مصطلح الإعاقة وعلاقته بالنمو في مرحلة الطفولة المتأخرة

أ/ شافعة جميلة

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

جامعة الجزائر 2

ملخص :

إن مصطلح الإعاقة في المنظور الاجتماعي ليس مجرد وصف لحالات ذات إصابات معينة ومختلفة، وإنما يحمل في مفهومه دينامية وفعالية من شأنها التأثير تأثيرا متبادلا في العلاقة التي تربط المصاب بباقي أفراد المجتمع. وهذا من شأنه أن يؤثر في كليهما تأثيرا نراه سلبي أكثر مما هو إيجابي مما دعانا إلى البحث في كيفية تأثيره على نمو أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة في ظل الإعاقة ومجتمع في أغلبه يجهل ظروف هؤلاء الأطفال. فإذا كان النمو هو عملية معقدة وصعبة على الأطفال العاديين والذين يحتاجون من أجل نمو سليم الرعاية وإحداث البرامج الملائمة فكيف بنا إذا كان الأمر يتعلق بأطفال يحملون خصوصيات معينة.

المشكلة :

كل الأمهات كل الآباء يريدون طفلا عاديا بصحة جيدة، والوالدان ينظران إلى طفليهما على أنه جزء منهما وامتداد لهما، فلا أحد يريد أن يتوقع أن يكون طفله معوقا، ليس ذلك فحسب إنما لا يرضى أحد أن يكون طفله مجرد طفل عادي. بل يتمنى أن يحقق هذا الطفل ما لم يتمكن هو نفسه من تحقيقه، ولا سبيل لمثل ذلك سوى الكمال هذا طبعا حسب مستوى تصورات وآمال

الوالدين. وما لم يتوقع يصدم بطبيعة الحال فما من تحضير سابق للمفاجأة التي تعتبر في أغلب الأحيان غير سارة بالنسبة للأبوين، فالعجز أو الإصابة التي قد يعاني منها الطفل لا تشكل الصورة المزعجة الوحيدة بالنسبة للأبوين، وإنما كذلك الصفة السلبية لمصطلح الإعاقة والمرتبطة بهذا العجز أو الإصابة.

وعبر مختلف المراحل التي مرت بها الإنسانية والتي تشكل بشكل أو بآخر مكونات الشعور أو اللاشعور وما يترتب عليه من أحكام تكون في أغلبها مسبقة ودون دراية أو دراسة بالوضعية الحقيقية لما يمكن أن يعاني منه شخص في وضعية خاصة أي أن الصورة المكونة عن هذا الشخص تكون أقرب ما يكون إلى الغموض، وعدم الوضوح نظرا لخلط عناصر واقعية مع أخرى ناتجة عن الموروث الإجتماعي لجماعة معينة فغياب النظرة الموضوعية لحقيقة خصوصية شخص مصاب تفسح المجال لتداخل العناصر الذاتية للأفراد مع العناصر الواقعية للوضعية المعاشة للشخص المصاب. (Blanc, A. 1999).

مما لا شك فيه أن مصطلح الإعاقة يحمل في طياته معاني السلبية أكثر من ماهو مجرد وصف لحالة معينة، وهذه السلبية ارتبطت بواقع تصور الأفراد لهذه الفئة، فمصطلح الإعاقة مرتبط بجانبين؛ بالفرد المصاب وبالمجتمع الذي يعيش فيه. فالمجتمع هو الذي يحول ضعف أو نقص الفرد إلى إعاقة نظرا لتهيئة الظرف العام للعيش حسب متطلبات الأغلبية وعدم احترام الاختلافات سواء في البرامج المعدة أو في التخطيط البيئي العام، وهذه العلاقة السلبية بينهما هي التي تغذي مفهوم الإعاقة. فمنطق الأغلبية هو السائد بصفة عامة والحكم على الأقلية غالبا ما يكون مجحف. إن شخصية الفرد نتاجا لعملية التفاعل التي تتم بينه وبين بيئته الاجتماعية من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تعتبر من أهم العمليات الاجتماعية على الإطلاق، ويمكن القول بناءا على ذلك أنه إذا اندمج الفرد في بيئته الطبيعية الاجتماعية إما أن يتكيف بطريقة صحيحة ويتصف بشخصية متفاعلة نامية، وإما أن يبقى منطويا غير مندمج مع الظروف المحيطة به، مما يؤدي إلى عدم الانسجام وسوء التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه.

وقد دلت الدراسات على وجود علاقة إيجابية بين مستوى الوالدين الثقافي والاجتماعي ونوعية التنشئة الاجتماعية والتحصيل الذي قد يتمتع به الأبناء، من هنا تأتي الحاجة إلى ضرورة العمل على تحسين البيئة الاجتماعية لما لها من أثر على تنشئة الطفل وتوافقه النفسي. وبالنظر لهذا التأثير المتبادل بين التنشئة الاجتماعية، ونمو الطفل نتساءل ماهي خصائص نمو أطفال 9- 10- 11 سنة "طفولة متأخرة" الذين يعانون من إصابات؟ هل يكفي التكفل بإصاباتهم وإعادة تأهيلهم لتخطي المشكلة؟ أم أنها أعمق من ذلك؟ هل يتأثر نمو الطفل في ارتباطه بالأسرة والمدرسة كمؤسستين اجتماعيتين باعتبار أن هذه المرحلة من النمو تشكل مرحلة التفتح الاجتماعي في علاقته بأسرته من الوالدين إلى الإخوة...الخ، وفي علاقته بمدرسته من معلمين زملاء...الخ. ولمحاولة فحص هذه التساؤلات نتطرق إلى بعض مفاهيم الإعاقة وماهية النمو وأنواعه في مرحلة تسع، عشر، إحدى عشرة سنة، محاولين إلقاء الضوء على خصائص نمو الأطفال المصابين بإعاقات مختلفة.

- **تعريف وماهية الإعاقة :**

مصطلح معوق لفظيا من الإعاقة أي التأخر أو التعويق. ويعرف محمد عبد المنعم نور المعوق بأنه المواطن الذي اعتراه عائق أو أكثر وأوهن من قدرته وجعله في حاجة إلى عون خارجي ودعم مؤسساتي على أسس علمية وتكنولوجية تعيده إلى مستوى العادي أو على الأقل أقرب ما يكون لهذا المستوى. (فهمي، س. 2000).

ويعرف عبد الفتاح عثمان المعوق بأنه كل فرد يختلف عمن يطلق عليهم لفظ سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية، إلى درجة تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه (فهمي، س. 2000).

وتعرف منظمة العمل الدولية المعوق بأنه "كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصا فعليا نتيجة لعاهته جسمية أو عقلية. (عبده، ب، وآخرون. بدون تاريخ).

ويحدد صموئيل ويشك المعوق بأنه "الفرد الذي لا يصل إلى مستوى الأفراد الآخرين في مثل سنه بسبب عاهة جسمية أو اضطراب في سلوكه أو قصور في مستوى قدرته العقلية". (فهمي، س. 2000).

أما قانون تأهيل المعوقين 39 لسنة 1975 فيعرف المعوق بأنه كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه أو نقصت قدرته على ذلك لقصور عضوي أو عقلي أو جسمي أو نتيجة عجز خلقي من الولادة. (فهمي، س. 2000).

ويكشف البحث عن التحديد العربي لطبيعة المشكلة، فمثلا نجد أن الأردن تحدد في الندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي عام 1980 فئات المعوقين بأنهم المكفوفون والمعوقون جسميا والمعوقون عقليا والصم والبكم. (فهمي، س. 2000).

قدرت هيئة الصحة العالمية في ضوء نتائج البحوث والدراسات المسحية عدد المعوقين في العالم عام 1992 بما يقارب 530 مليون حالة، أي ما يقارب 10٪ من سكان العالم. وأن ما بين هؤلاء على الأقل 122 مليون طفل يعيشون في العالم الثالث ليس لديهم أي فرصة للاستفادة من برامج خاصة برعايتهم وتأهيلهم.

والجدول التالي يلخص ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية المقدم في الاجتماع التاسع والعشرين للهيئة في أبريل 1976 عن حجم المشكلة موزعة حسب العوامل المسببة للإعاقة. (عبده، ب، وآخرون. بدون تاريخ)

العوامل المسببة	العدد بالمليون	النسبة المئوية
الإعاقة نتيجة أسباب خلقية		
- تخلف عقلي	30	7,7
- أسباب وراثية عضوية	30	7,7
- أسباب غير وراثية	20	3,9

الإعاقة المترتبة عن أمراض معدية		
- شلل الأطفال	3,5	0,3
- رمد حبيبي	10	1,9
- جذام	3,5	0,7
- أمراض معدية أخرى	41	7,9
أمراض عقلية وظيفية	100	19,9
إدمان مسكرات ومخدرات	40	7,7
حوادث إصابات		
- حوادث مرور	40	7,7
- حوادث عمل	30	5,8
- حوادث منزلية	15	2,9
أسباب أخرى	30	5,8
سوء التغذية	3	0,7

العدد التقديري للمعوقين في العالم ونسبهم موزعة حسب أسباب الإعاقة

وفي التصريح الرسمي لحقوق المعاق 9 ديسمبر 1975 لتجمع العام للامم المتحدة عرفت الإعاقة بأنها كل ما يصف شخص عاجز عن القيام كليا أو جزئيا باحتياجاته الشخصية والاجتماعية العادية نتيجة تشوه لإصابة وراثية أو غيروراثية، فيما يخص مقدرته الجسمية والعقلية (Blanc, A. 1999).

ويرى برنار مورتز Bernard Mortez أن الإعاقة عكس النقص أو العجز هي نتيجة للتنظيم الاجتماعي الغير طبيعي، والذي لابد أن يحدد على مستوى

الأخذ والعطاء وليس على مستوى الأفراد. فالصمم ليس مرض وإنما هو مجرد صفة يجب أخذها بعين الاعتبار. (Blanc, A. 1999).

وعرفت اللجنة القومية للدراسات التربوية بأمريكا المعوق، على أنه ذلك الذي ينحرف عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية لأقرانهم بصفة عامة، إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات تربوية ونفسية خاصة (عبده، ب، وآخرون، بدون تاريخ).

وفي البلدان الأنجلو ساكسونية Anglo saxon الإعاقة هي وضعية معجزة، معيقة ناتجة عن حواجز المحيط الاقتصادي والاجتماعي والتي تجعل شخص ما نتيجة تشوه معين لا يستطيع التغلب عليها مثله مثل بقية المواطنين. بينما في البلدان الأوروبية الاعاقة تظهر في العلاقة بين التشوه أو المحدودية الوظيفية ومجتمع ينتج حواجز تمنع الإندماج. (Association des paralysé de France, 1996).

- **ماهية النمو :**

النمو من وجهة نظر Gessel, 1958، يعني سلسلة متصلة من التغيرات ذات نمط منظم مترابط. ومن هذه التغيرات التغير في الحجم، والتغير في نسب الجسم، وقد يحدث اختفاء لبعض القسمات القديمة التي انتهت فائدتها وتظهر قسمات جسمية وعقلية جديدة، وبذلك يمكن تعريف النمو بأنه زيادة في المدى والتعقيد والتكامل للخصائص الفردية. ويرى جيزل أن النمو عملية تأتي بتغيرات في الشكل والوظيفة ولها مواسم وتتابع مقنن. أما النضج فهو يشير إلى المستوى الذي تصل إليه التغيرات التي تحدث في أعضاء الجسم وأجهزته، بحيث تجعلها قادرة على القيام بوظائفها دون أن تحتاج إلى أية خبرة أو تعلم. (قطامي، ن. 1998).

وتختلف عملية النضج باختلاف أجهزة الجسم فبعضها ينضج مبكرا كجهاز التنفس والدورة الدموية وبعضها يكون نضجه متأخرا كالجهاز التناسلي. وقد يتم نضج الفرد في جانب دون الجوانب الأخرى كأن ينضج في إدراك المحسوس ولا ينضج في إدراك المجرد.

مما تقدم يتضح أن النمو هو التغير الكمي أو التكويني، أما النضج فهو التغير النوعي أو الوظيفي ويرتبط بهذين المفهومين مفهوم التطور الذي يراد به التتابع المضطرد في التغيرات الحاصلة عند الكائن الحي، على أن يكون هذا التتابع مقترنا بخصائص التوافق والانتظام.

وهناك تأكيد على وجود علاقة بين التغيرات التي ينطوي عليها بناء structure أو تكوين الكائن الحي ووظيفة هذا التكوين fonction فمثلا يترتب على زيادة طول ساقي طفل قيامهما بوظيفة الوقوف والمشي. فالتطور هنا ينطوي على النمو وهو أشمل منه.

- **النمو من وجهة النظر المعرفية :**

يعرف فالون Vallon النمو على أنه مجموعة من المراحل تحدث فيها فترات من الراحة، تعقبها قفزات من النمو. ويطلق فالون على هذه القفزات اسم أزمات النمو والذي لا يقتصر على الزيادة في الوزن والحجم أي ليس زيادة كمية فقط وإنما يحدث تطور في الوظائف حيث تظهر وظائف جديدة عند الطفل.

أما النمو عند بياجيه فهو سلسلة متصلة وإن كانت كل مرحلة امتداد للمرحلة السابقة وتمهيدا للمرحلة اللاحقة، أما النمو العقلي فياتي على عدة مراحل وقد بنى بياجيه نظريته حول البناء العقلي على أساس التطور المرحلي المتسلسل من الكائنات الدنيا إلى الكائنات العليا. (Defontaine, J. 1978).

- **جوانب النمو :**

• **النمو الحسي** : تكون حاسة اللمس عند الأطفال المنتمين إلى الطفولة المتأخرة 9-10-11 سنة أكثر منها عند الراشد وأقل من فترات الأولى للطفولة، حيث تكون أكثر تطورا بينما تبلغ حاسة السمع مداها في تمييز الأصوات حيث يستطيع طفل هذه المرحلة تذوق اللحن الموسيقى المعقد Mélodie أو الهارموني Harmonie الذي يشمل توزيعا دقيقا للنغم والأصوات. وكذلك يمكن

لهم تمييز المقامات الموسيقية. ويكون تمييز البصري في هذه المرحلة أحسن مما كان عليه في المرحلة السابقة. (قطامي، ن. 1998).

• **النمو الحركي** : تزداد القدرة على التحكم في العضلات الدقيقة في هذه المرحلة عضلات العين واللسان والأصابع، ومن ثمة تزداد قابلية لمزاولة أوجه النشاط المختلفة على نحو أتم، من قدرة على التعبير اللغوي إلى قدرة مزاولة الفنون البسيطة كالرسم والأشغال اليدوية.

• **النمو العقلي** : إن طفل هذه المرحلة يربط العناصر على أساس العلة والمعلول ولا يكتفي بإدراكها منفردة فقط. وهذا التطور في الملاحظة والإدراك دليل على تطور الذكاء عامة فضلا على تطور القدرات العقلية الخاصة، حيث ينتقل من ذلك المستوى الحسي في الإدراك إلى مستوى عقلي، أي لا يصبح الإدراك تسجيل للواقع فقط بل يتضمن إدراك العلاقات المختلفة بين عناصره. فمن الملاحظة العملية تنشأ العمليات العقلية العليا، فيستطيع الطفل تجريد الأفكار من الواقع الملموس. ولا يكتمل الإدراك المحتوى إلا بعد المراهقة.

• **الانتباه** : تنمو قدرة الانتباه مع نمو القدرة على التنظيم العقلي والسلوكي. ويتطلب الانتباه القدرة على حصر النشاط الذهني في اتجاه معين مدة من الزمن، كما يتطلب قدرة في التحكم الانفعالي وتوجيهه وجهة معينة، الأمر الذي يتوقف على مدى تحرر الطفل من المنبهات الخارجية المتعددة والتركيز على موضوع واحد لمدة زمنية قد تقصر أو تطول حسب قدرة الطفل على الانتباه.

وفي هذه الفترة من العمر تتزايد بسرعة قدرة الطفل على الانتباه الإرادي.

• **الذاكرة** : يتصل الانتباه اتصالا وثيقا بالقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات القديمة واسترجاعها. وأن العجز على استرجاع خبرة ما لا يكون دائما دليلا على ضعف الذاكرة، وقد يرجع النسيان إلى عوامل نفسية كما أن أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة قد يمتازون بذاكرة آلية ممتازة إن قورنوا بالراشدين عموما، إلا أن القدرة على التذكر تزداد مع العمر من حيث الكفاية في إستيعاب أكبر عدد

ممكن من العناصر، ومن حيث الاحتفاظ بالمعلومات أطول مدة ممكنة، وبنمو المستوى العقلي لدى الطفل وقدراته العقلية العليا تنمو قدرته على التذكر المنطقي.

• **التخيل** : يتميز الأطفال في هذا السن بذاكرة بصرية ولذلك كان الجزء الكبير من مادة التفكير قائما على الصور البصرية. ومنهم من تكون ذاكرته قائمة الصور السمعية واللمسية. فيستعين الطفل إذن في عملية التفكير باستعادة صور حسية لموضوع التفكير، أي بذلك النوع من التخيل الذي يسمى التخيل الاسترجاعي وهو مجرد استرجاع لصور الواقع. وهناك التخيل التركيبي أو التخيل الإبداعي وهو القدرة على تركيب أو إبداع صور لا توجد في الواقع. وفي هذه الفترة يسهل على الطفل التمييز بين الوهم والواقع ذلك لأنه اكتسب مبدأ الواقع.

• **التفكير** : هو إدراك العلاقات. وكل من الذاكرة والتفكير يعتمدان على الترابط، ولا يتوقف التفكير على إدراك العلاقات فحسب بل يتوقف على إدراك العلاقات بين العلاقات وهذا هو شرط الاستدلال المنطقي والاستدلال القياسي. ويكون الطفل في هذه المرحلة قادرا على العمليات العقلية اللازمة للاستدلال الصوري. ويكون التصور عبارة عن اتساع مدى الموضوعات التي يمكن أن تطبق عليها هذه العلميات، وتنوع هذه الموضوعات وإزدياد هذه العمليات العقلية وضوحا وإحكاما. ونستطيع القول أن الأطفال عموما في هذه المرحلة قادرون على جميع أشكال التفكير ما عدا الاستدلال العلمي.

• **النمو الانفعالي** : لا تكاد تبدأ هذه الفترة حتى يكون الطفل العادي قد تحكم في دوافعه الغريزية المحضورة، وحول طاقته الانفعالية إلى أفراد خارج الأسرة ووجه اهتمامه إلى العالم الخارجي. وتمثيل قواعد المجتمع وأساليبه في السلوك على أنه خضوع الطفل للمعايير الاجتماعية، وتوافقه مع المجتمع، وتحكمه في ميوله الغريزية، كل ذلك ليس مرجعه إلى ضغط التربية ضغطا خارجيا مباشرا. فالحق أن عوامل التربية لا تحدث أثرا مالم تتفاعل مع القوي النفسية التي ينطوي عليها الطفل. وفي هذه المرحلة يستعمل الطفل بعض العمليات النفسية الداخلية كالكبت، العكس، الإعلاء...

- **خصائص النمو عند الأطفال المعاقين :**

• **الخصائص السلوكية للمعوقين عقليا:** قبل الدخول في الخصائص السلوكية للمعوقين عقليا لابد من الإشارة إلى معنى الإعاقة العقلية والتعرف على ماهيتها. ومن أكثر التعاريف قبولا في هذا الصدد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والتي هي مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل على متوسط الذكاء بانحرافين معياريين. ويصاحب ذلك خللا واضحا في السلوك التكيفي ويبدو ذلك في مراحل العمل منذ الميلاد حتى سن الثامنة. (Covello, A.H. et al. 1981).

ويصنف المعوقون تصنيفات مختلفة، كل تصنيف ينطلق من أسس معينة.

- فهناك التصنيف الطبي على أساس دراسة الأسباب المؤدية للإعاقة.

- التصنيف التربوي الذي يقوم على أساس قدرة الفرد على التعلم.

- وتصنيف آخر يقوم على أساس أداء الفرد على اختبارات الذكاء واختبارات التكيف الاجتماعي.

تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة والذي يقوم على ثلاث أسس:

- إنخفاض الأداء الوظيفي العقلي.

- عجز في السلوك التكيفي.

- وضوح الأساسيين السابقين أثناء فترة النمو.

وقدمت الجمعية الأمريكية ثلاث مستويات للإعاقة العقلية.

- الإعاقة البسيطة القابلون للتعلم.

- الإعاقة المتوسطة القابلون للتدريب.

- الإعاقة الشديدة.

- **الخصائص العقلية للمعوقين عقليا:**

1- **الانتباه** : أشارت الدراسات إلى أن المعوقين عقليا لديهم نقص أو مشاكل في القدرة على الانتباه تختلف حسب تفاوت درجة الذكاء. فلهم مشكلات في صعوبة التركيز والانتباه كما أنهم أسهل في تشتت انتباههم وفي قدرتهم على الانتباه مقارنة مع العاديين.

2- **نقل التعلم** : من مشكلات الأطفال المعوقين عقليا صعوبة نقل آثار التعلم من موقف إلى آخر مقارنة مع العاديين وترتبط هذه الصعوبة بصورة أساسية بدرجة الإعاقة وبطبيعة الموقف التعليمي نفسه.

3- **القدرة على التذكر:** وتعتبر من أكثر المشكلات لدى المعوقين عقليا وتتأثر درجة التذكر بدرجة الإعاقة من جهة وبالطريقة التي تتم فيها عملية التعلم من جهة أخرى.

4- **المشكلات اللغوية** : وتعتبر من أبرز مظاهر الإعاقة العقلية، فمستوى النمو اللغوي لديهم أقل بكثير من العاديين ومعظم مشكلاتهم اللغوية مرتبطة باللغة التعبيرية وتشكل الأصوات والأخطاء النطقية ومظاهر السرعة في النطق. وكلما زادت درجة الإعاقة زادت اضطرابات النطق والكلام.

- **الخصائص العقلية حسب درجة الإعاقة :**

1. **الإعاقة البسيطة** : وتشمل الأفراد الذين تقع نسبة ذكائهم بين 55-70 ويتميزون بنقص في القدرة العقلية العامة، كما أن لديهم نقص في القدرة العقلية والقدرة على التعلم ويميلون إلى تبسيط المفاهيم واستخدام المحسوسات، كما يوجد لديهم قصور في قدرتهم على التعميم، وضعف القدرة على التذكر والانتباه وتأخر لغوي.

2. **الإعاقة المتوسطة** : تشمل الأفراد الذين تقع نسبة ذكائهم بين 40-55 ويتميزون بعدم القدرة على القراءة والكتابة والتعامل مع الأرقام، كما أن عيوب النطق ظاهرة جلية بينهم.

3. **الإعاقة الشديدة** : وتشمل الأفراد الذين نسبة ذكائهم من 40 فما دون ذلك ويتميزون بنطق غير مفهوم.

- **الخصائص الجسمية للمعوقين عقليا:**

1. **الإعاقة البسيطة** : يتميزون بأنهم أقل من العاديين من حيث مستوى نموهم الجسمي والحركي.

2. **الإعاقة المتوسطة** : يتميزن بعدم الإتزان في المشي وتكثر وجود التشوهات والانحرافات الجسمية بينهم وهم متأخرون في نموهم الحركي.

3. **الإعاقة الشديدة** : يتميزون بأن قدرتهم على المشي أقل من المستوى المتوسط، ولديهم مضاعفات جسمية مصاحبة مثل الشلل والصرع.

- **الخصائص الانفعالية والاجتماعية للمعوقين عقليا:**

1. **الإعاقة البسيطة** : يميلون إلى الانزواء والانسحاب والعدوان كما يتميزون بعدم تقدير الذات ويكون توافقهم الاجتماعي بسيط.

2. **الإعاقة المتوسطة** : قد يكون بعضهم مستقر وبعضهم الآخر غير مستقر.

3. **الإعاقة الشديدة**: قد لا يظهرون أي انفعال كما قد يظهرون الخوف والغضب.

- **خصائص المعوقين بصريا:**

يعرف المعوق بصريا على أنه ذلك الفرد الذي يكون قدرة إبصاره 200/20 أو أقل حتى وإن استعمل وسيلة تصحيحية "نظارة طبية" أما التعريف التربوي فيشير إلى أن المعوق بصريا هو الطفل الذي يتعلم ويقرأ بطريقة البرايل "المكفوف كليا".

أما المعوق جزئيا فهو الطفل الذي يستطيع أن يقرأ الكلمات المطبوعة والمكتوبة بحروف كبيرة، ويقسم المكفوف حسب معيار درجة الإبصار من جهة والسن الذي حدث فيه العجز من جهة أخرى إلى أربعة أقسام:

1. المكفوفون كليا ولدوا أو أصيبوا بعجزهم قبل سن 5 سنوات.
2. المكفوفون كليا أصيبوا بالعجز بعد سن 5 سنوات.
3. المكفوفون جزئيا ولدوا واصيبوا بعجزهم قبل سن 5 سنوات.
4. المكفوفون جزئيا أصيبوا بالعجز بعد سن 5 سنوات. (Covello, A.H. et al. 1999).

- **الخصائص العقلية للمعوقين بصريا :**

دلت نتائج دراسة المكفوفين كطائفة لا يختلفون عن المبصرين في الذكاء (محمد محمود عبد الجابر، 1988)، مع أن دراسات أخرى أشارت إلى أن تطبيق اختبارات الذكاء على المكفوفين قد بين أن النسبة المئوية للجماعة المنخفظة في ذكائها أعلى باستمرار من النسبة المئوية للأطفال المتفوقين.

وتتفق كثير من الدراسات على أن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى المكفوفين، وأن نسبة المتخلفين أعلى عند المكفوفين منها عند المبصرين.

أما بالنسبة للقدرة اللفظية فمعظم الباحثين يرون أن نقص الإبصار لا يقلل من القدرة على فهم واستخدام اللغة، وأن المعوقين بصريا لا يختلفون على المبصرين في اختبارات الذكاء اللفظي. (عبد الجابر، م. 1988).

وقد وجهت انتقادات كثيرة للدراسات التي أجريت حول التحصيل الدراسي للمكفوفين مقارنة بالتحصيل الدراسي للمبصرين. والسبب في ذلك لأن التحصيل في المجموعتين يجب أن يتم تحت ظروف مختلفة، وبذلك يمكن الخروج ببعض الدلائل من بعض الدراسات حيث تشير إلى كل من المكفوفين جزئيا والمكفوفين كليا يختلفون قليلا في تحصيلهم على رفاقهم المتساوين معهم في العمر العقلي. كذلك أشارت الدراسات إلى أن تحصيل المعوق بصريا لا يتأثر تأثيرا كبيرا كما يتأثر تحصيل المعوق سمعيا. (عبد الجابر، م. 1988).

- **الخصائص الاجتماعية والانفعالية :**

إن مشكلة سوء التوافق لدى المكفوفين ترجع في أغلبها إلى معاملة المجتمع لهم، ومعظم استجابة المعوق بصريا تطور لديه سلوكات الإتكالية والاعتماد على الآخرين والإحساس بالعجز. فقد بينت الدرجات على اختبار كاليفورنيا للشخصية أن التوافق الشخصي الاجتماعي للمكفوفين المراهقين كجماعة منخفض إذا ما قورنوا بالتوافق الشخصي الاجتماعي لأمثالهم من المبصرين، ولكن الدراسات أوضحت أن الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق النفسي يرجع في الغالب إلى الظروف والإتجاهات الاجتماعية لبيئة الكفيف أكثر مما تحدث نتيجة العجز البصري نفسه. أما بالنسبة للخصائص الانفعالية فقد أظهرت معظم الدراسات أنه لا توجد فروق جوهرية في مستوى التوافق بين المعوقين بصريا والمبصرين. وتؤكد معظم هذه البحوث أن اتجاه المجتمع نحو المعوقين بصريا يهيئ بيئة تزداد فيها المشاكل الشخصية. وعلى العموم فليس هناك ما يثبت أن المعوقين بصريا أقل توافقا من المبصرين. وقد بينت دراسة جامعة شيكاغو على الأطفال المكفوفين أهمية أثر الأسرة والبيئة على الطفل الكفيف من حيث نموه وشخصيته وانتهت في تقريرها أن نواحي النقص والمشاكل الانفعالية لا ترجع أساسا لإعاقة البصر بقدر ما ترجع إلى أثر الأسرة والبيئة واتجاهاتهم نحو تلك الإعاقة. (Gardou, C. et al. 1997).

- **خصائص المعوقين سمعيا :**

يعرف الطفل الأصم بأنه الطفل الذي لا يسمع عند درجة معينة وهو الذي يسمى الأبكم بسبب فقده للسمع في السنة الأولى أو الثانية من عمره أو منذ ولادته ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة، أما الطفل الذي لديه صعوبات في السمع فهو الذي فقد قدرته على السمع بعد تعلمه اللغة. وخاصة إذا بقيت قدرته على الكلام كما هي، وقد يكون بحاجة إلى وسائل سمعية معينة.

صنف Laporta et al (1998) الإعاقة السمعية إلى أربع فئات:

1. فئة الإعاقة السمعية البسيطة وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لديها من 20 – 40 وحدة ديسبل.

2. فئة الإعاقة السمعية المتوسطة: تتراوح قيمة الخسارة السمعية لديها من 40 إلى 70 وحدة ديسبل.

3. فئة الإعاقة السمعية الشديدة: تتراوح قيمة الخسارة السمعية لديها من 70 – 92 وحدة ديسبل.

4. فئة الإعاقة السمعية الشديدة جدا: تزداد قيمة الخسارة السمعية لديها عن 92 وحدة ديسبل. (فهمي، م. 2000).

- الخصائص العقلية للمعوقين سمعيا :

تأثر قدرة هؤلاء الأفراد وخاصة الصم نظرا للخسارة السمعية من ما يطرح إشكالية النمو اللغوي المترتب عن الخسارة السمعية، وبتالي فإن فقدان السمع لا يؤثر على النمو اللغوي وإنما يتعدى تأثيره إلى النمو العقلي والمعرفي. ومع أن بعض المراجع تذكر أن القدرة العقلية للصم تكون أقل من العاديين إلا أن دراسات كثيرة أثبتت أن الفرق بين أداء العاديين والمعوقين سمعيا في المهمات العقلية يعود إلى نقص في تلقي الإثارة المناسبة أو تلقي التعليمات المناسبة، كما أن الفرق يعود إلى اختبارات الذكاء على أنها مشبعة بالعامل اللفظي وتعتمد أساسا على المهارات اللغوية. وحسب مقياس Wisc، فإن قدرات الصم والعاديين تتساوى في الأداء على الاختبارات العملية. (فهمي، م. 2000).

وتتأثر مجالات التحصيل الدراسي بالإعاقة السمعية ذلك لأن معظم المواضيع الدراسية تعتمد على النمو اللغوي والمهارات اللغوية لذا نجد أن المعوقين سمعيا يكونون بدرجات متفاوتة في التحصيل الدراسي خاصة في مجال القراءة والرياضيات. وإلى جانب الإعاقة فإن التحصيل الدراسي للمعوقين سمعيا يتأثر بمستوى الذكاء اللغة والدافعية.

- التكيف الاجتماعي والمهني للمعوقين سمعيا:

يعتمد نمو شخصية الإنسان اجتماعيا على عملية الاتصال ويعتمد الاتصال أساسا على تناقل الأفكار بين شخصين أو أكثر، وتعتبر اللغة أهم وسائل الاتصال الاجتماعي. ونظرا لخصوصية الاتصال لديهم "نظام الإشارة" تظهر لديهم بعض المشاكل الانفعالية في محيط الأسرة والعمل والنشاط الاجتماعي. وصعوبة الاتصال المذكورة مع العاديين تجعل المعوقين سمعيا يميلون إلى تكوين تجمعات خاصة بهم، كما أننا نجد أنهم يتفوقون في الأعمال التي لا تتطلب الاتصال اللفظي مع الآخرين وذلك كالمهن اليدوية.

- **الخصائص الانفعالية للمعوقين سمعيا:**

من أهم الخصائص الانفعالية عند المعوقين سمعيا زيادة مشاعر الإحباط لديهم نتيجة عدم القدرة على التفاعل مع العاديين. كما أن بعض الدراسات بينت أن الأطفال الصم أكثر جمودا في بعض الأعمال من الأسوياء وأن مستويات الطموح لديهم غير واقعية، كما أنهم حصلوا على درجات مرتفعة في مقاييس عدم الثبات الانفعالي والعصابية.

- **الخصائص السلوكية للمعوقين حركيا:**

بينت الدراسات أن نسبة التأخر الدراسي تزداد في الإعاقة الجسدية المرتبطة بالشلل الدماغي. وقد بين ماكنتير في إحدى دراساته أن 30٪ من المصابين بالشلل الدماغي معاقون عقليا وذلك نتيجة إصابة المخ وتلفه أما البقية 70٪ فتبقى عادية من حيث الذكاء. وفي ومقارنة مجموعة من الدراسات على المصابين بالشلل الدماغي وجد أن 25٪ من العينة متوسطون وأن 30٪ منهم أغبياء وأن 45٪ منهم متأخرون عقليا، أما في حالة الصرع فيقتربون في ذكائهم من المجتمع العادي. (Perron, R. 1999).

- **الخصائص الاجتماعية والانفعالية:**

في حالات الصرع توجد العديد من المشكلات النفسية والانفعالية والاجتماعية، كما أن المقعدين يختلفون في توافقهم عن العاديين كمجموعة.

وبينت الدراسات أنهم يتمسكون باتجاه عدواني نسبيا في المواقف الاجتماعية وأنهم يحسون بالقلق والخوف وعدم الأمن والرفض، والميل إلى الانسحاب من الاتصال الاجتماعي، وبصورة عامة فإن مستوى توافقهم أقل من مستوى العاديين.

ويبدو أن الآثار النفسية لدى المعوقون جسديا تأتي نتيجة تفاعل عوامل مختلفة مثل سن المعوق وطبيعة الإعاقة وما إذا كانت الإعاقة مكتسبة أو منذ

الولادة أو متزايدة أو غير ذلك. واتجاهات الأسرة نحو طفلها المعاق واتجاه هذا الأخير نحو نفسه، واتجاه المجتمع نحوه.

وأما عن التحصيل الدراسي لهذه الفئة فإن بعض المعوقين بدرجة خفيفة لا يشكون من صعوبات دراسية، وقليل من المعوقين إعاقة شديدة ومزمنة يستطيعون التفوق الدراسي رغم حالتهم الجسمية ولكن بسبب العوامل المتعددة التي تؤثر في دراستهم فإن بعضهم يكون متأخر دراسيا عن رفاقه رغم كون ذكائهم عاديا.

الخاتمة:

من خلال العرض الذي قدمنها يتجلى لدينا أن الأطفال الذين يعانون من إصابات على اختلافها قابلين للنمو والتحسن، إذا ما وجدوا البيئة التي تساعدهم على ذلك، صحيح أنهم يحملون خصوصيات قد تكون معقدة إلا أنه بواسطة العمل الجاد والبرامج المهيئة بما يتناسب مع احتياجاتهم يمكن استثمار القدرات الخاصة لديهم وتمكينهم من المشاركة في الحياة الاجتماعية على اختلافهم مع بقية أفراد المجتمع الأسوياء. والجدير بالذكر هنا أن كل ماهو موجود في الحياة الاجتماعية يخضع إلى مبدء النسبية فالسواء هنا هو نسبي يتوقف على المحيط المادي والاجتماعي العام الذي يتعاطى معه الفرد، ولذا تمكين هؤلاء الأطفال من التطور يتطلب إعطائهم الفرصة لذلك بالتكفل بهم كما يجب أن يكون وذلك بدءا من ظهور الإصابة ومرافقتهم حتى يتمكنوا من تخطيها.

ولا يمكن ذلك إذا لم يكن هناك الوعي الاجتماعي برواسب الذهنيات السلبية اتجاه هذه الفئات التي لها الحق في الحياة الكريمة ومشاركة بقية المجتمع في العيش والتطور.

قائمة المراجع

1. محمد محمود عبد الجابر، (1988). سيكولوكية اللعب والترويح عند الطفل العادي والمعوق. ط.2. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

2. بدر الدين كمال عبده وآخرون. (بدون تاريخ). رعاية المعاقين سمعيا وحركيا. الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

3. محمد سيد فهمي. (2000). واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

4. نايفة قطامي. (1998). طرق دراسة الطفل. ط3. عمان: دار الشروق.

5. Association des paralysie de France. (1996). Déficiences motrices et handicapes. France: APF.

6. Blanc., A. (1999). Les handicapés au travail. Paris: Dunod.

7. Covello., A. H., et al. (1981). Les enfants handicapés. 1ère éd. Paris: Que- sais-je

8. Defontaine., J. (1978). thérapie et rééducation psychomotrice. Paris: Press du Palaix Royal.

9. Gardou., C., et al. (1997). Professionnels auprès des handicapés.

10. Olds., S.W., et al. (1996) Le développement de la personne. 4e ed. Canada: Virantes.

11. Perron., R. (1999). Les enfants inadaptés. 3e ed. Paris: PUF.