محاضرات فى

أساليب التعامل مع

الأطفال

الفرقه الثانية – شعبة طفولة

الفصل الأول

خصائص الطفل

حياة الإنسان وحدة واحدة وعملية نمو تصدر من داخله ولا تفرض من خارجه . وهذا النمو يحدث على نحو مستمر مع التقدم فى العمر حتى يقف الفرد عند مرحلة معينة عندها يصل إلى التكوين النهائى . وعملية النمو متصلة ومن هنا فإن تقسيم حياة الفرد إلى مراحل فيه قدر من التعسف ومن الصعب مهما حاولنا أن نتوصل إلى تقسيم دقيق إلى أن نميز بين نهاية مرحلة وبداية المرحلة التى تليها لأنهما متدخلتان . وللتقسيم إلى مراحل فائدتان أحداهما نظرية وهى توضيح هذه المراحل وتبسيط هذا العلم ، والثانية عملية ومن هنا فإن التقسيم كلما يتمشى مع الواقع كلما كان أفضل .

ونحن نلاحظ أن سلوك الأطفال فى الحياة اليومية يتغير من شهر إلى شهر فى السنوات الأولى من حياتهم ، ثم من سنة إلى سنة فى طفولتهم المتأخرة ونحن نتوقع من طفل فى الثالثة من عمره أساليب سلوك تختلف عما نتوقع من أخيه فى السابعة من عمره سواء أكان ذلك فى تعبيره عن انفعاله أو تفكيره أو فى تفاعله مع الآخرين ونحن نستهدف من دراسة مراحل النمو فهمهما لنرتب على هذا الفهم التنبؤ بما سيكون عليه سلوك الفرد مستقبلاً ، أى أننا نستهدف دراسة نمو السلوك الانسانى لتحديد أحسن الشروط البيئية الممكنة التى تؤدى إلى أحسن نمو ممكن ولتيسير اكتساب أساليب التكيف الاجتماعي السوى .

إن النمو ليس مطرداً بالدرجة التى تجعل تعميما معينا ينطبق وبصدق على الأطفال فى فترة ثلاث سنوات بعينها ولا يصدق عليهم قبيل هذه المرحلة ولا بعدها ، أى أن كثيراً من الخصائص والسمات تتداخل فى المستويات العمرية وتتكرر وذلك بسبب مدى الفروق الفردية .

هذا فضلاً على أن بعض جوانب السلوك عند الأطفال الأكبر تتأثر بالخبرات السابقة وأنه حتى لو تمت مناقشة نمط من السلوك عند مستوى أعتبر فيه هذا النمط ذا مغزى خاص ، فإنه قد يكون هاماً عند أى مستوى عمرى . فأساليب التنشئة التسلطية أو المتسامحة لها مضامينها وتأثيرها فى جميع المستويات العمرية .

خصائص المستويات العمرية

رياض الاطفال من ٣ – ٦ سنوات

الخصائص الجسمية:

١- الأطفال فى هذا السن ذو نشاط فائق، ولديهم سيطرة جيدة على أجسامهم، ويستمتعون بالنشاط ذاته. وعليك أن تزود الأطفال فى هذه المرحلة بفرص كثير للجرى والتسلق والقفز. وأن ترتب الأشياء بحيث تتم هذه الأنشطة بقدر الإمكان فى نطاق إشرافك وسيطرتك على الموقف . وإذا اتبعت سياسة الحرية التامة فقد تكتشف أن ثلاثين طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ٣ سنوات وخمس يمكن أن يتحولوا من الحرية إلى كابوس مزعج . وقد تسجل فى كراسة التحضير بعض الألعاب والأنشطة التى تستطيع استخدامها لتخلق قدراً مناسبا من السيطرة على لعب الأطفال فى هذه المرحلة .

٢- والأطفال فى رياض الأطفال ينغمسون فى النشاط بحيوية وحماس إلى حد الأنهاك . ومن هنا فهم فى حاجة إلى فترات راحة وهم لا يدركون حاجتهم إلى الأبطاء فى النشاط وألتماس الراحة .
ومن واجبك كمعلم أن تضع فى الجدول أنشطة هادئة مع الأنشطة الشاقة المضنية ، وأن تخصص فترات للراحة ولابد أن يكون المعلم يقظاً لأن الأستثارة قد تصل إلى مستوى التمرد إذا لم تشغل انتباه التلاميذ المثيرين للشغب وتكلفهم بإعمال أخرى . وقد تسجل فى كراسة تحضير الأنشطة والمؤشرات التى تتطلب منك أن توقف النشاط الجارى العنيف وتنقلهم إلى نشاط يمكن السيطرة عليه كأن يسيروا ينشدون النشيد الوطنى مثلا بدلا من الموسيقى الصاخبة .

٣-تكون عضلات الطفل الكبيرة فى هذه المرحلة أكثر نمواً من عضلاته الدقيقة التى تسيطر على أصابعه ويديه ومن هنا فإن الأطفال قد يتعثرون أو حتى يعجزون جسمياً عن القيام بمهارات مثل ربط الأحذية وتزرير القمصان ... إلخ .

أى أن الطفل فى هذه المرحلة يجيد الحركات التى تحتاج إلى قوة كالجرى والقفز والتسلق . أما الحركات العملية الدقيقة التى تحتاج الأشغال اليدوية البسيطة وكذلك الأعمال التى تحتاج إلى مهارة ودقة فإنها رغم أهتمام الطفل بها وممارسته لها لا تزوده بالأشباع الكافى كالجرى والقفز ... إلخ .
ومع التقدم فى العمر تزداد حركات الطفل الدقيقة تمايزاً . يقول "جيزل" عن الطفل فى الخامسة " أنه

يستطيع أن يلتقط أثنى عشر قرصاً من أقراص الدواء ليسقطها فى زجاجة بمهارة فى حوالى عشرين ثانية من الزمن، مستخدماً يده المفضلة. وفى الرسم نجد طفل الخامسة لا يزال عاجزاً أمام خطوط المعين، ولكنه يستطيع رسم خطوط مستقيمة فى كل الاتجاهات. أن ينقل رسم مربع أو مثلث (وليس المعين) وأن يرسم صورة للإنسان يمكن للغير أن يفهمها على أنها صورة إنسان.

وعلى المعلم أن يتجنب الأنشطة التى تتطلب استخدام العضلات الدقيقة كلصق سلاسل الورق وأن يزود الأطفال بفرش وأقلام وأدوات كبيرة الحجم. وتستطيع أن تسجل فى كراسة التحضير أنشطة أخرى وأدوات كبيرة الحجم تلائم مستوى النضج العضلى للأطفال فى هذه المرحلة.

٤- يجد أطفال رياض الأطفال أن من الصعب عليهم أن يركزوا أعينهم على الأشياء الصغيرة، ولذلك فإن التآزر أو التناسق بين العين واليد قد يكون غير ماهر أو غير متقن.

وعليك كمعلم أن تقلل من حاجة الأطفال إلى النظر إلى الأشياء الصغيرة ذلك أن إبصار الطفل فى هذه المرحلة وما بعدها يتميز بطول النظر فيرى الأشياء البعيدة بوضوح يفوق رؤيته الأشياء القريبة ويرى الكلمات الكبيرة ويصعب عليه رؤية الكلمات الصغيرة ولهذا يجد الأطفال فى هذه المرحلة وفى المرحلة السابقة صعوبة فى القراءة ويتعرضون أحياناً للصداع نتيجة الجهد الذى يبذلونه لرؤية الكتابة وتوجيه حركات العين لمجال الرؤية الضيق القريب .

٥-يتحول شكل البدن خلال هذه الفترة نحو ازدياد النضج ذلك أنه عندما تبدأ الأجزاء العليا من البعض فى الوصول إلى حجمها عند الراشد يبطئ نموها ثم يتوقف الأمر الذى ينتج للأطراف ويستمر نموها إلى أن تلحق بالأطراف العليا. وهكذا نجد فى سنوات ما قبل المدرسة أن نمو الرأس بطىء ، وأن نمو الأطراف سريع ، وأن نمو الجذع يكون بدرجة متوسطة . وحين يصل الطفل إلى تمام عامه السادس تكون نسبة جسمه أشبه بنسبة جسم الراشد عما كانت عليه فى سن الثانية. كما نجد أن ملامح وجهه كادت أن تشرف على نهاية مرحلة التغير.

وبإضافة إلى هذه التغيرات فى نسب الجسم، يزداد حظ أجهزة الطفل العظمية والعصبية من النضوج، كما نجد أن قدرا متزايدا من الغضاريف فى الهيكل العظمى للطفل قد بدأ يتحول الى عظام، وأن عظام الجسم بدأت تزداد من حيث الحجم والعدد والصلابة، وأن عدد الأسنان المؤقتة أكتمل فيما بين الثانية والثالثة عند الطفل بحيث يصبح مهيأ بدرجة كافية للتناول طعام الراشدين.

وعلى الرغم من أن أجسام الأطفال فى سنوات ماقبل المدرسة مرنة وتقاوم الضغوط الا أن العظام التى تحمى المخ رخوة. وهذه الحقيقة توجب على المعلم أن يكون يقظا حتى لا توجة الضربات إلى الراس حين يتشاجر الأطفال معا أو يختلفون. وإذا رأيت شجارا تتخلله مثل هذه الضربات فلا بد أن تدخل مباشرا وبسرعة، وأن تحزر تلاميذ الصف وتعرفهم خطورة هذا الفعل وتشرح لهم الأسباب.

٦- وعلى الرغم من أن الأولاد يكونون أقل وزنا بدرجة طفيفة من البنات. إلا أن هناك فروقا جنسية ملحوظة بينهما من حيث تركيب الجسم اذ يكون الأولاد أكثر حظا من النسيج العضلى، فى حين تكون البنات أكثر حظا من الأنسجة الشحمية، غير أن البنات يسبقن البنين فى جميع مجلات النمو الاخرى وخاصة فى المهارات الحركية الدقيقة، فلا ينبغى للمعلمين أن يندهشوا إذا بدا أن الأولاد أقل مهارة فى تناول الأشياء الدقيقة والصغيرة، بل وقد يكون من المرغوب فية أن نتجنب المقارنات بين البنين والبنات فى مثل هذه المهارات وأن نمنع التنافس بينهما فيها.

وبين الحين والأخر يظهر من ينادى فى بعض الأقطار بأن تلتحق البنت بالمدرسة فى سن السادسة وأن يتأخر الذكور الى سن السابعة أو الثامنة وهذه الدعوة المبنية على أساس أن البنات ينضجن بسرعة أكبر من الأولاد أى أنهن أكثر استعدادا للتعلم منهم مما يؤدى إلى إيقاع الظلم بالبنين (ومن الحقائق الثابتة أن البنات يتفوقن على البنين فى معظم المواد وفى المتوسط العام للدرجات خلال التعليم كله) والسؤال الذى يترتب على هذه النقطة هو: كيف يمكن الدفاع عن هذه الفكرة وكيف يمكن نقدها ؟ ومارأيك فى الفصل بين الأولاد والبنات فى التعليم حتى ترفع هذا الظلم الذى يترتب على المقارنة ؟

٧- التركيز على استخدام أحدى اليدين دون الأخرى عند معظم الأطفال حيث يستخدم حوالى ٩٠% منهم يده اليمنى أكثر من اليسرى. ومن غير الحكمة أن تجبر طفلا يفضل استخدام يده اليسرى على أن يغير إلى اليمنى. طبعا التركيز على استخدام اليد اليمنى أكثر راحة ولكن هذة المسألة ليست لها كل هذه الأهمية. وإجبار الطفل على التغيير قد يجعله يشعر بالشذوذ، والإثم والعصبية والقلق، وهناك احتمال أن يتعرض الطفل نتيجة الإجبار لمشكلات توافقية مختلفة كالتهتهة ومن هنا فلا ينبغى أن يحدث هذا مع الطفل.

الخصائص الاجتماعية:

١- خلال الفترة الاولى من الحياة لا يلعب الرفاق دورا هاما فى حياة الطفل، ولا يكون هناك إلا الشىء القليل جدا من اللعب القائم على المبادلة والمفاعلة. وأبتداءا من سن الثالثة تتزايد أهمية رفاق اللعب فى خبرة الطفل، غير أن هناك فروقا كبيرة بين الأطفال من حيث أنماط تفاعلاتهم مع رفاق اللعب. والخصائص الأساسية لما يقوم بة طفل ماقبل المدرسة من اتصالات بغيرة من الأطفال تكون الى حد كبير انعكاسا لما تعلمه فى بيته، أى أن أنماط السلوك التى تكرر أثباتها فى البيت (سواء أكانت أقداما أو أنطلاقا ام تهيبا وأنسحابا، سيطرة أم خنوعا، روحا وديا أم عدوانية) تكتسب صعودا فى معراج الاستجابات عند الطفل ولذلك يزداد احتمال استخدامها فى مواقف اجتماعية أخرى ويتبين الطفل خلال اتصالته فى المواقف الاجتماعية الجديدة مثل مدرسة الحضانة أن كثيرا من الاستجابات التى كان والداة يثيبانها تعود علية بالثواب من الآخرين كذلك. على حين أن هناك استجابات أخرى يثيبها الوالدان ولكنها غير مقبولة عند من عاداهم، بل وقد تثير العقاب من المعلمين أو الأطفال الآخرين، فتميل مثل هذه الاستجابات إلى التناقص ويحل محلها استجابات تثيبها جماعة الأقران.

وقد بنيت دراسة قامت بها بارت M.B.Barten حدوث ازدياد مطرد فى التوجه الاجتماعي social orientation خلال فترة ما قبل المدرسة وكانت الباحثة فى هذه الدراسة تسجل ملاحظاتها عن ٤٢ طفلا فى دور الحضانة تتراوح أعمارهم مابين سنه ٢وسن ٥ وكانت تقوم بتصنيف المشاركة الاجتماعية فى كل عينة وتقدر لة الدرجات على أساس نواحى ستة هى : سلوك غير المنشغل (-٣) لعب منفرد (-٢) سلوك المتفرج يرقب ولكن من غير ان ينضم الى اللعب (-١) ، لعب متوازى اى يلعب الى جوار الأطفال الآخرين الذين يستخدمون نفس أدوات اللعب بدلا من أن يلعب معهم (+١) لعب مترابط (يلعب مع الآخرين ويشاطرهم أدوات اللعب (+٢) لعب تعاونى او منظم (+٣) ثم كانت الباحثة تقوم بحساب درجة مركبة للمشاركة الاجتماعية لكل طفل وذلك عن طريق جمع الدرجات التى حصل عليها خلال فترات الملاحظة كلها . وتبين أن قلة فقط من هؤلاء الأطفال كان يلاحظ عليهم السلوك غير المشغل. وأن اللعب المتوازى وهو صور السلوك الاجتماعى، كان يميز الأطفال الصغار لا الكبار. وأن الأطفال الكبار كانوا يشاركون بتكرار أكبر فى اللعب المترابط أو التعاونى. وأن درجات المشاركة الاجتماعية المركبة ارتبطت ارتباطاً عالياً بالعمر الزمنى (ر= ٠.٦١) وهذا يبين أن كلما تقدم

الطفل فى العمر، أخذوا يقضون وقتاً أطول فى التفاعلات الاجتماعية من النوع المترابط أو التعاونى، ووقتاً أقل بدون نشاط أو فى مجرد الملاحظة والتطلع.

وبازدياد توجه الأطفال نحو الاجتماعية يزداد ميلهم إلى الارتباط الوثيق بعدد قليل من الأتراب. وقد بنيت إحدى الدراسات أن أطفال ما قبل المدرسة ينشئون الصداقات مع أفراد جنسهم أكثر مما ينشئونها مع أفراد الجنس الآخر. وأن التشابه فى العمر الزمنى والاجتماعية والنشاط البدنى يؤثر فى الصداقة بين الأولاد، وأن البنات اللاتى صرن صديقات كن متشابهات فى المشاركة الاجتماعية والعمر الزمنى والاجتماعية والنشاط البدنى، وأن التشابه فى طول القامة، والانبساط، وجاذبية الشخصية، والذكاء، وكثرة الضحك، لم يكن لها تأثير فى صداقات الأولاد والبنات.

٢-تدل ملاحظة الأطفال فى هذه المرحلة على أن لمعظم الأطفال صديقاً أو صديقين، ولكن هذه الصداقات قد تتغير بسرعة. ويميل الأطفال فى هذا السن إلى المرونة اجتماعيا. وهم مرنون وقادرون على اختيار أصدقائهم من نفس الجنس وأن وجدت صداقات بين الأطفال من الجنسين.

٣- تميل جماعات اللعب إلى أن تكون صغيرة وليست منظمة تنظيماً كبيراً ولذلك فإنها تتغير بسرعة.

ولا ينبغى أن يشغل التعلم إذا انتقل الأطفال من نشاط إلى أخر، فمثل هذا السلوك سوى بالنسبة لهذه الجماعة العمرية على الرغم من أن هذا السلوك قد يثيرك ويضايقك أحياناً، ولابد أن تتوقف لتفكر فى مقدار الضبط والسيطرة التى تود أن تمارسها مع تلاميذك، وفى أى لحظة يكون الإصرار على المثابرة مطلباً غير طبيعى يتداخل مع السلوك البناء بل وقد يؤدى إلى السلوك الهدام ؟ والسؤال هو : فى أى لحظة يكون الإصرار على الهدوء وممارسة أنشطة جلوساً أمرا مسوغا ؟ ومتى ينبغى أن تصر على أن يستمر التلاميذ فى الأنشطة التى اختاروها بأنفسهم فترة معينة من الزمن ؟

٤- تشير الدراسات القائمة على ملاحظة أطفال ما قبل المدرسة إلى أن مواقف الإحباط فى مدارس الحضانة قد تؤدى إلى استجابات عدوانية. وإلى أن نوع العقاب العدوانى فى مدارس الحضانة قد يؤدى إلى كف العدوان الصريح. مثال: ذلك أن بيانات إحدى الدراسات أوضحت أن الصراع يزداد

احتمال وقوعه إذا كان الحيز الخاص باللعب فى المدرسة محدوداً. وكان الإشراف قليلاً من جانب المدرسين. أى أن الأطفال فى حيز اللعب المحدود يزداد احتمال تدخل واحد منهم فى شئون الآخر (وبالتالى إحباط أحدهم للآخر) عنه فى الحيز الكبير الواسع، ولذلك كان احتمال وقوع الاستجابات العدوانية أكبر فى أمثال هذه الحالات. كما أنه فى حالة قلة المدرسين المشرفين يقل احتمال منع هذه الاستجابات أو معاقبتها، ولذلك يترتب على هذا أن يزداد وقوع الاستجابات العدوانية.

وقد تبين من دراسة أخرى أن الأطفال يصدر عنهم استجابات عدوانية أقل واستجابات ودية، كذلك فى مدرسة الحضانة التى يزداد فيها الضبط والتقليد (حيث كانت تعاقب الاستجابات العدوانية فى أغلب الحالات).

على حيث أن الأطفال الذين كانوا ينتمون إلى مدارس أكثر تسامحا وأقل تقييداً، كانت تصدر عنهم نسبة أكثر من الاستجابات، مما دعا الباحثين أصحاب هذه الدراسة إلى أن يستنتجوا أن الفروق الفردية فى السلوك العدوانى تبدو مرتبطة لا بالفروق الأساسية فى الشخصية فحسب، وإنما تكون مرتبطة كذلك بنوع البيئة الاجتماعية. وأن هذه العوامل الفردية تتفاوت إلى حد يبلغ من كبره أن يصبح من العسير علينا فهم سلوك العدوان عند الأطفال بدون أن نفهم العوامل الفردية. وقد لوحظ فى هذه المرحلة من النمو أن المشاجرات بين الأطفال كثيرة، ولكنها عادة تستمر لفترة وجيزة وسرعان ما تنسى.

وحين يتجمع ثلاثون طفلاً معا لأول مرة فى بيئة محدودة بها عدد محدود من الأشياء التى يشتركون فيها، فإن المتوقع أن تنشأ الخلافات حول الملكية والحقوق والأولوية ... إلخ، ولا يمكن تجنب حدوث هذا. ومن المفضل حين يكون ذلك فى الأمكان أن نتيح للأطفال أن يسووا خلافتهم بأنفسهم وأن تتدخل فقط حيت تخرج المشاجرة عن حدودها. وإذا كان عليك أن تتدخل، فقد تحاول أن تجذب إنتباه المتخاصمين إلى أشياء أو أنشطة أخرى بدلاً من أن تعمل كحكم بينهما تجبرهما على التوقف والتصالح. والمشاحنات لا تتضمن العدوان البدنى عادة، ومع ذلك فإنها تنهك الآباء ومعلمات مدراس الحضانة، وتقلقهم ولكنها لحسن الحظ قلما تكون خطيرة فى هذا السن وأن كثرت وتكررت.

ولقد تبين من تحليل مائتى مشاحنة قامت بين أربعين طفلاً ممن ينتمون إلى فترة ما قبل المدرسة، أن الأولاد يتجادلون أكثر من البنات وأن المشاحنات التى تنشب بين الأطفال الأكبر سنا تكون أقل عدداً ولكن أطول دواما مما يحدث بين الأطفال الصغار. وأن الخلافات تحدث بصفة أكثر بين

الأطفال الذين يتفقون فى الجنس ولكن يختلفون فى العمر وأن الأطفال الأصغر سناً ولو أنهم يشتركون فى مشاحنات أكثر، إلا أنهم يتخذون أدوارا أقل عدوانية ولا يبدون إلا مقاومة قليلة فى مواجهة السلوك الأكثر عدوانية الذى يصدر عن الأطفال الكبار.

وأما الخلافات اللفظية بين الأطفال، فكانت مثل سائر خلافاتهم قصيرة فى العادة تنتهى بسرعة. كما أن الابتهاج يعقب المشاحنات بنسبة أكبر مما يعقبها الاستياء والسخط. فالظاهر إذن أن انفعالات الأطفال فى هذا السن تستثار بسرعة وتزول بسرعة. وأن المشاحنات تزود الأطفال بفرص لتعلم أشياء جديدة فقد أوصى الباحث الآباء بأن يتركوا أطفالهم ينهون شجارهم فى الأحوال العادية. على أن الطفل لابد من أن يجرب كلا من الاستجابات المرغوبة الودية القائمة على التعاطف، وغير المرغوبة (العدوانية الخلافية) خلال عملية التطبيع الإجتماعى. والسلوك العدوانى يمكن أن يعد نتيجة سوية لأتساع احتكاكات الطفل الاجتماعية. صحيح أن الآباء والمعلمين من حقهم أن يرتاعوا من العدوان والمشاحنات التى تزيد عن الحد المعتاد فى تكرارها أو شدتها . ولكن يبدو انه لابد من أن يصحب عملية " التجريب " الاجتماعية قدر معين من العدوان.

٥- يوجه معظم السلوك اليومى عند الطفل لأشباع حاجاته الأولية (النوم والأكل) أو الحاجات المتعلمة (التماس المعونة لحل المشكلات) أو إلى الإستجابة للإحباط والأعتداء أو إلى تنفيذ مطالب التطبيع الاجتماعى التى يفرضها الكبار عليه. وإلى جانب ذلك نجد أن الطفل ينفق جانبا من يومه فى استجابات لمواقف حرة لا يكون ملزما فيها بسلوك معقول، وهذا السلوك غير الواقعى يسمى عادة باللعب وله **ثلاث وظائف رئيسية:**

أ – أنه وسيلة لتصريف الطاقة، فالحياة العصرية تضطر الطفل إلى أن يكيف نشاطه الحركى فترة طويلة (كأن يجلس عاقلاً ويمنع نفسه من الجرى غير الموجه ... إلخ) وهذا التقييد يعرضه للأحباط ومن هنا فإنه يحتاج إلى فترات نشاط عنيفة ممتعة ومشبعة.

ب- اللعب يفيد فى التدريب على المهارات الجديدة، فالولد الصغير يلعب بالبلى والبنت الصغيرة تخيط فوطة لعروستها والقيام بهذا السلوك يؤدى إلى اكتساب مهارات جديدة ويشبع حاجة الطفل إلى الكفاءة.

ج- الرغبة فى التدريب على أنواع السلوك التى تصدر عن دور نموذجى (حقيقى أو متخيل) فقد تلعب البنت الصغيرة دور ممرضة أو دور أم، ويلعب الطفل دور عسكرى أو طيار.
وكثير من ألعاب الأطفال يتضمن أدواراً راشدة حياتية تتيح للطفل أن يشترك اشتراكاً وهميا فى عالم الكبار ويشعر لفترات وجيزه بمشاعرهم.

وعندما يبلغ معظم الأطفال الخامسة من أعمارهم يصبحون على وعى بكثير من أنواع السلوك المتناسب مع جنسهم، ولو عرضت عليهم سلسلة من الصور التى توضح أشياء أو أوجه نشاط تتفق مع اللعب الذى يتناسب مع البنين والبنات (من قبيل العرائس وأدوات الطبخ) لو حدث أن الغالبية العظمى من الأطفال فى سن الثالثة والرابعة والخامسة يصرحون بأنهم يفضلون أشياء وأوجه النشاط التى تتناسب مع جنسهم. ثم أن تفضيل أوجه النشاط التى تناسب جنس الفرد يزداد خلال سنوات ما قبل المدرسة. من ذلك مثلاً أن أطفال الرابعة يظهرون قدراً أكبر من التفضيل للأشياء وأوجه النشاط التى تتناسب مع جنسهم مما يفعل أطفال الثالثة. أضف إلى ذلك أن الأولاد والبنات فى أعمار من ٤سنوات و٩ شهور إلى ٥ سنوات و٩شهور يصرحون فى المقالات الفردية بأنهم يشعرون بأن آبائهم يفضلون لهم أن يصطنعوا أنواع السلوك المنمطة جنسياً .

ويستمتع الأطفال فى هذه المرحلة بتمثيل بعض القصص التى يرونها فى برامج التليفزيون أو يستمدونها من خبراتهم. وعليك كمعلم أن تساعد الأطفال على أن يلعبوا ويمثلوا الأدوار المرغوب فيها. وعليك أن تسجل فى كراسة التحضير بعض أنماط المسرحيات أو التمثليات التى تريد أن تشجع الأطفال على أداء دورها. وتلك التى لا ينبغى أن يمثلوها. ماذا يكون شعورك بالنسبة لألعاب الحرب على سبيل المثال، وعسكر حرامية ؟ ذلك أن البعض يرى أن الألعاب التى تمثل العدوان مرغوب فيها لأنها تساعد الأطفال على التنفيس عن توترهم. بينما يرى الآخرون أن هذه الألعاب تعرض الأطفال للعنف وتجعلهم لا يشاركون وجدانيا أولئك الذين يتعرضون للمعاناة والقسوة .

٦- يبدأ الوعى بالدور الجنسى "التنميط الجنسى" حين يلتحق الأطفال برياض الأطفال، ذلك أن معظمهم يتوافر لديه فهم أولى للسلوك الذى يعتبر مناسبا للأولاد وللبنات فى مجتمعهم وحتى وقت قريب سلمنا بأن هذا التمييز بين متطلبات دور الرجل ومتطلبات دور المرأة هو المرغوب فيه وأن ما

عداه مرغوب عنه وأن علينا أن نشجع التنميط الجنسى ولكن بعض المفكرين يضعون هذا التسليم موضع التساؤل.

وترى (فلورانس هو Florence Howe 1971) بعد تحليلها للمواد التعليمية والأنشطة المستخدمة فى المدارس الإبتدائية أن الأولاد يصورون على أنهم نشطون، ومغامرون، وواثقون من أنفسهم وطموحون، بينما يصور البنات فى الأساس كربات بيوت. وتذهب إلى أنه ابتداء من رياض الأطفال تشكل البنات ليتقبلن عمل ربة البيت كدورهن الوحيد وبنهاية المدرسة الابتدائية يكون هذا التعميم الجامد قوياً جدا ومسيطراً ويصعب تنحيه جانباً. ونتيجة لذلك، تعد البنات لدور ربة البيت التزاما بالواجب. ولكنها تكتشف حين تصل العشرينات من عمرها أنها تريد شيئاً أبعد من ذلك، ومن هنا يرى بعض المربين أنه لابد من تكريس جهود مكثفة من قبل المربين والآباء لكى يوقفوا التركيز على إعداد الفتاة لهذا الدور الوحيد، وحتى يحقق البنون والبنات ذواتهم.

وإذا كانت تدرس للأطفال فى رياض الأطفال فلابد من أن تكبح ميلك إلى الاستجابة للبنت الصغيرة التى تطلب المساعدة. طبعا إذا احتاجت المساعدة عليك تقديمها ولكنها إذا كانت قادرة على القيام بالعمل فينبغى أن تشجع على ذلك وينبغى أن يشجع البنات على أن يكن أكثر توجها نحو الأنجاز والتحصيل وأن يشجع البنون أن يكونوا أكثر حساسية لحاجات الآخرين. ومن خلال هذه الجهود تستطيع أن تساعد الأطفال على مقاومة بعض أشكال التنميط الجنسى غير المرغوب فيها.

الخصائص الانفعالية:

١- يميل الأطفال فى رياض الأطفال إلى التعبير عن انفعالاتهم بحرية وصراحة . وتكثر نوبات الغضب. ويهتم كثير من الناس بإخفاء انفعالاتهم، ولعل من المرغوب فيه أن نتيح للأطفال فى هذا السن أن يعبروا عن مشاعرهم بصراحة على الأقل فى إطار معين. بحيث يستطيعون أن يتعرفوا على انفعالاتهم ويواجهونها، بل أن بعض معلمى رياض الأطفال يحثون الأطفال على تحليل بعض جوانب سلوكهم غير المقبول. فقد يقولون لطفل على سبيل المثال ..لماذا ضربت زميلك فلان بالجاروف؟ يجب أن تفكر قبل أن تفعل هذا وهلا تشعر بالارتياح لاستخدامك هذه الطريقة ؟

وكثيراً ما يطلق على غضب الأطفال الصغار، نوبات مزاجية، ولقد قامت "جودانف" Goodenough ببحث شامل لهذه المشكلة وجدت أن النوبات المزاجية يتكرر حدوثها بكثرة فى حوالى سن الثانية وتقل بعد ذلك ويندر أن تحدث فى سن الثامنة والتسعة. ويظهر الصبية نوبات

غضب أكثر من البنات، ويصعب على البنين السيطرة على انفعالاتهم أكثر من البنات. وتوجد **عوامل خارجية وعوامل داخلية تؤثر فى النوبات الانفعالية،** فنوبات الانفعال تزداد مع ازدياد عدد البالغين فى الأسرة، ومع الصراعات حول السلطة بين البالغين فيها. ولكن يكثر حدوث هذه النوبات بين الأطفال المرضى ومن لديهم صراع. ولقد أظهرت الدراسات أن هناك علاقة بين حدوث نوبات الغضب، وبين مختلف أوقات النهار. فهذه النوبات أكثر حدوثاُ عند الظهيرة وعند المساء أكثر من أى وقت أخر. وهذه هى الفترات التى يكون فيها الطفل متعباً وجائعا. وهى أيضاً الفترات التى يكون فيها الآباء أكثر تعبا وجوعا وتوتراً.

وكلما نما الطفل قلب نوباته المزاجيه، وقل اتخاذها صورا جسمية واتخذت الألفاظ وسيلة للتعبير عنها، ومعظم النوبات التى تحدث عند الأطفال الصغار تثار لاختلاف سلوكهم مع معايير الكبار فيما يتصل بالممتلكات المادية والعادات الروتينية، ومشكلات النظام اليومى. وتختلف الطرق التى يستخدمها الأباء والمعلمون لضبط الانفعال مع اختلاف أعمار الأطفال وكلما كبر الأطفال قل استخدام الكبار للقوة معهم، وزاد اصطناعهم للتوبيخ والتهديد، ومن الطرق الأخرى المستخدمة الترضية وإشباع رغبة الطفل، وتوجيه انتباهه إلى شىء أخر، وتجاهل نوبة الغضب وعلى وجه العموم لا تقلل طرق الضبط. التى تزيد حدة الحالة الانفعالية (كتهديد الضرب) عدد نوبات الانفعال بينما تؤدى طرق الضبط التى لا تسير رغبات الطفل، كتجاهله وعزلة. إلى التقليل من حدوث هذة النوبات الانفعالية. ويكثر حدوث النوبات الغضبية فى الأسر التى لا تتبع طرقا موحدة فى معاملة الأطفال.

وتتصل استجابات الغضب عند الأطفال الصغار، بمجموعة من العوامل الداخلية والخارجية. ويتوقف التقليل منها على الطرق التى يستخدمها الكبار ممن يتفاعلون مع الطفل، فى استجابتهم لغضبة، وحين تؤدى النوبة الغضبية إلى نتائج تتمشى مع رغبات الطفل، أو تجعله يسيطر على الآخرين، فإنة يميل إلى الاستمرار فى استخدام هذه النوبات كنمط سلوكى، أما إذا لم يستفاد فإنها تميل إلى الاختفاء. وإذا أدخلت فى اعتبارك كمعلم بعض العوامل التى تؤدى إلى غضب الطفل فقد تستطيع أن تقلل من تكرارة. فإذا كان الغضب نتيجة لتعب أو الجوع مثلا فإنك تستطيع أن تتيح لة أن يتناول شيئا من الغذاء أو يأخذ قسطا من الراحة. ومهما يكن من شىء، فإن الطفل حين يبلغ سن التحاقه بالصف الأول الابتدائي يكون قد تعلم إلى حد معقول والسيطرة على غضبة بنفسه وتستطيع

أن تكتب فى كراسة التحضير بعض الأساليب التى وجدت من ملاحظاتك أو ممارستك أنها مكتب الأطفال سن السيطرة على غضبهم.

٢- ولقد قام "جيرسلد وهولمز" بدراسة شاملة عن مخاوف الأطفال فى سنى ما قبل المدرسة طلبوا فيها من الآباء تسجيل جميع المخاوف التى يظهرها أطفالهم وما يحيط بها من ظروف خلال ٢١ يوما وكانت عينة البحث مجموعة من الأطفال وقد أتضح ان مخاوفهم من الأشياء الحقيقية أو المثيرات غير العادية (الضوضاء أو الأشياء أو الأشخاص المرتبطة بها ،والحركات المفاجئة غير المتوقعة والغريب من الأشياء والمواقف و الأشخاص تقل مع تقدم العمر).

على حين أن المخاوف من أخطار متوهمة أو متوقعة أو خارقة للطبيعة (مثل الوقائع المرتبطة بالظلام والأحلام واللصوص والمخلوقات الخرافية وأماكن وقوع الحوادث) تزداد مع التقدم فى العمر.

وبصفة عامة يمكن القول أن أمارات الخوف (مثل البكاء والهلع والانسحاب) تتناقص من حيث التكرار ومن حيث الشدة مع تقدم الطفل فى السن ويصعب التنبؤ بمخاوف الأطفال بسبب ما يوجد بينهم من فروق فالمثير الواحد قد يكون مخيفا لطفل وغير مخيف لآخر. كما أن الطفل قد يضطرب لمثير خاص فى موقف معين ثم لا يلتفت اليه فى موقف أخر. وقد أجريت مقابلات شخصية لآباء الأطفال الثلاثين فى هذة الدراسة بعد أن تم تسجيل هذه السجلات المبدئية بفترة تتراوح بين ١٣,٣٥ شهرا وأتضح أن أكثر من نصف هذه المخاوف كان قد زال وأن ٣٦% منها بقى على صورته الأصلية، على حين أن ١١% بقيت بعد أن تعدلت صورتها (مثال ذلك أن يتحول الخوف من ضجة آلة ما ليصبح خوفا عاما من كل ضجة عالية).

والخلاصة أن المخاوف بدت وكأنها تنتشر نتيجة لتعميم المثير. وقد وجد أيضا أن درجات الخوف ترتبط ايجابيا بالذكاء ولعل ذلك يرجع إلى أن الأطفال الأكثر ذكاء أقدر على التعرف على الخطر الكامن عن الأطفال الأقل ذكاء، كما كانت نسبة البنات التى أظهرت استجابات الخوف أكبر من نسبة البنين .

الخصائص المعرفية:

١- يغلب أن تظهر الكلمة الأولى فى الشهر العاشر من حياة الطفل تظهر الكلمة الاولى عند قلة من الأطفال فى الشهر التاسع، ويتأخر فى ذلك آخرون وترجع الفروق فى النمو اللغوى على مجموعة من العوامل منها اختلاف الأطفال فى القدرة العقلية العامة ومنها اختلافهم فى الجنس

فالقدرة الكلامية عند البنت تكون أسرع ظهورا منها عند الولد، وقد ترجع إلى اختلاف البيئة التعليمية خصوبة وفقرا و إلى اختلاف مقدار التفاعل المتاح للطفل مع الآخرين قلة وكثرة.

ويتصف النمو اللغوى للأطفال فى السنة الأولى والثانية من أعمارهم بالبطء إذا قورنت تلك الفترة من حياتهم بالفترة من الثانية إلى السادسة. ويبطىء النمو اللغوى حين يبدأ الطفل المشى، بل إنه يكاد يتوقف من حوالى الشهر الثانى عشر عدة شهور وبعد أن يتمكن الطفل من المشى يزداد نموه اللغوى. وقد أجرى سميث M.E.Smith بحثا على عينة من الأطفال ليحدد نمو مفرداتهم.

وفى دراسة للمهارات اللغوية على ٤٨٠ طفلا تراوحت أعمارهم بين الثالثة والثامنة من العمر أتضح أن الأطفال الذين اختبروا فى الخمسينات كان محصولهم اللغوى أكثر من الأطفال الذين أختبروا قبل ذلك بثلاثين سنة، وأنهم كانوا يستخدمون جملا وتراكيب أطول. وترى (ماركاثى) أن ذلك يرجع إلى استحداث الراديو التليفزيون. وازدياد عدد مدارس الحضانة التى تتيح فرصاً أكبر للتنبيه اللغوى خارج البيت، وازدياد وقت الفراغ الذى يستطيع الآباء أن يقضوه مع أطفالهم. وتحسن الظروف الاقتصادية بحيث استطاع الآباء بصفة عامة أن يزودوا أبنائهم ببيئات أكثر تنبيها وأثارة. غير أن الأزدياد فى المفردات أو طول الجملة إلا أساس واحد لتقدير نمو قدرة الطفل على الاتصال الفكرى. صحيح أن الطفل يكتسب بين الثانية والخامسة عدداً كبيراً من المفردات، ولكن الأمر لا يتوقف عند هذا لأنه يتعلم أيضاً أن يستخدم كلماته بكفاءة أكبر ومرونة أعظم. ومع تقدمه فى العمر خلال سنى ما قبل المدرسة يعمد الكلام بدرجة أكبر ويصبح كلامه مفهوم عن ذى قبل ونطقه وأبانته أحسن.

ويستخدم الطفل فى السنة الأولى من حياته الكلمة التى تعبر عن جملة. فالطفل عندما يقول أمى فقد يقصد بذلك أنه يريد أن تقترب منها وقد يعنى أنه يريد منها أن ترضعه ... إلخ، وطفل الثانية يكون فى بداية مرحلة الجملة أى أنه يستعمل فى تعبيره كلمتين معا ثم يأخذ عدد الكلمات فى الزيادة ويتوقف ذلك على سن الطفل، ومستوى ذكائه وخصوبة البيئة التى يعيش فيها تعليميا. ويغلب على الجمل فى البداية استخدام الأسماء، أما الأفعال والحروف وأدوات العطف فتجىء بعد ذلك. ويرجع ذلك إلى ما فى طبيعة الفعل من تعقيد لأنه يدل على حدث فى زمن معين وتنتهى مرحلة الكلمتين بالتدريج لتبدأ مرحلة الجملة القصيرة التى تتألف من الكلمات الثلاث أو أربع أو خمس وفى هذه المرحلة لم يصل الطفل بعد إلى مرحلة التمكن من وضع النبرة. وحين يبلغ الرابعة يبدأ فى

دخول مرحلة الجملة الكاملة التى تتألف من ست كلمات أو سبع أو ثمان والتى تتميز بقدر أكبر من التحديد والتعقيد وذلك بزيادة استخدام الكلمات الدالة على العلاقات وبالسيطرة على النبرات. وتنمو جوانب اللغة بمعدلات مختلفة فأكبر زيادة فى إجادة النطق تقع بين سن الثالثة وسن الثالثة والنصف. وما أن يبلغ الطفل سن الثامنة حتى يكون قد أجاد النطق بمستوى الراشدين. أما مستوى المفردات اللغوية فإنه يستمر فى الزيادة حتى بلوغ مرحلة الرشد.

واضح أذن مما سبق أن الأطفال فى رياض الأطفال مهرة فى استخدام اللغة وأن معظمهم يحب التحدث والكلام أمام الجماعة. وليس من شك فى أننا لو زودنا الأطفال بأوقات يشاركون فيها بأحاديثهم فإننا بذلك نتيح لهم فرصا طبيعية للتحدث بعضهم مع بعض ومع المعلمة. ولكن الكثيرين من الأطفال يحتاجون إلى معونة المعلمة ليتدربوا على الاستماع إلى الآخرين والإنصات لهم ولابد من أن يتوافر نوع من الخطط الدوارة أى التى فيها يتناوب فيها الأطفال ويقسمون فرص التحدث والإصغاء بحيث تتخذ موقعاً وسطا بين الجلبة والصمت. وسوف تجد أطفالا أقل ثقة بأنفسهم، وعليك أن تزودهم بأنشطه أو خبرات يتحدثون عنها ، زيارة ميدانية ، كتاباً ، فيلماً ... إلخ. سجل فى كراسة التحضير بعض الأنشطة التى تلجأ إليها حين يبدأ التلاميذ فى مشاركة زملائه فى خبرات خاطئة (كأن يتحدث عن تفاصيل عراك حدث بين أمه وأبيه، أو حين يحاول أن يتباهى أمام زميل له بأن يقول " قطتك ولدت خمس قطط صغار أما قطتنا فقد ولدت مائة قطة صغيرة").

٢- يبلغ التخيل ذروته فى هذا المستوى من مستويات النمو. والتخيل عملية عقلية تعتمد على تكوين علاقات جديدة بين خبرات سابقة بحيث تنتظم هذه الخبرات فى أشكال وصور جديدة لم يألفها الفرد من قبل والتخيل يصل بين ماضى الطفل وحاضره ويمتد إلى مستقبله ولذلك فهو أساس للإبداع الفنى والابتكار والتكييف مع البيئة. والطفل يدرك أنه يعيش فى عالم يسيطر عليه الراشدون بأساليبهم وهو يعتمد على خياله ليخفف من ضغوط الراشدين وقيودهم. أى أنه يعتمد على الخيال ليتجاوز حدود الزمان والمكان وليتعدى مقتضيات الواقع ويخلع على بيئته ألواناً سحرية تتفق مع أماله وأحكامه. وهو يحب المغامرات والمخاطرات ويلجأ إلى أحلام اليقظة وأشكال الخيال ليشبع رغباته التى يحول الواقع دون إشباعها وهكذا يطفى على الدمية التى يلعب بها الحياة فيتحدث إليها شاكياً مشكلاته، أو يثور عليها غاضبا. أو يدللها ويعطف عليها كأنها طفل صغير. ويرى فى العصا جواداً يمتطيه ويعدو به. ويحكى قصصاً أو وقائع من نتائج خياله ويبالغ فى تصوير الوقائع ليؤثر فيمن

حوله، وليؤكد أهميته، وليستحوذ على اهتمام الآخرين واهتمامهم. ومعظم الأطفال يتجهون إلى فقدان هذه الهبة الثمينة مع تقدمهم فى السن ومن هنا فعلى المعلمة فى رياض الأطفال أن تشجع فى تلاميذها التخيل فى اللعب وفى حكاية القصص وفى الرسم.

ومهما يكن من شىء فإن بعض الأطفال يغرقون فى الخيال بحيث يختلفون فى التمييز بين الواقع وخيالهم مما يؤدى إلى مشكلات تتصل بالتكيف ومن الطرق التى تستطيع أن تستخدمها مع الطفل حتى لا تكف خياله على نحو دائم، أن تشجعه على أن يحكى قصصاً خلال فترات معينة مخصصة لحكاية القصص ونمنع هذا خلال بقية اليوم المدرسى، وأن تؤكد وتوضح أنه على الرغم من أن من الأشياء الجديرة بالاهتمام أن نكون قادرين على حكاية القصص، إلا أنه من الضرورى فى معظم الحالات أن نصف ما حدث وصفا صحيحاً ودقيقاً.

٣- قد يتمسك الأطفال فى رياض الأطفال بقواعدهم فى استخدام اللغة. ولقد توصل (روجر براون Roger Brown 1973) إلى أن جهود الآباء والمعلمين فى زيادة اكتساب الأطفال للنطق والكلام الصحيح قد لا تكون دائماً ناجحة.

٤- يمكن تشجيع الكفاءة عن طريق التفاعل والأهتمام والفرض والحث وبيان الحدود والإعجاب وأمارات العطف والحب، ولقد أظهرت الدراسات التى أجريت على صغار الأطفال مرتفعى الكفاءة، أن من يرغب فى تشجيع هؤلاء الطفال على تنمية قدراتهم عيه اتباع الإرشادات الاتيه فى التفاعل مع الطفل بكثرة وبطرق متنوعة:

- إظهار الأهتمام بما يفعله الطفل ويقوله.
- توفير فرص للطفل ليبحث ويخبر أشياء كثيرة.
- السماح للطفل وتشجيعه على أن يعمل أشياء كثيرة على نحو مستقل.
- حث الطفل على أن يحاول أكتساب أنماط السلوك الماهرة والناضجة.
- وضح حدود متسقة ومستقرة لأشكال السلوك غير المقبولة، وشرح أسبابها بمجرد أن يصبح الطفل قادراً على ذلك، والأصغاء للشكاوى إذا شعر أن الحدود مقيدة جداً، وعليك أن تقدم أسباباً أضافية إذا كان لابد من المحافظة على الحدود الأصلية.
- إظهار أن إنجازات الطفل موضع إعجاب وتقدير.

– التعبير له عن الحب بطريقة مخلصة ودافئة.

ويظهر تحليل بومرند Diana Baumrind عام ١٩٧١ أن أساليب التنشئة الجازمة أو الحاسمة Authoritative والتسلطية Authoritarian والمتسامحة Permissive تؤدى إلى الكفاءة عند الأطفال. فقد وجدت هذه الباحثة أن أباء الأطفال الأكفاء كانوا حاسمين وأن كان لديهم ثقة فى قدراتهم كآباء، وبالتالى وفروا لأبنائهم نموذجا للكفاءة يقلدوه. وحين بينوا ورسخوا الحدود لأطفالهم وشرحوا لهم أسبابها شجعوهم على وضع معايير لأنفسهم وعلى أن يفكروا فى أسباب وجوب أتباع إجراءات معينة. ولما كان هؤلاء الآباء ودودين وعطوفين، فإن استجاباتهم الإيجابية قيمت من قبل أطفالهم على أنها أثبات على السلوك الناضج. أما الآباء التسلطيون فقد مارسوا سلطتهم ومطالبهم ببراعة ولكن إخفاقهم فى مراعاة وجهة نظر الطفل وقصور صورتهم أدت إلى عدم الأمن من جانب الطفل والغيظ والاستياء. وأطفال التسلطين قد يعملون ما يطلب منهم، ولكن يغلب أن يعملوا هذه مسايرة أو خوفا وليس رغبة فى أكتساب الحب أو الموافقة. وقد كان الآباء المتسامحون غير منظمين وغير منسقين، وتنقصهم الثقة. ويغلب على أطفالهم محاكاه هذا السلوك. وفضلاً عن ذلك فإن هؤلاء الآباء لا يطلبون الكثير من أطفالهم، ولا يثبطون هممهم على السلوك غير الناضج. وقد تذكر أو تعود إلى هذه الملاحظات عن أساليب التربية الثلاث لا حين تخطط لتشجيع الكفاءة لدى الأطفال فحسب، بل وكذلك حين تفكر فى نوع المناخ الصفى الذى تأمل فى توفيره.

الفصل الثانى

أساليب التربية المختلفة

أساليب تربية الطفل الرضيع تربية صحيحة:

* تحديد الأولويات هي أولى دعائم التربية الصحيحة للطفل، حيث يقع على عاتق الأم القيام بتحديد أولويات الطفل الرضيع وذلك بأن توازن الأم بين الاحتياجات والمسئوليات والرغبات المطلوبة منها؛ على أن تكون سلامة الطفل وراحته لها الأولوية الأولى لتحقيق التربية الصحيحة. كما يلزم الإشارة أنه خلال مرحلة تحديد الأولويات لابد وأن تراعي الأم أن تحقق ذاتها وعملها بجانب تربية الأطفال.

* مشاركة تجارب الطفل تعد من أهم أساليب وأسس تربية الطفل الرضيع؛ وذلك من خلال مشاركة الأم الطفل جميع تجاربه كأن تستمع وتشاهد مع الطفل ما يسمعه ويشاهده، على أن تحترم الأم ذكاء الطفل وتشاركه الأفكار والآراء في سبيل تنمية شخصية الطفل.

- وضع نظام ثابت للطفل أمر هام في ظل ازدحام الحياة بالعديد من المسئوليات، وبجانب تحديد نظام ثابت للطفل، لابد من مراعاة توفر عنصر المرونة لتنفيذ هذا النظام.

- متابعة الطفل ركيزة أساسية من ركائز التربية الصحيحة، فنغرس قيم كالأمانة والإخلاص، والصدق لدى الطفل لابد من المتابعة ومكافأة الطفل في حال تنفيذ تلك القيم.

- تشجيع الطفل من أهم عوامل نجاح الأم في تربية الطفل تربية صحيحة، ولابد من الحرص على تشجيع الطفل لتقوية مواطن القوة لديه والتغلب على نقاط الضعف، فالتشجيع يساعد الطفل ويحفزه ويدفعه دائماً للأمام.

- التواصل مع الطفل من أساليب التربية المثالية للطفل بأن يظهر الآباء حبهم للطفل، وأن يهيأ الآباء للطفل جواً يحمل الحب والألفة والحنان، مع الاستماع إلى الطفل والتقرب منه عند اتخاذ أي قرار يخصه، فالحوار مع الطفل عامل ضروري للتأثير في تربية الطفل.

- تعليم الطفل، فالأبوين بمثابة الملقن والمعلم الأول، فمن خلال تواصل الأبوين مع الطفل ستكتشف الأخلاقيات الحميدة عند الطفل ويمكن ترسيخها في نفسه، وذلك عن طريق القدوة الحسنة التي يقتدي بها وينجذب إليها.

- تدريب الطفل منذ الصغر على أن يكتشف مواهبه بجانب المساعدته على تنميتها، وذلك في ظل التدريب على ثقة الطفل بنفسه ليصبح أكثر كفاءة وقدرة على مواجهة تحديات الحياة.

أساليب مواجهة بعض المشكلات لدى الطفال:

مشكلات الأطفال:

للأطفال مشكلات نفسية كثيرة، قد يقف عندها الآباء حائرين، يعانون منها، ويسهرون قلقين إزاءها، ويصرخون من آثارها. ماذا نفعل لطفلنا العصبي؟ كيف نتعامل معه؟ ابني سرق !... ابني يميل إلي المشاجرة !!.ابني منطوٍ ... ابني كاذب ... ابني يسأل أسئلة محرجة... إلخ. ونقطة الانطلاق للتغلب علي هذه المشكلات أن يكون لدي الأبوين قدرٍ كافٍ من المعرفة بهذه المشكلات، وأسبابها، ومظاهرها، ومدي خطورتها من عدمه، ووسائل علاجها، فعلي كل أبوين ألا يتهاونا في معالجة مثل هذه المشكلات؛ لأنها تحفر بمخالبها في شخصية الطفل، فتمسخها وتطمس فطرتها، وتشوه كمالها.

أولا: الخوف عند الأطفال:

ليس غريبًا أن نخاف !! فالخوف أمر طبيعي يشعر به الإنسان في بعض المواقف التي تهدد حياته بالخطر. والخوف الطبيعي المعقول مفيد للإنسان، فإذا كان الفرد منا لا يخاف النار؛ فقد تحرقه أو تقضي عليه، لكن هناك من الخوف ما هو مَرَضي، بل إن من الخوف ما هو قاتل !!.. فالخوف المبالَغ فيه والمتكرر لأي سبب يكون خوفًا غير طبيعي.

الخوف:

حالة انفعالية طبيعية يشعر بها الإنسان وكل الكائنات الحية في بعض المواقف التي يهدده فيها نوع من الخطر. وقد تظهر هذه المخاوف بصورة واضحة في سن الثالثة من العمر، وتتراوح درجاتها بين: الحذر، والهلع، والرعب. من أين يأتي الخوف للأطفال؟ هناك بعض الأمور التي تسبب الخوف عند الطفل، ومنها:

– تهديد الأبوين له وتخويفه باستمرار مما يعرضه لمخاوف كثيرة.

– مشاهدة المناظر العنيفة أو المرعبة، واستماعه إلي القصص المخيفة، وهذا يبين خطورة قصص الجن والعفاريت، وكذلك أفلام الرعب والقصص البوليسية.

– فقد الحب والرعاية، حيث تكثر مخاوف الأطفال من فقد أمه أو أبيه، أو فقد الأمن بهجر والده له، أو انفصال أمه عن أبيه، ومما سيقع عليه من أذى وكراهية وحرمان.

– الخوف بالعدوى، فحالات الخوف كغيرها من الحالات الانفعالية تنتقل من فرد إلي آخر بالتأثير، فالكثير من الأمهات يظهرن الخوف والهلع أمام أطفالهن، مثل خوفهن من الحيوانات الأليفة، فينشأ أطفالهن علي الخوف من هذه الحيوانات.

– المبالغة في الخوف والقلق من الآباء علي الأبناء، فإذا رأي الصغير علي وجه أمه الارتباك وشحوب اللون إذا جرح جرحًا صغيرًا، أو وقع علي الأرض؛ فإنه سيصاب بالذعر والخوف، وبهذا ينشأ الطفل شديد الخوف علي نفسه.

– البيئة العائلية المليئة بالتهديدات والمشاجرات والخلافات، والتي تزعزع اطمئنان الطفل وتجعله ينشأ علي الخوف.

وأكثر مخاوف الأطفال شيوعًا تكون من الأشياء المحسوسة؛ مثل الخوف من العسكري أو الطبيب، بينما المخاوف غير المحسوسة تكون أقل شيوعًا، مثل الخوف من الموت والعفاريت.. إلخ.

وتلك أمور غالبًا ما يكون السبب في نشوئها لدي الأطفال هم الآباء أنفسهم. ويخطأ الأب والأم عندما يُخَوِّفان الطفل من شيء بهدف الضحك والتسلية، فهذه قسوة لا نظير لها، فما أقبح أن يصرخ الطفل خوفًا، والأب والأم يضحكان من خوفه. يمكن تقسيم الأولاد تبعا للخوف إلى:

أطفال لايخافون:

وهذا أمر نادر للغاية، ويرجع عادة لقلة الإدراك، مثل: ضعاف العقل، أو الصغير الذي لا يفهم ما حوله. كالذي يمسك الثعبان جهلا، أو سهوًا، أو من عدم الانتباه.

أطفال يخافون خوفا عاديا:

قد يكون الخوف شعورًا طبيعيا يحسه كل من الطفل والبالغ عندما يخاف مما يخاف منه أغلب من في سنه كالخوف من حيوان مفترس.

أطفال يخافون خوفا مرضيا:

وهو خوف شاذ مبالغ فيه ومتكرر أو شبه دائم مما لا يخيف أغلب من في سن الطفل، وقد يكون وهميّا (Phobia)...إلخ.

علامات الخوف:

فى سن الطفولة الأولى:

فزع علي ملامح الوجه وصراخ.

بعد السنة الثانية:

صياح، وهروب، ورعشة، وتغيرات في ملامح الوجه، والكلام المتقطع، وقد يصحبه عرق وتبول لا إرادي. وللتعرف علي مدي تأثير الخوف عند الأطفال بمقارنته بدرجة مخاوف الآخرين نلاحظ:

– الخوف من الظلام طبيعي لطفل الثالثة، أما إذا نتج عنه فزع شديد، وفقد الطفل اتزانه، كان خوفا شاذًّا في ضوء التقاليد السائدة.

– مرحلة الحضانة والطفولة المبكرة مرحلة هامة لزرع الشعور بالأمن والطمأنينة.

– كبح جماح الطفل في التعبير عن الخوف، والضغط عليه لضبط انفعالاته بالتخويف، يحول دون نموه وجدانيّا نحو حياة غنية بالخبرات، ويؤدي به إلي الضحالة الانفعالية والانطواء.

– دفع الطفل في المواقف التي تخيفه بهدف مساعدته للتغلب علي الخوف لا يجدي معه، وقد يضره بشدة.

– الطفل الأكثر ذكاءً في البداية يخاف من أشياء كثيرة بسبب نمو مدركاته واستطلاعه لما حوله، ومع تقدم السن تقل هذه المخاوف غير المنطقية وهناك نوع من الخوف يطلق عليه اسم الفوبيا (Phobia) **وهذه الفوبيا لها عدة صور:**

* الخوف من المجهول.
* الخوف من الفشل.
* الخوف من الموت المرتبط بالتهديد.

وعمومًا الخوف من الأشياء التي لا تمثل تهديدًا حقيقيًا وفعليا للإنسان في الحاضر.

مِمَّ يخاف الأطفال؟

فى السنة الأولى: يخاف الطفل من الأصوات العالية الفجائية بصفة أساسية. ومن ٢: ٥ سنوات: تزداد تأثيرات الخوف بتعدد أنواعها. والطفل يخاف من الأماكن الغريبة الشاذة، ويخاف الوقوع من مكان مرتفع، ويخاف الغرباء، كما يخاف الحيوانات والطيور التي لم يألفها، ويخاف تكرار الخبرات المؤلمة كالعلاج والعمليات الجراحية مما يخاف منه الكبار في بيئته سواء كانت مخاوف واقعية أو وهمية أو خرافية، ويخاف الظلام، والدخان المتصاعد من النار، ويخاف الغول، ويخاف تصديق

الأطفال للتهديدات المحيطة مثل: سأذبحك وسأصل الكهرباء إلي جسمك، العفريت ينتظرك في هذا المكان.

الخوف والثقة بالنفس: بعض الأطفال يعانون من الخوف مع معظم المواقف، وهؤلاء يعانون من ضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة، وقد يصاحبها ظهور مخاوف غير واقعية، وأعراض أخري كعدم القدرة علي الكلام والتهتهة والانطواء والخجل والاكتئاب والتشاؤم وتوقع الخطر

ثانيا: مشكلة الذهاب للمدرسة:

تعتبر مشكلة رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة مشكلة حقيقية تبدأ بتردد الطفل في الذهاب إلى المدرسة وتنتهي بحالات من الرفض المزمن في الذهاب إلى المدرسة، لذلك يجب معرفة أسباب وعلاج مشكلة رفض الأطفال في الذهاب إلى المدرسة.

أسباب رفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة:

قد يرفض الطفل في أوقات كثيرة الذهاب إلى المدرسة خصوصاً عندما يقترب موعد بدء الدراسة؛ لصعوبة المناهج واعتبار الطفل أن فترة المدرسة فترة تقييد لحريته، ويزيد هذا بعد الرجوع من العطلة الأسبوعية أو السنوية. وقد يكون هذا الشعور بسبب ضرب أحد المدرسين للطفل أو معاملته بشكل غير محبب له أو بسبب شد الأعصاب الذي يحدث وقت الامتحانات، وقد يصاب الطفل ببعض الأعراض النفسية والجسمية علاوة لمشاكل أثناء النوم.

مواجهة مشكلة رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة:

- استشارة طبيب فربما يكون هناك أسباب مرضية أو نفسية تكون السبب الرئيسي في رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة وقد يصف الطبيب علاج يساعد الطفل على التخلص من هذا المرض.

- البحث عن أسباب نفور الطفل من المدرسة وذلك عن طريق التحقيق في الأسباب التي تجعل الطفل يكره المدرسة، وقد تكون أسباب محيطة بالمدرسة كوجود أشخاص يعترضون الطفل في طريقه إلى المدرسة.

- التنسيق مع المدرسة لمتابعة وحل المشكلات المحيطة بالطفل.
- القيام بزيارات متكررة للمدرسة للاطمئنان على الطفل وشعوره بالأمان.
- علاج الخوف وإزالة المخاوف الخيالية حول مغادرة المنزل، ومحاولة تغيير الصورة السلبية العالقة بذهن الطفل عن المدرسة خلال العام السابق.
- تدريب الطفل على كيفية التخلص والحد من القلق والتوتر أثناء وجوده في المدرسة أو خارج البيت.
- مساعدة الطفل على تكوين صدقات جديدة من شأنها أن تحبب الطفل في المدرسة لوجود دافع للذهاب إلى المدرسة وهو رؤية من يحبهم.
- لابد وأن يشرح الوالدان للطفل أن البقاء في المنزل ليس له جدوى وأن الذهاب إلى المدرسة أفضل له، وذلك عن طريق منع الطفل من مشاهدة البرامج المحببة له في وقت غيابه من المدرسة حتى لا يفضل وجوده في البيت عن ذهابه للمدرسة.

ثالثا: مشكلة السرقة:

يتطلب علاج مشكلة السرقة عند الأطفال حكمة وهدوء من جانب الآباء والأمهات، فلن يمكن التخلص من سلوك السرقة عند الأطفال بين يوم وليلة، ولكن في الوقت ذاته، علاج مشكلة السرقة ليس بالأمر السهل، وهذه أهم طرق علاج السرقة عند الأطفال:

- تحديد الأسباب التي دفعت الطفل لارتكاب سلوك السرقة.
- توفير الضروريات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية من مأكل وملبس ومشرب.
- مساعدة الطفل على الشعور بالاندماج في أصدقاء صالحين حتى يكتسب منهم الأخلاق والسلوكيات الحسنة.
- إبعاد الطفل عن أصحاب السوء، حتى لا يكتسب منهم سلوكيات خاطئة وأبرزها سلوك السرقة.

- تجنب التحدث بعنف وشدة عند اكتشاف سلوك السرقة عند الطفل.
- التحدث مع الطفل بشكل ودي وتعريفه بمخاطر السرقة، وعواقبها سواء عليه أو على المجتمع ككل من حوله.
- متابعة الطفل ومراقبة سلوكياته وألفاظه التي يتحدث بها.
- تعليم الطفل الأخلاق الحميدة وحثه عليها كالأمانة والصدق والوفاء.
- تشجيع الطفل على التخلي عن سلوك السرقة بتحديد مكافأة له حينما يتخلي عنه في أقرب فترة ممكنة.

رابعا: العصبية عند الطفال:

الكثير من الأمهات لا تستطيع التعامل مع الأطفال العصبية وقد تكون الأم في بعض الأحيان سبباً في زرع العصبية في الأطفال ويرجع السبب في ذلك إكساب الأطفال عادات غير محببة من الأم عن قصد أو غير قصد أو نتيجة لتعامل الأم مع الأطفال بانفعال وتوتر ويقلد الأطفال هذه العصبية بشكل لا إرادي.

قد يقوم الطفل بعادات أو أفعال عصبية لعدم مقدرته على التعبير بما يشعر به من توتر أو ضيق أو مخاوف من موقف معين أو التعبير عن حاجته لاهتمام و حنان الآخرين أو طلب المساعدة فهذه الأفعال والحركات العصبية تجعل الطفل يتغلب على الإحساس الذي ينتابه في هذه اللحظة.

أسباب العصبية عند الأطفال:

- تقليد الأطفال للكبار في عصبيتهم تقليداً عفوياً لا إرادي.
- حرمان الأطفال من الإحساس بالأمان والاحتواء العاطفي.
- القسوة الزائدة أو التدليل الزائد من المربي للأطفال.
- التسلط الزائد من الآباء تجاه الأطفال والتدخل الزائد في شئونهم.

- التوبيخ الدائم والتقليل من شأن الطفل والتقليل من مستواه العقلي والفكري.
- قد ينتج من شعور الطفل بالتوتر الشديد فتكون حركات عصبية لا إرادية.
- محاولة من الأطفال لتحقيق الذات ولفت أنظار الآخرين.
- شعور الأطفال بالتفرقة بينهم وبين احد إخوانهم.

علاج العصبية عند الأطفال:

- يجب معرفة السبب الأساسي لهذه الحركات العصبية فقد يكون سبب عضوي يجب اللجوء للطبيب لمعالجته وإذا كان سبب عصبي فلابد من إشباع حاجات الأطفال وتقديرهم وعدم نبذهم وتجنب القسوة الزائدة والتدليل الزائد.
- إعطاء الأطفال مساحة من الحرية والتعبير عن أنفسهم بلا تحجيم للحرية وترك مساحة للطفل بالإختلاط بالأصحاب من نفس العمر حتى ننمي لدي الأطفال المهارات الإجتماعية وحب الآخرين والتعبير عن أنفسهم بحرية في غياب الأبوين.
- يجب أن لا تكون الأم عصبية ومتوترة دائما أمام الأطفال حتى لا يقلد الأطفال تلك الإنفعالات بشكل تلقائي.
- التعبير للأطفال عن مشاعر الحب تجاههم مما يعزز الشعور بالدفء والحنان لدى الأطفال كما يساعدهم على معرفة الأسلوب الصحيح للتعبير عن الحب تجاه الآخرين.
- عند توجيه نقد لسلوك الطفل يجب إيصال الشعور بنبذ السلوك وليس نبذ الطفل ذاته مع مراعاة إستخدام ألفاظ غير مؤذية لشعور الطفل.
- يجب التحلي بالصبر والتفاهم والتعامل مع الأطفال بهدوء وتقديم المساندة العاطفية للأطفال حتى يتجاوز الأطفال هذه العصبية.
- إستخدام أسلوب التجاهل أثناء انفعال الأطفال الشديد والذهاب لمكان لا يمكنه أن يلاحقك فيه.

- إظهار الإعجاب نحو سلوك الطفل الحسن واستخدام أسلوب المكافأة.
- استخدام قاعدة العزل ولو دقائق معدودة أثناء انفعال الطفل بتغيير مكانه وعدم صرف انفعاله في أحد الأشخاص.
- الاهتمام بالأطفال وإحاطتهم بالرعاية والحنان وتخصيص وقت للحوار والمناقشة مع الأطفال لتفريغ طاقاتهم.
- لا تنفذ للطفل الأمر الذي تعصب من أجله واشترط عليه الهدوء لتنفيذه ليعلم الطفل أن العصبية لا تأتي بنتائج مثمرة.
- تجنب استثارة الطفل ثم لومه على الإنفعلات العصبية التي قام بها.
- شارك الطفل في أعمال جماعية لتنمية روح الجماعة وحب الآخرين واسمحي لطفلك بالذهاب إلى رحلات جماعية مع أصدقائه ليتعلم تحمل المسئولية ويتصرف بتلقائية.

خامسا: الغيرة:

الغيرة عند الأطفال هي العامل المشترك في الكثير من المشاكل التي تواجه الأم أثناء تربية الطفل؛ وهنا يقصد الغيرة المرضية التي تتسبب في مشاكل مدمرة للطفل، وقد يكون هذا النوع من الغيرة عند الأطفال سبباً في إحباط الطفل وتعرضه للكثير من المشكلات النفسية في المستقبل.

تعريف الغيرة عند الأطفال

الغيرة عند الأطفال هي حالة انفعالية يشعر بها الطفل ويحاول إخفاءها ولا تظهر إلا من خلال أفعال سلوكية يقوم بها الطفل. فالغيرة عند الأطفال هي مزيج من الإحساس بالفشل والانفعال والغضب؛ وتعد الغيرة أحد المشاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب؛ لذلك يجب على الوالدين تقبل سلوك الغيرة عند الطفل كحقيقة واقعة أثناء تربية الطفل، وفى نفس الوقت لا بد ألا يسمح الوالدين بزيادتها، فوجود الغيرة عند الطفل بحد معقول تعد حافز على المنافسة والتفوق، أما الغيرة المفرطة أو المرضية تضر بشخصية ونمو الطفل.

أسباب الغيرة عند الأطفال:

- يعد المقارنة بين طفل وأخر والتفريق في المعاملة بين الأطفال، من الأسباب الرئيسية في حدوث مشكلة الغيرة.
- ضعف ثقة الطفل بنفسه تشعره بالإحباط ومن ثم بالغيرة.
- الشعور بالنقص لدى الطفل يدفعه للغيرة خاصة إذا كانت جوانب النقص ترجع لعيوب جسمية أو عقلية.
- عدم سماح الأهل للطفل بإظهار مشاعر الغيرة على نحو سليم يساهم في كبت هذه المشاعر مما يعزز لدى الطفل الإحساس بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه فيزداد لديه الإحباط وعدم الثقة بالنفس.
- عقاب الطفل الجسدي بالضرب إذا أظهر غيرته نحو أخيه مما يزيد من مشاعر الطفل السلبية والتي تظهر على شكل عداء نحو أخيه.
- الوسائل السلبية التي يتبعها الطفل للتعبير عن الغيرة:
- صراخ الطفل والعبث بأغراض الآخرين أو سرقتها أو تدميرها.
- الاعتداء الجسدي بالضرب أو القرص.
- الإزعاج وإلقاء الطفل للشتائم وإقلاق الراحة.
- تجسد الغيرة في شكل التجسس والوشاية والإيقاع بالآخرين بعد سن العاشرة.
- تصنع الطفل الحب الزائد نحو الطفل الجديد وذلك لإخفاء مشاعر الغيرة الدفينة حتى تتيح الفرصة للطفل الغيور لإيذاء أخيه بالضرب أو بالعض .

طرق علاج الغيرة أثناء تربية الأطفال:

يجب على الأمهات عند تربية الأطفال غرس بعض القيم التربوية التي تساعد على نبذ مشاعر الغيرة المرضية، ومن هذه القيم:

- إشعار الطفل بقيمته ومكانته في الأسرة والمدرسة وبين الزملاء.
- تعليم الطفل منذ الصغر أن الحياة أخذ وعطاء، وأنه يجب على الإنسان أن يحترم حقوق الآخرين.
- تعويد الطفل على المنافسة الشريفة بروح رياضية مع الآخرين.
- بعث الثقة في نفس الطفل وتخفيف حدة الشعور بالنقص أو العجز عنده.
- إقامة العلاقات بين الطفل وأقرانه على أساس المساواة والعدل، دون تميز أو تفضيل أحد على آخر، مهما كان جنسه أو سنه أو قدراته.
- حزم الآباء فيما يتعلق بمشاعر الغيرة لدى الطفل، فلا يجوز إظهار القلق والاهتمام الزائد بتلك المشاعر، كما أنه لا ينبغي إغفال الطفل الذي لا ينفعل ولا تظهر عليه مشاعر الغيرة مطلقا.
- عدم إهمال الطفل الكبير في حالة ولادة طفل جديد، ولا يجوز إعطاء الطفل الصغير عناية أكثر مما يلزمه، فيسبب ذلك غيرة بين الطفل والمولود الجديد.

سادسا: قضم الأظافر:

تعتبر عادة قضم الأظافر من العادات السيئة التي يقوم بها كثير من الأطفال، وتتسبب عادة قضم الأظافر في نقل الجراثيم والأمراض إلى أمعاء الطفل، وغالباً ما يلجأ الطفل لقضم أظافره حينما يكون عصبياً أو متوتراً.

أسباب عادة قضم الأظافر عند الأطفال:

- تقليد الكبار الذين يقومون بقضم الأظافر أو الأطفال المماثلين لهم بنفس العمر.
- كرد فعل من جانب الطفل تجاه موقف معين من المعلمة أو الأم.
- محاولة من الطفل للتخلص من زوائد الأظافر.
- تفريغ الطفل لمشاعر القلق والتوتر التي قد تسيطر عليه نتيجة مشاهدة فيلم رعب أو إهانة أحد الوالدين له أو مشاجرة له مع أحد زملائه.
- شعور الطفل بالغيرة من جانب شخص ما، فيلجأ إلى قضم الأظافر.
- إحساس الطفل بأنه شخص غير مرغوب فيه وجميع من حوله ينتقضونه، مما يترتب عليه شعوره بالغربة بالرغم من وجوده بين أسرته.
- تأثر الطفل بمشاهد عائلية أو ظروف مادية صعبة تمر بها الأسرة.

للتخلص من عادة قضم الأظافر:

- الجلوس مع الطفل والتحاور معه وإشعاره بأنه شخص ناضج؛ لكي يشعر بالمسئولية، وإفهامه أن تلك عادة خاطئة.
- إفهام الطفل مخاطر عادة قضم الأظافر مع التوضيح للطفل بأن عادة قضم الأظافر تعد عادة سيئة كما أنها تلحق أمراضاً عديدة بالجهاز الهضمي.
- تجنب توبيخ الطفل حول عادة قضم الأظافر أمام زملائه أو الآخرين حتى لايشعر بالسخرية أو النقص.
- الاهتمام بأن ينشغل الطفل بممارسة بعض الأعمال التي يستخدم فيها كلتا اليدين.
- إفساح المجال أمام الطفل بأن يذهب مع زملائه في رحلة أو أن يأتوا إلى البيت ليقضوا وقتاً ممتعاً يلعبون ويمرحون بلا قيود.

- مساعدة الطفل في أداء الواجبات المنزلية، في حالة ما إذا كان سبب توتر الطفل واللجوء إلى قضم الأظافر هو التوتر من كثرة الواجبات.

- إبعاد الطفل عن مشاهدة الأفلام المرعبة، حتى لا يصاب بالتوتر ومن ثم يقوم بعادة قضم الأظافر.

سابعا: السلوك الفوضوى:

يعتبر سلوك الطفل الفوضوي من أكثر السلوكيات التي تؤرق الوالدين، وغالباً ما يظهر السلوك الفوضوي على الطفل في سن المدرسة كالمشي بلا استئذان أو نقل المقعد من مكان لآخر، أو رمي الأوراق على الأرض، أو هز الجسم أثناء الجلوس.

تعامل الأسرة مع سلوك الطفل الفوضوي:

- تبسيط عملية الترتيب والتنظيم داخل البيت، وتشجيع الطفل على احترام النظام، حتى لا يجد الطفل صعوبة فيها ويلجأ للفوضوية.

- تعويد الطفل على تعليق ثيابه حينما يعود من المدرسة فهذا من شأنه أن يعزز سلوك النظام لدى الطفل ويساعده على ترك السلوك الفوضوي.

- إظهار مشاعر الحب والفرح حينما يقوم الطفل بسلوك جيد كترتيب حجرته أو نظافة مكانه؛ لكي يداوم على هذا السلوك ويترك السلوك الفوضوي.

- مكافأة الطفل حينما يقوم بسلوك جيد، وتجاهله حينما يقوم بسلوك خاطئ.

- تعليم الطفل السلوك الصحيح حينما يصدر سلوكاً خاطئاً، كي يستطيع الطفل التمييز بين الخطأ والصواب.

- تجنب توبيخ الطفل على السلوك الفوضوي أمام زملائه. فتوبيخ الطفل منفرداً أكثر تأثيراً في نفس الطفل فإن الطفل يشعر مدى احترام الوالدين لمشاعره.

- الابتعاد عن الإيذاء البدني عند معاقبة الطفل على سلوكه الفوضوي.

- تدريب الطفل على تحمل المسئولية واتخاذ قرارات بمفرده ثم متابعته في تنفيذها بعد ذلك.

ثامنا: الكذب:

يبدأ الطفل في الكذب في سن مبكرة منذ أن يفهم الطفل الكلام ويستطيع التحدث. ويعتبر الكذب تنمية طبيعية لمرحلة الطفولة، ويتطور الكذب عند الأطفال وتتعدد أسبابه وأنواعه.

أسباب الكذب عند الطفل:

- اللعب مع الأبوين
- اعتقاداً من الطفل أن الكذب شيء مضحك
- للسيطرة على الوضع
- لتجنب عقاب الوالدين
- لاتهام شخص أخر
- بسبب الخوف أو القلق
- الغيرة
- كذبة بيضاء لا تضر
- تقليداً للكبار
- لكسب تعاطف المحيطين

أنواع الكذب عند الأطفال:

الكذب الخيالي:

يتمثل في اختلاق الحكايات وسرد القصص الكاذبة. ويعتبر الكذب الخيالي سلوك طبيعي لسماع الأطفال للحكايات، فهم يختلقون الحكايات من أجل المتعة، فالأطفال مازال لديهم اختلاط بين الخيال والواقع.

الكذب الاجتماعي (التفاخر):

يعتقد الأطفال في بعض الأحيان أن الكذب قد يكون مقبولاً لإخفاء بعض الأمور عن حياتهم الشخصية أمام أصدقائهم لإشعار أنفسهم بالاستقلال عن والديهم والظهور بمستوى مادي أعلى مما هم عليه، ويظهر هذا النوع من الكذب عند الأطفال في سن المدرسة.

الكذب للدفاع عن النفس:

يلجأ الأطفال في بعض الأحيان إلى اختلاق الأكاذيب للدفاع عن نفسه أو من أجل تجنب أمر معين أو إنكار مسئولية عمل قام به ويخشى العقاب عليه. ولحل هذه المشكلات الفردية الوقتية لابد وأن يتحدث الوالدان مع الطفل عن أهمية الصدق والثقة.

كذب المبالغة:

قد يلجأ الأطفال لسرد حكايات طويلة قد تبدو صادقة ولكنها في الحقيقة من نسج خيالهم أو قصة حقيقية أضافوا إليها بعض الخيالات والأكاذيب، لجذب انتباه الوالدين أو الهروب من طلبات الوالدين والمدرسين.

الكذب لتحقيق الأهداف:

عندما يشعر الطفل أن والديه حرماه من أمر ما؛ يقوم الطفل بالكذب على الوالدين ليحقق ما منع منه.

الكذب الوقائي:

عندما يخشى الطفل من العقاب فإنه يكذب حتى يفادي نفسه من العقاب المتوقع. ويعد هذا نوع من الكذب هو أكثر الأنواع شيوعاً عند الأطفال وخاصة في الأوساط التي تلجأ للعقاب كوسيلة أساسية لتصحيح الخطأ.

الكذب لتقليد الآخرين:

يقوم الطفل بالكذب عند مشاهدته أحد والديه يكذب أمامه وهو يعرف حقيقة الأمر، فيشعر أن الكذب أمر بسيط، وقد يكذب الطفل لمجرد التقليد.

الكذب الانتقامي:

قد يكذب الطفل لإلقاء التهمة أو اللوم على شخص أخر يكرهه أو يغار منه أو قام بظلمه، وهو من أكثر أنواع الكذب عند الأطفال خطورة على نفسية الطفل، لأنه يعتبر كذب مع سبق الإصرار؛ حيث يقوم الطفل قبله بالتفكير والتدبير لإلحاق الضرر بالذي يكرهه، ويكون هذا النوع من الكذب مصحوباً بالتوتر النفسي.

الكذب المرضي (المزمن):

يتجه الأطفال لهذا النوع من الكذب للتعتيم على مشكلة كبيرة قاموا بها حتى لو كان في ذلك إيذاءاً أو استغلالاً للآخرين. ويصبح الكذب المرضي متأصلا في طبيعة الطفل ومتمكنا من شخصيته إلى حد يصعب التمييز بين صدقه وكذبه.

تاسعا: مشاهدة التلفزيون:

يعتبر التليفزيون من أكثر وسائل الإعلام تأثيراً في الأطفال، حيث يقضي الكثير من الأطفال ساعات طويلة أمام التليفزيون يومياً. ويتوقف تأثير التليفزيون على الأطفال على عدة عوامل منها: عدد الساعات التي يشاهد فيها الطفل التليفزيون، وعمر الطفل وشخصيته، وهل الطفل يشاهد التليفزيون بمفرده أو بصحبة الأم أو الأب، ومدى مناقشة الأم والأب للطفل لما يراه في التليفزيون.

الآثار الإيجابية للتليفزيون:

- التعرف على الثقافات المختلفة والأحداث التي تدور في العالم الخارجي.
- مساعدة الطفل على تحصيل دروسه بمشاهدة البرامج التعليمية التليفزيونية.
- الحصول على أكبر قدر من المعلومات وتكوين شخصية ثقافية من خلال مشاهدة البرامج الثقافية.
- التعرف على مختلف أنواع الفنون وأشكال الموسيقى المختلفة.
- قضاء وقت مع العائلة لمشاهدة البرامج التلفزيونية ومناقشتها.

الآثار السلبية على الأطفال:

- التلفزيون يزيد من السلوك العدواني والعنف لدى الطفل.
- مشاهدة أفلام الأكشن ومشاهد العنف تجعل الطفل يشعر بالخوف، وتصيبه بتبلد المشاعر، كما أنها تقلل من رغبة الطفل في الحياة.
- مشاهدة التلفزيون لساعات طويلة من أهم أسباب إصابة الأطفال بالسمنة المفرطة.
- الإعلانات التلفزيونية تؤثر على الطفل وتجعله يتعلق بالأطعمة السريعة المضرة لصحته.
- المشاهد ذات الإيحاءات الجنسية في الأفلام أو الأغاني المصورة تفسد أخلاق الطفل في سن مبكرة وتضر بصحته ونموه العقلي والمعرفي.
- التليفزيون يحد من الابتكار، حيث أثبتت الدراسات العلمية أن مشاهدة التليفزيون تؤثر سلبا على مستوى التحصيل الدراسي للطفل.
- التلفزيون ينمي بعض السلوكيات الخاطئة لدى الطفل، مثل: التدخين، والإدمان، واستخدام العنف كوسيلة للحصول على ما يريد.

للتخفيف من الآثار السلبية للتلفزيون على الأطفال:

يجب أن يتعامل الآباء مع مشاهدة أبنائهم للتليفزيون بطريقة حذرة بحيث يستطيع الطفل الحصول على الإيجابيات العديدة التي يقدمها التلفزيون للأطفال وفي الوقت ذاته يتقي الأب أو الأم تعرض طفلهما لسلبيات هذا الجهاز، حيث يجب على الآباء:

- اختيار البرامج التي يشاهدها الطفل بعناية مع تحديد عدد ساعات معينة يسمح للطفل أثناءها مشاهدة التليفزيون، ومراقبة الطفل عند مشاهدته للتليفزيون مع مناقشته في كل ما يشاهده.

- التقرب للطفل ومحاولة التعرف على طريقة تفكيره.

- تشجيع الطفل على قراءة القصص والكتب المختلفة من خلال القراءة له باستمرار من سن مبكر.

- تشجيع الطفل على تربية الحيوانات الأليفة والاعتناء بها، بحيث لا تصبح مشاهدة التليفزيون هي وسيلة الترفيه الوحيدة أمام الطفل.

- تشجيع الطفل على الاشتراك في بعض الألعاب الرياضية الجماعية التي تنمي فيه روح الفريق وروح التعاون مع الآخرين.

- تعليم الطفل السلوكيات الاجتماعية الصحيحة وكيفية مواجهة المشاكل بشجاعة.

- التقليل من مشاهدة الأفلام التي تحتوي على العنف والأكشن مع عدم تعرض الطفل إلى النشرات الإخبارية بكل أحداثها الدموية.

- شرح الأساليب السينمائية المستخدمة لتنفيذ مشاهد العنف والأكشن للطفل، وتوعية الطفل بأن كل هذه المشاهد غير حقيقية.

عاشرا: الإنترنت:

يؤثر الإنترنت على الأطفال تأثيراً كبيراً؛ فقد أصبح الإنترنت جزءا لا يتجزأ من حياتنا اليومية، كما أنه قد أصبح غير مقتصر على فئة عمرية بعينها. ومن هنا يجب توعية الآباء والأمهات بتأثير استخدام الإنترنت على الأطفال، سواء من ناحية إيجابيات الإنترنت أو سلبياته.

الآثار الإيجابية للإنترنت:

- القدرة على البحث عن معلومات في أي مجال.
- تكوين صداقات من جميع أنحاء العالم عن طريق برامج المحادثة.
- التعرف على الثقافات الأخرى.

الآثار السلبية للإنترنت:

- الإنترنت يضعف شخصية الطفل، ويجعله يعاني من غياب الهوية، نتيجة تعرضه للعديد من الأفكار والمعتقدات والثقافات الغريبة على المجتمع.
- يتعرض الطفل إلي متلازمة الإنهاك المعلوماتي (syndrome information fatigue) وذلك بسبب كثرة المعلومات التي يتعرض لها وعدم قدرته على التأكد من صحتها.
- يؤثر الانترنت على علاقات الطفل الاجتماعية والأسرية، حيث يقضي الطفل ساعات طويلة على الإنترنت يومياً، مما يجعله ينفصل إلى حد ما عن الآخرين.
- يساعد الإنترنت على زيادة العدوانية في سلوك الأطفال وذلك بسبب ممارسة الألعاب العنيفة أو مشاهدة الصور والأفلام التي تروج للعنف على الإنترنت.
- يؤثر الإنترنت في سلوك وأخلاقيات الطفل، فالانترنت يتيح له ألعاب قد تؤثر على الطفل أخلاقيا كلعبة القمار.
- يسهم الانترنت سلباً في تفكير الطفل وشخصيته، من خلال انتشار مجموعة من المواقع المعادية للمعتقدات والأديان، وكذلك المواقع الإباحية والتي تؤثر مشاهدتها في السن المبكر ليس فقط على نمو فكر الطفل، بل أيضا على سلوكياته وتصرفاته مع الآخرين.

الحماية من أخطار استخدام الإنترنت:

الأسرة هي مفتاح وقاية الطفل من أخطار الإنترنت، وذلك من خلال:

- تعلم الآباء والأمهات كيفية استخدام الإنترنت؛ لتكون لديهم القدرة على فرض قيود وضوابط على استعمال الطفل للإنترنت.
- مراقبة سلوك الطفل وتفكيره أثناء استخدام الإنترنت مع ضرورة تواجد أحد الأبوين أثناء استخدام الطفل للإنترنت.
- توفير الوعي الديني والتربية السليمة للطفل بحيث يكون هو الرقيب على نفسه عندما يتصفح مواقع الإنترنت.
- تشجيع الطفل على ممارسة بعض الهوايات، مثل الرسم، أو ممارسة الرياضة التي يحبها.
- تنمية العلاقات الاجتماعية للطفل من خلال تشجيعه على تكوين صداقات حقيقية والخروج مع الأصدقاء تحت إشراف الأب أو الأم.

إحدى عشر: الواجب المدرسى:

حينما يدخل الطفل المدرسة يقع على عاتقه أعباء الواجب المدرسي الذي يصبح روتين يومي لابد من انجازه.

ما يساعد الطفل على إنجاز الواجب المدرسي:

- حرص الوالدين على تقديم وجبة غنية للطفل قبل أداء الواجب المدرسي، كي يساعد الطفل على استرداد نشاطه وإنجاز الواجب المدرسي بشكل جيد. يفضل تقسيم وقت الطفل ما بين أداء الواجب المدرسي ومزاولة بعض الأنشطة التي تساعده على كسر وتيرة الملل أثناء أداء الواجب اليومي.

- تحديد مكان ثابت لأداء الطفل الواجب المدرسي، ويستحب أن يكون المكان بعيداً عن الضوضاء والتلفاز مع التأكد من وجود إضاءة كافية حتى يتمكن الطفل من انجاز الواجب المدرسي بتركيز.

- تقسيم الواجب المدرسي للطفل إلي أجزاء يتم فيه تناول الأسهل فالأصعب؛ فهذا الأسلوب يساعد الطفل علي الإنجاز، مع تشجيع الطفل بعد كل خطوة يمر بها أثناء أدائه للواجب المدرسي حتى يتحفز لبقية الخطوات.

- تجنب الإلحاح على الطفل في إنجاز الواجب المدرسي سريعاً؛ لأن السرعة قد تجعل الطفل متوتراً وغير مستوعباً لما يقوم به؛ لذلك فإن تأدية الواجب المدرسي على مهل يعد أهم أمر في تلك المرحلة. ولا تمثل السرعة أهمية كبرى في إنجاز الواجب المدرسي.

الثانى عشر: تغيير المدرسة:

يضطر الآباء كثيراً إلى تغيير مدرسة الطفل التي أعتاد عليها وذلك لأنه قد ينتقل لمرحلة دراسية جديدة ليست موجودة في مدرسته السابقة أو لتغيير محله إقامته ومن ثم يتم تغيير مدرسة الطفل. ويتسبب انتقال الطفل من مدرسة إلى أخرى في حدوث مشكلة تغيير المدرسة عند الأطفال ولحل هذه المشكلة يمكن إتباع الآتى:

- البدء في الحديث مع الطفل عن المدرسة الجديدة على أنها فرصة جديدة للتعرف على زملاء جدد وأنه مع ذهابه المدرسة ستتسع دائرة أصدقائه وأنه ليس بالضروري أن ينفصل عن أصدقائه القدامى، ويمكنه دائماً الاتصال بهم وترتيب لقاء بينهم شهرياً إذا سنحت الفرصة بذلك.

- اصطحاب الطفل في زيارة للمدرسة الجديدة ورؤية الفصل والمكان قبل بدء الدراسة؛ فسيكون ذلك مفيداً لكسر الرهبة وإزالة القلق في نفس الطفل.

- دعم الثقة في نفس الطفل وغرس مهارة التعامل مع الآخرين؛ لإزالة خوف اليوم الأول عنه، وذلك لعدم معرفة الطفل بأي شخص في المدرسة الجديدة.

- تشجيع الطفل على أن يبادر بمساعدة الأطفال الآخرين الذين يلاحظ أنهم في حاجة للمساعدة وهكذا يبدأ الطفل بتكوين دائرة جديدة من الصداقات.

- حرص الوالدين على تعليم الطفل المسئولية في سن مبكرة يساعد الطفل على التأقلم مع مجتمع المدرسة وذلك بشعوره أنه ينتمي لجماعة له فيها حقوق وعليه فيها واجبات.

- اختيار معلمة متفهمة للعناية بالطفل ومد الدعم المناسب الذي يحتاجه الطفل لاكتساب مهارات جديدة، ومساعدة الطفل على توصيل أفكاره والتعبير عنها، وتفادى أي مشكلة قد تواجه الطفل في المدرسة.

- التواصل مع المدرس أو المدرسة في المدرسة الجديدة للطفل حتى تكتمل العملية التعليمية للطفل على الوجه الأمثل، وحل أي مشكلة قد تعترض طريق تعليم الطفل في بدايتها.

- الإصرار على ذهاب الطفل للمدرسة الجديدة إذا رفض في حالة عدم تواجد أي أسباب رئيسية لرفضه الذهاب للمدرسة سوى أنها مدرسة جديدة. ويجب على الوالدين توقع حدوث القلق عند الطفل عند ذهابه للمدرسة الجديدة ، لذلك فلابد أن يكون الوالدان مستعدان لمواجهة القلق والصعوبات والتغلب على المواقف المفزعة، وتدريب الطفل على التعامل مع القلق، وسيكون من السهل على الطفل على اتخاذ موقف شجاع تجاه المدرسة الجديدة بعد وقت قصير.

الثالث عشر: الإستقلال:

يمثل دعم وتشجيع الطفل على الاستقلال أمر هام ينبغي أن يركز عليه الوالدان أثناء تربية الطفل، وذلك لأن الآباء والأمهات كثيراً ما يواجهوا مشكلات في التعامل مع الأطفال بسبب تراخيهم وعدم تحمل المسئولية.

ولكن هناك مجموعة من الوسائل التي أكد عليها خبراء تربية الأطفال أنها تسهم بشكل فعال في تشجيع الطفل على الاستقلال وتحمل المسئولية.

وسائل تشجيع الطفل على الاستقلال:

- إتاحة الفرصة للأطفال في أن يقوموا بالتجربة بأنفسهم كتناول الطعام بمفردهم.
- تعويد الطفل على أن يرتدي الملابس بنفسه دون انتظار المساعدة.
- تشجيع الطفل على التحدث والتحاور وإجراء جلسات الحوار والنقاش مع أفراد الأسرة.
- الاهتمام بسماع تساؤلات الطفل مع الجواب عليها بعبارات سهلة وبسيطة.
- التركيز في أن يأخذ الطفل بزمام المبادرة في بعض الأمور، كأن يقوم بالرد على الهاتف ويعلم من يتحدث.
- الحرص على إتاحة الفرصة أمام الطفل في أن يكتشف ما حوله وذلك بعد ضمان توفير جو من الأمان وإبعاد كل ما هو خطير عن الطفل.
- السماح للطفل بقضاء فترة من الوقت في اللعب مع الأطفال في مثل سنه.
- إشراك الطفل في ممارسة أنشطة تساعد على تنمية الاستقلالية وتحمل المسئولية كالسباحة.
- توفير الحب والدعم للطفل بشكل دائم ومستمر، حتى لا يخاف من الغضب منه، ومن ثم يخشى الطفل من الأخذ بزمام المبادرة والاستقلالية.

الفصل الثالث

أساليب التعامل مع الأطفال المعاقين

أولا: الإعاقة العقلية:

تقع ظاهرة التخلف العقلي ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة. و لهذا حاول المختصون في ميادين الطب و الاجتماع و التربية و غيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، و مسبباتها، و طرق الوقاية منها، و افضل السبل لرعاية الاشخاص المعوقين عقليا. و لم يتوقف الامر عند ذلك، فقد استدعى التوسع في الخدمات المقدمة للمعوقين عقليا و تنوع تلك الخدمات قيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط و المعايير التي تحدد اهلية الفرد للاستفادة من تلك الخدمات، وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة.

وبناء عليه فقد جعل هذا التطور قضية الاعاقة موضوعا اجتماعيا اهتم به المشرعون من باب اهتمامهم بوضع الانظمة والقوانين المختلفة المتعلقة بالمعوقين عقليا و تنظيم الخدمات المقدمة لهم. كما اهتم بها اولياء الامور الذين يهمهم ان يتلقى اطفالهم المعوقون الخدمات المناسبة..

* مفهوم الاعاقة العقلية:

نستنتج مما سبق انه من الصعوبة بمكان الوصول الى تعريف للتخلف العقلي يتصف بالدقة و الشمولية، ويلاقي قبول مختلف الفئات العلمية و المهنية ذات التخصصات المختلفة...وقد يكون من المناسب استعراض ابرز التعريفات المختلفة للتخلف العقلي وصولا الى التعريف الذي يعتبر اكثر قبولا من سواه...

يعتبر تعريف (دول) من اوائل التعريفات للتخلف العقلي التي يمكن ان توصف بالتحديد والوضوح ويتلخص تعريفه بأن الشخص المتخلف عقليا هو الذي يتصف بـ:

* عدم الكفاية الاجتماعية..

* تدني القدرة العقلية..

* يظهر التخلف العقلي خلال فترة النمو..

* ويستمر خلال مرحلة النضج..

* يعود التخلف العقلي الى عوامل تكوينية..

* غير قابل للشفاء..نجد من تعريف (دول) انه يؤكد على مفهوم الكفاية الاجتماعية كاساس للحكم على الفرد على انه متخلف عقليا...

اما (هيبر) فقدم تعريفا حظى بقبول الجمعية الامريكية للتخلف العقلي و ينص هذا التعريف على ان:

" ان التخلف العقلي يشير الى انخفاض عام في الاداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحبا بقصور في السلوك التكيفي"..وكما هو واضح من هذا التعريف فانه يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمحك اساسي للتخلف العقلي..

ومما لاشك فيه ان تلك التعريفات و غيرها ساهمت بشكل او باخر في اثراء البحث العلمي و زيادة امكانية تحديد مفهوم التخلف العقلي و طبيعته.. (انظر المزيد عن هذا الموضوع هنا في موقع الأنبا تكلا في أقسام المقالات والكتب الأخرى). اضافة الى ذلك فانها رغم تنوعها ساعدت في التوصل الى التعريف الذي تتبناه الجمعية الامريكية للتخلف العقلي والذي يعتبر اكثر التعريفات قبولا و شيوعا بين مختلف الدارسين في هذا المجال..

وينص هذا التعريف الذي اقترحه ((جروسمان)):

" ان التخلف العقلي يشير الى حالة من الانخفاض الواضح في الوظائف العقلية العامة تظهر اثناء فترة النمو و ينتج عنها او يصاحبها قصور في السلوك التكيفي.

* أسباب الاعاقة العقلية:

يمكن تصنيف الاسباب المحتملة للاعاقة العقلية وفق حدوثها:

* أسباب ما قبل الاولادة: وهي تلك العوامل التي يتعرض لها الجنين اثناء فترة الحمل:

ا- تناول الادوية..

ب-التعرض للاشعاعات..

ج-التعرض للحوادث (الام..

* أسباب اثناء الولادة: وتتضمن الصعوبات الولادية:

ا-نقص الاوكسجين كالاتفاف الحبل السري حول الرقبة..

ب- تعثر عملية الولادة..

ج-تعرض الطفل الى جروح..

د-عدم طهارة الاجهزة..

* أسباب بعد الولادة: يمكن تصنيفها الى..

أ- الاسباب الوراثية (الجينية): فهي عبار عن مجموعة من العوامل الجينية التي تؤثر في الجنين لحظة الاخصاب، و تشمل على حصيلة التفاعل بين الخصائص الوراثية المقدمة من جانب الاب و الام...

ومن العوامل الوراثية (غير المباشرة) والتي تسبب الاعاقة العقلية مايعرف بالاضطرابات في عملية التمثيل الغذائي، وتنجم عن توريث الجنين قصور في بعض الانزيمات المسؤولة عن هضم البروتينات..ومثال على اضطرابات التمثيل الغذائي هو حالة(الفينلكتيون يوريا (pku)..

ومن العوامل الوراثية غير المباشرة الاخرى والتي قد تؤدي الى الاعاقة الى الاعاقة العقلية هو عدم توافق العامل الرايزيسي (rh) في دم الزوجين..

ب- الاسباب البيئية: و تشمل العوامل غير الجينية (الوراثية التي يؤثر على صحة الجنين و نموه كاصابة الحامل بأحد الامراض المعدية مثل:

ا- الحصبة الالمانية: والتي تعتبر من الامراض الخطيرة على الجنين، خاصة اذا اصيبت بها الام الحامل خلال الاشهر الثلاثة الاولى من الحمل.

ب- سوء التغذية: لايعني سوء التغذية فقط النقص في الاطعمة، انما يتضمن ايضا عدم تناول كمية كافية من العناصر الغذائية اللازمة للجسم..

خصائص المعاقين عقليا:

الخصائص العامة:

من الصعوبة التوصل الى تعميم يتصف بالدقة فيما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقليا..

سنحاول هنا ابراز اهم الخصائص واكثرها عمومية في كل جانب من جوانب النمو، مع التنويه الى ان هذه الخصائص مشتركة في طبيعتها بين الغالبية العظمى من المعوقين عقليا لكنها تختلف في درجتها بين معوق و آخر تبعا لعوامل متعددة، ابرزها:

* درجة الاعاقة..

* المرحلة العمرية..

* نوعية الرعاية التي يلقاها المعوق سواء في الاسرة او برناج التربية الخاصة..

الخصائص الجسمية:

يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقيت عقليا الى الانخفاض بشكل عام. وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الاعاقة.. فالمعوقين عقليا اصغر في حجومهم و اطوالهم من اقرانهم العاديين.. وفي معظم حالات الاعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحا على مظهرهم الخارجي.. وتصاحب درجات الاعاقة الشديدة في غالب الاحيان تشوهات جسمية خاصة في الراس و الوجه وفي احيان كثيرة في الاطراف العليا و السفلى..

كما ان الحالة الصحية العامة للمعوقين عقليا تتسم بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة التعب والاجهاد.. وحيث ان قدرتهم على الاعتناء بانفسهم اقل و تعرضهم للمرض اكثر احتمالا من العاديين، فان متوسط اعمارهم ادنى. ولكن التقدم في الخدمات الصحية والتكنولوجيا الطبية، وتحسن الاتجاهات و الخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط اعمارهم..

وفيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الاخرى تعاني بطئا في النمو تبعا لدرجة الاعاقة. ونجد ان غالبية المعوقين عقليا يتاخرون في اتقان مهارة المشي و يواجهون صعوبة في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كعضلات اليد والاصابع والتي يشار اليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة..

الخصائص المعرفية:

الانتباه:

يعاني المعاقين عقليا من ضعف القدرة على الانتباه، والقابلية العالية للتشتت.. وهذا يفسر عدم مواصلتهم الاداء في الموقف التعليمي اذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة، او مناسبة للعاديين.. كما ان ضعف الانتباه و ضعف الذاكرة هما من الاسباب الرئيسية لضعف التعلم. وتزداد درجة صعف الانتباه بازدياد درجة الاعاقة..

التذكر:

يمكن القول ان الانتباه عملية ضرورية للتذكر ولذا فانه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة. ومن العوامل التي تسهم في ضعف الذاكرة لدى المعوقين عقليا مايعرف بضعف القدرة على القيام بعمليات الضبط المتتابعة، والتي تعتبر ضرورية لاعادة تكرار الشيء فيذهن الشخص حتى يستطيع حفظه..

التمييز:

ولما كانت عمليات الانتباه و التذكر لدى المعوقين عقليا تواجه قصورا كما اسلفت من قبل. فان عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين. وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الاعاقة وعوامل اخرى متعددة.. اما فيما يتعلق بدرجة الاعاقة فنجد ان المعوقين

عقليا بدرجة شديدة يتعذر عليهم في معظم الاحيان التمييز بين الاشكال والالوان والاحجام والاوزان والروائح والمذاقات المختلفة (دون تدريب مسبق)....اما فيما يتعلق بمتوسطي الاعاقة فانهم يظهرون صعوبات في تمييز الخصائص السابقة..لكن نلاحظ ان الصعوبات ابرز ماتكون في تمييز الاوزان والاحجام والالوان غير الاساسية..كما ان هذه الصعوبات تزداد كلما ازدادت درجة التقارب او التشابه بين المثيرات... اما بسيطو الاعاقة العقلية فانهم يواجهون مثل تلك الصعوبات لكن بدرجة اقل..

التفكير:

تعتبر عملية التفكير من ارقى العمليات العقلية واكثرها تعقيدا..فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخييل و التذكر وغير ذلك من العمليات العقلية.. ان الانخفاض الواضح في القدرة على التفكير المجرد التي يتميز بها المعوقون عقليا، تفرض علينا ان نهم بقدر كبير بتوفير الخبرات لبتعليمية على شكل مدركات حسية، ومن ثم شبه مجردة و من ثم مجردة..

الخصائص اللغوية:

يعاني المعاقون عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة..ومن الصعوبات الاكثر شيوعا التأتأة، والاخطاء في اللفظ و عدم ملائمة نغمة الصوت..

زمن اهم المشكلات التي تواجه المعاقين عقليا ما يتعلق بفصاحة اللغة و جودة المفردات..ويلاحظ ان المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة لاتتناسب مع العمر الزمني..

مشكلات تشخيص الاعاقة العقلية

تعد عملية التشخيص حجر الزاوية في بناء البرامج والتدخلات العلاجية والتأهيلية للمعاقين عقليا، فهي الاساس الذي من خلاله نستطيع ان نفهم ونتنبـ بمآل الحالة ومدى استفادتها بما سيقدم لها.

ولا توجد طريقة مباشرة نستطيع من خلالها تشخيص الاعاقة العقلية فالحالات تختلف فيما بينها وتتباين في خصائصها.

وفي عملية تشخيص الاعاقة العقلية هناك معايير نلتزم بها وقد وردت في التعريف الذي اقرته الجمعية الامريكية للتخلف العقلي عام ١٩٩٠م وهذه المعايير هي:

* انخفاض دال عن المتوسط في وظائف القدرات المعرفية وتقدر عن طريق استخدام مقياس ذكاء مقتن فاذا حصل الفرد على درجة اقل من المتوسط بمقدار انحرافين معياريين فاننا نتوقع ان نكون امام حالة اعاقة عقلية.

* قصور في المهارات التكيفية (الاتصال، الرعاية الذاتية، المهارات الاجتماعية، الوظائف المتضمنة في الاعمال الاكاديمية، المهارات العملية، قضاء وقت الفراغ، الافادة من خدمات المجتمع، التوجيه الذاتي، العمل والحياة المستقلة) وهذا القصور يتعين علينا توثيقه في سباق البيانات المجتمعية العادية التي يعيشها اقران الفرد من نفس فئته العمرية.

* ان يبدأ قبل سن ١٨ سنة.

ومن هنا يتضح حتمية الجمع في تقييم الاعاقة بين القدرات المعرفية والمهارات التكيفية، فمن الخطأ الفادح قصر التقييم على جانب واحد فقط من الجانبين (القدرات المعرفية والمهارات التكيفية) وهو ما يقع فيه كثير من الاخصائيين عند التشخيص.

ان مشكلة تشخيص الاعاقة العقلية تكمن في اعتقاد البعض ان هذه العملية ليست الا استخدام اختبار ذكاء مقنن يناسب المفحوص من حيث العمر الزمني وهنا تقع المشكلة لاسباب كثيرة منها:

ان الاعاقة العقلية متعددة الابعاد فهي متداخلة ومتشابكة وليس هناك حدود فاصلة نستطيع من خلالها الفصل بين تلك الجوانب، فكل حالة من حالات الاعاقة العقلية تختلف في مدى خصائصها عن الحالة الاخرى، ويعد قياس القدرات المعرفية هنا هو بعدا واحدا من مجموع الابعاد الاخرى ومن خلال عملية القياس لا يمكن الرجوع الى العوامل التي قد تكون اثرت بالفعل في هذا القياس.

من الممكن ان تكون القدرة العقلية الكامنة اعلى من القدرة العقلية الظاهرة والتي ظهرت من خلال موقف الاختبار وهذا راجع الى القصور الحركي اوالانفعالي او الحسي او الادراكي لدى المعاق عقليا ويمثل هذا قصور في عملية التشخيص ولا يمكن الاعتماد عليه.

قصر التشخيص على جانب واحد فقط المعرفي او التكيفي، فالسلوك التكيفي يعني ما يفعله الشخص عادة، بينما تعني القدرة المعرفية ما يمكن للفرد ان يعمله، ومعرفة مستوى المعاق في كل من الجانبين هو أمر ضروري وهام لوضع برنامج ملائم لمستوى قدراته المعرفية وسلوكه التكيفي للارتقاء بها.

اذا عملية التشخيص لا تنتهي بالتحديد الكمي او الوصفي لسلوك المفحوص بل لابد من استخدام تلك البيانات وتوظيفها للتعرف على حالة المفحوص وتحديد البرنامج الذي يناسبها ومراعاة امكاناتها المختلفة.

لقد استقطبت الوقاية من الإعاقة العقلية والوقاية منها استقطاب العالم أجمع، في الآونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود، ومن المؤكد أن مشكلة يعاني منها نسبة كبيرة من الناس في شتى أنحاء العالم، لا بد وأن توضع في قائمة الأولويات بين المسائل التي تستوجب المجابهة الإيجابية والفعالة التي تتطلب تكاتف الجهود المحلية والعالمية لمواجهتها بشكل علمي جاد، ولذلك تظافرت جهود كل الأطباء والمتخصصين لوضع البرامج الوقائية للحد من حدوثها.

•... تعريف الوقاية من الإعاقة:

هي مجموعة من الاجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرص للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الاجراءات والخدمات ذات طابع اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

•... أهمية الوقاية من الإعاقة:

على الرغم من أن الإعاقة العقلية هي عرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة، إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي ٢٥ % من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، وهذا يعني أن

٧٥ % من أسباب الإعاقة العقلية ما زالت غير معروفة.

ولكن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية، ولا شك أن الوقاية من هذه العوامل، تساعد في التقليل من نسبة انتشار الإعاقة العقلية، حيث يمكن تقليل خطر زيادة الإعاقة العقلية بنسبة كبيرة إذا عمل وفق النصائح التي تفيد في التقليل من نسبة انتشارها.

ولا تؤدي العملية الوقائية الأغراض التي وضعت من اجلها، إلا إذا تظافرت جميع الجهود لوضع كافة بنودها قيد التنفيذ من قبل:

* الأسرة والمجتمع بكافة أفرادها، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية.

* الباحثين والدارسين، ومخططي البرامج الوقائية من الأخصائيين والقائمين على تنفيذها.

••... مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية:

تقسم مستويات الوقاية من الإعاقة الى ثلاث مستويات وهي:

•... الوقاية الأولية:

وهي الاجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية والاجتماعية والثقافية في البيئات والأسر ذات المستويات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً، والتحصين ضد الأمراض المعديدة، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، وتوعيتها بأسباب الإعاقة.

•... الوقاية الثانوية:

وهي الاجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الاستمرار أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها، أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر.

•... الوقاية الثلاثية:

وهي الاجراءات والتدابير الوقائية والأفعال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة.

ومن أهم مباديء الوقاية من الإعاقة ما يلي:

* التعرف على الأسباب ومنع حدوثها.

* رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسر.

* التوعية الأسرية من خلال الإرشاد الأسري، والإرشاد الجيني، والإرشاد الصحي.

* توعية المجتمع.

•... برامج الوقاية من الإعاقة العقلية:

من برامج الوقاية من الإعاقة العقلية واكثرها اهمية:

•... برنامج الارشاد الجيني:

وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معوق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتنحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وابنها، وهو برنامج توعوي.

•... برنامج العناية الطبية اثناء الحمل:

وهو برنامج لتوعية الامهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والامراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات والراحة النفسية.

•... برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى:

من أسباب الإعاقة العقلية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الاختناق وغيرها.

•... برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر:

يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وان اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكراً يساعد في تقليليها أو انقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائ

من أكثر اللحظات إيلاماً للأبوين أن يسمعوا بأن طفلهم به إعاقة عقلية.

ولكن.. يجب أن نستخدم هذا التصور لأنه من الممكن أن يكون مفيداً عندما نستخدمه بطريقة صحيحة.

وفيما يحزن الأبوين على أن الإعاقة ستظل طوال العمر...

فإنه يجب على الأبوين أن يكونا واقعيين في برنامج تعليم طفلهم لضمان تأهيله لأعمال نافعة.

ومن المؤلم للأبوين أن يفكرا في مصير هذا الأبن، وأن يتنبأ بما يعطيهم إحساساً بالرغبة في تحقيق ما توقعوه دون تغييره وهو أن طفلهما سيظل ذكاؤه أو إعاقته العقلية أقل من المستوى العادي.

ومن المؤلم أيضاً استخدام مصطلحات غامضة لحماية الأبوين من الحقيقة، وتجنب المناقشة عن ذلك الموضوع وعدم المكافحة مع البرامج الخاصة لتعليم طفلهم، فالمدرسة غير المجهزة والضغط داخل المنزل يجعل تاريخ الأسرة مليئاً بالفشل والإحباط بالنسبة للطفل.

والآن.. اصبحت عدم القدرة أو الإعاقة في بعض جوانب النمو لا تستحق الخجل ولكن يجب أن يدرك الأبوان الحقيقة.

بل.. وكل الناس حتى يتفهموا معنى عدم القدرة العقلية، وتكون لديهم المعرفة بالبرامج العلاجية المناسبة.

*** مشاكل اللعب عند الأطفال المعاقين عقلياً:**

قد لا يرغب الطفل المعاق عقليا في اللعب ويرفضه. من وسائل جذب انتباه الطفل للعب: حصر مساحة اللعب و تنويع الألعاب، أو مساعدة الطفل وتوجيهه جسدياً.

*** اللعب غير المناسب مثل التكسير والعدوانية:**

ويمكن أن يساعد في هذا المجال التعزيز للعب المناسب وتوضيح ما هو غير مناسب لفظياً وجسدياً مع إعطاء الطفل نموذج يقلده في اللعب.

*** اللعب لمدة غير كافية:**

يناسب هنا استخدام أساليب التعزيز المختلفة

*** اللعب بنفس اللعبة:**

حيث يتوقع أن يلعب بالعاب أخرى (طريقة بريماك) اشترط اللعب بلعبة أخرى إذا أراد الطفل اللعب بلعبة يحبها.

*** اللعب الانعزالي:**

من الطرق التي يمكن أن تساعد في تقليل ذلك إحضار لعبة يشترك فيها أكثر من طفل واحد..

الإعاقـــة:

نوع من أنواع العجز لعدم قدرة أحد الأعضاء أداء المهمة المناطة بها في جسم الإنسان ورغم ازديادها في السنوات الأخيرة بازدياد أساليب الحضارة العلمية إلا أن الوسائل العلمية أيضا أصبحت تقلل مضاعفاتها النفسية والاجتماعية.

هي حالة تحد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر أساسية في الحياة اليومية كالعناية بالذات أو ممارسة العلاقة الإجتماعية والنشاطات الإقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية.

أو هي عدم تمكن المرء من الحصول على الإكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة إلى معونة الآخرين، والى تربية خاصة تساعده على التغلب على إعاقته.

ويعرَّف المعاق بأنه "الشخص الذي انخفضت إمكانيات حصوله على عمل مناسب بدرجة كبيرة مما يحول دون إحتفاظه به نتيجة لقصور بدني أو عقلي".

كما يعرَّف المعاق بأنه الشخص الذي يختلف عن المستوى الشائع في المجتمع في صفة أو قدرة شخصية سواء كانت ظاهرة كالشلل وبتر الأطراف وكف البصر أو غير ظاهرة مثل التخلف العقلي

والصمم والإعاقات السلوكية والعاطفية بحيث يستوجب تعديلاً في المتطلبات التعليمية والتربوية والحياتية بشكل يتفق مع قدرات وإمكانات الشخص المعاق مهما كانت محدودة ليكون بالامكان تنمية تلك القدرات إلى أقصى حد ممكن

وللإعاقة أسباب عصرية ساهمت فيها حوادث السيارات والأدوية والعوامل البيئية والعلاقات المتأزمة بين أفراد الأسرة ساهمت في زيادتها وهي تمثل إعاقة الحركة والحس والسمع والتنفس والإعاقة العقلية وأصبح لهذه الإعاقة نتائج سلبية تنعكس بصورة مباشرة وغير مباشرة علي شخصية المعاق وذويه وأهله وأسرته وعلي المستوي الاجتماعي بشكل عام وفيما يلي خريطة للإعاقة بشكل عام.

أسبابها

- وراثية.
- حوادث .
- مضاعفات أثناء الحمل.
- مضعفات أثناء الولادة .
- الخطأ في استخدام الأدوية والعقاقير لا سميا أثناء الحمل .
- مضاعفات بيئية كوجود بعض الأوبئة والحشرات .
- الخطأ في التربية والقسوة الزائدة والضرب والتعذيب .
- وجود الطفل ضمن علاقات أسرية مفككة ورؤيته للعنف والضرب داخل الأسرة.

طبيعتها وأنواعه

- **الإعاقة الحركية :**

وتضم أصحاب الاضطرابات والمشكلات العصبية كالشلل المخي والصرع والأمراض المزمنة ومشكلات الجهاز العضلي.

- **الإعاقة الحسية:**

وتضم جميع المشكلات الحسية والبصرية والقصور الكلي والجزئي أو الاضطرابات المصاحبة .

- **الإعاقة النفسية:**

وتضم جميع المشكلات الناجمة عن عدم التوافق النفسي مثل الاضطرابات الانفعالية ومشكلات سوء التوافق الاجتماعي في الأسرة والمدرسة.

الإعاقة العقلية:

وتضم جميع المشكلات الناجمة عن القصور العقلي ودرجات التخلف وصعوبة التعلم للمهارات والأنشطة التربوية.

نتائج شخصية:

- نقص الاستقلالية والاعتماد علي النفس .
- عدم القدرة علي الحركة أو التفكير أو نقص القدرة علي التعليم .
- عدم التمتع بأنشطة وقت الفراغ أو الممارسة الرياضية بصورة طبيعية.
- عدم التكيف الاجتماعي .

نتائج عائلية

- الحاجة إلي تخطي صدمة الإعاقة والتكيف معها .
- نشوء بعض الاضطرابات العائلية .
- نشوء أعباء اقتصادية متزايدة علي كاهل الأسرة المحتضنة للطفل المعاق .
- عدم رغبة الأسرة بإنجاب المزيد من الأطفال خوفا من تكرار التجربة.
- حاجة المعاق إلي رعاية خاصة الأمر الذي يحد من تفاعلها ويحد من إنتاجيتها.

نتائج اجتماعية

- قصور التفاعل الاجتماعي.
- تدني الإنتاجية.
- الحاجة إلي الرعاية الاجتماعية من خلال مؤسسات الرعاية الخاصة.
- الحاجة إلي إنشاء مدارس خاصة للرعاية الخاصة لذوي العاهات.
- تكاليف إنشاء المؤسسات والنوادي لرعاية المعاقين وبذل العناية التخصصية اللازمة لمساعدتهم.

التكيف مع الإعاقة يحقق المعجزات

مصلح أجهزة ترانزستور: ظننته مازحا عندما إلتقيته ودعاني لمرافقته إلي كفيف يقوم بإصلاح أجهزة الراديو والتسجيل ولم أستطع لملمة أطراف فضولي عندما مثلنا وصديقي أمام المصلح الذي استلم الجهاز منا وبدأ يقيس أنواع المفكات التي تناسبه- لقد أثار دهشتي وحيرتي عندما رأيت هذا الإنسان الكفيف الذي يملك بصيرة في قلبه لا يملكها العديد من المبصرين ..

ولم أصدق ما أري وهو يتفحص أجهزة الراديو الدقيقة ليخبر صديقي بعد دقائق خمس بنوع العطل والمدة اللازمة لإصلاحه، خرجنا من عنده وتابعنا السير وتابعني ذهولي وتساؤلاتي كيف استطاع ذلك الكفيف تعلم المهنة والعمل بها وإصلاح ذلك النوع من الأجهزة الدقيقة التي يتطلب إصلاحها ومعرفة أعطالها مشاركة عشرات الأعين لرؤية الخلل في تلك الأسلاك الدقيقة جدا .

الاعاقة السمعية

تعريف الإعاقة السمعية :

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التى تحول دون أن يقوم الجهاز السمعى عند الفرد بوظائفه ، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، وتتراوح الإعاقة السمعية فى شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التى ينتج عنها ضعف سمعى إلى الدرجات الشديدة جدا والتى ينتج عنها صمم . (يوسف القريوتى وآخرون ،٢٠٠١)

تصنيفات الإعاقة السمعية :

أولا : التصنيف تبعا للسن الذى حدثت فيه الإعاقة :

ويعد السن الذى حدثت فيه الإعاقة من المتغيرات الهامة فى تحديد الآثار الناجمة عن الإعاقة السمعية ، والتطبيقات التربوية المتعلقة بها ، فالطفل الذى يصاب بالصمم منذ الولادة لاتتاح له فرصة التعرض لخبرة لغوية ، أو لخبرة الأصوات المختلفة فى البيئة ، بينما إذا حدثت الإصابة عند عمر سنتين أو ثلاثة سنوات فإن الطفل يكون قد خبر الأصوات وتعلم الكلام ، وهذا يجعل إمكاناته واحتياجاته فى مجال تعلم التواصل مختلفة عن الحالة الأولى ، ولا ينطبق ذلك على الإعاقة السمعية البسيطة ، وتصنف الإعاقة السمعية تبعا لمرحلة النمو اللغوى إلى :

١- الصمم ما قبل اللغوى :Pre lingual Deafness

ويشير إلى حالات الصمم التى تحدث منذ الولادة أو فى مرحلة سابقة على تطور اللغة والكلام عند الطفل ، ويعتقد أن سن ٣ سنوات هو السن الفاصل .

٢- الصمم بعد اللغوى : Poslingual Deafness

ويشير إلى حالات الصمم التى تحدث بعد حيث يكون الطفل قد اكتسب مهارة الكلام واللغة .

ثانيا : التصنيف تبعا للإعاقة السمعية :

يقوم هذا التصنيف على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعى المسبب للإعاقة السمعية ، وعلى الرغم من أن هذا التصنيف ذو علاقة فسيولوجيا السمع ويبدو ضمن الاختصاص

الطبى ، فإن معرفة المعلم لطبيعة الإعاقة السمعية له أهمية فى تخطيط البرنامج التربوى . وتقسم الإعاقة السمعية وفقا لذلك إلى ثلاثة أشكال :

١- الفقدان السمعي التوصيلي : Conductive Hearing loss

ويشير إلى الإعاقة السمعية الناتجة عن خلل فى الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعى إلى الأذن الداخلية ، وعليه فإن المصاب يجد صعوبة فى سماع الأصوات المنخفضة ، بينما يواجه صعوبة أقل فى سماع الأصوات المرتفعة ، وبوجه عام فإن الفقدان السمعى الناتج لا يتجاوز ٦٠ ديسبل .

٢- الفقدان السمعي الحس عصبي : Sensorineural Hearingloss

ويشير إلى الإعاقة السمعية الناجمة عن خلل فى الأذن الداخلية أو العصب السمعى ، فعلى الرغم من أن موجات الصوت تصل إلى الأذن الداخلية إلا أن تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة قد لا يتم على نحو ملائم ، أو أن الخلل يقع فى العصب السمعى فلا يتم نقلها إلى الدماغ بشكل تام .. والفقدان السمعى الحسي عصبي لا يؤثر فقط على القدرة على سماع الأصوات بل وعلى فهمها أيضا ، فالأصوات المسموعة تتعرض إلى تشويه يحول دون فهمها ، وفى معظم الأحيان يعانى المصاب من عجز فى سماع النغمات العالية . والحالات التى تتجاوز ٧٠ ديسبل هى فى العادة حالات فقدان سمعى حس عصبى كما أن استفادة المصاب من السماعات أو تكبير الصوت قليلة .

٣- الفقدان السمعي المختلط : Mixed Hearing loss

ويجمع هذا الشكل بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية الحس عصبية .. ولذلك يجب تحديد نوع وطبيعة الإعاقة السمعية لما لذلك من انعكاسات على العملية التربوية .

الفقدان السمعى المركزى :-

وتحدث فى حالة وجود خلل يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية فى الدماغ ، أو عندما يصاب الجزء المسئول عن السمع فى الدماغ ، ويعود سبب هذه الإصابة إلى الأورام أو الجلطات الدماغية أو إلى عوامل ولادية أو مكتسبة. (يوسف القريوتى وآخرون، ٢٠٠١).

المظاهر العامة للإعاقة السمعية :

يسهل على المعلم اكتشاف حالات الصمم ، إلا أنه فى كثير من الأحيان ليس من السهل الكشف عن حالات الضعف السمعى البسيطة ، وفيما يلى قائمة ببعض الأعراض التى يمكن أن تعتبر مؤشرات على احتمال وجود صعوبة سمعية :-

(١) الصعوبة فى فهم التعليمات وطلب إعادتها .

(٢) أخطاء فى النطق .

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

(٤) عدم اتساق نغمة الصوت .

(٥) الميل للحديث بصوت مرتفع .

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

(٧) الحملقة فى وجه المتحدث ومتابعة حركة الشفاه .

(٨) تفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث .

(٩) ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار فى الصيوان .

(١٠) ضغط الطفل على الأذن أو الشكوى من طنين (رنين) فى الأذن .

وإذا لاحظ المعلم أن الطفل يظهر بعض الأعراض السابقة بصورة متكررة فعلية أن يسعى إلى تحويله إلى الطبيب واختصاصى قياس السمع حتى يتسنى له التحقق فيما إذا كان الطفل يعانى من إعاقة سمعية أم لا . وحتى يتم الكشف المبكر عن حالات الضعف السمعى فمن الأهمية بمكان أن يتم فحص جميع الأطفال فى المدرسة فحصا سمعيا بسيطا للكشف الأولى عن الحالات المحتملة تمهيدا لتحويلها إلى إجراء تشخيصى أدق . (يوسف القريوتى وآخرون، ٢٠٠١) .

الخصائص الاجتماعية والنفسية للمعوقين سمعيا :

بفضل صعوبات الاتصال اللفظى الضرورية لإقامة علاقات اجتماعية يلاحظ أن المعوقين سمعيا يحاولون تجنب مواقف التفاعل الاجتماعى فى مجموعة ، ويميلون إلى مواقف التفاعل التى تتضمن فردا واحدا أو فردين . وبشكل عام يمكن القول أن الأطفال المعوقين سمعيا يميلون إلى العزلة نتيجة لإحساسهم بعدم المشاركة أو الانتماء إلى الأطفال الآخرين ، وحتى فى ألعابهم يميلون إلى الألعاب الفردية التى لا تتطلب مشاركة مجموعة من التلاميذ ، ويمكن أن تسهم هذه الخصائص فى تقديم تفسير جزئى لظاهرة نجاح الصم فى مختلف المجتمعات ، فى تجميع أنفسهم فى مجموعات وأندية

خاصة بهم ، وعلاوة على الميل إلى العزلة فإن الدراسات تشير إلى أن النضج الاجتماعى للأشخاص الصم يسير بمعدل أبطأ منه لدى السامعين . ولا يوجد ما يشير إلى أن نسبة شيوع الاضطرابات النفسية بين المعوقين سمعيا أعلى منها لدى العاديين ، إلا أن بعض الدراسات تشير إلى أن الأطفال الصم أكثر عرضة للضغوط النفسية والقلق وانخفاض مفهوم الذات ، ويلاحظ أيضا أن الأطفال الصم أكثر عرضة لنوبات الغضب ، وذلك بفعل الصعوبات التى يواجهونها فى التعبير عن مشاعرهم ، ولنفس السبب نجد أن الأطفال الصم يعبرون عن غضبهم وإحباطهم بعصبية ويظهرون ميلا أكبر للعدوان الجسدى . (يوسف القريوتى وآخرون ، ٢٠٠١ : ١١٧ –١١٨)

الخصائص اللغوية للمعوقين سمعيا :

يؤكد كل من كوفمان وهالهان Hallahan , Kauffman 1991" " على أن أكبر الآثار السلبية للإعاقة السمعية يظهر أوضح ما يكون فى مجال النمو اللغوى معبرا عنه باللغة المنطوقة ، ويضيفان أن ذلك ليس بالضرورة صحيحا بالنسبة للغتهم الخاصة سواء أكانت الإشارة الكلية أو أبجدية الأصابع . وعليه فإن المعوقين سمعيا يعانون من تأخر واضح فى النمو اللفظى ، وتتضح درجة هذا التأخر كلما كانت درجة الإعاقة السمعية أشد ، وكلما حدثت الإصابة بالإعاقة السمعية فى وقت مبكر ، ويعتبر العمر الذى بدأت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية عاملا هاما فى تحديد درجة التأخر فى النمو اللفظى ، والأطفال الذين يعانون من صعوبات سمعية منذ الولادة يواجه نموهم اللفظى عجزا واضحا منذ الطفولة المبكرة رغم أنهم يصدرون أصواتا ويبدأن في المناغاة كباقي أقرانهم ، إلا أن

مراحل النمو اللفظى اللاحقة تتأثر بشكل واضح نتيجة للعوامل الرئيسية التالية:–

(١) نتيجة للإعاقة السمعية لا يحصل الطفل على تغذية راجعة مناسبة فى مرحلة المناغاة، فالطفل السامع عندما يقوم بالمناغاة يسمع صوته وبذلك يتلقى تغذية راجعة فيداوم على المناغاة ، أما الطفل المعوق سمعيا فلا يتحقق له ذلك .

(٢) لا يحصل الطفل الصغير على إثارة سمعية كافية أو على تعزيز لفظى من الراشدين، إما بسبب إعاقته السمعية أو بسبب عزوف الراشدين عن تقديم الإثارة السمعية نتيجة لتوقعاتهم السلبية من الطفل أو لكلا العاملين معا .

(٣) تحول الإعاقة السمعية دون حصول الطفل على نموذج لغوى مناسب لكى يقوم بتقليده. (يوسف القريوتى وآخرون ، ٢٠٠١) .

طرق التواصل : communication

هناك ثلاثة طرق للتواصل هى :

(١) الطريقة اللفظية : OralCommunication

وتقوم هذه الطريقة فى التواصل على تعليم الأطفال ضعاف السمع أو الصم استخدام الكلام كما هو الحال لمن لا يعانون من إعاقة سمعية ، وقد بدأت الطريقة اللفظية تكتسب اهتماما أكبر كوسيلة من وسائل الاتصال فى تعليم المعوقين سمعيا فى منتصف القرن التاسع عشر.

واستخدام الطريقة اللفظية يتضمن تدريب البقايا السمعية عند الطفل وهو ما يعرف بالتدريب السمعى Auditory Training .. إضافة إلى ذلك فإنها تتضمن تعليم الطفل قراءة الكلام Speech Reading ويؤكد على ضرورة استخدام المعينات السمعية :-

(أ) التدريب السمعى Auditory Training

ويقصد به تعليم الطفل المعوق سمعيا لتحقيق الاستفادة القصوى من البقايا السمعية المتوفرة لديه ، ويشتمل التدريب السمعى على تدريب الطفل على الإحساس ، والوعى بالأصوات المختلفة فى البيئة وتمييز أصوات الكلام .

وللتدريب السمعى دور هام فى تطوير قدرة الطفل على السمع ، وتطوير النمو اللغوى لدى الطفل خاصة إذا ما تم البدء بتقديم التدريب فى سن مبكرة ، ويفضل أن يستعين المعلم أو الوالدين بالتقنيات الحديثة أثناء تدريبهم للطفل على التدريب السمعى وعدم الاعتماد على السماعة الفردية التى يضعها الطفل . وتمتاز أجهزة التدريب السمعى بأنها توفر للطفل

صوتا أكثر نقاءا ، ومستوى ثابتا من شدة الصوت بغض النظر عن بعد الطفل عن مصدر ذلك الصوت . كما أنه يمكن ضبط هذه الأجهزة والتحكم فيها بما يلائم حاجة الطفل .

(ب) قراءة الكلام SpeechReading

ويشار إلى قراءة الكلام أحيانا بقراءة الشفاه Lip Reading ويقصد بذلك تعليم الطفل المعوق سمعيا على استخدام ملاحظاته البصرية لحركة الشفاه ومخارج الأصوات ، بالإضافة إلى بقايا السمع من أجل فهم الكلام الموجه إليه ، وهناك أساليب مختلفة لتعليم قراءة الكلام منها الأسلوب التحليلى الذى يقوم على تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية لتعليم الطفل تمييزها ، ومن ثم يجمع بين هذه المقاطع ليميز الكلمة كاملة ، وهنالك أسلوب آخر يقوم على تعليم الطفل فهم معنى النص أولا ، ومن ثم تمييز الشفتين عند نطق أصوات بعض الحروف ، علاوة على أن بعض الحروف (الحروف الحلقية) لا تظهر على الشفتين ، فإن البعض يستخدم حركات اليد أمام الوجه لمساعدة قارئى الشفاه لتمييز تلك الأصوات الصعبة ويعرف هذا الأسلوب بأسلوب الكلام المر مز ، وبالطبع فإن الطريقة اللفظية لا تقتصر على تعليم الطفل فهم كلام الآخرين ، وإنما تعلم الكلام أيضا وعلاج عيوب النطق ، وهناك إحدى طرق التدريب على النطق وهى طريقة اللفظ المنغم ، وتقوم هذه الطريقة على استخدام الحركات الجسمية خاصة حركات الجزء العلوى من الجسم وتدريبات التنفس المختلفة فى التدريب على النطق ، ويعتقد أنصار هذه الطريقة بأن الحركات الجسمية المصاحبة للموسيقى تساعد فى إخراج الأصوات وإتقانها .

(٢) الطريقة اليدوية Manual Communication

وتشير الطريقة اليدوية فى الاتصال إلى استخدام اليدين فى التعبير بدلا من النطق اللفظى ، وتقسم الطريقة اليدوية إلى الإشارة الكلية وأبجدية الأصابع وغالبا ما يصطلح على الطريقة اليدوية فى الاتصال بلغة الإشارة .

فى الإشارة الكلية يتم استخدام إشارة محددة بواحدة من اليدين أو كليهما للدلالة على شئ ما ، وما من شك أن الإشارات المستخدمة يتم التعارف عليها بعد شيوع استخدامها .

وفى كثير من الحالات يقوم المختصون بجمع هذه الإشارات التى يستخدمها الأشخاص الصم فى أماكن سكناهم ومجتمعاتهم المحلية ، ومن ثم تنقيح هذه الإشارات وتوثيقها واستخدامها فى التعليم على مستوى أوسع ، وعليه فإن لغة الإشارة تختلف من قطر إلى آخر، وإن كان هناك درجة من التشابه فى بعض الإشارات ، وبالنسبة للموضوعات المستجدة فى المجتمع كالمستحدثات التكنولوجية فإنه يتم استحداث الإشارات اللازمة من قبل المختصين العاملين فى مجال لغة الإشارة.

أما بالنسبة لأبجدية الأصابع فهى عبارة عن استخدام أصابع اليدين فى تهجئة الحروف المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلا معينا ، ويتم التفاهم بين مستخدمى أبجدية الأصابع عن طريق حركات الأصابع وتهجئة الكلمات يدويا بدل نطقها لفظيا .

(٣) التواصل الكلى TotalCommunication

طريقة التواصل الكلى عبارة عن استخدام أكثر من طريقة من الطرق السابقة معا فى الاتصال مع الصم ، كما تتضمن أيضا طريقة تنمية البقايا السمعية ، وتعتبر طريقة التواصل الكلى من أكثر طرق الاتصال شيوعا فى الوقت الحاضر ، ويعتبر الكثيرون أن استخدام اللفظ والإشارة معا أثناء الحديث مع الطفل الأصم يساعد فى التغلب على الثغرات التى قد تنجم عن استخدام أى منهما بشكل منفرد علاوة على أن هذه الطريقة تستجيب بشكل أفضل للخصائص المتميزة لكل طفل ، فالأطفال الذين يتقنون أبجدية الأصابع نستخدم فى حديثنا معهم اللفظ وأبجدية الأصابع ، بينما نقرن اللفظ بالإشارة الكلية بالنسبة لمن يتقنون الإشارة ولا يتقنون أبجدية الأصابع . (يوسف القريوتى وآخرون ،٢٠٠١ : ١٢٨ -١٣٢)

ولذلك يتضح أن إعاقة الطفل السمعية ودرجة الإعاقة والعمر الذى حدثت فيه الإعاقة ، ومدى توافر الخدمات المختلفة كالتدريب على النطق أو التدريب السمعى أو قواميس لغة الإشارة والوسائل السمعية المعينة تعتبر عوامل هامة فى تحديد طريقة التواصل الأكثر مناسبة . وتعتبر طريقة التواصل الكلى هى الطريقة الأكثر مناسبة لمختلف فئات المعوقين سمعيا . فعلاوة على أنها تيسر الاتصال فهى توفر الفرصة للأطفال لتعلم لغة الإشارة من جهة وتنمية قدرتهم اللفظية من جهة أخرى .

وكذلك فإن هذه الطريقة أيضا تجعل المعوق سمعيا أكثر أهلية للنجاح فى الاندماج الاجتماعى ، إذ أنها تسهم فى التغلب على الصعوبات الناجمة عن عدم إتقان العامة للغة الإشارة من جهة والمساعدة فى توضيح ما قد يشوب لفظ الطفل الأصم من عيوب وعدم وضوح

المهارات الاجتماعية

تلعب المهارات الاجتماعية دورا مهما فى تعزيز الصحة النفسية للأطفال بوجه عام والأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على وجه الخصوص ، كما أن البحث فى تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذو أهمية خاصة فى مجال البحث الإكلينيكى والممارسات المهنية العملية ، وذلك من خلال البرامج والإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التى تقدم للأطفال فى المدارس العادية ومدارس التربية الخاصة .

مفهوم المهارات الاجتماعية :

يشير محمد الشيخ (١٩٨٥) أن المهارة الاجتماعية هى إظهار المودة للناس وبذل الجهد لمساعدة الآخرين.

وتشير ماجدة محمد (١٩٨٦) إلى أن المهارات الاجتماعية هى قدرة الشخص على إحداث التأثيرات المرغوبة فى الآخرين ، والقدرة على إقامة تفاعل اجتماعى ناجح معهم ومواصلة هذا التفاعل .

فى حين تعرفها ريهام فتحى (٢٠٠٠) بأنها مهارة الفرد فى تحمله مسئولية الالتزام بالمعايير الاجتماعية السليمة فى مواجهة المواقف الصعبة، وتأكيد ذاته والتعبير عنها، وتحقيق التواصل الاجتماعى مع من حوله دون الإحساس بالخوف أو الخجل أو توقع الفشل .

ويعرفها عادل عبد الله (٢٠٠١) بأنها عادات وسلوكيات مقبولة اجتماعيا يتدرب عليها الطفل إلى درجة الإتقان والتمكن من خلال التفاعل الاجتماعى الذى يعد بمثابة مشاركة بين الأطفال من خلال مواقف الحياة اليومية التى تفيد فى إقامة علاقات مع الآخرين .

وأوضح هاني عتريس (١٩٧٧) أن المهارات الاجتماعية فى إطار الاتصال الشخصى تتكون من العناصر التالية :

(١) مهارات الاتصال اللفظى Verbal Communication
وتتركز هذه المهارات حول أدب الحديث والحوار وأن تكون أشكال الكلام وصيغ الاتصال اللفظى موافقة ومثيبة للآخرين ويندرج تحتها المهارات التالية :

(أ) المودة : وهى تنطوى على قبول طرق التفاعل الآخر ومشاعر الدفء تجاهه والحرص على جعل اللقاء ممتعا .

(ب) الحفاظ على تقدير الذات لطرق التفاعل : وتعنى الحرص على تجنب ما قد يضير بتقدير طرق التفاعل الآخر لذاته أو ما يفقده ماء وجهه .

(ج) تجنب صيغة الإلزام : وتعنى ضرورة التخفيف من استخدام صيغة الأمر والمطالب المباشرة والكثيرة .

(د) معرفة كيفية الاعتراض أو قول (لا) بمعنى الحرص على تأكيد نقاط الاتفاق وتجنب مواقع الاختلاف عند التحاور كقول نعم – لكن ، أو الاعتراض بإبداء الأسف مصحوبا بإشارات إيجابية غير لفظية كالابتسام مثلا .

(هـ) تهذيب الخطأ فعند تجاوز قاعدة معينة أو التسبب فى إحباط الآخرين أو إغضابهم أو الإساءة إليهم – يحاول الفرد إصلاح ذلك الأمر والتخفيف من وقعه من خلال الترضية عن طريق الاعتناء وإبداء الأسف أو ذكر الأعذار أو التبريرات .

(و) تجنب تجاوز القواعد : أى تجنب مقاطعة شخص ما أثناء الحديث معه أو النكات غير المناسبة.

(٢) مهارات الاتصال غير اللفظى Non – verbal Communication

وتشمل الحيز بين الشخص ويشير إلى المسافة التى تفصل بين طرفى التفاعل ويتخذ أربع صور :

(أ) حيز العلاقات شديدة الخصوصية .. ويتراوح من الالتصاق البدنى الكامل إلى مسافة ٦-١٨ بوصة ، ويستخدم فى النشاطات الأكثر خصوصية .
(ب) حيز العلاقات الشخصية .. ويتراوح مدة قطره من ٢-٤ قدم ، وهى أكثر المسافات التى يستخدمها فى الحوار مدعاة للراحة .
(ج) الحيز الاجتماعى .. وتتراوح مسافته بين ٤-١٢ قدم وهى تفصل بين اثنين يعملان معا أو يعقدان صفقة مالية أو بين الأشخاص فى المواقف الاجتماعية .
(د) الحيز العام .. ويبدأ من ١٢ قدم فأكثر ويستخدمه المدرسون أو المتحدثون فى التجمعات العامة .
- خصائص الصوت .. ويدخل فى ذلك نغمة الصوت ونبراته ومداه ومعدل الكلام
- لغة البدن .. فالاتصال بين الشخص يتم من خلال حركات الجسم وإيحاءاته المختلفة كحركات الذراع أو اليد أو الأرجل .
- لغة العيون (التلاحم البصرى .. شدة التقاء النظرات ، إشارات غير لفظية هامة فى تحديد كيف نشعر تجاه شخص ما فى موقف ما .

- تعبيرات الوجه .. فلكل وجه رسائله الفريدة التى هى مؤشرات انفعالية تعكس بوضوح الحالة الداخلية للشخص : كالغضب ، الحزن ، السعادة ، الدهشة ، الاشمئزاز والخوف . (هاني عتريس ، ١٩٩٧ : ١٥-٢٨) كما حدد محمد عبد الرحمن (١٩٩٨ : ١٦) مكونات المهارات الاجتماعية وفقا لمقياس ماتسون وآخرون للمهارات الاجتماعية للصغار وذلك على النحو التالى :

(١) المبادأة بالتفاعل : وتعنى قدرة الطفل على بدء التعامل من جانبه مع الأطفال الآخرين لفظيا أو سلوكيا ، كالتعرف عليهم أو مد يد العون أو زيارتهم أو تخفيف آلامهم أو إضحاكهم .

(٢) التعبير عن المشاعر السلبية : وتعنى قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره لفظيا أو سلوكيا كاستجابة مباشرة لأنشطة وممارسات الأطفال الآخرين التى لا تروق له .

(٣) الضبط الاجتماعى الانفعالى : وتعنى قدرة الطفل على التروى وضبط انفعالاته فى مواقف التفاعل مع الأطفال الآخرين ، وذلك فى سبيل الحفاظ على روابطه الاجتماعية

(٤) التعبير عن المشاعر الإيجابية : وتعنى قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة من خلال التعبير عن الرضا عن الآخرين ومجاملتهم ومشاركتهم الحديث واللعب وكل ما يحقق الفائدة للطفل ولمن يتعامل معه .

ومع هذا فإن معظم الباحثين يرون أن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لا تخرج فى معظمها عن : التعليمات ولعب الدور ، والتغذية المرتدة والتدعيم والنمذجة وأخيرا الممارسة.

(١) التعليمات : وتتضمن تلك التعليمات وصفا للاستجابات المناسبة وكيفية أدائها ، ويجب أن تكون التعليمات محدده ودقيقة .

(٢) النمذجة : وهى إتاحة نموذج سلوكى مباشر (شخصى) أو ضمنى (تخيلى) للمتدرب ، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكى المعروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير باقى سلوكه .

(٣) لعب الدور : ويتمثل فى قيام الفرد بتمثيل الدور الذى يصعب القيام به فى الواقع الفعلى قد يجعله أكثر ألفة به ، ومن ثم اعتياداً عليه وأقل تهيبا من أدائه فيما بعد فى مواقف طبيعية ، وأكثر وعيا بأوجه الصعوبة التى يخبرها فيها ، ومن ثم يعمل على تجنبها فضلا عن أنه يمكنه من إجراء بيان عملى" بروفة " على السلوك قبل تنفيذه ، وهو ما يتيح له الفرصة للنقد الذاتى وتلقى نقد الآخرين وتقييمهم لأدائه بصورة موضوعية لن تتاح له فى الواقع الذى قد تكلف الأخطاء فيه زمنا باهظا يدفعه الفرد خصما من رصيد توافقه النفسى وعلاقاته الشخصية .

(٤) التغذية المرتدة والتدعيم : وتعنى تقييم أداء العميل للمهارة وإرشاده إلى نقاط ضعف أو قوة الأداء ، مع تقديم التدعيم الاجتماعى للأداء الجيد وهذه المدعمات قد تكون : تشجيعا، ثناء، امتداحا ، مكافآت ، اشتراك فى أنشطة ترويحية ، وقد يكون التدعيم الإيجابى ببونات التدعيم .

وقد يكون مصدر التدعيم داخليا وقد يكون فى هذه الحالة أكبر أثرا حينئذ من التدعيم الخارجى من الآخرين ، كأن يوجه عبارة معينة لنفسه أو يعد نفسه بمكافأة عينية . ومن المتوقع أن يصبح التدعيم أكثر تأثيرا حين تتوافر فيه شروط معينة كأن يصدر عقب فترة قصيرة من صدور الاستجابة ويلى حاجات ورغبات المتدرب ويكون متنوعا وغير متوقع ويتناسب طرديا مع حجم التقدم المنظور .

(٥) الممارسة : وتقصد بها قيام العميل بممارسة المهارة التى تعلمها خارج الجلسات فى الحياة الواقعية حتى يتحسن أداؤه لها مع متابعته فى الجلسات التالية .. ولذلك ففى نهاية كل جلسة يعطى العميل واجبا منزليا محددا يقوم فيه بممارسة المهارات التى تعلمها وتكون هذه الواجبات متدرجة الصعوبة بحيث تكون سهلة فى البداية .. لأن النجاح سيزيد من ثقته بنفسه وقدرته على النجاح لاحقا . (إيمان الكاشف ، هشام عبد الله ، ٢٠٠٧ : ٣٧-٤١)

المهارات الاجتماعية لدى ذوى الإعاقة السمعية :

لقد وجد " ريفيش وروثروك " أن فئات المشكلات السلوكية التى أبداها الأطفال الصم كانت متشابهة جدا لفئات المشكلات السلوكية التى وجدت عند أفراد مرضى آخرين (مشكلات السلوك) مشكلات الشخصية ، عدم النضج ، عدم الكفاية ، وعلى أية حال فقد تم اكتشاف مجالين آخرين للمشكلات السلوكية يعتقد أنهما فريدان بالنسبة لمجتمع الصم – هما :

(١) مشكلات الانعزال وتشمل : الانسحابية ، السلوكية غير العاطفية والسلوكيات السلبية .

(٢) مشكلات الاتصال وتشمل : سلوكيات إرسال وتسلم الرسائل وقد أصبح من المسلم به أن نقص المهارات الاجتماعية يمثل إشكالية عند الأطفال الصم .

وقد ظهرت مجموعة كبيرة من الدراسات توضح بدرجة كبيرة طبيعة ومدى نقص المهارات لدى الصم تفيد معظمها أنه يوجد لديهم نقص فى العلاقات البين شخصية الذى ينعكس على انعدام التوافق الناجح فى المجتمع حيث يؤدى ضعف القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعى عند المعاق سمعيا يحاول تجنب مواقف التفاعل الاجتماعى التى تتضمن فردا واحدا أو اثنين على الأكثر .. كما أظهرت الدراسات أن درجة وشدة الإعاقة تؤدى إلى ازدياد التباعد لدى الأصم ، ولذلك غالبا ما

يندمج المعاقون سمعيا مع بعضهم البعض كجماعة ذات مهارات اجتماعية واحدة ، ولديها خصائص تفاعل اجتماعى متقاربة ، بينما يكون الأصم بالنسبة لأقرانه من العاديين أكثر نزوعا للانسحاب وميلا للعزلة والانطواء مما يؤدى إلى تأخر نضجه النفسى والاجتماعى ، وأيضا إلى الشعور بنقص شديد فى تقدير لذاته والقدرة على التعبير عن نفسه ، مما يولد لديه العديد من السمات والخصائص غيى المرغوبة مثل الحساسية المفرطة لردود فعل الآخرين والشك فى أى تصرف منهم ، الشعور بالخوف والفشل وسرعة الاستثارة والعصبية .(إيمان كاشف ، ٢٠٠٤)

دور الأسرة فى تنمية المهارات الاجتماعية :

بما أن الأسرة أكثر المؤسسات التصاقا بالفرد ، فإن أسلوب التنشئة فيها يساعد على ارتقاء مهاراته ، إذا سار فى الوجهة التى تدعم السلوك الاجتماعى المناسب .
وإن العمل على جذب اهتمام الطفل والاقتراب منه بمودة واكتسابه كصديق والاعتراف به كشخص له أهميته ، سوف يؤثر فى بنائه النفسى إلى حد كبير ، وإذ نجحنا فى تحقيق هذا الشعور فمن الممكن تنشيط دوافعه واكتسابه كصديق بدلا من عزلته وانطوائه ، وقد تدفعه عمليه العزلة المفروضة عليه إلى حقده على الآخرين الذين يستطيعون أن يفعلوا ما لا يستطيع هو، فيزداد حقده وكرهه إلى من حوله وتتسم تصرفاته وسلوكياته مع الآخرين بالعنف والتحدى .الطفل ذى الإعاقة السمعية.

طرق الوقاية من الإعاقة السمعية :
أشارت منظمة الصحة العالمية إلى ثلاث مستويات من الوقاية من الإعاقة السمعية وهى:
المستوى الأول:
ويهدف إلى إزالة العوامل التى أدت لحدوث الإعاقة السمعية وهى:

١) التطعيم ضد الحصبة الألمانية وضمان حصول المرأة على الطعون قبل الحمل.
٢) الكشف عن حالات عدم توافق الدم عند الخطيبين (RH) .
٣) عدم تناول الأم الحامل لأية أدوية دون استشارة الطبيب.
٤) الحد من زواج الأقارب.
٥) رعاية الأم الحامل.

المستوى الثانى:

ويهدف للتدخل المبكر لمنع المضاعفات الناتجة عن العوامل المسببة لحالة الخلل أو الإعاقة ويتمثل ذلك فيما يلى:

١- تقديم العلاج الطبى اللازم للحالات التى يكتشف الإصابة لديها فى الجهاز السمعى ويمكن علاجها.

٢- الكشف المبكر عن حالات الصعوبة السمعية.

٣- تقديم المعينات السمعية المناسبة لمحتاجيها.

المستوى الثالث:

ويهدف لمنع حدوث مضاعفات محتملة لحالة العجز وهى مثل:

١- توفير خدمات التربية الخاصة وتوفير فرص العمل للمعوقين سمعياً.

٢- إعفاء الأجهزة الخاصة بالصم من الرسوم الجمركية.

٣- إقامة دورات مجانية لتعليم لغة الإشارة لأسر ذوى الإعاقة السمعية وأبناء المجتمع حتى يمكن تسهيل فرص الاتصال والتفاعل الاجتماعى لذوى الإعاقة السمعية.

٤- توفير أنشطة مختلفة على جميع المستويات ويكون لذوى الإعاقة السمعية حق الاشتراك فيها من خلال : النوادى مع الأفراد عادى السمع للحيلولة دون عزلهم اجتماعياً.

٥- تخصيص عدد من المواطنين بالدوائر الحكومية والقطاع العام لتقديم الخدمات الخاصة بذوى الإعاقة السمعية.

٦- العمل على بقاء المواطنين ذوى الإعاقة السمعية على دراية بجميع الأحداث المحلية والعالمية من خلال تلخيص يبث لهم عن تلك الأحداث بلغة الإشارة .

الاعاقة البصرية

مقدمة عن الإعاقة البصرية

نال مجال الإعاقة والمعوقين اهتماما بالغا في السنوات الأخيرة ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بان المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فان اهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد، والتحول من اعتبارهم عاله اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن

وبما أن الإنسان يعتمد على حواسه الخمس : السمع ، والبصر ، والمس ، والشم ، والذوق ، في الحصول على المعلومات والتعرف على البيئة المحيطة به ، وأي اختلال أو فقدان لواحدة أو أكثر من تلك الحواس يعني اعتمادا أكبر على الحواس الأخرى المتبقية ، وحيث أن حاسة الإبصار تلعب دورا مهما جدا في عملية التفاعل التي تتم بين الإنسان وبيئته ، علاوة على أن الجزء الأكبر من التعليم يتم عن طريق حاسة الإبصار ، فان تلك الحاسة هي التي تتولى عملية تنسيق وتنظيم الانطباعات التي يتم استقبالها عن طريق الحواس الأخرى .

وبذلك فالمعاق بصريا يعيش عالما ضيقا محدودا نتيجة لعجزه ويود لو استطاع التخلص منه والخروج إلى عالم المبصرين ، فهو لديه حاجات نفسيه لا يستطيع إشباعها ، واتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين ، ويواجه مواقف فيها أنواع من الصراع والقلق . كل هذا يؤدي بالمعاق بصريا إلى أن يحيا حياه نفسيه غير سليمة ، قد تؤدي به إلى سؤ التكيف مع البيئة المحيطة به .

ومن هنا تنبع الحاجة إلى الخدمات الإرشادية للمعوقين بصريا مثل غيرهم العاديين ، وذلك لمساعدتهم على إشباع حاجاتهم النفسية ومواجهة مشكلاتهم الخاصة ، والتغلب على الآثار النفسية المترتبة على إعاقتهم مثل الصراع والقلق والإحباط والانطواء ، وتعديل ردود الفعل للاتجاهات الاجتماعية السلبية التي تحاول عزلهم عن الأفراد العاديين ، وتقديم خدمات الإرشاد الأسري والتربوي والمهني المناسبة لهم .

مقدمة عامة للإعاقة البصرية

أولا : نظره تاريخية لتطور رعاية المعوقين بصريا :

١ – قديماً :

لم تكن هناك أي رعاية تربوية تذكر أبان تلك العصور حيث عاش المعاق بصريا عيشة بؤس وشقاء حيث يلجأ بعض الأباء إذا كف بصر بعض أبنائهم ليستدروا عطف الناس عند التسول ، ولقد ورد في الكتابات القديمة لأفلاطون وار سطو ضرورة التخلص من المعاق بصرياً بالإعدام أو النفي خارج البلاد ، وجاء ذلك في قوانين ليكروجوس وسولون ، وفي روما ظل الناس فترة طويلة من الزمان يغرقون المعاق بصرياً في نهر التيبر حتى جاء رمولوس فحد من هذا التصرف بعض الشيء إذ طلب ضرورة تشكيل جمعيات أهليه للبت في مدى صلاحية المعاق بصرياً للمواطنة الصالحة من عدمه ، ولعل مرد هذا النبذ للمعاق بصرياً يرجع إلى بعض المعتقدات والخرافات الثقافية التي كانت سائدة عنه تلك الفترة كالخرافة الثقافية القائلة بأن لمس المعاق بصرياً قد ينقل العدوى إلى الملامس وان يديه خطرتان على الصحة العامة حتى إن بعض الأمهات لا يسمحن للمعاق بصرياً بلمس أطفالهن ، وتظهر طبيعة ذلك النبذ الاجتماعي في رفض المجتمعات القديمة للمعاق بصرياً بممارسة أي عمل إلا في أضيق الحدود ، ففي مصر القديمة مثلا عين المعاق بصرياً في بعض الأعمال البسيطة .

كما إن بعض المجتمعات كانت تعتبر المعاق بصرياً تجسيد للعنة الآلهة ولذلك كان المعاق بصرياً يلقي ألوانا من الاضطهاد والإذلال قد تصل إلى حد القتل ، وبعض الجماعات القديمة كانت تعتبر المعاق بصرياً عالة على المجتمع وانه يضعف من قوتها وشأنها فلا مناص من الخلاص منه عملا بالمبدأ الذي كانوا يؤمنون به وهو ضرورة الاستغناء عن كل عضو ضعيف في المجتمع .

٢ – حديثاً :

صدر في إنجلترا عام ١٦٠١ قانون اليزابيث للفقراء ولقد استفاد المعاق بصرياً من هذا القانون بحسبانه من الفقراء إلى جانب المنح التي كانت تمنح له من وقت إلى آخر حيث كان الإحسان فقط هو وسيلة لتكيف المعاق بصرياً آنذاك . أما في فرنسا فقد أتيحت له حرية البحث عن الطعام في

الطرقات واستثارة الناس بشتى الوسائل حتى أسس الملك لويس ملجأ لإيواء ثلاثمائة معاق بصرياً وكانت الخدمات التي تقدم له تستهدف رفع معنوياته وتكيفه مع من حوله وما حوله .

وكانت أول محاولة للرعاية التربوية للمعاق بصرياً في تلك الفترة على يد (فالنتين هوى) في باريس إذ التقط معاقاً بصرياً من الشارع كان يستجدي وأدخله مدرسة أسسها هو بنفسه وأطلق عليها اسمه وسرعان ما أصبح عدد تلاميذها أثنى عشر تلميذا قامت بتمويلها جمعية رعاية ضعاف البصر في باريس ، ولقد استخدم فالنتين مجموعة من الأحرف البارزة التي يتمكن المعاق بصرياً بلمسها بأصابعه أن يقرأ ، ثم أنشأت بعد ذلك عدة مدارس للمعاقين بصرياً في: ليفربول ، أدنبره ، بريستول ، لندن ، وفي اغلب العواصم الأوربية (لطفي بركات احمد ، ١٩٨٢) .

وهكذا بدأت الرعاية التربوية للمعاق بصرياً تنمو باطراد نتيجة مقالات (فولتير) التي ابرز فيها أن المعاق بصرياً يستطيع الاعتماد على نفسه إذا ما أتيح له فرص التأهيل والتدريب المهني السليم .

وفي مطلع القرن التاسع عشر أصبح تعليم المعاق بصرياً إلزاميا ، وظهرت طريقة (لويس برايل) وطريقة (مون) وهما طريقتان للكتابة البارزة ، أما بالنسبة لتعليم المعاق بصرياً الراشد فقد أعد له نظام التعليم في المنازل وابتدعت (اليزابيث جلبرت) هذا النظام ودعمته بوسائل تربوية متعددة.

٣ – القرن العشرين والحالي :

مع بداية هذا القرن بدأت صيحات المربين تصل إلى كل مكان منادية بضرورة اضطلاع الدولة بمسئوليتها نحو المعاق بصرياً حتى صدر في إنجلترا عام ١٩٢٠ قانون للمعاق بصرياً يضمن له مستوى معيشي امنا ومن ثم اصبح عمل الجمعيات الخيرية وهيئات الإحسان الأهلية بمجرد تقديم المساعدات الثانوية للمعاق بصرياً .

وفي الوطن العربي كانت أول محاولة لتعليم المعاق بصرياً في مصر في صورة مدرسة خاصة أسسها معلم اللغة العربية يسمى(محمد أنس) في شيخون بالقاهرة وسافر إلى أوربا للإطلاع على نظم وطرق تعليم المعاق بصرياً واستيراد مطبعة لطبع الكتب بطريقة برايل . وكانت هذه المدرسة توقفت برحيل صاحبها، وأنشأت بعد ذلك الجمعية الإنجليزية لرعاية العميان التي اهتمت بتعليم المعاق

بصرياً المهن المختلفة ، وبعد الحرب العالمية الأولى بدأت وزارة المعارف في ذلك الوقت بالاهتمام بإنشاء معاهد خاصة للمعاق بصرياً كانت أولها مدرسة الجمعية الوطنية عام ١٩٣٥ ، كما أنشأت في الوقت نفسه قسما إضافيا لخريجات مدرسة المعلمات للتخصص في تربية المعاق بصرياً ثم أخذت تتوسع بعد ذلك في إنشاء معاهد للمعاقين بصرياً في القاهرة والأقاليم واقتصر التعليم في تلك الفترة على المرحلة الابتدائية التي تنتهي بالتعليم المهني.

تعريف الإعاقة البصرية :

١ – التعريف اللغوي :

تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية للتعرف بالشخص الذي فقد بصره وهذه الألفاظ هي :

كلمة الأعمى : وهي مأخوذة من أصل مادتها وهي العماء ، والعماء هو الضلالة ، والعمى يقال في فقد البصر أصلا ، وفقد البصر مجازا وكلمة الأكمة : فمأخوذة من الكمه ، والكمه هو العمى قبل الميلاد .

وكلمة الاعمه : مأخوذة من العمة ، والعمة كما في لسان العرب التحير والتردد ، وقيل العمة التردد في الضلالة والتحير في منازعة أو طريق . ويقال العمة في افتقاد البصر والبصيرة ، وقيل أن العمة في البصيرة كالعمى في البصر .

وكلمة الضرير : فهي بمعنى الأعمى ، لان الضرارة هي العمى ، و الرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره

وكلمة العاجز : فتطلق على المكفوف .

وكلمة الكفيف أو المكفوف : فأصلها من الكف ومعناها المنع . والمكفوف هو الضرير وجمعها المكافيف

٢ – التعريف القانوني :

يشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية . من وجهة نظر الأطباء . والذي تأخذ به معظم السلطات التشريعية ، إلى أن الشخص المعاق بصرياً : هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة الأبصار Visual Acuity عن ٢٠/٢٠٠ (٦/٦٠) قدم في احسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية ، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة ٢٠٠ قدم ، يجب أن يقرب إلى مسافة ٢٠ قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر معاقاً بصرياً حسب هذا التعريف . وهذا التعريف هو التعريف المعتمد قانونياً في الولايات المتحدة ومعظم الدول الأوروبية .

أما منظمة الصحة العالمية فإنها تعتمد درجة مختلفة . فالكفيف وفق معيارها هو من تقل حدة إبصاره عن (٦٠/٣) . ولو حاولنا ترجمة ذلك وظيفياً فإنه يعني أن ذلك الشخص لا يستطيع رؤية ما يراه الإنسان سليم البصر عن مسافة (٦٠) متراً إلا إذا قرب له إلى مسافة (٣) أمتار . ويشيع استخدام تعريف منظمة الصحة العالمية في الدول الأقل نمواً.

حدة الإبصار Visual Acuity هي قدرة العين على تمييز تفاصيل الأشياء وتقدر حدة الإبصار العادية بأنها ٢٠/٢٠ ، ويشير المجال البصري إلى المنطقة البصرية الكلية التي يستطيع الفرد أن يراها في لحظة معينة . العين العادية تستطيع أن ترى بزاوية تبلغ ما بين ٦٠ إلى ٧٠ درجة ، وعندما يكون مجال الإبصار محددا فان المنطقة البصرية تكون أقل .

أما الأفراد ضعاف البصر Partially Sighted فانهم يعرفون أيضا من جانب السلطات القانونية بأنهم أولئك الأفراد الذين يمتلكون حدة الإبصار تتراوح من ٧٠/٢٠ إلى ٢٠٠/٢٠ في العين الأفضل بعد التصحيح الممكن (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٨٣) .

إن أهمية التعريف السابق تأتي من أنها تحدد المعاني القانونية التي تقدر مدى أهلية الفرد للحصول على مختلف الخدمات التي يقدمها المجتمع للمعاقين بصرياً خاصة في المجتمعات التي يلزم فيها القانون تقديم امتيازات مادية أو تربوية أو تسهيلات أخرى لهم .

٣ – التعريف التربوي :

يرى الأخصائيون التربويون انه نظرا لان التعاريف القانونية تضع التركيز بصفة أساسية على حدة الإبصار ، فان هذه التعاريف لا تتيح معلومات ثابتة حول الطريقة التي يستطيع الفرد أن يسلك بها ، أو أن يؤدي وظائفه في الإطار الاجتماعي . وبالإضافة إلى ذلك فان التعريف القانوني يفشل في إيضاح درجة الكفاءة أو الفعالية التي يستخدم بها فرد من الأفراد الجزء المتبقي لديه من البصر. وكان من نتيجة ذلك أن التعريف التربوي يفرق بين الشخص الكفيف والشخص ضعيف البصر على أساس الطريقة التي يتعلم بها كل منهم على أفضل نحو ممكن .

فالتعريف التربوي يشير إلى أن الشخص الكفيف ، هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل Braille Method

أما ضعاف البصر فهم الأفراد الذين يستطيعون قراءة المادة المطبوعة على الرغم مما قد تتطلبه هذه المادة أحيانا من بعض أشكال التعديل (على سبيل المثال، تكبير حجم المادة ذاتها أو استخدام عدسات مكبرة)

تعريف إرشاد المعاقين بصرياً :

١- تعريف الإرشاد النفسي :

الإرشاد هو المساعدة المقدمة من فرد إلى آخر لحل مشكلاته ورفع إمكانياته على حسن الاختيار والتوافق وهو يهدف إلى مساعدة الإفراد على تنمية استقلالهم وتنمية القدرة على أن يكونوا مسئولين عن أنفسهم

(فاروق عبدالسلام وآخرون ، ١٩٩٢) .

ولقد توصل حامد زهران إلى تعريف للتوجيه والإرشاد على أنه؛ عملية بناءه تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه شخصياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً وزواجياً (حامد زهران ، ١٩٨٠،) .

٢- تعريف إرشاد الفئات الخاصة :

من خلال تعريفنا للإرشاد النفسي يمكن أن نعرف إرشاد الفئات الخاصة بشكل عام بأنها عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نموهم نفسياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً وزواجياً ، وحل مشكلاتهم المرتبطة بحالات إعاقتهم أو تفوقهم أو الناتجة عن الاتجاهات النفسية والاجتماعية تجاههم وتجاه حالاتهم بهدف تحقيق التوافق والصحة النفسية (حامد زهران ، ١٩٨٠) .

٣- تعريف إرشاد المعاقين بصريا :

ويمكننا من خلال استعراض التعريفات السابقة أن نحدد تعريف خاص لإرشاد المعاقين بصرياً على النحو التالي :

هو عملية تقديم المساعدة للمعاق بصرياً في اكتشاف وفهم وتحليل شخصيته نفسياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً ، وحل مشكلاته المرتبطة بإعاقته أو الناتجة عن الاتجاهات الاجتماعية لأفراد المجتمع نحوه ، حتى يحقق أفضل مستوى للتوافق مع إعاقته وتقبلها والتوافق مع مجتمعه (بتصرف من الباحث) .

مظاهر الإعاقة البصرية :

تتعدد مظاهر الإعاقة البصرية ومنها :

١ – حالة قصر النظر Myopia :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة ، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية ،وذلك لأن كرة العين Eye Ball أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة Concave Lens لتصحيح رؤية الأشياء ، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها(فاروق الروسان ، ١٩٩٦) .

٢ – حالة طول النظر Hyporopai :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة ، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين اقصر من طولها الطبيعي ، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة Convex Lens لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها (فاروق الروسان ، ١٩٩٦) .

٣ – حالة صعوبة تركيز النظر (اللابؤرية) Astigmatism :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز Notion Focus أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح ، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة ، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات الأسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء ، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية(فاروق الروسان ، ١٩٩٦) .

٤- الجلاكوما Glaucoma :

يعرف مرض الجلاكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق ، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية (الرطوبة المائية) ، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك ، مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل مقلة العين ، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر . ويعد هذا المرض سبباً من أسباب الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصرياً ، ونادراً ما يكون سبباً للإعاقة البصرية لدى صغار السن المعاقين بصرياً(كمال سالم سيسالم ، ١٩٩٧) .

٥- عتامة عدسة العين Cataract :

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد) . وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها . والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة . وتتلخص أعراض عتامة العدسة ، بعدم وضوح الرؤية والإحساس بأن هناك غشاوة على العينين مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر(يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٥،) .

٦- الحول Strabismus :

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي . ويكون الحول إما خلقياً أو وراثياً ، وإما أن ينتج عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الانكسارية في مرحلة الطفولة (طول النظر ، قصر النظر) أو ضعف الرؤية في إحدى العينين ، وكثيراً ما يكون ضعف عضلات العين واحداً من الأسباب الرئيسية للحول (يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٥) .

٧- الرأرأة Nystagmus :

وهي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي (يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٥) .

أسباب الإعاقة البصرية

تقسم أسباب الإعاقة البصرية إلى مجموعتين رئيسيتين هي :

١ – مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الميلاد Pre–natal Causes :

يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام. (فاروق الروسان، ١٩٩٦). وهي في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية حيث تمثل حوالي ٦٥% من الحالات . ومنها على سبيل المثال العوامل الجينية ، وسوء التغذية ، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية ، والعقاقير والأدوية ، والأمراض المعدية ، والحصبة الألمانية ، والزهري ... الخ وتعتبر هذه العوامل من العوامل العامة المشتركة في إحداث أشكال مختلفة من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية .

ولا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل أفضل (فتحي السيد عبدالرحيم ، ١٩٨٢). وتعتبر المعلومات العلمية قاصرة عن العوامل الوراثية والأمر يتطلب مزيدا من البحوث في هذا الميدان .

٢ – مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الميلاد Post–natal Causes :

ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر ، وسؤ التغذية ، والحوادث والأمراض ، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية (فاروق الروسان ، ١٩٩٦) .

وما يقرب من ١٦% من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة وتحدث فيما بعد الميلاد (فتحي السيد عبدالرحيم ، ١٩٨٢) .

ومن هذه الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة البصرية المياه البيضاء ، والمياه السوداء ، مرض السكري ، أمراض الشبكية ، أمراض العدسة ، التهابات العين ، الحول ، الحوادث ، وأسباب أخرى

* فقد البصر بين الأطفال حديثي الولادة :

لقد أحرز العلماء نصرين عظيمين في المحافظة على بصر الأطفال حديثي الولادة:

النصر الأول :

في بداية القرن العشرين وجد أن الكثيرين من الأطفال يفقدون بصرهم بسبب التهابات العين الطفيلية إلى أن تبين أن هذا النوع من العمى ينشئ عن مواد عضوية معدية ، توجد في عنق رحم الأم ،

ويمكن إنقاذ الطفل بتقطير نترات الفضة في عينيه بعد ولادته مباشرة (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) .

النصر الثاني :

في عام ١٩٥٠ كانت ٥٠% من حالات فقد البصر التي تصيب صغار التلاميذ قبل إلحاقهم بالمدارس ناشئة تقريبا عن وجود أنسجة ليفية خلف عدسات العين ، وكان هذا المرض شائعا خلال العقد الخامس من القرن الحالي (١٩٤٠-١٩٥٠) بين الأطفال الذين يولدون قبل تسعة شهور من الحمل ، وكان من المعتقد انه راجع إلى عامل غير معروف يؤثر في اكتمال نمو العين خلال مدة الحمل ، وان هذا العامل قد يتسبب أيضا في الولادة المبكرة (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) .

وكان النصر الكبير ثمرة للبحوث الجماعية التي أيدها ((المعهد القومي للأمراض العصبية والعمى)) التابع للحكومة الأمريكية ، إذ أكتشف العلماء أخيرا أن السبب في فقد البصر في تلك الحالات يرجع إلى الأكسجين المركز لدرجة كبيرة والذي كان يعطى للأطفال في حالات الولادة المبكرة ، كعلاج رتيب أثناء فترة بقائهم في الحاضنات (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) ، وقد اكتشف السبب المؤدي إلى هذا المرض عام ١٩٥٢ مما أدى بعد ذلك إلى التحكم في كمية الأكسجين التي يزود بها هؤلاء الأطفال إلى ٤٠% أو أقل وترتب على ذلك أن قل عدد الأطفال الذين يصابون بإعاقة بصرية نتيجة لهذا السبب بشكل ملحوظ.

(فتحي السيد عبدالرحيم ، ١٩٨٢) ازداد الاهتمام مؤخراً في دول العالم المختلفة بالتوجه نحو تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في البيئة التربوية العادية إلى الحد الأقصى الممكن . وقد عرف هذا التوجه بمبدأ البيئة الأقل تقييداً .

وقد انبثقت حركة الاهتمام بالدمج نتيجة جملة من العوامل من أهمها : جهود لجان الدفاع عن حقوق المعوقين ، والتشريعات ، وتغير اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة ، وجهود الآباء والأمهات ، ونتائج الدراسات التقويمية في ميدان التربية الخاصة المعروفة باسم دراسات الجدوى والتي أشارت إلى عدم فاعلية تدريس الأطفال المعوقين في المدارس والمؤسسات الخاصة ، وعدم قدرة هذه المدارس والمؤسسات على استيعاب جميع الأطفال المعوقين (منى صبحي الحديدي ، ١٩٩٨) .

وفي دول العالم المختلفة كان المعوقين بصرياً الأوفر حظاً بين ذوي الإعاقات المختلفة من حيث توافر الدمج الأكاديمي ، فإما يتم وضع المعاقين بصريا في فصول ذات تجهيزات خاصة ملحقة بالمدارس العادية ولكن الطفل يترك فصله من حين لآخر أثناء اليوم المدرسي ليشارك زملاءه المبصرين في نشاطهم الذي لا يحتاج إلى مجهود بصري. أو يتم وضع المعاقين بصريا في فصول عادية للأسوياء ذات تخطيط تربوي خاص حيث يسمح للطفل المعاق بصريا أن يترك الفصل العادي ويذهب إلى فصل خاص يزاول فيه النشاط التربوي المحتاج إلى استعمال دقيق للبصر . ويقوم هذا الرأي على زيادة إدماج الطفل المعاق بصريا مع المبصرين ومساعدته على إبراز ما عنده من قدرات وميول وتقويتها (سيد عبدالحميد مرسي، ١٩٧٥).
وإن اتخاذ مثل هذه الخطوة يتطلب الدراسة الواعية لكل المتغيرات والعوامل التي تضمن نجاحها ، ويقف على رأس هذه العوامل اتجاهات المعلمين والطلاب نحو المعوقين بصريا .

ففي دراسة مقارنة أجراها بومان Bauman 1964 بين مجموعتين من المعاقين بصرياً أحداهما تقيم إقامة داخلية في إحدى المدارس الداخلية الخاصة بالمعاقين بصرياً ، والأخرى تتعلم في المدارس النهارية . وجد بومان أن هناك فروقاً في التوافق الانفعالي لصالح المعاقين بصرياً في المدارس النهارية أي أن درجة التوافق الانفعالي للمقيمين إقامة داخلية من المعاقين بصرياً أقل من درجة التوافق التي أحرزها أقرانهم في المدارس النهارية .

ويظهر من هذه الدراسة أثر التفاعل بين المعاق بصرياً وأسرته من ناحية ، وتفاعله مع المبصرين في المجتمع من ناحية أخرى ، في تنمية الجوانب المختلفة لشخصيته ، وفي الحد من الإعتمادية على الآخرين ، مما يساعد على تنمية قدراته الذاتية مما يؤدي إلى الزيادة في توافقه الانفعالي مقارنة بأقرانه المقيمين في المدارس الداخلية الذين لا تتاح لهم فرصة التفاعل مع المبصرين في الأسرة والمجتمع (كمال سالم سيسالم ، ١٩٩٧) .

كما أجرى السرطاوي وآخرون ١٩٨٩ دراسة مسحية للتعرف على أراء المعلمين و المدراء في المدارس الابتدائية ومعاهد التربية الخاصة في مدينة الرياض ، نحو أنماط الخدمة التربوية المناسبة للمعوقين ودمجهم . وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود أثر دال لمتغير الجنس ، والمستوى

التعليمي ، وسنوات الخبرة على مدى تقبل دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية ، في حين لم يظهر أثر لمتغيري طبيعة العمل ومكان العمل على الدمج (زيدان السرطاوي ، ١٤١١هـ) .

ولهذا النوع من الدمج مزاياه وعيوبه يمكن أن نوجزها في التالي: (محمد عبدالمؤمن حسن، ١٩٨٦)

* المزايا :

١ – تسمح للأطفال المعاقين بصريا بالاندماج في الحياة العادية مع العاديين باستمرار ومع زملائهم العاديين بصفة خاصة .

٢ – عملية الدمج لا تحرم الأطفال المعاقين بصريا من التمتع باستمرار العلاقات الاجتماعية وممارستها في المنزل والمجتمع .

٣ – تتيح للطفل المعاق بصريا بالاختلاط مع زملاءه المعاقين بصريا وكذلك مع زملاءه الأسوياء ومحاولة مجاراتهم في تحصيل الخبرات والإسهام في الأنشطة وهذا يعتبر غاية كل عمل تربوي وتأهيلي .

٤ – كما إنها تجنب الطفل المعاق بصريا العزلة الاجتماعية التي يشعر بها وهذا يجنب الطالب المعوق كذلك النظرة التشاؤمية لقدراته والأحكام القبلية التي يفرضها مجتمع العاديين من حوله واتجاهات التمييز والرفض والحواجز النفسية ضد المعوقين وخاصة عند تشغيلهم

* العيوب :

١ – لا تتوافر في المدرسة أو الفصول الخارجية الملحقة بالمدارس العادية الإمكانيات المطلوبة لهذه الفئة من المعوقين كما هو الحال في معاهدهم الخاصة بهم ، والتي تتبع نظام الدراسة الداخلية أو الإقامة الكاملة والبرنامج الشامل .

٢ – إن تنظيم المدرسة العادية بوسائلها وأنشطتها ومكتبتها و معاملها وغير ذلك لا يتناسب مع حالة وإمكانيات الطفل المعاق بصريا الذي يحتاج إلى مدرسة من نوع خاص وتنظيم خاص توفر له حرية الحركة والنشاط.

٣ – فضلا على إن المدرسة العادية تضع عبأً كبيرا على أولياء الأمور في توفير المواصلات اللازمة يوميا للطفل المعوق بصريا ذهابا وعودة ، فضلا عن ضرورة تفرغ مرافق خاص به باستمرار .

ولكي تنجح فكرة الدمج فلابد من توفر العديد من العوامل التي تعمل على إنجاح فكرة الدمج ومنها : (فاروق الروسان ، ١٩٩٨، ص ٤٧-٤٨)

١- توفير التسهيلات والأدوات اللازمة لإنجاح فكرة الدمج ، والتي قد تظهر على شكل غرفة المصادر في المدرسة العادية ، بحيث يتوفر في هذه الغرف كل الأدوات اللازمة للمعاقين بصرياً مثل الكتب والمواد الدراسية المكتوبة بطريقة برايل ، والكتب الناطقة ، وآلات طباعة تلك الكتب بطريقة برايل ، وكذلك توفر الأخصائي أو معلم التربية الخاصة المؤهل للتعامل مع هذه المواد المكتوبة .

٢- إعداد الإدارة المدرسية والمدرسين والآباء لتقبل فكرة الدمج ، وذلك بمشاركتهم في اتخاذ القرار الخاص بالدمج ، بحيث تكون فكرة الدمج مقبولة لدى الجميع ، وبحيث تتوفر الاتجاهات الإيجابية لدى إدارة المدرسة والمدرسين والطلبة وآباء الطلبة العاديين والمعاقين بصرياً نحو فكرة الدمج .

٣- تحديد أعداد الطلبة التي يمكن دمجهم بحيث لا تزيد عن ثلاثة طلبة في الصف الواحد ، آخذين بعين الاعتبار عدد الطلبة العاديين في الصف العادي ومساحة الصف ومستواه الدراسي .

٤- الاعتماد على الأساس القانوني في قضية الدمج ، والاعتماد على القوانين التي تكفل حق الحماية والرعاية الصحية والاجتماعية والتربوية للمعاقين ، بحيث تستند فكرة الدمج على أساس حقوق المعاقين ، لا مجرد شفقة أو منة عليهم .

٥- وضع معايير ذاتية وجمعية لتقييم فكرة الدمج من حيث نجاحها أو فشلها وبحيث تتم عملية التقييم بشكل مستمر وذلك لإثراء عملية الدمج وتصويبها .

المهارات الأساسية لتعليم وتدريب المعاقين بصرياً

مهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصريا ومبرراته ، فلا بد أن تتضمن تعليم وتدريب المعوقين بصريا على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة القراءة والكتابة بطريقة

برايل ، ومهارة تعلم الآلة الكاتبة العادية ، ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المكعبات الفرنسية ، ومهارة التوجه والحركة ، وفيما يلي شرح موجز لكل من تلك المهارات :

١- مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل Braille Method :

طور لويس برايل (١٨٠٩-١٨٥٢) Braille طريقة برايل وأظهرها إلى حيز الوجود حوالي عام ١٨٢٩ ، و قد ساعده في ذلك ضابط فرنسي اسمه شارلس باربير وكان برايل نفسه معاقاً بصرياً ، وتعتبر طريقته من أكثر أنظمة القراءة والكتابة شيوعا في أوساط المعاقين بصرياً .

وقد وصل نظام برايل إلى منطقة الشرق الأوسط بالتحديد في مصر قبل عام ١٨٧٨ عن طريق مبشره إنجليزية تدعى الآنسة لوفيل Lovell .

وقد تم استخدامه كأداة رئيسية في تعليم القراءة والكتابة للمعاقين بصرياً في المملكة العربية السعودية منذ أن تم افتتاح أول معهد نور للمعاقين بصرياً في سنة ١٣٨٠.١٩٦٠.

وتقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة Dots والتي تشكل بديلا لتلك الحروف الهجائية ، وتعتبر الخلية Cell هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة ، حيث تتكون الخلية من ٦ نقاط ، حيث تعطى كل نقطه من النقاط رقما معينا يبدأ من ١ و ينتهي بـ ٦ . أما الترميز في نظام برايل فلا يتم بواسطة عدد النقاط في الرمز الواحد ، بقدر ما يتم من خلال تغيير مواضع النقاط داخل الخلية الواحدة ، مما ينجم عنه ٦٣ رمزا (ناصر الموسى ، ١٤١١) .

٢- مهارة تعلم الاله الكاتبة العادية :

تعتبر الآلة الكاتبة العادية من أكثر الوسائل الكتابية أهمية للمعوقين بصريا ، حيث إنها تزيد من إمكانية التفاعل بينهم وبين أقرانهم المبصرين ، وذلك من خلال تمكين المبصرين من قراءة الأعمال الكتابية للمعوقين بصريا بشكل مباشر وسريع ، غير أن المشكلة الأساسية التي تواجه المعوقين بصريا – وبالذات المكفوفين منهم – عند استخدام الآلة الكاتبة العادية تكمن في عدم قدرتهم على

مراجعة وتصحيح ما يكتبون . ولقد أمكن التغلب على هذه المشكلة في البلاد المتقدمة عن طريق استخدام برامج الحاسبات الآلية حيث يتم توفير التغذية الراجعة بواسطة برايل أو الصوت أو الاثنين معا .

وفي عام ١٤٠١-١٤٠٢ هـ قامت الأمانة العامة للتعليم الخاص بوزارة المعارف باعتماد تدريس استخدام الاله الكاتبة العادية في المرحلة الثانوية عبر سنواتها الثلاث بواقع ثلاث حصص في الأسبوع : حصتان لغة عربية ، وحصة واحدة لغة إنجليزية (ناصر الموسى ، ١٤١١) .

٣- مهارة إجراء العمليات الحسابية :

وتعتبر العدادات الحسابية وسائل تسهل مهمة التلاميذ المعوقين بصريا في القيام بالعمليات الحسابية المختلفة كالجمع والطرح والضرب والقسمة ، وهناك عدد من العدادات الحسابية لعل من أبرزها : العدادات والمكعبات الفرنسية ولوحة التيلر .

والمكعبات الفرنسية هي التي تستخدم حاليا في معاهد النور بالمملكة العربية السعودية ، وهي كما يتضح من اسمها عبارة عن مكعبات يحتوي كل منها على كل الأعداد الأساسية من صفر إلى تسعه ، بالإضافة إلى علامات الجمع والطرح والضرب والقسمة ، والعلامة العشرية ، وتتم كتابة العدد المطلوب عن طريق تغيير اتجاه المكعب ، وهي من أفضل العدادات الحسابية للأسباب التالية : (ناصر الموسى ، ١٤١١)

١ - يمكن نقل المهارة الحسابية المكتسبة بواسطة التدريب على المكعب الفرنسي إلى نظام برايل ، حيث الرموز الحسابية في نظام برايل ولكن بدون العلامة الحسابية .

٢ - تمكن التلاميذ من الكتابة بشكل أفقي ورأسي ، ولاشك إن الكتابة الرأسية أمر ضروري في العمليات الحسابية المطولة ، حيث ينبغي وضع الخانات العددية بشكل تسلسلي تحت بعضها ، ليتسنى للطفل المعوق بصريا تغطيتها لمسياً ، وإدراكها حسيا بسهولة ووضوح ، وهو ما يوفره المكعب الفرنسي .

٣ – يستطيع التلميذ بواسطتها أن يحل أكثر من مسألة حسابية في آن واحد، نظرا لاتساع المساحة المستخدمة .

٤– مهارة فن التوجه والحركة :

يتكون مسمى التوجه والحركة من مصطلحين متلازمين :
الأول: التوجه أو التهيؤ Orientation وعرف تقليديا بأنه عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه وعلاقته بجميع الأشياء الأخرى المهمة في بيئته (ناصر الموسى ، ١٤١١).
أما المصطلح الثاني : فهو الحركة Mobility ويعرف تقليديا بأنه قدرة واستعداد وتمكن الشخص من التنقل في بيئته (ناصر الموسى ، ١٤١١) .

والتوجه يمثل الجانب العقلي في عملية التنقل بينما تمثل الحركة الجهد البدني المتمثل في الاداء السلوكي للفرد .وتعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفيه التي تواجه المعاق بصريا وخاصة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكفيف كليا) ، ولذا يعتبر إتقانه لمهارة فن التوجه والحركة من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمعاقين بصرياً .

ويعتمد المعاق بصرياً على حاسة اللمس اعتمادا أساسيا في معرفة اتجاهه ، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته ، فقد يحس بأشعة الشمس أو الرياح ، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق (صباحا) ونحو الغرب (مساءً) ، كما قد يوظف حاسة السمع في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت ، وقد استعان المعاق بصرياً على مر العصور بوسائل بداءيه وحديثة في توجيه ذاته ابتداء من العصا البيضاء وانتهاء بالعصا التي تعمل بأشعة الليزر (فاروق الروسان ، ١٩٩٦).

إرشاد المعاقين بصرياً

أولاً : الحاجة إلى التوجيه والإرشاد للمعاقين بصرياً :

إن الحاجة متأكدة إلى الإرشاد وذلك لأن الإنسان في العادة تعترضه مشاكل مختلفة أثناء حياته . وهذه المشاكل تختلف من شخص لآخر ، فمنها مشاكل اجتماعية ، ومشاكل عائلية ، ومشاكل

أكاديمية ، وفي النهاية تأتي المشاكل البيئية . هذا بالإضافة إلى التكيف مع التطورات الصناعية وتقدم علم التكنولوجيا ، فهذه المخترعات زادت من متطلبات الحياة وأدت في النهاية إلى عدم تكيف الفرد مع نفسه ، وإصابته ببعض الأمراض النفسية وهذه بدورها أثرت على النواحي الاجتماعية والشخصية والأكاديمية (محمود عبدالله صالح ، ١٩٨٥). والإرشاد النفسي يوجه خدماته أساسا إلى العاديين ، وليس معنى هذا أنه يترك غير العاديين ، ولكنه يفرد مجالا خاصا لإرشادهم ، لأنهم أحوج الناس إلى الإرشاد النفسي .

وهناك فريق من الباحثين والدارسين والكتاب يرون عدم ضرورة تخصيص مجال من مجالات الإرشاد للفئات الخاصة على أساس أن الكثير من الدراسات والبحوث توضح أنه لا يوجد فروق جوهرية بين العاديين وغير العاديين في جوهر الشخصية في حالة تساوي الظروف والعوامل . والفروق التي توجد إنما هي نتيجة لعوامل بيئية أكثر مما تتعلق بالعاهة أو العائق ، كذلك فإن الاتجاهات الاجتماعية تؤثر في مفهوم الذات لدى أفراد هذه الفئات مما يؤثر بالتالي في سلوكهم وتوافقهم وصحتهم النفسية (حامد زهران، ١٩٨٠). وإذا قيل أن الفئات الخاصة يتفقون مع العاديين في أساس الشخصية ، فإنهم يحتاجون إلى خدمات الإرشاد النفسي مثل رفاقهم العاديين ، وإذا قيل أن الفئات الخاصة لهم سيكولوجيتهم الخاصة ، ولهم حاجاتهم الخاصة ، ولهم مشكلات نفسية وتربوية ومهنية وزواجية وأسرية خاصة ، فإنهم بصفة خاصة يحتاجون بإلحاح إلى خدمات إرشادية خاصة علاجياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً، في شكل برامج مرنه ، حتى لا يحرمون من خدمات الإرشاد في خضم الاهتمام بالعاديين الذين يمثلون الغالبية (حامد زهران،١٩٨٠)

و المعاق بصريا كإنسان له متطلبات كثيرة ومتداخلة تفوق متطلبات الإنسان المبصر العادي ، فهو بحاجة ماسة لإرشاد خاص في جميع شؤون الحياة ، في رعاية صحية ، وإرشاد نفسي ، واهتمام تربوي خاص، وإعداد مهني يتميز بالتخطيط والمناهج ويلازمه ما دام حياً . وفوق كل ذلك لابد له من توعية روحية سلوكية تساعده على تقبل إعاقته بتكيف سعيد وإنتاج سليم ، وعلاقات متعاونة مع الآخرين . وبذلك يصبح عضواً عاملاً وليس عالة ، بل يساهم بما لديه من واجبات وحقوق بكل عزة وكرامة في بناء الكيان الاجتماعي لأسرته وأمته والإنسانية جميعا (عبدالحميد الهاشمي ، ١٩٨٦) .

ثانيا : أهداف إرشاد المعاقين بصريا :

يقوم إرشاد المعاقين بصريا على أهداف إنسانية كبيرة تتمثل فيما يلي : (عبدالحميد الهاشمي ، ١٩٨٦) المعوقون بصريا هم أفراد إنسانيون . إخواننا وأبناؤنا وبناتنا... . لهم كامل الحق في الحياة الإنسانية الكريمة المنتجة ولهم كامل الحقوق الأساسية. هؤلاء رغم إعاقتهم البصرية إلا أن لديهم قدرات وطاقات لا تقل عن غيرهم من الأفراد العاديين ، ولعل بعضهم لديه من المواهب والقدرات ما يفوق على كثير من العاديين. المعوقون بصرياً في أمس الحاجة إلى رعاية صحية واجتماعية واقتصادية. محاولة تعديل أو تغيير اتجاهات الأسرة والمجتمع نحو العاق بصريا. كل ذلك يجعل عملية إرشادهم وتوجيههم هدفاً دينياً وقومياً وإنسانياً ، بحيث لا يعيش عالة على أهله أو مجتمعه . إذ يستطيع أن يعمل منتجاً علمياً أو عملياً بما يستغل جوانب القوة في تكوينه .

ثالثاً : مجالات الإرشاد للمعاقين بصرياً :

إن المعاقين بصريا بحاجة إلى الإرشاد وتأكدت لنا هذه الحاجة من خلال ما يعانيه المعاق بصريا نتيجة لظروف إعاقته ، مما يحتم ضرورة تقديم استراتيجيات عملية الإرشاد بطريقة صحيحة وعلى أسس علمية وفي مجالات كثيرة يحتاج إليها المعاق بصريا لمساعدته . ومن هذه المجالات :

١- الإرشاد النفسي :

يتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصي ومساعدته في مواجهة ما يتعرض من مشكلات ، وتصحيح مفهوم الذات وفكرة المعوق بصريا عن نفسه واتجاهاته نحو إعاقته والتوافق معها حتى لا تزداد حالته سوءاً . وتشجيعه على الاستغلال والاكتفاء الذاتي حتى لا يشعر باعتماده الكامل على الآخرين والقلق والتهديد عندما يتركونه ، مع مساعدته على تجنب المواقف المحبطة بقدر الإمكان ولكن بدون الحماية الزائدة (حامد زهران ، ١٩٧٨) .

كذلك إرشاد المعاق بصريا إلى التغلب على عناده أو لمؤثراته النفسية الناتجة عن التربية الأسرية الخاطئة وعن عدم الشعور بالاطمئنان من الآخرين والثقة بهم . وإخراج المعاق بصريا من عزلته النفسية وسلبيته ومساعدته عن طريق الرعاية الجماعية أو الرعاية الفردية لتحقيق التكيف الاجتماعي ووضعه في الطريق الصحيح المؤدي إلى التوافق (سيد عبدالحميد مرسي ، ١٩٧٥) .

٢- الإرشاد الاجتماعي :

توجد بعض اتجاهات الناس الخاطئة نحو المعاق بصريا ، فأحيانا نلاحظ الشفقة الزائدة ، وأحيانا نجد القسوة ، وهناك بعض الممارسات والاتجاهات الوالدية الخاطئة تجاه الطفل المعاق بصريا .

ومجال الإرشاد الاجتماعي يهدف أساسا إلى تقليل آثار ظهور الحالة غير العادية في المواقف الاجتماعية بقدر الإمكان ، وتعديل الاتجاهات الاجتماعية السالبة والأفكار الخاطئة الشائعة لدى بعض المواطنين في المجتمع الكبير تجاه المعوقين بصريا . ويجب تشجيع الاهتمامات والميول والهوايات المناسبة لدى المعاق بصريا . ويجب العمل على تعديل الظروف الاجتماعية بما يؤدي إلى التوافق الاجتماعي ، ويجب تهيئة البيئة الاجتماعية المناسبة للتنشئة الاجتماعية السليمة .

كذلك يجب تعديل نظام واتجاهات أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بما يحقق للفرد المعوق بصريا أقصى إمكانيات النمو العادي على أساس نظام الإرشاد الدوري مدى الحياة. ويجب أن يتقبل أعضاء الأسرة الحالة مع التسليم بالواقع . ويجب العمل على تخليص الوالدين من مشاعر الذنب ومشاعر الأسى بخصوص الحالة (حامد زهران ، ١٩٨٠) .

٣- الإرشاد التربوي :

للطفل المعاق بصريا حق التربية والتعليم مثل زميله المبصر ، فالمعاق بصريا له نفس الاستعدادات والقدرات العقلية التي للطفل العادي. وفقدان البصر ربما يغير من بناء الخبرة المقدمة للمعاق بصرياً ، ولكن هذا لا يعني عدم فهم رئيسي من جانبه . وعلى هذا ، فالمعاق بصرياً له الحق في أن يشترك في ثقافة مجتمعه وحياته ، وأن يقوم بالعمل المناسب لظروفه ليصبح عضواً نافعا مفيداً في المجتمع كأي مواطن آخر ، وليس عالة عليه أو عنصراً خاملاً فيه (سيد عبدالحميد مرسي ، ١٩٧٥) .

وحتى نقوم بتقديم خدمات الإرشاد التربوي للمعاقين بصرياً لابد أن نوفر لهم المناهج والبرامج الدراسية المناسبة والمدرسين المتخصصين في مجال إعاقتهم ، وتوفير الوسائل والأجهزة التعليمية المساعدة التي تزيد من خبرات ومهارات المعاق بصرياً بطريقة إيجابية ، وتوفير وسائل المواصلات من المدرسة إلى البيت ، وتهيئة المباني لتتناسب مع إعاقتهم من ملاعب ودرج ودورات مياه .

٤- الإرشاد الصحي :

يهتم بالعلاج والتصحيح الطبي إلى أحسن درجة ممكنة ، وتحويل المعاق بصريا إلى المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة والتي تعالج الأمراض التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية ، وإجراء العمليات الجراحية اللازمة والتأكد من سلامته الصحية ومتابعتها بشكل مستمر . وتوفير الأجهزة التعويضية والمساعدات البصرية مثل العدسات والنظارات التي قد تؤدي إلى تحسين درجة الإبصار ، بالإضافة إلى تدريبهم على استخدام العصا البيضاء حتى يتحقق لهم الأمن الجسمي والنفسي (حامد زهران ، ١٩٨٠،) و(محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣) .

٥- الإرشاد المهني :

إن الخطوة الأساسية في الإرشاد المهني هي معاونة المعاق بصرياً على فهم نفسه والتعرف على طاقاته وإمكانياته حتى يستطيع أن يستقلها في الناحية التي تعود عليه وبالتالي على مجتمعه بالنفع . ومعاونته على تحقيق التوافق والإشباع المهني . وذلك بالتوفيق بين حاجات المعوق بصرياً والفرص المهنية المكفولة له في ضوء مطالب الأعمال وإمكانياته الذاتية (سيد عبدالحميد مرسي ، ١٩٧٥) .

وكذلك يهتم الإرشاد المهني بالتعليم والاختيار والتدريب والتأهيل المهني والتشغيل على أساس أن المجتمع يجب أن يكون به مكان لكل فرد أياً كانت درجة إعاقته . ويجب إثارة دافع العمل والإنتاج إلى أقصى حد ممكن بما يفيد في تدعيم الثقة في نفس المعوق بصرياً والقدرة على الإنتاج والعمل وكسب العيش. (حامد زهران ، ١٩٨٠) .

مشكلات المعاقين بصريا

هناك ثمة مشكلات شائعة توجد لدى الأشخاص المعاقين بصرياً ، وهنا سوف نلقي الضوء على مشكلاتهم (النفسية ، والاجتماعية ، والأسرية ، والتربوية ، والمهنية) ، ودور المرشد في تقديم الخدمات الإرشادية المناسبة لهم .

أولا : المشكلات النفسية:

إن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد قلق نفسي ، لذا لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي ، فالارتباط بينهما وثيق . وهناك بعض البيانات التي تدل

على إن ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب بين المعاقين بصريا أكثر من النسبة المعتادة، وكلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ (مختار حمزة ، ١٩٧٩) .

لان عجز المعاق بصرياً يفرض عليه عالما محدودا وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين وحتى يستطيع ذلك فهو يحتاج إلى الاستقلال والتحرر ولكنه حينما يقوم بذلك يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر (مصطفى فهمي، ١٩٦٥) .

فحركة المعاق بصرياً تبدو مضطربة بطيئة وتخلو من عنصر أساسي هو عنصر الثقة ، فهو يتلمس طريقه تلمسا يتجلى فيه الخوف من أن يصطدم بشيء أو يتعثر أو يقع . وخوفه هذا المستمر يجعله أميل إلى عدم الخوض في مغامرات استطلاعيه قد تعرضه لألوان من الأذى . ولذلك يكبت المعاق بصرياً دافعا إنسانيا أصيلا هو حب المعرفة واستجلاء أسرار ما حوله ، وإذا استجاب المعاق بصرياً مره لدافع حب الاستطلاع فانه قد يتعرض لتجربه قاسية تجعله يكبت هذا الدافع فيما بعد إذا ما قام صراع بينه وبين الدافع إلى الأمن. (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) .

ولقد أشار وارين ١٩٧٧ إلى أن العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الإعاقة البصرية والأمراض العصابية تشير إلى أن هذه الأمراض تنتشر بين المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين ، كذلك فقد أضاف وارين بأن هذه الأمراض تنتشر بين الإناث من المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من انتشارها بين الذكور (كمال سالم سيسالم ، ١٩٩٧) .

وبالنسبة للتوافق الانفعالي بينت دراسات أن لدى المعاقين بصرياً سوء توافق انفعالي أكثر من المبصرين وإنهم أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية من المبصرين . وتشير دراسات إلى أن المعوقين بصرياً الملتحقين بمؤسسات خاصة يواجهون مشكلات انفعالية أكثر من تلك التي يواجهها الملتحقون بالمدارس العادية وأن الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كليا. (منى صبحي الحديدي، ١٩٩٨).

ولقد أكد كروس ١٩٧٨ ذلك عندما أشار إلى أن العديد من الدراسات قد أكدت أن بعض المعاقين بصرياً يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر ، وأن هذه المشاكل ناتجة عن القصور في البرامج

الترويحية . مما سبق يتضح لنا أن القلق يعتبر من أبرز الخصائص العصابية للمعاقين بصرياً . ولقد فرق فرابيج بين نوعين من القلق ، (قلق الانفصال) وهو قلق المعاق بصرياً من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذي يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته وفي إمداده بالمعلومات البصرية ، ومن هؤلاء الأفراد ، الوالدين والأخوة والأصدقاء . أما النوع الثاني من القلق فهو (قلق الفقدان الكلي للبصر)

وهذا النوع خاص بضعاف البصر من المعاقين بصرياً الذين يخشون فقدان البقية الباقية من بصرهم ويصبحوا مكفوفين كلياً (كمال سالم سيسالم ، ١٩٩٧) .
كما أورد كل من لونيفيلد ١٩٧٤ ، وواربن ١٩٧٧ تلخيصاً لنتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع الانطواء والانبساط لدى المعاقين بصرياً يشتمل على النقاط الأربعة الآتية :
١- إن الإناث من المعاقين بصرياً أكثر ميلاً للانطواء من الذكور .
٢- إن ضعاف البصر من المعاقين بصرياً أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين كلياً .
٣- إن ذوي الإعاقة الطارئة أو المكتسبة أكثر ميلاً للانطواء من ذوي الإعاقة البصرية الولادية .
٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كلياً والمبصر على مقياس الانطواء والانبساط .

ويمكن التعليق على النقاط الأربعة السابقة بالقول بأن فقدان البصر بالنسبة للأنثى يحد من إمكانية قيامها بدورها الطبيعي في الحياة المتمثل في العناية بشئون المنزل وتربية الأبناء ، ويقلل من فرصة زواجها واستقرارها ، مما يؤدي إلى ميلها للانطواء والعزلة . كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن الشخص الكفيف كلياً يكون أفضل توافقاً وأكثر انبساطاً من الشخص الذي لديه بقايا بصر حيث إن ضعيف البصر لم يستقر بعد مع العمى الكلي ، وإن إحساسه بأن العمى الكلي يهدده قد يجعله في توتر وقلق وانطواء . وإن الشخص الذ يفقد بصره خلال حياته (إعاقة طارئة) يميل إلى المعاناة من الانطواء ومن الصعوبات في التوافق والتكيف والتفاعل مع الآخرين بشكل أكثر من الشخص الذي ولد معاقاً بصرياً (كمال سالم سيسالم ، ١٩٩٧) .

كذلك عندما يجد المعاق بصرياً أن هنالك تناقضا كبيراً بين المعاملة التي يلقاها في البيت وتتسم غالبا بالاستجابة لكل مطالبه وبالعفو عنه إذا أخطأ (لأنه كفيف) ، وبين المعاملة التي يلقاها من الأفراد في البيئة الخارجية ، وهي معامله . في بعض الأحيان . قد تتسم بالقسوة . هذه المواقف

المتناقضة تجعل المعاق بصرياً أميل إلى العزلة والانطواء، وتنازعه نتيجة ذلك أنواع من الصراع ، فهو في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الأمن، إذ انه في محاولاته ليكون شخصية مستقلة يخشى في الوقت نفسه أن يتعرض أمنه للخطر ، وينتهي الصراع بين الدافعين إما إلى تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تطغى عليها المواقف العدوانية ، أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية (لطفي بركات احمد ، ١٩٧٨) .

وتنتاب المعاق بصرياً نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق: فهو يخشى أن يرفض ممن حوله بسبب عجزه ويخشى أن يستهجن الناس سلوكه ويستنكرون أفعاله ، وهو في خشية دائمة من أن يفقد حب الأشخاص الذين يعتمد أمنه على وجودهم واستمرار حبهم له . ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه أن يتفاداها لأنه معاق بصرياً
(سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) .

ويلجأ المعاق بصرياً لأنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراع والمخاوف أهمها التبرير ، فهو إذ يخطئ ، يبرر أخطاءه بأنه معاق بصرياً عاجز . رغم إن عجزه قد لا يكون له دخل كبير فيما أرتكب من أخطاء ، وهو يلجأ لهذا الأسلوب حينما ينفر من قبول التفسير الصحيح عما فعل (لطفي بركات احمد ، ١٩٧٨) .
كما يلجأ المعاق بصرياً للكبت كوسيلة دفاعية توفر له ما يطمح إليه من شعور بالأمن وتوفير الرعاية له وتجنبه الاستهجان والاستنكار فيضغط على بعض رغباته، ويمتنع عن تنفيذ بعض النزوات ، ويضحي ببعض اللذات من أجل الحصول على تقبل الناس له والفوز بالشعور بالأمن وتجنب الاستهجان والاستنكار
(لطفي بركات احمد ، ١٩٧٨) .

وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة قد يخيل إليه إنها عدوانية أو إنها على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرضي نفسه . كما يلجأ إلى التعويض كاستجابة لشعوره بالعجز أو النقص فيكرس وقته وجهوده مثلا لينجح في ميدان معين يتفوق فيه على أقرانه ، ويستلزم منه التفوق بذل أكبر مجهود فيضغط على نفسه مكرها على أن يتحمل من المشاق ما قد يتجاوز طاقتها ، فتكون احتمالات انهيارها نتيجة ذلك وسقوطها وأصابته بالإرهاق العصبي احتمالات كبيرة . وهو بلجوئه إلى هذه

الحيل يكون مدفوعا بشعوره بأنه أقل كفاءه من المبصر (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) .

والمعاق بصرياً مثل العادي عليه أن يواجه المشكلات التي يواجهها كل فرد في المجتمع مثل مشكلات النمو ، وخصوصاً مراحل المراهقة واكتمال النمو ، كذلك مشكلات التوافق الاجتماعي . وقد وجد فاين في دراسة أجراها عام ١٩٦٨م ، نسبة مرتفعة من الاضطرابات الانفعالية لدى المعاقين بصرياً ، ومتعلقة باضطرابات الشخصية خلال مراحل النمو . ومن الظواهر غير العادية في الشخصية التي تلاحظ كثيراً عند بعض المعاقين بصرياً كثرة التخيل ، وأحلام اليقظة (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) .

فأحلام اليقظة يمكن اعتبارها ظاهرة عادية حيث إنها موجودة عند جميع الأفراد تقريباً ، وقد يكون لها فائدة أحياناً ، حيث تعمل على التنفيس عن بعض الرغبات ، كما قد تؤدي إلى حث الدوافع عند الإنسان لتحقيق ما يتمناه ، إلا أن كثرتها قد تؤدي إلى السلبية، وبالتدريج قد تؤدي أيضاً إلى خروج الإنسان عن عالم الواقع إلى عالم الخيال الذي يبنيه على هواه ، ويحقق فيه كل رغباته (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) .

والواقع أن المعاق بصرياً كالشخص العادي قد يشعر بالإحباط فيلجأ إلى أحلام اليقظة في محاولة تعويضية لإشباع نزعاته المختلفة . ويلاحظ أن أحلام اليقظة كأحلام النوم عند المعاق بصرياً ، عبارة عن صور صوتية ، وليست بصرية خصوصاً عند المولود أعمى . وفي أحلام اليقظة يحقق ما عجز عن إدراكه، أو فهمه ، أو إشباعه في العالم الخارجي . ونظراً للظروف المحيطة التي تحيط بالمعاق بصرياً فإن لجوئه إلى مثل هذه الإشباعات البديلة قد يكون أكثر منه لدى العاديين . وقد يصاحب هذه التخيلات كلام كثير مع نفسه يناقش فيه سلوكه وسلوك الآخرين . وكثرة أحلام اليقظة وزيادتها عن الحد المعقول قد تؤدي إلى تعود المعاق بصرياً الحياة في عالم من نسيج الخيال يشبع فيه رغباته ، ويحقق آماله، وينتصر على أعدائه ، ويحصل فيه على ما لم يحصل عليه في عالم الواقع . وقد يؤدي هذا بالتدريج إلى انفصاله عن عالم الواقع إذا ساعدت ظروف أخرى على ذلك (ماهر محمود الهواري، ١٤٠١هـ) .

إضافة إلى ذلك توجد أدلة من خلال ما أسفرت عنه نتائج بعض البحوث السابقة عن وجود علاقة بين أثر الإعاقة البصرية على الخصائص النفسية للمعاق بصريا .

فقد قامت موهل بدراسة أنواع المخاوف والقلق والأحلام عند الأطفال المعاقين بصرياً عن طريق إجراء مقابلات فرديه معهم ووصلت من دراستها إلى أن المعاقين بصرياً يعانون جمودا في سلوكهم مرده إلى عوامل انفعاليه أكثر منها عضويه ، كما وجدت أن غالبية هؤلاء الأطفال يخلقون لأنفسهم أنواع متباينة من الأوهام كما انهم يعانون شعورا بالنقص نتيجة لعجزهم الذي يصاحب بحيل لا شعورية (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، ١٩٦٧) .

كما أجرى كتسفورُث 1951 Cutsforth بحثا على ٨٤ معاقاً بصرياً ومعاقة بصرياً تراوحت أعمارهم بين ٧-٢٥ سنه ، وذلك بغرض التعرف على الأوهام التي يعايشونها بسبب فقد البصر، ووصل من دراساته إلى تقسيم أوهام المعاقين بصرياً إلى ثلاثة أقسام هي : (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد، ١٩٦٧) .

١ – أوهام يحاول خلالها المعاق بصرياً أن يحرر نفسه من اتجاهات المجتمع نحوه وذلك بتحطيم مصدر مضايقاته .

٢ – أوهام يقوم فيها المعاق بصرياً بدور البطل الذي يدمر ما يحيط به.

٣ – أوهام يتخذ المعاق بصرياً من خلالها موقفا انسحابيا هروبيا .

وتهدف الدراسة التي قام بها ماتسون وآخرون ١٩٨٦ Matson إلى الكشف عن طبيعة القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصريا ، لتحقيق هذا الهدف ، تم تطبيق مقياس القلق على عينه مكونه من ٢٩ أنثى و ٤٦ ذكرا من الأطفال والشباب المعاقين بصريا وتمتد أعمارهم من ٩ إلى ٢٢ سنه ، وعلى عينه أخرى مكونه من ٤٠ أنثى و ٦٠ ذكرا من الأطفال والشباب المبصرين والذين تمتد أعمارهم من ٩ إلى ٢٢ سنه . و انتهت النتائج إلى أن عينة المعاقين بصريا أكثر قلقا من عينة العاديين ، كما تبين أن الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا من بقية المجموعات الأخرى(رشاد علي عبدالعزيز ، ١٩٩٤) .

كما أجرى رشاد علي عبدالعزيز موسى بحثا عن الأعصبة النفسية للمعاق بصريا في ظل الفروض التالية :

(رشاد علي عبدالعزيز ، ١٩٩٤) .

١ – وجود أثر دال إحصائيا لمتغير الإعاقة في الأعصبة النفسية .

٢ – وجود أثر دال إحصائيا لمتغير الجنس في الأعصبة النفسية .

٣ – وجود أثر دال إحصائيا لتفاعل متغيري الإعاقة و الجنس في الأعصبة النفسية.

ولاختبار صحة الفروض ، تم تعريب استبانه مستشفى ميدل سكس وتقنينها على عينات مبصره ومعاقة بصريا من الجنسين . وتكونت عينة البحث من أربع مجموعات حيث تكونت الأولى من ٣٠ كفيفا ، المتوسط الحسابي لأعمارهم = ١٦.٥٧ سنه ، والثانية من ٣٠ كفيفة والمتوسط الحسابي لأعمارهن = ١٧.٠٢ سنه ، والثالثة من ٣٠ مبصرا والمتوسط الحسابي لأعمارهم = ١٦.٤١ سنه ، والرابعة من ٣٠ مبصره والمتوسط الحسابي لأعمارهن = ١٦.٨٩ سنه . وقد بينت النتائج على أن :

١ – المعاقين بصريا أكثر قلقا ، وشعورا بالرهاب ، و الوسواس القهري والأعراض السيكوسوماتية ، و الهستيريا ، و الاكتئاب ، من المبصرين .

٢ – الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا ، وشعورا بالرهاب ، والوسواس القهري ، والأعراض السيكوسوماتية ، و الهستيريا ، والاكتئاب ، من الذكور المعاقين بصريا .

كذلك حظيت تأثيرات الإعاقة البصرية على مفهوم الذات باهتمام بحثي كبير . فمفهوم الذات قد يتأثر سواء كانت الإعاقة البصرية كلية أو جزئية . فالذات هي جوهر الشخصية ، ومفهوم الذات هو حجر الزاوية فيها ، وهو محدد هام للسلوك . وقد يسيطر عامل سلبي على مفهوم الذات لدى الفرد كما في حالة الإعاقة البصرية ، فيعمم الفرد القصور على الشخصية ككل وينعكس ذلك على سلوكه فيظهر متردداً ضعيف الثقة في نفسه . وغالباً ما ينشأ المعاق بصرياً في منزل مليء بالعطف والمساعدة فيزداد أمنه وثقته بنفسه حتى إذا ما اكتشف مؤخراً قصوره عن أقرانه فإنه يعقد الصورة الأولى ، ويضعف مفهوم الذات لديه حيث لا يوجد ما يدعم ثقته بنفسه . وهذا ما يحدث أيضاً عندما يوضع الشخص المعاق بصرياً في فصل من فصول العاديين فيشعر بقصوره عن أقرانه ، فيعمم ذلك في شكل قصور عام شامل في إدراكه الذاتي ، وقد يصعب تعديله فيما بعد (فاروق سيد عبدالسلام ، ١٤٠١هـ) .

ومن الصعوبات التي يواجهها مرشدو المعاقين بصرياً

الإعتمادية (الافتقار إلى المشاركة والافتقار إلى الدافعية من قبلهم) . فالمعاق بصرياً بطبيعة عاهته يعتمد على غيرة في بعض الأحوال ، ويعتبر هذا عادياً . ولكن إذا كان الاعتماد على الغير تاما وفي كل الأحوال فإن هذا يجعل منه شخصية اتكالية إلى حد كبير، وقد تأخذ هذه الاتكالية في التزايد . كوسيلة هروبية . حتى تشمل كل نواحي الحياة تقريباً (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ، ص ٨٠)

. فالطفل المعاق بصرياً في حاجة ماسة إلى الشعور بالاستقلال . لأن الاستقلال والاعتماد على النفس ، ولو أحياناً، يؤدي إلى تقدير الذات . إنه يشعر دائماً أن هناك من يعتني به ، هناك من يطعمه، هناك من يقوده ويحركه من مكان لآخر . ولكنه في محاولته تلك لبناء ذاته المستقلة يشعر أيضاً بالملل والتمرد لتبعيته للآخرين (ماهر محمود الهواري، ١٤٠١هـ، ص ٧٨) . ولذلك فإن تربية الطفل المعاق بصرياً يجب أن تشمل أيضاً إعطاؤه الحرية والفرصة للاعتماد على النفس ، بتدريبه على الحركة في الحدود الآمنة ، وقضاء بعض حوائجه مهما لاقى في ذلك من صعوبات كالاغتسال وترتيب سريره وارتداء ملابسه وإطعام نفسه. ثم إعطاؤه الفرصة للحركة داخل المنزل وخارجه ، وهكذا تتاح له الفرصة لنمو الشخصية المستقلة المعتمدة على نفسها (ماهر محمود الهواري، ١٤٠١هـ).

كذلك يخطئ بعض الوالدين ويتبعون أسلوب الحماية الزائدة لأولادهم المعاقين بصرياً . وكثيراً ما يرفض هؤلاء الأولاد هذه الحماية الزائدة ، ويشعرون بأنهم ليسوا عجزة إلى هذا الحد الذي سيتصوره ذويهم ، ويناضلون للتخلص من ذلك ولتحقيق الاستقلال.

وفي الواقع يوجد نوعان من الآباء الذين يحمون أولادهم حماية زائدة كمحاولة لإخفاء شعورهم بالذنب فمنهم: آباء يتقبلون أبناءهم. آباء يرفضون أبناءهم.
ومعروف أن الحماية الزائدة اتجاه سلبي وخاطئ تربوياً حيث إن المبالغة في أي شيء غير مرغوب فيها ، وهذا الاتجاه خليط من التشدد والحنان والعطف الذي يكون المعاق بصرياً محوره (فاروق سيد عبدالسلام ، ١٤٠١ هـ ، ص٢٨، بتصرف) . والطفل المعاق بصرياً بحاجة إلى الاعتماد على النفس ، والاستقلال ، وتعلم عمل الأشياء المناسبة له بنفسه . والحماية الزائدة ليست عطفاً عليه ، ولكنها خدمة سيئة وغير مطلوبة ، وهي تضيف عبئاً جديداً على مشكلات الطفل المعاق بصريا . والحماية الزائدة تتضمن في الواقع عدم تقبل الطفل المعاق بصرياً كفرد له حقوقه الذاتية قادر على أداء الوظائف المناسبة لقدراته . وعلى المدى الطويل فإنها تهدد شعوره بالأمن ، وتثير فيه الخوف من فقد الحماية (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) .

دور المرشد في المشكلات النفسية

ينبغي أن يتعرف المرشد على تأثير الإعاقة البصرية على شخصية المعاق وسلوكه وما لديه من استعدادات عقلية ، ومستوى ذكاءه ، ومدى قدرته على الاستفادة من البرامج الموجودة .

على المرشد أن يحاول تغيير نظرة المعوق عن نفسه . وأن يعمل على تنمية النواحي الإيجابية في المعوق بصرياً لكي يتقبل النواحي السلبية دون تأثير في مفهومه عن ذاته ، وفي عملية توافق مع مزيج من الحب والتقدير، وبذلك تمحو النواحي الإيجابية أثر النواحي السلبية (فاروق سيد عبدالسلام ، ١٤٠١هـ) .

إن أساليب الرعاية الطبية والتعليمية والاجتماعية التي تأخذ طريقها في وقت مبكر من حياة الطفل المعوق بصرياً بما في ذلك خدمات الإرشاد النفسي للوالدين تعمل على تحسين اتجاهات احترام الذات وتقديرها لدى الأطفال المعوقين بصرياً (فتحي السيد عبدالرحيم ، ١٩٨٢) .

ويجب على المرشد في حالة الإعاقة البصرية المكتسبة أن يتعرف على شخصية الفرد قبل حدوث الإصابة . وقد لا يعي المرشد مفهوم الذات لدى الشخص قبل الإصابة ما لم يقم هو أو أسرته أو المؤسسة التي أحالته بتقديم معلومات مفيدة حول ذلك . فإذا كان مفهوم الذات لدى الشخص ضعيفاً في الماضي ، أو كان لديه مشاعر بعدم الكفاية . فالإعاقة قد تزيد تلك المشاعر إضافة إلى الدراسة الفردية والمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقارير الذاتية . فباستطاعة المرشد استخدام طريقة مككلفي وفردلاند Mckelvie and Friedland لتعريف مفهوم الذات لدى الشخص . ويساعد هذا الأسلوب أيضاً على إيضاح أهداف ومخاوف وحاجات وإدراكات الشخص . وبهذا الأسلوب يمكن للمرشد أن يوظف خبرات الطفولة المبكرة لجمع المعلومات الأساسية الأمر الذي يسمح بالتركيز على مفهوم الذات طويل المدى . وتذكر الخبرات الماضية لا يقدم المعلومات فقط ولكنه يولد المشاعر أيضاً . وكما يقول مككلفي وفردلاند Mckelvie and Frieddland (إن الفروق في المنطق الشخصي تؤثر على المشاعر في موقف ما ، فلا تحاول أن تتخمن كيف شعر المسترشد) . إن الهدف من تذكر الخبرات السابقة ليس إبلاغ المرشد بخبرات الطفولة بقدر ما هو فهم الظروف الراهنة للمعاق بصرياً (المسترشد). فالتفسيرات يجب أن تكون ذات علاقة بالحاضر والمعاق بصرياً يجب أن يصادق على افتراضات المرشد. وهذه الطريقة مفيدة من أجل التعرف على شخصية ومفهوم الذات للمعاق بصرياً قبل حدوث الإعاقة ولمعرفة التغيرات التي تطرأ عليها بسبب الإعاقة (جمال الخطيب وآخرون، ١٩٩٢) .

والعملية الإرشادية عموما تركز على مقاومة الفرد المعاق بصرياً للتعامل مع إعاقته كجزء من الذات ، وهذا أمر ملحوظ بوجه خاص في حالات الإعاقات الناجمة عن الإصابة المتأخرة .

وباستطاعة المناحي الإرشادية المعرفية مثل نظرية العلاج العقلاني العاطفي لالبرت إليس التعامل مع الغضب الذي ينجم عن الإحباط ويصبح دور المرشد مساعدة الشخص المعوق بصرياً على تغيير أفكاره واتجاهاته ومعتقداته غير العقلانية. والأسلوب الرئيسي الذي يستخدمه المرشد العقلاني العاطفي هو مساعدة الشخص المعوق على تحقيق التحليل الذاتي العقلاني. وبالإضافة إلى المساعدة على الحد من الاتجاهات غير العقلانية يستطيع المرشد أيضاً مساعدة المعاق بصرياً في عملية التعبير السلوكي عن المشاعر . فالعلاج التعبيري الحديث يسهل عملية التنفيس عن الغضب من خلال أساليب مثل الصراخ أو السيكودراما المستخدمة لتصريف الغضب يمكن لها أن تؤدي إلى تزايد القدرة على الإحساس بالغضب وبالتالي مساعدة الشخص على اكتشاف طرق اجتماعية مقبولة لتوجيه الغضب . والغضب الذي لا منفذ للتعبير عنه قد يجلس على كرسي ويشجع المعاق بصرياً على أجراء حوار بين ذاته الغاضبة وذاته التي تعاني معاناة طويلة الأمد ، وعندما يتواصل المعاق بصرياً مع الغضب يمكن توظيف عدة أساليب لإخراجه ، فمثلا يستطيع المرشد أن ينصح المعاق بصرياً بأن يتصل هاتفياً بالشخص الذي أثار الغضب لديه والخط مغلق (جمال الخطيب وآخرون، ١٩٩٢) .

إن الاستجابات غير السوية من الآباء تتطلب وقتاً لفهم الموقف على حقيقته ، وللتصرف بطريقة سوية ، والتخلص من المشاعر غير المناسبة . والإرشاد النفسي في هذا الوقت يكون أكثر فائدة ، لذلك من المهم توفير خدمات الإرشاد النفسي وجعلها ميسورة لأسر المعاقين بصرياً . إنه من الجلي أن تأخير أو تعويق عملية الإرشاد قد تؤدي إلى تكوين أنماط لا سوية في شخصية الطفل تتكون كنتيجة لسلوك الوالدين مما يؤدي إلى تأصيلها ، وبالتالي قد تساعد على الانحراف ولكن إذا نما الطفل مستقلاً معتمداً على نفسه فإنه لا يخشى التغيرات ، أو المواقف الجديدة التي لم يكتشفها بعد ، كما أنه يستطيع الاعتماد على إمكانياته المحدودة ، ويستطيع تعلم اكتشاف المواقف الجديدة ، والتعامل معها . إن الحماية الزائدة قد تكون عقبة في نمو الطفل، وتؤثر في شخصيته من حيث العلاقات الاجتماعية والشعور بالأمن. إن أهم أنواع العطف الذي يمكن أن توفره الأسرة للطفل المعاق بصرياً ، وأصعبها أيضاً هو أن تتجنب الحماية الزائدة بأي طريق ، وتعليمه كيف يمكن أن

يعتمد على نفسه ليصبح مستقلاً . والطفل المعاق بصرياً إذا كان عليه أن ينمو بطريقة سوية ، ويكون له شخصية مستقلة ويعيش حياة كاملة مثل إخوته المبصرين ، فإن ذلك يكون فقط لأنه منذ الطفولة الأولى قد بذلت جهود خاصة داخل الأسرة لتشجيعه وتنمية قدراته التي يمتلكها إلى أقصى حد . وهو مثل الأطفال المعاقين الآخرين يحتاج إلى إجراءات خاصة لحمايته ، ومثل هذه الإجراءات يجب ألا يسمح لها بأن تلغي حريته الشخصية في أن يتحرك ويلعب ، حتى إذا كان الأمر يستدعي بعض المخاطرة وبدون ذلك فإنه يستحيل عليه أن يحيا حياة عادية في عالم المبصرين(ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) .

أن المعاقين بصرياً الذين يتعرضون للحماية الزائدة يظهرون درجة من البقاء في مستويات بدائية من التعايش . ولهذا السبب يجب أن تكون عملية الإرشاد عملية تعاونية تتضمن أشخاصاً عديدين في بيئة المعاق بصرياً . ويجب طلب مساعدة الأطباء ، والمعلمين المهنيين ، والقائمين على التدبير المنزلي وغيرهم لتحقيق الاستقلالية . إن العنصر المشترك في شمولية البرامج هو تطوير النضج العاطفي الذي من شأنه مساعدة المعاقين بصرياً على مواجهة المجتمع ومتطلباته العديدة (جمال الخطيب وآخرون ، ١٩٩٢)

ثانيا : المشكلات الاجتماعية :

يمكن تحديد الخصائص الاجتماعية على إنها الأنماط السلوكية المتعلقة بعملية التفاعل الاجتماعي التي تتم بين الطفل والآخرين من الأقران والراشدين ويكون هدفها الأساسي هو تحقيق أغراض المتفاعلين من خلال تفاعل اجتماعي بناء (ناصر الموسى، ١٤١١هـ) .

ويعتبر النمو الاجتماعي من المجالات الأساسية التي حظيت باهتمام الباحثين في ميدان الإعاقة البصرية . وكما هو معروف فإن المهارات الاجتماعية تكتسب من خلال الملاحظة المباشرة والتغذية الراجعة التي تتضمن أساسا الدلالات البصرية .

وتتوفر حالياً أدلة علمية قوية تشير إلى أن المعاقين بصرياً يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة وإن تلك المشكلات قد تنطوي على مضامين طويلة الأمد بالنسبة للنمو الاجتماعي والانفعالي في المراحل العمرية اللاحقة . وقد قارنت عدة دراسات بين

المعاقين بصرياً والمبصرين من أعمار مختلفة من حيث التكيف الاجتماعي ، الا أن هذه الدراسات لم تقدم اقتراحات مفيدة بشأن البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة في حالة وجود سوء التوافق الاجتماعي لدى المعاقين بصريً. (منى صبحي الحديدي ، ١٩٩٨) .

والإعاقة البصرية لا تؤثر بشكل مباشر على النمو الاجتماعي ولا هي بالضرورة تخلق بشكل مباشر فروقاً مهمة بين المعاقين بصرياً والمبصرين . ولا يعني ذلك أنه لا يوجد أية فروق بين المعاقين بصرياً والمبصرين من النواحي الاجتماعية ، ولكن المقصود هو أن الفروق عندما توجد لا تعزى للإعاقة بحد ذاتها وإنما للأثر الذي قد تتركه على ديناميكية النمو الاجتماعي . فعملية النمو الاجتماعي عملية تفاعلية يشترك فيها الأشخاص الآخرين بفعالية . وبناء على ذلك ، فإن ردود فعل الآخرين للمعوق بصرياً تلعب دوراً بالغاً في نموه الاجتماعي (منى صبحي الحديدي ، ١٩٩٨) .

وقد لاحظ بعض الباحثين إن الأطفال المعوقين بصريا يواجهون بعض الصعوبات في عملية التفاعل الاجتماعي ، ويعود السبب في ذلك إلى غياب أو نقص المعلومات البصرية التي تلعب دورا رئيسا في تكوين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ، فعملية التفاعل بين الطفل في مهده وبين أمه تتأثر بغياب البصر ، ذلك أن الطفل المعاق بصرياً قد لا يستجيب لأمه بنفس الحيوية والنشاط اللذين يستجيب بهما الطفل المبصر ، مما ينعكس سلبيا على الطريقة التي تستجيب بها الأم ، كما إن عملية التقليد والمحاكاة التي تلعب دورا مهما في عملية النمو الاجتماعي تتأثر هي الأخرى بغياب البصر ، فالطفل المبصر ينظر إلى من حوله فيرى كيف يلعبون ، وكيف يمشون ، وكيف يجلسون ، وكيف يأكلون، وكيف يلبسون فيفعل مثلهم ، أما الطفل المعاق بصرياً فإنه لا يستفيد من عملية التعلم العرضي تلك ، مما يؤثر في سلوكه الاجتماعي كطفل ، وربما في قدرته على التكيف الشخصي كشاب (ناصر الموسى، ١٤١١هـ) .
ثم إنه بالنظر إلى أنه يوجد بعض القصور في المهارات التواصلية لدى الأطفال المعاقين بصرياً خصوصاً في مهارات التواصل غير اللفظي ، فإن ذلك لابد أن يترك بعض الآثار السلبية على مهاراتهم الاجتماعية (ناصر الموسى ، ١٤١١هـ) ، فالطفل المبصر يستجيب لتعبيرات الوجه عند أمه كما يستجيب لحركاتها، والسمع ينبه إلى الأعمال التي تقوم بها الأم ووجودها إلى جانبه ، والمبصر يمكنه من رؤية أمه والاستجابة لها بطريقة سريعة. أما الطفل المعاق بصرياً فنظراً لعدم رؤيته للأم ، وعدم رؤيته للتعبيرات الوجهية عند الآخرين ، وبالتالي يعجز عن تقليدها فإن مثل هذه

التعبيرات لا تظهر على وجهه في أغلب الأحوال . فالمعاق بصرياً عندما يغضب أو يفرح أو يندهش فإن ملامح وجهه قد لا تدل على ذلك . وهذا يؤدي إلى ضعف الاتصال مع الآخرين من المبصرين . وقد ذكر دوماس بعض تجارب أجراها على المعاقين بصرياً في المعهد القومي للمكفوفين بباريس عن إظهار تعبيرات وجهيه معينة ، وشمل البحث ٣٣ فرداً من المولودين عميان ، وطلب منهم أن يعبروا بوجوههم عن عواطف قوية أو ضعيفة مثل السرور والفرح والغضب والخوف فلم يستطيعوا أن يعملوا ذلك ، لأن التقليد بهذه الصورة من أصل بصري تماما ، أي ناتج عن طريق المحاكاة ، فالتعبيرات الحركية للوجه عند المعاق بصرياً أقل منها عند المبصرين(ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) .

كما تتسبب الإعاقة البصرية في الكثير من المشاكل الاقتصادية للمعاق بصرياً ، فانقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق بصرياً هو العائل الوحيد للأسرة قد يفقده هذا مكانته في الأسرة (محمد سيد فهمي، ١٩٨٣، ص ١١٥) . لأنه لم يعد الآن يكسب العيش أو رب البيت ، لقد أصبح شخصاً أقل فتصورات المجتمع ومشاعره تنفذ إلى داخل البيت (توماس ج. كارول ، ١٩٦٩) .

فالنفقات الإضافية التي تترتب على الإعاقة البصرية يمكن تصنيفها إلى صنفين : (توماس ج. كارول ، ١٩٦٩)

نفقات تتصل بالمرض مثل تكاليف العلاج ، والإقامة في المستشفى ، والعقاقير والأدوية ، والعمليات الجراحية ، وتكاليف التمريض ...

ونفقات ملازمه للإعاقة البصرية فهي بصفة أساسية تلزم عن فقدان القدرة على التحرك وفقدان القدرة على الاتصال عن طريق الكلمة المكتوبة، وفقدان فنيات الحياة اليومية . فالشخص الذي فقد قدرته على الحركة والتنقل بسبب إعاقته البصرية يجد نفسه ملزماً بنفقات جديدة عندما يرغب في الانتقال من مكان إلى آخر . وحيث كان من الممكن في الماضي . إذا كانت إعاقته متأخرة . أن يستقل سيارته الخاصة ، فإنه يجد الآن أنه يتحتم عليه أن يستقل سيارة أجرة ، وحيث كان في الماضي يستطيع أن يذهب بمفرده ، فإنه يجد الآن أنه يتحتم عليه أن يتخذ رفيقاً أو مصاحباً (وسيان يدفع للمصاحب أجرة أو يتحمل نفقاته ، فإن النفقات تتضخم) . وفقدان القدرة على الاتصال عن طريق الكلمة المكتوبة معناه دفع أجر لقارئ .

وسيان ارتفعت النفقات أو انخفضت ، فبعض هذه النفقات ملازمه للعمى، وبعضها متصل بالمرض ، وهذا يعني زيادة في الأنفاق ويقلل من الدخل أو يتوقف تماماً .

ومن المشكلات الموجودة عند كثير من المعاقين بصرياً ما يسمى باللزمات Blindisms ، فإذا لاحظنا المعاقين بصرياً بدقة نجد أن كثيراً منهم يقومون بحركات عصبية تعتبر من الخصائص المميزة لهم مثل وضع الإصبع في العين، هز اليدين، هز الرأس (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ).

وقد عرفت Eichel (1978) اللزمات السلوكية على أنها : (أي حركة متكررة ، أو روتينية لا تهدف إلى تحقيق أي غرض واضح ملحوظ) ، أما الأسباب الكامنة وراء ظهور هذه السلوكيات بين الأطفال المعاقين بصرياً فهي عديدة ومتداخلة ومعقدة ، وقد ساقت Eichel (1979) 11 سبباً محتملاً منها : الحرمان البيئي ، الاستثارة الذاتية، التعويض عن الأنشطة البدنية ، الخلل في التفاعل بين الطفل ووالديه ، النقص في التغذية البصرية الراجعة ، التعلم من خلال التكرار... الخ (ناصر الموسى ، ١٤١١هـ، ص ٣٠٣) . وأغلب الأطفال المعاقين بصرياً يمرون بمثل هذه المرحلة من اللزمات في خلال نموهم العادي ، ويرى كثير من الباحثين أن مثل هذه اللزمات هي نتيجة ضعف أو بطئ الاستثارة ، سواء منها اللمسية أو السمعية من أحد الوالدين ، لذا فإن الطفل يترك نفسه للمثيرات الداخلية مما يلجأ معه إلى تلك اللزمات . وفي المراحل الأولى من العمر فإن هذه اللزمات لا تثير الاهتمام في حد ذاتها إلا أنها قد تؤدي إلى تعطيل أو اضطراب بعض العمليات الهامة في حياة المعاق بصرياً مثل القراءة أو الحركة . كذلك إذا استمرت هذه اللزمات فترة من الزمن فإنها تصبح عادات حركية من الصعب تغييرها . وهي قد تدل أيضاً على اتجاهات سلبية في حياة المعاق بصرياً ، وسبيلاً للتخفيف من القلق ، فكلما احتاج للاستثارة ، أو كلما واجهته مشكلة ، أو موقف ما لجأ إلى تلك الحركات . هذا إلى أنها تؤدي إلى مظهر اجتماعي غير مناسب عن المعاق بصرياً (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) .

وتشير الدراسات التي أجريت في هذا المجال و خاصة تلك الدراسات التي لخصها لونفيلد Lowenfeld 1973 إلى إحساس المعاق بصريا بالنقص في الثقة بذاته ، و إلى الإحساس بالفشل و الإحباط، وذلك بسبب إعاقته البصرية التي تشكل السبب في تدني أداءه الأكاديمي أو المهني ، مقارنة مع العاديين ، وينعكس ذلك على موقفه من الآخرين ومن ردود الأفعال المتوقعة من الآخرين

نحوه ، وقد يكون موقف الآخرين سلبيا نحو المعاق بصريا يغلب عليه طابع الشفقة والرفض ، وقد يكون موقف الآخرين إيجابيا يغلب عليه طابع القبول الاجتماعي (فاروق الروسان ، ١٩٩٦) .
وكذلك المعاق بصرياً يفقد الخصوصية مع نفسه ويصبح (لافتة) . (الأعمى يفعل كذا وكذا) وهذه الأشياء تصلح عناوين في الصحف ، في حين أن المبصر حين يفعل نفس هذه الأشياء نادراً ما يجد مكاناً له بين أخبار الحوادث والشخصيات . وعلم النفس الاجتماعي يظهرنا على بعض المشكلات التي تتصل بعدم الانتماء إلى الجماعة ، أي التي تتصل (بخارج الجماعة). وبخاصة عندما تكون هناك علامة مميزة للأفراد من خارج الجماعة، ذلك هو على وجه الدقة الوضع المفروض على المعاق بصرياً . تتجه إليه الأضواء هذه التي يتحتم على الشخصيات الاجتماعية أن تعيش فيها ، ولكنه يختلف عن غالبية هذه الشخصيات في أنه لم يسعى إلى هذه الأضواء ، ولكن أرغمته الإعاقة البصرية على أن يكون فيها (توماس ج. كارول ، ١٩٦٩،) .

كذلك يعتبر الناس بأن المعاق بصرياً تابع ، وهو في تبعيته هذه يشعر أو يشعره الآخرون بأنه عبئاً ثقيلاً عليهم (والذين يشعرون بذلك يسارعون إلى كتمانه في أعماقهم وتغطيته بشكل أو بآخر) . وإن تبعية المعاق بصرياً غالباً ما تتزايد في الدائرة العائلية ، وذلك لما تتجه هذه التبعية في المستوى الشعوري من متاع الإحساس بالقوة والتفوق وتتحول القرارات أكثر فأكثر عنه إلى الآخرين في الأسرة بقدر ما يمعن أكثر فأكثر تحويله إلى اللاصلاحية . وعندما يثور فإن ثورته تعزى إلى الطابع الجديد الذي أصبح له مع الإعاقة البصرية (توماس ج. كارول ، ١٩٦٩) .

وقامت سومرز Sommers 1944 بدراسة واسعة لبعض العوامل التي تؤثر في سلوك المراهقين المعاقين بصرياً وفي بعض جوانب الشخصية ، كذلك حاولت البحث عما إذا كانت توجد علاقة بين الاتجاهات الوالديه من جانب ونمط سلوك المراهق المعاق بصرياً واتجاهاته نحو الإعاقة من الجانب الآخر (فتحي السيد عبدالرحيم ، ١٩٨٢) .

دور المرشد في المشكلات الاجتماعية

يجب على المرشد أن يدرس كل حالة وأن يتعرف على كل ما يحيط بالمعاق بصرياً من ظروف بيئية ودراسية ومهنية مستخدماً في ذلك مجموعة من إستراتيجيات عملية الإرشاد كالمقابلة والزيارة

المنزلية وغيرها حتى يساعده في التغلب على المشاكل التي تواجهه أو تواجه الأسرة نتيجة الإصابة بهذه الإعاقة (محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣) .

يساعد المعوق بصرياً في التكيف مع إعاقته ، ومع ظروف المؤسسة التي ترعاه ، وتزويده بالعادات الاجتماعية والخلقية السليمة ، ودعم سلوكه الاجتماعي من خلال برامج الترويح المختلفة ، فالمعوق بصرياً لا ينبغي أن تحرمه إعاقته من الاستمتاع بالترفيه عن طريق إدخال بعض التعديلات في البرامج الترفيهية العادية لتصبح ملاءمة لإشباع حاجاته . فمن خلاله يمكن للمعوق بصرياً أن يكتسب ويدعم العديد من مظاهر السلوك الاجتماعي السليم كالتدريب على العمل الجماعي والقيادة والتعاون والمبادأة(محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣) .

على المرشد إيجاد البرامج والإجراءات والوسائل التي تهدف إلى توعية أفراد المجتمع بأسلوب وعلاج مشكلات المعاقين بصرياً ، لتحسين وتعديل اتجاهات المجتمع نحوهم (محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣) . فلا بد من تزويد المبصرين بالمعلومات الصحيحة عن المعاقين بصرياً وقدراتهم وحاجاتهم ، وعن الطرق المناسبة للتعامل معهم وتقديم الخدمات عند الحاجة . فحتى يستطيع المعاقين بصرياً أن يأخذوا مكانهم الحقيقي في مجتمعهم لابد من أن تنظر إليهم الجماعة المبصرة كأفراد لكل منهم خصائصه المميزة لا كجماعة متجانسة بسبب الإعاقة البصرية (منى صبحي الحديدي ، ١٩٩٨) . وذلك عن طريق وسائل الإعلام المختلفة ، فمثلاً التلفاز بما يبديه من صور حية وناطقة، وكذلك عقد المحاضرات والندوات لدراسة مشاكل المعوقين بصرياً له أثر في نشر الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي في المجتمع. (محمود محمد حسن ، ١٩٨٩) .

يجب على المرشد أن يستخدم استراتيجيات إرشادية تركز على التعاون في الأنشطة ، والتدريب على مهارات الحياة اليومية ، كمهارة تناول الطعام ، ومهارة ارتداء الملابس ، ومهارة العناية بنظافة الجسم ، ومهارات الاعتماد على النفس ، باعتبار ذلك كله يسهم في تنمية وتعزيز المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً (ناصر الموسى، ١٤١١هـ) .

يجب على المرشد أن يركز على إيجاد الوسائل والإجراءات والبرامج والإستراتيجيات التي تهدف إلى الحيلولة دون ظهور اللزمات السلوكية بين الأطفال المعاقين بصرياً ، وذلك باستخدام التدخل المبكر

. أو التخلص منها إن كانت قد استفحلت ، وذلك بالاستفادة من بعض الاستراتيجيات الفاعلة كاستراتيجيات تعديل وبناء السلوك (ناصر الموسى، ١٤١١هـ) . ويجب ألا يوبخ الطفل المعاق بصرياً أو يعامل بقسوة للتخلص منها . ولكن التوجيه بهدوء قد يكون مناسباً لكثير من الأطفال مع مساعدة الطفل على التخلص من القلق، وعلاجه ، وإيجاد أنشطة إيجابية لاستغراق طاقته . ويمكن أن نقارن هذه اللزمات بعملية قضم الأظافر أو مص الإبهام وهي مرحلة يمر بها جميع الأطفال تقريباً ، وقد يكون ذلك مقبولا من الطفل الصغير جداً ، أما الطفل الكبير فإن ذلك يكون موضعاً للسخرية ، وبعبارة أخرى فليس الفرق في نوع السلوك وإنما في تكراره أو شدته . ومن أهم الوسائل تأثيراً لمساعدة الطفل على التغلب على هذه اللزمات إمداده بوسائل للتسلية، وألعاب مثيرة، وأنشطة ذات اهتمام حقيقي بالنسبة له . ومع ذلك فإن التشجيع المباشر قد يكون ضروريا (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١ هـ) .

ويساعد المرشد المعاق بصرياً على توفير المساعدات المالية التي تخدم المعوق بصرياً وأسرته خلال فترة علاجه أو تأهيله ، حتى يمنع حدوث مضاعفات ومشاكل جديدة مترتبة على المشاكل الاقتصادية (محمد سيد فهمي، ١٩٨٣،). وتقدم المملكة العربية السعودية إعانات لأولياء أمور المعاقين ، وإعانات للمشروعات الفردية أو الجماعية للمعوقين المؤهلين ، ويصرف للطلبة والطالبات في المعاهد الخاصة مكافآت مالية شهرية ، وتخفيض أجور السفر والانتقال بواقع ٥٠% من الأجور المقررة للمعوقين ومرافقيهم.

ثانيا : المشكلات الاجتماعية :

وتتوفر حالياً أدلة علمية قوية تشير إلى أن المعاقين بصرياً يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة وإن تلك المشكلات قد تنطوي على مضامين طويلة الأمد بالنسبة للنمو الاجتماعي والانفعالي في المراحل العمرية اللاحقة . وقد قارنت عدة دراسات بين المعاقين بصرياً والمبصرين من أعمار مختلفة من حيث التكيف الاجتماعي ، الا أن هذه الدراسات لم تقدم اقتراحات مفيدة بشأن البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة في حالة وجود سوء التوافق الاجتماعي لدى المعاقين بصريً. (منى صبحي الحديدي ، ١٩٩٨) .

والإعاقة البصرية لا تؤثر بشكل مباشر على النمو الاجتماعي ولا هي بالضرورة تخلق بشكل مباشر فروقاً مهمة بين المعاقين بصرياً والمبصرين . ولا يعني ذلك أنه لا يوجد أية فروق بين المعاقين

بصرياً والمبصرين من النواحي الاجتماعية ، ولكن المقصود هو أن الفروق عندما توجد لا تعزى للإعاقة بحد ذاتها وإنما للأثر الذي قد تتركه على ديناميكية النمو الاجتماعي . فعملية النمو الاجتماعي عملية تفاعلية يشترك فيها الأشخاص الآخرين بفعالية . وبناء على ذلك ، فإن ردود فعل الآخرين للمعوق بصرياً تلعب دوراً بالغاً في نموه الاجتماعي

كما تتسبب الإعاقة البصرية في الكثير من المشاكل الاقتصادية للمعاق بصرياً ، فانقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق بصرياً هو العائل الوحيد للأسرة قد يفقده هذا مكانته في الأسرة (محمد سيد فهمي، ١٩٨٣) . لأنه لم يعد الآن يكسب العيش أو رب البيت ، لقد أصبح شخصاً أقل فتصورات المجتمع ومشاعره تنفذ إلى داخل البيت.

دور المرشد في المشكلات الاجتماعية

يجب على المرشد أن يدرس كل حالة وأن يتعرف على كل ما يحيط بالمعاق بصرياً من ظروف بيئية ودراسية ومهنية مستخدماً في ذلك مجموعة من إستراتيجيات عملية الإرشاد كالمقابلة والزيارة المنزلية وغيرها حتى يساعده في التغلب على المشاكل التي تواجهه أو تواجه الأسرة نتيجة الإصابة بهذه الإعاقة. (محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣) .

يساعد المعوق بصرياً في التكيف مع إعاقته ، ومع ظروف المؤسسة التي ترعاه ، وتزويده بالعادات الاجتماعية والخلقية السليمة ، ودعم سلوكه الاجتماعي من خلال برامج الترويح المختلفة ، فالمعوق بصرياً لا ينبغي أن تحرمه إعاقته من الاستمتاع بالترفيه عن طريق إدخال بعض التعديلات في البرامج الترفيهية العادية لتصبح ملاءمة لإشباع حاجاته . فمن خلاله يمكن للمعوق بصرياً أن يكتسب ويدعم العديد من مظاهر السلوك الاجتماعي السليم كالتدريب على العمل الجماعي والقيادة والتعاون والمبادأة (محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣) .

على المرشد إيجاد البرامج والإجراءات والوسائل التي تهدف إلى توعية أفراد المجتمع بأسلوب وعلاج مشكلات المعاقين بصرياً ، لتحسين وتعديل اتجاهات المجتمع نحوهم (محمد سيد فهمي ، ١٩٨٣،) . فلا بد من تزويد المبصرين بالمعلومات الصحيحة عن المعاقين بصرياً وقدراتهم وحاجاتهم ، وعن الطرق المناسبة للتعامل معهم وتقديم الخدمات عند الحاجة . فحتى يستطيع

المعاقين بصرياً أن يأخذوا مكانهم الحقيقي في مجتمعهم لابد من أن تنظر إليهم الجماعة المبصرة كأفراد لكل منهم خصائصه المميزة لا كجماعة متجانسة بسبب الإعاقة البصرية (منى صبحي الحديدي ، ١٩٩٨) . وذلك عن طريق وسائل الإعلام المختلفة ، فمثلاً التلفاز بما يبديه من صور حية وناطقة، وكذلك عقد المحاضرات والندوات لدراسة مشاكل المعوقين بصرياً له أثر في نشر الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي في المجتمع.

ثالثاً : المشكلات الأسرية :

لقد ثبت علميا أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة الأولى التي يحتك بها وان شخصية الإنسان تتشكل تبعا للخبرات التي يمر بها في مرحلة الطفولة وما يستجد بعد ذلك في شخصيته يكون مرتبطا إلى حد كبير بطفولته التي تعتبر أساسا لهذه الشخصية ، وهذه الحقائق لا تختلف في قليل أو كثير بالنسبة للطفل المعاق بصرياً (سيد عبدالحميد مرسي، ١٩٧٥) . فاتجاهات الأسرة نحو أطفالهم المعاقين بصريا تلعب الدور الكبير في تقبله للعمى أو رفضه له ، ومن ثم في تكيفه النفسي والاجتماعي فهناك تصرفات مختلفة من الآباء نحو الطفل المعاق بصرياً منها: القبول، الرفض ، التدليل والحماية المبالغة ، إنكار وجود الإعاقة أو العمى بصفة عامة ، الإعراض سواء كان ظاهرا أو مقنعا .

فالنبذ قد يشعر به الأب كرد فعل لما قد يرى فيه انتقاماً إلهياً لذنوب ارتكبها . لذلك فهو لا يريد ولا يتقبل من يذكره بخطيئته وسوء حظه . إن الطفل المعاق بصرياً يحتاج إلى رعاية أكثر ويحتاج إلى إشباع دوافع هامة وعاجلة، ولكن الأب قد يقابل ذلك بالحرمان وعدم التقبل . إن الطفل المعاق بصرياً يحتاج إلى إثارة وتنبيه ، أكثر من الطفل المبصر ، لكنه في الواقع قد يأخذ أقل . ومن الآباء من يستجيب لهذه الصدمة بالانقباض . إن بعض الآباء قد يندب حظه العاثر لهذه الكارثة التي ألمت به . فقد يستجيب له بالجمود والتجاهل التام، وبعض الآباء قد يستجيب بمشاعر القلق وعدم القدرة على التصرف في مواجهة مشكلة الابن المعاق بصرياً (ماهر محمود الهواري ، ١٤٠١هـ) . فالمشاكل تبدأ في الظهور عندما يكون الوالدان غير مستعدين لتقبل الإعاقة البصرية كحقيقة واقعة والتي ربما تكون مصدر إزعاج في حياة الأسرة إذ يؤثر عليها كصدمة تخلف وراءها مشاعر واحساسات سلبية تكون بمثابة قاعدة اجتماعية تشكل إرادياً أو لا إرادياً سلوك الأم تجاه طفلها الرضيع وهذا يؤدي بدوره إلى عصبية الأم والتي يحتمل أن تنتقل بالتالي إلى طفلها الرضيع فيصبح هو أيضاً عصبياً

يقوم المرشد بتوجيه أفراد أسرة الطفل المعاق بصرياً إلى أفضل السبل لتحقيق تربية طفلها تربية سليمة ولتوفير البيئة التربوية والنفسية والاجتماعية لإتاحة النمو الطبيعي لجوانب شخصية الطفل، ويستلزم الأمر من جانب المرشد أن يعدل أو يغير من اتجاهات هؤلاء الأفراد في النواحي التالية : (سيد عبدالحميد مرسي ، ١٩٧٥).

*تقبل الإعاقة ، وبالتالي تقبل الطفل المعاق بصرياً والتسليم بالأمر الواقع. معاونة الطفل المعاق بصرياً معاونة عادية مثل غيره من إخوانه الأطفال.

*وعدم التأثر بالإعاقة البصرية في تغيير نمط هذه المعاملة الطبيعية.

*الإلمام بفكرة صحيحة عن ماهية الإعاقة البصرية وشئون المعاقين بصرياً وعالمهم.

*الإلمام بأسس واتجاهات الرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية للطفل المعاق بصرياً ويحسن أن يكون لدى الأسرة دليل تربوي بمثابة موجه لهم في تربية أطفالهم.

*إتباع الطرق والسلوك المناسب لتدريب الحواس الباقية مع الإلمام الصحيح بالأهمية التربوية والنفسية في تربية الحواس الباقية إذ أن الملاحظات الحسية تكون القاعدة العريضة للتربية العقلية للمعاق بصرياً .

*تجنب الظروف والملابسات التي تؤدي إلى تكوين الإحساس بالانحطاط أو الشعور بالذنب .

*مراعاة أن لا تؤدي ردود أفعالهم على تصرفاته إلى جرح مشاعره واحساساته.

*تزويد المعاق بصرياً بالخبرات المتنوعة عن طريق معرفة الأشياء المحيطة به والإلمام بجميع مجالات النشاط البشري في المجتمع تبعا لقدراته التحصيلية وبالطرق والوسائل المناسبة لظروفه الخاصة .

*عدم القيام بالخدمة المستمرة للطفل المعاق بصرياً ، فهذا يؤدي إلى ضعف إرادته وعدم استقلال ذاته . وعلى العكس من هذا يحسن أن يتعود الطفل على خدمة نفسه كقاعدة لها قيمتها لتكوين إرادة الطفل .

٤) ويجب أن يكون المرشدون على مستوى كبير من الفهم لأثر الطفل المعاق بصرياً على أسرته وأشقائه العاديين ، كما على المرشدين أن يكونوا على وعي باحتمالات الأسرة الممتدة ، وهو مصطلح عادةً ما يستخدم لوصف أعضاء الأسرة الآخرين مثل الأجداد ، والأخوة والأخوات والآباء أو أعضاء الأسرة المقربين . ويكون هؤلاء الأقارب جزءاً من شبكة المصادر التي يمكنها أن تقدم الدعم والراحة والفهم لأب الطفل المعاق بصرياً . وخارج نطاق العائلة الممتدة، توجد شبكة متنامية

من الناس الذين يتقاسمون التجارب المفجعة مع الآخرين الذين سيجربون أو جربوا الحدث نفسه . فالشبكة إذن عملية لربط الناس بعضهم ببعض كمصادر للمساعدة والدعم ومساعدة الآخرين في إيجاد الخدمات والمعلومات التي يحتاجونها . وفي عدة حالات يريد الآباء التحدث مع الآباء الآخرين الذين مروا بمصاعب مماثلة وتكيفوا معها
(جاك سي استيورت ، ١٩٩٦) .

٥) محاولة المرشد القيام بالإرشاد الجماعي للأباء الذين أصيب أطفالهم بإعاقة بصرية، يكون الغرض منها هو التعاون فيما بينهم لإيجاد الحلول المناسبة لمشاكلهم الخاصة بأطفالهم المعاقين بصرياً (محمود محمد حسن ، ١٩٨٩) . وكذلك إرشادهم عن كيفية مساعدة الطفل المعاق بصرياً كي يتمتع بحياة سعيدة ، وتزويده بالخبرات المتنوعة التي تساعده على الاعتماد على نفسه والاستقلال بذاته، وتسهيل تكيفه النفسي والاجتماعي ، وتوجيهم إلى إزالة الأشياء والموانع عن طريق الطفل المعاق بصرياً التي تعترض سيره في حجرات المنزل أو فناء الحديقة دعماً لتنمية الحركة الذاتية عنده ، وحتى يمكنه أن يتحكم في جسمه وتوازنه وأن يتحرك بحرية وبدون قلق أو تردد (لطفي بركات احمد، ١٩٨١)
المشكلات التربوية

إن العاهة التي يعاني منها المعاقين بصرياً ، من الممكن ألا تكون حائلاً بينهم وبين مداومة التعليم أو الإعداد لمهنة من المهن أو عمل من الأعمال يتفق وقدراتهم وميولهم وما وصلوا إليه من تعليم وتدريب . وذلك إذا توافرت الشروط البيئية السليمة لرعايتهم وتعليمهم وتوجيههم .

والطفل المعوق بصرياً الذي يتوجه إلى المدرسة لأول مرة يوضع في موقف يتحتم عليه أن يكون على صلة بعدد كبير من الأشخاص في وقت واحد. مثل هذا الموقف يتطلب من المرشدين والمعلمين والآباء اليقظة بالنسبة للمواقف التي يحتاج فيها الطفل المعاق بصرياً إلى عون في تكوين علاقات صحية من الصداقة مع الآخرين.

دور المرشد في المشكلات التربوية

يجب أن يعمل المرشد على توجيه المعاق بصرياً إلى المعاهد الخاصة بالمعاقين بصرياً وأن يعرفه على الخدمات التي تقدمها هذه المعاهد من خدمات تعليمية وتربوية، وأن يغرس لديه الاعتماد على النفس ، وأن ينمي قدراته إلى أقصى حد ممكن ، كما عليه أن يتدخل مبكراً بحيث لا يتيح للاجتهادات الشخصية الخاطئة من الأشخاص غير المتخصصين لتقديم خدمات للمعاق بصرياً خاطئة مما يؤدي إلى نتائج سيئة عليه .

العمل على المشاركة الإيجابية النشطة للطفل المعوق بصرياً في الأنشطة المدرسية بشرط أن يكون ذلك من خلال طرق وأساليب تتميز بالحب والدفء والرغبة في المساعدة والتقبل وليس من منطلق الحماية الزائدة للطفل المعوق بصرياً التي تشجع اعتماده على الآخرين . وأن تكون هذه الأنشطة من النوع الذي يتطلب مشاركة جميع الأفراد في الأداء ، وعندما يظهر المعوقون بصرياً قدرتهم على الأداء فإن المبصرين ينظرون إليهم بقدر أكبر من الاحترام مما يجعلهم يدعونهم إلى المشاركة في أنشطة أخرى . بهذه الطريقة يمكن أن يكتسب الأطفال المعوقون بصرياً الثقة بالنفس كأعضاء إيجابيين في الجماعة ويشعرون بالقدرة على دعوة زملائهم لمشاركتهم بعض الأنشطة التي يفضلونها (فتحي السيد عبدالرحيم ، ١٩٨٢) .

كما يتيح لهم الاختلاط مع زملائهم المعاقين بصرياً ، وكذلك مع زملائهم الأسوياء ومحاولة مجاراتهم في تحصيل الخبرات والإسهام في الأنشطة وهذا يعتبر غاية كل عمل تربوي وتأهيلي .

توفير التنشئة الاجتماعية السليمة بالمساهمة في تيسير العمليات التكوينية والوقائية والعلاجية من خلال تزويد الطالب بالمهارات المختلفة في نطاق قدراته وإمكاناته ومتطلبات المجتمع ، ومساعدته على تخليص مشاكله والعقبات التي تعطل تحصيله الدراسي ووقايته من التعرض لها ، ومساعدة المدرسة على زيادة كفاءتها وتطوير وسائلها لتكون أكثر قدرة على تلبية متطلبات التغير والتقدم في المجتمع.

المشكلات المهنية

لقد نادت الحركة الديمقراطية بتكافؤ الفرص والمساواة بين الأفراد بصرف النظر عن جنسهم ولونهم ودينهم ، والمعاق بصرياً كعضو في المجتمع عليه واجبات وله حقوق ، والتي من أهمها أن تمكنه الجماعة من ممارسة نشاطه في حدود قدراته وإمكاناته

وعلى الرغم من أن المعاقين بصرياً قد يحصلون على تعليم من مستوى جيد إلا أن نسبة كبيرة منهم لا تكتسب معلومات كافية عن عالم العمل . فتفاعلاتهم مع ذوي الأعمال المختلفة محدودة وهم قد لا يكون لديهم الوعي الكافي بالمهن التي قد ينجحون فيها . ولكن الأفراد المعاقين بصرياً يستطيعون القيام بالعديد من الأعمال وذلك اعتماداً على قدراتهم وميولهم ورغباتهم . ويشير جيمس بتر Bitter 1979 إلى أن أهم عامل يجب مراعاته في التأهيل المهني لهؤلاء الأفراد هو معرفة وتحليل التأثيرات النفسية للإعاقة البصرية. وقد أفاد مكتب العمل الدولي ١٩٨٩ بأن الحرف والمهن التي يقوم بها المعاقون بصرياً قد زادت بشكل ملحوظ في الأعوام القليلة الماضية بسبب توفر معينات القراءة والحركة المتطورة . وبوجه عام ، فإن هناك قبولاً متزايداً في معظم دول العالم حالياً لفلسفة تشغيل المعوقين بصرياً مع المبصرين في سوق العمل المفتوح خطوات نجاح التأهيل المهني للمعوقين بصرياً. (محمد صالح أحمد صالح ، ١٤١٣هـ)

الكشف الطبي : وذلك لمعرفة درجة كف البصر وظروف الإصابة وخطوات علاجها حتى تقوم عملية التوجيه والتدريب المهني على أساس سليم.

بحث الحالة : وذلك بغرض التعرف على المعلومات الشخصية عن المعاق بصرياً وأسرته وخبرته المهنية ومستواه الثقافي وقدرته وتكيفه بعد الإصابة وهذه المعلومات لها أهميتها في توجيه ونجاح التدريب المهني .

التوجيه المهني : وهو مساعدة المعاق بصرياً على اختيار ما يناسبه من أعمال في ضوء التعرف على ظروف الإصابة والخبرات السابقة ومدى تقبله للعمل المعروض عليه ولتحقيق ذلك يستلزم أن تتضمن عملية التأهيل المهني الآتي:

تحليل المهن : وذلك لمعرفة احتياجات كل مهنة ومتطلباتها من استعدادات وقدرات ومهارات لوضع المعاق بصرياً في العمل المناسب له .

تحليل شخصية المعاق بصرياً : وذلك لمعرفة قدراته ونواحي القوة والضعف فيه عن طريق الطبيب والأخصائي الاجتماعي والنفسي .

التوجيه : وهذا يتطلب مراعاة التوفيق بين حاجات المعاق بصرياً والنواحي المكفولة في مجال العمل وذلك لوضع كل فرد في المهنة المناسبة له ومساعدة المعاق بصرياً على التكيف النفسي والاجتماعي لبيئة العمل الجديدة .

التدريب المهني : وهذا يستلزم أن يتقبل المعاق بصرياً عاهته وتكيفه مع وضعه الجديد حتى يستقر نفسياً وبعد ذلك تبدأ خدمات التدريب على المهنة الملائمة له .

التشغيل: وهي المرحلة الأخيرة من مراحل التأهيل المهني فلا فائدة من التدريب دون إيجاد العمل المناسب للمعاق بصرياً في المهنة التي تدرب عليها ونجح فيها .

التتبع : ويجب هنا متابعة المعاق بصرياً بعد التحاقه بالعمل وذلك لإرشاده للتغلب على العقبات أو مشكلات العمل التي قد يواجهها .

إن المعاقين بصرياً هم طاقة بناءة يمكن استغلالها والإفادة منها ، وإلا فإن الآية تنعكس ويصبحون عوامل هدم وتشويه بدلاً من كونهم عوامل بناء وتدعيم . فمن المعروف أن المعوقين عامة والمعاقين بصرياً خاصة إن لم يشغلهم عمل يصرفون فيه جهدهم ويقضون فيه وقتهم ، فانهم يتحولون إلى عناصر هدامة يتفشى بينها الانحراف الاجتماعي بشتى صوره ويصبحون عالة ثقيلة على المجتمع . إن الأمر لا يستلزم أكثر من الاعتراف بكرامة الفرد المعوق وتدعيم الثقة في قدراته وتقبله في المجتمع بما يضيف المزيد إلى الكفاية الإنتاجية (سيد عبدالحميد مرسي، ١٩٧٥).

التوحد (AUTISM)

وهو مصطلح مترجم من اللغة الإنجليزية من كلمة (AUTISM) والذي يعني باللغة الإغريقية النفس الغير سوية فـ..(AUT) تعني في الإغريقية (النفس) و... (ISM) تعني الحالة الغير سوية.

و ترجم هذا المصطلح من قبل الباحثين العرب إلى عدة مسميات:

- الذاتية الطفولية
- الأوتيسيه
- الانشغال بالذات
- الاجترار
- فصام الطفولة
- التمركز الذاتي
- الذهان الذات

البدايات التاريخية لدراسة التوحد

يعتبر(ليو كانر) أول من أشار إلى إعاقة التوحد وذلك في ١٩٤٣م حينما كان يقوم بفحص بعض الأطفال المتخلفين عقليا حيث لاحظ أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم من المتخلفين عقليا وقام بوصف هذه السلوكيات وأطلق عليهم مسمى التوحديين. وقد أعتبر كارنر أن العلامة البارزة للتوحد هي عجز الفرد عن الارتباط بالناس والمواقف بالطريقة العادية.

تعريف التوحد

اقترح رتغو وفريمان عام (١٩٧٨م) أن التوحد اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا، وأن الأعراض الاساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (٣٠) شهرا ويتضمن:

١. اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
٢. اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
٣. اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
٤. اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

وقد تبنت هذا التعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society For Autistic Children :NSAC)

ويعرف مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد (٢٠٠٣م) بأنه ٠خلل وظيفي يصيب الدماغ لم يتوصل العلم بعد لمعرفة سبب الإصابة به وهو من أصعب الإعاقات التطورية التي تصيب الطفل والتي تظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. ومن أعراضه قصور وتأخر في التفاعل الاجتماعي والنمو الإدراكي والتواصل وضعف الاهتمامات والتخيل ويعتبر ثالث إعاقة تطورية بنسبة الانتشار العالمي.

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

ويعرف فريق مايو كلينك (٢٠٠٤م) التوحد بأنه اختلال دماغي يسبب نوع من المشاكل التطورية في الأطفال تتضمن نقص في المهارات الاجتماعية، وتطور اللغة، وسلوك شاذ، ويظهر كتأخر في التطور أو ارتداد في التطور مع نقص الاهتمام بالآخرين، وتظهر الأعراض يعمر ثلاث سنوات.

وهو نمو غير طبيعي ينتج عنه إعاقة مستديمة تحدث قبل ٣٦شهرا من عمر الطفل وتؤثر في جوانب عديدة في الطفل تؤدي إلى ضعف العلاقات الاجتماعية والتواصل اللغوي والحسي مع الآخرين إضافة إلى محدودية الاهتمامات والنشاطات.

ويعرف وفقا للجمعية الأمريكية للتوحد على أنه إعاقة نمائية (تطورية) تظهر دائما في الثلاث سنوات الأولى من العمر، نتيجة للاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ ويتداخل مع النمو الطبيعي فيؤثر في الأنشطة العقلية في مناطق التفكير، التفاعل الاجتماعي، والتواصل.

نسبة حدوث التوحد

- يصاب بالتوحد مابين ٢-٥ أطفال في كل ١٠٠٠٠ ولادة سنويا. (١)
- نسبة الانتشار بين الذكور تكون أكثر من الإناث بواقع ٤اولاد مقابل بنت واحدة. (٢)

نسبة الإعاقات المصاحبة للتوحد:

- ٧٥% من الأطفال ذوي التوحد يعانون من التخلف العقلي.
- ٢٥% من ذوي التوحد يصابون بالصرع.

أسباب التوحد

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

السبب الجيني:

أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بيضتين مختلفتين). يقول الدكتور بينيث ليفينثال من جامعة شيكاغوا: (على الأقل خمسة أو ستة جينات تسهم في التوحد) وحتى الآن فإن دراسة إخوة وأقارب التوحديين تقترح أن هذه الجينات في الكروموسومات ١٥/١٣/٧ ولكن ما تفعله هذه الجينات غير معروف.

المطاعيم: (Vaccintions)

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

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

خصائص التوحد

الخصائص الاجتماعية:

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

المنعزل (المتقوقع) اجتماعيا:

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

اللامبالي اجتماعيا:

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

الأخرق اجتماعيا:

هؤلاء الأفراد قد يحاولون الحصول بشدة على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم، وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم عرض (اسبيرغر) وأحد الأسباب في فشلهم في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور غالبا حول أنفسهم وأنهم أنانيون.

الخصائص الجسمية والصحية:

تتفق كلم من سميرة السعدي والشربيني(١) مع ملاحظات كانر في أن التوحيديين يبدون بمظهر جذاب وصحة جيدة وتضيف جولد (٢٠٠٠)(٢) أن التوحديين يكون مظهرهم طبيعيا جدا عندما يولدون إلا أن اضطراب التوحد يمثل حالة لا تمنع إصابة الفرد بأمراض أو اضطرابات أخرى مترافقة يوضح كل من (جيليبرج، بيترز :د.ت)(٣) بعض المشاكل التي تترافق مع الاضطراب وهي:

١- مشاكل النظر- الحركات المضطربة للعيون.
٢- مشاكل السمع- عجز السمع.
٣- المشاكل المحددة للتخاطب واللغة.
٤- الحالة غير السوية للبشرة.
٥- مشاكل العظام والمفاصل.

الخصائص السلوكية والحركية:

يوضح السويدي (٤) أن أبرز الصفات لدي التوحديين هي :

١. السلوك التخريبي.

٢. إثارة الذات، حركات لا إرداية كالرفرفة.
٣. قلة الدافعية.
٤. الانتقاء الزائد للمثيرات، كالميل لمثير معين بإفراط.
٥. مقاومة التغيير.

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

الخصائص النفسية والانفعالية:

حتى الآن لم توضح الدراسات التي أجريت على التوحد أي من الخصائص النفسية فيه ولكن مع ذلك فإن بعض الحالات التي درست في العيادات الطبية تقترح أنه لا يوجد الكثير من الاضطرابات النفسية في التوحد، والدراسات الاكلنيكية تشير إلى حدوث الاكتئاب في التوحد إلا أن نسبة الانتشار الدقيقة للاكتئاب في التوحد ما زالت غير معروفة.ويشير كوك وجولدينغ (١) إلى أن المخاوف الشديدة والفوبيا غالبا ما تظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد الذين يعانون من فرط الإدراك الحسي، وإذا وجد فإنه يستمر لفترة طويلة بالإضافة إلى ردود فعل غريبة تعيق تقدمهم وأداءهم.
ولعل من بين التعبيرات الشاذة في الحالات الانفعالية النفسية ضرب البطن أو لف الأصابع في حالة التعبير عن الفرح، أو الضحك الشاذ غير الموظف في حالة التوتر، وقد أكدت الدراسات أن الحالة النفسية للتوحديين يمكن أن تتبدل بين متضادين بسرعة دون سابق إنذار. كما يمكن أن يظهر الطفل المصاب بالتوحد بعض مشاعر الغيرة والإحساس بالسعادة والتعلق بالآخرين والحرن.

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

أعراض التوحد:

١. التفاعل الاجتماعي: حيث يتصفون بالعزلة والانسحاب.
٢. التواصل :وجود مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي وأشكال شاذة من اللغة مثل المصادئة أو ترديد ما يقوله الآخرون.
٣. اضطراب في الحس :فأحيانا يظهرون حساسية عالية للمس أو المسك وأحيانا لا يهتمون لذلك حيث لا يظهرون أي إحساس بالألم .
٤. ضعف في اللعب والتخيل : فقد يأخذ اللعب شكل نمطي أو تكراري أو تستخدم اللعبة يشكل شاذ مختلف عن استخدامها الأصلي.
٥. ظهور أنماط شاذة من السلوك: مثل السلوك النمطي أو تحريك الأصابع أو الأيدي أو ظهور سلوك إيذاء ألذات أو الضرب والتخريب .وتشير الدراسات إلى وجود نمطين من أنماط التوحد :

١. الأشخاص التوحديين ذوي الوظيفة المرتفعة ويرتبط بنسب ذكاء لا تقل عن المتوسط.
٢. الأشخاص التوحديين ذوي الوظيفة المنخفضة ويرتبط بنسب ذكاء منخفضة بين أفراده.

تشخيص التوحد

يعرف الروسان التشخيص بأنه تفسيرات إجرائية تتمثل في إصدار حكم على ظاهرة ما بعد قياسها، أو موضوع ما وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة.

يعتبر تشخيص التوحد من أصعب المراحل التي يمر بها الطفل وتتطلب عملية التشخيص فريق عمل متعدد التخصصات:

- فريق طبي
- أخصائي نفسي
- أخصائي اجتماعي
- أخصائي تربوي وسلوكي
- أخصائي تخاطب وعلاج لغوي

ويرى الخطيب والحديدي (١٩٩٨م:١٥٦) أن الخصائص التي أوردها كارنر جديرة بالذكر لأنها لا تزال صحيحة وتصف الشكل التقليدي للتوحد وتتضمن:

العجز عن بناء علاقات، التأخر في اكتساب اللغة، استخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطويرها، الترديد الكلامي غير الطبيعي عكس الضمائر، اللعب بطريقة نمطية تكرارية، الانزعاج من التغير، الذاكرة الاستظهارية الجيدة، المظهر الجسمي العادي.وفي أوائل الستينيات صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة لكي تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين وقد انتقدت هذه النقاط لعدم وجود معلومات محددة لعدد النقاط التسع الضرورية والتي تكفي للتشخيص.

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

أولاً: العلاقات الاجتماعية:

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

١. التواصل الغير لغوي.
٢.عدم القدرة على اكتساب الصداقات مع الآخرين.
٣.عدم الرغبة في مشاركة الآخرين.
٤.ضعف التبادل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين.

ثانياً: ضعف التواصل:

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

١. عدم النطق أو التأخر في الكلام.
٢. عدم الرغبة في البدء بالكلام أو الاستمرار في الحديث.
٣. ترديد بعض الكلمات بشكل متكرر أو استعمال كلمات غريبة أو غير مفهومة.
٤. عدم القدرة على اللعب التخيلي أو التقليد الاجتماعي.

ثالثاً: نشاطات وأفعال متكررة:

وهنا يجب أن يعاني الفرد من عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية:

١. الانشغال بنشاط محدود ومتكرر

٢. التمسك بالروتين

٣. حركات تكراريه

٤. التعلق ببعض الأدوات والأشياء

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

قوائم الشطب:

- قائمة تقدير الأطفال ذوي التوحد (C.A.R.S)
- قائمة شطب سلوكيات التوحد (ABC)
- قائمة شطب أطفال التوحد (CHAT)
  - جميع هذه القوائم تركز على المظاهر السلوكية لذوي التوحد وتتم عن طريق الملاحظة أو سؤال الوالدين والأشخاص القريبين.

٢. الاختبارات النفسية التي تقيس القدرات العقلية واللغوية:

- اختبار الينوى للقدرات النفس لغوية.
- مقياس وكسلر للذكاء.

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

٣.مقاييس تهتم بالجوانب الاجتماعية والتواصل:

- مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي.
- تقدير اللغة من خلال سلوكيات اللعب.

الفحوصات الطبية:

- اختبار تقييم السمع.
- التخطيط الكهربائي للمخ.
- الأشعة المقطعية والمغناطيسية للدماغ لاستبعاد الأورام والإصابات.
- تحليل البيبتايد في البول.
- تحليل المناعة.
- التخطيط الكهربائي للمخ.

- تحليل الدم الروتيني.

التشخيص الفارق للتوحد:

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

أولا: التوحد والإعاقة العقلية:

- ذوي العوق العقلي قدراتهم الاجتماعية أعلى من ذوي التوحد.
- قدرات ذوي العوق العقلي في المهمات غير اللفظية اقل من ذوي التوحد.
- قدرات ذوي العوق العقلي اللغوية تكون متناسبة مع قدراتهم العقلية وذوي التوحد قدراتهم اللغوية ضعيفة أو قد تكون معدومة.
- وجود العيوب الجسمانية لدى ذوي التوحد اقل من ذوي التخلف العقلي.
- يظهر بعض ذوي التوحد مهارات وقدرات خاصة تشمل الذاكرة والموسيقى والفن والرياضيات بينما لا يظهر ذوي العوق العقلي مثل هذه القدرات.
- طبيعة السلوكيات ال
- نمطية لدى ذوي التوحد تختلف عن ذوي التخلف العقلي.

ثانيا: التوحد وفصام الطفولة:

- العلاقات الاجتماعية لدى ذوي الفصام أعلى من ذوي التوحد.
- الهلاوس والأوهام وفقدان ترابط الكلام توجد في الفصام ولا توجد في التوحد
- يبداء اضطراب التوحد قبل سن ٣٦ شهرا بينما من الممكن أن يبداء الفصام في الطفولة المتأخرة .
- نسبة حدوث الفصام لدى الذكور والإناث متساو بينما في التوحد تكون ٤ أولاد مقابل بنت واحده.

ثالثا:التوحد واضطراب التواصل:

- الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالايماءت بينما ذوي التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة.
- يستطيع الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية تعلم مفاهيم اللغة الاساسيه والتعامل مع الرموز المحكية بينما لا يستطيع ذوي التوحد ذلك.رابعا: التوحد واضطرا بات السمع والبصر:

- من الممكن أن يظهر الأطفال ذوي الصمم بعض المظاهر مثل الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيير الروتين ولكن هذه السلوكيات تعتبر ثانوية لدى ذوي الصمم ولكنها أولية وأساسيه في ذوي التوحد.
- يظهر بعض المكفوفين وضعاف البصر سلوكيات مثل الاستثارة الذاتية إضافة إلى حركات نمطية تشبه ما يظهره بعض ذوي التوحد.

أشكال التوحد

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

١.التوحد التقليدي:

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

٢.طيف التوحد ويشتمل على:

- اضطراب النمو الشامل غير المحدد:

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

- عرض ريت:

يكون النمو في البداية طبيعيا من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس ثم يقل نمو الرأس بين ٥-٤٨ شهرا ومن ثم فقدان للقدرات الحركية والقدرات اللغوية والترابط الاجتماعي وتخلف عقلي شديد وتتدهور الحالة بتقدم العمر.

- عرض اسبيرجر:

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

- اضطراب الطفولة ألتحللى :

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

اضطراب الطفولة الانحلالي يعد نادرا جدا والسمة الأكثر تمييزا هو أن هؤلاء يكون نموهم مشابه لنمو أقرانهم العاديين حتى سن ٥-٦ سنوات وهو الوقت الذي يبدأ فيه الارتكاس النمائي وبشكل خاص اللغة.

التوحد ومرحلة المراهقة

يصاحب مرحلة المراهقة عند ذوي التوحد بعض التغيرات كالأشخاص العاديين وهي تختلف باختلاف درجة الإصابة بالتوحد ومنها مايلي:

١. النزعة إلى الاستقلال.
٢. زيادة في الإدراك.
٣. غريزة الجنس وهي تتطلب التوجيه والحذر.
٤. الضغوط التي تحدث نتيجة عدم السماح له أن يتصرف كما يريد لأن هناك عوائق اجتماعية تصادفه أحيانا.

ذوي التوحد والعمل (الوظيفة)

بامكان الأطفال ذوي التوحد عند حصولهم على تدريب مكثف القيام بأعمال في بيئة عمل محمية تتناسب مع قدراتهم وامكانتهم وخصائصهم التواصلية والاجتماعية والانفعالية.

ذوي التوحد والزوج والإنجاب

من الناحية الطبية بامكان ذوي التوحد الزواج والإنجاب ولكنهم بحاجة إلى المتابعة والتوجيه حيث أن إمكانية العيش باستقلالية تامة لذوي التوحد ضعيفة جدا.