

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة ابن خلدون تيارت
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



المطبوعة الخاصة بـ:

محاضرات الدمج المدرسي

المستوى: السنة الأولى ماستر
الشعبة: علم النفس

تأشيرة المجلس العلمي للكلية:

من اعداد:
أ. وليد العيد

السنة الجامعية: 2022-2023

فهرس المحتويات

- 05..... ملخص المطبوعة.
- 07..... مقدمة.
- 07..... 1- نبذة تاريخية عن الدمج او الادمج المدرسي.
- 08..... 2- التطور التاريخي لرعاية وتأهيل المعوقين.
- 13..... 3- التطور التاريخي لمفهوم الدمج.
- 15..... 4- مشروع الدمج في الجزائر.
- 16..... 5- مفهوم الدمج او الادمج.
- 17..... 6- الرعاية التربوية (التعليمية) للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 18..... 7- اهداف الدمج او الادمج.
- 19..... 8- الشروط الموضوعية للدمج.
- 19..... 9- مراحل الدمج او الادمج.
- 21..... 10- أنواع وإشكال الدمج.
- 24..... 11- أسباب الدمج.
- 24..... 12- أهداف الدمج.
- 25..... 13- اسس الدمج.
- 25..... 14- طرق الدمج.
- 26..... 15- الصعوبات التي تواجه عمليات الدمج.
- 27..... 16- معلم التربية الخاصة.
- 28..... 17- التخلف العقلي.
- 30..... 18- اسباب التخلف العقلي.
- 31..... 19- أنواع التخلف العقلي.

- 20- مظاهر التخلف العقلي.....34
- 21- أساليب الوقاية والعلاج من التخلف العقلي.....35
- 22- الأساليب المتبعة لعلاج المتخلفين عقليا.....36
- 23- كيفية ادماج المتخلفين عقليا وتأهيلهم.....37
- 24- أطفال التوحد.....46
- 25- الإعاقة الحركية.....49
- 26- أنواع الإعاقة الحركية.....50
- 27- أسباب الإعاقة الحركية.....57
- 28- خصائص الإعاقة الحركية.....57
- 29- حاجات المعاق حركيا.....59
- 30- الإعاقة البصرية.....59
- 31- تصنيف الإعاقة البصرية.....61
- 32- اشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية).....61
- 33- أسباب الإعاقة البصرية.....67
- 34- اعراضها.....68
- 35- تشخيص الإعاقة البصرية.....69
- 36- اهم المظاهر السلوكية التي تدل على احتمال وجود اعاقه بصرية.....70
- 37- الوقاية من الإعاقة البصرية.....70
- 38- كيفية دمج المعاقين بصريا.....71
- 39- الإعاقة السمعية.....74
- 40- تشريح اقسام الاذن.....75
- 41- مراحل تطور السمع.....77

- 42- كيف تتم عملية السمع؟ 79
- 43- تعريف الإعاقة السمعية..... 80
- 44- تصنيفات الإعاقة السمعية..... 81
- 45- أسباب الإعاقة السمعية..... 85
- 46- النمو اللغوي عند الطفل المعاق سمعيا..... 86
- 47- خصائص اللغة عند الاطفال المعاقين سمعيا..... 87
- 48- تأثير الضعف السمعي على الاخرين..... 88
- 49- المشاكل النفسية الحركية الناجمة عن الإعاقة السمعية..... 89
- 50- مفهوم التجهيز السمعي..... 89
- 51- البرامج والبدائل التربوية للمعاقين سمعيا..... 93
- 52- الإعاقة اللغوية..... 96
- 53- مظاهر اضطراب اللغة..... 96
- 54- أسباب الاضطرابات اللغوية..... 99
- 55- التشخيص وعلاج الاضطرابات اللغوية..... 100
- 56- علاج الأطفال ذوي الاعاقات اللغوية..... 102
- 57- المراجع بالعربية..... 103

- ملخص المطبوعة:

شملت المطبوعة البيداغوجية على عرض محتويات مقياس الدمج المدرسي الموجه الى السنة الاولى ماستر تخصص علم النفس المدرسي السداسي الاول، واحتوت على مجموعة من العناوين الرئيسية تتمثل في التطرق الى نبذة تاريخية عن الدمج او الادمج المدرسي، وتشمل التطور التاريخي لرعاية وتأهيل المعوقين والتطور التاريخي لمفهوم الدمج، بالإضافة الى التعرض الى مشروع الدمج في الجزائر.

بعدها تناول المؤلف مفهوم الدمج او الادمج، والرعاية التربوية (التعليمية) للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ثم اهداف الدمج او الادمج، الشروط الموضوعية للدمج، مراحل الدمج او الادمج، أنواع وإشكال الدمج، أنواع الدمج، أسباب الدمج، أهداف الدمج، اسس الدمج، طرق الدمج، الصعوبات التي تواجه عمليات الدمج، ومعلم التربية الخاصة.

وصولاً الى أنواع الاعاقات المختلفة وكيفية تشخيصها وعلاجها والتكفل بها ومحاولة ادمجها في المجتمع وتمثلت في التخلف العقلي، اسبابه، انواعه، مظهره، أسباب الوقاية والعلاج، مظهره، الأساليب المتبعة اثناء العلاج، وكيفية ادمجهم. بالإضافة الى الإشارة الى معلم التربية الخاصة.

تلتها الإعاقة الحركية، أسبابها، وخصائصها، ثم حاجات المعاق حركيا. وبعدها الإعاقة البصرية وشملت تصنيف الإعاقة البصرية، اشكالها، أسبابها، اعراضها، تشخيصها، واهم المظاهر السلوكية التي تدل على احتمال وجود اعاقه بصرية، والوقاية من الإعاقة البصرية وكيفية دمج المعاقين بصريا.

ثم الإعاقة السمعية والتعرض لتشريح اقسام الاذن، وكيف تتم عملية السمع؟ وصولاً الى تعريف الإعاقة السمعية، وتصنيفاتها، أسبابها، والنمو اللغوي عند الطفل المعاق سمعياً، ومفهوم التجهيز السمعي والبرامج والبدائل التربوية للمعاقين سمعياً. وتطرق المؤلف الى الإعاقة

اللغوية، وتحدث عن مظاهرها، واضطراب اللغة، وأسبابها، وتشخيص وعلاج الاضطرابات اللغوية.

توزع هذه العناوين الرئيسية على مجموعة من المحاضرات والاعمال الموجهة خلال فترات زمنية ثابتة ومنظمة، تخضع للمراقبة والتقويم المستمر وصولا الى الأهداف المسطرة، والتي تتمثل في ادراك طلبة السنة الثانية لمفهوم الدمج المدرسي ومدى علاقة الوطيدة بحالات التكفل والاستراتيجيات الواجب اتخاذه لتاهيلم طبيا ونفسيا وتعلميا واجتماعيا ومهنيا.

- مقدمة:

يعتبر الدمج برنامجا من البرامج التعليمية، لإتاحة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فرصا للتكامل الاجتماعي و التكامل التعليمي، مع أطفال العاديين سواء يوما كاملا أو جزءا من يوم، ويعتمد الدمج على طبيعة الحالة التي يعاني منها التلميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما اعتبر أيضا من البرامج العلاجية حيث ساعدهم على اكتساب مهارات تعليمية تساعدهم في تطوير شخصيتهم، وتوافقهم مع المجتمع المحيط بهم، أما بالنسبة لأطفال التوحد فقد ظهر موضوع دمجهم مؤخرا أي انه صوب التطبيق، وهذا منبها لمعرفة اتجاهات اساتذة التعليم الابتدائي في دمج أطفال التوحد.

1- نبذة تاريخية عن الدمج او الادمج المدرسي:

شغل موضوع الادمج المدرسي الكثير من المهتمين والمختصين في تربية وتأهيل المعاقين في أمريكا، حيث ظهر بظهور القانون الأمريكي رقم: 14294 لسنة 1975 الذي نص على توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعاقين مع اقرانهم العاديين، اذ تعتبر الولايات المتحدة الامريكية من الدول الرائدة في تطبيق فكرة الادمج بأشكالها المختلفة. كما تعتبر تجربة كاليفورنيا من التجارب المشهورة في تطبيق فكرة الادمج للأطفال المعوقين حركيا، حيث صممت هذه المدارس لتطبيق فكرة الادمج للأطفال المعاقين حركيا مع الأطفال العاديين، اذ التحق بها 330 طفلا من الأطفال العاجيين و96 طفلا من الأطفال المعاقين حركيا.

اما في بريطانيا فلقد بدأ الاهتمام بفكرة الادمج منذ بداية السبعينات، وقد ظهر الاهتمام على شكل تغيير في الاتجاهات نحو المعاقين، واخذ مثل هذه الفئات بعين الاعتبار عند التخطيط للبرامج التعليمية، وفي الصين فقد طبق الادمج الأكاديمي حيث يلتحق الأطفال المعاقين عقليا في صفوف المرحلة الابتدائية خاصة ذوي الاعاقات البسيطة والمتوسطة، كما يتم دمج الأطفال المعاقين حركيا وعقليا في المدرسة العادية حيث تتوفر لهم التسهيلات اللازمة والمناسبة (بطرس حافظ بطرس، 2009:29).

2- التطور التاريخي لرعاية وتأهيل المعوقين:

2-1- نظرة الانسان البدائي للمعوقين:

الانسان البدائي كان ينظر الى العالم بانه مليء بالأرواح والشياطين، وعندما تريد ان تؤذي الانسان تؤذيه بالدخول في جسده، وكان يستعمل الأساليب الغيبية في علاج الامراض النفسية، واعتمدوا على (التربنة) للعلاج أي احداث ثقب في الجمجمة للمريش لخروج الشيطان من راس المريض.

فيما بعد حاول الانتقال من التفسير الغيبي الى العوامل التي يمكن ملاحظتها وهذا من خلال العالم "أبقراط" في نظريته الاخلاط في تفسير الامراض، حيث قال: بان الشيطان لا يمكن ان تؤذي الانسان، لأنه مكون من أربعة عناصر وعند اختلال عنصر منها يصاب الانسان بالمرض النفسي.

اما بالنسبة للنظرة العلمية للأمراض النفسية بدأت مع العالم "كسيرول وبينال" اللذان دعا الى التحذير من المعاملة السيئة للمرضى والقيام بسجنهم وتسميتهم بسفينة الحمقى او سفينة المجانين التي ظهرت في ق15 وهي تعبير حرفي عن هذا الاستبداد الذي كان يرسل هذه السفن المحملة بالمجانين الى المجهول بدون ربان او قبطان، ومنهم من يحتجون بعيدا من خلال مؤسسات معينة.

بدأ في ق18 اعتبار الجنون نظيرا للعقل، وأخيرا في ق19 بدا مصطلح المرض العقلي يأخذ مكانا له، ويؤكد الباحث "فوكو" بان الجنون فقد قدرته على الدلالة على أهمية حدود النظام الاجتماعي وبالتالي توضح الحقيقة بظهور المعالجات العلمية والإنسانية على يد "فيليب بينيل وصموئيل توك" والتي تتكفل بعلاج المختلين والتي تفحصها فوكو ويبين انها أكثر سلطوية من سابقتها، فقد اعتمد توك في سعيه لعلاج المجنون على معاقبته حتى يتعلم سلوك العاقل، وكذلك فيليب الذي اعتمد معالجات منها الحمام البارد.

2-2- الإسلام ورعاية المعاقين:

بزغ نور الإسلام على البشرية منذ أكثر من 14 قرناً من الزمان ليبيد الباطل وينشر الحق ويقيم الدين كله لله بدء بعقيدة التوحيد، وسيراً مع كل جوانب الحياة للإنسان، والحادثة التي وقعت لعبد الله بن أم مكتوم وهو معاق بصرياً، جاء إلى النبي صلى الله عليه وسلم وكان عنده بعض من أكابر القوم يدعوهم إلى الإسلام فاعرض عنه، فنزلت في حقه آيات فيها عتاب للنبي (ص) وتعليم للمجتمع الإسلامي وإرساء للمبادئ الأساسية لمكانة المعاق في الإسلام حيث قال الله تعالى: "عسى وتولى ان جاءه الأعمى، وما يدريك لعله يزكى او يذكر فتنفعه الذكرى" صدق الله العظيم (سورة عبس، الآية: 1-4).

مما روى ان النبي (ص) كان بعد ذلك يبسط رداءه لابن أم مكتوم ويقول مداعباً "اهلا بمن عاتبني فيه ربي" كما ولاه على المدينة في بعض غزواته، والمتأمل في المنهج الإسلامي يرى ان الإسلام يهتم برعاية المعاقين، ومن خلال ذلك يمكننا ان نتعرف على بعض النقاط الأساسية التي توضح لنا مدى اهتمام الإسلام والمسلمين بالتكفل بالمعاقين ورعايتهم وتمثل في: أ- المساواة بين البشر في الحقوق والواجبات مع مراعاة القدرة وتختفي المساواة في تقوى الله عز وجل.

ب- يقر الإسلام ان الانسان مكرم في أصل خلقه وهذا في قوله تعالى: "ولقد كرمتنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلاً" (سورة الاسراء، الآية: 70).

ج- يقر الإسلام ان ما يكون من نقص او كمال فهو بمشيئة الله تعالى حيث قال الله تعالى: " هو الذي يصوركم في الارحام كيف يشاء، لا إله الا هو العزيز الحكيم" (سورة آل عمران، الآية: 6). (رفايف بن عابد الزراع، 2006: 14).

د- يوجه الإسلام الفرد والجماعة على عدم الاحتقار وهذا في قوله تعالى: "يا أيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسر ان يكونوا خيراً منهم، ولا نساء من نساء عسا

ان يكن خيرا منهم، ولا تلمزوا أنفسكم ولا تتابزوا بالألقاب بئس الاسم الفسوق بعد الايمان ومن لم يتب فأولئك هم الظالمون" (سورة الحجرات، الآية: 11).

ه- توجيه الافراد والجماعات الى عدم النفور من المرضى والنعاقين كما كان مشاعا قبل الإسلام حيث قال الله تعالى: "ليس على الاعمى حرج ولا على الاعرج حرج ولا على المريض حرج" (سورة النور، الآية: 61).

و- رفع الإسلام المشقة على غير القادرين حيث قال تعالى: " لا يكلف الله نفسا الا وسعها" (سورة البقرة، الآية: 286).

ز- دعا الرسول (ص) الى مساعدة الضعفاء والمحتاجين حيث قال الرسول (ص): " ابغوني في ضعفائكم فإنما تتصرون وترزقون بضعفائكم".

ح- ما فرضه الإسلام على القادرين من حقوق في أموالهم تدفع الى المحتاجين في صورة زكاة حيث قال الله تعالى: " وفي أموالهم حق للسائل والمحروم" (سورة الذاريات، الآية: 19).

ط- يراعي الإسلام في تشريعاته حقوق المرضى والمعاقين حيث قال الله تعالى: "فان كان الذي عليه الحق سفيها او ضعيفا او لا يستطيع ان يمل هو فليمل وليه بالعدل" (سورة البقرة، الآية: 282). (رفايف بن عابد الزراع، 2006: 15).

ي- في اعمال الخلفاء الراشدين كثير مما يذكر في مجال رعاية المعاقين، منها ما قرره عمر بن الخطاب رضي الله عنه اثناء لقائه بقوم اصابهم الجذام وهو ذاهب الى الشام، حيث قرر نفقة لهم من بيت المال، كما جعل الخليفة الاموي عمر بن عبد العزيز رضي الله عنه خادما لكل مقعدين يرعى شؤونهما ولكل كفيف غلاما يخدمه.

ك- وقد انتشر نظام الوقف الإسلامي بشكل كبير.

ل- يعتبر المسلمون اول من انشا المستشفيات الرسمية.

م- يعتبر المسلمون اول من اتاحوا فرصة التعليم الرسمي للمكفوفين وذلك من خلال المدارس الموجودة في المساجد مثل جامع الازهر، الذي يعتبر من أقدم الجامعات في العالم

حيث أنشئ عام 1971، وقد أشاد كثيرا ممن كتبوا حول التاريخ رعاية وتأهيل المعاقين بجهود المسلمين في هذا الصدد، وأكدوا انهم اول المجتمعات التي قدمت خدمات إيجابية حقيقية للمعاقين وقد تميزوا بها.

2-3- تاريخ الرعاية الاجتماعية للمتخلفين:

لقد ذلت معاملة المتخلفين عقليا واحدة من أكثر فصول تاريخ البشرية اثاره للاشمئزاز، ففي القبائل الهمجية في العصور القديمة كان المتخلفون عقليا يساقون الى الموت باعتبارهم افراد غير نافعين للجنس البشري، اما في (أسبرطة) فكانوا يبادون بدون أدنى رحمة، حتى لا تتحدر دولهم التي كانت تبنى على أساس القوة، الظلم، السيطرة، والاعتداء،... وغيرها من صفات الطغيان والجبروت (رفايف بن عابد الزراع، 2006: 16).

اما في عصور الحضارة الاغريقية لم يطرأ على المتخلفين عقليا أي تحسن اجتماعي وقد وصفت الكلمة الاغريقية Idios هؤلاء الافراد بأنهم لديهم مس من الشيطان، وكانوا يتركون لحال سبيلهم حتى الموت، وفي العصر المسيحي في روما بدت روح تتسم بالعطف على كل أنواع المعاقين بما فيهم المتخلفين، وكانوا يعتبرون من ذوي المعجزات او ان بهم مس من الشيطان.

لكن في الإسلام لم يفرق بين البشر في المعاملة وقد حث المسلمين على المعاملة الطيبة للذين تعوقهم ظروف الحياة، وقد حرم قتل النفس بغير حق، وافر نظام الصدقات والزكاة وهو اول نظام اجتماعي عرفته البشرية الذي نظم الحقوق وجعل للمحتاجين حق في مال الأغنياء.

قد شهد ق19 انشاء وتوسيع المدارس والمعاهد للمتخلفين عقليا في الدول المتقدمة وتطورت الاختبارات النفسية التي كان رائدها العالم الفرنسي الفريد بينيه وتلتها كثيرا من الدول النامية التي انشأت المراكز وأدخلت البرامج التعليمية للتكفل برعاية المتخلفين عقليا.

2-4- تاريخ تأهيل الصم وضعاف السمع:

لقد ظلت المجتمعات المختلفة عبر احقاب طويلة تنظر الى الصم وضعاف السمع على انهم غير قابيلين للتعلم، حيث ان "ارسطو وبيلين" ربط كل منهما بين الصم الخلقي والبكم، غير انهما لم يصلا الى أي تفسير (رفايف بن عابد الزراع، 2006: 17).

اما في العصور الوسطى نجد ان القانون الروماني قد صنف الصم والبكم مع المتخلفين عقليا، ووصل الامر الى ان الإعلان (الاوغسطيني) حرم عليهم الحقوق والالتزامات المدنية، وفي أواخر ق16 تمكن راهب اسباني يدعى ببدر وبونس دي ليون ان يقوم بتعليم بعض الصم من أبناء النبلاء بطريقة لغة الإشارات واخرج كتابا عن ذلك سنة 1620.

لكن في نهاية ق18 قام كل من الاب "شالين ميشال دي لبيه" بفرنسا و"صمويل هينيك" بألمانيا بقيادة حركة تعليم في القطرين وتمكن "ليي" من تأسيس اول مدرسة لتعليم الصم بباريس، كما أمكن "ليهني" ليؤسس اول مدرسة بألمانيا للصم في 1778م وتعد في نفس الوقت في العالم تعترف بها الحكومة.

اما في منتصف ق19 قام "الكسندر جراهام بل" (1847م) بتقديم اهم الاختراعات وهي الهاتف والتي أدت الى فكرة المعينات السمعية الحديثة، وقد تطورت وسائل التعلم للصم والبكم كثيرا، حيث أصبح يعتمد على فصول ذات دوائر كاملة من الأجهزة السمعية تستغل ما لدى كل فرد من بقايا السمع للتأهيل الصم بالمفهوم الحديث.

2-5- تاريخ رعاية ذوي اضطرابات النطق واللغة:

تعرض ذوي اضطرابات النطق واللغة في العصور القديمة للسخرية والاهانة والاحتقار، ولم يتلقوا الدعم والرعاية الكافيين الا في ق20 حينما تطورت وسائل التعليم وتنوعت اشكالها (رفايف بن عابد الزراع، 2006: 18).

فمثلا نجد في بلاد الاغريق ان بعض فلاسفتهم وخطبائهم مثل "ديموثينيس" كان مصابا بعيوب إبداليه الى جانب التأتأة، وقد كان "أبو قراط" الذي عاش منذ 2400 سنة اول طبيب يذكر حالات التأتأة، وفي ق14 شارك "جيرري دي شولياك" Gury De Chauillac "المعتقدات

التي نشرها الآخرون من أن الشخص الذي لديه عيوب في النطق تزداد حرارة جسمه وخاصة في اللسان.

تعتبر ألمانيا أول دولة تنشئ فصولاً لهذه الفئة 1887م حين أنشأت فصلاً واحداً في مدينة ويسدوم Bousdam، وأعقب ذلك محاولة في مدينة نيويورك 1908م، ثم توالى عملية إنشاء الفصول والمدارس الخاصة لهذه الفئة في بلدان أخرى.

2-6- تاريخ ورعاية ذوي الإعاقات الجسمية والحركية:

عبر قرون التاريخ نجد أن المقعدين كانت لديهم أدوار مختلفة ذلك أن طبيعة الإعاقة لديهم ظاهرة، ولهذا كانوا عرضة للذل والاحتقار والعقوبة وتعرضهم للموت، وفي تاريخ البشرية نجد كثيراً من المشهورين الذين أصيبوا بنوع أو آخر ومع هذا برزوا على ضوء الفكر أو الفن أو الفن أو السياسة فلقد كان منهم الموسيقي "بتهوفن"، كما كان منهم "فرانكلين روزفيلت" رئيس الولايات المتحدة الأمريكية الذي ظل يمشي على العكازين أكثر من ربع قرن لإصابته بشلل الأطفال.

إن تاريخ تأهيل ذوي الإعاقات الجسمية-الحركية في الواقع هو تاريخ جراحة العظام، هذا النوع من الجراحات الذي بدأ في الازدهار في ق 19، كما يعتبر اكتشاف مصل شلل الأطفال المعروف باسم مصل سولك من أهم ما طرأ في مجال الوقاية.

من أهم ما يمكن ذكره ذلك التقدم الكبير الذي حدث في دراسة ميكانيكية الحركة للإنسان والذي أتاح للعلماء الاستفادة من النظريات الهندسية ونظرية الميكانيكا في تصميم أنواعاً من الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بحيث أصبح من الممكن تحقيق الكفاءة في الحركة ورخص التكاليف (رفايف بن عابد الزراع، 2006: 19).

3- التطور التاريخي لمفهوم الدمج:

ظهر الاتجاه نحو دمج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة للانتقادات التي وجهت لبرامج العزل، ولقد حظي هذا الاتجاه باهتمام التربويين والناس كافة، وتطورت المناقشات والجدل حوله وتميز هذا النقاش بالمفاهيم والافتراضات المتضاربة من قبل أنصاره ومعارضيه،

وكانت نقطة الاختلاف الرئيسية هي الفكرة الخاطئة التي تفيد بان إغلاق جميع الصفوف الخاصة ووضع جميع الأطفال أصحاب الحالات الخاصة في صفوف دراسية عادية.

الهدف الحقيقي من وراء الدمج هو توفير فرص تعليمية متساوية لجميع الطلاب الذين لديهم إعاقة بسيطة وذلك بوضعهم في البيئة التي تعمل على تلبية احتياجاتهم على أفضل وجه، وفي النصف الأول من القرن العشرين كان تعليم الأطفال المعوقين إعاقة شديدة مهملًا إلى حد بعيد، وأما المعوقون إعاقة بسيطة فقد تم وضعهم في مرافق منفصلة و استبعدت المدارس الحكومية ذوي الحاجات الخاصة على أساس أنهم كانوا يشكلون تهديدا للتلاميذ العاديين، أو انه من غير الممكن تدريبهم بسبب نقص الموارد المالية للاستمرار في تقديم البرامج الخاصة، كذلك فان البيئات التعليمية للمدارس تجاهلت أسلوب التفريد في التعليم، واعتبرت التنوع أمرا غير مرغوب.

بحلول منتصف القرن العشرين اجتمعت عدة قوى لإدخال التغيير في التعليم ليتجه نحو، فبدأت الدراسات التي تتعلق بتعليم ذوي الحاجات الخاصة بالظهور كما وفرت هذه الدراسات الدافع لجهود الآباء ولأنصارهم للمطالبة بأفضل وضع تعليمي لأبنائهم.

شهد عقد الثمانينات من هذا القرن ازدياد الحركة اتجاه دمج الطلاب في البيئة التربوية العادية، وكان من أهم العوامل التي ساهمت في هذه الحركة هو صدور عدد من القوانين التي طالبت بضرورة تعليم التلاميذ غير العاديين في فصول التربية العادية.

مع التطور السريع الذي شهده الدمج ظهرت العديد من المنظمات التربوية الخاصة بالدمج مثل: مبادرة التربية العادية والمدرسة غير المتجانسة والتكامل والدمج الجزئي والدمج الشامل وغيرها من المسميات، ولذلك احتاج الدمج المدرسي او الادمج المدرسي إلى تعريف أكثر وضوحا (نايف بن الزارع، 2006: 219).

4- مشروع الدمج في الجزائر:

النصوص التشريعية الرسمية للمدرسة الجزائرية منذ تطبيق المدرسة الأساسية والتأسيس للتعليم العلاجي المسمى بالتعليم المكيف لم تتضمن مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة، بل يشير إلى مفهوم آخر وهو الأطفال غير المتكيفين والمتأخرين دراسيا وهي حسب المناشير الوزارية الآتية:

- جاء في المنشور الوزاري رقم: 10/10/1982 إن التعليم المكيف يعني الأطفال الذين يعانون من تأخر دراسي ضخم في جميع المواد بعد نهاية السنتين الأوليتين من المدرسة الأساسية.
 - أما المناشير الوزارية لاسيما المنشورة رقم: 1548 المؤرخ في: 16/04/1983م منشور ورقم: 025 / م ت / المؤرخ في: 07/06/1984 ومنشور رقم: 92/122/111 المؤرخ في: 29/04/1992 تشير كلهم إلى التعليم المكيف الذي يتكفل بالتلاميذ اللذين يعانون من تأخر إجمالي في جميع المواد خلال سنتين دراسيتين من التعليم الأساسي وذلك من رغم التعليم الاستدراكي.
 - بينما المنشور الوزاري رقم: 24 / م.ت.م 1994 المؤرخ في: 29/01/1994 اقترب من مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة حينما أشار بشكل واضح إلى إن التعليم المكيف يسعى لإعطاء التلاميذ اللذين يعانون من تأخر دراسي شامل وعميق تعليما خاص.
 - حتى 1996 جاء عنوان موضوع المنشور الوزاري رقم: 1061 المؤرخ في: 08/10/1996 لأول مرة يتكفل بتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة حيث حدد المقصود بهذه الفئات على أنهم " هم التلاميذ المتأخرين دراسيا والمصابون بعاهات والمعاقون حركيا والمصابون ببعض الأمراض (خالد عبد السلام، 2006: 06).
- مؤخرا تمكنت وزارة التربية الوطنية وبالتنسيق مع وزارة التضامن الاجتماعي، على إدماج 2500 تلميذ مريض بالتوحد في المدارس العادية الابتدائية، وهذا بعد ان صرحت أنها ستسهر على الاهتمام بجانب تكوين أساتذة التعليم الابتدائي وذلك في إطار التعاون مع وزارة التضامن

الوطني والأسرة وقضايا المرأة، من اجل ضمان تلميز ذو اضطراب التوحد وتسهيل إدماجهم في الوسط المدرسي وضمان تلميزهم عبر فتح المزيد من الأقسام الخاصة بهم، يوظفها أساتذة ومختصون مؤهلون تلقوا تكوينا معمقا للتعامل مع هذه الشريحة التي تعاني وضعية خاصة. (عثماني مريم، 2018).

5- مفهوم الدمج او الإدماج:

يعتبر مفهوم الدمج او الإدماج المدرسي من المفاهيم التي تشكل اهتماما كبيرا لدى جميع العاملين والمهتمين في حقل رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، فالمعاق يحتاج الى شتى أوجه الرعاية من خلال منظور الدمج المدرسي حتى يتسنى له العيش في الحياة المدرسية والاجتماعية معا.

فمفهوم الدمج هنا يعني التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الاسوياء في الأقسام العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل، لذا اوجب علينا اليوم المرور بمرحلة انتقال من نظام العزل في التعليم والرعاية الى نظام الدمج الكامل كلما أمكن ذلك.

مع التسليم بان هناك فروق فردية قد تكون مبررا قويا لعزل الأطفال المعاقين في المدارس، لان الهدف من الإدماج أساسا هو العمل على تقليل هذه الفروق، وهناك ضرورة لإجراء الدمج من اجل تحقيق التقدم لذوي الاحتياجات الخاصة، هذا التقدم المرغوب فيه هو في الواقع مازال محدودا بسبب عدم تعزيزه بالمتابعة والمراقبة النفسية والبيداغوجية.

هذا سبب من الأسباب الرئيسية لا يتيح فرصة للأطفال المعاقين لتحدي اعاقتهم، فهؤلاء يستبعدون دوما من قبل المعلمين لبطء نسقهم التعليمي وعدم تلائم المدرسة مع حاجاتهم، وهذا لا يعد فشلا للطفل المعاق بقدر ما هو فشل للمدرسة في حد ذاته.

- يعرفه "الحمدي علي خليل" (2013): بان الدمج هو إلحاق الطفل ذي الحاجة الخاصة بالطلبة العاديين في المدارس العادية مع تزويده بالحاجات والمواد اللازمة التي تساعد على التكيف والتعلم والبقاء أطول وقت ممكن في الصف العادي.

- أما "جوتليب" (1981) فيعرفه " بان يوضع الطفل المعاق مع الطفل العادي داخل إطار التعليم النظامي والعادي لمدة 50% من اليوم الدراسي مع تطوير الخطة التربوية التي تقدم المتطلبات النظرية والأكاديمية والمنهج العلمي والمقرر الدراسي ووسائل التدريس التي تحقق الأهداف المرجوة (الحمد علي خليل. العتوم نعيم علي، 2016: 9).

يعرف أيضا هو التكامل الاجتماعي والتعليمي لذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الأسوياء في الفصول لجزء من اليوم الدراسي. وهو أيضا تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جنبا إلى جنب مع أقرانهم العاديين في الصفوف العادية مع توفير الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح العملية التعليمية واستفادتهم من البرامج المقدمة في المدارس قدر المستطاع (مواهب إبراهيم عباد، مصطفى حافظ نيفين وآخرون، 2013: 46).

- لذا فان الدمج أسلوب تربوي يتم من خلاله إلحاق الطفل المعاق مع الطفل العادي بالمدارس العادية التي يمارس من خلالها مختلف الأنشطة التربوية بما فيها التعليمية والاجتماعية وبذلك فهو " عملية تهدف إلى توفير الخدمات التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة بجانب أقرانهم الأسوياء من خلال الأنظمة التعليمية العامة والدمج في جوهره مفهوم اجتماعي أخلاقي نابع من حركة حقوق الإنسان العالمية ضد التمييز والعزل أي فرد بسبب إعاقته.

6- الرعاية التربوية (التعليمية) للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

تزايدت اعداد المؤسسات والمدارس الخاصة بالمعاقين خلال النصف الأول من ق 20ن بيد كان يغلب عليها طابع ايوائي مما دفع البعض الى نقد هذه الأساليب الخاصة بالرعاية، حيث انه كانت في اغلب الأحيان تقدم لهم برامج هزيلة يقوم بتدريسها معلمون اقل كفاءة وهذا ما يعكس نظرة تشاؤمية للأطفال والاتجاهات السلبية نحوه، مما دفع الكثير من المختصين الى المناداة بتوفير أساليب أخرى لرعاية هذه الفئة، وقد أدى ذلك الى صدور المرسوم الأمريكي 94/142 بشأن توفير التعليم المجاني المناسب لجميع المعاقين في اقل بيئات تنفيذ او تقليد وذلك وفق ما تسمح به قدراتهم مع اقرانهم العاديين في المدرسة.

بعدها أصبح دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم امرا ضروريا في التعليم لاعتبارات كثيرة، منها ما يتعلق بالجانب الإنساني الذي يقضي بمعاملة جميع الافراد بالمساواة وعدم التمييز بينهم على أساس اوجه النقص او قصور معين، وهذا يتعلق بظروف المجتمعات نفسها وقدرتها على اعداد المؤسسات والمدارس الداخلية التي تستوعب هؤلاء الأطفال.

هناك اعتبارات أخرى تتعلق بالجانب الاقتصادي، حيث يفرض الدمج الحاجة الى انشاء مباني جديدة مع توفير اعداد إضافية من العاملين بمستويات مختلفة وهو امر يتطلب ميزانية كبيرة، وهذا النوع من الدمج الحقيقي الذي يتضمن اشتراك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع اقرانهم العاديين في بيئة تربوية واحدة.

من المفروض ان يوجد مكان لجميع الأطفال حسب الخطط المستقبلية وخطط التنمية التي يضعها أي مجتمع من المجتمعات، ومن اهم خصائص العصر الحديث زيادة الوعي الإنساني وتغيير الاتجاهان نحو احقية التعليم للمعاقين، بمعنى لكل طفل الحصول على التربية والتعليم لان اعراض التربية وأهدافها مماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال، ويتطلب الامر في هذه الحالة معالجة الدمج من جوانب متعددة أهمها ما يلي:

- تلاشي المفاهيم الخاطئة نحو المعاقين في المجتمع.
- تغيير النظرة السلبية للمعاقين بوصفهم بالغباء والتخلف العقلي.
- التعامل الحقيقي للمجتمع مع المعاقين دون التمييز الطبقي والاجتماعي والاقتصادي.

- أهمية دور وسائل الاعلام في تصحيح المفاهيم بتغيير النظرة الاجتماعية نحو المعاقين.

7- اهداف الدمج او الادمج:

الهدف الأساسي هو العمل على تقليل الفروق الفردية التي قد تكون مبررا قويا لعزل الأطفال المعاقين في المدارس، بالإضافة الى تحقيق التقدم لذوي الاحتياجات الخاصة وتعزيزها بالمتابعة النفسية والمرافقة البيداغوجية.

8- الشروط الموضوعية للدمج:

تتمثل الشروط البيداغوجية للدمج المدرسي في:

- تأهيل المؤسسات الإصلاحية تأهيلا يجعلها قادرة على القيام بمهامها.
- توفير اعانات مادية للذين يزعم ادماجهم وفتح مشاريع لهم.
- إعطاء الفرد دورا في الحياة الاجتماعية بحيث يجعل له مكانة تشعره بأنه فاعل في بناء المجتمع وبقائه.
- توفير شروط السلام الاجتماعي بين طوائفه ومكوناته، ولا يكون ذلك ممكنا الا بوجود التسامح بين كل المتعاشين.

9- مراحل الدمج او الادماج:

9-1- مرحلة ما قبل الزواج:

أ- الاعداد والتأهيل:

ان عملية الادماج المدرسي لطفل في وضعية إعاقة تستوجب اعداد نفسيا ومشروعا تربويا فرديا يستند الى ضبط دقيق لحاجيات المتعلم من جهة، وما يتوفر من موارد تسيير ادماجه من جهة أخرى، وهو مشروع يراعي الحاجات الخاصة للفرد من حيث انساق التعلم، زمنه، طرقه، ومقارباته، فالمشروع التأهيلي او التحضيري للإدماج المدرسي هو بمثابة خطة تربوية بيداغوجية تهدف بعد الاعداد الى دمج المتعلم ذي الحاجة الخصوصية بكل يسر في المسار التعليمي التعليمي.

ب- إجراءات خاصة بالمتعلم والمحيط:

تتعلق الإجراءات الخاصة بالمتعلم والمحيط في:

- تهيئة وموائمة المحيط المباشر للمتعلم.
- التواصل والتبليغ والتحاور بوسائل مختلفة وملائمة.
- اكتساب بعض القدرات والمعارف وامتلاكها وتمارين الطفل على توظيفها.

ج- التوافق النفسي:

باعتبار ان الحالات النفسية غير طبيعية للطفل تؤدي الى اضطرابات سلوكية تعيق تطور قدراته الذاتية وتحد من أدائه الذهني وتخلق صعوبات كبيرة كالعنصرية والتقلب الانفعالي وضعف الجرأة وسرعة التأثر التي تؤدي بدورها الى سلوكيات غير ملائمة التي بدورها من طاقاته الذهنية التي بدورها تؤثر في المردود الدراسي، ولتفادي هذه الانحرافات الفردية لابد من إعطاء هذا المجال مما لا يستحق من العناية لتنميته واشباع رغباته وحاجاته العاطفية.

د- المشروع التأهيلي:

هو مشروع تربوي استثنائي تحضيرى يعد ويهيئ المتعلم الى ادماج مدرسي، وذلك من اجل تحقيق نمو شامل يمهد لتعلمات مدرسية أولية، وفق بيداغوجيا نشيطة محورها المتعلم بما يتصف به من نشاط وعفوية وما لديه من تصورات وما يعيشه من تجارب، عماده احترام نسق تعلم الطفل لاكتسابه كفايات افقية.

عليها يتأسس ادراج بعض المواد التعليمية الفنية والتربوية الترفيحية التي بدورها تساعده على اجتياز فترة الذكاء الحسي الحركي الى فترة العمليات المحسوسة بواسطة اختزان الفعل عن طريق التصوير او الرسم او التعبير او الكلام وانشطة الألعاب التي بواسطتها يكتسب الطفل تصورا اساسه الحركة فضلا عن تدريبه على التكيف مع المحيط الاجتماعي وعلى التواصل مع الاخرين ومساعدته على التعرف على ذاته بعلاقته مع المحيط وابقاظه الى القراءة والكتابة من خلال إيناسه بعالم الكتاب وعالم الصورة.

يجب هيكلة ادراكه للفضاء والزمن، وهذا لإيقاظ للتفكير المنطقي الذي يمتد لتعلم الرياضيات واللغة في اطار ايقاظ معرفي ادراكي قرائي وكتابي، تسهم جلها في تهيئة المتعلم للتعلمات الأساسية وتأهيله للتكيف مع متطلبات الدراسة اللاحقة.

هـ- دور المربي او المعلم:

وحي من تدرج الوساطة الوجدانية في صلب برنامجنا التربوي التحضيري، لما تحتله عملية التواصل والعلاقة التربوية بين المربي والمتعلم من مكانة جوهرية في صلب التعامل فيقدر ما يكون هذا التواصل سلسا وناجحا ومثيرا يتم التواصل الى تحقيق الأهداف المنشودة بكل يسر.

هذا لا يعني إرساء علاقة تكافلية، حيث يتمثل دور المربي في الاسهام الى جانب العائلة في تحقيق التنشئة الاجتماعية المتوازنة للطفل ومساعدته على بناء الشخصية المتزنة وانماء مؤهلاته وتطوير مختلف قدراته وتدريبه التدريجي لتحقيق استقلالته في اكتساب مهارات تجعله يتناغم والمقروء واعداده للحياة المدرسية.

يدعم هذا التفتح على المحيط وتنظيم الزيارات الى الأقسام التحضيرية بالروضات ومثيلتها بالمؤسسات التربوية لحضور عينات للأنشطة التربوية، وعلى المربي والفريق المتعدد الاختصاصات التحلي بروح الاستقبال المطمئن المستجيب لحاجيات الطفل الذي من شأنه ان يكسبه المزيد من الثقة بالنفس ويحرره من كامل مظاهر الانطواء ويدفعه الى النشاط والتعبير والتواصل دون خوف او خجل.

10- أنواع وإشكال الدمج:

يختلف مفهوم الدمج باختلاف نوعه وشكله، لهذا تعددت أنواع الدمج والتي هي على النحو التالي:

10-1- أشكال الدمج:

أ- الدمج الجزئي: هو أن يوضع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين لفترة معينة من الوقت يوميا، بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم في فصل مستقل أو عدة فصول خاصة لتلقي مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة على يد معلمين أخصائيين سواء في مواد دراسية معينة أو في موضوعات محددة، وهذا النوع من

الدمج يحقق فرصا من التفاعل الاجتماعي، حيث يشارك المعاقون زملائهم العاديين أثناء وجودهم في الفصل العادي.

من هنا فان الدمج الجزئي هو دمج مؤقت يوضع الطفل غير العادي في مؤسسة عادية ومرحبة فترة زمنية مؤقتة (أي يبقى 50 بالمائة من الوقت الذي يبقى فيها الطفل العادي في المؤسسة).

ب- الدمج الكلي: ويقصد بالدمج الكلي أو الشامل ان يكون الأفراد المعوقون جزء متضمنا أو مستوعبا في الفصل الدراسي، حيث يتم دمج جميع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في المدرسة العادية. ولا يستثنى أحد بسبب وجود إعاقة أو عجز أو غير ذلك (الحمد علي خليل، العتوم نعيم علي، 2016: 128).

هنا يمكننا القول بان الدمج الكلي هو الذي يبقى فيه الطفل غير العادي في مؤسسة عادية على الدوام ويستفيد من كل المقررات الدراسية.

10-2- أنواع الدمج:

أ- الدمج المكاني:

يشير "أبو الجلالة" (2009) إلى إن الدمج المكاني يعني اشتراك مؤسسات التربية الخاصة مع مدارس التربية العامة بالبناء المدرسي فقط، بينما تكون لكل مدرسة الخطط الدراسية الخاصة بها. وأساليب وهيئة تدريس خاصة لكل منها. ويمكن أن تكون الإدارة موحدة، ويقول "البيلوي" (2008): أن هناك عدد من العوامل يمكن ان تساهم في إنجاح الدمج المكاني منها:

- ✓ توفر الخدمات التي يحتاجها الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة داخل مجتمع الدمج لتجنب عزلتهم قدر الإمكان مع توفر الخدمات في الأماكن المناسبة.
- ✓ توفر وسائل المواصلات لذوي الاحتياجات الخاصة وللعاملين.
- ✓ ربط ذوي الاحتياجات الخاصة مع قطاعات المجتمع والذي هو هدف الدمج.

ب- الدمج الاجتماعي:

في هذا النوع من الدمج يلتحق الطفل غير العادي بفصول أو وحدات خاصة، إلا أنه يتقاسم الأنشطة الأخرى، كالأكل واللعب والتفاعل مع الإقران العاديين ويشارك أيضا في النشاطات الاجتماعية الأخرى التي تنظم خارج الفصل.

فالدمج الاجتماعي يعد أبسط أنواع وإشكال الدمج حيث لا يشارك الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة نظيره العادي في الدراسة داخل الفصول الدراسية، وإنما يقتصر على دمجهم في الأنشطة التربوية المختلفة، التربية الرياضية، والفنية وأوقات الفسح والرحلات وغيرها. ومن هنا نستنتج أن الدمج الاجتماعي أبسط أنواع وأشكال الدمج وهو ذلك الدمج الذي يسمح باكتساب مهارات اجتماعية أخرى من خلال أنشطة صيفية كالرحلات، إلقاء أنشودة وغيرها.

ج- الدمج الأكاديمي:

ويعني إلحاق الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت، ويتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية مشتركة، ويشترط هذا النوع من الدمج توفر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح الدمج وتقبل الطلبة العاديين للطلبة المعوقين في الصف العادي، وتوفير مدرس التربية الخاصة الذي يعمل جنبا إلى جنب مع المدرس العادي، وذلك بتوفير الإجراءات التي تعمل على إنجاح هذا الاتجاه والمتمثلة في الاتجاهات الاجتماعية وإجراءات الامتحانات وتصحيحها.

د- الدمج المجتمعي:

يقصد به إعطاء الفرص لذوي الاحتياجات الخاصة للاندماج في مختلف أنشطة فعاليات المجتمع، وتسهيل مهمتهم في أن يكونوا أعضاء فاعلين ومنجزين ويضمن لهم حق العمل باستقلالية وحرية التنقل والحركة والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات ترويجية واجتماعية بالإضافة إلى الفعاليات الاقتصادية والوظيفية. وإن يتعلم قوانين وأنظمة

العمل في المهن المختلفة من الحياة خارج إطار المدرسة أو المؤسسة التي يتعلم أو يتواجد فيها بصورة دائمة ومستمرة (محمد سلامة شاش، 2016: 73).

11- أسباب الدمج:

لقد أدى الاهتمام العالمي بالأطفال المعاقين إلى سعي المهتمين بنظام التعليم الخاص بهم إلى تغييره من الانعزال لهؤلاء الأطفال داخل أماكن خاصة بهم إلى دمجهم داخل المجتمع. وذلك لعدة أسباب:

- ✓ اتجاه المجتمع نحو الأطفال المعاقين والنظر إليهم على أنهم مستهلكين لأموال الدولة وليس لديهم القدرة على العطاء.
- ✓ التزايد المستمر في إعداد الأطفال المعاقين بفئاتها المتنوعة.
- ✓ محاولة زيادة إفادة الأطفال المعاقين من الخدمات التربوية والاجتماعية والصحية التي
- ✓ يستفيد منها الأطفال الأسوياء.
- ✓ إتباع المدارس الخاصة بالأطفال المعاقين نظام تعليمي مختلف عن النظام التعليمي الخاص، مما يقيد حريتهم عند مواصلة تعليمهم مستقبلا مع الأطفال الأسوياء.
- ✓ عدم توافر فرص أمام الأطفال المعاقين لإقامة علاقات اجتماعية مع أقرانهم الأسوياء مما يؤثر سلبا على بناء شخصياتهم.

12- أهداف الدمج:

- يهدف نظام دمج تلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العادية إلى:
- انه يسمح للطلبة الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة أن يكونوا مندمجين ضمن المدارس العادية ومساعدتهم في تطوير قدراتهم التعليمية.
 - التفاعل الاجتماعي بين أطفال التوحد والأطفال العاديين.
 - تنمية روح المشاركة والتعاون بينهم في أداء بعض الأعمال والأنشطة الرياضية.
 - تمكين المدارس العادية ومن خلال المساعدة والتسهيلات الإضافية من تنفيذ
 - الدمج والتعامل مع المشكلات التي يعاني منها بعض الطلاب في المدارس.

بينما يرى "سحر الخرشمي" (2000) إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعمل على:

- يزود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالفرص المناسبة لتحسين كل من مفهوم الذات والسلوكيات الاجتماعية الذي وجدها أنهما مرتبطتان ببعضهما البعض.
- التركيز بشكل أعمق على المهارات اللغوية للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية.
- إن التربية الخاصة في المدارس العادية تساعد على تجنب عزل الأطفال عن زملائهم وإشراكهم في البيئة المدرسية (الخرشمي سحر، 2000: 34).

13- اسس الدمج:

تستند عملية الدمج الى مجموعة من الاسس هي:

أ- **الاساس القانوني:** التعليم حق لكل فرد يجب ان يوفره المجتمع بغض النظر عن طبيعة المشكلات التي يعاني منها الفرد، فالقانون ينص على توفير فرص التعليم لكل افراد المجتمع بما فيهم المعاقين.

ب- **الأساس الاجتماعي:** لا يمكن فصل او عزل المعاق وأسرته عن المجتمع الذي يعيش فيه.

ج- **الأساس الأخلاقي:** يعتبر الدمج قرارا مناسبا يمكن من خلاله مواجهة احتياجات ورغبات المعاق والأسرة داخل المجتمع، واحترام الفروق الفردية بين المعاقين والأخذ بعين الاعتبار إنسانية المعاق أولا ثم احتياجاته الخاصة ثانيا.

14- طرق الدمج:

تختلف أساليب دمج المعوقين من بلد لآخر حسب إمكانيات كل منها وحسب الإعاقة ودرجتها، بحيث يمتد من مجرد وضع المعوقين في فصل خاص بالمدرسة العادية الى إدماجهم كاملا في الفصل الدراسي العادي مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة، ويمكن تحديد طرق الدمج في طريقتين هما:

أ- **الدمج الجزئي:** وذلك باستحداث فصول ملحقة بالمدارس العادية الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، ويكون معلمون متخصصون في التربية الخاصة فيدرسون وحدهم ولا يندمجون مع التلاميذ الآخرين الا في ظروف وأماكن معينة من مرافق مدرسية كالمسجد والمكتبة والكافيتريا وغيرها.

ب- **الدمج الكلي أو التام:** ويتحقق في استخدام أساليب تربوية حديثة مثل:

1- **غرفة المصادر:** وهي غرفة صفية تخصص في المدرسة لتقديم الخدمات التربوية للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يتلقون حصصا معينة في الجوانب يظهرون فيها مشكلات وفق جدول محدد ويتلقون الحصص الأخرى في الصف العادي يقوم بالتدريس في غرفة المصادر مختص في التربية الخاصة.

2- **المعلم المتجول (المتنقل):** يقوم بزيارة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل دوري وكلما دعت الحاجة، وذلك في العديد من المدارس بغرض تقديم المشورة والنصيحة، ومن الأمثلة على هؤلاء المعلمين الذين درسوا القراءة العلاجية وعالجوا النطق.

3- **برنامج المتابعة في التربية الخاصة:** وهذا الدمج يقوم على مفاهيم وركائز أهمها:

أ- تخصيص غرفة في المدرسة ذات متطلبات مكانية وبشرية وتجهيزية.

ب- توفير الكوادر البشرية المتخصصة في التربية الخاصة 50% من يومهم

الدراسة مع زملائهم العاديين، بالإضافة الى متطلبات اخرى كتوفير وسائل النقل للذين يقطنون في منطقة بعيدة نسبيا عن المدرسة.

15- **الصعوبات التي تواجه عمليات الدمج:**

إذا كان الدمج يقتضي ان يتعلم المعاقون في مدارس مع نظرائهم العاديين، فان هذه المسألة تطرح عبئا جديدا على العاملين في المجتمع المدرسي، لم يكونوا مطالبين به فيما مضى وقد لا يكونوا مهنيين لاستقبال ذلك، لذا كان لابد من الاعداد الحيد والتهيئة الكافية لتطبيق تجربة الدمج، وان تتخذ كافة الاجراءات، وتعد جميع التدريبات اللازمة حتى يكتب

لهذه التجربة النجاح وحتى لا يكون مصيرها مصير بعض التجارب التربوية التي نجحت على الورق وفشلت على ارض الواقع.

قد اظهرت دراسة "لورنسون وماكينون Machinon & Lowrenson"، ان هناك بعض الصعوبات التي تواجه معلمي التربية الخاصة، والاملين في المدرسة ما يؤدي الى استقالتهم وتركهم للعمل ووجود المشاحنات بين المعلمين والادارة، واهمها عدم كفاية مهارات الاتصال بين المعلمين ومشرفيهم، وهذا ما يشير الى صعوبة جدية تواجه معلمي التربية الخاصة والعاملين، ومن بين الصعوبات التي تواجه عملية الدمج صعوبة التعرف الى الحاجات التعليمية للتلاميذ بصورة عامة والمعاقين منهم بصفة خاصة، حتى يمكن اعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها، فنجاح الدمج يعتمد على استخدام برامج تربوية مناسبة لمواجهة حاجاتهم الاكاديمية والاجتماعية و النفسية الصفوف العادية (نجاه الطاهر الفرجاني، 2021: 348).

16- معلم التربية الخاصة:

يعرف معلم التربية الخاصة انه هو الشخص المؤهل في التربية الخاصة ويشترك بصورة مباشرة في تدريس التلاميذ العاديين. بحيث إن العامل الذي يحدد الدمج أو الفصل هو درجة الإعاقة فقد يكون صعبا دمج الإعاقات الشديدة، ولكن التوجيه العالمي هو دمج الإعاقات البسيطة والمتوسطة حيث تعتبر الفئة المراد دمجها هي من أوليات الدمج، لذلك يمكننا القول إن عملية الدمج هي عملية يجب تكافؤ وتعاون عناصرها.

يرى "فتحي جروان وآخرون" ان نجاح عملية الدمج يجب أن:

➤ يتوفر المعلم الذي يقدم المساندة والتدريب على النحو المناسب.

➤ توفر وقت مناسب للمعلم لكي يتمكن من التخطيط.

➤ توفر الرغبة من قبل المعلم في الاستماع إلى الطرف الآخر.

يلعب معلمو الصفوف العادية أيضا دورا في التواصل مع الآخرين في الأوضاع المدرسية، فهؤلاء لديهم معلومات وخبرات يطلعون معلمي التربية الخاصة والمعلمين العاديين

الأخريين عليها، ويحتاج معلمو التربية الخاصة تحديداً إلى التواصل مع المعلمين العاديين الذين جرت العادة أن لا يحصلوا على أي تدريب في مجال الحاجات التربوية الخاصة. مع العلم إن اضطراب التوحد ليس معيقاً، يمنع الطفل من الدمج والحصول على حقه في التعليم العام مع أقرانه العاديين، بينما هناك معيقات أخرى هي التي تسبب الحاجز مثل: (البرنامج التدريسي الذي لا يلبي حاجيات هذه الفئة، وطرق التدريس التي لا تتجاوز التلقين، وعدم وجود أخصائي داخل المدرسة يعمل على مساندة المعلم العادي، وكثرة عدد التلاميذ واتجاهات السلبية للتلاميذ العاديين).

17- التخلف العقلي:

تباينت الآراء حول استخدام مصطلح مناسب لهذه الفئة التي تتصف بأداء عقلي وظيفي منخفض ودون المتوسط يظهر أثناء فترة النمو، ويصاحب ذلك قصور في المستوى سلوكي التكيفي عنده، يرى الباحث "حامد الزهران" (1974) أن هناك عدة مصطلحات تدور حول الضعف العقلي معظمها مترادفة كالنقص العقلي، القصور العقلي، التأخر العقلي، والضعف العقلي. كما يرى الباحث "عبد المنعم الحفني" (1978) أن التأخر العقلي هو تأخر في نمو الذكاء ويعرف بأسماء عديدة منها: النقص العقلي، الضعف العقلي، والتخلف العقلي (فتحي مصطفى الزيات، 2003: 5).

تعرف الجمعية الأمريكية للنقص العقلي (1959) بأنه انخفاض مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط ينشأ أثناء فترة الارتقاء ويصاحبه خلل في جانب أو أكثر من الجوانب التالية: النضج العقلي، التعلم، التوافق الاجتماعي.

تعرفه الجمعية (1979) على أنه عاقبة عقلية تعود لقصور عقلي في الأداء الوظيفي الحالي يتضح ذلك من خلال انخفاض الدال والواضح في الوظائف العقلية، والتي يتزامن ظهورها مع وجود قصور في اثنين أو أكثر من مهارات التكيف التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المرافق العامة، توجه المكاني،

الصحة والأمان، توظيف المهارات الاكاديمية، الاستمتاع بأوقات الفراغ والعمل، وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن الثامن عشر (رجاء أبو علام، 1989: 28).

من أوائل التعريفات للإعاقة العقلية التي يمكن ان توصف بالتحديد والوضوح التخلف العقلي هي تعريف "ادجار دول" (1941م) الذي يرى التخلف العقلي هو عدم الكيفية الاجتماعية التي ترجع التخلف في النمو العقلي وهذه الحالة غير قابلة للشفاء (كمال إبراهيم مرسى، 1992: 19).

من خلال هذه التعاريف المختلفة نستطيع ان نقول ان التخلف العقلي من العمليات الصعبة والمعقدة لذت اوجب ان نصنف التعاريف الى:

أ- التعريف الطبي: يعتبر من أقدم التعريفات لحالة التخلف العقلي، اذ يعتبر الأطباء من الأوائل المهتمين بتعريف وتشخيص حالة إعاقة التخلف العقلي، فيرجعونها الى الأسباب المؤدية الى ذلك تتمثل في إصابة المراكز العصبية، التي تحدث قبل او اثناء او بعد الولادة وخاصة إصابة القشرة الدماغية والتي تتضمن مراكز الكلام والعمليات العقلية العليا كالتأزر البصر حركي، الحركة والاحساس، القراءة والسمع.

ب- التعريف الاجتماعي: يركز على مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه ومدى نجاح او فشل المتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وقد تختلف هذه المتطلبات تبعاً لمتغير العمر، حيث يتضمن مفهوم السلوك التكيفي وإذا فشل فانه يعاني من تكيف اجتماعي، الذي يعتبر من مظاهر النمو الاجتماعي الذي يتماشى مع عمره الزمني ونموه الجسمي والعقلي والعاطفي.

ج - التعريف الشامل: يشمل ضعف الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن مستوى الذكاء بانحرافين معياريين، ويصبح خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية من الميلاد الى 18 سنة، فقد اعتبر معيار نسبة الذكاء ومعيار السلوك التكيفي من اهم الابعاد الرئيسية في تعريف التخلف العقلي (دبراسو فطيمة، 2004: 27).

18- اسباب التخلف العقلي:

18-1- أسباب ما قبل الولادة:

تتمثل أسباب التخلف العقلي ما قبل الولادة في:

أ- العوامل الجينية الوراثية هي المسؤولة عن 80% من حالات الإعاقة العقلية وجود تلف او قصور او خلل في خلايا المخ او الجهاز العصبي، تحدث نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات تحمل صفات وراثية تأخذ ثلاث اشكال:

1- الصفات الوراثية السائدة التي تحمل صفات مرغوبة فيها وتكون

جين واحد في الظهور.

2- الصفات الوراثية الناقلة التي هي صفات غير مرغوب فيها.

3- الصفات الوراثية المتنحية والتي هي صفات وراثية مرضية غير

مرغوب فيها ولا بد من توفر جيني متنحيين لظهورها.

ب- العوامل البيئية (الاشعة السينية، العقاقير، الاشعاعات، والادوية) التي تؤدي الى خلل

في الكرموزومات وما تحمله من جينات التي تتألف من ADN.

ج- العوامل غير الجينية (الولادة قبل الأوان، تلوث الماء والهواء، الإدمان على الكحول،

الإجهاد، ...) (فتحي مصطفى الزيات، 2003: 18).

18-2- أسباب اثناء الولادة:

الأطفال عديمي اكتمال النضج حيث أفادت بعض الدراسات عن وجود علاقة بين

الإعاقة العقلية والولادة المبكرة (الأطفال غير مكتملي الولادة) أكثر عرضة للتلف العصبي

والوفيات، بالإضافة الى الإصابات الجسدية (الحوادث المختلفة اثناء الولادة كجروح على

مستوى الدماغ او نزيف داخلي نتيجة الأدوات الالية المستعملة للولادة)، اما الاسفكسيا

فيفقد المولود الوعي او ربما يموت نتيجة نقص الاكسجين، وتتعدد مشكلة الحمل اذا كانت

الام اقل من 20 سنة او فوق 40 سنة (رجاء أبو علام، 1989: 19).

18-3- أسباب ما بعد الولادة:

تتمثل أسباب الولادة التي تؤدي الى التخلف العقلي الى:

- أ- سوء التغذية مثل نقص الفيتامين واليود في الطعام الذي يؤدي الى تضخم الغدة الدرقية والانيميا واضطراب التمثيل الغذائي فيؤدي الى القصاص.
- ب- التهاب السحايا كدخول البكتيريا الى سحايا الدماغ فيسبب التهابها ومن اعراضها الحمى الشوكية والصداع.

19- أنواع التخلف العقلي:

تتمثل أنواع التخلف العقلي في:

19-1- التصنيف الطبي:

يعتمد على استخدام المحكات التالية:

- أ- مصدر الإصابة ومن امثلة التصنيف باستخدام هذه المحك تصنيف ترد جولد لانواع التخلف الى قسمين هما:

1- التخلف العقلي الفطري ويحدث نتيجة الوراثة.

2- التخلف العقلي المكتسب او الثانوي بفعل الحرمان البيئي.

قام "ستماوس" بتقسيم التخلف العقلي الى نوعين هما:

- تخلف عقلي راجع الى عوامل داخلية ويحدث نتيجة الوراثة.

- تخلف عقلي راجع الى عوامل خارجية ويحدث نتيجة البيئة.

19-2- درجة الإصابة:

من امثلة التصنيفات ما اقترحه "كانر" من وجود ثلاث فئات هي:

- تخلف عقلي مطلق.

- تخلف عقلي نسبي.

- تخلف عقلي ظاهري.

19-3- توقيت حدوث الإصابة:

اقترح "يانت" ثلاثة تقسيمات للتخلف العقلي بحسب توقيت حدوث الإصابة

وهي: - عوامل قبل الولادة.

- عوامل اثناء الولادة.

- عوامل بعد الولادة.

19-4- المظاهر الجسمية المميزة للحالة الاكلينيكية:

يصاحب التخلف العقلي حالات مميزة اكلينيكية من حيث تكوين أعضاء الجسم

والملامح والمظاهر الجسمية، وهذه الحالات تتفاوت فيما بينها من حيث درجة التخلف

العقلي، ومن اهم هذه الحالات الاكلينيكية للمتخلفين عقليا الحالات التالية:

- حالات المنغوليا: نتيجة زيادة عدد الكروموزومات الى 47 كرموزوما.

- حالات استسقاء الدماغ.

- حالات كبر الدماغ وحالات صغر الدماغ.

- حالات الشلل السحائي.

- حالات الصرع.

19-5- التصنيف السيكولوجي:

يصنف علماء النفس فئات التخلف العقلي تبعا لمعدلات الذكاء على أساس انها

معيار مستوى الأداء الوظيفي للمقدرة العقلية العامة ويتم ذلك في ضوء مقارنة أداء الفرد

على اختبار الذكاء مقنن بواسطة أداء اقرانه ممن هم في نفس عمره الزمني وثقافته.

وننتج عن هذا التصنيف ثلاث أنواع هي:

- فئة المورون وتتراوح نسبة ذكائهم بين 50 و75 درجة.

- فئة البلهاء وتتراوح نسبة ذكائهم بين 25 و50 درجة.

- فئة المعتوهين وتتراوح نسبة ذكائهم بين 0 و25 درجة

من بين التصنيفات السيكولوجية المعمول بها حاليا ذلك التصنيف الذي قدمه

"جروسمان" الذي تضمن الفئات الأربع التالية:

- تخلف عقلي بسيط ويتراوح نسبة ذكاء افراده بين 50 و75 درجة.
- تخلف عقلي متوسط ويتراوح نسبة ذكاء افراده بين 25 و49 درجة.
- تخلف عقلي شديد ويتراوح نسبة ذكاء افراده بين 20 و24 درجة.
- تخلف عقلي حاد جدا ويتراوح نسبة ذكاء افراده بين اقل من 20 درجة.

19-6- التصنيف التربوي:

يتم ويقوم هذا التصنيف على استخدام معدلات الذكاء مع تميز كل فئة مصنفة تبعا لاستعداد افرادها وقابليتهم للتعلم كمجموعة أساسية ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات على النحو التالي: - القابلون للتعلم وهم حالات التخلف العقلي البسيط الذي يتراوح معدل ذكائهم ما بين 50 و70 درجة وهو لا يستطيعون مواصلة الدراسة وفقا للمناهج العادية الا انهم يملكون القدرة على التعلم بدرجة ما إذا توفرت لهم خدمات تربوية خاصة ومدارس خاصة.

- القابلون للتدريب وهو حالات التخلف العقلي المتوسط وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 20 و50 درجة وهم يعانون من صعوبات شديدة تعجزهم عن التعلم الا بقدر ضئيل جدا من المهارات الاكاديمية والمعلومات الخاصة بالكتابة والقراءة والحساب الا انهم قادرون على للتدريب وفقا لبرنامج خاص وذلك تحت اشراف التوجيه المهني.

- المعتمدون وهو حالات التخلف العقلي الجسيم وأكثر مستوياتهم تنديا وتدهورا وتقدر معدلات ذكائهم 25 درجة ويطلق عليهم المعتوهين وهم عاجزون كليا حتى العناية بأنفسهم لذا فهم يحتاجون الى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة من النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية اما داخل المؤسسات الخاصة او المراكز العلاجية.

- التصنيف الاجتماعي وهو يبني على محك التكيف الاجتماعي للفرد ومدى اعتماده على نفسه ووفائه للواجبات والمطالب الاجتماعية ويستخدم في ذلك العلماء والمتخصصون مقاييس للنضج الاجتماعي والسلوك التكيفي ومن بين المقاييس التي استخدمت لفترة طويلة في تحديد مظاهر السلوك التكيفي هي مقياس فتيلاند للنضج الاجتماعي ويتناول هذا المقياس السلوك الاجتماعي للفرد منذ الميلاد حتى 25 سنة وهو يتألف من 117 فقرة موزعة على الأبعاد التالية:

- العناية بالنفس.
- توجيه الذات.
- الحركة والتنقل.
- المهنة.

- العلاقات الاجتماعية (إبراهيم محمد المغازي، 2004: 84-91).

20- مظاهر التخلف العقلي:

تكمن مظاهر التخلف العقلي فيما يلي:

- أ- انخفاض جوهري في الأداء الوظيفي للطفل وقصور ملحوظ في السلوك التكيفي أي نقص حاد في كفاءته الاجتماعية ومهارات النمو.
- ب- نقص وقصور في الجوانب الوجدانية والانفعالية والتحصيلية والادراكية.
- ج - نقص محدود في الذكاء العام عندما يتوقف النمو في 12 سنة أو أقل.
- د - ضعف المقدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة.
- هـ - ضعف الذاكرة وقصور في المقدرة التحصيلية وإدراك العلاقات.
- و- الجمود والتصلب العقلي.
- ز - أكثر عرضة للأمراض من غيرهم.
- ح - النزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع.
- ط - التردد وبطء الإجابة والقلق.

ك - الانعزال في المواقف الاجتماعية.

ل - التبدل الانفعالي واللامبالاة وسهولة الانقياد.

م - اضطرابات النوم والافراط الحركي وتغيرات في المظهر العام.

ع - ضعف الثقة بالنفس وصعوبة الابصار والسمع (كمال إبراهيم مرسي، 1998: 39).

21- أساليب الوقاية والعلاج من التخلف العقلي:

تتمثل أساليب الوقاية والعلاج من التخلف العقلي في:

- فحص الراغبين في الزواج وتقادي زواج الأقارب.

- عدم تشجيع الأمهات على الانجاب بعد سن الأربعين.

- العناية الخاصة بالأم في الولادة الأولى.

- فحص الإطفاء الحديثي للولادة.

- الكشف المبكر عن الحالات الأكثر عرضة للتخلف العقلي من الاجنة

والاطفال قبل الولادة واثناؤها وبعدها كحالات الاضطراب التمثيل الغذائي ووجود بعض

الاحماض الامينية في دم الطفل وبوله وحالات الخلل الكرموزومي في الجينات عن الوالدين

او أحدهما واختلاف خصائص الدم عند الزوجين وحالات التسمم واصابة الام ببعض

الامراض المعدية.

- العناية بصحة الأمهات الحوامل وتغذيتهم ومناولتهم بعض الادوية

لمضادة للأمراض المعدية.

- تعميم مكاتب الفحص الطبي الاجباري للمقبلين على الزواج لتقديم

الارشادات الوراثية واكتشاف الصفات الوراثية السائدة.

- تهيئة سبل الرعاية والخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية والثقافية

للأطفال في الاحياء الفقيرة والمحرومة وفي الاسر المفككة لتحسين ظروفهم واوزاعهم

المعيشية والصحية ومساعدتهم في الحصول على الاحتياجات الأساسية لنموهم الجسمي

والعقلي.

- التوسع في انشاء دور الحضانة ورياض الأطفال لاكتشاف هذه الحالات والتكفل بها مبكرا واعداد إطارات بشرية مؤهلة لذلك.
- الاهتمام ببرامج الارشاد الاسري لمساعدة الوالدين على تقبل أطفالهم المعاقين ومعاملتهم معاملة خاصة.
- معاملة الوالدين للطل المتخلف عقليا كباقي الاخوة واحاطته بالحب لأنه بحاجة ماسة الى الامن.
- توفير مدرسين على مستوى مرتفع من الخبرة لتعليمهم.
- نشر الثقافة النفسية في وسائل الاعلام حول الطفل المتخلف عقليا.
- انشاء برنامج تدريب للآباء والامهات على أساليب المعاملة السوية للأبناء المتخلفين عقليا.
- انشاء مراكز لدعم الوالدين لبناء علاقة صحيحة للمتخلفين عقليا بما يناسب درجة تخلفه (إبراهيم محمد المغازي، 2004: 167-168).

22- الأساليب المتبعة لعلاج المتخلفين عقليا:

تتمثل الأساليب المتبعة للعلاج المتخلفين عقليا في:

- يجب التشخيص المبكر للحالة اثناء الولادة وبعدها.
- تجنب لمس القشرة الدماغية للطفل اثناء الولادة.
- أدى التقدم في علم الاجنة والوراثة والخلايا الحية الى مساعدة الأطباء في الكشف عن بعض العوامل المرضية وقد ثبت من تشخيص دراسات كثيرة ان تشخيص هذه العوامل وعلاجها في سن مبكرة يقي أطفالنا من التخلف العقلي.
- علاج "الفنيد كيتون يوريا" هذا المرض وراثي ناتج عن فشل عملية التمثيل الغذائي لحامض الفنيد الانين ويستعمل اختبار جثري في الكشف عنه، وقد ثبتت كثير من الدراسات ان هذا الحامض يدخل الى الجسم عن طريق الغذائي العادي فهو لا

يؤدي الى تراكم الفينيد الانين عند الطفل العادي بل فقط عند الطفل المريض، وتبدأ تغذية الطفل بالغذاء الخاص فور اكتشاف المرض.

- علاج الجلاكتوسيميا وهو مرض وراثي سببه الفشل في تحويل الجلاكتوز الى جليكوز ويؤدي الجهاز العصبي الذي يدخل في تكوين جسم الطفل عن طريق الغذاء العادي، ويمكن منع تراكمه في الجسم بتغذية الطفل المريض بغذاء خاص لا تدخل فيه مادة الجلاكتوز فور اكتشاف المرض، وقد بينت الدراسات ان تشخيص هذا المرض في سن الرضاعة وعلاجه بنظام التغذية الخاصة يؤدي الى نمو الطفل جسميا وعقليا نموا عاديا.

- العلاج التصحيحي الذي يهدف الى تحسين مظهر الطفل.

- ادراج المتخلفين عقليا حسب الحالة الى مراكز طبية لرعايتهم

وحمايتهم.

- تفعيل أساليب التربية الخاصة.

- العلاج الطبيعي ويكمن في الاعتماد على الوسائل الطبية، كإعطاء

الطفل بعض الفيتامينات مثل الفيتامين "ب" المركب وهناك ادوية تهدف الى تنشيط خلايا المخ وزيادة كفاءتها.

23- كيفية ادماج المتخلفين عقليا وتأهيلهم:

يتم ادماج وتأهيل المتخلفين عقليا حسب الدرجة او الشدة حسب الحالة:

- إذا كان التخلف العقلي بسيط فهم يمتلكون القدرة على التعلم بدرجة

ما إذا توفرت لهم خدمات تربوية خاصة ومدارس وفصول خاصة ولا يمكنهم تعلم المواد الدراسية في سنة واحدة ورغم ذلك يمكن دمجهم مع الأطفال العاديين.

- اما التخلف العقلي الحاد وهم المعتوهين لا يستطيعون حماية أنفسهم

لأنهم يعانون من تشويه جسماني الى جانب ضعفهم العقلي يصابون بالعقم ولا ينجبون أطفالا والتكفل في هذه الحالة يكون كليا.

- الجدول رقم (01): يبين تطور الدماغ.

تطور الدماغ	المرحلة العمرية
<p>يتطور الجهاز العصبي Nervous system من النسيج الامبريوي المعروف باسم، وأول إشارة لتطور الجهاز العصبي هي رؤية الصيغة العصبية Neural plate في حوالي اليوم 16 بعد الاخصاب وبعد أيام موالية تتكون في هذه الصحيفة قناة Channel يتخلق منها التجويف العصبي Neural Cavity وفي حوالي اليوم 21 بعد الاخصاب يتكون النفق العصبي Neural tunnel بالتقاء طرفي التجويف العصبي، الجزء الامامي من هذا الانبوب يتطور الى دماغ بأقسامه الثلاثة الامامي Fore Brain والاطوسط Middle Brain والخلفي Hind Brain والجزء المتبقي يتطور الى الحبل الشوكي Spinal Cord.</p> <p>تتكون البلايين الخلايا العصبية بالدماغ بدا من اكتمال بنيته الأساسية، فبعد خمسة أسابيع من حدوث الاخصاب تبدأ المضغة Chewing كنتيجة لظاهرة الانقسام الخلوي في منطقة الدماغ الامامي والتي ستطور قشرة النصفين الكرويين للدماغ.</p>	<p>مرحلة الحمل</p>
<p>مع الميلاد تبدأ مرحلة جديدة في تطور الدماغ تتمثل في انشاء الشبكات والوصلات العصبية، وتظهر محاور الخلايا Cell Axons الناقلة للإشارات، الشجيرات Bushes هي التي تتسلم الإشارات، ان نتائج الأبحاث الحديثة تتخطى ما كان يظن ان الدماغ يتم نموه في السنوات الأولى من العمر باستخدام تقنية (MRI) الأطفال العاديين من اعمار (3-15) سنة، حيث سجل الباحثون تغيرا تشريحية مذهلة في بنية الدماغ بان مرحلتي الطفولة والمراهقة.</p> <p>هذه الاكتشافات تؤكد مقولة ان نمو الدماغ يستمر عبر مراحل النمو التالية فيما بعد السنة الثالثة من العمر، زرع الميلاد لوحظ ان بعض المراكز العصبية مغطاة بالميلين، خاصة تلك المراكز المسؤولة عن ردود أفعال منعكسة لازمة لبقاء حياة الجنين.</p>	<p>مرحلة الطفولة</p>

<p>- تستمر العملية الميلىنية فى اول عام ونصف من عمر الرضيع لتتم المسارات الحركية فى الدماغ مما يمكن من ضبط العضلات الكبيرة فى الذراعين والساقين والجدع.</p>	
<p>مرحلة المراهقة يستمر تغير الدماغ وينضج أكثر ابان مرحلة المراهقة، فالميلينية للفص الامامى تتم اثناء المراهقة المبكرة، وفى سن الرابعة عشر يصل وزن الدماغ للمراهق الى وزنه فى مرحلة الرشد، وهذا التزايد فى الوزن مرده أيضا الى طبقة الميلىن والى التشابكات التى تنمو على سطح الخلايا العصبية.</p> <p>ان كثافة التشابكات تتراجع خلال المراهقة، فالميلينية تتراجع خلال المراهقة بسبب استخدام بعض الوصلات او زيادة هذه التشابكات أكثر من اللازم فى العمر سنة تصل هذه الكثافة الى مستواها فى مرحلة الرشد، ان المسؤولية القشرة الدماغية الامامية عن التفكير المنطقي فى اصدار الاحكام يجعلها تستمر فى التطور.</p>	<p>مرحلة المراهقة</p>

- الجدول رقم (02): تصنيفات واشكال التخلف العقلى واسبابه.

<p>أولاً: التصنيف النفسى الاجتماعى لفئات التخلف العقلى</p>
<p>1- الإعاقة العقلية الشديدة: هى حالة تنخفض فيها نسبة ذكاء الشخص الى اقل 25 درجة على مقياس الذكاء الفردي، ويتوقف نموه الذهنى فى سن اقل من 3 سنوات، ويرجع تخلفه الى عوامل عضوية، تشوهات خلقية، تلف الحواس، وضعف التآزر الحركى.</p> <p>2- الصفات الاكلينيكية: عدم القدرة على حماية نفسه من الاخطار الطبيعية، والفشل فى اكتساب العادات الأساسية فى النظافة، التغذية، عملية الإخراج، وعدم القدرة على النطق ووجود صعوبات كبيرة فى الكلام.</p> <p>3- عدم القدرة على التعبير بالجمال وتسمية الأشياء المألوفة بصعوبة، الفشل فى إدراك الزمان والمكان، الفشل فى التعلم والقراءة والكتابة والحساب.</p> <p>4- فذوى الإعاقة العقلية الشديدة يحتاجون الى رعاية مباشرة من الاخرين مدى الحياة (فتحي مصطفى الزيات، 2006: 6).</p>

1- **الإعاقة العقلية المتوسطة:** هي حالة تتراوح فيها نسبة ذكاء الشخص ما بين 25 - 49 درجة على مقياس الذكاء الفردي، ويتوقف نموه الذهني ما بين 3 - 7 سنوات.

2- **الصفات الاكلينيكية:** أحسن حال من الإعاقة الشديدة، له القدرة على حماية نفسه من الاخطار الطبيعية، يتعرف على الأشياء وتسميتها واستعمالها، بتعرف على اخوته واقاربه، يستطيع التنقل في البيئة التي تحيط بمنزله، ويميز بين العملات في اثناء الشراء لكنه يفشل في التمييز بين العملات ذات القيمة الكبيرة والصغيرة (دبراسو، 2004: 16).

1- **الإعاقة العقلية البسيطة:** هي حالة تتراوح فيها نسبة ذكاء الشخص ما بين 50-69 درجة على مقياس الذكاء الفردي، ويتوقف نموه الذهني ما بين 7-10 سنوات.

2- **الصفات الاكلينيكية:** ضعف المحصول اللغوي مما يجعله يعبر بجمل قصيرة غير سليمة، يعاني من عيوب كثيرة في النطق (الخنقة، ابدال حرف، عدم وضوح مخارجها)، يستطيع التمييز بين العملات والتعامل معها، التعرف على المواقيت والأيام والاسبوع، لكنه يفشل في معرفة أسماء الشهور والفصول والسنة، كما يستطيع القراءة والكتابة ومبادئ الحساب الى مستوى الصف الخامس الابتدائي ببطء، ويمكن تدريبه على بعض المهن اليدوية للحصول على عمل في الشركات.

(عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي، 1997: 129).

ثانيا: التصنيف التربوي لفئات التخلف العقلي

من اجمالي عدد السكان 1% تمثل فئة القابلين للتعلم، هذه الفئة تمثل حوالي 2-14 حسب توزيعها على المنحى الاعتدالي، وتتضمنه فئة الإعاقة البسيطة وتتراوح 50-70 درجة ويمكنهم تحصيل قدر من التعليم حتى مستوى الصف الخامس الابتدائي تقريبا، وهو لا يستطيعون مواصلة الدراسة، الا انهم يمتلكون القدرة للاستعداد داخل البيئة التعليمية.

تمثل فئة القابلين للتدريب وتتراوح نسبتها 5-13% وتتضمن هذه الفئة الإعاقة العقلية المتوسطة، وغالبا تنخفض نسبة ذكائهم عن المتوسط بمقدار الثلث عن الانحراف المعياري باستخدام اختبار الذكاء الفردي، فقدراتهم العقلية تصل الى نصف او ثلث القدرات العقلية لأقرانهم العاديين في نفس العمر الزمني.

من اجمالي عدد السكان 3% تمثل فئة غير قابلين للتعلم او التدريب، هذه الفئة تمثل حوالي 5% تتضمن الإعاقة الشديدة، يحتاجون الى رعاية تامة حيث يصعب تعليمهم وتدريبهم لأنهم يحتاجون الى تكفل كلي مستمر (دبراسو فطيمة، 2004: 7).



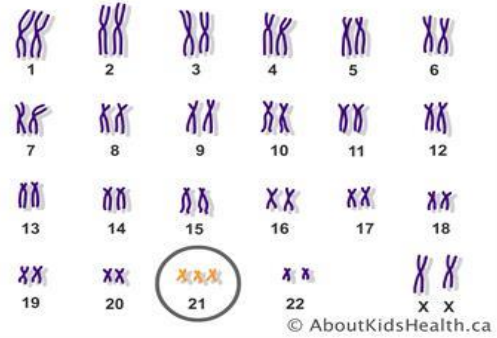
- الجدول رقم (03): التصنيف النيروجيني لدى فئات التخلف العقلي

يمكننا ان نلخص اشكال الشذوذ الجيني لدى المتخلف عقليا التي قدمتها كثير من الدراسات والبحوث السابقة في الجدول التالي:

النوع	فئة التخلف العقلي	الشذوذ الجيني	عدد الكرموزومات في الخلية
الأول	متلازمة داون من النوع الثلاثي 21 (Trisomy 21)	تكرار الكرموزوم 21 ثلاث مرات بدل من مرتين في الخلايا العادية	47 كرموزوما
الثاني	متلازمة داون من النوع الانتقالي Translocation	انتقال جزء من احد الكرموزومات والتحامه بالكرموزوم 21	46 كرموزوما

46 كرموزوما	خلل في الكرموزوم 21 في بعض الخلايا دون الأخرى	متلازمة داون من النوع الفسائى Mosaicism	الثالث
47 كرموزوما	تكرار الكرموزوم رقم 13 ثلاث مرات لذا يسمى Trisomy 13	متلازمة باتيو Patau's Syndrom	الرابع
47 كرموزوما	تكرار الكرموزوم رقم 18 ثلاث مرات لذا يسمى Trisomy 18	متلازمة ادوارد Edward's syndrom	الخامس
45 كرموزوما	غياب احد كرموزومات الجنس فيكون زوج الكرموزوم رقم 23 فرديا (xo)	متلازمة تيرنر Turner's syndrom	السادس
47 كرموزوما	زيادة كرموزوم الجنس (x) الى زوج الكورموزوم 23 الانثوي فيكون (xxx)	متلازمة Trisomy x(xxx)	السابع
47 كرموزوما	زيادة كرموزوم الجنس (y) الى زوج الكورموزوم 23 الانثوي فيكون (xxy)	متلازمة كلاينفيلترز Kilinfelter's Syndrom	الثامن
47 كرموزوما	زيادة كرموزوم الجنس (y) الى زوج الكورموزوم 23 الذكري فيكون (xyy)	متلازمة (xyy)	التاسع

47 كرموزوما	زيادة كرموزومات المجموعة D التي تضمن الكرموزومات رقم: 13-14-15 لذا يسمى (TRisomy D)	متلازمة الميكروسيفالي Microcephaly's Syndrom	العاشر
45 كرموزوما	فقد الكرموزوم رقم 15 الابوي	متلازمة براديو يليلي Praderwilli's Syndrom	الحادي عشر
46 كرموزوما	طفرة في جين (FMRI) الذي يكون برومين التخلف العقلي من هذا النوع (FMRP)	متلازمة الكورموزوم X الهش Fragil x	الثاني عشر





Klinefelter syndrome

اسباب
Large head compared to face

متلازمة

تيرنر؟

- Tall forehead with narrow temples
- Wide spaced eyes (hypertelorism)
- Downward slant of palpebral fissures
- Epicantal folds
- Short, broad nose with depressed root and full tip
- Deeply grooved philtrum
- Full lips with high, wide peaks to the vermillion border of upper lip
- Small chin and short neck

Klinefelter syndrome
Also called: XXY syndrome

ABOUT SYMPTOMS TREATMENTS

Less body hair Breast enlargement

Extra X chromosome

A genetic condition in which a male is born with an extra copy of the X chromosome

47, XYY

8 10 15 16 21 22 X





متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش
Fragile X Syndrome

الفتيات المصابات بالمرورث كاملاً قد لا تظهر عليهم أي علامات، وقد يكون هناك تخلف فكري بسيط، وجود صعوبات التعلم، اضطرابات سلوكية وعاطفية

الأولاد المصابون بالمرورث كاملاً عادة ما يكون لديهم التخلف بدرجة متوسطة إلى شديدة، صعوبات تعلم، قصور في الانتباه و نشاط مفرط، قلق و مزاج متقلب، اضطرابات سلوكية وعاطفية، وبعض الصفات مثل زيادة حجم الذئبة بعد البلوغ، زيادة حجم الجبهة، الوجه المستطيل، الذقن البارز



Patau's syndrome. (Trisomy 13)



TYPES OF DOWN SYNDROME

- **Trisomy 21**
 - 95% of people
 - Extra 21st chromosome
- **Translocation**
 - 2-3% of people
 - Part of 21st chromosome breaks off and attaches to another chromosome
- **Mosaicism**
 - 2% of people
 - Uneven balance of chromosomes in cells (46 vs. 47)

Edward's Syndrome



By: Kara Moon

24- أطفال التوحد:



عملية دمج أطفال التوحد ليست عملية سهلة ولا يكون الطريق إليه سهلاً، وإنما هو صعب ويحتاج إلى شروط ومستلزمات وتهيئة وإعداد لنجاح هذه العملية واهم ما في الأمر كيف نص الأخصائيين النفسانيين على قبول أطفال التوحد وكيف نهئى الأسرة على تعلم السلوكيات التي تساعد أبناءها على اكتساب السلوكيات وعدم فقدانها واختيار الفئة المدمجة لذا نقدم لكم كل من شروط الدمج:

أ- الفئة المدمجة:

في التربية الخاصة هي تجمع من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة اللذين يتم تعليمهم المشاركة في خصائص معينة بالرغم من إن المهنيين يحاولون وضع مستويات للتعريفات الفئات إلا انه توجد تنوع هام من حالة إلى أخرى.

حيث يرى الباحثون "باونز وآخرون" (1995) ان الحالة التي يمكن دمجها هي (حالة أسبرجر واضطراب النمائي الشامل غير محدد).

قد قدم "وارنوك" معلومات حول دمج أطفال موحدين لذا يرى إن الأطفال ذو الإعاقات الأقل شدة هم الذين يمكن دمج البعض منهم.

بينما ترى "هالة عبد السلام" إن الفئة الممكن دمجها من أطفال التوحد هي الفئة التي يصدر بشأنها قرار من التأمين الصحي والمستشفيات الحكومية أو الجامعية المعتمدة من وزارة التربية والتعليم على إن يكون القرار مختوم بشعار الجمهورية، ولا يقبل التلميذ متعدد الإعاقات أو مزدوجي الإعاقة، ويستثني ذلك الإعاقة الحركية المصاحبة لأي من الإعاقات البصرية أو السمعية أو الذهنية، حيث أنها تؤثر على التحصيل الدراسي.

ترى الباحثة إن اقتران التأخر الذهني بالتوحد يخفض من فرص الدمج لدى تلاميذ الذين يجتمع لديهم الاضطراب مقترن بإعاقات ثانوية، أي كلما ازدادت درجة تأخر ذهني انخفضت فرصة دمج التلميذ ذو اضطراب التوحد.

ب- شكل دمج هذه الفئة:

يرى "طارق عامر" إن الشكل الذي يمكن ان يدمج فيه الطفل التوحد هو الدمج الكامل (الكلي)، حيث يمكن إلحاق هذه الحالات بالفصل الدراسي العادي كما انه من الممكن أي ينظم الفصل حالات توحد تختلف من حيث المستوى الوظيفي أو شدة التوحد ويحتاج هذا النظام من الدمج إلى التعاون الوثيق بين معلم الفصل العادي ومعلم التربية الخاصة التي يساعد المعلم والأطفال التوحيدين داخل الفصل.

حيث يقوم المعلم بالتعليم، بينما يقوم معلم التربية الخاصة بتقديم استراتيجيات تعليمية معينة مثل (التلخيص واستراتيجيات الذاكرة ومهارات التعميم) للأطفال اللذين يستفيدون من هذه الخدمات.

ج- طريقة دمج هذه الفئة:

- عن طريق (الخدمات الخاصة) حيث يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تلقيه مساعدة خاصة من وقت لآخر بصورة غير منتظمة في مجالات معينة مثل: القراءة، الكتابة، الحساب، وغالبا ما يتقدم معلم التربية الخاصة بزيارة المدرسة مرتين أو ثلاث أسبوعيا.

د- دمج أطفال التوحد (غير العاديين):

من اجل دمج أطفال التوحد يجب توفر الشروط التالية:

➤ عمر الطفل العقلي وليس الزمني لان الطفل المصاحب بالتوحد قد يكون عمره الزمني (10 سنوات) ولا يتجاوز عمره العقلي عن (7 سنوات) وهذا يجب دمجه مع أصحاب (7 سنوات).

➤ نسبة طلاب التوحد إلى الطلاب العاديين فلا يجب ان يكونوا أكثر من النصف او يكون هناك 1 أو 2 بحيث يشعروا بالغبرة وهذا لا يؤدي إلى التكيف داخل الصف.

➤ تدريب التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التوحد على التفاعل الاجتماعي.

هـ - الأسرة:

أشار "كوجل وكوجل" (2003) إلى أحد الدراسات التي قام بها "لوثانس وآخرون" والتي قارن من خلالها أثر تعليم الآباء على التدخل السلوكي في أبناءهم المصابين بالتوحد وخلصت الدراسة إلى:

➤ المجموعة الأولى: تلقت تدريبات في التدخل السلوكي لمدة سنة في عيادة داخلية ولم يدرّب والديهم على كيفية تقديم تدخل سلوكي في المنزل.

➤ المجموعة الثانية: فتلقت تدريبا علاجيا مدته في بيئة خارجية وتم تدريب الوالدين على كيفية تقديم تدخل سلوكي في المنزل. وفي فترة المتابعة التي استمرت من سن 4 سنوات، توصل الباحثون إلى ان الأطفال الذين عادوا إلى منازلهم وتدرّبوا على مبادئ التدخل السلوكي كان التدريب ايجابيا (قحطان احمد الظاهر، 2009: 270).

25- الإعاقة الحركية:



25-1- تعريف الإعاقة الحركية:

هناك العديد من التعريفات المختلفة التي تصف الإعاقة الحركية وتحدد ابعادها نذكرها

كالتالي:

أ- هي حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المتصلة بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية (عواجه رنا محمد الصبحي، 2007: 12).

ب- هي كل ما يحد من قدرات الانسان العقلية او النفسية او الجسدية، ويجعله غير قادر على ان يمارس حياته الطبيعية المتوقعة منه في حدود عمره وجنسه وظروف بيئته المخيطة به (حسين نور الهدى، 2016: 47).

ج- هي حالة من عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية كالمشي والجري والوثب والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة، وهذا بسبب إصابة جسمه في العمود الفقري وعضلاتها والجهاز العصبي، او نتيجة لعوامل وراثية تؤثر على الإعاقة في نموه العقلي والانفعالي وتحد من قدرته على التكيف الاجتماعي (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011: 418).

د- اما الروسان فقد عرفها بانها حالات الأشخاص الذين يعانون من إشكال معين في قدراتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتتطوي حالات الاضطراب الحركية او الإعاقة العقلية تحت المفهوم، مما يتطلب الحاجة الى التربية الخاصة (عصام الصفدي، 2007: 18).

ه- المعاق حركيا هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي، نتيجة مرض او إصابة أدت الى ضمور في العضلات او القدرة الحركية او الجسمية او كليهما معا في الأطراف السفلى او العليا أحيانا او اختلال في التوازن الحركي او بتر الأطراف، ويحتاج الى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهداف حياته والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية (حسين نور الهدى، 1986: 12-13).

26- أنواع الإعاقة الحركية:

أ- الإعاقة الحركية الخلفية:

هي تلك التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الولادة او بعد الولادة، وتعود أسبابها غالبا الى الوراثة، وهي عبارة عن إعاقة عضوية يترتب عنها وظيفة عضو او أكثر من أطراف الجسم منذ ولادته، او يولد ناقص الأطراف مثل تقوس الساقين، هشاشة العظام، الأطراف القصيرة والمعقودة والمشوهة، والشلل بكافة انواعه، ... (حسين نور الهدى، 2016: 53).

ب- الإصابة المخية الحركية:

هي اصابة في الجهاز العصبي وبالأخص المادة الرمادية والقشرة الدماغية، وتحدث قبل الولادة غالبا وهي راجعة لعدة أسباب كتنقص الاكسجين في الانسجة لدى الجنين بعد تعرض الام الى حوادث او صدمات تؤدي الى نزيف دموي او تعرض الجنين الى صدمة، او تعرض الام الى فيروسات قد تصيب الجنين فيما بعد، وكذلك هي مرتبطة بعدم توافق الزمرة الدموية خاصة عندما يكون الزواج من نفس العائلة، كذلك التسمم بفعل ثاني اكسيد الكربون بالإضافة الى الطفيليات التي تصيب الجنين.

اما اثناء او بعد الولادة فتسمى الانوكسي الولادية، نتيجة عسر الولادة والتي تتأخر كثيرا، وكذلك اذا التف الحبل السري حول المولود، او اذا كانت ولادة الطفل قبل الوقت المحدد، اما الاضطرابات التي نجدها عند المصاب بالإعاقة المخية الحركية فهي التقلص الارادي وهي عبارة عن حركات ارادية غير منظمة وغير منسجمة مع بعضها البعض، وتصيب خاصة عضلات الاطراف والوجه، بالإضافة الى صعوبات في استقامة الظهر والرقبة والراس وصعوبة في استعمال اليدين بدقة او الوقوف او الجلوس، وهذا يؤثر تأثيرا كبيرا على الأداء اليومي والشخصي للمصاب (بغيجة لياس، 2006: 36).

ب- الإعاقة الحركية المكتسبة:

هي عبارة عن خلل او عجز في القدرة الحركية او النشاط الحركي، لا تولد مع الفرد وتصيبه خلال مرحلة عمرية معينة، وتكون غالبا ذات أسباب بيئية كالحوادث والأمراض، وينجم عنها تأثير على حالة المعاق الجسمية والنفسية (عبد المجيد حسن الطائي، 2007: 29). هناك أنواع عديدة للإعاقة الحركية المكتسبة نذكرها كالتالي:

1- الشلل الدماغي: هو احدى الاعاقات النمائية او الاضطرابات العصبية التي تصيب المخ في مراحل مبكرة من حياة الطفل، وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة، وتتجم هذه الاضطرابات عن خلل او تلف في الدماغ، وتؤدي الى عدد غير محدود من الاعراض والمشكلات الحركية والحسية والعصبية، والتي تظهر على شكل تشنج او توتر في الحركة او الأوضاع الجسمية وما يصاحبها من تشوهات في الأطراف، وكذلك اضطرابات عقلية ونوبات الصداع او صعوبات نطق الكلام او ضعف الأجهزة الحسية.

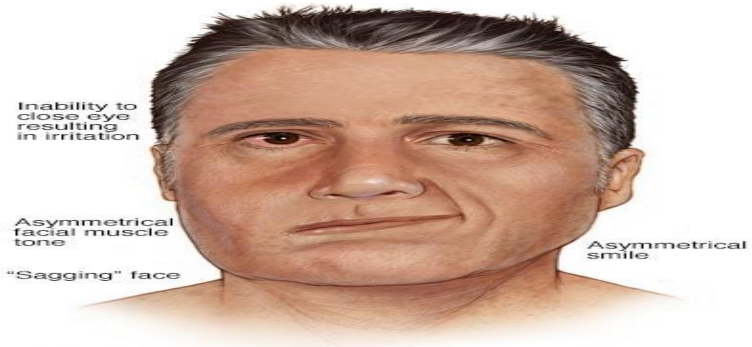
2- الشلل النصفي السفلي: يكون بشلل الأطراف السفلى فقط في حين تؤدي الأطراف العليا وظيفتها بشكل طبيعي.



3- الشلل النصفي الجانبي: يتأثر هذا النوع بشلل جانب واحد من الجسم متضمنا الجانب السفلي والعلوي معا، وفي اغلب الأحيان يتأثر الجانب الأيمن.



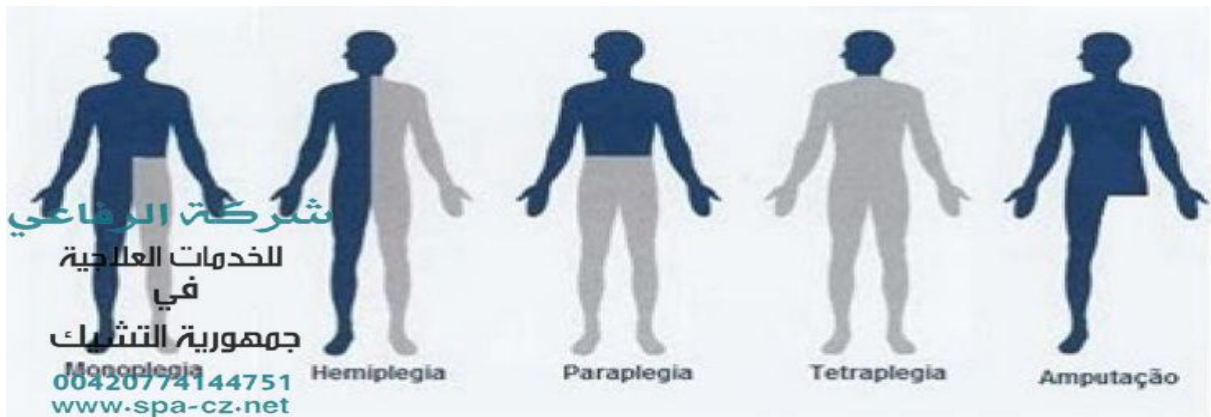
Location of facial nerve



©2017 MAYO

© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

4- الشلل النصفي الثلاثي: يكون بشلل ثلاثة أطراف وتكون في العادة الرجلين والذراع.



5- الشلل النصفي الاحادي: وهو شلل طرف واحد فقط، وهو نادر الحدوث نسبيا.

6- الشلل النصفي الرباعي: أي شلل جميع الأطراف الأربعة للجسم.



7- الشلل النصفي: وهو أحد أكثر الإعاقات الحركية المنتشرة في العالم، ويحدث نتيجة انفجار أحد الاوعية الدموية المغذية في الدماغ، نتيجة ارتفاع في الضغط او مرض السكري او عدة امراض أخرى كتصلب الشرايين او نزيف بالدماغ، ونتيجة ذلك شلل في جهة واحدة من الجسم، ويبدأ الشلل في الحالة الحادة بشلل رخوي ومن ثم تدريجياً تبدأ العضلات بالتيبس وتصبح الأطراف المصابة متيبسة كلياً، وقد تؤدي حركات غير ارادية، قد يتحسن المريض بعد الإصابة ولكن نسبة التحسن بطيئة وقد لا تصل الى التحسن الكامل (الصدفي، 2007: 89).



ج- التهاب المفاصل:

مرض حاد ومؤلم في المفاصل والانسجة المحيطة بها، مما ينجم عنه تورم وهو تيبس خاصة في الصباح، وتؤدي إصابة المفاصل الشديدة الى اتلاف العظام والانسجة والاعوية الدموية المحيطة بها، وتظهر التهابات المفاصل من خلال ظهور تورم المفاصل والانسجة، وتؤدي الى الالام المستمرة، وحدث تشوهات وعاهات لدى الفرد الذي يعاني من التهاب المفاصل (حسين نور الهدى، 2007: 56).



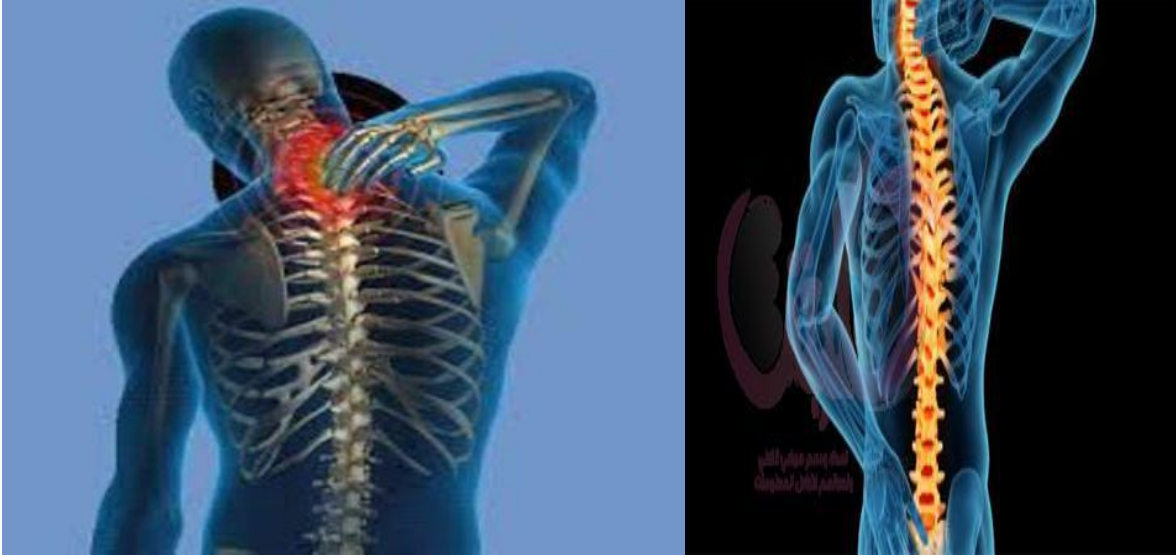
د- التهاب العظام:

هو الذي يحدث في مراحل العمر المتأخرة والمتوسطة، وخاصة عند الافراد الذين يعانون من إصابات الهيكل العظمي، ومن يتعرضون للحوادث المختلفة، وتؤدي الإصابة بالالتهابات الى الانزلاق الغضروفي وتآكله (حسين نور الهدى، 2007: 56).



هـ - اضطرابات العمود الفقري:

تمثل حالات اضطراب العمود الفقري مظهرا مميزا من الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل بهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد بها الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الراس حتى نهايته، وتكون الإصابة على مستوى المنطقة العنقية، فقرات المنطقة الصدرية، فقرات المنطقة القطنية (حسين نور الهدى، 2007: 57).



و - الكسور:

هي تتخلل تماسك النسيج العصبي وبالتالي يؤدي الى انفصاله اما جزئيا او كليا نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية. هناك ثلاث أنواع من الكسور نذكرها كالتالي:

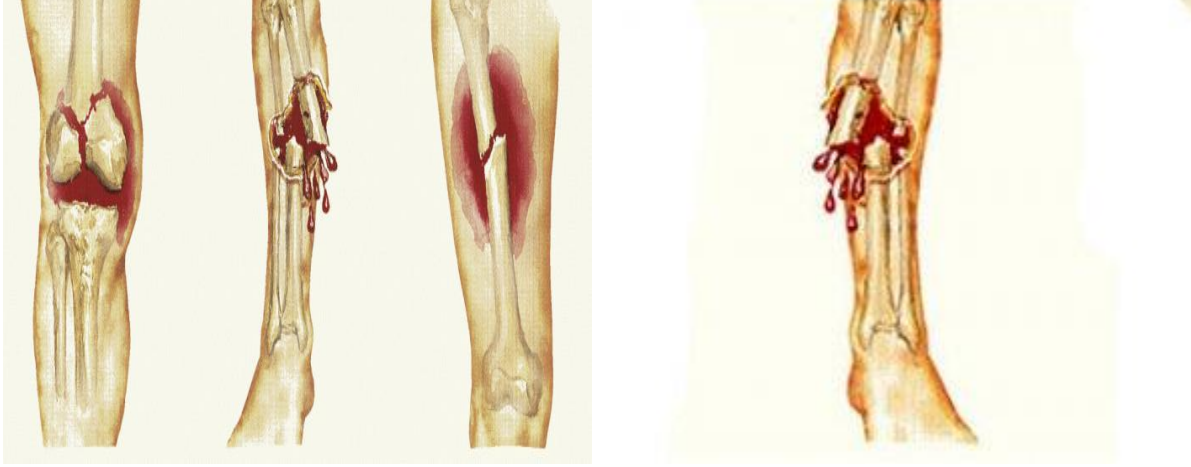
1- الكسور المغلقة البسيطة:

هي التي لا يكون لها أي اتصال بالمحيط الخارجي، أي لا يكون مصحوبا بجرح خارجي، وهذا يعني عدم إيصال الكسر لخارج الجلد المحيط به.



2- الكسور المفتوحة المضاعفة:

هي تلك الكسور التي يصاحبها تلف او تمزق الجلد، وفي هذه الحالة يكون الكسر على درجة من الخطورة بسبب تعرضه للعدوى والتلوث.



3- الكسر المختلط:

وهو من اشد أنواع الكسور خطورة، وهو كسر عظمي مصحوب بقطع اوردة او أعصاب او انسجة عضلية (حسين نور الهدى، 2007: 58).

ز- البتر:

يعرف طبيا بانه فصب لحد الطرفين السفليين او العلويين بشكل جزئي او كلي، وذلك كنوع من العلاج او لتخليص الجسم من العاهة، ويعرف بانه حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد اطرافه او بعضها او كلها (حسين نور الهدى، 2007: 58).



27- أسباب الإعاقة الحركية:

تتمثل أسباب الإعاقة الحركية في:

- الأورام الخبيثة في الدماغ والسرطان العظمي.
- الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم، السكري.
- التهاب العظام والكسور وتعفن الانسجة المحيطة.
- الحوادث والإصابات المختلفة، فيها يفقد الفرد بعض أجزاء جسمه او القدرة على القيام بوظيفتها مثل حوادث المرور (عصام الصفدي، 2007: 91).
- الحروب واشكال الدمار المختلفة والأوبئة والمجاعات.
- الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات.
- الإصابات الرياضية.
- السموم مثل الذي تنتج عند دخول ثاني أكسيد الكربون الى الجسم او عن طريق استنشاق مواد سامة والتعرض للرصاص.
- الحروق الشديدة على مستوى بعض الأطراف ما يفقد الفرد القدرة على أداء وظيفتها بشكل سليم (مدحت أبو نصر، 2005: 79-80).

28- خصائص الإعاقة الحركية:

تتمثل خصائص الإعاقة الحركية في:

أ- الخصائص الجسمية للمعاق حركيا:

- اضطراب في نوم عضلات الجسم.
- مشكلات في متانة العظام.
- مشكلات في القدرة على العناية بالذات والنشاط الحياة اليومي.
- ضعف في التآزر والتوازن الحركي.
- تعبيرات الوجه غير عادية.
- سيلان اللعاب من الفم وصعوبة في الحراك الاجتماعي.

- ضعف المهارات الدقيقة (مثل عدم مسك القلم بطريقة صحيحة، او استخدام المقص).
- ضعف المهارات الكبيرة (مثل عدم القدرة على المشي بطريقة طبيعية، وضعف التآزر البصري الحركي) (غنيم وآخرون، 2016: 44-45).

ب- الخصائص العصبية للمعاق حركيا:

لدى هؤلاء مشاكل تتعلق بتلف الدماغ والخلل الوظيفي في عمل الخلايا الحركية، كما ان لديهم مشاكل خاصة بالحبيل الشوكي، ومشكلات في مجال الرؤية والسمع الناتجة عن الإصابات العصبية المسببة للأمراض مثل: التهاب السحايا، السل، الحصبة الألمانية، الزهري،... وغيرها مسؤولة عن اعاقتهم الحركية، بداية بالتطعيم الثلاثي، والتشخيص، والعلاج، التأهيل، التدريب. وقد تنتج المشاكل العصبية لديهم عن سوء التغذية والحرمان وتعرضهم لإصابات الراس والرضوض والكسور في الحسم (العزة سعيد حسني، 2009: 198).

ج- الخصائص النفسية للمعاق حركيا:

- الانسحاب والخلج.
- الانطواء على الذات.
- الاكتئاب والحزن.
- عدم الرضى عن الذات.
- الشعور بالعجز والاعتمادية والقلق (غنيم وآخرون، 2016: 42).

د- الخصائص الاجتماعية للمعاق حركيا:

- لديهم مشكلات في عادات الطعام والملبس وقضاء الحاجة.
- الانطواء الاجتماعي والعزلة وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب.
- نظرة المجتمع الدونية لهذه الفئة.
- تصاحب الإعاقة أزمات قد تكون محل استهزاء الآخرين.
- الانسحاب والاعتماد على الآخرين (النوايسة فاطمة عبد الرحيم، 2013: 211).

29- حاجات المعاق حركيا:

أ- حاجات صحية تأهيلية:

- العلاج.

- الرعاية البدنية.

- أجهزة تعويضية.

- الحركة والتنقل.

ب- حاجات نفسية:

- الحاجة الى الارشاد النفسي.

- الحاجة الى توفير أجواء نفسية مريحة للمعاقين.

- تقديم التشجيع والدعم النفسي.

- اشراكهم في خبرات سارة.

- الحاجة للتأهيل المهني.

ج- حاجات تربوية:

- الحاجة الى مناهم دراسية وأساليب تعليمية مناسبة.

- الحاجة الى التعزيز الإيجابي والابتعاد عن أساليب العقاب المختلفة.

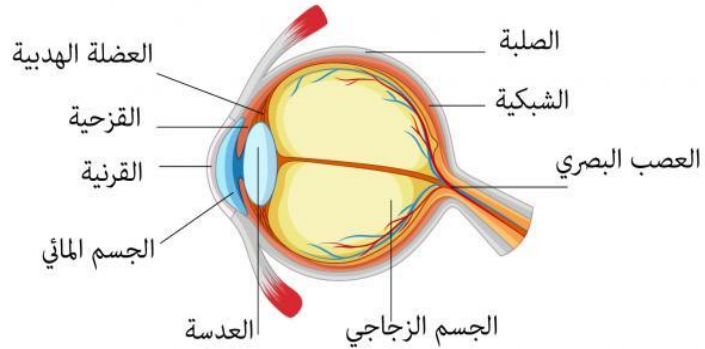
- الحاجة الى تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة إليهم (النوايسة عبد الرحيم، 2013: 212).

30- الإعاقة البصرية:



الشخص الكفيف هو الذي لا يستطيع ان يعتمد على حاسة الابصار لعجز فيها في أداء الاعمال التي يؤديها غيره بهذه الحاسة، وتعتبر الإعاقة البصرية من الاعاقات قليلة الحدوث مقارنة بالإعاقات الأخرى، ففي الولايات المتحدة الامريكية يقدر مكتب التربية نسبة المعاقين بصريا حوالي 1% من مجموع السكان، وتشكل الإعاقة البصرية نسبة 5% من فئات التربية الخاصة (Demoth: 1982).

32- تعريف الإعاقة البصرية:



لقد ظهر العديد من التعريفات أهمها:

أ- **التعريف القانون Legal definition:** لقد ظهر التعريف القانوني للإعاقة البصرية قبل ظهور التعريف التربوي، ويشير التعريف القانوني على انها الشخص الكفيف من وجهة نظر الأطباء والذي لا تزيد حدة ابصاره Visual Acuity عن 20/20 قدم في احد العينين او حتى في استعمال النظارة الطبية.

ب- **التعريف التربوي Educational definition:** اما التعريف التربوي فيشير الى ان الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع ان يقرأ او يكتب الا بطريقة (براي) Braille method (الروسان فاروق، 2001: 151).

حيث وضعت "باراجا" Paraga (1976) تعريفا تربويا للمعاق بصريا تقول فيه ان الطفل المعاق بصريا هو الذي تحول اعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو بحاجة الى تعديلات في المواد التعليمية وفي أساليب التدريب وفي البيئة المدرسية.

ج- **التعريف الوظيفي:** اقترح هذا التعريف "هارلي Harly" (1971) ويشير الى ان الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ اعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة براي.

31- تصنيف الإعاقة البصرية:

أ- **مجموعة المعاقين بصريا كليا Totally blind:** هي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

ب- **مجموعة المعاقين بصريا جزئيا: Bartially sighted** هي تلك المجموعة التي ينطبق التي تستطيع ان تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة باستخدام النظارة الطبية او أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة ابصار هذه المجموعة ما بين 70/20 الى 200/20 قدم في احد العينين، او حتى في استعمال النظارة الطبية (الروسان فاروق، 1994:309).

هناك تصنيف يشير الى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات

التذكر، وحسب ذلك التصنيف يمكن ان نميز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية

نذكرها كالتالي: - فقد بصر تام ولادي او مكتسب يحدث بعد سن 05.

- فقد بصر تام مكتسب يحدث بعد سن 05.

- ضعف بصر مكتسب يحدث بعد سن 05.

- فقد بصر جزئي ولادي.

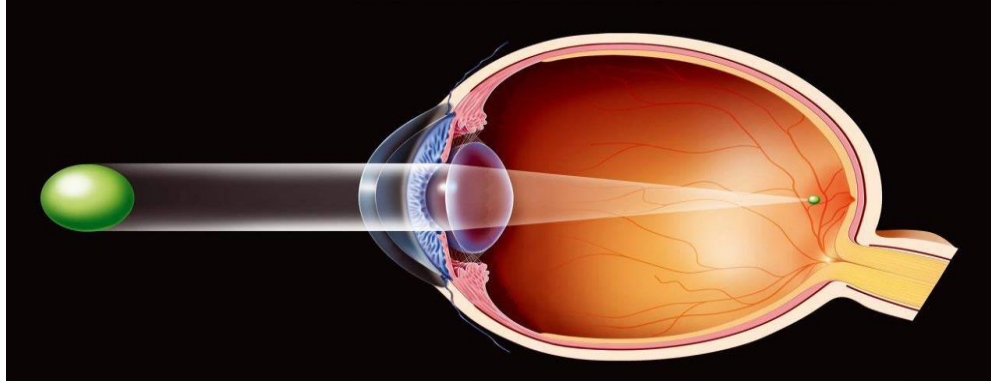
- فقد بصر جزئي مكتسب.

- ضعف بصر ولادي.

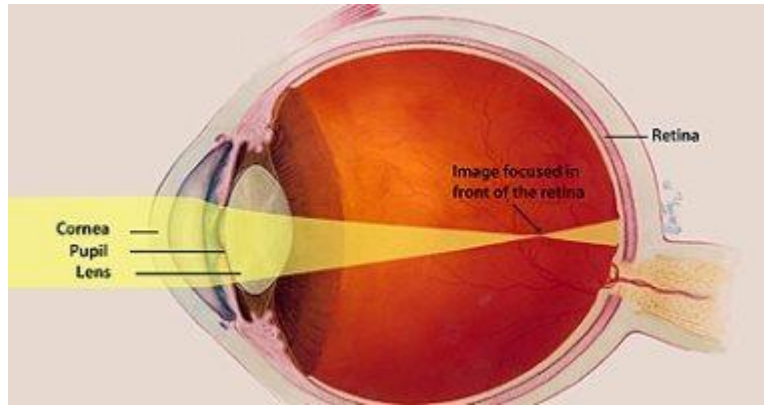
32- اشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية):

أ- **طول النظر:** في هذه الحالة الفرد يعاني من صعوبة في رؤية الاجسام القريبة بينما تكون رؤيته للأجسام البعيدة عادية، ويعود السبب في طول النظر الى قصر عمق كرة العين، بحيث تكون نقطة تركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية، ولذلك لا تتكون الصور للأشياء

القريبة اما الأشياء البعيدة فيمكن رؤيتها بسهولة، لذلك نجد الفرد الذي يعاني من طول النظر اثناء القراءة يميل الى وضع الكتاب امامه على مسافة ابعد من بقيت زملائه.



ب- قصر النظر **Myopia**: هو عكس طول النظر، حيث ان الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الاجسام القريبة، وتكمن المشكلة في ان عمق كرة العين من المقدمة للخلف يكون كبيرا مما يجعل الشعاع الساقط من المرئية ينكسر ليتجمع خارج الشبكية على عكس زملائهم الاخرين، فنجد ان المتعلمين الذين يعانون من قصر النظر يقربون المادة المقروءة من اعينهم بشكل مألوف.



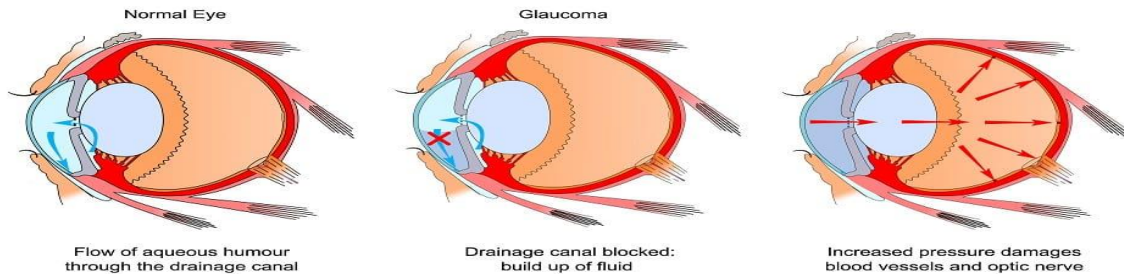
ملاحظة: فان حالات طول وقصر النظر تعتبر من أكثر الصعوبات البصرية شيوعا يمكن التغلب عليها باستخدام النظرات او العدسات اللاصقة.

ج- اللابؤرة **Astigmatism**: تحدث نتيجة عيوب او عدم التزام في شكل القرنية او العدسة مما يؤدي الى عدم انتظام في كسر الضوء الساقط عليها، حيث يتشتت الضوء بشكل يؤدي الى عدم وضوح الصورة ويمكن علاج هذه الحالة عن طريق الجراحة او العدسات اللاصقة.

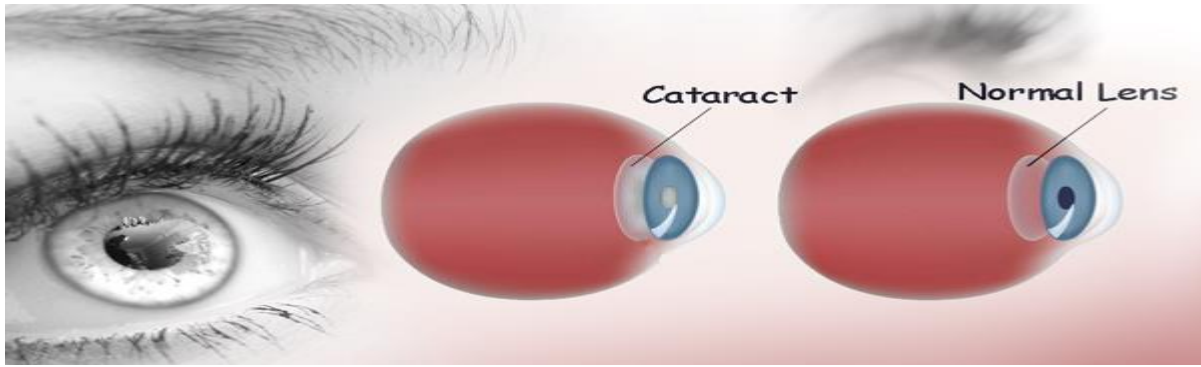


د- الجلاكوما **Glaucoma**: يشار له الماء الأزرق وهي حالة تنتج في ازدياد افراز السائل المائي "الرتوبة المائية" داخل العين مما يؤدي الى ارتفاع الضغط داخل العين، او الضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر، وان لم تكتشف مبكرا وتتعالج فان الضغط يتطور الى الحد الذي يمنع وصول الدم الى العصب البصري، مما يؤدي الى تلفه والاصابة بكف كلي بصري وعلى الرغم من ان الجلاكوما تشيع في الغالب بين كبار السن، الا ان هناك جلاكوما الخلقية التي يمكن ان تكون وراثية او نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع الحصبة الألمانية.

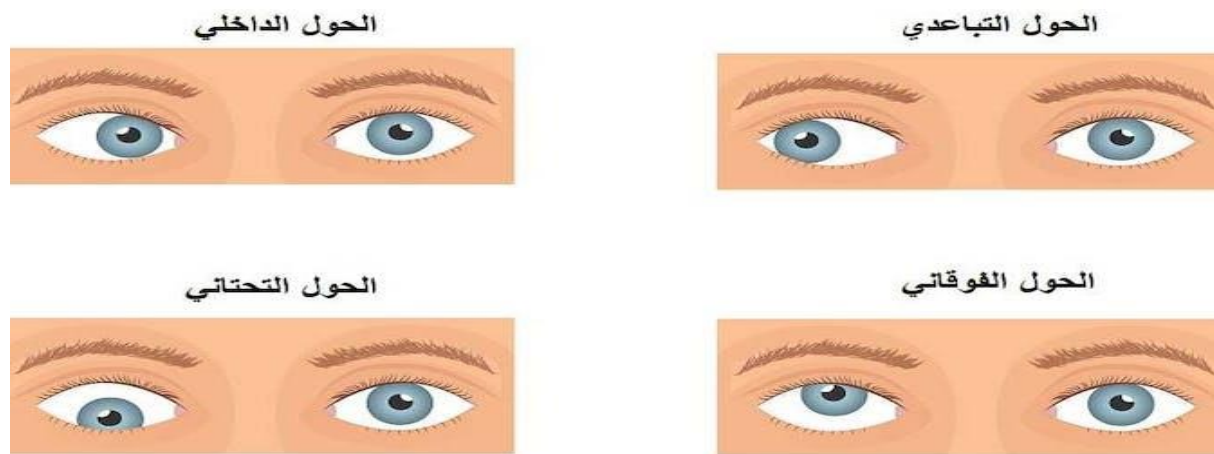
Development of Glaucoma



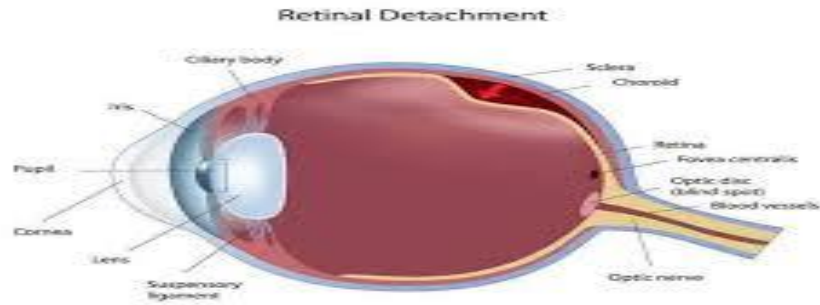
هـ - عتامة عدسة العين Cataract: يشار لها باسم الماء الأبيض أو "الساد" وتنتج عتامة عدسة العين على تصلب الالياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الاعمار المتقدمة، ويشير الأطباء الى ان 75% من المصابين بها تحدث بعد 65 سنة وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال لها، وهناك حالات من الماء الأبيض الخلقي او الحالات التي تنتج عن ضربة شديدة للعين او تعرض العين للمواد الكيماوية السامة او الجراحة الشديدة.



و- الحول Strabismus: هو اختلال في وضع العين او اجدهما، مما يؤدي الى صعوبة في الرؤية بالإضافة الى ارهاق العين، او قد يكون الحول عرض من الاعراض لحالات اكثر خطورة كامراض الشبكية.



ز- انفصال الشبكية **Retinal Detachment**: هو انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية ما دام يسمح للسائل بالتجمع، ومن ثم ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تصل بها، وبسبب انفصال الشبكية يشعر الفرد بضعف في مجال الرؤية والام شديدة.

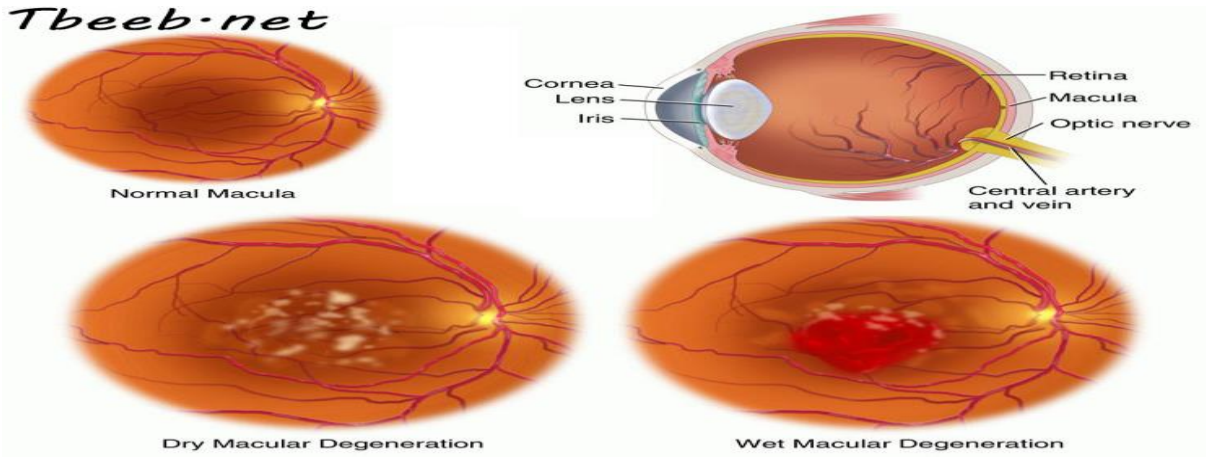


ح- توسع الحدقة **Aniridia**: يحدث بسبب تشوه ولادي، تتسع فيه الحدقة نتيجة تطور القرنية، يشعر بسببها بحساسية مفرطة للضوء وضعف البصر.



ط- تنكس الحفيرة **Maculan Degenetatio**: خلل في الشبكية يحدث فسه تلف الاوعية الدموية في منطقة الحفيرة، بسبب رؤية الأشياء القريبة والبعيدة وفقدان بصر مركزي.

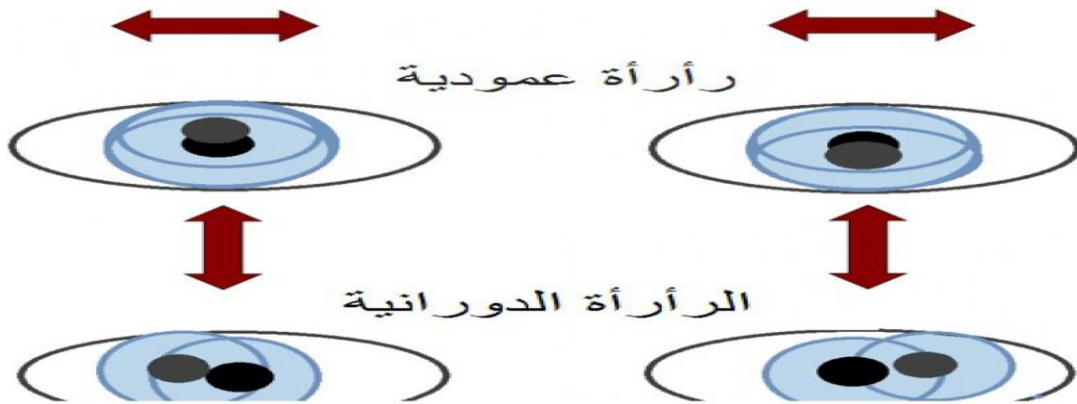
Tbeeb.net



ك- البهق **Ibinism**: يحدث نتيجة قلة او انعدام الصبغة، مما يؤدي الى عدم امتصاص الضوء الذي يأتي الى الشبكية، وسببه هو خلل في البناء، بحيث يكون جلد الشخص او شعره ابيض وعيناه زرقاوتين، والقزحية تكون شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول الى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء.



ع- الرارة **Nytagmus**: عبارة عن حركات لا ارادية سريعة في العين مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي، غالبا ما ترتبط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.



غ- التهاب الشبكية الصباغي **Retinitis Pigmentosa**: هو مرض وراثي يصيب الذكور بنسبة عالية من الاناث، ونتيجة لذلك يحدث للفرد عمى ليلي، ثم يصبح مجال الرؤية محدودا بالتدريج (Warren, 1984) (عبد العزيز الصمادي وآخرون، 2003).



33- أسباب الإعاقة البصرية:

تعود اسباب الإعاقة البصرية الى:

أ- أسباب تعود الى ما قبل الولادة: وهي ترتبط بكل من العوامل الوراثية والبيئية، والتي تؤثر على مدى نمو الجهاز العصبي المركزي للحواس، ومنها ما يرتبط بما تتعرض له الام اثناء الحمل من الاشعة السينية، او تناول الام لبعض الادوية دون استشارة الطبيب او الإصابة ببعض الامراض المعدية والتي تؤثر على المراكز الخاصة بحاسة الابصار.

ب- أسباب ترجع الى ما بعد الولادة: وهي ترتبط ارتباطا وثيقا بكثير من العوامل البيئية، كتعرض الفرد الى بعض الحوادث التي تصيب الانسان في جهاز الابصار لديه او اصابته ببعض الامراض إذا أهمل علاجها الى العمى او ضعف حدة الابصار لدى الانسان، كإصابة العين بالمياه البيضاء او الزرقاء او التهاب القرنية.

ج- مجال طب العيون: ويشير المشتغلون في هذا المجال الى كثير من الأسباب منها:

- نقص فيتامين "أ".
- ضعف الشبكة الناتج عن إصابة الانسان بمرض السكر.
- حدوث تلف خلف العدسة.

- إصابة العين ببعض الأورام.
- اضطرابات الجهاز العصبي.
- طول النظر.
- انفصال الشبكية.
- ضمور العصب البصري.

وغيرها من الأسباب التي أجملها الأطباء وحددوها بناء على البحوث التجريبية في هذا المجال.

د- اهمال معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة: مما يؤدي الى اثار جانبية وتطور هذه الصعوبات الى درجة اشد، كما هو الحال في الحالات طول وقصر البصر والحول والماء الزرقاء والبيضاء (القيوتي يوسف السرطاوس وآخرون، 1995).

34- اعراضها:

- انخفاض مستوى الخبرات الحياتية التي يستطيع ان يكتسبها المبصر.
- النعاق بصريا يعيش عالمين عالم خاص به يستحضره باستخدام بقية حواسه لتصور وإدراك العالم الذي يعيش فيه، والعالم الثاني هو العالم المبصر الذي يحاول قدر الامكان تصور الحياة التي يعيشها هذا العالم ولذلك كثيرا ما نلاحظ انه مشتت المشاعر.
- المعاق بصريا يميل الى ممارسة السلوك العدواني سواء بالقول او الفعل.
- ان المعاق بصريا كثيرا ما تسيطر عليه المشاعر الدونية نتيجة احساسه بالنقص الناتج عن فقدان البصر وعدم دقة الادراك لواقع الحياة.
- ان المعاق بصريا غالبا ما تسيطر عليه الإحساس بالقلق والاضطراب، نتيجة لعدم احساسه بالأمن.
- عدم الثقة بالنفس.
- ان المعاق بصريا كثيرا ما يشعر بالاغتراب، نتيجة انخفاض مستوى احترام الذات، لذلك فهو يميل الى العزلة والانطواء.

- عدم تقبل الذات.
- عدم القدرة على التوافق الاجتماعي.
- استخدام الحيل الدفاعية.

35- تشخيص الإعاقة البصرية:

يتضمن جانبين أساسيين هما:

أ- الجانب الطبي:

حيث عادة يتم تشخيص الإعاقة البصرية من قبل الأطباء المختصين في فحص النظر عن طريق قياس حدة النظر ومجال الرؤية وذلك من اجل تحديد درجة الصعوبة، ولقياس حدة الرؤية يتم عادة استخدام (لوحة سنلن Senllen Chart) وهي لوحة تحتوي على عدة أسطر من الحروف او الاشكال تتناقص في حجمها من الأعلى الى الأسفل تبعا لنسبة مسافة الفحص وهي عادة 6م.

يتم الطلب من الفرد المراد قياس حدة بصره ان يتعرف على الحرف او الشكل او أي حجم يمكن قراءته، وعادة يتم استخدام الحروف ولكن الافراد الذين لا يستطيعون القراءة يتم استخدام حرف E.C لمعرفة اتجاهات الفتحات، اما لقياس مجال الرؤية فيطلب من المرء الجلوس مقابل الفاحص تماما ويطلب منه ان يغطي عينا وينظر بالأخرى.

ب- التقييم النفسي:

يحتاج الفرد المعاق بصريا الى تقييم نفسي، وذلك من اجل تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لديه في تحديد احتياجاته التربوية الخاصة من اجل تسطير البرنامج التربوي المناسب له، هذا وتجدر الإشارة الى الكشف والتدخل العلاجي المبكر لأنه يعتبر ذا أهمية بالغة من الناحية التربوية في العمل مع ذوي الإعاقة البصرية، كما يكون من السهل اكتشاف حالات الإعاقة البصرية الحادة، بينما الكشف عن الإعاقة البصرية الأقل حدة يتطلب اهتماما من الاولياء والمعلمين.

36- اهم المظاهر السلوكية التي تدل على احتمال وجود اعاقه بصرية:

- احمرار العين المتكرر والمستمر.
- كثرة الادماع ووجود افرازات غير طبيعية في العين.
- وجود عيوب واضحة في شكل العين ومظهرها.
- حركة زائدة في العين وصعوبة التركيز.
- وضع غير طبيعي في الراس عند القراءة والكتابة.
- تقريب المادة المقروءة او ابعادها بشكل واضح.
- تكرار الشكوى من الصداع.
- صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة.
- التعثر او الاصطدام بالأشياء اثناء المشي او الحذر الشديد.
- صعوبات حركية (فؤاد عيد الجوالدة، 2012: 36-38).

37- الوقاية من الإعاقة البصرية:

تشير " سمر اليسير " (2007) الى ان الطريقة الأفضل للوقاية من الإعاقة البصرية هي محاولة توفير الأغذية الجيدة والنظافة والشروط الصحية الجيدة للأطفال، وكذلك يجب على الأمهات الحوامل ان يأكلن ما يكفي من الأطعمة المغذية وان يتجنبن الادوية المحضورة في حالة الحمل، ومن هنا تتجلى خطوات الوقاية من فقدان البصر تتمثل في:

- تجنب كل الأشخاص المصابين بالحصبة الألمانية والامراض المعدية الأخرى، وتجنب أيضا الادوية المحضورة اثناء الحمل.

- الاهتمام بتطعيم الأطفال في الأوقات المناسبة.
- الاهتمام بعملية الرضاعة الطبيعية.
- المحافظة على النظافة العامة في البيت.
- المحافظة على عيني الطفل، والإسراع به الى الطبيب المختص عند ظهور أي

عرض مرضي.

- تحذير الأطفال من رمي الحجارة على وجوه بعضهم البعض.
- فحص الأطفال الرضع والاكبر سنا بحثا عن علامات لمشكلات العيون او صعوبات في الرؤية.
- تدريب الإباء والامهات على طرق قوة فحص ابصار أبنائهم لاتخاذ الإجراءات المناسبة في حالة اكتشاف ما قد يكون طفلهم من عيوب في الرؤية.
- عدم اللعب بالألعاب النارية واخذ الحيطه والحذر منها خاصة في الأعياد والمناسبات، لأنها تؤدي الى إصابات بالغة (إبراهيم محمد شعير، 2009: 41-42).

38- كيفية دمج المعاقين بصريا:

هناك خمسة اشكال للدمج الأكاديمي هي:

- الدمج طول الوقت في فصول خاصة، ويتوفر لهذا النوع من الدمج معلمون مختصون وفصل مجهز يتلقى فيه المكفوفين وضعاف البصر اغلب المواد الدراسية.
- الدمج في فصول خاصة مشتركة ويتوفر هذا النوع على أساتذة متخصصون وغرفة مجهزة يتلقى فيها المكفوفين وضعاف البصر بعض المواد الدراسية، بينما يقضون باقي اوقاتهم في الفصل الدراسي العادي.
- غرفة المصادر وهي فصل مجهز يتردد عليه المكفوفين وضعاف البصر وفقا لجدول زمني معين او كلما دعت الحاجة لذلك.
- المدرس الجوال وهو نظام يقوم على أساس ان يقضي المكفوفين او ضعاف البصر اغلب يومهم الدراسي في الفصل العادي بينما يلتقون إرشادات خاصة فرادى او جماعات من المدرس الجوال الذي يقوم بمتابعة مدرسة او أكثر لتقديم الارشاد اللازم.
- المستشار وهو متعلم متخصص موجود في المدرسة بصفة دائمة يقوم بتقديم إرشادات الى جانب اعمال أخرى.

- الجدول رقم (04): يبين تطور حاسة البصر عند الطفل.

تطور حاسة البصر	المرحلة العمرية
مرحلة الرضاعة من الولادة الى عامين (0-2) سنة	
<ul style="list-style-type: none"> - تقتصر الرؤية على اللون الأبيض والأسود وبعض الظلال الرمادية. - لا يستطيع التركيز على الأشياء القريبة. - يرى الأشياء بشكل مشوش. - الاعين غير قادرة على معرفة المسافات. - تكون درجة البصر عند الرضيع 10/0.5 	<p>من الولادة الى الشهر الأول</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يميز الرضيع بين الألوان الأبيض والأسود والاحمر والاخضر. - تبدأ العينان في الاتزان. - تقدر درجة الابصار ب: 10/1. - يستطيع التركيز على وجه الام. 	<p>الشهر الثاني</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يبدأ الرضيع بتتبع الأشياء المتحركة. - يكون قادر على معرفة الأشياء المألوفة. - يتعلم الرضيع ان يحول نظره من شيء لآخر دون تحريك راسه في كل مرة. - تصبح عيون الطفل اكثر حساسية للضوء. 	<p>الشهر الثالث</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يتوسع حقل النظر عند الرضيع. - يلاحق بعينه تحركات امه. - يميز بين الوجه الضاحك والوجه العابس. 	<p>الشهر الرابع</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تحدث تطورات مهمة بمركز المخ. - قدرة الرضيع على الرؤية بشكل واضح. - تحريك عينيه بسرعة اكبر. 	<p>الشهر الخامس</p>

من 5 الى 6 اشهر	تتبع الأشياء بدقة اعلى. تكون رؤية الألوان مشابهة عند البالغين. يتمكن الرضيع من رؤية جميع ألوان قوس قزح. يرى الرضيع الأشياء الصغيرة ويدرك المسافات والصور. ينسق بين الرؤية وحركة اليد من تحديد الأشياء والتقاطها او التصويب ناحيتها. تقدر درجة الابصار ب: 2%
من الشهر 7 الى العام الأول	إدراك الأعماق والمرتفعات إدراك الاختلاف بين الألوان بصره يشبه يصر الراشد تقدر درجة الابصار ب: 4%
العام الثاني	يدرك الطفل بعض الأشياء لا يخلط بين الألوان الأساسية
من مرحلة الطفولة المبكرة (3-5) سنوات.	
العام الرابع	يكون النظر مكتملا يدرك الاشكال والاحجام والمسافات تكون درجة الإبصار 10/10 يتعذر على الطفل ان يميز بين الحروف الهجائية والمختلفة.
من مرحلة الطفولة المتوسطة (6-8) سنوات.	
من 6 الى 8 سنوات	تزداد قدرة الطفل على إدراك الاعداد يتعلم العمليات الحسابية الأساسية يستطيع إدراك الألوان قدرته على التمييز بين الحروف الهجائية والمختلفة وتقليدها.
من 8 الى 9 سنوات	- يخلط في اول الامر بين الحروف المتشابهة مثل: ب، ت، ث، ج، ح، خ، ... - يظل البصر طويلا عند حوالي 80% من الأطفال.

- يزداد التوافق البصري عند الطفل. - تكون حاسة البصر قوية (اقوى منها عند الراشد).	
في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12) سنة.	
- يزول طول البصر. - يستطيع الطفل ممارسة الأشياء القريبة من بصره بدقة اكبر ولمدة أطول من ذي قبل.	من 9 الى 12 سنة

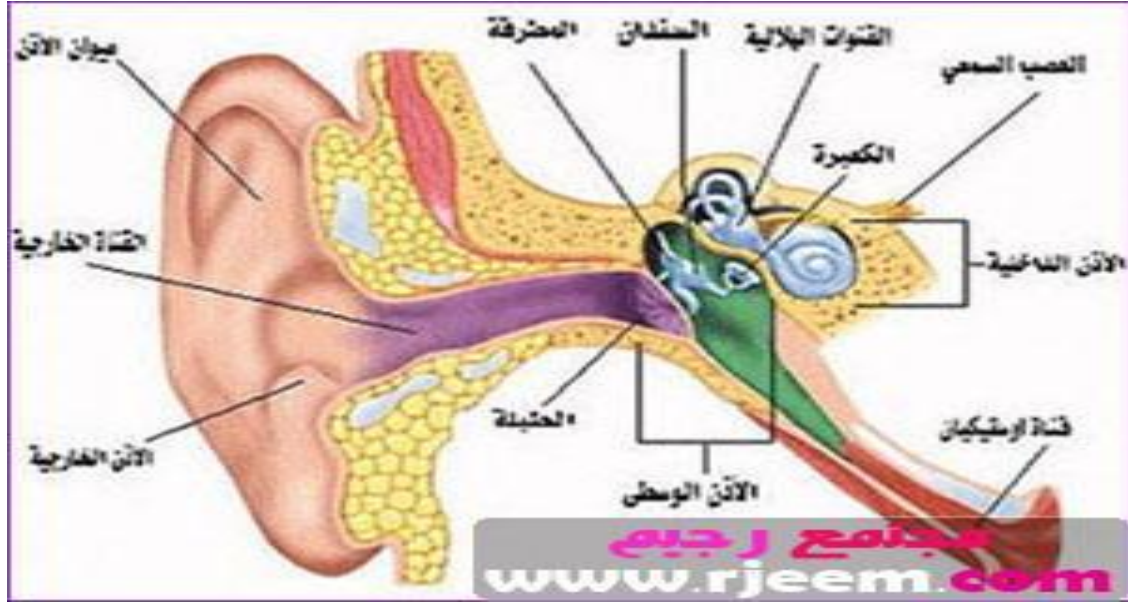
39- الإعاقة السمعية:

يرتبط التعليم واكتساب اللغة بشكل أساسي بحاسة السمع، فالإنسان يتلقى معظم المهارات والمعارف من خلال السمع، بل من تقليد الأصوات وتعلم الكلام لا يتم الا عن طريق السمع، فالطفل الاصم لا يستطيع الكلام لعدم قدرته على سماع الأصوات، لذا فان لحاسة السمع الأهمية البالغة في عملية التعلم، وقد ورد تقديم حاسة السمع في القرآن الكريم على بقية الحواس في كثير من آيات الذكر الحكيم قال تعالى: "ان السمع والبصر والفؤاد كل أولئك كان عنه مسؤولاً" (الاسراء، الآية: 36).

مما يدل على ان للسمع أهمية كبيرة عند الانسان لأنها تستجيب للأصوات منذ الولادة بل ان هناك دراسات تشير الى انه يوجد هذه الحاسة عند الجنين في رحم امه (الخطيب جمال وآخرون، 2011: 13).

فالنمو المعرفي والاجتماعي للإنسان خاصة في السنوات الأولى من العمر يعتمد على السمع، حيث يتفاعل مع الأصوات التي يسمعها ويبدأ في اكتساب مهارات ومعلومات تحقق له التواصل مع المحيطين به، لذا يستوجب ان يكون هناك نوع من التعليم الخاص يتمشى مع شدة درجات السمع.

تعتمد الاذن على وظيفتي السمع والتوازن، وهما وظيفتان لا تقل احدهما أهمية عن الأخرى فضلا عن النطق الذي يرتبط تعلمه بوظيفة السمع ارتباطا مطلقا وهي من الأعضاء الحسية الأكثر تعقيدا.



40- تشريح اقسام الاذن.

الجدول رقم (05): تشريح اقسام الاذن.

مكوناتها	اقسام الاذن
<p>الصوان: هو عبارة عن زائدة غضروفية معطاة بالجلد تقع على جانبي الراس ووظيفتها تجميع ما يكفي من الموجات الصوتية.</p> <p>القناة السمعية الخارجية: هي قناة او أنبوب غير منتظم الشكل تتزاحم فيه الموجات الصوتية مما يزيد من فعاليتها في تحريك غشاء الطبلة يبلغ طولها 3سم وقطرها حوالي 7مم.</p>	<p>الاذن الخارجية</p>

<p>طبلة الاذن: وتسمى أيضا (الغشاء الطبلي) وهو غشاء مطاطي رقيق قمعي الشكل وحركة غشاء الطبلة هو الأساس الأول في آلية السمع.</p> <p>العظيما ت الثلاث: عظيما ت رقيقة سمين حسب اشكالها وبواسطه حركتها تعمل على إيصال الذبذبات الصوتية الى القوقعة في الاذن الداخلية وهي حسب نسلسلها من الداخل الى الخارج (المطرقة، السندان، الركاب).</p> <p>قناة استاكيوس: ووظيفتها حفظ التوازن بين ضغط الهواء الخارجي وضغط الهواء الداخلي للاذن كي لا يسبب انثقاب الطبلة.</p>	<p>الاذن الوسطى</p>
<p>التيه العظمي: ويتكون من ثلاث أجزاء وهي:</p> <p>- الدھليز: هي الجزء الأوسط من التيه العظمي وتوجد فيه فتحات لمرور العصب السمعي.</p> <p>- القنوات النصف هلالية: هي ثلاث قنوات علوية وخلفية وجانبية مسؤولة عن الإحساس بالتوازن.</p> <p>- القوقعة: قناة حلزونية الشكل عريضة في بدايتها وضيقة في نهايتها ومكونة من ثلاث قنوات اسطوانية الشكل هي:</p>	<p>الاذن الداخلية</p>

<p>1- القناة الدهليزية: وهي مملوءة بالسائل اللمفي الخارجي وتقع في اعلى فتحات القوقعة.</p> <p>2- القناة الطبلية: تقع في الجزء الأسفل من فتحات القوقعة ومملوءة بالسائل اللمفي الخارجي أيضا.</p> <p>3- القناة القوقعية (الوسطى): تقع في الوسط وهي مملوءة بالسائل اللمفي الداخلي ويفصل بين هذه القنوات الثلاث اغشية دقيقة على طول القاعدة وهي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الغشاء القاعدي. - الغشاء القاعدي او التكتوري. - الغشاء الدهليزي. 	
---	--

41- مراحل تطور السمع عند الاطفال.

- الجدول رقم (06): مراحل تطور السمع عند الاطفال.

المرحلة العمرية	النمو السمعي
المرحلة الجنينية (7 اشهر من الحمل)	يستطيع سماع الأصوات ويستجيب لها بواسطة الحركة ويسمع أيضا أصوات أعضاء الام الداخلية مثل دقات القلب وعملية الهضم.
بعد الولادة	يسمع الطفل الكلام. يفزع او يبكي عند حدوث صوت مرتفع.
شهرين	يلاحظ إمكانية استيقاظ الطفل من النوم عند تعرضه لأصوات مرتفعة.

من 3 الى 4 اشهر	يحاول الطفل تحريك راسه لمحاولة تحديد الصوت.
من 5 الى 7 اشهر	يستجيب الطفل لكلمة "لا" او عند تغيير نبرة الصوت. يستطيع الطفل تحديد مصدر الصوت اذا كان بجانبه فقط.
من 8 الى 12 شهرا	يستطيع الطفل تحديد مصدر الصوت بجانبه وبطريقة غير مباشرة وتحديد الصوت الى الأسفل مباشرة وبوضوح.
من 9 الى 15 شهرا	يستطيع الطفل تحديد مصدر الصوت بسهولة على الجانبين الى الأعلى والاسفل . - يستطيع الإشارة الى الصور في الكتب حين يذكر اسمها.
من 16 الى 24 شهرا	يستطيع فهم الأوامر البسيطة (ارمي الكرة...). - يسمع القصص واغاني الأطفال المسلية.
من عامين الى 3 سنوات	يستطيع تنفيذ الأوامر المركبة مثل: هات الكرة وضعها على الطاولة، ... يفهم الاختلاف في المعاني عند سماعها مثل الفرق بين الكبير والصغير. يسمع الطفل لجهاز التلفاز بنفس مستور ارتفاع الصوت كباقي افراد الاسرة.
من 4 الى 5 سنوات	يسمع الطفل معظم ما يقال له في البيت او الروضة.

ينتبه الطفل عند سماع اغنية ما، ويستطيع
الإجابة على بعض الأسئلة المتعلقة بها.
كل من يتعامل مع الطفل يعرف انه يسمع
جيذا مثل الراشد.

42- كيف تتم عملية السمع؟



تبدأ عملية السمع بالتقاء الصوت من طرف صوان الاذن الذي يوصله عبر
مجرى السمع الى الطبلية بتحويل الاهتزازات الصوتية عن طريق الاليات المطاطية الى
طاقة ميكانيكية (اهتزازات العظييمات).

على مستوى الاذن الوسطى تقوم العظييمات بتحويل الاهتزازات الميكانيكية القادمة
من الطبلية الى الاذن الداخلية، اما على مستوى الاذن الداخلية فتتكون القوقعة من الاف
الخلايا الصغيرة، وتحت تأثير هذه الاهتزازات التي تستقبلها من الاذن الوسطى تؤدي الى
افراز سائل عصبي كهربائي الذي بدوره يمر عبر العصب السمعي الى المناطق المسؤولة
عن اللغة على مستوى الدماغ الذي يترجم ويفسر هذه الرسالة الصوتية.

عندما تكون الرسالة الصوتية سليمة يمكن تفسيرها وهي تمثل حالة السمع
العادي، اما إذا كانت الرسالة ناقصة فيصعب تفسيرها على مستوى الدماغ مما يعطينا
حالة الإعاقة السمعية (محمد حوله، 2009:47).

43- تعريف الإعاقة السمعية:

أ- التعريف اللغوي للإعاقة السمعية:

تعريف "المنجد في اللغة العربية المعاصرة" (2000): الصمم يعني فقدان حاسة السمع، بمعنى حدث اضطراب منذ الولادة في السمع ذهب سمعه. اصم، صم، صماء، جمعها صمم بمعنى فاقد السمع أطرش، اصم منذ الولادة (حمدي نزيه وآخرون، 2000: 853). وجاء في "لسان العرب" (2004) صمم بمعنى انسداد الاذن وثقل السمع، صما واصم (ابن منظور، 2004: 284).

ب- التعريف الاصطلاحي للإعاقة السمعية: عرفه المعجم الطبي بأنه عجز

سمعي راجع الى إصابة في الاذن بمختلف اقسامها، او في المنطقة السمعية من الدماغ او في المسالك التي تربط بينهما، أي انه نقص في السمع او انعدامه، فهو إعاقة متواجدة بكثرة ويرجع ذلك الى اصابة تمس أي منطقة في الجهاز السمعي (Dictionanaire) 976: 1984 (Nouveau Larousse Medicale).

ج- تعريف "عبد العزيز" (2004): يشير هذا المفهوم الى تباين مستويات

السمع التي تتراوح بين الضعف البسيط والشديد جدا يصيب الانسان خلال مراحل نموه المختلفة، وهي إعاقة تحرم الفرد من سماع الكلام المنطوق او بدون استخدام المعينات السمعية، وتشمل الافراد ضعاف السمع والأطفال الصم (عبد العزيز سعد، 2004: 174).

د- تعريف "عبيد" (2009): الإعاقة السمعية هي حرمان الطفل حاسة السمع

لدرجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع او بدون المعينات السمعية وتشمل الإعاقة السمعية الأطول الصم وضعاف السمع (عبيد ماجد، 2009: 162).

- من خلال التعاريف السابقة يمكن ان نستنتج ان الإعاقة السمعية هي فقدان سواء كان جزئيا او كليا وراثيا او مكتسبا، مما تتعطل وظائف الجهاز السمعي عند الافراد، وتصنف الى صنفين هما: - الصم: هو ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته الى

درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيل السمع مع او بدون المعينات السمعية، بمعنى هو الذي فقد القدرة السمعية قبل الكلام.

- **ضعيف السمع:** هو الشخص الذي لديه بقايا سمعية تؤهله لاكتساب

اللغة والنطق، سواء باستخدام المعينات السمعية او غيرها.

44- تصنيفات الإعاقة السمعية:

أ- **التصنيف حسب العمر الذي حدثت في الإعاقة السمعية:** يعد تحديد العمر

الذي اصيب فيه الطفل بالإعاقة السمعية من المتغيرات الهامة في تحديد الاثار الناجمة عن الإعاقة السمعية، وكذلك في تحديد طرق التواصل المستخدمة في الإصابة بالإعاقة السمعية، لذا فإنها يمكن ان تصنف على ضوء ذلك إعاقة سمعية قبل اللغة وإعاقة سمعية بعد اللغة.

ب- **الإعاقة السمعية ما قبل اللغة:** ويسمى كذلك الصمم ما قبل اكتساب اللغة او

الصمم الولادي، وهو يشير الى حالات الإعاقة السمعية التي تحدث منذ الولادة او في مرحلة عمرية سابقة على اكتساب وتطور اللغة، أي قبل سن الثالثة ويشكلون نسبة 95% من الافراد الصمم، وتكمن المشكلة هنا ان الطفل لا يستطيع اكتساب اللغة والكلام بطريقة طبيعية، وبالتالي يجد صعوبة في انتاج اللغة واستخدامها كطريقة للتواصل، لذلك فهو يحتاج الى تعلم اللغة بصريا وغالبا ما يستخدم أساليب التواصل اليدوية.

ج- **الإعاقة السمعية ما بعد اللغة:** ويشير صمم ما بعد اكتساب اللغة الى حالات

الإعاقة السمعية التي تحدث بعد تطور مهارات الكلام واللغة، حيث يكون الطفل قد اكتسب اللغة بعد سن الخامسة وقد تحدث فجأة وتدرجيا على فترة زمنية طويلة، ويستطيع المصاب المحافظة على المهارات اللغوية وتقويتها إذا توفرت لديه الرعاية التربوية المناسبة.

الا ان هذه المهارات اللغوية والكلامية قد تتدهور بسبب عدم قدرته على سماع

مستوى كلامه، وهؤلاء الافراد قادرون على انتاج اللغة نظرا لاكتسابها قبل الصمم، مع ضرورة توفير المعينات السمعية أي السماعات الطبية المناسبة حتى تتم عملية التواصل

بشكل إيجابي وفعال، وغالبا ما يعمل على تنمية أساليب التواصل الشفهية لديهم اثناء الكلام (اللا لا زياد وآخرون، 2012: 26).

44-1- هناك منظور فيزيولوجي اهتم بهذا التصنيف:

يتم تصنيف الإعاقة السمعية حسب هذا المنظور الى:

أ- الإعاقة السمعية الولادية او الفطرية: تضم الذين يولدون وهم فاقدون السمع وتبلغ نسبتهم 15% من مجموع حالات الصم شيوعا لدى الذكور والاناث.

ب- الإعاقة السمعية المكتسبة او المعارضة: ويضم الافراد الذين ولدوا بحاسة السمع العادية ثم أصيبوا بالصمم لحظة الولادة او بعدها مباشرة قبل اكتسابهم الكلام واللغة، مما يترتب عليه فقدان المهارات اللغوية بصورة تدريجية، وذلك نتيجة الإصابة ببعض الامراض كالحصبة الألمانية والالتهاب السحائي والتعرض لحادث أدى الى فقدان السمع (نبيل حسن السيد وآخرون، 2013: 58).

ج- التصنيف الطبي حسب موقع او مكان الإصابة:

1- الإعاقة السمعية التوصيلية (الارسالية): تكمن المشكلة في عملية توصيل

الصوت الى الاذن الداخلية بسبب مشكلات في الاذن الخارجية او الاذن الوسطى (عبد العزيز سعيد، 2004: 176-177).

يمنع هذا الاضطراب او الإصابة سواء الصوان وقناة الاذن الخارجية وغشاء الطبلة والعظيمات الثلاث من ثقل الموجات او الطاقة الصوتية الى الاذن الداخلية ومن ثم عدم وصولها الى المخ وبالتالي تؤدي الى ضعف سمعي، ويلاحظ ان الأشخاص الذين لديهم هذا النوع من الإعاقة السمعية يتمتعون بقدرة جيدة على تمييز الأصوات العالية نسبيا، ويميلون الى التكلم بصوت منخفض لانهم يسمعون أصواتهم بشكل جيد، بحيث لا يتجاوز فقدان السمع لديهم (60 ديسبل) وتتمثل أساليب علاجه بالقيام بعملية جراحية (اللا لا زياد وآخرون، 2012: 207).

2- الإعاقة السمعية الحسية العصبية (الادراكية): وهي ناتجة عن خلل

يصيب الاذن الداخلية على الرغم من سلامة الأجزاء الأخرى من الاذن، فان المشكلة تكمن في تحليل الصوت وليس في توصيله (عبيد ماجد، 2009: 168).

أي اخفاق هذه الاذن في استقبال الصوت او في نقل السيالات العصبية عبر العصب السمعي الى الدماغ، وهذا النوع من الخلل ليس قابلا للتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية، ولا فائدة من تضخيم الصوت عن طريق السماع (عبد العزيز سعيد، 2004: 177).

3- إعاقة سمعية مختلطة (مزدوجة): تجمع الإعاقة السمعية المختلطة بين

الإعاقة التوصيلية والإعاقة الحسية العصبية في الوقت نفسه، ويصعب علاج هذا النوع من الإعاقة السمعية نظرا لتداخل أسبابه واعراضه (اللا لا زياد، 2012: 208).

أي يتكون هذا النوع نتيجة خلل في أجزاء الاذن الثلاث او في جزئية معا، واسبابه واعراضه جميع اعراض التوصيلي العصبي (عبيد ماجد، 2009: 169).

4- التصنيف حسب فقدان السمع: وضع المكتب العالمي الفونولوجي

(B.I.A.P) سلم يقيس العتبات السمعية للأذن العادي دون (20 dB) ما فوق (120 dB) حيث لا يستطيع المصاب إدراك الأصوات على مستوي كل التوترات، وهذا هو التصنيف المعمول به غالبا الذي صنف صمم الى أربع مجموعات على أساس التصنيف الوظيفي للسمع الذي يمكن توقعه على مستويات مختلفة، ونذكرها كالتالي:

أ- الإعاقة السمعية البسيطة: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه

الفئة ما بين (20 dB) الى (40dB) (القمش مصطفى المعايطه، 2011: 87).

حيث لا يستطيع الافراد الذين يعانون من هذه الصعوبة سماع الأصوات الخافتة

او المعقدة مع عدم وجود صعوبات في التعليم أي لا تتطلب برنامجا بيداغوجيا خاصا

(كمال عبد الرحمان هريدي، 2012: 58).

ب- الإعاقة السمعية المتوسطة: وتتراوح العتبة السمعية لدى هذه الفئة

ما بين (40 dB) الى (70dB) (القمش مصطفى المعاينة، 2011: 87).

حيث يفهم الأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبة سماع حديث الآخرين عندما يكونون وجها لوجه وعلى مسافة قريبة تقدر بثلاثة الى خمسة اقدم، اما إذا كان الكلام خافتا او ليس في مستوى نظرهم فقد يفقدون (50dB) من فهم الحوار (كمال هريدي، 2012: 58).

ويكون قاموسه اللفظي محدودا ويحتاج هذت الفرد الى الالتحاق بصف خاص واستعمال المعينات السمعية

ج- الإعاقة السمعية الشديدة (الحادة): يتراوح فقدان السمع لدى هذه

الفئة ما بين (70dB) الى (90dB) وصاحب هذه الإعاقة لا يستطيع سماع حتى الأصوات العالية ويعاني اضطراب في الكلام واللغة يحول دون تطور اللغة لدى الطفل منذ السنة الأولى، ويحتاج الى مدرسة خاصة بالمعاقين سمعيا ليتعلم ويتدرب على السمع وقراءة الشفاه، ويكون بحاجة الى سماعة طبية، كما نجد ان صاحب هذه الإعاقة يعتمد على حاسة البصر (عبد العزيز سعيد، 2004: 187).

د- الإعاقة السمعية العميقة: هذه الفئة هم الأقرب الى الصم والفئات

الأخرى وهم يعانون من فقدان سمعي عميق جدا أي قريب الى الكلي يزيد عن 90 ديسبل (شواهين خير وآخرون، 2010: 113). وفي هذه الحالة لا يدرك المصاب الكلام حتى ولو كانت شدته قوية، أي لا يمكنهم في اغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالاعتماد على اذانهم او حتى مع استخدام المعينات السمعية المختلفة والمتنوعة (مصطفى الشربيني وآخرون، 2013: 70).

45- أسباب الإعاقة السمعية:

أ- عوامل جينية (عوامل ما قبل الولادة): توجد نسبة من الصمم الوراثي تتراوح ما بين (15-20) % ترجع الى جينات سائدة، أي إصابة أحد الوالدين بإعاقة سمعية، فالحالات المرضية تنتقل من الوالدين الى ابنائهما من خلال الجينات لهذه الصفة، مما يؤدي الى إصابة الجنين بالصمم قبل ولادته، وترجع الأسباب الوراثية للإعاقة السمعية الى خطأ في تركيب الجينات او الكورموزومات (Marazina,M and All,1993).

تكون ظاهرة عند الولادة او في سن متأخرة، وتزداد تلك الحالات بزواج الأقارب، ومن اهم الإصابات او الصفات الوراثية في الإعاقة السمعية نذكرها كالتالي:

1- متلازمة ستيكلر Sickler syndrome: من اثارها السلبية فقدان السمع

الحسي العصبي التقدمي وشقوق في الحنك والاصابة بالالتهاب المفاصل الضموري.

2- مرض مينيرز: وهو مرض يؤثر على غشاء الاذن الداخلية ويؤدي الى

طرش او الشعور بالدوار، وحدوث طنين في الاذن مما يؤدي الى الإصابة بفقدان السمع الحسي العصبي.

ب- عوامل غير جينية:

1- اختلاف العامل الرايزيسي: نظرا لعدم توافق الجنين مع دم امه، لان دم الام يقاوم

دم الجنين، مما يؤدي الى انتاج اجسام مضادة تنتقل من دم الام الى الجنين عبر المشيمة، ويعمل هذا على اتلاف كريات الدم الحمراء عند الجنين مسببا في ذلك ما يسمى بفقر الدم الانحلالي، وتزداد نسبة التأثير بزيادة عدد الولادات مما يؤدي الى إصابة حاسة السمع والبصر.

تناول الام الحامل لبعض أنواع العقاقير خصوصا ثلاث الأشهر الأولى يسبب

ذلك إعاقة سمعية وأحيانا يحدث تسمم للحمل.

2- التهاب السحايا: تعتبر التهاب اغشية السحايا من اهم الأسباب التي يمكنها ان تؤدي للإعاقة السمعية، حيث تقوم البكتيريا او الفيروسات في حالة إصابة الطفل بهذا الالتهاب بمهاجمة الاذن الداخلية مما يؤدي الى فقدان السمع (أسامة فاروق مصطفى وآخرون، 2013: 53).

3- عوامل تتصل بالأذن الداخلية: يوجد عدد كبير من الفيروسات قد تسبب تلف الاذن الداخلية، مما ينتج عنه إعاقة سمعية مثل الالتهاب السحائي وبعض أنواع البكتيريا وبعض الحميات التي تصيب العصب السمعي. بالإضافة الى وجود خلل في خلقية القوقعة او العصب السمعي او المراكز العصبية.

4- عوامل تتصل بالأذن الوسطى: إصابة الطفل بالحصبة الألمانية او نزلة برد شديدة او التهاب اللوزتين مما يؤدي الى التهاب الاذن الوسطى، وتتعب الاذن ويخرج منها الصديد مع تكرار الإصابة تتأذى طبلة الاذن وتبقر مثقوبة وتلتهب العظيومات، وبذلك تفقد الموجات الصوتية جزء كبيرا من وضوحها نتيجة لاختفاء الجهاز الموصل اليها.

5- عوامل تتصل بالأذن الخارجية: وتحدث الإصابة في بعض الأحيان ان تفرز الغدد المادة الشمعية فاذا تكاثرت أدت الى سد القناة السمعية ويترتب عن ذلك السمع الثقيل (كريم منصور محمد عسران، 2012: 34-35).

46- النمو اللغوي عند الطفل المعاق سمعيا:

46-1- أثر الإعاقة السمعية على النمو اللغوي:

من الطبيعي ان يتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعيا، فهو يعتبر من أكثر المجالات تأثرا بالإعاقة السمعية، لان الصعوبة في جوانب النمو اللغوي وخاصة في اللفظ لدى الافراد المعاقين سمعيا ترجع الى غياب التغذية الراجعة، المناسبة لهم في مرحلة النشأة، لذا فان الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الاصم الحصول على نموذج لغوي مناسب، ويذكر "هاهان وزملاؤه" (1981) ثلاثة اثار للإعاقة السمعية على النحو اللغوي وخاصة للأفراد الذين يولدون صما نذكره كالتالي:

- لا يتلقى الطفل الاصم أي رد فعل سمعي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

- لا يتلقى الطفل الاصم تعزيز لفظ من الآخرين.

- لا يتمكن الطفل الاصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها.

يعتبر العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية من العوامل الخاصة في تحديد درجة التأثير النمو اللغوي، فالأطفال الذين يصابون بالإعاقة السمعية منذ الولادة وقبل اكتساب اللغة يواجهون عجزاً في تطوير اللغة ابتداءً من الولادة المبكرة، ورغم ذلك يصدرن أصواتاً ويقومون بالمنغاة كباقي أقرانهم من الأطفال العاديين، كما تتأثر مظاهر النمو اللغوي بدرجة الإعاقة فكلما زادت المشكلة اللغوية زادت درجة الإعاقة.

من أهم مظاهر القصور اللغوي لدى الأفراد المعاقين سمعياً صعوبة اللفظ، لان لغتهم ومفرداتهم أقل، ولديهم أخطاء متكررة في الكلام وعدم اتساق الإنتاج اللغوي لديهم (وليد خليفة وآخرون، 2014: 91).

47- خصائص اللغة عند الأطفال المعاقين سمعياً:

تعتبر اللغة أكثر النتائج الذي تتبع الإصابة بالصمم، وتختلف القدرات اللغوية باختلاف شدة فقدان السمع والعمر عند الإصابة والاثارة السمعية وتتمثل الخصائص في:
أ- القدرات الفونولوجية (الصوتية الكلامية): تظهر المشكلات لدى الصم وضعاف السمع في اكتساب بدايات ونهايات الكلمات، وعدم تشديد الكلمات على العموم، فان الصم يعانون من تأخر اكتساب القواعد الصرفية ويظهر التأخر في السن الثامنة عشر (زريقات، 2013: 82).

ب- المستوى الدلالي والبرغماتي: تشير بعض الأدلة الى ان الافراد الصم يستخدمون الوظائف البرغماتية (الاجتماعية) كدلالة كما هي عند السامعين، اما البعض

الآخر من الدراسات فتشير الى ان الصم لديهم تأخر في المهارات الدلالية وصعوبات في المفردات الاستقبالية.

ج- الفهم الشفهي عند الطفل: ان تقييم مستور الفهم اللغوي عند الطفل يكون أصعب من تقييم مستور الإنتاج اللغوي، فقد يعطي الفرد إجابة صحيحة ويظهر مبدئياً انه فهم المضمون وذلك من خلال تحليله للوضعية التعليمية وليس اعتماداً على السياق اللغوي المتقدم له، وهذا ما يحدث بالفعل مع الأطفال الصم، فحاسة السمع هي النافذة الأولى للاستقبال المعاني والتصورات الكلية، وغيابها عند هذه الفئة من الأطفال ناتج بسبب الصعوبات التالية: - عدم فهم المسموع.

- الفشل في التمييز بين الكلمات.

- صعوبة في اشباع التعليمات والامور.

- صعوبة في تعليم المعاني المتعددة للكلمة الواحدة.

تكون لها عدو عوامل أهمها:

- عوامل متعلقة بالإعاقة ذاتها.

- عوامل تتعلق بالتكلم.

- عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة (حياة يوسف، 2014: 127-130).

48- تأثير الضعف السمعي على الاتصال بالآخرين:

أ- فقدان السمع من 30 الى 45 ديسبل، يتأثر انتباه الأطفال لهذه الفئة مع حدوث انفصال عن البيئة نتيجة لعدم تمييز أصواتها بوضوح، اما اجتماعياً فيمكن لهؤلاء الأطفال التغلب على مشكلة التخاطب بمجرد اقترابهم من المتحدث او باستخدام المعينات السمعية.

ب- فقدان السمع من 45 الى 65 ديسبل، فيصبح تفاعل الأطفال الاجتماعي أكثر صعوبة، اذ يصعب استخدام السمع وإدراك أصوات البيئة المحيطة من كل الاتجاهات او تمييز الأصوات في الضوضاء.

ج- فقدان السمع من 65 الى 80 ديسبل، يصبح الاتصال الشخصي لهذه الفئة بالبيئة صعب جدا وواجب عليهم الاعتماد على وسائل حسية أخرى مساعدة كحاسة النظر واللمس.

د- فقدان السمع من 80 الى 100 ديسبل، في هذه الحالة تعتمد هذه الفئة على البصر او اللمس بصورة أكبر وعلى قراءة الشفاه اثناء الاتصال مع الاسوياء، ومن الممكن ان يستفيدوا من المعينات السمعية لإدراك الأصوات المسموعة من المحيط (فاطمة بنت قاسم العنزي، 2011: 36).

49- المشاكل النفسية الحركية الناجمة عن الإعاقة السمعية:

تؤثر الإعاقة السمعية خاصة الكلية منها على عملية التحكم الجسمي، وصعوبات على مستوى التصنيف البصري، الشيء الذي يجعل المعاق سمعيا يحتاج الى متابعة نفسية حركية وخاصة في المراحل الأولى من الحياة، وهذا من اجل تمكينه من الإحساس بجسمه والتحكم في حركاته وفق الايقاع الخاص بكل حركة، وكذلك تمكنه من فهم العلاقة المكانية والزمانية بداية من جسمه وصولا الى المحيط الخارجي، مع التركيز على التوازن الجسمي والتحكم في عملية التنقل بالإضافة الى التحكم في التناسق الجسمي الحركي (محمد حوله، 2009: 54).

50- مفهوم التجهيز السمعي:

أ- تعريف التجهيز:

- تعريف "رونдал" (1982): الجهاز السمعي هو جهاز يختص بتعويض الضياع السمعي للمصاب، وهذا بتكبير الموجات الصوتية في مستوى يجعلها أكثر وضوحا خالية من التشوه (Rondal, 1982: 22).

يمكن القول ان تجهيز الاصم يبقى ضروري لكل الحالات مهما كان نوع الاصم، فاذا كان عميقا من الدرجة الثالثة بحيث يكون التجهيز في وقت مبكر خاصة مع وجود كفالة مبكرة زان كانت درجة الصمم عميقة، وهذا لتكون نتائج أفضل بالنسبة للطفل المعاق.

ب- مكونات التجهيز: هناك أنواع كثيرة من التجهيز تختلف من حيث الصم، فتوجد الات فردية وأخرى جماعية لكنها تحوي على نفس العناصر والمتمثلة في:

- الميكروفون **Microphone**: يقوم بتحويل الموجات الصوتية الى طاقة كهربائية.

- المضخم **Amplificateur**: يتكون من ثلاث طبقات حسب نوع ودرجة الصم والتي تقوم بتضخيم الصوت الضعيف والطاقة الضعيفة المرسله من الميكروفون وهو ما يسمى بالربح الالي.

- السماعه **Ecouteur**: تحويل الطاقة المضخمة الى اهتزازات مضخمة.

- القاطع **Interrupteur**: هي عبارة عن الريتم بواسطته تشغيل وإيقاف الجهاز.

- البطارية **Pile**: تسمح بتزويد الجهاز بالطاقة الكهربائية.

(خديجة حمدي، 2007: 35-36).





ج- شروط التجهيز:

يعتمد التجهيز السمعي عدة شروط تتمثل في:

- ان التجهيز يسمح للطفل من استغلال بقايا السمع على مستوى بعض التوترات، حسب درجة الصمم وهذا ما يمكنه من تطوير لغته الشفهية.
- التضخيم الذي يوفره التجهيز المبكر للطفل المصاب بالصمم وهو المحافظة على المناغاة.

- يسمح بإدخال الطفل في برنامج التكيف مع اعاقته.

- تعريض الطفل للغة المنطوقة في المنزل والمدرسة

(العزة سعيد حسني، 2001: 73).

د- أنواع التجهيز:

هناك مجموعة من المعينات التي يفضل استخدامها من قبل الصمم وضعاف السمع، ويطلق عليها سماعات وتتوفر بأنواع كثيرة من أشهرها ما يلي:

1- سماعات الجيب: تعد هذه النوعية من الأجهزة الأكثر ضخامة نسبيا

في حالة مقارنتها مع باقي أنواع الأجهزة السمعية الأخرى، تتميز بقدرتها على تكبير الصوت وتوصيله بواسطة اسلاك خاصة، وتعتبر من أكثر السماعات توفيرا

(حياة يوسف، 2014: 47).



2- سماعات خلف الاذن: تعتبر هذه السماعات الأكثر انتشارا من غيرها

والأكثر تنوعا في احجامها واشكالها، كما انها تصلح للكبار والصغار وتناسب حالات فقدان السمع من البسيط الى العميق، ولا يمكن تقسيمها الى سماعات رقمية تقليدية، وهو عبارة عن علبة صغيرة حلزونية الشكل ولها عدة اشكال منها السماعات صغيرة الحجم والمتوسطة والكبيرة (محمود علي محمد، 2013: 86-87).



3- سماعات داخل الاذن: لها مميزات لا توجد في الأنواع الأخرى السابقة،

وتمتاز بما يلي: - تتميز بعدم تعرضها للسقوط او الضياع او التلف الناتج عن الاحتكاك.

- لا يسمح باستخدامها للأطفال الصغار السن، لان هناك مشكلة رئيسية تواجه

هذا الجهاز وهو صغر الحجم مما يصعب التحكم فيه وضبطه

(سليمان عبد الرحمان، 2003: 67).



4- الزرع القوقعي: تعتبر تكنولوجيا زراعة القوقعة من أحدث ما توصل اليه العلم، لأولئك الذين يعانون فقدان السمع التام او شبه تام، وكذلك قام الباحثين باكتشاف وسيلة بديلة وهي حث العصب السمعي عن طريق زرع بدائل الاذن الداخلية، في هذه الحالة يتم استقبال الصوت بواسطة مبكر الصوت صغير يوضع خارج الاذن، ثم يحول الصوت ليتم معالجته تكنولوجيا بهدف تبسيطه بحيث يسهل على الاذن ادراكه (لينا عمر بن صديق، 2006: 8).



51- البرامج والبدايل التربوية للمعاقين سمعياً:

مهارات التواصل الواجب اتقانها من قبل المعاقين سمعياً ليتمكن من التفاعل مع التدخلات التأهيلية والتربوية المعدلة او الخاصة ونذكرها كالتالي:

أ- **مهارة التدريب السمعي:** ويقصد بها تنمية مهارات الاستماع والتمييز بين الأصوات او الكلمات او الحروف الهجائية لدى الافراد المعاقين سمعياً باستخدام الطرق

والدلائل المناسبة، خاصة الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد في إنجاز العملية، وهذه الطريقة تعدف الى ثلاث اهداف هي:

- تنمية وعي الطفل الاصم للأصوات.

- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة الأصوات

العامة غير دقيقة.

- تنمية مهارات التمييز لدى الطفل الاصم خاصة بين

الأصوات المتشابهة الدقيقة.

ب- مهارة التواصل اللفظي: التي تؤكد هذه المهارة على الظاهرة اللفظية في

البيئة، ويتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل، وتتضمن هذه الطريقة تعليم

الافراد المعاقين سمعيا باستخدام الكلام، مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام من خلال

الدلالات والايماءات لحركة شفاه المتكلم.

لا يتم التواصل بطريقة فعالة الا من خلال استثمار البقايا السمعية، وهذا

باستخدام التدريب السمعي وقراءة الشفاه والكلام (فؤاد عيد الجوالدة، 2012: 82).

ج- مهارة قراءة الشفاه ولغة قراءة الكلام: تتضمن هذه المهارة تدريب وتعليم

الافراد المعاقين سمعيا على ملاحظة حركة الشفاه ومخرج الأصوات، بالإضافة الى تدريب

البقايا السمعية من اجل فهم الكلام، وتعتبر هذه الطريقة او المهارة تفسير بصري للتواصل

الكلامي وهناك طريقتان لها هما:

- **الطريقة التطبيلية:** وفيها يركز المعاق سمعيا على حركة من حركات

شفاه المتكلم ثم ينظمها لتشمل المعنى المقصود.

- **الطريقة التركيبية:** وفيها يركز المعاق سمعيا على معنى الكلام

أكثر من التركيز على حركة شفتي لكل مقطع من مقاطع الكلام.

د- مهارة لغة الاشارة والاصابع والتواصل اليدوي: هما اوجب تقديم إرشادات

عامة للتعامل مع الطفل المعاق سمعيا نذكرها كالتالي:

- التأكد من ان الطفل المعاق سمعيا ينظر الى وجه المتكلم ويسمع

اليه جيدا والتحدث معه عن قرب.

- التأكد امامه بطريقة واضحة مفهومة وليس بصوت مرتفع.

- تخصيص ساعة يوميا على الأقل للعب مع الطفل المعاق سمعيا

والتحدث معه عن أي شيء يحبه ويهتم به بدون مقاطعته من أحد.

- مساعدة الطفل المعاق سمعيا على تطوير لغته وعدم اجباره على الكلام.

- عدم وجود مؤثرات صوتية كالتلفزيون والموسيقى والضجيج عند التحدث

مع المعاق سمعيا.

- قراءة الكتب التي يحبها الطفل المعاق سمعيا والتي تكون مليئة بالصور

المفيدة.

- محاولات دائمة لتعليم الطفل المعاق سمعيا كلمات جديدة في مواقف طبيعية.

- استغلال البقايا السمعية لديه مهما كانت قليلة (القمش مصطفى المعاينة،

2011: 166).



52- الإعاقة اللغوية:

أ- تعريفها:

هي خلل او شذوذ في تطور او نمو او استخدام الرموز المنطوقة والمكتوبة، والاضطراب يشمل أحد الوظائف او جميع جوانب اللغة، وهي شكل اللغة، الأصوات، التراكيب والقواعد، المعنى اللغوي، الاستخدام الوظيفي للغة، الاستخدام العلمي للغة في المواقف المختلفة لأغراض مختلفة (جنبدل محمد جاسم، 2016: 31).

53- مظاهر اضطراب اللغة:

أ- اضطرابات اللغة: يقصد بها تلك الاضطرابات المتعلقة باللغة نفسها من حيث معناها وقواعدها او صعوبة قراءتها او كتابتها، او هو إعاقة او انحراف يؤثر على فهم او استعمال وإنتاج اللغة المنطوقة او اللغة المكتوبة او نظام التواصل اللفظي والرمزي.

ب- التأخر اللغوي: يعرف الطفل المتأخر لغويا بأنه الذي يستعمل لغة بسيطة في المراحل التي تنمو فيها اللغة عادة، مما يؤدي الى البطء والتأخر في اكتساب اللغة لديه.

ج- الحبسة الكلامية (الافازيا): تعرف الافازيا او الحبسة الكلامية بأنها فقدان القدرة على الكلام في الوقت المناسب على الرغم من معرفة الفرد بما يريد الفرد ان يقوله، وينتج ذلك عن خلل في المخ، او هي خلل او اضطراب او ضعف في أحد جوانبي اللغة (الاستيعاب والانتاج) او كلاهما.

ينتج هذا الاضطراب عن خلل يصيب مراكز اللغة في الدماغ، ومن أسبابها اورام في الدماغ، الجلطة، ارتفاع درجة الحرارة في جسم المصاب، سوء استخدام العقاقير،

...

د- صعوبة الكتابة (عسر الكتابة): في هذه الحالة لا يستطيع الطفل ان يكتب بشكل صحيح وما هو متوقع منه في هذا العمر الزمني (الروسان فاروق، 2000: 222).

ه- صعوبة فهم الكلمات والجمل:

يقصد بذلك صعوبة فهم الكلمة او الجملة المسموعة، وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة او الجملة دون فهمها.

ح- صعوبة التذكر والتعبير: ويقصد بذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في

المكان المناسب والتعبير عنها، وفي هذه الحالة يلجا الفرد الى أي وضع أي مفردة بدلا من تلك الكلمة، مما يؤدي الى عدم الترابط والتناسق في سياق الكلام.

ط- صعوبة تركيب الجمل: ويقصد بذلك تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد

اللغة ومعناها لتعطي المعنى الصحيح، وفي هذه الحالة يعاني الطفل من صعوبة وضع الكلمات المناسبة في المكان الصحيح (الروسان فاروق، 2000: 222).

ك- اضطرابات النطق: تحدث في الغالب لدى الصغار نتيجة اخطاء في اخراج

أصوات الحروف من خارجها وعد تشكلها بصورة صحيحة، وتختلف درجات اضطراب النطق من مجرد اللغة البسيطة الى الاضطراب الحاد، حيث يخرج الكلام غير المفهوم نتيجة الحذف والابدال والتشويه، وقد تحدث بعض اضطرابات النطق لدى الافراد نتيجة خلل في أعضاء جهاز النطق.

وتتمثل اضطرابات النطق فيما يلي:

1- الحذف: هو ان يحذف الطفل حرفا او أكثر من الحروف التي تتضمنها الكلمة،

ومن ثم ينطق جزء من الكلمة فقط، وتعتبر ظاهرة الحذف امرا طبيعيا ومقبولا حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد، فالفرد الذي يكثر من الحذف للكلمات المنطوقة يعاني من مظهر من مظاهر اضطراب اللغة.

2- الإضافة: ويقصد بذلك ان يضيف الطفل حرفا جديدا الى الكلمة المنطوقة، وتعتبر ظاهرة إضافة الحروف للكلمات امرا طبيعيا حتى سن الدخول المدرسي، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد.

3- الابدال: ويقصد بذلك ان يبدل الحرف بحرف آخر من حروف الكلمة، وتعتبر ظاهرة ابدال الحروف في الكلمة امرا طبيعيا ومقبولا حتى سن الدخول الى المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد.

4- التشويه او التحريف: ويقصد بذلك ان ينطق الفرد الكلمات بالطريقة المألوفة في مجتمع ما، أي ينطق الطفل جميع الأصوات التي ينطقها العاديون، لكن بصورة غير سليمة المخارج عند مقارنتها باللفظ السليم حيث يبعد الصوت من مكان النطق الصحيح (اكرام الهاشمي وآخرون، 2016).

5- اضطراب الصوت: ويقصد بذلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجة الصوت من حيث شدته او ارتفاعه او انخفاضه او نوعيته، وتظهر آثار هذه الاضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي (اكرام الهاشمي وآخرون، 2016).

6- اضطراب الكلام: يقصد بالاضطراب المتعلق بالكلام اثناء التواصل الاجتماعي وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته، سرعته، نغمته، وطلاقته (اكرام الهاشمي وآخرون، 2016).

من اهم اضطرابات الكلام ما يلي:

1- التأتأة: في هذه الحالة يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عدة مرات، ويصاحب ذلك مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية مثل تعبيرات الوجه او حركة العينين.

2- السرعة الزائدة في الكلام: في هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، ويصاحب ذلك مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية مما يؤدي الى صعوبة فهم المتحدث اثناء الاتصال الاجتماعي.

3- التوقف اثناء الكلام: في هذه الحالة يتوقف المتحدث اثناء الكلام لفترة غير

عادية مما يشعر السامع بانه أنهى كلامه مع انه ليس كذلك.

4- الثأأة: او لكنة السين، وهي من أكثر العيوب النطقية عند الأطفال، ويلاحظ

بكثرة في سن الخامسة والسابعة أي مرحلة ابدال الاسنان ومن اشكالها:

أ- ابدال حرف السين بالثاء بسبب بروز طرف اللسان خارج الفم بين الاسنان.

ب- ابدال حرف السين بالشين بسبب مرور تيار الهواء في التجويف الضيق

بين اللسان وسقفه في حالة نطق السين (اكرام الهاشمي وآخرون، 2016).

5- اللججة: تعتبر اللججة من أكثر أنواع اضطرابات الكلام خطورة، وتتمثل في

ظهور حركات ارتعاشية اثناء الكلام، او تشنج موقفي يتمثل في احتباس الكلام وعدم القدرة

على التعبير لدرجة ان الكلام يقتصر على تكرار لفظ واحد فقط

(أبو زيد سعيد الشوفي، 2013).

54- أسباب الاضطرابات اللغوية:

يتأثر النمو اللغوي بالذكاء وسلامة الجهاز العصبي وثرء البيئة الاجتماعية

والثقافية والخبرات التي يمر بها الطفل وكمية ونوع المثيرات الاجتماعية ومن الأسباب ما

يلي: أ- اسباب وراثية:

تتمثل في وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي او في مراكز الكلام في

المخ، وقد يولد الطفل ولديه عيوب في الجهاز الكلامي مثل اختلاط اربطة اللسان، او

عيوب بالأسنان او الشفة العليا او عيوب الفكين او سقف الحلق.

ب- أسباب جسمية:

قد يرجع اضطراب اللغة الى ضعف السمع عند الطفل خاصة في السنوات

الأولى، حيث يصبح الطفل عاجزا عن التقاط الأصوات الصحيحة للألفاظ، بالإضافة الى

ان إصابة الطفل ببعض الامراض مثل: الحمى والانيميا التي لها تأثير على المخ مما

يترتب عليه إصابة الطل بالعجز.

ج- أسباب نفسية:

الاضطراب الانفعالي عادة ما يكون مصحوبا في الوقت نفسه باضطرابات في الكلام، بالإضافة الى ان المصابين باضطراب الكلام يكونون أكثر قلقا وخوفا واحساسا بالوحدة وأكثر حساسية للمواقف المحرجة التي قد يتعرضون لها امام الناس، وقد يشعرون بضعف في الثقة بالنفس وعدم الاطمئنان مما يزيد حدة المشكلة (أبو زيد سعيد الشوفي، 2013).

د- أسباب اجتماعية: وتتمثل في:

- ابتعاد الطفل عن الإباء نتيجة لانشغالهما او مرضهما.
- العلاقات المضطربة بين الإباء وعدم التفاعل اللفظي بينهما.
- ضعف ثقافة الأسرة وعدم خصوبة الالفاظ المستخدمة للتعبير عن المعاني والعلاقات الاجتماعية الموجودة داخل تلك الأسرة.
- تعلم عادات النطق الخاطيء مثل حذف مقطع او حرف من الكلمات ذات مقطعين او ثلاثة.
- القلق الزائد من قبل الوالدين نحو الطفل (أبو زيد سعيد الشوفي، 2013).

55- التشخيص وعلاج الاضطرابات اللغوية:

أ- التشخيص:

- هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل اللغوي ومعرفة مدى قابلية الطفل للعلاج، ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب ان تحتوي على المظاهر النمائية التطورية لديه، ويجب ان تشمل عملية التقييم النواحي التالية:
- فحص وتحديد أخطاء النطق عند الطفل.
 - فحص السمع لمعرفة ما إذا كان السبب يعود لذلك.
 - فحص التمييز السمعي بهدف تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.

- فحص النمو اللغوي لتحديد مستواه لدى الطفل، ومعرفة خبراته اللغوية وقياسها مع الأطفال العاديين.

وتمر عملية التشخيص بالمراحل التالية:

- مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشاكل اللغوية وتحويلهم الى الاخصائي.

- مرحلة الاختبار الطبي الفيزيولوجي (طب الحنجرة والانف والاذن) وطب الامراض العضوية

- مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات صلة للكشف عن الاضطرابات العقلية وصعوبات التعلم والشلل الدماغي.

- مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية ويحول الى الاخصائي الارطوفوني (اكرام الهاشمي وآخرون، 2016).

ب- العلاج:

توجد عدة طرق يمكن من خلالها علاج اضطرابات الكلام نذكر منها ما يلي:

أ- العلاج الطبي:

يستخدم العلاج الطبي لتصحيح العيوب العضوية في الجهاز العصبي وجهاز الكلام والجهاز السمعي، ويتم ذلك عن طريق الجراحة مثل ترقيع او سد فجوة الحلق.

ب- العلاج النفسي:

يتمثل في علاج الاعراض المصاحبة لاضطرابات الكلام عن طريق تقليل من حدة التوتر والقلق والخجل والارتباك والانسحاب لدى الفرد، اذ يمكن استخدام برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتقليل من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى الفرد، ويقوم البرنامج على تنمية ثلاثة أنماط من المهارات الاجتماعية هي:

- **مهارات المحادثة:** وتتكون من مهارة بدء المحادثة والاستمرار

فيها، وتشمل الاستمرارية ثلاث عناصر أساسية هي: تقديم المعلومات وتوجيه الأسئلة والاستماع الجيد للشخص الآخر.

- **المهارات التوكيدية:** وتتمثل في تنمية مهارة المجاملة ومهارة

التعاطف ومهارة تقديم مبررات منطقية للسلوك.

- **مهارات الإدراك الجماعي:** وتتمثل في تنمية مهارات التفاعل

الاجتماعي لدى الفرد.

ج - العلاج الكلامي: يعتمد العلاج الكلامي على تعديل الاستجابات اللغوية

المتعلمة غير مناسبة الى استجابات لغوية مناسبة، عن طريق بدء تعليم الكلام عند الفرد من جديد باستخدام الطريقة الجزئية او الكلية، ويفضل استخدام الطريقة الكلية بحيث نكرر نطق الكلمات مع الإشارة الى الأشياء الدالة عليها، حتى يتمكن الفرد من التعرف على الأصوات المنطوقة، وأفضل طرق العلاج الكلامي هي القراءة المتزامنة، حيث يقرأ كل من الفرد المصاب والمعالج في نفس الوقت.

د- العلاج الجماعي: ويقوم العلاج الجماعي على علاج اضطرابات اللغة عن

طريق اللعب او المحاضرات، حيث يتم تشجيع الافراد على المناقشة والحوار وعلى طرح الأسئلة وعلى التفاوض من اجل الوصول الى حل وسط، بالإضافة الى تشجيع الافراد على التعبير عن الغضب ورفض المطالب غير منطقية (أبو زيد سعيد الشوفي، 2013).

56- علاج الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية:

يتمثل في تدريب الطفل على اصدار الأصوات غير الصحيحة بطريقة صحيحة،

ويكون البرنامج العلاجي بشكل جلسات علاجية، قد تكون فردية او جماعية او مشتركة معاً، يقوم بأعدادها اخصائي عيوب النطق، ولكل اخصائي خبرته الخاصة في ذلك، على ان يقوم مبدئياً بقياس معامل نكاء الطفل لاستبعاد عوامل التخلف العقلي، واجراء دراسة حالة شاملة او ما يعرف بالميزانية الارطوفونية، ومعرفة الجوانب النفسية للاضطراب

اللغوي، ومدى العدوانية او الانسحابية لدى الطفل من خلال مراقبته اثناء اللعب، وعليه تبني الخطة العلاجية ويجب على الاخصائي او المدرس القيام بما يلي:

- توظيف ما تعلمه الطفل من أصوات خلال القراءة الجهرية.
- مساعدة الطفل على التعرف على الكلمات من خلال التهجئة التي تحتوي على الاصوات التي يتدرب عليها.
- اشراك الطفل في نشاطات خاصة بالنطق وتدريبه على التمييز بين هذه الأصوات.

- عدم السخرية من لغة الطفل.
- تشجيع وتحفيز الطفل على التدريب والالتزام بالبرنامج العلاجي.
- تحويل الحالة الى طبيب نفسي إذا دعت الحاجة والضرورة الى ذلك (اكرام الهاشمي وآخرون، 2016).

57- المراجع بالعربية:

- 1- أبو زيد سعيد الشوفي. (2013). اضطرابات اللغة، أسبابها وانواعها وعلاجها. ع:1، حولية كلية المعلمين في ابها.
- 2- اكرام الهاشمي، سامية عرعار. (2016). اضطرابات اللغة والتواصل، ع: 12، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عمار ثلجي، الاغواط، الجزائر.
- 3- إبراهيم محمد شعير. (2009). تعليم المعاقين بصريا. ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 4- ابن المنصور. (2004). لسان العرب. ط3، دار دمشق للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 5- إبراهيم محمد المغازي. (2004). مدخل الى التخلف العقلي. المكتبة الاكاديمية، العراق.
- 6- النوايسة فاطمة عبد الرحيم. (2013). ذوي الاحتياجات الخاصة (التعريف بهم وارشادهم)، ط:1، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

- 7- العزة سعيد حسني. (2009). المدخل الى التربية الخاصة (للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة) وأساليب التدريس، ط:2، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 8- الحمد علي خليل، العتوم نعيم علي. (2016). الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط:1.
- 9- المجيد حسن الطائي. (2007). طرق التعامل مع المعاقين. ط:1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
- 10- الروسان فاروق. (1994). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان، الاردن.
- 11- الروسان فاروق. (2001). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة. ط:5، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 12- الروسان فاروق وآخرون. (2013). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. ط:1، العربية، القاهرة، مصر.
- 13- القريوتي يوسف السرطاوي، عبد العزيز الصمادي جميل. (1995). مدخل الى التربية الخاصة. ط:1، دار القلم، دبي.
- 14- القمش مصطفى المعاينة. (2011). الاعاقات المتعددة. ط:1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 15- اللالا زياد وآخرون. (2012). اساسيات التربية الخاصة. ط:1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 16- الغرة سعيد حسني. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها، دار الغريب للنشر والتوزيع، مصر.
- 17- الخطيب جمال، وآخرون. (2011). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ط:4، دار الفكر للنشر والتوزيع، الاردن.

- 18- بهاء شاهين. (2008). تعليم مميز لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، طرق التدريس من اجل الادماج، دار مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، ط:1.
- 19- بطرس حافظ بطرس. (2009). تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ط:1، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- 20- بغيجة لياس. (2006). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة الجزائر.
- 21- جاسم محمد جندل. (2016). موسوعة متلازمات الاعاقة في الطب. ط:1، دار المستقبل للنشر والتوزيع، الأردن.
- 22- حسن محمد النواصرة. (2006). ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني، ط:1، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، مصر.
- 23- حسين نور الهدى. (2016). فاعلية برنامج ارشادي سلوكي في تعزيز التوافق النفسي الاجتماعي لدى المعاقين حركيا، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة مولاي الطاهر، سعيدة، الجزائر.
- 24- حمودي صبحي وآخرون. (2000). المنجد في اللغة العربية المعاصرة، دار دمشق للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 25- حياة يوسف. (2014). تقييم القدرات السمعية والنطقية عند الطفل الاصم الحامل للزرع القوقعي او التجهيز الكلاسيكي عن طريق التقنية A.P.C.E.I، رسالة الماجستير، جامعة الجزائر 2.
- 26- حمدي نزيه وآخرون. (2000). الرضى عن الحياة وعلاقته بكل من الاعتقاد في الكفاءة الذاتية والاكتئاب والوحدة النفسية لدى عينة من ذوي الإعاقة البصرية بدولة الكويت. م:15، ع:2، مجلة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، الكويت.

- 27- خديجة حمري. (2007). نشاط الحلقة الفنولوجية عند الأطفال مصابين بالصمم المتوسط والأطفال المصابين بالصمم الحاد. رسالة ماجستير جامعة الجزائر
- 28- خالد محمد عسل. (2012). نظرية وتدخلات ارشادية ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء والدنيا للطباعة، ط1.
- 29- دبراسو فطيمة. (2004). اضطرابات التصور الجسدي وعلاقته بصعوبات القراءة والكتابة عند الاطفال. أطروحة الدكتوراه، جامعة سطيف 2، الجزائر.
- 30- رفايف بن عابد الزراع. (2006). تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 31- رجاء أبو علام. (1989). مقياس وكسر المعدل لذكاء الاطفال. ط1، جامعة الكويت.
- 32- زريقات ابراهيم. (2003). الإعاقة السمعية. ط1، دار وائل للنشر والنقد والطباعة، عمان، الأردن.
- 33- سحر الخرشمي. (2000). المدرسة للجميع (دمج الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية)، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- 34- سهير محمد سلامة شاش. (2016). استراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق.
- 35- شواهين خير وآخرون. (2010). استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 36- عصام الصفدي. (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، ط:2، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن.
- 37- عبد المجيد الخالدي، كمال حسن وهبي. (1997). الامراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الاطفال. ط1، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان.

- 38- عبد المجيد حسن الطائي. (2007). طرق التعامل مع المعاقين، ط:2، دار الحامد الجامعية للنشر والتوزيع، الاردن.
- 39- عوادة رنا محمد صبحي. (2007). دمج المعاقين حركيا في المجتمع بيئيا واجتماعيا، رسالة الماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح، فلسطين.
- 40- عباد مواهب ابراهيم وآخرون. (2016). تأثير عملية الدمج على الطفل المدمج من منظور اولياء الامور والمعلمين والعوامل المرتبطة به، جامعة الاسكندرية..
- 41- عثمانى مريم. (2018). اتفاقية بين وزارة التربية ووزارة التضامن الاجتماعي بالاهتمام بتكوين الاساتذة من اجل دمج اطفال التوحد في المدارس العادية، الرائد.
- 42- عبد العزيز الصمادي جميل، الناظور ميادة، الشحومي عبد الله. (2003). تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.
- 43- عبد العزيز سعيد. (2004). ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
- 44- عبيد ماجد. (2009). مدخل الى التربية الخاصة. ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
- 45- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف. (2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. ط:1، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
- 46- غنيم احمد صبري، غنيم محمد صبري. (2016). الإعاقة الحركية بين التعليم والتفكير، ط:1، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- 47- فاروق فارح الروسان. (2000). مقدمة في الاضطرابات اللغوية. ط1، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 48- فؤاد عيد الجوالدة. (2012). الإعاقة البصرية. ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

- 49- فاطمة بنت قاسم العنزي. (2011). استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، دار الـراية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 50- فتحي مصطفى الزيات. (2009). دمج ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، دار النشر للجامعات، مصر.
- 51- كمال عبد الرحمان هريدي. (2012). العلاج بالفن لدى ذوي الإعاقة السمعية. ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 52- كمال إبراهيم مرسى. (1998). مرجع في التخلف العقلي. ط1، دار النشر للجامعات، مصر.
- 53- كريم منصور محمد عسران. (2012). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى المكفوفين والحاجات الإرشادية. رسالة الماجستير، كلية التربية قسم الصحة النفسية، جامعة منصور، مصر.
- 51- لينا عمر بن صديق. (2006). برنامج التدخل المبكر لتطوير اللغة لدى ضعاف السمع والصم. كلية الدراسات العليا التربوية، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- 52- منى حسين جميل محمد. (2008). الخطاب اللغوي لدى مرضى الحبسات الكلامية. كلية الدراسات الجامعية، الأردن.
- 53- مدحت أبو النصر. (2005). الإعاقة العقلية، ط:1، مجموعة النيل العربية، مصر.
- 54- مصطفى الشربيني وآخرون. (2013). الإعاقة السمعية. ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 55- محمد حوله. (2009). الارطوفونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت. ط3، دار الهومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- 56- محمود علي محمد. (2013). التوجيهات المعاصرة في تعليم الصم وضعاف السمع. ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

57- نبيل حسن السيد. (2013). علم النفس الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

59- نجات الطاهر الفرجاني. (2021). دمج الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والتوحيديين بشكل خاص. ط1، مجلة القرطاس للعلوم الانسانية، كلية التربية العجيلات، جامعة الزاوية، ليبيا.

60- Demoth. (1982). Visual impairment, exceptional children youth columbus, ohio children, E. Merrill.

61- Hallahan, D. Kauffman, J. (1991). Exceptional children, introduction to special education, Allyn, Bacon, Boston.

62- Jose. (1983). understanding low vision, New York, American Foundation for the blind.