تركيب جملي معين أو تشكيل دلالات أو أصوات وإنما هي تعتمد نفس التركيب الكتابي للغة التي تنوب عنها.

1_1_4 التواصل الكلي:

تعنى هذه الإستراتيجية باستخدام كل أساليب التواصل التي تمكن الشخص المعوق سمعيا من التواصل مع الآخرين، وهي تدمج الكلام والإشارات والتهجئة بالأصابع والتدريب السمعي.

11_ نظرة حديثة للعلاج السمعي – الشفهي :

يركز هذا النوع من العلاج على مقدار السمع المتبقي لدى الطفل، لهذا فهو يعتبر نقطة مثالية للتدخل المبكر، ويركز هذا النوع من العلاج على العناصر التالية: التشخيص المبكر، استخدام أفضل طرق التأهيل السمعي (أجهزة السمع، زراعة قوقعة الأذن...) ومساعدة الآباء في توفير بيئة مناسبة لاستماع، ويتوقع من خلال هذا العلاج أن يطور الطفل المصاب بالإعاقة السمعية القدرة على التحدث بالإضافة إلى دمجه في المدارس مع الأطفال ذوي السمع المعتاد. وبغض النظر عن مستوى الإعاقة السمعية (شديدة ، بسيطة أو متوسطة) فإنه يمكن للأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أن يتحولوا إلى أشخاص ثقيلي السمع فقط (بدلا من صم) بحيث يندمجوا في المجتمع بالاعتماد على حاسة السمع المتبقية لديهم .

المحاضرة الرابعة

اضطراب التوحد

تمهيد:

قد يصاب بعض الأفراد بإحدى الاضطرابات التي تحيد بهذه الملكة عن التطور السوي ومن هذه الاضطرابات ما يعرف باضطراب التوحد (AUTISM) وهو اضطراب نمائي عصبي مركب في الأطفال غالبا ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر ويتسم بوجود صفات مميزة يشمل خللا في التفاعل الاجتماعي.

1_ البدايات التاريخية لدراسة التوحد:

يعتبر(ليو كانر) أول من أشار إلى إعاقة التوحد وذلك في 1943م حينما كان يقوم بفحص بعض الأطفال المتخلفين عقليا حيث لاحظ أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم من المتخلفين عقليا وقام بوصف هذه السلوكيات وأطلق عليهم مسمى التوحديين، وقد أعتبر كارنر أن العلامة البارزة للتوحد هي عجز الفرد عن الارتباط بالناس والمواقف بالطريقة العادية.

2_ المفهوم الاصطلاحي للتوحد:(AUTISM)

وهو مصطلح مترجم من اللغة الإنجليزية من كلمة (AUTISM) والذي يعني باللغة الإغريقية النفس الغير سوية فـ.. (AUT) تعني في الإغريقية (النفس) و (ISM) تعني الحالة الغير سوية، و ترجم هذا المصطلح من قبل الباحثين العرب إلى عدة مسميات:

الذاتية الطفولية_ الأوتيسق_ الانشغال بالذات_ الاجترار_ فصام الطفولة_ التمركز الذاتي.

2_تعريف التوحد:

اقترح رتغو وفريمان عام (1978م) أن التوحد اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا، وأن الأعراض الاساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (30) شهرا ويتضمن:

_اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

_اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

_اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

_اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

وعرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين (IDEA) التوحد : هو عبارة عن إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ويعرّف فريق مايو كلينك (2004م) التوحد بأنه اختلال دماغي يسبب نوع من المشاكل التطورية في الأطفال تتضمن نقص في المهارات الاجتماعية، وتطور اللغة، وسلوك شاذ، ويظهر كتأخر في التطور أو ارتداد في التطور مع نقص الاهتمام بالآخرين، وتظهر الأعراض يعمر ثلاث سنوات، وهو نمو غير طبيعي ينتج عنه إعاقة مستديمة تحدث قبل 36شهرا من عمر الطفل وتؤثر في جوانب عديدة في الطفل تؤدي إلى ضعف العلاقات الاجتماعية والتواصل اللغوي والحسي مع الآخرين إضافة إلى محدودية الاهتمامات والنشاطات.

وتعرّف الجمعية الأمريكية للتوحد: بأنه نوع من الاضطرابات التطورية (النمائية) والذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولي من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في

الجهاز العصبي يؤثر بدوره علي وظائف المخ و بالتالي يؤثر علي مختلف نواحي النمو فيؤدي إلى:

_ قصور في التفاعل الاجتماعي.

_ قصور في الاتصال سواء كان لفظيا أو غير لفظيا.

وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائما إلى الأشياء أكثر من استجابتهم إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم و دائما يكررون حركات بدنية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

3_ نسبة شيوع اضطراب التوحد:

تقدر نسبة شيوع التوحد تقريبا 4 – 5 حالات توحد كلاسيكية في كل 10.000 مولود ومن 14– 20 حالة (أسبيرجر) توحد ذا كفاءة أعلى كما أنه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات أي بنسبة 1,4 ، وللتوحيديين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الزمن ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية في العائلات.

4_ أسباب التوحد:

لقد حاول الخبراء تحديد مسببات التوحد ولكن حتى الآن لا يوجد إجابات محددة وبدون أسباب محددة يتم التعرف عليها من المستحيل تطوير استراتيجيات وقائية.

4_1 السبب الجيني:

أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بيضتين مختلفتين)، ويقول الدكتور بينيث ليفينثال من جامعة شيكاغوا: (على الأقل خمسة أو ستة جينات تسهم في التوحد) وحتى الآن فإن دراسة إخوة وأقارب التوحديين تقترح أن هذه الجينات في الكروموسومات 15/13/7 ولكن ما تفعله هذه الجينات غير معروف.

4_2 اللقاحات: (Vaccintions)

لا يوجد دليل على أن اللقاحات تؤثر أو تسبب التوحد سوى أن بعض أهالي الأطفال المصابين بالتوحد قد أخبروا بأنه عند إعطاء أطفالهم بعض المطاعيم سببت لهم مشاكل سلوكية، وترى الجمعية الأمريكية للتوحد أن هناك علاقة بين مصل (MMR) واضطراب التوحد في عدد قليل من الحالات.

وهنا يضيف يقول سميث في كتابه (Understanding The Nature Of Autism) "تختلف أسباب الإصابة بالتوحد من شخص إلى آخر، فلا ينطبق سبب واحد ومعظمها غامضة إلا أن الأسباب المحتملة هي الجينات الوراثية، التهابات فيروسية قبل أو بعد الولادة، التمثيل الغذائي، نقص الأوكسجين، أو التعرض الزائد له بعد الولادة، تعرض الأم إلى كيماويات سامة أثناء الحمل".

5_ خصائص التوحد:

5_1 الخصائص الاجتماعية:

إن إحدى أبرز خصائص وأعراض التوحد هو السلبية في السلوك الاجتماعي، وقد وصفت الكثير من البحوث والتقارير التي كتبها الوالدان هذه المشكلة ورأى الكثير أن ذلك هو مفتاح تحديد خاصية التوحد، ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات: المتقوقع اجتماعيا، والوسط اجتماعيا، والأخرق اجتماعيا.

أ_ المنعزل (المتقوقع) اجتماعيا:

يتجنب هؤلاء الأفراد فعليا كل أنواع التفاعل الاجتماعي، والاستجابة الأكثر شيوعا هي الغضب/ أو الهرب بعيدا عندما يحاول أحد الناس التعامل معه/ معها ، وبعضهم مثل الأطفال يحنون ظهورهم للوراء لمن يقدم لهم المساعدة لتجنب الاحتكاك.

ب_ اللامُبالي اجتماعيا:

إن الأفراد يوصفون بأنهم وسط اجتماعيا لا يسعون للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (ما لم يريدوا هم شيئا) ولا يتجنب المواقف الاجتماعية بفعالية، فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط بالناس ولكن في الوقت نفسه لا يجدون بأسا في الخلو مع أنفسهم. ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد التوحديّين.

ج_ الأخرق اجتماعيا:

هؤلاء الأفراد قد يحاولون الحصول بشدة على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم، وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم عرض (أسبرجر) وأحد الأسباب في فشلهم

في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور غالبا حول أنفسهم وأنهم أنانيون.

5_2 الخصائص الجسمية والصحية:

تتفق كلم من سميرة السعدي والشربيني مع ملاحظات كانر في أن التوحيديين يبدون بمظهر جذاب وصحة جيدة وتضيف جولد (2000) أن التوحديين يكون مظهرهم طبيعيا جدا عندما يولدون إلا أن اضطراب التوحد يمثل حالة لا تمنع إصابة الفرد بأمراض أو اضطرابات أخرى مترافقة، كما يوضح كل من (جيليبرج، بيترز:) بعض المشاكل التي تترافق مع الاضطراب وهي:

مشاكل النظر– الحركات المضطربة للعيون.

_مشاكل السمع– عجز السمع.

_المشاكل المحددة للتخاطب واللغة.

_الحالة غير السوية للبشرة.

_مشاكل العظام والمفاصل.

5_3 الخصائص السلوكية والحركية:

يوضح السويدي أن أبرز الصفات لدي التوحديين هي :

_السلوك التخريبي.

_إثارة الذات، حركات لا إرادية كالرفرفة.

_قلة الدافعية.

_الانتقاء الزائد للمثيرات، كالميل لمثير معين بإفراط.

_ مقاومة التغيير.

ويلخص الروسان مظاهر النمو الحركي لفئة التوحد في صعوبة أداء المهارات الحركية العامة والمهارات الحركية الدقيقة.

5_4 الخصائص النفسية والانفعالية:

حتى الآن لم توضح الدراسات التي أجريت على التوحد أي من الخصائص النفسية فيه ولكن مع ذلك فإن بعض الحالات التي درست في العيادات الطبية تقترح أنه لا يوجد الكثير من الاضطرابات النفسية في التوحد، والدراسات الإكلنيكية تشير إلى حدوث الاكتئاب في التوحد إلا أن نسبة الانتشار الدقيقة للاكتئاب في التوحد ما زالت غير معروفة، ويشير كوك وجولدينغ إلى أن المخاوف الشديدة والفوبيا غالبا ما تظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد الذين يعانون من فرط الإدراك الحسي، وإذا وجد فإنه يستمر لفترة طويلة بالإضافة إلى ردود فعل غريبة تعيق تقدمهم وأداءهم.

ولعل من بين التعبيرات الشاذة في الحالات الانفعالية النفسية ضرب البطن أو لف الأصابع في حالة التعبير عن الفرح، أو الضحك الشاذ غير الموظف في حالة التوتر، وقد أكدت الدراسات أن الحالة النفسية للتوحديين يمكن أن تتبدل بين متضادين بسرعة دون سابق إنذار، كما يمكن أن يظهر الطفل المصاب بالتوحد بعض مشاعر الغيرة والإحساس بالسعادة والتعلق بالآخرين والحرن.

وقد تكون حالات الانفعالات الحادة كالعدوان والصراخ ونوبات الغضب العارمة شائعة في الأطفال المصابين بالتوحد ، ومن الملفت للنظر أن سبب الكثير من المشاكل النفسية قد يكون منشأه صحي وجسمي بالدرجة الأولى، فقد يعاني الأطفال التوحديين من نقص الإدراك الحسي للألم أو الإسهال أو الإمساك أو مقاومة التعب مما ينعكس على حالتهم النفسية بأشكال كالصراخ أو عدم تقبل الأوامر، وهذا شائع ويأخذ بعين الاعتبار عند التعامل مع الأطفال المصابين بالتوحد.

6_ أعراض التوحد:

_ التفاعل الاجتماعي: حيث يتصفون بالعزلة والانسحاب.

_ التواصل: وجود مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي وأشكال شاذة من اللغة مثل ترديد ما يقوله الآخرون.

_ اضطراب في الحس: فأحيانا يظهرون حساسية عالية للمس أو المسك وأحيانا لا يهتمون لذلك حيث لا يظهرون أي إحساس بالألم.

_ ضعف في اللعب والتخيل: فقد يأخذ اللعب شكل نمطي أو تكراري أو تستخدم اللعبة بشكل شاذ مختلف عن استخدامها الأصلي.

_ظهور أنماط شاذة من السلوك: مثل السلوك النمطي أو تحريك الأصابع أو الأيدي أو ظهور سلوك إيذاء الذات أو الضرب والتخريب، وهنا تشير الدراسات إلى وجود نمطين من أنماط التوحد:

الأشخاص التوحديين ذوي الوظيفة المرتفعة ويرتبط بنسب ذكاء لا تقل عن المتوسط.

الأشخاص التوحديين ذوي الوظيفة المنخفضة ويرتبط بنسب ذكاء منخفضة بين أفراده.

7_ اضطرابات التواصل الشائعة لدى الأطفال التوحديين:

7_1 تأخر النمو اللغوي:

_ يستطيع الرضع المناغاة، أو أنهم يبدؤون بها في سنتهم الأولى ثم يتوقفون ، وعادة عدم قدرة الطفل على اكتساب اللغة حتى سن السادسة من العمر فتستمر لديه عدم المقدرة على التواصل.

_ عندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترديد في الحديث(وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون، وقد أثبتت الدراسات أنها مرحلة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات التواصلية.

_ بعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) ونسخ ما يقوله الآخرون (كالببغاء).

_ وقد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة، فبعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات، وقد يكون هناك مشاكل في المحادثة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو، وآخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع.

7_2 شيوع المشكلات اللغوية:

شيوع المشكلات اللغوية يعتقد الكثير من المختصين أن المشكلات اللغوية من أكثر وأهم المشكلات المميزة للتوحديين، فهناك 50% من التوحديين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم،

وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلات في التواصل اللغوي، وهذه المشكلات العامة هي التي تحدد تطور الطفل التوحدي وتحسنه، ومنها:

1. تأخر النطق أو انعدامه.
2. فقد المكتسبات اللغوية.
3. تكرار الكلام الترديد لما يقوله الآخرون كالببغاء.
4. سوء التعبير الحركي اللفظي.
5. شيوع كلمات وجمل بدون معنى.
6. عدم القدرة على تسمية الأشياء.
7. إعادة الكلمة أو الجملة عدة مرات.
8. عدم نمو لغة مفهومة حتى لو استطاع النطق.
9. عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.
10. الإسقاط وهي نطق الجمل والعبارات ناقصة.
11. عدم القدرة على التعبير عن نفسه ، والتواصل مع الآخرين .
12. عدم القدرة على التعلم والتدريب اللفظي.

7_3 ضعف فهم اللغة:

_الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان التوحد مصحوب بتخلف فكري فعادة ما يكون لدي الطفل كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة ، أما مَن كانت إصابتهم طفيفة فقد

يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.

_ يواجه الأطفال التوحديون مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات ولذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل يستطيع القراءة.

_ تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم الأفعال: فالطفل يستطيع تكوين صورة للاسم في مخيلته، بينما من الصعب عليه عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء لذا: يُنصح بأن تُعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل.

4_7 ضعف التواصل:

_ تؤثر الإعاقة لدى الأطفال التوحديين على مهارات التواصل اللفظي: فهم يوصفون بأن لديهم قصوراً كلياً في نمو اللغة المنطوقة ، إذ أنهم لا يتكلمون ، وتصبح لديهم إعاقة في إقامة محادثات مع الآخرين.

_عندما لا يتطور الكلام لديهم فإن الخصائص الكلامية مثل طبقة الصوت؛والتنغيم؛ ومعدل الصوت؛ وإيقاع ونبرة الصوت تكون شاذة.

_ توصف لغة التواصل لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة بالمعنى.

_ يتميزون بأن لغتهم لها خصوصية غريبة، فلا يفهمها إلا الأشخاص الذين يألفون أسلوب تواصلهم فقط، وهم غير قادرين على فهم الأسئلة البسيطة، ويكونوا غير قادرين على دمج الكلمات مع الإيماءات لفهم الحديث.

_ في الطفولة المبكرة، قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث، وعادة لا **يشاركون في** الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم.

_ وفي المرحلة الوسطى والمتأخرة: لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة ، وهؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعـة والخوف أو الغضب، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.

7_5 الصمت الاختياري:

هي حالة نادرة جداً، حيث يكون الطفل التوحدي كالأصم الأبكم ، فهو لا يعير الآخرين والأصوات أي انتباه، ولا ينطـق بأي كلمـة في أي وقت، قياس السمع لديه طبيعي، ولكنه لا يرغب في التواصل مع الآخرين.

7_6 اضطرابات اللغة:

تتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو عن تفسيرها وفقاً لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل . وفيما يلي قائمة بأهم المؤشرات على الاضطرابات الكلامية واللغوية :

(1) عدم وضوح الكلام أو اللغة.

(2) تكلم الطفل بطريقة مختلفة تماماً عن الأطفال الآخرين.

(3) إظهار الطفل لأنماط جسمية غير عادية عندما يتكلم كأن يحرك بطرق ملفته للنظر فمه أو لسانه أو يديه أو رأسه .

(4) ظهور بعض الملامح على أن الطفل يشعر بالحرج وعدم الارتياح عندما يتكلم.

(5) عدم ملاءمة نوعية الصوت مثل التكلم من الأنف أو بحة الصوت وغير ذلك.

8_ التوحد واضطراب التواصل:

حيث أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد، فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية، وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات.

واضطرابات اللغة الاستقبالية وجد أنها تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديين، نتائج الدراسات في هذا المجال أشارت إلى انه مع وجود تشابه بين التوحد واضطرابات اللغة الاستقبالية فإنه يمكن التمييز بين الاضطرابيين.

ونؤكد أن الأطفال من ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام، بينما الأطفال التوحديين فإنهم لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة، قد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحديين يظهرون إعادة كلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر، يفشل الأطفال التوحديين في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ولكن الأطفال في اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين

،وبناءً عليه فإن القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين.

9_ تشخيص التوحد:

يعرف الروسان التشخيص بأنه تفسيرات إجرائية تتمثل في إصدار حكم على ظاهرة ما بعد قياسها، أو موضوع ما وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة. ويعتبر تشخيص التوحد من أصعب المراحل التي يمر بها الطفل وتتطلب عملية التشخيص فريق عمل متعدد التخصصات:

_ فريق طبي

_ أخصائي نفسي

_ أخصائي اجتماعي

_ أخصائي تربوي وسلوكي

_ أخصائي تخاطب وعلا ج لغوي

ويرى الخطيب والحديدي (1998م:156) أن الخصائص التي أوردها كارنر جديرة بالذكر لأنها لا تزال صحيحة وتصف الشكل التقليدي للتوحد وتتضمن:

العجز عن بناء علاقات، التأخر في اكتساب اللغة، استخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطويرها، الترديد الكلامي غير الطبيعي عكس الضمائر، اللعب بطريقة نمطية تكرارية، الانزعاج من التغير، الذاكرة الاستظهارية الجيدة، المظهر الجسمي العادي ، وفي أوائل الستينيات صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت

باسم نقاط كريك التسعة لكي تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين وقد انتقدت هذه النقاط لعدم وجود معلومات محددة لعدد النقاط التسع الضرورية والتي تكفي للتشخيص.

ولقد مر تشخيص التوحد حسب الدليل التشخيصي للأمراض النفسية (DSM) للجمعية الأمريكية للطب النفسي بعدة تعديلات من الطبعة الثالثة والطبعة الثالثة المعدلة وحتى الطبعة الرابعة (DSM IV) وفيها يجب أن يعاني الطفل من ستة أعراض على الأقل في النواحي التالية:

أولاً العلاقات الاجتماعية: ويجب أن يعاني الفرد من عرضين على الأقل في هذا المجال والذي يشتمل على:

1.التواصل الغير لغوي.

2.عدم القدرة على اكتساب الصداقات مع الآخرين.

3.عدم الرغبة في مشاركة الآخرين.

4.ضعف التبادل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين.

ثانياً:ضعف التواصل: ويجب أن يعاني الفرد هنا من عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية:

عدم النطق أو التأخر في الكلام.

عدم الرغبة في البدء بالكلام أو الاستمرار في الحديث.

ترديد بعض الكلمات بشكل متكرر أو استعمال كلمات غريبة أو غير مفهومة.

عدم القدرة على اللعب التخيلي أو التقليد الاجتماعي.

ثالثاً: نشاطات وأفعال متكررة : وهنا يجب أن يعاني الفرد من عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية:

_ الانشغال بنشاط محدود ومتكرر

_ التمسك بالروتين

_ حركات تكراريه

_ التعلق ببعض الأدوات والأشياء

ولقد ظهرت العديد من المقاييس التي من الممكن أن تغطي الجوانب المختلفة من الاضطراب ومنها:

أ.قوائم الشطب:

قائمة تقدير الأطفال ذوي التوحد (C.A.R.S)

قائمة شطب سلوكيات التوحد (ABC)

قائمة شطب أطفال التوحد (CHAT)

جميع هذه القوائم تركز على المظاهر السلوكية لذوي التوحد وتتم عن طريق الملاحظة أو سؤال الوالدين والأشخاص القريبين.

ب. الاختبارات النفسية التي تقيس القدرات العقلية واللغوية:

_اختبار الينوى للقدرات النفس لغوية.

_مقياس وكسلر للذكاء:

_تضيف وفاء الشامي أنه من المضل استخدام مقياس الذكاء (مثل وكسلر ، ستانفورد بنيه) مع الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي، بينما يفضل استخدام مقياس ليتر الدولي للأداء لأنه غير مؤقت الأداء كما أن جميع بنوده لا تتطلب كلام بين المختص والمفحوص.

ج. مقاييس تهتم بالجوانب الاجتماعية والتواصل:

_مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي.

_تقدير اللغة من خلال سلوكيات اللعب.

رابعا: الفحوصات الطبية:

_اختبار تقييم السمع.

_التخطيط الكهربائي للمخ.

_الأشعة المقطعية والمغناطيسية للدماغ لاستبعاد الأورام والإصابات.

_تحليل البيبتايد في البول.

_تحليل المناعة.

_التخطيط الكهربائي للمخ.

_تحليل الدم الروتيني.

10_ التشخيص الفارقي للتوحد:

نظرا لوجود تشابه بين خصائص الأطفال ذوي التوحد وبين الأطفال ذوي الاضطرابات الأخرى فانه يجب التأكد والتمييز بينهم وبين بعض الاضطرابات الأخرى مثل:

10_1 التوحد والإعاقة العقلية:

_ذوي الإعاقة العقلية قدراتهم الاجتماعية أعلى من ذوي التوحد.

_قدرات ذوي الإعاقة العقلية في المهمات غير اللفظية اقل من ذوي التوحد.

_قدرات ذوي الإعاقة العقلية اللغوية تكون متناسبة مع قدراتهم العقلية وذوي التوحد قدراتهم اللغوية ضعيفة أو قد تكون معدومة.

_وجود العيوب الجسمانية لدى ذوي التوحد اقل من ذوي التخلف العقلي.

_يظهر بعض ذوي التوحد مهارات وقدرات خاصة تشمل الذاكرة والموسيقى والفن والرياضيات بينما لا يظهر ذوي الإعاقة العقلية مثل هذه القدرات.

_طبيعة السلوكيات النمطية لدى ذوي التوحد تختلف عن ذوي التخلف العقلي.

10_2 التوحد وفصام الطفولة:

_العلاقات الاجتماعية لدى ذوي الفصام أعلى من ذوي التوحد.

_الهلاوس والأوهام وفقدان ترابط الكلام توجد في الفصام ولا توجد في التوحد.

_يبدأ اضطراب التوحد قبل سن 36 شهرا بينما من الممكن أن يبدأ الفصام في الطفولة المتأخرة.

_نسبة حدوث الفصام لدى الذكور والإناث متساو بينما في التوحد تكون 4 أولاد مقابل بنت واحده.

10_3 التوحد واضطراب التواصل:

_الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالايماءت بينما ذوي التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة.

_يستطيع الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية تعلم مفاهيم اللغة الأساسية والتعامل مع الرموز المحكية بينما لا يستطيع ذوي التوحد فعل ذلك.

10_4 التوحد واضطرابات السمع والبصر:

من الممكن أن يظهر الأطفال ذوي الصمم بعض المظاهر مثل الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيير الروتين ولكن هذه السلوكيات تعتبر ثانوية لدى ذوي الصمم ولكنها أولية وأساسية في ذوي التوحد.

يظهر بعض المكفوفين وضعاف البصر سلوكيات مثل الاستثارة الذاتية إضافة إلى حركات نمطية تشبه ما يظهره بعض ذوي التوحد.

11_أشكال التوحد:

تصدر الجمعية الأمريكية للتوحد تصنيفا يتم من خلاله تشخيص الاضطراب إلى خمسة اضطرابات وهي:

11_1 التوحد التقليدي:

وهو ما يظهر لدى الأطفال في الطفولة المبكرة ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي والتواصل واللعب والسلوك ، وينتج من خلل في الجهاز العصبي مما يؤثر في وظائف المخ.

11_2 طيف التوحد: ويشتمل على

أ_ اضطراب النمو الشامل غير المحدد:

ويشتمل على العديد من مظاهر التوحد ولكن في الغالب يكون بدرجة بسيطة وليس الشديدة أو الكاملة لكل جوانب الاضطراب ويتضح في الجوانب الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي.

ب_عرض ريت:

يكون النمو في البداية طبيعيا من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس ثم يقل نمو الرأس بين 5–48 شهرا ومن ثم فقدان للقدرات الحركية والقدرات اللغوية والترابط الاجتماعي وتخلف عقلي شديد وتتدهور الحالة بتقدم العمر.

ج_عرض اسبيرجر:

كان أسبرجر من وصف متلازمة أسبرجر كمجموعة من الخصائص السلوكية، يكون لدى الطفل ضعف في التفاعل الاجتماعي وبعض السلوكيات النمطية ولا يوجد لديه تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو العناية بالذات.

د_ اضطراب الطفولة الانحلالي:

ويظهر بعد سنتين من عمر الطفل حيث يبدأ الطفل بفقدان المهارات الأساسية ويصبح لديه حركات غير عادية ومشاكل في اللغة الاستقبالية والتعبيرية والمهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ومشكلات في التواصل وظهور سلوكيات نمطية وتكرارية وعادة يصحب بتخلف عقلي شديد.

ويرى سميث بأن اضطراب الطفولة الانحلالي يعد نادرا جدا والسمة الأكثر تمييزا هو أن هؤلاء يكون نموهم مشابه لنمو أقرانهم العاديين حتى سن 5–6 سنوات وهو الوقت الذي يبدأ فيه الارتكاز النمائي وبشكل خاص في اللغة.

12_ علاج اضطراب التوحد:

لم يوجد علاج شافٍ بعد لاضطراب التوحد، وليست هناك طريقة علاج واحدة تناسب جميع الحالات، والهدف من العلاج هو زيادة قدرة الطفل على أداء الأعمال بأكبر قدر ممكن من خلال الحد من أعراض اضطراب التوحد ودعم النمو والتعلم لديه، ويمكن للتدخل المبكر خلال سنوات ما قبل المدرسة أن يساعد طفلك على تعلم المهارات الاجتماعية والوظيفية والسلوكية الحيوية ومهارات التواصل.

وقد تساعد مجموعة من طرق العلاج والتدخلات المنزلية والمدرسية في علاج اضطراب التوحد، كما قد تتغير احتياجات طفلك بمرور الوقت ، كما يمكن لمقدم الرعاية الصحية أن يوصي بخيارات ويساعدك على التعرف على الموارد في منطقتك.

إذا تم تشخيص طفلك باضطراب طيف التوحد، تحدث إلى الخبراء بشأن وضع إستراتيجية للعلاج وتكوين فريق من المتخصصين لتلبية احتياجات طفلك التي قد تشمل خيارات العلاج:

12_1 العلاجات السلوكية والاتصالية:

تعالج العديد من البرامج مجموعة من الصعوبات الاجتماعية واللغوية والسلوكية المرتبطة باضطراب طيف التوحد، وتركز بعض البرامج على الحد من السلوكيات المثيرة للمشاكل، وتعليم مهارات جديدة، وتركز بعض البرامج الأخرى على تعليم الأطفال كيفية التصرف في المواقف

الاجتماعية أو التواصل بشكل أفضل مع الآخرين، وكذلك يمكن أن يساعد تحليل السلوك التطبيقي (ABA) الأطفال على تعلم مهارات جديدة وتعميم هذه المهارات في حالات متعددة من خلال نظام التحفيز القائم على المكافآت.

12_2 العلاجات التربوية:

غالبًا ما يستجيب الأطفال المصابون باضطراب التوحد جيدًا للبرامج التربوية التي تتميز بدرجة عالية من التنظيم، حيث تتضمن البرامج الناجحة عادةً فريقًا من الاختصاصيين، ومجموعة متنوعة من الأنشطة لتحسين المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال والسلوك، وكذلك غالبًا ما يظهر الأطفال قبل سن المدرسة ممن يحظون بتدخلات سلوكية فردية مركزة تقدمًا جيدًا.

12_3 العلاج الأسري:

يمكن أن يتعلم الآباء وأفراد الأسرة الآخرون كيفية اللعب والتفاعل مع أطفالهم المرضى بطرق تحفز المهارات الاجتماعية وتعالج المشكلات السلوكية وتعلمهم مهارات الحياة اليومية والتواصل.

12_4 العلاجات الأخرى:

بناء على احتياجات طفلك، فإن علاج النطق لتحسن مهارات التواصل، والعلاج المهني لتعليم أنشطة الحياة اليومية، والعلاج الطبيعي لتحسين الحركة والتوازن قد يكون مفيدًا، وهنا يوصي الطبيب النفسي بإتباع طرق لعلاج مشاكل السلوك دوما.

12_5 التدخلات الدوائية:

ليس هناك أي دواء في إمكانه تحسين العلامات الأساسية لاضطراب التوحد، ولكن هناك أدوية معينة تساعد في السيطرة على الأعراض، فعلى سبيل المثال قد توصف بعض الأدوية للتوحدي في حال كان يعاني من فرط النشاط؛ تستخدم الأدوية المضادة للذهان أحيانًا في علاج المشكلات السلوكية الحادة؛ كما قد توصف مضادات الاكتئاب لعلاج القلق.

المحاضرة الخامسة

الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)

1_ تعريف الإعاقة الذهنية:

حاول العديد من المتخصصين تعريف الإعاقة الذهنية فنظر كل منهم للإعاقة الذهنية بشكل كبير من وجهة نظره المهنية و طبقا لطبيعة مهنته أو تخصصه.. ولقد اهتم بتعريف ظاهرة الإعاقة العقلية الأطباء، علماء التربية، علماء علم النفس، العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية، و حتى القانونيين.

1_1 التعريفات الطبية :

من المعروف أن الأطباء هم أول مجموعة من المهنيين ممن تعاملوا مع الإعاقة العقلية ، ولقد تعاملوا مع هذه الظاهرة من خلال وجهة نظر إكلينيكية بشكل كبير ، فعرفوا الإعاقة العقلية في الغالب الأعم اعتمادا على مظاهر النمو العضوي للجهاز العصبي أو الأمراض الوراثية أو إصابات الجهاز العصبي الناشئة قبل أو أثناء الميلاد أو في مرحلة الطفولة ومنهم من عرفها من الأطباء نجد:

تعريف تردجولد " TredGold: "

عرف تردجولد الإعاقة العقلية بأن ها " حالة يعجز فى ها العقل عن الوصول إلي مستوي الفرد العادي أو استكمال النمو " و يرى في هذا التعريف أن الإعاقة العقلية ناتجة بسبب خلل في الجهاز العصبي نتيجة عدم الاكتمال لأي سبب من الأسباب العضوية بحيث تكون الإصابة ذات تعريف جيرفيس "Jervis "

عرف جيرفيس الإعاقة العقلية علي أنها " حالة توقف أو عدم استكمال للنمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة ، أو أن يكون نتيجة لعوامل جينية " و قد ركز هذا التعريف أيضا علي الجانب العضوي العصبي مضمنا التعريف بعض الأسباب العضوية التي قد تؤدي لحدوث الإعاقة العقلية * مرض ، إصابة ، عوامل وراثية * (JIRVIS :1952)

2_1 التعريفات الاجتماعية:

أ_ تعريف دول:

عرف دول الإعاقة العقلية علي أ نها " حالة من عدم الاستطاعة الاجتماعية ترجع إلي التخلف العقلي ، و هذه الحالة غير قابلة للشفاء " و قد نص التعريف علي أن الفرد المعاق عقليا:

_ غير كفء اجتماعيا و مهنيا و لا يستطيع أن يسير أموره وحده.

_ دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة " الذكاء.

_ يظل متخلفا عقليا عند بلوغ سن الرشد.

_ يظهر تخلفه منذ الولادة أو في سن مبكرة.

_ يرجع تخلفه العقلي إلى عوامل تكوينية في الأصل.

_ غير قابل للشفاء.

ونجد أن دول لا يعتمد علي محك واحد في تشخيص التخلف العقلي ويرى ضرورة الاعتماد على عدة محكات، ويتطلب ذلك دراسة ظروف الحالة ونوع الخبرات التي تعرض لها أثناء النمو وكذلك الظروف الاجتماعية والثقافية التي أثرت في النمو.. وإن كان قد قدم الجانب الاجتماعي في التعريف عندما بدأ التعريف بأن الإعاقة الذهنية عبارة عن عدم الاستطاعة الاجتماعية و هو

المحك الرئيسي للحكم علي الفرد بأن يكون معاقا اجتماعيا أو لا وبعد ذلك أرجع عدم الاستطاعة العقلية هذه للقصور في المظا هر العقلية .. ولذلك قام دول 1947 بإعداد مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي " Scale Maturity Social Vineland " لتأكيده على جانب عدم الاستطاعة الاجتماعية الذي تحدثنا عنه.

ب_ تعريف " سارسون 1953:

عرف سارسون الإعاقة العقلية علي أنها " حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي، و تصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي "ونرى هنا أيضا التركيز علي الجانب الاجتماعي واعتباره المحك الأول للتقييم والجانب الأولي بالتركيز بالرغم من عدم قدرة الاجتماعين من إغفال الجانب العضوي.

1_3 "التعريف التربوي"

فيركز على عدم القدرة على التعليم في مستو ى العاديين و على أساس مدت القدرة في الاستعداد والانجاز التحصيلي لدى الأطفال. حيث يعرف الطفل المعاق بأنه الطفل الذي يعاني من تخلف دراسي وبطء في التعلم، فهو لا يستطيع أن يستفيد إلى درجة كبيرة من برام ج المدارس العادية بسبب قصور في القدرة العقلية. أما بعض التربويين فقد أشاروا إلى أن الإعاقة العقلية تنتج عن عدم ملاءمة البيئة التعليمية وعدم قدرتها على الاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد بشكل مناسب.

1_4 تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

يتميز تعريفها من غيره بأنه يتضمن ثلاثة محكات أساسية يجب توفيرها قبل الحكم على فرد بأنه متخلف عقليا، وهذه المحكات حسب:(**كامل الالا:2011 ،205)**

أ_ انخفاض دال في الوظائف العقلية:

ويقصد بذلك هو وجود مقدار انحرافين معيارين عن المتوسط (مقياس وكسلر تكون درجة الذكاء أقل 70 أما مقياس ستانفورد بينيه تكون درجة الذكاء أقل من (68)

ب _ قصور في السلوك التكيفي:

ويشير هذا المفهوم إلى درجة كفاية الفرد على الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل عمره أو ف ئته الاجتماعية، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المس ؤولية الاجتماعية .

ج_ ظهور انخفاض في الوظا ئف العقلية والقصور التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشر، وعليه فإن احتمالات القصور في الوظا ئف العقلية والتي قد يصاحبها عجز في السلوك التكيفي والتي قد تحدث في مراحل عمرية لاحقة نتيجة عامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالات إعاقة عقلية.

2_ الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي:

- **المعاق عقليا:** هو من يعاني من تأخر أو توقف النمو العقلي ألسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الإخصاب حتى سن المراهقة، مما ي ؤدي إلى نقص الذكاء ونقص القدرة على التعلم والتكيف، ولذلك هي حالة غير قابلة للشفاء.

➢ **المرض العقلي:**

هو عبارة عن اختلال في التوازن العقلي، ومشكلات في الشخصية واضطرابات في السلوك وأيضا المرض العقلي يحدث في أي مرحلة من مراحل عمر الإنسان ولكن غالبا ما يحدث بعد سن المراهقة.

➢ **المريض عقليا:**

هو شخص معاق وجدانيا وانفعاليا ويعجز عن حل مشكلاته التي تواجهه .ما يميز المريض عقليا أنه يحدث في أية مرحلة عمرية للإنسان.

-قد يحدث بعد اكتمال نمو العقل.

-العجز الظاهر في الأداء العقلي لد ى الشخص المريض عقليا يرتبط بفترة المر فقط وبعد الشفاء منه يعود إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي.

- الشخص المريض عقليا يكون عادي الذكاء وقد يكون عبقريا وليس ذكيا فقط.

3_ أسباب الإعاقة العقلية:

3_1 عوامل ما قبل الوالدة :

وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل والدته وخلال أشهر الحمل. وهي العوامل التي تسبب الإعاقة العقلية وتحصل قبل عملية والدة الطفل، أي تحصل خ لال مرحلة الحمل، وقد تكون هذه الأسباب وراثية أو أسباب بيئية أو كليهما معا، ومن أسباب الإعاقة العقلية في هذه المرحلة ما يلي:

أ_ العوامل الجينية:

وهي العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة عل ى الكروموزومات، وقد يحدث خلل ما في إلتقاء الكروموزومات نتيجة لعوامل كيميا ئية أو نتيجة لعوامل أخر ى بحيث يؤدي ذلك إلى ظهور الإعاقة العقلية كما هو الحال في حالات متلازمة داون أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي، أو حالات كبر أو صخر حجم الدماغ .

ب_ اختلاف العامل الرايزيسي:

يعتبر اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين من العوامل الهامة والتي تسبب الإعاقة أو حالات من الإعاقة والتشوهات الولادية، وقد توصل العلم لحل هذه المشكلة من خلال إعطاء الأم إبرة من مادة (Globulin Gmma Anti D) وهي حقن الأم خالل 11 ساعة من الوالدة، من أجل منع إنتاج الأجسام المضادة لديها والتي تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لد ى الجنين.

ج_ الحصبة الألمانية:

هي من أخطر الأمراض على الأم الحامل وبخاصة في المراحل الأولى من الحمل أي في الشهور الثلاثة من بداية الحمل، حيث تشهد تلك المرحلة بدايئ تكون الحواس عرد الجنين، وعند إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية فإن الميكروب يتمكن من الوصول إلى الجنين وذلك بعد أن يخترق المشيمة المحيطة به ويسبب له إصابات في الحواس السمعية والبصرية و حتى القلب والدماغ. ولذلك فإن معظم الأطباء عندما يتأكدون من إصابة الأم الحامل وبخاصة في الثلاثة شهور الأولى، فإنهم غالبا ما ينصحون الأم الحامل بالإجهاض ، فالوقاية هنا تكون أولا

بضرورة تطعيم الفتيات عند بلوغهم سن الأزواج حيث إن تأثير المطعوم يدوم لفترة طويلة وثانيا على الأم الحامل أن تبذل قصارى جهدها من أجل أن لا تتعرض للإصابة بالحصبة الألمانية وبخاصة في شهورها الأولى من مرحلة الحمل.

د_ الأمراض التناسلية:

مثل مرض الزهري، ويكون تأثير هذا المرض على الجنين عادة في المراحل المتأخرة والذي يؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود.

هـ_ حالات التسمم:

قد تحدث حالات تسمم الجنين أثناء وجوده في الرحم أو قد يحدث ذلك بعد الولادة ، ومن المعروف أن المواد المخدرة ومنها الكحول والمخدرات بأنواعها والدخان قاد ت ؤثر على الجنين وتسبب له التخلف العقلي، وأحيانا فإن بع ض الأدوية التي تتناولها الأم الحامل وبخاصة في الأشهر الأولى من الحمل قد ت ؤثر على الجنين، خاصة عناد تناول الأم كميات كبيرة من الأدوية من دون استشارة الطبيب، وكذلك المواد الكيماوية التي تضر الجسم أو تستخدم في حفظ الطعام.

_4 الجدول التشخيصي والعيادي للتخلف العقلي:

يتعين القول في بداية حديثنا عن التشخيص في مجال التخلف العقلي أن أهمية عملية التشخيص لا تقتصر على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل، وإنما تمتد هذه الأهمية إلى ما يترتب على نتائجه من آثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التشخيص، فإذا ما أفضت هذه النتائج–مثلا–إلى أن الطفل متخلف عقليا بالفعل، فإنه سيترتب على ذلك آثار

نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته، نظرا لما ستفرضه نتيجة التشخيص تلك من تحديد للفرص المتاحة أمام الطفل في مجتمعه، ومن آثار على مفهومه عن ذاته، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه، وتوقعاتهم منه. **(يوسف القريوتي، عبد العزيز السرطاوي، 1988)**.

ومن ثم فإنه يجب توخي الشروط والمواصفات التي تضمن التوصل إلى نتائج دقيقة وصادقة من عملية التشخيص. وتعتبر عملية تشخيص حالات التخلف العقلي–من ناحية أخرى –عملية معقدة تنطوي على التركيز على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية والتربوية وأخذها بعين الاعتبار، فمع بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات التخلف العقلي من وجهة نظر طبية ، لكن بعد عام 1905م ومع ظهور مقاييس الذكاء على يد كل من العالم الفرنسي بينيه Binet ووكسلر Wechsler أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء Intelligence Quotient, I.Q كدلالة على استخدام المقاييس والاختبارات السيكومترية Psychometric Tests في تشخيص حالات التخلف العقلي، وبقي الحال كذلك حتى أواخر الخمسينيات من القرن العشرين المنصرم حين بدأ متخصصون في التخلف العقلي والتربية الخاصة وعلم النفس بتوجيه الانتقادات إلى مقاييس الذكاء والتي خلاصتها أن مقاييس الذكاء، وحدها غير كافية في تشخيص حالات التخلف العقلي إذ أن حصول طفل ما على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أن هذا الطفل متخلف عقلياً إذا أظهر نفس الطفل قدرة على التكيف الاجتماعي وقدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية وبنجاح ، ونتيجة لذلك كله ظهر بُعد جديد في تشخيص حالات التخلف العقلي ألا وهو السلوك التكيفي Adaptive Behavior ودخل هذا البعد في

عملية تعريف التخلف العقلي ، كما ظهرت المقاييس الخاصة بذلك البعد ومنها مقياس الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى مقياس السلوك التكيفي The American Association of Mental Deficiency, Adaptive Behavior Scale, AAMD, ABS) وفي العشرين عاما الأخيرة من القرن العشرين الماضي ظهرت مقاييس أخرى هي مقاييس واختبارات التحصيل الأكاديمي Academic Achievement Test والتي تهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب الأكاديمية التحصيلية لدى المتخلف عقلياً ومنها مقياس مهارات القراءة Reading Skills Scale ومقياس مهارات الكتابة Writing Skills Scale ومقياس المهارات اللغوية.

ويعتبر الاتجاه التكاملي في تشخيص التخلف العقلي من الاتجاهات المقبولة حديثاً في أوساط التربية الخاصة ، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية ، ألا وهي التشخيص الطبي، والسيكومتري والاجتماعي والتحصيلي.

ويرى كروكشانك أنه قبل أن نتخذ قراراً بإلحاق الطفل بفصل خاص بالمتخلفين عقلياً يجب أن يتم فحصه وتشخيص حالته فحصاً دقيقاً وتشخيصه تشخيصاً سليماً، ويجب أن يتضمن هذا الفحص تقييمات سيكولوجية وتربوية بل وجسمية، والواقع أن كل طفل بمعظم المدارس العامة ينال فرصة لأن يفحص من فترة لأخرى، فيما يتعلق بحالته الجسمية، والواجب أن تتوفر هذه الطريقة من الفحص للطفل المتخلف عقلياً، كما يجب أن تتعاون الأسرة مع المدرسة في هذا الصدد.

أما الفحص النفسي فيجب أن يتضمن اختبار اللغة واختبار الذكاء وتقييماً لتوافق الطفل على المستوى الشخصي والاجتماعي، وبينما نجد أن اختبارات اللغة تعد من انجح الاختبارات

في الوقت الحاضر، فإننا نجد من جهة أخرى أن اختبارات الذكاء تقدم معلومات مهمة تتعلق بقدرات الطفل، وبخاصة فيما يتعلق بالنواحي غير التحصيلية، وفي نفس الوقت يعتبر التاريخ الاجتماعي للطفل وتقويم تطور نموه في هذه النواحي عاملاً مهماً أيضاً في وضعه في المكان المناسب له ، وفي تخطيط منهج سليم للمجموعة التي ينخرط فيه.

ويمكن أن تدلنا هذه المعلومات – على سبيل المثال – عما إذا كانت لدى الطفل مشكلات انفعالية من طبيعة تجعل من الصعب عليه أن يتقبل التدريس بنجاح وتوفيق. وتفيد المعلومات كذلك في أنها توقفنا على قدرة الطفل على استخدام ذكائه في حل المشكلات اليومية، ولا شك أن بعض تلك المعلومات تساعدنا أيضاً في الوقوف على طبيعة تأخره الدراسي، ويقصد **(كمال مرسى ، 1999؛ 37)** بتشخيص التخلف العقلي تحديده من خلال ملاحظة أعراضه الداخلية والخارجية، ودراسة نشأتها وتطورها في الماضي والحاضر والمستقبل.

فالتشخيص يتضمن وصفاً دقيقاً لحالة الشخص الحاضرة، وتحديداً لمستوى تخلفه ونوعه، وعوامل نشأته وتطوره واحتمالات تحسنه في المستقبل، وعملية التشخيص ليست عملية بسيطة وهي لا تقل تعقيداً عن تشخيص (الذهان) و(العصاب) لأنها تعتمد على ملاحظة الأعراض الحاضرة وتتبع نشأتها وتطورها ، وتعتمد أيضاً على خبرة أخصائي التشخيص ومهاراته وحدسه الإكلينيكى ودقة أدواته، وبراعته في تفسير نتائجها.

كما أن الذي يدفعنا إلى القول بأن مهمة تشخيص التخلف العقلي ليست مهمة سهلة، هو أن البطء في النمو العقلي الذي يعانيه المتخلف عقلياً لا نلمسه ولا نقيسه مباشرة ، لكن نستدل عليه من ثلاث علامات تتضمنها كل التعريفات التي تصدر لتحديد مفهوم التخلف العقلي.

فلكي نحكم على الطفل بالتخلف العقلي يجب أن يثبت التشخيص انخفاضا كبيراً في مستوى قدرته العقلية العامة ، يصاحبه سلوكيات لا توافقية وظهور هاتين العلامتين في مرحلة الطفولة ولا يكفى في ذلك وجود علامة أو علامتين عند الشخص بل يجب توفر العلامات الثلاث معاً ويشير بعض الباحثين إلى أن هناك توجهين رئيسيين في مجال تشخيص التخلف العقلي هما:

أ_ التشخيص في ضوء وحدة كيان المرض:

وفيه يهتم الأطباء النفسيون بتشخيص التخلف العقلي في بداية الأمر على أساس العلاقة بين العوامل الفطرية والسلوك الظاهر ؛ فسلوك الإنسان من وجهة نظرهم تحدده عوامل فطرية وراثية بشكل مسبق وثابت ، وبحثوا عن أسباب كل سلوك متخلف واعتبروا التخلف العقلي مثل المرض الجسمي له أسباب محددة وشخصوه على أساس (وحدة كيان المرض). فالعلاقة بين العلة والمعلول – من وجهة نظرهم – علاقة قوية تجعلنا نتوقع من وجود العلة وجود المعلول ومن وجود المعلول وجود العلة.

ب_ التشخيص في ضوء عوامل متعددة:

حدث بعد أن تطورت الدراسات في مجالي علم النفس والطب النفسي أن رفض كثير من العلماء مبدأ التحديد المسبق لسلوك الإنسان ، ورفضوا أيضاً تطبيق (مبدأ وحدة كيان المرض)

سواءٌ في تشخيص التخلف العقلي أو العصاب أو الذهان ، لأن سلوك الإنسان – المتفوق والعادي والمتخلف – سلوك معقد لا يحدده سبب واحد ، بل تسهم في تحديده عوامل كثيرة وهذا ما جعل عالم النفس الأمريكي هوارد فرانسيس هنت Howard Francis Hunt (1918) يقرر أن السلوك الذي نصفه بالذكاء، محصله التفاعل بين المعطيات الفطرية والمكتسبة، وذهب أوزيبيل Ausubel إلى أن السلوك تحدده عوامل متعددة ، ومن الخطأ تفسيره بسبب واحد.

وقد أثر هذا الاتجاه على مناهج تشخيص الاضطرابات الذهانية والعصابية والتخلف العقلي، فأخذ أخصائيو التشخيص بمبدأ مساهمة العوامل المتعددة في هذه الاضطرابات السلوكية ، واستخدموا أساليب كثيرة في تحديدها ، وتحديد كيف تفاعلت العوامل في نشأتها وتطورها. **(كمال مرسي ، 1999 : 38)**

وفيما يلي تلخيص لبعض المقترحات التي تسهم في تطوير سياسات وإجراءات التقييم في مجال التخلف العقلي:

1_ الاستناد إلى فريق تقييم يشتمل على ثلاثة اختصاصيين على الأقل مما يلي، ووفقاً لما تتطلبه حالة الطفل موضع التقييم :

أ –أخصائي نفسي

ب – طبيب أطفال

ج – أخصائي اجتماعي.

د– معلم تربية خاصة اختصاصي تخلف عقلي.

هـ–أخصائيون آخرون كمعالج النطق ، واختصاصي العلاج الطبيعي.

2_ يجب ألا تقتصر نتائج عملية التقييم أو التشخيص على الحكم بوجود التخلف العقلي أو نفيه بل يجب أن تقود إلى:

أ–تحديد مستوي التخلف الذي يقع في نطاقه الطفل موضع التقييم.

ب– تقديم اقتراحات عملية للخطة التربوية الفردية.

ج– بيان الاحتياطات الخاصة للمفحوص و الخدمات المساندة التي قد تلزمه.

3_ لابد أن تتصف عملية التقييم بالشمولية سواء من حيث الجانب الذي يتم جمع بيانات عنه أو الأساليب المستخدمة في جمع البيانات.

4_ بما أن الاختصاصي النفسي يمثل العنصر الأكثر أهمية في تنسيق ومتابعة عملية التقييم خاصة في مجال تطبيق الاختبارات النفسية و العقلية و تفسيرها، فإن من الواجب أن تعتمد هذه العملية على مختصين من ذوى تأهيل عال وخبرة علمية مناسبة.

5_على فريق التقييم أن يتأكد من ملاءمة الظروف المحيطة بعملية التقييم خاصة عند تطبيق الاختبارات العقلية لضمان سلامة النتائج التي يتم التوصل إليها. ومن أهم تلك الظروف:

أ–الحالة الصحية للمفحوص حيث لا يكون مريضا أو مرهقاً.

ب–الحاجات البيولوجية للطفل كالجوع و العطش و النعاس.

جـ– الحالة المزاجية للمفحوص و تجنب شعوره بالخوف أو الملل.

د–حجرة خاصة ومناسبة لإجراء التقييم وضمان عدم المقاطعة.

هـ–الظروف الفيزيائية الملائمة مثل الإضاءة المناسبة ودرجة الحرارة، وعزل مشتتات الانتباه.

و–العلاقة الايجابية مع المفحوص وبناء ألفة بالموقف.

ز–ملاءمة أثاث حجرة التقييم بشكل يضمن جلوسا مريحا للطفل.

6_ يجب أن يشارك أحد الوالدين أو كليهما في فريق التقييم ، وينبغي أن تتعدد المحكات المستخدمة في عملية التشخيص ، ذلك أننا لا نثق في تشخيص حالة تخلف عقلي أعتمد فيها على محك واحد مهما كان ذلك المحك متميزاً بالدقة والموضوعية وذلك للأسباب التالية :

"أن التخلف العقلي لا يقتصر على التخلف في القدرة العقلية العامة أو القدرة على التحصيل أو النضج أو الصلاحية الاجتماعية ، إنما هو تخلف في جميع هذه النواحي ولا بد أن يتوفر لدينا من البيانات ما يستدل منه على وجود التخلف فيها جميعاً كي نستطيع أن نصدر حكماً ويعني ذلك أنه ينبغي أن نعتمد في تشخيصنا على عدة محكات تتناول هذه المظاهر المختلفة ويساعد على ذلك وجود فريق من الأخصائيين أي الاعتماد على وسيلة واحدة تقيس مظهر معيناً من مظاهر التخلف العقلي أمر لا يخلوا من خطأ ، فلسنا نعرف عن أي وسيلة ما يجعلنا نثق فيها تلك الثقة التي تمكننا من إصدار حكمنا بأن أحد الأطفال متخلف عقلياً – وليس هناك أقسى من الخطأ في التشخيص ووضع طفل عادي في مكان طفل متخلف عقلياً ، وربما ساعدنا تعدد المحكات وتعدد الوسائل التي تقيس كل مظهر من مظاهر التخلف على تقليل احتمالات الخطأ وهذا هو ما نهدف إليه.

هذه هي بعض الأسس التي ينبغي أن تتوفر في عملية التشخيص والتي توضح لنا صعوبة العملية على الرغم من البساطة التي قد تبدو عليها لأول وهلة وتثير هذه الأسس أمامنا

كثيراً من التساؤلات كما تفتح مجالات للبحث في تصميم أفضل الوسائل لقياس المظاهر المختلفة للتخلف العقلي.

وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن أدبيات الحقل النفسي يشير إلى أن بعضاً من الباحثين اتخذوا المظاهر السلوكية كوسيلة أو محك للتعرف على الطفل المتخلف عقلياً . وأن الباحثين اختلفوا بالنسبة لنوع المظاهر السلوكية التي يستخدمونها للتعرف على التخلف العقلي ، فيستخدم بعضهم مظاهر القدرة العقلية المعرفية العامة – كما تقاس باختبارات الذكاء – كمحك للتعرف على هذه الحالات ، ويرفض بعضهم استخدام هذا المحك ، ويفضل استخدام مظاهر النضج الاجتماعي ، والتوافق النفسي والتوافق الشخصي ، كما تبينها المقاييس الخاصة بذلك ، وقد يفضل البعض الآخر استخدام القدرة على التعلم ، وقد يستخدم آخرون "السلوك التواؤمي " ، بينما قد يرفض بعض علماء النفس استخدام محك واحد ، مفضلين استخدام عدد من المحكات ، فيأخذون مجموعة مما ذكرناه كوسائل معاونة للتعرف على التخلف العقلي.

(مختار حمزة ، 1979 : 261)

وفيما يلي إشارة لأربع نقاط في هذا الصدد الأولي : الذكاء كوسيلة لقياس التخلف العقلي:

فقد اتخذ بعض العلماء معامل الذكاء كأساس لتشخيص التخلف العقلي ، وقد غالى البعض منهم في الاعتماد على هذه النسبة إلى درجة أنهم سمحوا لأنفسهم بالتصنيف إلى تخلف عقلي كل من يقل معامل ذكائه عن 70 حتى ولو كانت 69 ، بينما يجتاز هذا الموقف كل من يزيد عن (70)حتى ولو كان (71)، ومعنى ذلك أنهم يفترضون الدقة المتناهية في اختبارات الذكاء ، وهذا غير صحيح بطبيعة الحال.

وحقيقة الأمر أننا لا نستطيع الاعتماد على اختبارات الذكاء اعتمادا كلياً للتعرف على حالات التخلف العقلي ، بل لابد أن يستخدم معها وسائل أخري حتى يكون التشخيص دقيقا و متكاملاً . وعند استخدامنا لمقاييس الذكاء كإحدى الوسائل فلابد من اختيار الاختبارات المناسبة فليست كل الاختبارات صالحة لمن نشخصهم على أنهم متخلفون عقلياً ، وليست كلها صالحة لفرد معين ، حيث قد يشكو طفل ما من ضعف السمع مثلاً أو عدم القدرة على التآزر الحركي ، وهذا كثير الحدوث بين هذه الفئة ، والمهم أن يكون الاختبار متصفاً بالصدق والثبات والموضوعية والقدرة على التمييز ، كما ينبغي أن يكون له معايير دقيقة ، وأن استخدام مجموعة من مقاييس الذكاء المناسبة يؤدى إلى نتائج أكثر دقة.

الثانية : النضج الاجتماعي وقياس التخلف العقلي:

يقصد بالنضج الاجتماعي قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية ، وهذا ما يتخذه بعض العلماء كدليل للتعرف على المستوى العقلي للشخص ، وبالتالي للتعرف على ظاهرة التخلف العقلي ، وعرفوا التخلف العقلي بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن **مواءمة نفسه مع البيئة ومع الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً في حاجة إلى رعاية وحماية خارجية.**

الثالثة : الاعتماد على أكثر من دليل لتحديد التخلف العقلي:

حيث يضع بعض العلماء عدة شروط تحدد التخلف العقلي، فهم يصفون المتخلف عقلياً بأنه:

_غير كفء اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يدير شؤون نفسه.

_ أقل من العاديين من الناحية العلمية

_ بدأ تخلفه العقلي منذ الولادة في سن مبكرة

_ يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية ، إما وراثية أو نتيجة لمرضه

_ وحالته لا تقبل الشفاء ، حيث قد ثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي

ومن ذلك كله يتضح لنا ضرورة تعدد المحكات المستخدمة في عملية التعرف على ظاهرة التخلف العقلي ، وذلك للأسباب الآتية:

1_ التخلف العقلي يحدث في نواح متعددة منها القدرة العقلية العامة والقدرة على التحصيل والنضج الاجتماعي . فلابد أن تتوفر لدنيا الدلائل التي تشير إلى التخلف في جميع هذه النواحي ،ومعنى ذلك انه ينبغي أن نعتمد في تشخيصنا على عدة محكات وأن يتعاون في التشخيص الطبيب والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وأخصائي التربية الخاصة والطبيب النفسي وأخصائي التأهيل.

2_ أن كل مقياس معرض للخطأ ، وقد يساعد تعدد المقاييس على تلافى هذه الأخطاء أو على الأقل التقليل من أثرها ، وعلى ذلك فإن تشخيص حالات التخلف العقلي لابد أن يتم على أساس استخدام عدة وسائل أهمها الفحص النفسي بما في ذلك اختبارات الذكاء اللفظية واختبارات الأداء واختبارات النضج الاجتماعي واختبارات الشخصية دراسة التاريخ المدرسي والاستعانة باختبارات التحصيل أو اختبارات الاستعداد الدراسي دراسة التاريخ النمائي للطفل الذي يتضمن النمو والتطور الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي . تاريخ الأسرة الذي يتضمن تحديد حالات الأمراض وأنواع القصور الجسمي والعقلي في الأسرة و الفحص الطبي

الشامل، ودراسة الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل ملاحظة الطفل، وهذه النقطة – تحديداً – تستحق أن نتناولها بشيء من التفصيل، كنقطة رابعة وأخيرة في هذا الخصوص.

الرابعة : ملاحظة الطفل:

إن الأسلوب السليم يتطلب إيداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظته عن قرب –لفترة أسبوعين مثلاً –وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية، والاستفسار عنه من الجميع وخاصة من الأبوين .

وقد أمكن إعداد استمارة لتسجيل الملاحظات بحيث تمكننا من استخراج المتخلفين عقلياً والتي وضعها مصمماها للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8 – 12 عاماً وتوصلا إلى أن الطفل الذي يحصل على عشرة درجات فأكثر ينبغي أن يحول إلى الأخصائيين ليقوموا بتشخيص حالته بحيث يقوى الشك إذ ذاك في أنه من المتخلفين عقلياً وفيما يلي عرض البنود التي تحتوي عليها هذه الاستمارة:

_المجموعة الأولى:

- انحراف الجمجمة شكلاً وحجماً
- تشوهات واضحة في شكل الأرجل أو الأيدي أو الأذنين أو أي جزء آخر في الجسم
- تعبير الوجه يتميز بالجمود أو أن الوجه غير معبر
- الصوت خشن وعميق
- توجد صعوبات في النطق والكلام غير مفهوم أو به بعض الأجزاء التي يصعب فهمها ، مع تمتع الطفل بقدرة سمعية طيبة

- يبدو مبتسماً ولطيفاً في جميع الأوقات والمواقف المناسبة وغير المناسبة.

-يتميز بسمنة زائدة تبدو في قصر القامة وبروز البطن.

_ المجموعة الثانية:

1_ كثير الحركة لا يستطيع أن يستقر في مقعده كبقية الأطفال.

2_ يحرك يديه دائماً ويحرك رأسه ناظراً حوله .

3_ طريقة سيره غير متزنة ، وتلفت النظر

4_ تسهل استثارته ، وقد يحطم ما تتناوله يده

5_ قد يتعدى على غيره من الأطفال بالضرب أو العض بدون سبب أو لسبب تافه

6_ يندفع إلى خارج الفصل بدون استئذان

7_ هادئ جداً

8_ منعزل دائماً ، ولا يشترك مع غيره من الأطفال في اللعب

9_ لا يرد عدوان المعتدى، وقد يبكي

10_ يبدو دائماً كما لو كان سرحاناً

_ المجموعة الثالثة :

1_ لا يستطيع أن يفهم شرح المدرس بعكس بقية الأطفال

2_ قد لا يستطيع أن يفهم بعض الأوامر أو التعليمات البسيطة

3_ لا يستطيع القيام بالعمليات الحسابية البسيطة ، وقد يستخدم أصابعه في حلها.

4_ لا يستطيع أن يرسم دائرة

5_ لا يستطيع أن يرسم مربعاً

6_ لا يستطيع أن يرسم معيناً (على شكل ماسة)

7_ ليست لديه قدرة على تركيز الانتباه كغيره من الأطفال

8_ يبدو أنه سريع الملل

9_ ذاكرته ضعيفة جداً

10_ لا يستطيع إعادة أي مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة :

(7 – 9 – 6 3) (8 – 5 – 7 2) (9 – 1 – 8 4)

11_ يبدو كما لو كان مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل.

والمستقرئ لما تمت كتابته عن عملية تشخيص التخلف العقلي يمكنه الخروج بالنتائج التالية:

- إن عملية التشخيص في مجال التخلف العقلي لا تنتهي بالتحديد الكمي أو الوصفي لسلوك المتخلف عقلياً ، بل لا بد من استخدام تلك البيانات بطريقة وظيفية للتعرف على حالة الطفل وماذا يستطيع أن يعمله في المستقبل، وأي الخدمات أصلح له بمراعاة إمكاناته المختلفة من إمكانات جسمية حركية توافقية وحسية، أو عقلية من قدرات واستعدادات ، أو نفسية عاطفية وانفعالية و اجتماعية للتفاعل الاجتماعي و التوافق مع المجتمع.
- أن الباحثين يتفقون على ضرورة التقييم الشامل، والتشخيص التكاملي أو متعدد المحكات في تحديد التخلف العقلي ، و يتفقون على عدم الاعتماد على اختبارات

الذكاء وحدها في هذا الصدد ، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية، والنفسية، والأسرية، والاجتماعية، والتربوية والتعليمية **(فاروق صادق، 1982؛ عمر بن الخطاب خليل، 1992؛ كمال مرسي، 1999 ؛ عبد المطلب القريطي، 2005)**

- أن الهدف من عملية التشخيص في مجال التخلف العقلي هو تحقيق أحد الأغراض التالية أو جميعها:

أ- إمكانية إحالة الطفل إلى فصول خاصة بالمتخلفين عقلياً للتعليم في مدارس العاديين أو معاهد التربية الفكرية.

ب-إمكانية إحالة الطفل إلى مؤسسة اجتماعية للتعليم و التدريب في مؤسسات التنمية الفكرية أو المؤسسات الاجتماعية المختلفة.

جـ-تشخيص عيوب التعلم ورسم خطط تعليمية علاجية للحالة و تشخيص المشكلات السلوكية .

د-الكشف عن إمكانات الطفل واستعداداته الممكن استغلالها في التدريب و التوجيه المهني .

هـ- متابعة الحالة في أحد المجالات السابقة للحكم على مدى إفادتها من البرنامج ، أو تحويلها إلى خدمات أكثر نفعا ، أو الحكم بإنهاء تأهيلها وتشغيلها في عمل مناسب، أو إعادة تعليمها أو تدريبها **(فاروق صادق، 1982: 337)**

المحاضرة السادسة

الاعاقة الحركية

ويقصد بها الإعاقات الجسمية، و تسمى هذه المجموعة بالفرنسية Les Moteurs Handicapés والإعاقة الحركية الجسمية هي تلك الإعاقة التي تنتج عن قصور أو عجز في الجهاز الحركي وتحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغي أو شلل الأطفال أو بتر طرف من أطراف الجسم نتيجة مرض أو حادث يؤدي إلى تشوه في العظام أو المفاصل أو ضمور يكون في الغالب ملاحظا في عضلات الجسم، كما قد ترجع أحيانا إلى العوامل الوراثية أو المكتسبة، وتشتمل هذه الإعاقات على ثلاثة أنواع وهي:

- **المقعدون:**

المقعد بصفة عامة نعني به الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته والدي كان يطلق عليه قديما لفظ كسيح، وقد تطور هدا المفهوم حاليا ليشمل فئات متعددة أوسع نطاقا من هذا المعنى ليطلق لفظ المقعد على تلك الحالات التي تعجز فيها العضلات العظام أو المفاصل عن القيام بوظيفتها الطبيعية نتيجة لشلل الأطفال أو شلل العظام أو أنواع الشلل المختلفة، بل حتى أمراض القلب ذاتها.(**حمزة مختار:1974ص32_35)**

1_ تعريفات للإعاقة الحركية منها :

يقصد بالإعاقة الحركية " بأنها حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي، والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة" **(عبيد،2012: 16)** .

(2)هي حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي أو أنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي والدراسي . **(العزة، 2000: 14)**

(3)هي عبارة عن اضطراب أو خلل غير حسي يمنع الفرد من استخدام جسمه بشكل طبيعي للقيام بالوظائف الحركية. **(أبو النجا وبدران، 2003: 143)**

من التعريفات السابقة يمكننا تعريف الاعاقة الحركية كالتالي:

عبارة عن عيب خلقي أو مكتسب في كل أو جزء من جسم المعاق يعيقه عن القيام بالوظائف الحركية والتي لا تجعله على قدم المساواة مع غيره من الأسوياء .وهذا يعني أن المعاق لا يستطيع ممارسة حياته الطبيعية العادية بسبب وجود ما يعيق القيام بتلك الأعمال الروتينية وغير الروتينية .

2_ تعريف الشخص المعاق حركيا كالتالي :

هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كلتيهما معا في الأطراف السفلي والعليا أحيانا أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية(**العواملة،2003: 27**)

3_ تقسيم **المعاقين حركيا إلى أربع فئات هما :**

أ_ المصابون باضطرابات تكوينية :

ويقصد بهم من توقف نمو الأطراف لديهم أو أثرت هذه الاضطرابات على وظائفها وقدراتها على الأداء .

ب_ المصابون بشلل الأطفال :

وهم المصابون في جهازهم العصبي مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم وبخاصة الأطراف العليا والسفلى .

ج_ المصابون بالشلل المخي :

وهو اضطراب عصبي يحدث من وجهة نظره بسبب الأعطاب التي تصيب بعض مناطق المخ، وغالبا ما يكون مصحوبة بالتخلف العقلي على الرغم من أن كثيرا من المصابين به قد يتمتعون بذكاء عادي كما قد يكون بإمكانهم العناية بأنفسهم للوصول إلى مستوى الكفاية الاقتصادية .

د_ المعاقون حركيا بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل :

وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر من أطرافهم وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم اختيارية، بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة، أو بسبب فقد بعض الأنسجة، أو بسبب الصعوبات التي قد تواجهها الدورة الدموية، أو لأي سبب آخر .

(عبيد، 2001: 12)

4_ نبذة تاريخية عن الاعاقة الحركية:

مما لاشك فيه أن تاريخ الإعاقة بشكل عام، ولا سيما الإعاقة الحركية مرتبط بأقدم الحقب الزمنية، ولربما بتاريخ نشأة البشرية، حيث انه وبالنظر إلى أسباب الإعاقة نجد أن هناك عوامل كثيرة تسبب الإعاقة الحركية من أهمها: عدم الوعي الصحي، وعدم التقدم الطبي، ومن المتعارف عليه أن المجتمعات البدائية عاشت تخبطاً صحياً وكانت تعتمد على الوسائل البدائية في العلاج للكثير من العلل والأمراض.

وبالتالي فإن الإعاقة الحركية نشأت مصاحبة بنشأة البشرية شأنها شأن الكثير من الأمراض، وقد كان يعامل صاحب الإعاقة بنوع من الإهانة والاحتقار، " ففي العصور القديمة عانى المعاقون في كثير من الأمم من الاضطهاد والازدراء والإهمال فكانوا يتركون للموت جوعا " . (فهمي، 2002: 236)

ولا شك أن هذا الاعتقاد كان ناجماً عن العديد من الخرافات التي كان يعيشها العصر القديم حيث " العمى ظلام والظلام شر والمجزوم هو الشيطان بعينه ومرضى العقول هم أفراد تلتبسهم الشياطين والأرواح الشريرة" (محمد،2002: 231) .

أما في العصر الإسلامي فقد عاشت الرعاية الخاصة بالمعاقين أزهى صور الرعاية المتنوعة للمعوقين وذلك في إطار سياسات التكافل الاجتماعي للإسلام. (هلال، 2009: 15)

ولكن الملاحظ هنا هو أن خدمات الرعاية للإعاقة الحركية والتأهيل هي الحديثة نسبياً، فشلل الأطفال مثلا كان أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعا في عقد الأربعينيات، فقد تم القضاء عليه تقريبا في بعض دول العالم عام (1966)، أما الشلل الدماغي فقد عرف من قبل

المصريين القدماء وأنه تم تمييزه عن شلل الأطفال، وقد ظهرت بعض الكتب الطبية عن الشلل الدماغي منذ عام (1479م)، إلا أن جراح العظام البريطاني (وليام لتل) قدم أول وصف عيادي الشلل الدماغي منذ عام (1843م)، ونسبة إليه فقد سمي هذا المرض باسم مرض لتل (Latte's Disease)لسنوات طويلة . (عبيد، 2012: 28)

ومع عصر النهضة الحديثة وما صاحبه من ثورات إصلاحية ظهرت حركات الاهتمام بالمعاقين حيث " أدت التطورات السريعة في الفلسفة الاجتماعية وفي نظريات التعلم وفي المجلات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة وجعلت العمل في مجال التربية الخاصة من الإثارة بقدر ما به من الصعوبة، وفي السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر، والتي كانت ما بعد الثورتين الأمريكية والفرنسية استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريب وتعليم الأطفال الذين كانون يعانون من إعاقة حسية (كالصمم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا، ثم تلتها الإعاقة العقلية والحركية" (عبيد: 2001: 22)

وفي القرن العشرين كان هنالك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم كفاية وفاعلية أساليب العلاج الطبي التقليدية، وكان هناك نظرة بضرورة الاهتمام بالأساليب التربوية إلى جانب العمليات الجراحية.

وكان القانون العام (142/94) سنة (1975) والمعروف باسم التربية لكل الأطفال المعاقين، والذي تبنته الأمم المتحدة، من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين، كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام (1981م) عامة دولية للمعاقين، بقصد لفت

أنظار شعوب العالم ودوله إلى مشكلة المعاقين الذي يبلغ تعدادهم (450) مليون معاق، وقدهدفت من وراء ذلك على المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد للمعاقين "

(عبيد، 2012: 30)

إن تأخر الاهتمام والرعاية بالإعاقة الحركية يرجع إلى عدم التقدم التكنولوجي والطبي الذي يتناسب وطبيعة الإعاقة وعلاجها، وعبئها، ولكن بالإشارة إلى الإعاقة البصرية والعقلية فإنها تعتمد بشكل أساسي على الجهد الذاتي والرغبة في عملية التأهيل بعيدا عن الأجهزة الطبية المتقدمة. إضافة إلى ذلك فإن الاهتمام بالجانب التربوي إلى الجانب الطبي الجراحي من الأمور الهامة التي ساهمت في تطور الاهتمام والرعاية للمعاقين.

5_ أنواع الاعاقة الحركية:

5_1 الشلل المخي :

هو عجز عصبي حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ، وتشير كلمة شلل في هذا المصطلح إلى أي ضعف أو نقص في القدرة على الضبط والتحكم في العضلات الإرادية يكون ناتجا عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي.

(كوافحة وعبد العزيز، 2010: 194)

5_2 التهاب المفاصل الروماتزمي :

يعرف الروماتزم بأنه عبارة عن مجموعة من الاضطرابات المختلفة تهاجم أعضاء مختلفة من الجسم ويعود أصل الروماتزم إلى أنه كلمة يونانية تعني التهاب يحدث في الجسم تسبب

أمراض المفاصل نسبة كبيرة في العالم من الإعاقة الحركية وتشمل مجموعة كبيرة من المرض كالتهاب المفاصل الرثواني المزمن والتهاب الفقرات اللاصقة وغيرها (**الصفدي، 2003: 65**)

5_3 هشاشة العظام :

مرض هشاشة العظام هو مرض خطير ولكنه نادر، ولا يعرف له سبب وإن كان الأطباء يعتقدون أن العوامل الوراثية قد تكون مسئولة، وأهم ما يميز هذا المرض افتقار العظام إلى الكالسيوم والفسفور مما يجعلها غير صلبة وبالتالي قابلة للكسر بسهولة كذلك يتميز هذا المرض بصغر حجم الجسم والضعف السمعي وازرقاق صلبة العين (**الخطيب، 2003: 84**)

5_4 استسقاء الدماغ :

يمكن تعريف هذه الحالة التي يتجمع فيها السائل المخي ألشوكي في منطقة ملامسة للمخ وقد يكون تحت الجمجمة مباشرة وقد يكون ذلك نتيجة لعيب خلقي عند الإنسان أو التعرض الأم للأمراض أو للأشعة السينية أو تناولها بعض العقاقير (**كوافحة وعبد العزيز، 2005: 195**)

5_5 إصابات الحبل الشوكي (النخاع الشوكي:

النخاع الشوكي جزء من الجهاز العصبي المركزي، وهو رمادي اللون، يمتد داخل القناة الشوكية عبر الفقرات من الدماغ، وحتى مستوى الجزء العلوي من الفقرة القطنية الثانية (L1-2) ويبلغ طوله حوالي 50سم في الإنسان البالغ، وهو يؤمن الاتصال بين أجزاء الجسم والدماغ، وأن إصابة هذا الحبل تسبب شللا في الأطراف الأربعة السفلية مما يؤدي إلى فقدان الحركة.

(أبو جياب وآخرون، 2002: 11)

5_6 الوهن العضلي:

عبارة عن اضطرابات في العضلات الإرادية في الجسم، أسبابه غير معروفة ويحدث لدى الشخص تعب وإعياء في العضلات وخاصة عضلات الوجه والرقبة والعضلات القريبة من العيون وهو اضطراب نادر قد يحدث في أية مرحلة من مراحل العمر. **(البواليز ،2000: 63)**

5_7 تشوهات الورك:

الورك هو القاعدة التي يستند عليها العمود الفقري ولذلك فإن التشوهات قد يكون لها مضاعفات على مستوى العمود الفقري، ومن الأشكال المنتشرة لتشوهات الورك خلع الورك (عدم وجود العظام في موقعها التشريحي الطبيعي) وقد أصبح علاج هذه الحالة يسيرا في الوقت الحالي.

ومن جهة ثانية فقد يكون هناك تشوه انقباض في الورك يحد من قدرة الشخص على الجلوس وقد يكون هناك تشوهات انبساطية في الحوض ويتمثل علاجها تقليديا في اعتماد أوضاع جلوس خاصة وفي إجراء عمليات جراحية أحيانا . **(الخطيب،2003: 89)**

5_ 8 مرض ليج- بيرتز:

مرض يتلف فيه مركز النمو في عظمة الفخذ ولا يزال سبب هذا المرض غير معروف بالرغم من أن البعض يعزوه للإصابات والعوامل الوراثية، ومن خصائص هذا المرض أنه يصيب الأطفال بين الرابعة والثامنة من العمر وأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث وإذا لم يعالج هذا المرض مبكرا فأنه يمنع وصول الدم إلى رأس عظمة الفخذ مما يؤدي إلى إعاقة حركية مزمنة. **(الصفدي، 2003: 118)**

5_9 الصرع:

تمثل حالات الصرع شكلا آخر من أشكال الإعاقة الحركية وتبدو مظاهر هذه الحالة في عدد من الأعراض المفاجئة غير الإرادية التي تظهر على الفرد مثل شحوب الوجه واختلال توازن الجسم والوقوع على الأرض والارتعاش وتصلب الجسم . **(الروسان، 2001: 272)**

5_10 العمود الفقري المشقوق :

هو تشوه خلقي بالغ الخطورة، يخفق فيه العصب في الإغلاق بشكل كامل وأسباب هذا التشوه غير مفهومة بعد، والعمود الفقري المشقوق أنواع مختلفة ولكن أكثر هذه الأنواع خطورة الكيس السحائي ألشوكي الذي يبرز فيه جزء من الحبل الشوكي والأعصاب خارج الفتحة في العمود الفقري ويظهر منذ الولادة على شكل كيس كبير الحجم نسبيا في أسفل الظهر والعلاج الوحيد هو الجراحة العصبية التي يجب إجراؤها بعد الولادة مباشرة إنقاذ الحياة الطفل.

وتختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع لآخر تبعا لعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة كالحروب والكوارث . **(الخطيب، 2003: 84)**

6_ أسباب الاعاقة الحركية:

تحدث الإعاقة الجسمية الحركية نتيجة لعدة أسباب وعوامل وظروف، كما تتنوع العوامل المسببة للإعاقة إلى عوامل خلقية أو وراثية أو بيئية مكتسبة كما تختلف باختلاف نوع الإعاقة وسن المعاق، ويمكن استعراضها على النحو التالي :

أولا: عوامل اجتماعية أو نظم وظواهر مجتمعية :

وهي عوامل ترتبط بنظم الزواج والإنجاب وتتشابك مع العديد من الأنظمة الاقتصادية والمجتمعية والصحية والتشريعية والعادات والتقاليد ومنها :

ـ الزواج من الأقارب في إطار الأسرة أو القبيلة وينتشر بصفة أكثر في الريف وخاصة في دول الخليج والمجتمعات البدوية .

ـ الزواج المبكر (قبل 18–20 سنة) والزواج المتأخر بعد (سن 30 سنة)

ـ انتشار الأمية وانخفاض مستوى التعليم وخاصة بين الإناث .

ـ خروج المرأة للعمل وخاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل وغياب من يرعى الطفل بدلا منها، مما يؤدي إلى أخطار تهدد حالته الصحية وتعرضه للحوادث المؤدية إلى الإعاقة .

ـ الفقر وما يترتب عليه من قصور الإمكانيات الصحية والتربوية، وتنتشر الإعاقات المختلفة وخاصة الذهنية منها بين المجتمعات الفقيرة، ولا يعني هذا أن الفقر ذاته عامل مسبب للإعاقة ولكن العوامل المسببة هي تلك التي يفرزها الفقر مثل سوء التغذية و ازدحام السكان.. إلخ .

ثانيا: أسباب تتعلق بالجوانب الصحية:

حيث إن هناك علاقة وطيدة بين الأوضاع الصحية وبين الإصابة بالإعاقة، فهناك العديد من الأمراض التي تصاحب الإنسان في خلال دورة خروجه للحياة وبعدها قد تؤدي إلى حدوث الإعاقة، ويمكن تفصيلها على النحو التالي :

-1مرحلة ما قبل الحمل :

فلا شك أن العوامل الوراثية تحدد قدرة كبيرة من طبيعة العمليات النمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجنينية للجنين مركبة من نواة الخلاي ا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عددا من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالموروثات (الجينات).حيث يتكون الزيجوت (الخلية الأولى للجنين) من ست وأربعين كروموسوم تنتظيم في ثلاثة وعشرين زوجة، إثنا وعشرون زوجا من هذه الكروموسومات متشابهة تماما ويطلق عليها (الصفات العادية) في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكوموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية .

(عبيد، 2012: 19)

-2أسباب أثناء الولادة :

إن تعرض الطفل للمخاطر أثناء الولادة يسبب له بعض الإعاقات الحركية، حيث أن الإعاقة الحركية قد تصيب المولود إذا تعرض إلى ما يلي :

-1نقص الأوكسجين أثناء الولادة أو بعدها أو حتى قبلها قد يحدث تلف ا في الأجهزة العصبية بالمخ والمسئولة عن الحركة، مما يؤدي إلى الإعاقة الحركية .

-2صعوبات الولادة وما ينتج عنها من مشكلات خلع الورك، أو إصابة الطفل يافوخ نتيجة شفطه .**(نتيل،2004: 27)**

وهناك عدة عوامل أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة منها :

-1الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي)

-2ميكانيكية عملية الوضع .

-3وضع الجنين أثناء الولادة .

-4وضع السخد (المشيمة)

-5العقاقير والبنج (لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد) .

-6الولادات المتعددة أو (ولادة التوائم)

-3أسباب بعد الولادة :

إن التأخر في اكتشاف حالات الأطفال المصابين ببعض الإعاقات لا يعني أن الأسباب البيولوجية للإعاقة حدثت بعد الولادة، كل ما في الأمر إنه لم يتم التعرف على الحالة قبل الولادة وأثناء الوضع على أن هناك حالات تحدث بعد الميلاد وتكون لها نتائج وخيمة وربما ينتج عنها وفاة الطفل . **(عبيد ،2012: 22)**

وقد تحدث الإعاقة الحركية بعد الولادة نتيجة بعض الأسباب التالية :

أ- تعرض الطفل لفيروس شلل الأطفال هو أحد أسباب الإعاقة الحركية، أو إصابة الطفل بسل العظام والذي يسبب اعوجاج في العظام، ومن ثم تعطلها بالكلية .

ب-حدوث الإعاقة الحركية يرجع إلى الإصابة بالحوادث في إصابات المرور والحريق واللعب والعمل أو السقوط أو نتيجة ظهور بعض الأورام والأمراض الخبيثة التي تنتج عن خلل وظيفة العضو، مما يؤدي إلى بتره .**(نتيل،2004: 27-28)**

ثالثا: عوامل وراثية :

من المعروف أن للعوامل الوراثية تأثيرا في نشوء الإعاقة وتطورها ويعزي لتلك العوامل المسببة في حدوث الإعاقة المتوسطة والشديدة كما يعزى للعوامل الاجتماعية والثقافية تأثيرها في الحالات البسيطة في مجال التخلف الذهني على وجه الخصوص. **(عبيد، 2003: 29)** .

رابعا: الحوادث والكوارث :

يؤدي غياب الوعي والإهمال من الأسرة إلى المدرسة إلى العديد من الحوادث التي قد تؤدي إلى الإعاقة ومنها حالات إعاقة نتيجة تناول الطفل أقراص أو مشروبات سامة، كذلك تؤدي حوادث المرور وحوادث العمل في الورش التي عمل فيها الأطفال والكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والكوارث التي من صنع الإنسان كالحروب والجريمة إلى مضاعفة حالات الإعاقة. **(هلال، 2009: 22)**

وتعتبر الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة كثيرة من الأطفال بالتلف المخي، علاوة على الإصابة في الأطراف، وفي منطقة الرأس، وغير ذلك من الإصابات الجسمية المباشرة. وكذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى، أو بعض الأمراض العصبية. **(عبيد،2012: 22)**

7_ الإعاقات المتعددة:

ويقصد بهذه المجموعة أو الفئة من المعوقين، الأفراد الدين يعانون من أكثر من إعاقة واحدة في نفس الوقت مثلا قد يكون المعوق مشلولا ومتخلف عقليا في آن واحد، أو قد يكون معوق حركيا وأصم أبكم أو قد يكون متخلف عقليا مع إعاقة الكلام وضعيف السمع والبصر.

ولا شك بأن هذه الفئة تعاني من عدة مشاكل اجتماعية نفسية وتأهيلية متعددة بسبب طبيعة الأمراض التي تعاني منها هذه الفئة والتي تتميز بأنها أمراض متزامنة ونجد بأن كثير ما تعاني هده الفئة من الفشل والإحباط النفسي الشديد بسبب الإصابات والعاهات المتعددة التي تترك آثارها النفسية والاجتماعية على هؤلاء المعوقين هذا من جهة وعلى أسرهم من جهة أخرى ، وكثيرا ما تشعر أسرهم بثقل الحمل الذي تواجهه وكذلك من مشكلة النبذ الاجتماعي خاصة في المجتمعات المتخلفة أما الشخص المتعدد الإعاقات فإنه نتيجة لما سبق ذكره يتشكل لديه سلوك عدواني ومنحرف وغالبا ما يكون إنطوائيا منعزل، وغير متوافق اجتماعيا كما تعتبر عمليات التأهيل والتدريب المهني ، النفسي ، الاجتماعي والخدمة الاجتماعية لهذه الفئة من العمليات المكلفة اقتصاديا سواء للفرد أو للأسرة أو للدولة وهذا مما يؤثر على مواصلة هذه العمليات ومن ثم الاكتفاء في علاج هذه الفئة دون رعايتها وتقديم برامج طموحة للتكفل بها وخدمتها خاصة في المجتمعات الفقيرة والنامية. **(عبد الله محمد عبد الرحمن: د.سنة ص29_33)**

المحاضرة السابعة

مشكلات الأشخاص المعاقين

تتمثل القضايا والمشاكل الرئيسية التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في العالم العربي في عدة عوامل رئيسية يمكن تلخيصها فيما يلي:

1_ المشكلات الأسرية:

يواجه الطفل المعاق في أسرته عدة مشكلات تتبع أساسا من نظرة الوالدين والإخوة للمعاق عندهم أو أنها نظرة ألم وسخرية من الآخرين؛ وقد تتمثل هذه السخرية بالرفض والحط من قيمته، واعتباره هو مشكلة الأسرة ومصدر شقائها ومعاناتها، حيث تنعكس هذه النظرة على ظهور مشاعر الرفض والإهمال والتستر عليه والانتقاص من قيمته وحقوقه، أو الشفقة عليه مما يخلق لديه مشكلات تكيفية في محيط أسرته.

ومن جهة أخرى نجد أن الإعاقة عموما و الإعاقة البدنية خاصة عندما تتداخل مع الاتصال والحركة قد يتوقع أن تتسبب في تعطيل المشاركة الاجتماعية والترفيه والعالقات الشخصية المتبادلة لحد ما، وبلا شك فان مثل هذه العزلة وحدها كفيلة بخلق ضغوط انفعالية بالضبط مثل ما يحدث بسبب فقد أحد أعضاء الإحساس أو الجسم، كما أن العزلة الاجتماعية ليس من السهل تجاوزها بالنسبة لأولئك الأفراد الذين لديهم تقييد في الحركة بسبب الإعاقة عضوية كانت أم جسدية يقيد وهي لوحدها تشكل حرمانا بالتأكيد مرا للغاية ويقلص أنماطا تفاعلات حياة الفرد العادية مع الآخرين؛ وهذا النوع من الحرمان الحسي قد ردود الفعل

الاكتئابية التي تظهر عندما تكون يفسر لنا أيضا الإعاقة مرتبطة بأحد النظامين السمعي أو البصري أوكليها.

_ 2 المشكلات الاجتماعية و الاقتصادية:

فيما يتعلق بالفقر فإن الأمر يرتبط هنا بالعديد من الجوانب ابتدءا من ضعف البيئة المعرفية لدى الأسر الفقيرة و مرورا بالعجز عن إتباع طرق التدخل المبكر التقيد تكون قادرة على منع وتفاقم بعض أنواع الإعاقة في مراحلها الباكرة حتى لا تتطور إلى إعاقات مركبة ومعقدة، وإنتهاء بالظروف التي يفرضها الفقر على أسر الأشخاص ذوي الإعاقة بما يمنع حصول الأطفال على أنواع الرعاية المختلفة في الجانبين التعليمي والصحي والدفع بهم للعمل في وقت باكر قد يصل في بعض الأحيان استغلالهم في التسول، ونود في هذا المجال إلى أن نشير إلى أن الإحصاءات العلمية تشير إلى أن معدل الفقر في أوساط الأشخاص ذوي الإعاقة يفوق الثمانين بالمائة في معظم دول العالم الأقل نموا؛ ويمكن محاولة تقريباً هذا الرقم بالمقارنة بما نراه في العالم العربي خاصة بسبب غياب الإحصائيات الدقيقة عموما ، ومن الواضح أن الأشخاص ذوي الإعاقة في الغالب تتفاقم إعاقتهم بحرمانهم من الوصول إلى التعليم والعمل والصحة والخدمات العامة مما يؤدي إلى وقوعهم في دائرة الفقر ، وهذا الفقر يؤدي في دائرة مفرغة إلى المزيد من الإعاقة بزيادة تعرض هؤلاء الأفراد إلى سوء التغذية والأمراض وظروف الحياة والعمل غير الملائم.

3_ المشكلات الصحية:

وبالنسبة للجانب الصحي نجد الأثر الكبير لضعف الوعي الصحي وعدم القدرة على توفير الرعاية الصحية والأولية بصورة متكاملة على نطاق واسع خاصة بالنسبة لشرائح الأشخاص ذوي الإعاقة وخاصة فيما يتعلق ببعض احتياجات العلاج المكلفة والتي يمكن أن تمنع حدوث وتفاقم العديد من حالات الإعاقة وإلى جانب ذلك فإن هناك المشكلة المرتبطة بتحصين الأطفال والاهتمام بصحة الأم والطفل؛ ونجد أنه في الدول التي تتوفر عنها إحصاءات أن هناك أقل من 20 % هم الذين تتاح لهم فرصة الوصول للمستشفيات والعلاج .

وإن أتينا هنا نعدد بعض المشكلات التي يعاني منها الأشخاص المعاقون فيما يلي:

_ عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الشلل الدماغي والإعاقة الحركية بشكل عام.

_ طول فترة العلاج الطبي لبعض الحالات والتكاليف الباهظة أثناء عملة التشخيص أو قلة توفر الأدوية، أو انعدام أجهزة التكفل الطبية مما يعيق مواصلة العلاج وتحقيق نتائج سليمة.

_ عدم توفر المراكز الطبية المتخصصة والمؤهلة لعالج بعض الحالات المستعصية كالشلل الدماغي.

_ عدم توفر العدد الكافي من الأخصائيين المعالجين وقلة الأجهزة الفنية لعالج هاته الحالات من الإعاقة.

_ قلة المعينات المساعدة حسب كل نوع إعاقة

4_ المشكلات التعليمية :

أما بالنسبة للتعليم فهناك الكثير المرتبط بعدم القدرة على توفير التعليم على قدم المساواة مع الأطفال غير ذوي الإعاقة نسبة للاحتياجات الخاصة التي تفرضها أنواع الإعاقة المختلفة على الأطفال ذوي الإعاقة، وبالتالي لا ينال الطفل ذو الإعاقة كل حظوظه ومتطلباته التعليمية بما يحقق تنمية قدراته الكامنة بكاملها، إضافة إلى مشاكل التعليم العامة في دول العالم الأقل نموا من ازدحام الفصول وعدم القدرة على تحقيق إلزامية الأخرى التي يعاني منها الأطفال عموما التعليم الابتدائي والأساس بصورة عادلة وكاملة للظروف الاقتصادية والاجتماعية المختلفة التي تتحكم في أسر الأشخاص ذوي أن فقط حوالي الإعاقة.

وإذا علمنا أيضا 20 %من الأطفال ذوي الإعاقة هم الذين تتاح لهم فرصة التعليم الابتدائي والأساس فيدول العالم الأقل نموا فإن ذلك ينعكس بالتالي على تفش درجة الأمية بصورة عالية لديهم عندما يكبرون وبالتالي الحرمان من العديد من المهارات المهنية والحرفية.

5_المشكلات النفسية:

وبالإضافة إلى ذلك فان العزلة الناتجة عن الفقد الدائم، الجزئي أو الكلي ألي من أنظمة الاستقبال الحس ي في الجسم أي تلك التي تمنع أو تقيد بدرجة كبيرة مصدر الاستثارة من خلال فقد الحواس، مثلما يحدث في حالة الصمم أو العمى، نجد من عدم التكيفً فيها الكثير من التأثير السالب على السلوك بما يمكن أن يؤدي إلى معدل عال نسبيا الانفعالي وعدم النضج الاجتماعي والعزلة والمواقف السالبة فيما يتعلق بالفرص الوظيفية والاجتماعية ولكن ليس من الواضح إذا ما كانت هذه النتائج تعود إلى فقد عضو الحساس ذاته أو تتأثر بالقبول

الاجتماعي للمعاق، و أيا كان السبب فان فقدان عضو الحساس ما يؤدي في الظاهر ً كثيرا إلى العديد من المصاعب في التكيف الانفعالي؛ونجد أن عدم القدر السلوكية والرفض الاجتماعي يضعان الشخص ذو الإعاقة في وضع خضوع دوني تصبح معه الكثير من الأهداف صعبة المنال. وتشير فكرة الحد من القدرة والقيمة إلى مواقف الآخرين تجاه نفسه حينما يحس باحترام اتجاه المعاق كما له انخفاض تجاه ذاته، وهذا يمكن رؤيته من خلال علاقته بالناس والاعتمادية المسبقة المرتبطة بمواقف الحماية الزائدة أو الرفض، وبالإضافة إلى لذاته ذلك فان موقف الشخص ذو الإعاقة قد يعكس تقليلا إلى المدى الذي لا تصبح معه الإعاقة قاصرة على القيود الفعلية للإعاقة فحسب وإنما تتعداها ليرى الفرد ذاته مقيدة بعدد من الطرق الأخرى، وتلعب الأوضاع الاجتماعية السائدة دورا كبيرا في الحد من هذه المشاعر السالبة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أو جعلها تستشري بالدرجة التي توقف إسهام هؤلاء الأفراد في التعبير عن ذاتهم وإثراء المجتمع بكفاءاتهم وقدراتهم.

يحتاج المرء ألن يدرك بأن عليه أن يساعد نفسه بالاستعانة بالخبرات والمعارف التي يكتسبها ممن حوله ودائما باتخاذ بعضهم ممن لهم نفس الإعاقة من الناجحين كقدوة يحتذي بها أو يحاول ما استطاع أن يجرب ويقلد خطوات حياتهم نحو النجاح.

المحاضرة الثامنة

تشخيص وفحص الأشخاص في وضعية الإعاقة

تمهيد:

يعد التشخيص والفحص النفسي وسيلة الأخصائي لفهمه للحالة التي يتعامل معها، فمن خلاله يهدف إلى جمع المعلومات المختلفة بالحالة قصد الوصول إلى فهمها حتى يتمكن من مساعدتها والتكفل بها نفسيا، فهو يساعد الأخصائي على وضع وتحديد الخطوات الأساسية التي يجب أن يتبعها ويحدد له منهجية عمله العيادي ، فالفحص والتشخيص النفسي هو التفسير العلمي والشامل للحالة والذي يتوفر على جميع المعلومات والبيانات المتعلقة بها انطلاقا بمساعدة مجموعة من الوسائل المتعددة أهمها: المقابلة، الملاحظة، دراسة الحالة، الاختبارات النفسية...وبالتالي يمكن القول أن الفحص والتشخيص هو دراسة إكلينيكية تستند على المقابلة والملاحظة والاختبارات للوصول إلى غايات تعقدها هذه العملية أهمها مساعدة الحالة وعلاجها.

1_ تعريف الفحص والتشخيص النفسي:

يعرف الفحص النفسي حسب chiland هو ذلك الفحص المعمق الذي يقوم به الأخصائي دون غيره، والذي يسعى ليس فقط البحث عن العلامات المرضية في التوظيف النفسي والعقلي للشخص، بل هو يهتم كذلك بنواحيه العادية، بهدف فهم الفرد وليس من أجل تشخيص اضطراباته فحسب، وذلك من خلال مجموعة التقنيات والأدوات الإكلينيكية والسيكومترية من أهمها الاختبارات النفسية.

وترى M.emmanuelli الفحص النفسي من المنظور الذي تدرسه لطلبتها في الجامعة والذي تدافع عنه في مختلف كتاباتها، بأنه ذلك الفحص الذي يأتي تعريفه في أبعاد عيادية

وديناميةتفرض استعمال المشرك للاختبارات التي تسمح بتقييم مختلف مظاهر التوظيف النفسي والعقلي: اختبارات القدرات العقلية، اختبارات الشخصية الإسقاطية وغير الاسقاطية، اختبارات الفاعلية إلى غيرها من أدوات التقدير السيكولوجي، في حين يمكن اللجوء إلى نمط واحد من الاختبارات في حال ما إذا كان ذلك كافيا للإجابة على الأسئلة المطروحة و يشمل الفحص زيادة عن الاختبارات السيكولوجية المقابلة العيادية والملاحظة ويأخذ بعين الاعتبار معطيات العلاقة التي تنشأ بين الفاحص والمفحوص **(emmanuellimK 2004، p1)**

وحسب Hodges 2004، فإن الفحص * باعتباره طريقة للكشف عن الحالة العقلية والتوظيف النفسي للفرد بواسطة أدوات خاصة وهي الاختبارات النفسية له أن يشمل عمل العيادي ويتبع له تخطيط وتسهيل تدخلات علاجية هادفة.

أما عن التشخيص فهو يعد من أهم أبعاد وأهداف عملية الفحص ويرمي للوصول إلى هوية المرض أو الاضطراب بنوع من الثقة ، وفهم الحالة المرضية للمريض مع محاولة الأخذ في الحسبان كل من المرض والمريض، لا يكتفي التشخيص بالأمراض بل يهتم بمميزات الشخصية وإمكانياتها ومهارتها أيضا.

فالتشخيص في علم النفس الإكلينيكي هو الفهم الكامل للحالة قصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة مشكلة المريض وأساسها، فهو بهذا تقويم لخصائص الفرد من حيث قدراته، انجازاته، سماته وأعراضه المرضية،...قصد فهم مشكلاته **(النجار 2008 ص 26)**.

فيقوم العيادي بعملية الفحص لكي يتمكن من تشخيص المشكل الذي تعاني منه الحالة، وإدراجه ضمن تصنيف محدد فالتصنيف هو الطريقة المختصرة لإعطاء معلومات حول الحالة المرضية، إنه يصف المشكل الذي يعاني منه المريض على أساس الأعراض.

فالتشخيص هو تلك العملية التي يقوم بها الإكلينيكي والتي يجمع في سياقها البيانات والمعلومات عن الفرد عن طريق تاريخ الحالة ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة تحليلية متكاملة لشخصية الفرد تتضمن وصفا دقيقا لقدراته ومشكلاته وأسبابها وذلك لوضع خطة علاجية ملائمة.

2_مراحل الفحص و التشخيص النفسي:

2_1 مراحل الفحص النفسي:

يمكن تلخيص مراحل الفحص النفسي في النقاط التالية:

_ مرحلة تحليل الطلب: يتم فيها تحديد سبب الطلب (تحديد الإشكالية) أو سبب الإحالة ، طرف الإحالة، إنتظارات، الحالة ...

_ مرحلة اختيار أدوات الفحص المناسبة لضمان صحة التقييم وتتطلب هذه المرحلة من الأخصائي النفسي أن يكون لديه معارف نظرية وأخرى تطبيقية أو عملية (الأدوات) .

_ مرحلة تطبيق الاختبارات التي تم اختيارها حسب الهدف المراد الوصول إليه, وذلك اعتمادا على منهجية محددة مع اختيار الظروف الملائمة لتطبيق هذه الاختبارات.

_ مرحلة معالجة البيانات في ضوء النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق الاختبارات النفسية في المرحلة السابقة مع إمكانية الإجابة عن بعض التساؤلات أو تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد (سبب الفحص).

_ مرحلة كتابة التقرير حول النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق الاختيار النفسي على المفحوص وذلك بعد معالجة النتائج وتقييمها في المرحلة السابقة.

_ مرحلة إرجاع النتائج التي أسفرت عليها اختبارات المطبقة واطلاع المفحوص عليها وتتطلب هذه المرحلة كفاءات وقدرات خاصة بكيفية الإعلان عن النتائج مما تجعل الأخصائي النفسي يتميز عن غيره

2_2 مراحل التشخيص:

أ_ مرحلة الإعداد la phase de préparation

وهي تتضمن عملية الاتصال بين السيكولوجي وكافة المؤسسات العائلية والتربوية أو المهنية للتعرف على مشاكل الفرد المعين، وبناء على هذا الأساس، فإنها تجمع كافة المعلومات والتقارير ثم جمع المعلومات عن طريق المقابلة ثم اختيار المناسب للقياس.

ب_ مرحلة التزود بالمعلومات: la phase des informations

وتشمل المقابلات مع الفرد المفحوص، تطبيق الاختيارات * ومن ثم تصحيحها، وبالتالي تنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها.

ج_ مرحلة تفسير المعلومات ومعالجتها: la phase de traitement des données

وهي تنظيم المعلومات التي حصل عليها الفاحص وتأويل المعاني المتضمنة فيها، وكذلك تفسير نتائج الاختبارات واستخراج كل ما يتصل بها.

د_ مرحلة اتخاذ القرارات : la phase de décisions

وتتضمن مناقشة نتائج الحالة وتشخيصها وتوضيح دلالتها ومن ثم اتخاذ قرارات نهائية مرتبطة بشأن كيفية العلاج لتلك الحالة، وأسلوب التعامل معها ويمكن تلخيص مراحل الفحص والتشخيص حسب العالمين sendberg et taylor فيما يلي:

1_ المرحلة الأولى:

وتتمثل في التعرف على تفاصيل شكوى المريض باتباع الخطوات التالية:

- الحصول على معلومات دقيقة عن المفحوص.
- الحصول على معلومات أساسية وأولية تجمع من خلال المقابلة التمهيدية، بهدف إعطاء وصف غني وتلقائي للاضطراب والآلام.
- القرارات المبدئية بصدد قبول الحالة المرضية أو توجيهها إلى الجهة المختصة.
- تحديد ادوات التشخيص المناسبة لحالة المفحوص.

2_المرحلة الثانية:

وتتضمن الخطوات التالية:

_ المقابلة التشخيصية، التي عادة ما تكون من خلال أسئلة بغرض الحصول على إجابات عميقة ودقيقة، وقد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في أهداف الفحص وأدواته وتقنياته.

_ تصحيح استجابات المفحوص من خلال الاختبارات والمقاييس المطبقة.

3_ المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة خاصة بتنظيم المعلومات وتوضيح المعاني المتضمنة للتنبؤ بشأن مستقبل الحالة الراهنة.

4_ المرحلة الرابعة:

يتم فيها وضع صورة واضحة للمفحوص يمكن من خلالها للمفحوص اتباع الخطة العلاجية المناسبة

3_أهداف الفحص والتشخيص النفسي:

يمكن تلخيص أهداف الفحص الإكلينيكي في النقاط التالية:

_ الإجابة على تساؤلات عادية خاصة من خلال ما تتبعه تقنياته من معلومات دقيقة ومحددة.

_ التوصل إلى أخذ فكرة كاملة من بنية الشخصية ووصف دقيق للسير أو التوظيف النفسي والعقلي للشخص.

_تحديد معالم الإشكالية النفسية الخاصة بالفرد والكامنة وراء العرضية المرضية التي يظهرها والتعرف على موارده النفسية وميكانيزماته الدفاعية.

_ التوصل إلى وضع فرضيات تشخيصية على ضوء التنسيق بين المعطيات والمعلومات التي توفرها مختلف تقنيات الفحص النفسي, وهو ما يتبع أيضا الأخصائي النفسي والمساهمة في مناقشة التشخيص مع باقي أعضاء الفريق العلاجي.

_التوصل إلى وضع خطة علاجية نفسية بناء على ما أسفر عنه الفحص النفسي من نتائج وتحديد الأهداف العلاجية على المديين القصير والمتوسط.

_ تعيين وتتبع التغيرات التي تطرأ على الشخص ومدى تحسن حالته خلال فترة العلاج النفسي كما تنتج تقنيات الفحص النفسي تقييم فعالية العلاج النفسي والفائدة المحققة بفضله من خلال تقييم حالة الشخص قبل وأثناء وبعد العلاج النفسي.

أما من أهداف التشخيص النفسي فيمكن تلخيصها في ما يلي:

_ تحديد العوامل المسببة.

_ التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.

_ تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي

_ الكشف عن الاستجابة للاضطراب.

_ تقدير درجة الاضطراب في مداها وفي عمقها

_ التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب

_ تحديد الأسس التي يبني عليها إختيار منهج علاجي معين.

4_أنواع التشخيص النفسي:

يمكن تلخيص أنواع التشخيص النفسي فيما يلي:

أ_ التشخيص الإكلينيكي:

فهو عملية تشير إلى تحديد أسباب وأعراض الاضطرابات النفسية حسب التصنيفات، وعلى هذا الأساس يتم اتخاذ الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالأعراض ويتركز التشخيص هنا على النقاط التالية:

_ ما هي طبيعة هذا الاضطراب (عابر, حاد, مزمن) أي ما هي مدة ظهوره.

_ كيفية وبداية ظهوره و ما هي العوامل المفجرة لظهوره (الأسباب).

_ هل هناك اضطرابات أو أعراض أخرى مصاحبة لهذا الاضطراب.

_ تصنيف الاضطراب ووضعه في الفئة المناسبة وذلك بالرجوع إلى مرجعيات علمية كدليل التشخيص الأخصائي للاضطرابات العقلية DSM.

_ كما يمكن التنبؤ بمآل الاضطراب (ما يمكن أن يصبح أو يأتي لاحقا)

ب_ التشخيص التنبؤي:

يعتمد في هذه العملية على استخدام سجلات الفرد المختلفة ويعتبر السجل التراكمي (المجمع) من أكثر الوسائل استخداما في التنبؤ بأداء الفرد المستقبلي وعلى الإكلينيكي أن يأخذ بعين الاعتبار استمرارية العوامل الخارجية عندما يضع التنبؤ النفسي

ج_ التشخيص الفارقي:

يتضمن دراسة الأسباب المحتملة للحالات وتحديد مبدئي الاضطراب, تحديد نقاط التشابه والاختلاف بين الاضطرابات إن وجد أكثر من اضطرابين (أي وجود تشابه في الأعراض) ومن أجل فهم وتصنيف الاضطرابات النفسية, هناك ملاحظات لابد أن تؤخذ بعين الاعتبار، أهمها: الأسباب الأولية ، الأسباب التي عجلت في حدوث الاضطراب ، ردود فعل المميزة للشخصية, وردود الفعل والعوامل الطبيعية.

5_أدوات الفحص والتشخيص:

5_1 المقابلة العيادية:

هناك عدة تعاريف للمقابلة العيادية، تختلف من باحث لأخر وان اختلفت في الصيغة فإنها تصب في هدف واحد، فحسب M.sillamy تستعمل المقابلة كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، أنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الاختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها كما أنها تستعمل في علم النفس العيادي بانتظام وتساعد في إعطاء حلول للمشاكل **(m.sillamy 1996 p.97)**

ويعرف مليكة 1910 المقابلة الإكلينيكية بسرعة ما على أنها تتضمن التشخيص والعلاج، مؤكد على صعوبة الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج في المقابلة الإكلينيكية، كما أشار مليكة في موضع سابق عن تعريف المقابلة الإكلينيكية إلى إن عملية التشخيص في الطب النفسي وعلم النفس تتطلب عمليات خاصة بتقويم السيمات المختلفة لشخصية المريض مما يساعد على فهم مشكلاته بناء على تجميع تلك المعلومات المتاحة واللازمة عنه وتحليلها ودراستها، وأشار أيضا أن عملية التنبؤ عبارة عن رسم ومباشرة خطة العلاج النفسي للمريض، ومتابعتها وتقويمها.

كما يرى 1976 korchin أن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض حيث يمكن وصفها بدقة وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تعطي عدة مجالات هي: العمليات العقلية وطرق التفكير، الخلل الحسي والإدراكي، الوعي بالزمان والمكان.

5_2 الملاحظة:

تعتبر الملاحظة أداة من أدوات الفحص النفسي وجمع المعلومات وذلك من خلال ملاحظة المختص للحالة وتسجيل كل ما يلاحظه، شرط أن يلتزم المختص بالدقة والموضوعية ودون ان يتدخل في مسار الأحداث (حذف آو تغيير آو إضافة أو تعديل) وللملاحظة عدة انواع يمكن تلخيصها فيما يلي:

- فمن حيث درجة الضبط نجد الملاحظة البسيطة والملاحظة المنظمة.
- ومن حيث دور الباحث فنجد الملاحظة بالمشاركة والملاحظة بدون مشاركة.
- كما قد نجد الملاحظة الطارئة والملاحظة الذاتية والملاحظة الميدانية.

5_3 دراسة الحالة:

نموذج عن كيفية القيام بدراسة الحالة:البيانات الاولية:

الاسم، الجنس، تاريخ الميلاد، الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب، أرمل، مطلق)، هل لديه أطفال، عددهم، المستور الدراسي، طبيعة العمل، عنوان السكن، رقم الهاتف، مصدر الإحالة (طبيب، مدرسة، فرد من العائلة...)، سبب الإحالة.

السوابق الأسرية: (التكوين الأسري، المعلومات الأسرية)

الأب: (الاسم، السن، المستوى الدراسي، المهنة، أمراض معينة إن وجدت...)

الأم: (الاسم، السن، المستوى الدراسي، المهنة، أمراض معينة إن وجدت...)

الإخوة: (الاسم، السن، المستوى الدراسي، المهنة، أمراض معينة إن وجدت، عددهم، ترتيب الحالة بينهم...)هل توجد قرابة دموية بين الوالدين./هل يوجد تعدد الزوجات داخل الأسرة.

السوابق الشخصية: (المعلومات الشخصية)

التاريخ الصحي، الأمراض والحوادث، هل تشكو الحالة من أي مرض صحي (ما نوعه، هل تلقت العلاج وما هي طبيعة هذا العلاج...)، هل قامت الحالة بعملية جراحية، هل تتناول الكحول والمخدرات (العادات).

الشكوى الاساسية ووصف المشكلة الحالية:

– بداية ظهور المشكلة (تاريخ ظهورها، كيفية ظهورها، مدة ظهورها، هل هي حالة جديدة ام مرت بها سابقا...)

– ما الذي جعل الحالة تأتي الآن لطلب العلاج، هل حاولت العلاج من قبل وما هي الطرق العلاجية المستعملة.

– توضيح الظروف، الأعراض السلوكية التي رافقت حدوث المشكلة، وما هي المظاهر الخارجية التي لوحظت على الحالة.

التشخيص:

في الأول يتم وضع أفكار تشخيصية أولية، وهي أول ما يتبادر إلى الذهن عن المشكلة وأسبابها المحتملة، وليس بالضرورة هي الأسباب الحقيقية، بل يمكن التأكد منها وتغييرها مستقبلا (عند توافر المعلومات، تطبيق الاختبارات...)، ثم بعدها ووفقا لما تم جمعه من معلومات وأعراض ونتائج اختبارات نقوم بالتشخيص.

العلاج (العملية آو الخطة العلاجية المقترحة):

يعطي فيه فكرة عن العلاج المقترح ومختلف الطرق العلاجية المستعملة، واهم الفنيات المستعملة والمناسبة، وأسلوب العلاج أو العلاج بما يتماشى مع الأهداف المراد تحقيقها للحالة.

- بعض التوصيات والاقتراحات عن الحالة إن وجدت.

بعض الملاحظات الهامة:

- إذا كانت الحالة من فئة الأطفال يجب إتباع نفس الطريقة المذكورة في نموذج دراسة الحالة للقيام بدراسة الحالة مع التركيز على مراحل حمل الأم (قبل/أثناء/ بعد الولادة)، مراحل النمو، الجانب الدراسي...
- أثناء القيام بوصف المقابلات العيادية مع الحالة يجب تدوين بعض الملاحظات السلوكية، بحيث يتم فيها وصف كامل للمظهر العام وسلوك الحالة وذلك بمراعاة النقاط التالية: المظهر العام، النظافة، الأناقة، حركات الجسم، اللغة التعبيرية للوجه، (مصطنعو الابتسامة ، تلقائية...)، غير معبر وجامد، متناقض التعبير، الحركات اللاإرادية، وضعية الجلوس، متحفز، مسترخي، التواصل والتواصل البصري، مستوى الانتباه، مستوى الحركة والنشاط، ترابط الكلام والأفكار، نبرة الصوت (مرتفع، منخفض)، عدم الطلاقة في الكلام، عسر التلفظ، الحالة المزاجية، الانفعالات، المؤشرات السلوكية للقلق، الاكتئاب، التوجه الزماني المكاني.

5_4 الاختبارات النفسية:

وتتمثل في مجموعة من الاختبارات التي يمكن للأخصائي النفساني ان يطبقها على الحالة بحيث تساعده هذه الاختبارات بدرجة كبيرة في العملية التشخيصية، كما أن هذه الاختبارات هي متعددة نجد منها الاختبارات الاسقاطية والموضوعية، اختبارات الذكاء...

المحاضرة التاسعة

التكفل النفسي و الاجتماعي بالأشخاص في وضعية الإعاقة

تمهيد:

تلعب الظروف النفسية للفرد المعوق وأسرته دوراً بارزاً وحيوياً في تحويل حالة العجز إلى حالة إعاقة أو في تقبل حالة العجز والتكيف معها والعمل على الإفادة من أنشطة وبرامج التأهيل اللازمة، ولابد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالباً ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهود كبيرة في العمل للتخفيف من المشاعر والضغوط النفسية التي يمكن أن تنشأ عن حالة العجز.

ونظراً لأهمية هذا الموضوع نرى أن العديد من الدراسات على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي قد اهتمت بدراسة الآثار والضغوط النفسية الناجمة عن حالة العجز والإعاقة سواء على الفرد المعوق نفسه أو على أسرة الفرد المعوق.

وهنا تشير الحديدي ومسعود(1997) إلى أن الدراسات التي اهتمت بالآثار النفسية الناجمة عن ولادة طفل معوق في الأسرة قد أكدت على أن هذه الأسر غالباً ما تتعرض لضغوط نفسية شديدة تؤثر على كيانها كنظام اجتماعي من جهة وتؤثر على أفرادها من جهة ثانية.

كما إن من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب، إنكار الإعاقة، الحماية الزائدة أو رفض الطفل المعاق وإخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظاهرها.

وكذلك فإن حالة العجز أو الإعاقة تؤثر على الفرد المعوق نفسه فهي تؤثر على فهمه وتقديره لنفسه وإمكانياته وتجعله يعيش في حالة من القلق والتوتر والخوف من المستقبل، كما قد

تؤثر في نظرته للحياة وثقته بالآخرين ... مما جعلنا هنا نهتم بما يعرف بتأهيل المعاقين نفسيا وتوضيح آليات التكفل بهم.

أولا_ التأهيل النفسي:

1_ المفهوم العام للتأهيل النفسي:

إن ا لمعنى العام للتأهيل النفسي يشير إلى مجموعة الخدمات والوسائل الأساليب والتسهيلات المتخصصة التي تهدف إلى تصحيح العجز الجسمي أو العقلي كما تسعى الى مساعدة الشخص المعوق على التكيف عن طريق الإرشاد النفسي بالإضافة إلى التدريب على العمل والتشغيل فالتأهيل Habilitation هو الذي يهتم بأولئك الذين لديهم جوانب قصور ارتقائية تبدأ في وقت مبكر في الحياة، حيث تتعدم خبرتهم الخالية من القصور، ونحاول مساعدتهم على الدخول للمجتمع والاندماج مع أفراده وتنمية أعلى درجة ممكنة من الاستقلالية لدى هذه الحالات.

وبناءا على ما سبق يمكن عرض تعريف التأهيل على النحو التالي:- يرتبط التأهيل بالشخص المعوق أو الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

- استثمار القدرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية... الخ للمعوق.
- استفادة المعوق وأسرته من الخدمات التأهيلية لفهم قدرات المعوق وإمكانياته.
- يساعد التأهيل المعوق في إعادة تكيفه لتقبل القصور والتفاعل مع المجتمع بإيجابه هو عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمعاق وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي.

2_ أهداف التأهيل النفسي للمعاق:

إن الهدف العام من التأهيل هو مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه من جهة وأن يفهم العالم المحيط به من جهة ثانية ليكون قادراً على التكيف المناسب نتيجة هذا الفهم، ويمكن تلخيص أهداف التأهيل النفسي للمعاقين كما يلي:

_ مساعدة الشخص المعاق على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات.

_ تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعاق وضبط عواطفه وانفعالاته.

_ تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة.

_المساعدة في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها والسعي إلى تحقيق أقصى درجة ممكنة من درجات تحقيق الذات.

_ تنمية وتطوير اتجاهات إيجابية نحو الحياة والعمل والمجتمع.

_ تدريب المعاق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وبالآخرين، وإدراكه لإمكاناته المحدودة، وتبصيره بها وكيفية استغلالها والاستفادة منها .

3 _أهم الخدمات التي تقدم للمعاق في عملية التأهيل النفسي فهي:

3_1 خدمات الإرشاد النفسي الفردية:

تبرز أهمية الإرشاد النفسي للمعاقين من حيث حاجتهم إلى خدمات متخصصة تؤدي إلى مساعدتهم في التخفيف من الآثار السلبية لإعاقتهم، ويمكن تعريف خدمات الإرشاد النفسي بأنها الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص المعاق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط

به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم والوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته.

3_2 خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي للمعاقين:

تشمل خدمات الإرشاد الأسري إشراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة، وتشمل كذلك تقديم النصح للوالدين بشأن خدمات البيئة التي يحتاج لها الطفل المعاق ويمكن في هذا المجال الاستفادة من المعلومات التي يقدمها الوالدان عن سلوك الطفل المعاق ومدى تقدمه، وتتضمن خدمات الإرشاد النفسي كذلك طرق إخبار وإبلاغ الأهل بمدى تقدم طفلهم المعاق في مراكز ومدارس التربية الخاصة ، كما تشمل خدمات التعليم المنزلي توعية وتدريب الأهل على كيفية رعاية وتعليم وتدريب وتأهيل أطفالهم المعاقين وتدريبهم على وسائل التعليم الخاصة في تعديل سلوك الطفل وإشراكه في نشاطات الحياة اليومية بما فيها النشاطات الاجتماعية والترويحية التي تجعله أكثر سعادة ، وتشمل خدمات الإرشاد الأسري كذلك إشراك الأهالي في الاجتماعات التي تُعقد في هذا الإطار من حيث طُرق الوقاية من الإعاقة، وكيفية التعامل مع الإعاقة ووضع البرامج الخاصة لتدريب المعاقين بمختلف أنواع الإعاقات.

3_3 خدمات تعديل السلوك:

إن تعديل السلوك مصطلح عام يشير إلى مجموعة من الإجراءات التي انبثقت من قوانين السلوك، وهي القوانين التي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك، وتعديل السلوك عملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة الهدف منها ضبط المتغيرات

المسئولة عن السلوك وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة والمتمثلة في تغيير السلوكيات ذات الأهمية الاجتماعية على النحو المرغوب فيه.

3_4 خدمات العلاج النفسي:

وتتناول المشكلات النفسية الأكثر حدة والتي تحد من تكيف الفرد مع مجتمعه وأسرته، وتساعد في جعل الشخص المعاق يتكيف مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى.

4_ دور الاخصائي النفسي في عملية التأهيل:

إن المختص النفسي الذي يساعد في تقييم القدرة العقلية للفرد المعاق، وسير الشخصية، والذي يؤثر في المعوق نفسه مستعملا لذلك وسائل العلاج النفسي، والذي يقدم للمعاق الإرشاد النفسي الذي سيؤثر في اتجاهات بيئته الاجتماعية، والذي يعمل أيضا كمستشار لفريق التأهيل فلا يساعد المعاق فقط، ولكنه يساعد الأخصائيين الآخرين في حل مشاكلهم.

تذهب جهود الطبيب مثلاً والنفساني سدى إذا لم يتوفر الحافز لدى المعاق، وإذا لم يشارك في عملية التأهيل ؛ فعندما يقوم المرشد النفسي بالعمل على تغيير هذا الوضع بالتأثير في المعاق فإن الأخصائيين الآخرين عندئذ سيحرزون تقدماً كل في مجاله.

أي أن دور الم ختص النفسي مهم جداً كغيره من أدوار الأخصائيين الآخرين في عملية التأهيل. ويلعب المرشد النفسي دوره في التأهيل الطبي والمهني لجميع فئات المعاقين المؤقتة والدائمة، ويعمل كأخصائي عيادي في عيادته الخاصة ، وفي الكثير من المراكز والأوضاع عليه أن يجمع بين هذين العملين.

5_ أهداف برامج التأهيل النفسي للمعاق:

5_1 أهداف موجهة نحو الفرد المعاق: وتشمل مايلي:

_ مساعدة الفرد المعاق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي، ذلك من خلال تقبله لذاته وظروفه وواقعه الجديد، وفهمه لخصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته المتبقية وتطوير اتجاهات إيجابية عن ذاته، ومساعدته على مواجهة ما يعترضه من معوقات والتغلب عليها.

_ مساعدة الفرد المعاق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق الاجتماعي والمهني، وذلك من خلال مساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة للمجتمع، وكذلك مساعدته على الاختيار المهني السليم الذي يتناسب مع حالته وميوله واستعداداته.

_ العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

5_2 أهداف موجهة نحو أسرة الفرد المعاق:

مساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة وذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن حالة الإعاقة ومتطلباتها وتعديل اتجاهاتها نحو إعاقة طفلها.

_ مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة الإعاقة والتخفيف من آثارها.

_ مساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم المع اق.

_ مساعدة الأسرة على بناء توقعات إيجابية وموضوعية عن قدرات وإمكانيات طفلها المعاق.

كما إن الهدف العام من إرشاد والدي الطفل المعاق هو مساعدتهم في مواجهة الظروف والمشاكل والمشاعر والعواطف التي تفرضها مرحلة التكيف التي يمرون بها ابتداء من مرحلة إدراك حقيقة اختلاف الطفل عن غيره وقبول التشخيص الذي يؤكد إعاقة الطفل وانتهاء بقبول الحقيقة وإدراك حدود الطفل ووعيه والبحث عن الوسائل الواقعية والموضوعية التي يمكن الاستفادة منها، وعلى النفساني أن يسعى مع والدي الطفل المعاق إلى تحقيق ما يلي:

_ أن يتسم موقف الوالدين بالموضوعية والفهم لحالة طفلهم المعاق.

_ فهم العوامل التي أدت إلى الإعاقة.

فهم ومعرفة درجة إعاقة الطفل وسلوكه وما هو متوقع منه مستقبلاً.

_ فهم صعوبات الطفل واحتياجاته ومواجهة هذه الاحتياجات.

_ فهم تأثير الطفل المعاق على حياة الأسرة بشكل عام وعلى الأخوة والأخوات بشكل خاص وعلى الوالدين وعلاقات الأسرة مع المجتمع.

_ فهم كيفية مساعدة الطفل المعاق على النحو وأهمية وسائل التعليم الحاضر في تعديل سلوكه وأهمية المشاركة في النشاطات الاجتماعية والترويحية التي تجعله أكثر سعادة ورضا .

_ معرفة المؤسسات الاجتماعية والتربوية التي تقدم خدمات للمعاقين بالإضافة إلى معرفة نوع الخدمات التي تقدمها المؤسسات وأثرها على نمو وتقدم الطفل المعاق ومستقبله.

6_ التكفل النفسي للمعاق:

تلعب الظروف النفسية للفرد المع اق وأسرته دورا بارزا وحيويا في تحويل حالة العجز إلى حالة تقبل وتكيف، و هنا لابد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على

حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالبا ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهد أكبر للتخفيف منها، وإن من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب أو إنكار الإعاقة أو الحماية الزائدة أو رفض الطفل المعاق وإخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظهرها.

6_1 أهداف التكفل النفسي للمعاق: يهدف التكفل النفسي للمعاق إلى ما يلي:

_ مساعدة الشخص المع اق على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والوصول إلى أقصى درجة من التوافق الشخصي وتطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات ومساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة، ومساعدته على الاختيار المهني السليم.

_ العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي تخلقها الإعاقة .

_ تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وانفعالاته .

_ تدريب المعاق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وإدراكه لإمكاناته وكيفية استغلالها.

_ مساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة.

_ تدريب الأسرة على أساليب رعاية وتدريب الطفل.

_ وسائل وأساليب وخدمات التأهيل النفسي.

6_2 مراحل التكفل الفعلي بالمعاق:

تتضمن الكفالة النفسية مراحل هامة تتلخص فيما يلي :

أ_ الفحص:

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج، من حيث أهميتها هدفها، شروطها ومصادر المعلومات كالبيانات وخطوات الفحص ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن ، ويمكن القول كذلك أنه مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.
- إن الفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فانه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وبهذا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملا بقية أبعادها، ويعتبر الباحثان Robbins Sterm الفحص النفسي:" أن يتعلم

الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص."

ب_ الهدف من الفحص:

يكمن هدف الفحص في فهم شخصية المريض ديناميا، وظيفيا، والوقوف على نواحي قوته وضعفه، تحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي، وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب إليه، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

ج _ شروط الفحص: يجب أن تراعي في عملية الفحص الشروط التالية:

– دقة وموضوعية الفحص: وهنا من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق وبالتالي تقسيم عملية العلاج، مثل إعادة بعض الاختبارات لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة العميل.

– بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق.

– حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص حتى يستطيع المعالج مساعدته فكثيرا ما يكون الفحص متعذرا بسبب ما يبديه العميل من مقاومة وعدم التعاون .

–سرية المعلومات: وهو أمر ضروري يجب أن يؤكده المعالج للمريض حتى يتحدث بحرية وثقة في جو امن.

– تنظيم المعلومات وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ويضمن الحصول على صورة كاملة للشخصية – .تقييم المعلومات التي يحصل عليها المعالج وعليه يحدد إذا كانت حقائق ثانية أو احتمالية، ويمكن قياس صدق المريض بطرح بعض الأسئلة التي يمكن الإجابة عنها بالنفي .

-وعلى الفاحص أن يضع بعض الملاحظات العامة في حسابه أثناء عملية الفحص وهي كالتالي:

- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى يسأل .

-إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية .

-الثاني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية.

- التشتت وتجنب التخمين والاستنتاج الخاطئ.

- وضع مبدأ الفروق الفردية في الحسبان.

- سالمة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد.

3_6 وسائل الحصول على المعلومات في الفحص:إن هذه الوسائل يكمل بعضها البعض ومن أهمها ما يلي:

أ_المقابلة العيادية:L'entretien clinique :

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي ع لاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والعميل في جو نفسي امن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بالإضافة إلى حسن الإصغاء يهدف إلى جمع المعلومات اللازمة والتعرف على خبرات ومشاعر واتجاهات العميل، كما قد يلجأ المعامل إلى استجواب أهل المريض وأصدقائه ، إن نتائج المقابلة مرهون بالإعداد الجيد لها، إذ يجب أن يكون المريض أثناءها مسترخيا واثقا في المعالج، تسود بينهما عالقة طيبة مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول والتسامح ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الإصغاء

ماهرا في كسب ثقة المفحوص، كما يجب أن تخلو المقابلة من الأمر والنهي والإيحاء، وعدم استعجال المريض واتخاذ صورة التحقيق .مهم في كسب ثقة المريض لأن الخطأ في التحكم الانفعالي قد يوقع المعالج في مأزق التشخيص المتسرعان الحديث عن الثقة يأخذنا إلى الحديث عن التحكم في الانفعالات للمختص المعالج وفي هذا الصدد يقول Bernard: أن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعقد بكثير من مراقبة انفعالات الآخرين.ويستعمل في معظم البحوث والدراسات والمقابلات من نوع:

- المقابلة المبدئية: وهي التي تمهد للمقابلات التالية.

- المقابلة الفردية: تتم بين المعالج والمعاق واحد فقط.

-المقابلة النصف الموجهة: هي مقيدة بأسئلة أو موضوعات أو تعليمات وال هي حرة .

-المقابلة التشخيصية.

- المقابلة العلاجية الإكلينيكية:

حيث يقوم المعالج بإجراء المقابلة في خطوات وعلى مراحل مرنة، تبدأ بالإعداد المرن، لها تحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها وبدئها بداية متدرجة مشجعة وتكون الألفة والتقبل وحسن الإصغاء وملاحظة سلوك المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة والوقت المناسب وإنهائها إنهاء متدرجا عند تحقيق هدفها، كما إن المواجهة بين المعالج والمعاق تفرض على المعالج الاعتماد أيضا على دراسة المظهر الخارجي ثم طريقة الحوار معه كذلك محتوى أفكار المفحوص وهذا للوصول إلى عملية التشخيص.

ب_ الملاحظة:

يقصد بها الملاحظة العملية المنظمة للوضع الحالي للمعاق في قطاع محدود من قطاعات سلوكه أثناء مواقف الحياة اليومية الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعية بالإضافة إلى مواقف الإحباط وغيرها عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المعاق ومن أنواعها نجد:

- الملاحظة وجها لوجه مع المريض.

- الملاحظة غير المباشرة دون اتصال مباشر مع المريض.

-ومن عوامل نجاح الملاحظة: السرية المهنية، الموضوعية، الدقة، الخبرة، الشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات ونقاط القوة والضعف وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا.

- إن إجراء الملاحظة يتطلب خطوات أساسية أهمها:

- الإعداد والتخطيط المحكم.

- تحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة.

- إجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر والاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره.

ج_ دراسة الحالة:

وهي وسيلة لجمع المعلومات حول المريض وهي تحليل دقيق الموقف العام للمريض ككل وبحث شامل ألهم خبراته، وهي وسيلة لتقديم صورة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع

المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتلخيصها ، ويعتبر تاريخ الحالة جزء من دراستها أي حياة المريض الماضية وتتبع مسار حياته ومن عوامل نجاحها ما يلي:

– التنظيم والدقة في تحري المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل.

د_ الاختبارات والمقاييس:

تعتبر من أهم وسائل جمع المعلومات وتستوجب توفر عدة شروط ألا وهو: الصدق والثبات، التقنين والموضوعية، سهولة الاستخدام، تعدد الاختبارات والمقاييس مع الاعتدال في استخدامه يتطلب إجراء الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة بعض الأمور الأساسية لاختيار حسب الحالة وحسن اختبار الأخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها بالإضافة إلى إثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب.

هـ_ التشخيص:

يعتبر التشخيص في الطب النفسي وفي علم النفس خطوة أساسية تتضمن الوصف، وتحديد الأسباب والتحليل الدينامي بقصد الوصول إلى افتراض دقيق عن طبيعة، وأساس مشكلة المريض بقصد التنبؤ ورسم خطة علاجية ومتابعتها ثم تقويمها ، وتتطلب هذه العملية جمع كل المعلومات المتاحة عن المريض ثم تحليلها وتنظيمها لفهمها ووضع الخطة العلاجية التي تتعلق بمجالات الاضطراب ومحاولة تغيير أساليب المريض لمواجهة هذه المجالات (الاضطرابات)، ويمكن أن يكون التشخيص غيابيا يعتمد على نتائج الاختبارات دون معاينة المريض نفسه، فالاختبار التشخيصي بهذا المعنى يساعد على تحديد طبيعة ومصادر

الصعوبات التي يعاني منها الفرد وقد يهدف هذا الأخير (التشخيص) إلى تحديد العوامل المسببة للمشكل الذي يعاني منه المريض ثم التمييز بين الاضطرابات الوظيفية، والعضوية، كذلك تقدير درجة الاضطراب في مداه وعمقه، وأخيرا يساعد التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطرابات فنجد الأخصائيون النفسانيون يختلفون عن موضع التشخيص أثناء عملهم مع الأفراد الذين يطلبون المساعدة النفسية، فالبعض منهم (الأخصائيون) يرون أنه يجب أن يسبق التشخيص العلاج أو المساعدة في حين هناك البعض الأخر ممن يرى أن التشخيص يتم أثناء عملية العلاج أو المقابلة الإرشادية.

كما يعتمد أيضا في عملية التشخيص على تاريخ الحالة للمريض، والتي تعتبر ذات أهمية إذا توفرت معلومات عن الشخص وماضي الاضطراب، كما توفر للأخصائي فرصة لتقصى العوامل وراء البناء النفسي الحالي، والاضطراب القائم، كما توفر فرصة للأخصائي في تكوين فرضيات حول الاضطراب وعوامله، هذا بالنسبة للأخصائي بينما توفر فرصة لتبصر المتعالج بحاضره وماضيه.

و_ العلاج:

يتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لابد على الأخصائي النفساني أن يمضي في تناولته المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، وإلا كان العمل عميقا، ينبغي إذا أن توضح خطة للعلاج وأن تكون هذه الخطة موضع التنفيذ، أما فيما يتعلق بأنواع العلاج وأسسه.

ز_ التنبؤ :Pronostic:

يمكن القول إن الفحص يتناول ماضي وحاضر العميل (ما حدث وما يحدث في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض) وما هو المرض مع نظرة إلى مستقبله أما بالنسبة للتنبؤ فهو يتناول مستقبل المرض ماذا سيحدث: في ضوء ماضيه وحاضره.

7_ أهداف التكفل العلاجي النفسي العام :

تهدف عملية الكفالة العلاجية النفسية إلى تحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية:

1 _تعديل السلوك الغير سوي لل معاق، وتعلم السلوك السوي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات توافقية

2_ إعطاء الفرصة للمعاق أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.

3_تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.

4_ إزالة أسباب المرض وعالج أعراضه، وحل المشكلات والسيطرة عليها.

5_ تدعيم نواحي القوة، وتالفي نواحي الضعف في الشخصية.

6_تحقيق تقبل الذات والآخرين، مع إقامة عالقات اجتماعية سوية.

7_ تدعيم وبناء الشخصية وتكاملها.

8_ خطوات التكفل النفسي: (إجراءاته):

العلاج النفسي هو العلاج الذي يستخدم فيه أي من التقنيات النفسية في عالج الاضطرابات النفسية والانفعالية، أو هو التأثير بشكل ما في المريض بواسطة المعالج والعالقة العلاجية، ويتبع في هذا العلاج عدة خطوات نذكر ما يلي:

أ- خلق جو وعلاقة علاج:

يتضمن هذا إعداد حجرة أو مكتب المختص النفساني وحيث يكون هادئا ومناسبا لإجراء المقابلة أو المناقشة فعلى المعالج أن يعتنق اتجاها وديا فيه قبول تسامح مع المريض وإرادته، هذا من شأنه أن ينمي الشعور بالثقة في المريض وبذلك يشعر بالأمراض والراحة النفسية ليفصح عن مشاكله الحقيقية.

ب- الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعاليrelease emotional :

عندما يسود الجو التسامحي في العالقة العلاجية، يستطيع الم عاق أن يستدعي مشاكله، ويعبر عن دونيته ومخاوفه وغير ذلك من الانفعالات، وعندما يتحدث عن هذه الأخيرة التي لم يكن يدركها من قبل، فإنها تظهر على السطح من خلال عملية الإفصاح.

ج_الاستبصار:

فيه يقوم المعالج الأخصائي النفساني بالتعرف على نواحي قوة المعاق المريض بايجابياته فيدعمها، وعلى نواحي ضعفه وسلبياته فيعالجها وتنموا بصيرته ويستفيد من ماضيه وحاضره وفي التخطيط لمستقبله.

د-إعادة التعليم الانفعالي reducation emotion:

يتعلم الفرد أساليب السلوك السوي، مما يساعده على التوافق النفسي السليم، فقد تقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى إيجابية واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله.

ملاحظة هامة:

كل ما تم توضيحه في هاته المحاضرة لابد أن نعلم مسبقا أننا لابد أن نراعي نوع الإعاقة ودرجتها.حيث هناك عدم القدرة على التواصل النهائي مع المعاق وذلك حاصل لتعقد إعاقته التي قد تكون شديدة أو حادة، عكس بعض الإعاقات التي تكون درجتها بسيطة أو خفيفة مما يمكن للمختص النفساني أن يتعامل معها.

ثانيا _ التكفل الاجتماعي:

1_ كيف يتم التعامل الأسرة مع هذه الفئة من الناحية الاجتماعية:

إن تعامل الأسرة الواعي المتفهم لوجود شخص معاق بين أفرادها، وتوفيرها المعلومات الوافية لأخوته بشكل عملي ، ومدهم بآليات التعامل السليم معه بحيث يكون الوالدين هما القدوة الحسنة أولا، كل ذلك يمد أخوة الطفل المعاق بسمات التعاطف الإنساني مع الآخرين، والقدرة على المثابرة من أجل تحقيق الأهداف، وتفهم الأخوة حالة الإعاقة، مما يسرع في استفادة أخيهم من البرامج العلاجية والتربوية المقدمة وغالبا أعظم مصدر للقوة، ولكن الآباء لا يستثمرونهم، ولا يحدث ذلك لأن الآباء لا يحبون أبناءهم، بل على فمحبتهم لهم هي السبب، فلا بد أن يكون الأخوة الحليف القوي للوالدين دون توقعات ومطالب العكس مرتفعة منهم، حتى لا يؤدي ذلك إلى حرمانهم من ممارسة طفولتهم بالشكل الأمثل كما أن كل الأسر هي فريدة سواء بوجود أو بدون شخص معاق فيها، وكل الأسر تمر بحالات الضغط خلال حياتها، والمهم في الأمر أن كل الأسر تمتلك القوة، والكل يمتلك القدرة على التعلم، والنمو والتكيف، فالتكيف مع التغير عند الحاجة، وربما يكون المثل الذي يقول (الضربة التي لا تميت تزيد قوة) صحيحا مع التغيير

والتحدي الذي يوجد مع الطفل المعاق، يمكن أن يجدد القوة والطاقة والجدارة لدى أفراد أسرته والعائلة ككل.

و إن الدراسات الحديثة عن مرونة الأسر، أظهرت أدلة بأن أسر ذوي الاحتياجات الخاصة قوية وأكثر مرونة في مواجهة الشدائد، في مقابل مع ما كان يعتقد في السابق، هذه المرونة تسهل على الأسرة التعافي والتكيف، وتساعدها على التماسك واستنتج بوس 1993 (Boss)بأن الأسر بشكل عام تتعامل مع الإعاقة إما بمواجهة الموقف أو الاستسلام بالمقارنة مع الطرق السلبية، والاعتماد على التوجيه، ولكن تقنيات التعامل الفعالة هي عادة الأكثر نجاحا ويؤكد "بوس" بأنه ليس من الصحيح التفكير بأن التعامل الفعال هو العملي، وبأن التعامل السلبي ليس لأخرى، فالعديد من العوامل الثقافية، بل إن ما هو فعال ومثمر لدى أسرة قد لا يكون بالضرورة مفيدا عمليا والموقفية تؤثر على الطريقة التي تتكيف بها الأسر وتتعامل مع وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فيها.

كما تستخدم الأسر أنواعا عديدة من استراتيجيات التعامل من أجل التكيف والتوافق مع الإعاقة، وإن من أكثر الاستراتيجيات استخداما تتمثل فيما يلي:

-البحث عن الإرشاد.

_ المشاركة في الأنشطة الدينية والبحث عن مرشد ديني الوصول إلى خدمات الدعم المجتمعي.

_ البحث عن الدعم من أعضاء الأسرة الممتدة والأصدقاء.

_ استخدام مهارات التعامل المعرفية الشخصية.

_ تقبل الطفل كما هو، بمحاولة التعرف إلى أفضل الطرق لتعليمه، نكافئ الطفل على التحسن الذي يطرأ عليه، فتعزيز التحسن يقود إلى المزيد منه، على أدائه، حتى لو أبدى التحسن بسيطا

_ يجب معاملة الطفل كما هو حسب حالته واستبعاد الأفكار والآمال السابقة.

– البحث عن الاختصاصيين في هذا المجال للحصول على الخدمة المناسبة والتوجيه السليم.

– إيجاد طريقة مناسبة خاصة للتواصل فيها مع الطفل.

– الحصول على الخبرة في التعامل مع الطفل من أولياء الأمور لديهم نفس المشكلة وذلك للاستفادة من التجارب واكتساب المزيد من الفهم والاطلاع والقراءة عن الإعاقة وذلك لمزيد من الفهم إضافة إلى تدريب الطفل على مهارات العناية الذاتية والاعتماد على النفس.

_ الاستعانة بالعلاج الدوائي عند الحاجة وتحت إشراف طبيب مختص.

_ اللعب مع الطفل لما له من أثر في بناء التفاعل الاجتماعي والتواصل بينه وبين الغير

يجب على أسرة ذوي الاحتياجات الخاصة أن تهيئ له كل الظروف المناسبة للتغلب على إعاقته.

_ يجب على كل أسرة ذوي الاحتياجات الخاصة أن تتيح له كل ما يستحق من حب ورعاية وتشجيع كبقية الأفراد الأصحاء وان تتجنب إثارته أو جرح كرامته لئلا يسبب له الانطواء وفقدان الثقة بالرفس.

المحاضرة العاشرة

الاستراتيجيات الفعالة لعملية الدمج النفسي والاجتماعي للشخص المعاق.

1_تعريف الدمج:

هي عملية تهدف إلى توفير الخدمات التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة بجانب أقرانهم الأسوياء من خلال الأنظمة التعليمية العامة.

1_1 تعريف هيجارتي للدمج:

الدمج يعني تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية بحيث يتم تزويدهم ببيئة طبيعية تضم أطفالاً أسوياء وبذلك يتخلصون من عزلتهم من المجتمع.

1_2 تعريف تيرنل للدمج:

الدمج هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال المعوقين، والأطفال غير المعوقين في الصفوف العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل.

1_3 تعريف كوفمان للدمج:

الدمج هو التكامل الاجتماعي والتعليمي المؤقت للأطفال المعوقين مع أقرانهم الأطفال الأسوياء (التلاميذ) وذلك بالاعتماد على التخطيط التربوي المستمر وبناء البرامج التي تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية وتوضيح مسؤوليات العاملين في مجال التربية الخاصة أو التربية العادية لكل من المديرين والمعلمين المساندين.

2_ مفهوم الدمج:

يعتبر مفهوم الدمج كفلسفة حديثة في التربة الخاصة مصطلحاً ظهر نتيجة وجود المؤسسات الخاصة والداخلية التي قيدت الطفل المعاق، وعزلته عن مجتمعه فأصبح يعيش

غريب في وسط مجتمعه وبين أهله، وبالتالي ظهر مفهوم الدمج وذلك للتحرر من تلك المؤسسات، والمقصود من الدمج هو التكامل والتطبيع والإدماج للأطفال المعاقين مع الأطفال الأسوياء في المدرسة العادية وهناك أربعة أنواع من التكامل التي يتم من خلاله تطبيق الدمج:

أ_ التكامل المكاني:

وضع الأطفال المعاقين في فصول ملحقة بمدرسة عادية (هذا ما هو يطبق حالياً في كل برامج التربية الخاصة بالمملكة.

ب_ التكامل الوظيفي:

إشراك المعاقين مع الأطفال الأسوياء في استخدام الموارد المتاحة في العملية التربوية والتعليمية في المدرسة.

ج_ التكامل الاجتماعي:

يشير إلى إشراك الأطفال مع التلاميذ الأسوياء في الأنشطة غير المنهجية مثل: طابور الصباح –الإذاعة الصباحية– الزيارات والرحلات– الحفلات المدرسية– وفي بعض الأحيان في مادتي التربية الفنية والرياضية ويعتبر التكامل الاجتماعي أكثر الطرق نجاحاً.

د_ التكامل المجتمعي:

يشير إلى إتاحة الفرصة للمعاقين للحياة في مجتمعهم بعد التخرج من المدرسة حتى تضمن لهم حق العمل والاعتماد على النفس.

3_ أثر الدمج على المعاق:

للدمج أثر على نفسه المعاق من خلال دمجه في المدرسة العادية ويكون الأثر في جانبين:

الأثر النفسي والأثر الاجتماعي:

أولاً: الأثر النفسي:

للدمج أثره الإيجابي في غالب الأحيان على نفسية ال شخص المعاق، فهو يؤدي إلى أن يقدر ذاته (مفهومه لذاته) ويحس بوجوده ،وكذلك الدمج يجنبه تكرار الفشل في بعض التصرفات الفردية، حيث يتقمص أو يقلد زميله السوي في ردود بعض الأفعال أو السلوكيات الإيجابية، وينتج عن ذلك توافق نفسي واجتماعي أي متكيف مع نفسه وشعوره بأنه سوي مثله مثل أقرانه الأسوياء في الم جتمع، أي أنه ليس غريباً بين محيطيه، كذلك يتعلم ويكتسب من احتكاكه السوي اللغة أو نطق بعض الكلمات الصعبة من خلال تفاعله معه م،و يتعلم كذلك القدرة على الحوار.

ولذا للدمج أثره النفسي حيث يكسب ال شخص المعاق قدرة على تكوين علاقات شخصية وقدرة على الحوار ولو بشكل بسيط ، أيضاً المنافسة من خلال العلاقات الجماعية، وللدمج أثره على نفسية والدي وأفراد أسرة ال شخص المعاق، بأن يخفف من معاناتهم ويريحهم نفسياً بأن ابنهم يدرس ضمن الأطفال الأسوياء الذي يؤثرون إيجابياً في نفسيته وسلوكه، وكذلك الارتياح النفسي على أسرة الشخص المعاق بأنه يدرس في مدارس التعليم العام وليس في مدارس خاصة بالمعاقين هذا الارتياح النفسي للأسرة ينعكس إيجابياً في تقبل ابنهم، والاهتمام والمتابعة الدائمة له، وكذلك الارتياح النفسي للأسرة في نطاق المجتمع بأن المحيط الاجتماعي للأسرة لا يرون

بأن هذا الشخص معاق إعاقة شديدة وبالتالي تكون النظرة له ولأسرته إيجابية مما يخفف من معاناة الأسرة.

ثانياً: الأثر الاجتماعي للدمج:

للدمج أثره الاجتماعي على ال شخص المعاق ذلك من خلال تكوينه علاقات مع أقرانه الأسوياء وتفاعله معهم ضمن مجتمع المدرسة مثلا، وبالتالي يعمم ذلك على المجتمع الخارجي والمجتمع ككل أي أنه يحس ويقدر ذاته وأنه ضمن هذا المجتمع، كما أن الدمج يؤدي إلى التوافق النفسي والاجتماعي حين يقدر ذاته سيكون صداقات مع أقرانه الأسوياء حتماً سوف يتوافق اجتماعياً وقد يلتقي مع أحد من زملائه الأسوياء خارج إطار المدرسة، وقد يكون في الشارع أو الحي السكني الواحد، مما يؤدي إلى أن الطفل السوي يتقبل هذا الطفل غير العادي ويبني معه علاقة اجتماعية جيدة، نتيجة لمروره بتجربة سابقة في التعامل مع هذا الطفل ضمن إطار المدرسة كذلك للدمج أثره على أسرة الطفل المعاق، حيث تنظر إلى أن ابنها يدرس ضمن الأطفال الأسوياء في مدرسة عادية وقد يذهب مع شقيقه السوي أو مع أبناء جيرانه إلى نفس المدرسة ويؤدي هذا إلى تخفيف معاناة الأسرة نتيجة لوجود طفل معاق وارتياحها من أن الدمج يؤدي إلى التطبيع والتكامل الاجتماعي بين ابنهم وأقرانه الأسوياء.

ويرى أحد الباحثين ومن خلال خبرته في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً في معهد التربية الفكرية كان بعض الطلاب يلقي على بعض الأسئلة الصعبة وذات مرة سأل أحد الطلاب لماذا أدرس في هذا المعهد وأخواني يذهبون مع والدي لمدرسة أخرى ؟ إني أريد أن أذهب مع إخواني وأدرس معهم. من خلال هذا الإحساس لهذا الطفل المعاق عقلياً، يدرك أنه في معزل عن

المجتمع الذي يعيش فيه وأقربهم لذلك إخوانه الذي لا يشاركونه العملية التعليمية في بيئتها الطبيعية ولذا أسلوب الدمج، سوف يقضي على هذا الشعور لدى الطفل المعاق بأنه يتعلم في بيئته الطبيعية وضمن أفراد مجتمعه وليس بمعزل عنه وأنه يتقلى تعليمه مع إخوانه وأبناء الحي ضمن إطار المدرسة على الرغم من أنه في فصول مدمجة ولكن ذلك يخفف حدة الشعور لديه بأن هذا المجتمع يشعر ويحس به ويثبت كيانه وشخصيته بأن جعله يدرس في هذه المدرسة العادية وضمن أقرانه الأسوياء.

ثاثا: تعامل الأسرة مع المعاق من الناحية الاجتماعية:

إن تعامل الأسرة الواعي المتفهم لوجود شخص معاق بين أفرادها، وتوفيرها المعلومات الوافية لأخوته بشكل عملي ، ومدهم بآليات التعامل السليم معه بحيث يكون الوالدين هما القدوة الحسنة أولا، كل ذلك يمد أخوة الطفل المعاق بسمات التعاطف الإنساني مع الآخرين، والقدرة على المثابرة من أجل تحقيق الأهداف، وتفهم الأخوة حالة الإعاقة، مما يسرع في استفادة أخيهم من البرامج العلاجية والتربوية المقدمة وغالبا أعظم مصدر للقوة، ولكن الآباء لا يستثمرونهم، ولا يحدث ذلك لأن الآباء لا يحبون أبناءهم، بل على فمحبتهم لهم هي السبب، فلا بد أن يكون الأخوة الحليف القوي للوالدين دون توقعات ومطالب العكس مرتفعة منهم، حتى لا يؤدي ذلك إلى حرمانهم من ممارسة طفولتهم بالشكل الأمثل كما أن كل الأسر هي فريدة سواء بوجود أو بدون شخص معاق فيها، وكل الأسر تمر بحالات الضغط خلال حياتها، والمهم في الأمر أن كل الأسر تمتلك القوة، والكل يمتلك القدرة على التعلم، والنمو والتكيف، فالتكيف مع التغير عند الحاجة، وربما يكون المثل الذي يقول : (الضربة التي لا تميت تزيد قوة) صحيحا مع التغيير

والتحدي الذي يوجد مع الطفل المعاق، يمكن أن يجدد القوة والطاقة والجدارة لدى أفراد أسرته والعائلة ككل .إن الدراسات الحديثة عن مرونة الأسر، أظهرت أدلة بأن أسر ذوي الاحتياجات الخاصة قوية وأكثر مرونة في مواجهة الشدائد، في مقابل مع ما كان يعتقد في السابق، هذه المرونة تسهل على الأسرة التعافي والتكيف، وتساعدها على التماسك واستنتج بوس (Boss 1993) بأن الأسر بشكل عام تتعامل مع الإعاقة إما بمواجهة الموقف أو الاستسلام بالمقارنة مع الطرق السلبية، والاعتماد على التوجيه، ولكن تقنيات التعامل الفعالة هي عادة الأكثر نجاحا ويؤكد "بوس" بأنه ليس من الصحيح التفكير بأن التعامل الفعال هو العملي، وبأن التعامل السلبي ليس لأخرى، فالعديد من العوامل الثقافية ، بل إن ما هو فعال ومثمر لدى أسرة قد لا يكون بالضرورة مفيدا عمليا والموقفية تؤثر على الطريقة التي تتكيف بها الأسر وتتعامل مع وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فيها.

تستخدم الأسر أنواعا عديدة من استراتيجيات التعامل من أجل التكيف والتوافق مع الإعاقة، وإن من أكثر الاستراتيجيات استخداما تتمثل فيما يلي:

_البحث عن الإرشاد.

_ المشاركة في الأنشطة الدينية والبحث عن مرشد ديني الوصول إلى خدمات الدعم المجتمعي

_ البحث عن الدعم من أعضاء الأسرة الممتدة والأصدقاء

_ استخدام مهارات التعامل المعرفية الشخصية

_ تقبل الطفل كما هو بمحاولة التعرف إلى أفضل الطرق لتعليمه، نكافئ الطفل على التحسن الذي يطرأ عليه ، فتعزيز التحسن يقود إلى المزيد منه ، على أدائه ، حتى لو أبدى التحسن بسيطا _ يجب معاملة الطفل كما هو حسب حالته واستبعاد الأفكار والآمال السابقة.

– البحث عن الاختصاصيين في هذا المجال للحصول على الخدمة المناسبة والتوجيه السليم.

– إيجاد طريقة مناسبة خاصة للتواصل فيها مع الطفل.

_ الحصول على الخبرة في التعامل مع الطفل من أولياء الأمور لديهم نفس المشكلة وذلك للاستفادة من التجارب واكتساب المزيد من الفهم والاطلاع والقراءة عن الإعاقة وذلك لمزيد من الفهم إضافة إلى تدريب الطفل على مهارات العناية الذاتية والاعتماد على النفس.

_ الاستعانة بالعلاج الدوائي عند الحاجة وتحت إشراف طبيب مختص.

قائمة المراجع

1_ بطرس بطرس حافظ، (2007): **ارشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم**، ط1، دار المسيرة للطبع والنشر، عمان، الاردن.

2_ بركات لطفي, (1982): **تربية المعوقين في الوطن العربي**, دون طبعة، دار المريخ,الرياض

3_الحديدي منى صبحي,(2000): **الاعاقة البصرية – الأبعاد السيكولوجية والتربوية** ،د ط **دائرة المطبوعات والنشر, عمان الأردن**

4_ الحديدي منى صبحي, (1998): مقدمة في الاعاقة البصرية, **دائرة المطبوعات والنشر, عمان، الأردن.**

5_ **حمزة مختار: 1979 ، سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى :الأمراض الجسمية والنفسية والجسمية النفسية والأمراض العقلية، دار المجمع العلمي.**

6_ حسني العزة سعيد, (2000): **الاعاقة البصرية**, ط1, دار العلمية ودار الثقافية للنشر والتوزيع، عمان, الأردن

7_ خالد عبد الرزاق, (2002): **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة** ، ط1 ،مركز الإسكندرية للكتاب, مصر.

8_ زيتون عايش محمود، (1994): أساليب تدريس العلوم، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.

9_ القريوتي يوسف وآخرون،(1995): **مدخل الى التربية الخاصة**، د ط، دار القلم، دبي، الإمارات.

10_ سليمان عبد الواحد،(2010): **سيكولوجية ذوي الاعاقة الحسية** ، ط1، ايتراك للطبع والنشر، القاهرة، مصر.

11_ السّيد وليد خليفة ومراد عيسى, (2007): **كيف يتعلم المخ ذوي الاعاقة البصرية** ط2, دار الفكر, الأردن.

12_ عبد الحميد نورة المصري, (1991): **رعاية الطفل المعوق**, دار الفكر العربي، القاهرة, مصر.

13_ عبد الحي ومحمود حسن, (2002): **متحدوا الاعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية** , دون ط، دار الفكر العربي, القاهرة, مصر.

14_ القريطي عبد المطلب, (2001): **الصحة النفسية**, ط5, مكتبة النهضة المصرية القاهرة.

15_ عبد الرحيم فتحي السيد, (1982): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** ج1، ط1 الكويت.

16_ عبيد السّيد ماجدة, (2000): **المبصرون بآذانهم – الاعاقة البصرية** – ،ط1 دار الصفاء للنشر والتوزيع, عمان, الأردن.

17_ عبيد السّيد ماجدة,2014، ذوي التحديات الحركية،مكتبة طريق العلم، الاردن

18_ غنيم محمد ابراهيم (2008): فاعلية برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات الحياتية للمكفوفين في مرحلة الروضة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية رياض الأطفال،جامعة الاسكندرية، مصر.

19_ عمر بن الخطاب خليل 1991، التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية ، مجلة الدراسات النفسية ، القاهرة

20_ كامل زياد اللالا وآخرون:2011، اساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر، السعودية.

21_ ابراهيم مرسى كمال : (1996)مرجع فى علم التخلف العقلى، دار القلم، الكويت

22_فاروق صادق:1982، سيكولوجية التخلف، جامعة الملك سعود، عمادة شئون المكتبات، السعودية

23_ العوالمة حابس: 2003، سيكولوجية الأطفال غير العاديين "الإعاقة الحركية" الاهلية للنشر والتوزيع والطباعة، لبنان

24_محمد سيد فهمي: 2003، السيد عبد الحميد عطية ، عمليات طريقة العمل مع الجماعات ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر

25_كوافحة وعبد العزيز، 2010، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن.

26_عصام حمدي الصفدي:2003، الاعاقة الحركية و الشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع عمان،الاردن.

26_ فاروق الروسان: 2001، مقدمة في التربية الخاصة :سيكولوجية الاطفال غير العاديين ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان، الاردن

المراجع الاجنبية:

27_ **Bankes. (**1982**):** vsual impairment**. Unpublished mad thesis the University of Tennesse Knoxville**

28_ Dion, M ; Hoffman, K & Matter, A (2000). **Teachers Manual for Adapting Science**

29_ **Werner David.(**1991**):** L’enfant handicape au village **: guide a l’usage Agent d readaptaion et des familles / S. L HADICAP INTERNATIONAL**