



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة بابل / كلية التربية الأساسية

قسم التربية الخاصة (المرحلة الثالثة)

محاضرات في سيكولوجية

ضعاف البصر

عدلو الاسافه الدرسي الساعه

فاطمه فاتم راضي العولوي

(2024

الفصل الاول

تطور تعليم ضعاف البصر

لم يحظ ضعاف البصر بأي اهتمام يذكر من حيث البرامج التربوية الخاصة قبل بداية القرن العشرين. فبعض ضعاف البصر كانوا يلتحقون بمدارس المكفوفين، حيث يتم تعليمهم هناك بطريقة بريلى، إذ كان يتم إرغامهم على تغطية عيونهم لكي لا يقرأوا بالاعتماد عليها الاعتقاد بأن ذلك سيعمل على إتلاف القدرات البصرية المحدودة المتبقية لديهم. وقد استمرت هذه الممارسة إلى عقد الستينيات في بعض الدول المتقدمة، ولكنها ما تزال قائمة إلى هذا اليوم في معظم الدول النامية على الرغم من أنها ليست ممارسة صحيحة.

وقد أدرك جيمس كر (James Kert) وهو طبيب بريطاني هذه الحقيقة منذ بداية القرن، الحاجات لضعاف البصر. وتم تحقيق ذلك بالإيعاز لطبيب العيون بيثوب فناشد بمراعاة الخدمات للطلاب الملحقين بمدارس المكفوفين في لندن. Bishop) تطوير هيرمان (rman) وقد وجد هيرمان أن عدداً كبيراً من الطلاب الملحقين بتلك المدارس لم يكونوا ذوي ضعف بصري شديد.

وبناء على ذلك قدم كر وهيرمان تقارير في مؤتمرات وطنية ودولية أكدوا فيها أنها مختلفة عن تلك التي يحتاج إليها المكفوفون، ضعف البصر بحاجة إلى خدمات وبرامج واقتراحا عدم تعليمهم في مدارس المكفوفين. واستناداً إلى ذلك تم افتتاح اول صف التعليم ضعاف البصر في إحدى المدارس الابتدائية عام 1908. وقد كتب على باب ذلك عبارة تقول "الكتابة والقراءة ممنوعتان في هذا الصف" وذلك بسبب الاعتقاد بأن البصر المتبقي يضعفه أكثر، وبعد ذلك بدأت الصفوف الخاصة من هذا النوع بالظهور معظم الدول، وكان يطلق على هذه الصفوف اسم صفوف اسم صفوف الحفاظ على البصر (S) وبالخبرة عرف المعلمون وغيرهم أن استخدام البصر المتبقي ليس مضرًا وبدأت الصفوف الخاصة تسمح للطلاب ضعاف البصر بتوظيف ما تبقى لديهم من بصر وكان من الرواد الأوائل في هذا المجال الأمريكيان ادوارد ألن (Edward All) أيروين. (Robert Irwin).

ولكن شيئاً لم يحدث فيما يتعلق بكيفية مساعدة الطلاب ضعاف البصر على استخدام ما لديهم من قدرات بصرية وظيفية بشكل فعال إلى أن قامت ناتاني باراجا (Barraga) بدراساتها الشهيرة حول هذا الموضوع في بداية عقد الستينيات. وكانت تلك الدراسات نقطة تحول تاريخية في طريق تعليم الأطفال ضعاف البصر.

تطور القياس وأدواته

لم يكن هناك أي مقاييس أو اختبارات خاصة أو كيفية لتقييم الأفراد المعوقين بصريا قبل العقد الثاني من القرن الجالي، فالاهتمام كان منصباً في الماضي على تحديد الاطفال الذين ' لن تنجح البرامج التربوية في مساعدتهم أو على معرفة ميولهم بشكل محدود. وعند الاهتمام بالقياس والتقييم كانت المحاولات في البداية تتركز على تقييم الأداء المدارس في ذلك الوقت كانت ترغب في معرفة الأطفال المكفوفين الذين قد يكون لديهم تخلف عقلي. ولتلك الغاية، قام روبرت ايروين (Robert Irwin) عام 1914 بتعديل اختبار بينيه للذكاء واستخدام هذه الصورة المعدلة في اختبار القدرات العقلية للأطفال وبعد ذلك بسنة، قام توماس هينز بتطوير اختبار خاص للمكفوفين، ومن خلال هذا الاختبار استنتج هينز أن القدرات العقلية للمكفوفين لا تختلف عن القدرات العقلية للمبصص دعمته دراسات كثيرة لاحقاً.

لكن التغيير الجوهرى في أساليب تقييم المكفوفين حدث بفعل الإسهامات المتميزة صاموئيل بيركنز هيز (Hayes) بالنسبة لهيز فقد عمل على لقت الأنظار إلى أهمية القياس والتقييم وقدم اختبار هيز - بينيه للمكفوفين وهو صور اختبار ستانفورد بينيه للذكاء، أما بومان فقد أسهمت بشكل واضح ومؤثر في تقنين الاختبارات على المكفوفين وفي تطوير اليات تطبيق الاختبارات على هؤلاء الأفراد.

وفي عقدي الخمسينيات والستينيات طرأ المزيد من التقدم فيما يتعلق بمجالات القياس والتقييم المختلفة في ميدان الإعاقة البصرية، فقد تعاضمت الجهود المبذولة لتطوير صور ادائية من الاختبارات التقليدية لتصبح ملائمة للمكفوفين، وظهرت الاختبارات بلغة بريل المكبرة. ولم تقتصر هذه الإنجازات على مجال تقييم القدرة العقلية ولكنها شملت وبالرغم من ذلك وبالرغم من ذلك. فإن الحاجات الخاصة للأشخاص المعوقين بصرياً في عمليات القياس والتقييم ما زال مفهومة بما فيه الكفاية من قبل نسبة كبيرة من الاختصاصيين النفسيين، فقليلون اختصاصيو القياس النفسي أو الإرشاد أو التأهيل الذين يختارون الإعاقة البصري كمجال تخصص رئيسي لهم . يحصل الإنسان من خلال الجهاز البصري وفي فترة زمنية أقصر على معلومات أكثر من تلك التي يحصل عليها من أي جهاز حسي آخر. وتزود العين الدماغ بإحساسات تتعلق بتفسير اللون، وأبعاد الأجسام، والمسافة، والقدرة على متابعة الحركة في حالة ثابتاً. وغالباً ما يسمى البصر بالقناة الحسية التي توصل الإنسان إلى ما هو أ جسمه، والتعلم العرضي الذي يحدث عن طريق النظر اكثر من التعلم العرضي الذي يكون عن طريق أية حاسة أخرى، وغالباً ما يشار إلى أن حوالي 90% مما يتعلمه الإنسان يحدث من خلال قناة البصر.

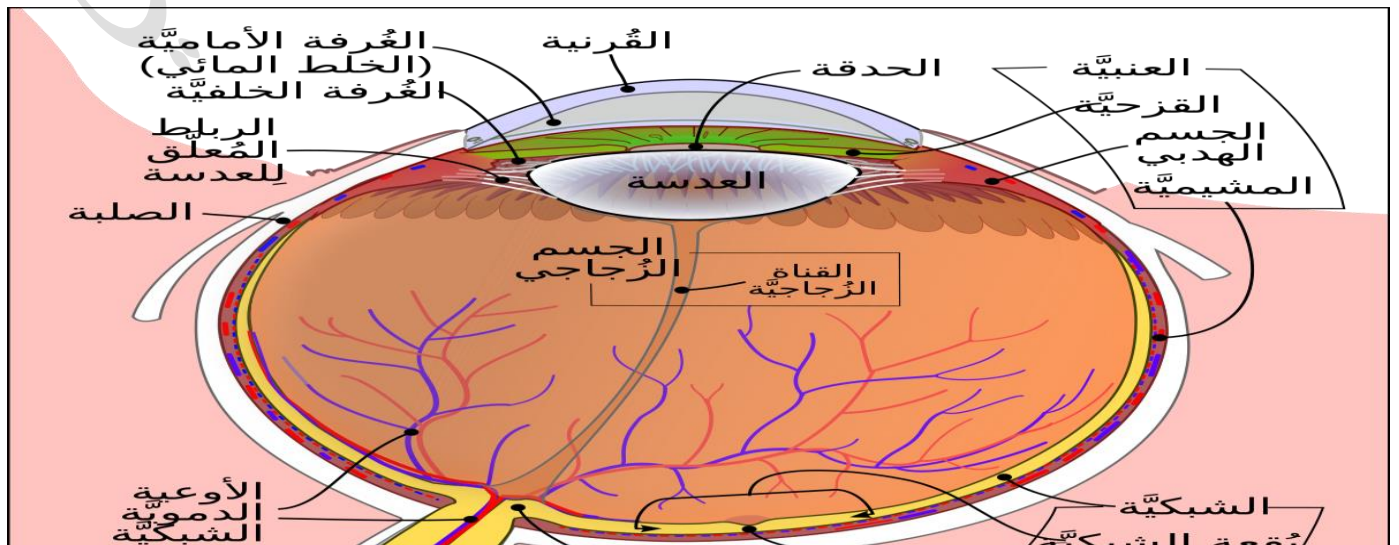
فالطفل الذي لا يستطيع أن يرى لا يستطيع أن يتعلم م القنوات التقليدية، ولهذا فلا بد من إتاحة الفرصة له لتطوير مهارة التنقل، والنمو المفاهيمي. إن شدة الضعف أو العجز البصري والفرص المتاحة للتعلم هي التي تحدد مدى حاجة الفرد إلى الاعتماد على الحواس الأخرى للحصول على المعلومات عن البيئة. والمع تقدمها الحواس الأخرى تبقى محدودة وبخاصة تلك المتعلقة بالتعلم اللفظي، والتف وأدراك العلاقات الفراغية (Laventure, 2007)، هذا وينبغي التنويه من البداية قليلاً من المعوقين بصرياً لا يرون أبداً، فكما يشير أشروفت وزامبون – Ashroft (1980) فإن حوالي 80% من المكفوفين وضعاف البصر لديهم قدرات بصرية متبقية (sidual Vision).

الفصل الثاني

تشريح وفسيولوجيا العين

يتكون الجهاز البصري من العينين اللتين تتصلان بالفص الدماغى الخلفى عبر مجموعة من الألياف العصبية تسمى العصب البصري (Optic Nerve) فالضوء الذي يدخل العين يستثير اعضاء الاستقبال المتخصصة الموجودة في الشبكية، فتصدر سيالات عصبية عن الأعضاء وتنتقل عبر العصب البصري إلى الدماغ (القشرة البصرية)، وأنماط السيل العصبية هي التي تجعل الدماغ لدينا يعنى الأشياء والأشكال والحجوم والألوان. إن العين كروية الشكل تقريباً، وتوجد العينان في حجرة عظمية (Bony Orbits) بهما كتلة من الدهون والنسيج الضام مما يسمح لمقلة العين بالحركة. وهناك ست عضلات ترتبط بسطح كل عين، وانقباض هذه العضلات واسترخاؤها يعمل على تناسق حركة العين معاً. كذلك فهي تعمل على أن تكون الصور على كلتا الشبكيتين متوافقة. وإذا لم يحدث هذا التوافق فإن الشخص لا يرى صورة واحدة، وهذه الحالة تعرف باسم الرؤية المزدوجة والعضلات البرية تخضع لتأثير الأعصاب الحففية التي تنبثق من جذع الدماغ. وتتألف العين من ثلاث طبقات وهي:

- 1- الطبقة الخارجية الواقية للعين، وتتكون من القرنية والصلبة.
- 2- الطبقة الوسطى، وتتكون من القرنية والحدقة والعدسة والجسم الهدبي والمشيمة.
- 3- الطبقة الداخلية وتشمل الشبكية وهي مليئة بالأعصاب. وفيما يلي وصف موجز لكل جزء من أجزاء العين.



القرنية (Cornea)

هي الجزء الأمامي الشفاف من الطبقة الخارجية للعين وتشكل حوالي 1/6 من هذه الطبقة. ويبلغ نصف قطرها حوالي 8 ملم، أما سمكها فيبلغ حوالي 0,54 إلى 6 ملم من المركز وحوالي 1 ملم من الأطراف

الصلبة (Sclera)

وهي طبقة بيضاء اللون تميل إلى الزرقة قليلاً وتكون 6/6 من الطبقة الخارجية. سمكها حوالي 1 ملم، وهي معتمدة وسطحها الخارجي أملس، وهو شديد الحساسية لوفرة النهايات العصبية الحسية فيه وتعمل الصلبة على حماية الأجزاء الداخلية للعين.

القزحية (Iris)

وهي حاجز ملون على شكل القرص يقع في منتصفه فتحة متغيرة الاتساع تسمى الحدقة. مع توجد القزحية بين القرنية أماماً والعدسة البلورية خلفاً. ويتواجد فراغ أمام القزحية يسمى الحجرة الأمامية وفراغ خلفها يسمى الحجرة الخلفية. إن لون القزحية يعكس كمية الصبغيات الملونة، فإذا كانت قليلة تكون القزحية زرقاء اللون، وإذا زادت قليلاً تكون خضراء اللون، وإذا زادت أكثر تصبح بنية اللون ثم قريبة من السواد .

الحدقة (Pupil)

وهي فتحة منتظمة دائرية في مركز القزحية. وتتسع هذه الفتحة في الظلام وتضيق في الضوء. وتحدد الحدقة كمية الضوء الداخل إلى العين.

الجسم الهدبي (Ciliary Body)

ممن يكون يمتد الجسم الهدبي من القزحية أماماً وحتى مقدمة المشيمة خلفاً. وهناك زوائد هيدبية تغطي الجسم الهدبي وتتكون من صفيين من الخلايا التي تحتوي على مكونات صبغية عديدة وتحتوي داخلها أوعية دموية. ويعمل الجسم الهدبي على إفراز السائل المائي والمساعدة على تصريفه وعلى التكيف البصري.

العدسة (Lens)

تقع العدسة البلورية خلف القرنية وأمام الجسم الزجاجي، وتتعلق بواسطة أربطة هذبية محدبة من الجانبين إلا أن الوجه الخلفي أكثر تحدياً . ويتراوح قطر العدسة حوال 9 إلى 10 ملم، أما سمكها فيبلغ حوالي 4 إلى 5 ملم. والعدسة من الوجه الأمامي (تعمل العدسة على التكيف لرؤية الأشياء بوضوح على مسافات مختلفة، كما تعمل أساساً على الانكسار ويحفظ السائل المائي جدران العين ويبقيها مشدودة بضغط داخلي ثابت يتراوح بين 16-22 ملم، ويفرز السائل المائي في الحجرة الخلفية ثم يتجه إلى الحجرة الأمامية من خلال الحدقة، ويتم تصريفه من خلال الحجرة الأمامية ويمر خارج العين عبر فراغات تسمى فراغات فونتانا ومنها إلى قناة شلم التي تنقله إلى الأوردة المائية ومنها إلى الأوردة فوق الصلبة، ثم يصب السائل في الأوردة الهدبية الأمامية ثم إلى التيار الوريدي العام للعين.

الجسم الزجاجي (Vitreous Body)

هو جسم شبه كروي هلامي شفاف يملأ تجويف الجزء الخلفي من العين والواقع بين العدسة والشبكية ويعطي العين شكلها الكروي ويساعد الجسم الزجاجي على انكسار الضوء وعلى تمريره إلى الشبكية، ويشكل دعامة خلفية للعدسة، ويعمل على تثبيت الشبكية مكانها، ويعطي العين شكلها ويحافظ على تماسكها.

المشيمة (Choroid)

وهي طبقة مشبعة بالصبغات الملونة التي تجعل باطن العين معتماً. وتتكون المشيمة من ألياف مرنة ومن طبقة أوعية دموية ترتبط ببعضها بعضاً عن طريق نسيج ضام .

الشبكية (Retina)

وهي الطبقة الداخلية للعين، وتتصف بكونها رقيقة لا يتعدى سمكها سمك ورقة الكتاب، وتحتوي على عشر طبقات مكونة من الخلايا العصبية والألياف العصبية وخلايا المستقبلات الضوئية ونسيج داعم .

خلايا المستقبلات الضوئية (نوعان، العصي والمخاريط) ويوجد في الشبكية حوالي 130 مليون من العصي و7 ملايين من المخاريط، ويعني ذلك ان مقابل كل مخروط يوجد ما بين 20-18 من العصي

تعمل الشبكية على تحويل الأشعة الضوئية إلى نبضات عصبية يتم نقلها عبر البصري إلى مراكز الدماغ العليا، ويتم ذلك في المستقبلات الضوئية، فالعصي حساسة للضوء ذي الشدة البسيطة (الرؤية الليلية) بينما المخاريط تستجيب للضوء ذي الشدة العالية (الرؤية النهارية) ورؤية الألوان تحدث اعتماداً على التكامل الوظيفي للمخاريط تتركز معظم المخاريط في منطقة من الشبكية تدعى الحفيرة، ويوجد في داخلها ما يسمى بالنقطة المركزية ومسؤوليتها الرؤية المركزية ووجود تلف في هذه المنطقة يؤدي إلى نقص شديد في الرؤية المركزية. الرؤية تحت ظروف الإضاءة القوية تسمى (Photopic Vision) والرؤية تحت ظروف الإضاءة الخافتة تسمى (Scotopic Vision) ، فالعين تعمل باستخدام العصي بفاعلية عالية تحت ظروف الرؤية في الظلام بينما تعمل باستخدام المخاريط بفاعلية عالية تحت ظروف الرؤية في الضوء.

عملية الرؤية

يمر الضوء عبر القرنية، التي تعمل على انكساره، ومن ثم يمر عبر السائل المائي، فالحدقة، فالعدسة التي تعمل على تركيزه بدورها ثم عبر السائل الزجاجي. ويتم تركيز الضوء على الشبكية، حيث تتكون صورة مختلفة في كل عين. ثم تنتقل الصورتان عبر العصب البصري على هيئة نبضات كهربائية إلى المركز البصري في الفص الخلفي، ولا تتم النبضات هذه على هيئة صور وإنما على شكل شيفرة. وفي الدماغ تفسر هذه الشيفرة وتترجم إلى إبطار. إن الحساسية للضوء هي من وظائف العين، ولكن الإبطار من خلال تفسير وإعطاء معنى لما يتم رؤيته هو من وظائف الدماغ. فسيولوجيا الإبطار وفي منطقة الفص الخلفي يتم اندماج الصورتين لتكوين صور موحدة للمرئيات، وهذه العملية بفعل كفاية وسلامة العضلات المحركة للعينين. العملية مهمة لتكوين صورة دقيقة ومهمة لتقدير مكان وبعد الجسم المرئي بدقة. وتتم هذه العملية بفعل كفاية وسلامة العضلات المحركة للعينين .

تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفاتها :-

تعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر فعالية، مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه، ويعرف أشروفت وزامبون 1980 الإعاقة البصرية على أنها حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الإنسان، كما ويعرف ديموت (Demott,1982) الإعاقة البصرية بأنها ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة وهي: البصر المركزي، والبصر المحيطي، والتكيف البصري، والبصر الثنائي، ورؤية الألوان، وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين.

ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعاً الإعاقات التي تشمل البصر المركزي والتكيف البصري والانكسار الضوئي. ومن أكثر التعاريف المستخدمة حالياً تعريف باراجا (Barraga,1976)، الذي ينص على أن الأطفال المعوقين بصرياً هم

الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية ، الأمر الذي يستدعي إحداث تغييرات تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربوياً. ومن ناحية عملية يصنف الأطفال المعوقون بصرياً إلى فئتين: الستينا

أ- الفئة الأولى: هي فئة المكفوفين، وهم أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة، ويطلق عليها اسم قارئ بريل (Braille Readers).

ب- الفئة الثانية: هي فئة المبصرين جزئياً (ngPartially Seei)، وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة، ويطلق عليها أيضاً اسم قارئ الكلمات المكبرة .

أما التعريف القانوني الطبي للإعاقة البصرية فهو يعتمد على حدة البصر، والمقصود بحدة البصر هو القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة (مثل قراءة أحرف وأرقام أو رموز أخرى). وعلى وجه التحديد، فإن حدة البصر هي مقياس لقدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يصبح مركزاً على الشبكية وحدة الإبصار العادية هي 20/20 أو 6/6 وذلك يعني أن الفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة سنلن على بعد 20 قدماً أو 6 أمتار. فإذا كانت حدة البصر لدى الفرد 200 م 20 أو دون ذلك فهو كفيف طبياً.

فالمكفوف طبياً. هو الشخص الذي لا تزيد حدة البصر فحص العصب البصري المركزي لديه على 200/20 في العين الفضل حتى بعد التصحيح أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي على 20 درجة والمقصود بمجال الرؤية (أو) حقل الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الشخص أن الشكل (2-4) يراها في وقت معين دون تحريك المقلتين. ويقاس الإبصار بالدرجات ، فبعض الأفراد يكون حقل الإبصار لديهم ضيق جداً بحيث يسمى بصرهم بالبصر النفقي ويكون من الصعب على هؤلاء الانتقال من مكان إلى آخر ، وهذا ما ينطبق على من لديه مجال بصري يقل عن 20 درجة ، إن مجال البصر للإنسان العادي حوالي 180 درجة ، فإذا أصبح أقل من 20 درجة فالشخص يعتبر مكفوفاً قانونياً. ويميز التربويون عادة ما بين المكفوفين والمبصرين جزئياً (ضعاف البصر) ، حيث يعرف المكفوف تربوياً بأنه الشخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعليم. ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق بريل. وعلى أية حال ، فالمكفوف لديه عادة شيء من القدرة البصرية أو ما يسمى بالبصر الوظيفي .

أما ضعف البصر فهم الأشخاص الذين يعانون من صعوبات كبيرة في الرؤية البعيدة والذين لا يستطيعون رؤية الأشياء عندما تكون على بعد أمتار قليلة منهم. هؤلاء الأشخاص يعتمدون كثيراً على الحواس الأخرى للحصول على المعلومات ، حيث إنهم يرون الأشياء القريبة منهم فقط.

والأفراد الذين يطلق عليهم اسم ضعف البصر من الناحية القانونية هم الأشخاص الذين تتراوح حدة الرؤية لديهم من 20/70 (1 و 6/12 بالمتراً) إلى 20/200 أو 6/60 بالمتراً). ومن الناحية التربوية فضعف البصر هو الشخص الذي لا يستطيع تأدية الوظائف المختلفة دون اللجوء الى اجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة التعليمية .

أما محدودو البصر فهم الأشخاص الذين يواجهون صعوبة في الرؤية في الظروف الاعتيادية فهؤلاء يواجهون صعوبات في رؤية المواد التعليمية دون إضاءة خاصة ، وقد يحتاجون الى استخدام عدسات خاصة أو معدات ووسائل بصرية خاصة .

التعريف القانوني للإعاقة البصرية

المكفوف: هو شخص لديه حدة بصر تبلغ 20/200 أو أقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة ، أو لديه حقل إبصار لا يزيد على 20 درجة. ضعيف البصر (المبصر جزئياً): هو شخص لديه حدة بصر أحسن من 20/200 ولكن أقل من 20/70 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم.

التعريف التربوي للإعاقة البصرية المكفوف:

هو شخص يتعلم من خلال القنوات اللمسية أو السمعية. ضعيف البصر: هو شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح ، لكن يمكن تحسين الوظائف البصرية لديه.

محدود البصر: هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية.

تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.

الإعاقة البصرية الشديدة جداً حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية .

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

العمى : فقدان القدرات البصرية.

هذا وقد يعاني الشخص المعوق بصرياً من إعاقات إضافية متنوعة. فالشخص المعوق بصرياً الذي يعاني من إعاقة سمعية يسمى الأصم الأعمى والمعوق بصرياً الذي لديه إعاقات متنوعة يسمى بالمعوق بصرياً ذي الإعاقات المتعددة كما هو الحال بالنسبة للكفيف المتخلف عقلياً أو الكفيف المعوق جسمياً الخ.

إن المعوقين بصرياً لديهم قدرات متفاوتة ، إلا أن لديهم صفة واحدة مشتركة و البصري الشديد الذي يجعل التعلم في البرامج المدرسية العادية دون إجراء تعديل عليها أمراً بالغ الصعوبة.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية

تشير الإحصائيات إلى أن هناك ما يزيد على (35) مليون مكفوف وحوالي (120) مليون ضعيف بصر في العالم. وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة انتشار العمى تختلف من دولة إلى أخرى. وأن حوالي 80% من المعوقين بصرياً يوجدون في دول العالم الثالث. وتزداد نسبة انتشار الإعاقة البصرية مع تقدم العمر وتزداد في الدول التي تفتقر إلى الرعاية الصحية المناسبة.

أسباب الإعاقة البصرية

هناك أسباب عديدة للإعاقة البصرية ، وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك الأسباب

الجلوكوما (Glaucoma)

الجلوكوما أو ما يعرف أيضاً باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين ، مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية ، وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكراً. وتعالج الجلوكوما الطفولية جراحياً في العادة. أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير. وتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدرج ، ولا تتأثر حدة البصر في البداية ، حيث إن البصر المحيطي يتأثر ، وذلك لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى. ومع تطور الحالة يتألم المريض والهدف من العلاج خفض الضغط وإيقاف أية تدهورات مزمنة. إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً. الجلوكوما (الماء الأسود) العين وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة ، لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما.

أ- **المياه السوداء الولادية:** وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل. وتحتاج الحالة هذه إلى جراحة مباشرة لمنع التلف. وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الأمام. وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة ، وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي وتلف القرنية ، إذ يحدث توسع فيها.

ب- **المياه السوداء لدى الراشدين:** يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة من صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح. ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط. وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية و جلوكوما الراشدين) أولياً (أي ليس ناتجاً عن مرض ما في العيون أو قد تكون ثانوياً ناتجاً عن مرض ما في العين.

الماء الأبيض : (Cataract)

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة. وهذا المرض يحدث عادة بسبب عوامل مثل لدى الكبار ولكنه قد يحدث مبكراً أيضاً. بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين.

وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة. ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيداً في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا العدسة يحدث تركيز المرض سوءاً تدريجياً ويحدث صعوبة في الرؤية. وتعتمد الأعراض على المساحة في التي حدث فيها تعميم. وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفاً جداً للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 20/200 إلى 20/400 في العين التي تجري لها عملية جراحية. ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة. ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90-95 %

انفصال الشبكية :

ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها. ويسعى العلاج إلى إغلاق الثقوب وإعادة توصيل الشبكية بالجدار ، ويمكن معالجة أكثر من 90% من هذه الحالات بنجاح ، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والألام الشديدة والضوء الومطي الخاطف. هذا وتعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر التنكسي والسكري.

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري :

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية ، وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى. إذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية ، وإن كان العلاج حالياً يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر .

تنكس الحفيرة :

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (النقطة المركزية). ويواجه الشخص صعوبة في - رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة. وهذا المرض يصيب الكبار في تنكس الحفيرة السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور. وكما معروف فإن النقطة المركزية مسؤولة عن البصر المركزي ، ولهذا القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية. فالإضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال اليدوية .

ورم الخلايا الشبكية (Retinoblastoma)

ورم خبيث في الشبكية إذا لم يعالج ينتشر إلى العصب البصري فالدماغ في بعض الأحيان يكون علاج هذا الورم بإزالة العين كاملة ، أما إذا كان الورم محدوداً فالعلاج يكون بالأشعة.

ضمور العصب البصري :

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأكسجين. وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعاً لدى الشباب. وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثياً. وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف ، فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي.

التليف الخلف عدسي (Retrolental Fibroplasias)

مرض ظهر في عقد الأربعينيات ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة. وتتأثر الأوعية الدموية أيضاً وتتلف الشبكية. وأحياناً تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ، ولهذا يصبح لدى الفرد ما النفاط . وبشكل عام ، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

الحول (Strabismus)

يسمى برؤية يسمى بالبصر تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة. ومن المهم أن تحرك العينان معاً لدمج الخيالات البصرية وإعطاء انطباع دماغي واحد لها ، وهذا ما ي التثائي ، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان العادة معاً بشكل منظم ، وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عيناً واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل. وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم. ويعتبر الحول إلى الداخل أكثر أنواع الحول شيوعاً بين الأطفال. وفي يكون هذا الحول في عين واحدة وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف. وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج. ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة ، حيث إن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

توسع الحدقة الولادي :

هو تشوه ولادي ينتقل على هيئة جين سائد ، تكون فيه الحدقة واسعة جداً نتيجة. عدم تطور القرنية في كلتا العينين. ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة الإبصار محدودة وربما أيضاً رآة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار . ويستخدم الأفراد المصابون أحيانا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

البهق (Albinism)

هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جداً أو معدومة ، ولهذا فإن الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه. وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقر وشعره أبيض وعيناه زرقاوتين. وتكون القرنية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين ، لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك ، وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحياناً بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ، ولكن ذلك لا يجعل البصر عادياً. وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل الانكسار والاستجماتزم والرأة وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء. وبوجه عام ، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 20/70 إلى 20/200 .

التهاب الشبكية الصباغي:

عيوب عمى حالة وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجياً. ويحدث ليلى (العشي) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدوداً أكثر فأكثر ، ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقياً وغالباً ما يكون هذا المرض مرتبطاً بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي. ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

عمى الألوان (Color Blindness)

حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط وتتأثر حدة البصر عادة فتضعف إلى درجة كبيرة ، وقد تحدث حساسية للضوء ورأراً. أما مجال الرؤية فيكون في العادة عادياً.

القصور في الأنسجة (Coloboma)

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطة بالشبكية. ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورأراً وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء .

القرنية المخروطية (Keratoconus)

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي. وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين. وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الإناث منه لدى الذكور العين العالمية

رأراً العين (Nystagmus)

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون ، وهذا ينجم عنه غثيان ودوخة. وقد تكون حالة الرأراً مؤشراً على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية.

العين الكسولة (Amblyopia)

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة ، وهي غير مفهومة جيداً طبيياً. يحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين. ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر. ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية ، وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة. إن أي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة ، لأن ذلك قد يؤثر سلباً على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين.

أخطاء الإنكسار

1- قصر النظر (Myopia)

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة. وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها. وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة. أما رؤية الشكل (2-12) قصر النظر (انكسار شديد في الضوء الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالباً ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8-12) سنة. ومن أشكال قصر النظر ما يعرف باسم قصر النظر التنكسي وهو حسر بصر شديد يظهر مبكراً جداً. ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب الرؤية المركزية ، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تماماً. ويبدو أن هذه الحالة وراثية ، أما كيف تنتقل فذلك أمر غير معروف.

2- طول النظر (hyperopia)

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة ، أما رؤية الأشياء طول النظر انكسار بسيط في الضوء البعيدة فقد تكون عادية. وفي كل مرة من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد ، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية. وعند الكبار ، قد يحدث فقدان تدريجي القوة العدسة فبسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة. هذا وقد يحتاج الإنسان العادي إلى نظارات القراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

3- حرج البصر (Astigmatism)

تعتبر هذه الحالة أيضاً من حالات أخطاء الانكسار التي تؤثر على حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ، ولذلك فإن بعض حرج البصر (قوة التركيز في القرنية متباينة) الضوء يتركز أمام الشبكية. ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة. إذا حدثت عيوب الانكسار سريعاً فقد يكون السبب انحراف العدسة أو السكري أو المياه البيضاء أو القرنية المخروطية. فكما هو معروف ، فإن انكسار الضوء الخاطئ يتغير ببطء عبر سنوات ، ولذلك فإن أي تغير سريع يتطلب الرعاية الطبية المباشرة.

4- اضطرابات القرنية (Corneal Disorders)

قد تتعرض القرنية لإصابات مختلفة. فقد تحدث التهابات في القرنية وهذه قد تكون سطحية أو عميقة في التهابات القرنية السطحية تظهر مجموعة من الأعراض من أهمها الدماغ ، والإحساس بوجود أجسام غريبة في العين واحتقان الملتحمة والتحسس من الضوء وتعالج هذه الالتهابات تبعاً لسببها ولكن غالباً ما تستخدم القطرات والمراهم لمعالجتها. أما تظهر بشكل مفاجئ ويحدث فيها اختلاف في سمك القرنية. وتتمثل الخطوة الأساسية لاضطرابات القرنية في حدوث كثافة بيضاء تحجب الرؤية وتؤدي في بعض الحالات إلى فقدان البصر. وإذا حدثت هذه المضاعفات فالعلاج يكون جراحياً بزراعة القرنية.

5- التراخوما

التهاب مزمن ومعد في الملتحمة ، من أهم أسبابه الفقر وقلة النظافة. توافر العناية الصحية. وتنتقل عدوى هذا المرض بواسطة الأيدي والمناشف. وقد كان هذا المرض كثير الانتشار في دول الشرق الأوسط منذ سنوات ، وكان من أهم أسباب العمى. ولكن معدل حدوثه انخفض بفضل تطور نظم الرعاية الصحية الأولية والتوعية والنظافة العامة. والتراخوما أنواع عديدة ، أفضل أسلوب لدرد مخاطرها هو تنفيذ برامج الوقاية الفردية والجماعية. وتشمل الوقاية الشخصية عدم لمس العينين باليدين غير النظيفتين واستخدام مناشف أو مناديل خاصة. أما **الوقاية الجماعية** ، التي تنفذ في المدارس وأماكن العمل وغيرها فهي تتضمن إجراء الفحوصات الدورية للعيون وتنفيذ حملات التوعية وتوزيع النشرات التثقيفية حول طرق انتقال العدوى بهذا المرض . ومن **الأعراض الرئيسية للتراخوما** انتفاخ الجفون ، واحمرار الملتحمة ، والدماغ والتحسس من الضوء. وغالباً شهرين حسب الحالة . وغالباً ما يقتصر العلاج على القطرات الموضعية مثل قطرات السلفا أو التتراسيكلين لمدة شهر أو شهرين حسب الحاجة .

6- الرمذ .

هو التهاب الملتحمة في عين واحدة أو في العينين. وهو أنواع عديدة ترجع لأسباب مختلفة ، فمن الرمذ ما هو بكتيري أو فيروس أو تحسسي. ومن أعراض الرمذ احمرار العين والاحساس بوجود رمل تحت الجفن ، والحكة ، والإفرازات والتصاق الجفنين في الصباح هذه الإفرازات. ومن أنواع الرمذ الشائعة الرمذ الصددي وهذا ينتج عن الميكروبات بسبب عامة للإعاقة البصرية وتنتقل هذه الميكروبات عن طريق الذباب ومصافحة المصابين بالمرض واستعمال مناشف الآخرين. ومن أهم مضاعفات هذا المرض تقرحات القرنية. أما **الرمذ الحبيبي** فهو ينتج عن الفيروسات ، وتبدأ أعراضه بالدماغ ، والإحساس بوجود حبات رمل في العين والحكة والحرقة في العين. ويعالج هذا الرمذ بالقطرات المطهرة والمزيلة للاحتقان أو بقطرات السلفا. وأما **الرمذ الربيعي** فهو مرض كثير الانتشار في دول الشرق الأوسط. وهو معروف للأسباب

ولكن يعتقد بأنه قد ينتج عن غبار الطلع وأشعة الشمس. ويعالج باستخدام النظارات الشمسية واستعمال قطرات السلفا والقطرات المضادة للهستامين.

7- الجحوظ (phthalmosesXOE)

الجحوظ هو بروز العين إلى الأمام. وقد يكون البروز في عين واحدة أو ثنائي الجانب وينتج الجحوظ إحدادي الجانب عن الأورام في الحجاج أو التكيس أو فرط إفراز الغدة الدرقية. أما الجحوظ ثنائي الجانب فقط ينتج عن صغر حجم الحجاج أو فرط إفراز الغدة الدرقية . وتتقرر طبيعة العلاج في ضوء النتائج التي تتمخض عنها عملية الفحص والتشخيص ، والتي تشمل الصور الشعاعية والتصوير المحوري والتصوير بالأمواج فوق الصوتية.

القياس البصري

حدة الرؤية

تقاس حدة الرؤية باستخدام لوحة سنلن ، التي تحتوي على عدة أسطر من الحروف التي تتناقص في حجمها من أعلى اللوحة إلى أسفلها. ويصمم كل خط من الحروف تبعاً لنسبة مسافة الفحص (6) م أو 20 قدماً للمسافة التي يستطيع الشخص العادي قراءتها. ويجلس المفحوص على بعد 20 قدماً من اللوحة ويطلب منه إغلاق عينيه بالتناوب ويقرأ ما هو مكتوب عليها.

وحدة البصر العادي هي 20/20 ، ومعنى ذلك أن الشخص يرى على مسافة 20 قدماً ما يفترض أن يراه من ذلك البعد بالعين المفحوصة. أما إذا كانت حدة البصر 20/40 فذلك يعني أن الشخص يستطيع أن يرى على بعد 20 قدماً فقط ما يراه الشخص العادي عن بعد 40 قدماً. إذا كانت حدة البصر أقل من 20/40 فالبصر يقاس بعد الأصابع أما الأشخاص الذين لا يستطيعون قراءة الأحرف فيطلب منهم الإشارة إلى اتجاه الفتحات في دوائر أو أحرف (E) ذات أحجام مختلفة. وبالنسبة للأطفال الصغار في السن فمن الممكن استخدام اختبار شيردان جاردينز وفي هذا الاختبار ، يحمل الفاحص بطاقة على بعد ستة أمتار مكتوب عليها حرف واحد ويطلب من الطفل تعيين الحرف الذي يشبه الحرف المعروض على البطاقة فلا يطلب من الطفل قول اسم الحرف وإنما التوفيق بين الحرف المعروض والحرف المطبوع على البطاقة أمامه.

مجال الرؤية

لقياس مجال الرؤية يطلب من الفرد الجلوس مقابل الفاحص وبنفس المستوى. ويطلب منه أن يغطي عيناً ويحدق بالعين الأخرى في وجه الفاحص. ومن كل جهة وبالتناوب يظهر شيء صغير ويطلب من المفحوص التعرف إليه. ويسمى هذا الاختبار باختبار مجال المواجهة ويعتبر مفيداً من الناحية العملية للكشف السريع عن مجال الرؤية استخدام اختبار شيردان جاردينز وفي هذا الاختبار ، يحمل الفاحص بطاقة على بعد ستة أمتار مكتوب عليها حرف واحد ويطلب من الطفل تعيين الحرف الذي يشبه الحرف المعروض على البطاقة فلا يطلب من الطفل قول اسم الحرف وإنما التوفيق بين الحرف المعروض والحرف المطبوع على البطاقة أمامه. ولقياس مجال الرؤية يطلب من الفرد الجلوس مقابل الفاحص وبنفس المستوى. ويطلب منه أن يغطي عيناً ويحدق بالعين الأخرى في وجه الفاحص. ومن كل جهة وبالتناوب يظهر شيء صغير ويطلب من المفحوص التعرف إليه. ويسمى هذا الاختبار باختبار مجال المواجهة ويعتبر مفيداً من الناحية العملية للكشف السريع عن مجال الرؤية .

الفصل الثالث

العوامل المرتبطة بالنمو

إن العديد من العوامل التي لها علاقة بالنمو الطبيعي تساعد على فهم نمو الأطفال المعوقين بصرياً ، ومن بين هذه العوامل المتعلقة بالوراثة مقابل البيئة التسلسل الطبيعي للنمو ميل العضوية للمحافظة على الثبات وخصائص الإعاقة البصرية.

الوراثة مقابل البيئة:

لقد حظي موضوع الوراثة مقابل البيئة باهتمام كبير ، في ميدان علم نفس النمو ، فقد تبين من خلال العديد من الدراسات أن هنالك اتفاقاً عاماً على أن لكل من العوامل الوراثية والبيئية مساهمة وأهمية في نمو الفرد ، فكل فرد يولد ولديه استعدادات موروثية ، ولكن المستوى النهائي الذي يصل إليه يعتمد على البيئة والفرص المتاحة والبيئة المثالية هي. تلك التي تقدم المثبرات باستمرار ، وهي البيئة التي تعرض عن العديد من الأخطاء الحتمية التي تؤثر في تربية الأطفال والتي تعوض عن الحرمان ومحدودة الخبرات.

التسلسل الطبيعي للنمو:

يتسلسل النمو من خلال مراحل عديدة يمر بها كل الأطفال ، فمثلاً يجلس الطفل دون مساعدة قبل أن يمشي ، ويتكلم قبل أن يكتب ، ويبني علاقات أسرية قبل أن ترتبط بنجاح مع الآخرين خارج نطاق الأسرة. ولا بد من أن يتقن الطفل كل مهارة قبل أن يظهر مهارة أخرى من مستوى أعلى وفهم التسلسل في النمو يساعد المعلمين والمربين على عملية تخطيط وتنفيذ إجراءات التدخل المناسبة. وطبيعة القيود التي تفرضها الإعاقة البصرية تستوجب من العاملين توفير فرص غنية وتعليم مباشر ضروري. المساعدة الطفل على إتقان مهارات أساسية من مستوى مناسب لتسهيل أمر انتقاله من مرحلة نمائية إلى أخرى بنجاح. إن احتمال إتقان المهارة النمائية يتم توقعه في حالة التدريب المناسب وفق التسلسل النمائي المتوقع من الطفل. وهذا ما يؤكد أهمية تقسيم مراحل الاستعداد الأساسية لإتقان المهارات النمائية ، وتقدير طبيعة الخبرات التربوية التي ، تتناسب مع تلك المهارات .

خصائص الإعاقة البصرية:

هناك العديد من خصائص الإعاقة البصرية التي لها علاقة بعملية النمو لدى الأفراد مثل العمر عند الإصابة ، والأسباب ، ونوع الإصابة ، ودرجة الرؤية ، ومال الإصابة. إن الأطفال الذين يفقدون بصرهم قبل سن الخامسة يمكن اعتبارهم معوقين ولادياً ، وذلك لأهداف تربوية. فهذه من المعوقين بصرياً لديها القليل من التخيل والتذكر البصري كتذكر الألوان مثلاً- Low بينما الأطفال الذين يفقدون بصرهم بعد سن الخامسة يتعرضون إلى صعوبات لمسية أكثر من التذكر البصري ، ويتعرضون لمشكلات عاطفية كثيرة بسبب فقدانهم للرؤية ، ومثل هذه المشكلات تزداد احتمالات حدوثها كلما كان فقدان في مرحلة عمرية لاحقة إن المعرفة بطبيعة الإعاقة البصرية توفر المعلومات الضرورية التي تساعد المعلم على التعامل الحالات الفردية فبعض حالات العين قد تكون مصحوبة بألم أو حساسية للضوء. ولذلك فإن من المهم معرفة الحالة وأثرها على السلوك العام للفرد وأثرها على التعلم فالحالات التي تتضمن بقايا بصرية تنطوي على فوائد جمة على الصعيد التربوي ، فما هو متوقع من ضعيف البصر أكثر مما هو متوقع من المكفوف. ولكن من ناحية اجتماعية ، نرى أن ضعيف البصر ينظر إلى نفسه بأنه ليس من فئة العاديين ولا من فئة المكفوفين ، وبالتالي فهو يشعر بتدني مفهوم الذات ويعاني من مشكلات عاطفية .

النمو النفسي الحركي :

إن الأطفال ذوي الإعاقات البصرية يمرون بنفس المراحل التي يمر بها الأطفال المبصرون من ناحية جسدية ، إلا أن نموهم يتصف بكونه بطيئاً. وهذا يعود إلى العوامل ذات العلاقة المباشرة بفقدان البصر ، والقيود التي يضعها الآخرون على نشاطاتهم وعدم مقدرة هؤلاء الأطفال على رؤية النماذج السلوكية أو غياب الإثارة البصرية اللازمة لاكتساب المهارات

المختلفة. والإصابة بإعاقة أخرى مصاحبة للإعاقة الدماغ أو التخلف العقلي قد البصرية كالإصابة بتلف في تؤدي إلى عرقلة النمو الجسمي الحركي وكلما كانت الإصابة بالإعاقة البصرية متأخرة أخذ الطفل فرصة أفضل لاكتساب المهارات الحركية ، وكان الجانب الحركي أقل تأثيراً. وكلما كانت درجات الرؤية أفضل كانت قدرة الفرد على التحرك أفضل ودافعيته للمشي والتنقل أفضل. وربما يكون أكثر أنواع التأخير الحركي عند الطفل المعوق بصرياً شيوعاً هو ما يؤثر على التآزر اليدي وعلى حركات الجسم.

إن النقص في الرؤية يحرم الطفل من المتابعة البصرية ويقلل من فرض اكتساب المهارات الجسمية ويقلل من تآزر اليد وتطور الحركات الدقيقة ويثبط دافعيته للوصول إلى الأشياء التي يرغب بها في البيئة. فإن عدم تشجيع الطفل على القيام بالنشاط الجسمي قد يزيد من عرقلة التطور الحركي. واستمرار غياب الدافعية للحركة والمشي يؤدي إلى محدودية استخدام العضلات الضرورية والضبط الجيد للجسم ويؤدي إلى تدني المقدرة على اكتشاف البيئة. والطفل المعوق بصرياً لديه محدودية في التعليم البصري (التعلم عن طريق التقليد فالأفراد يتعلمون الكثير بطريقة الملاحظة والتقليد ، ومن خلال ذلك التعلم يعدل الفرد المهارات التي يتعلمها من خلال الممارسة ، وفي ذلك تطوير للمهارات الجسمية الحركية. إن هذا الجانب الحيوي من التعليم يكون ناقصاً. ويحرم الفرد المعوق بصرياً من فرص تعليمية ثمينة. وهناك عوامل بيئية لا بد من الإشارة إليها خاصة في المراحل المبكرة من حياة الطفل الكفيف ، وهي تلك المتعلقة بالممارسات التربوية التي تعكس الحماية الزائدة أو الرفض ، فمثل هذه الممارسات تحرم الطفل من فرص التعلم. إن غياب فرص إشباع الحاجات الأساسية للحركة قد يؤدي إلى أن يبحث الأطفال عن الرضى من خلال قيامهم بنشاطات جسمية نمطية غير هادفة. ولقد كانت السلوكيات النمطية وما تزال تحظى باهتمام أولياء أمور الأطفال المكفوفين ومعلميهم. والسلوك النمطي له معنى واسع ، فقد كان يطلق عليه اسم لزمات العمى في الماضي للاعتقاد بأنه يحدث بسبب العمى. ولكن مصطلح " السلوك النمطي" أصبح المصطلح المقبول مؤخراً لأنه لا يحدث لدى المكفوفين فقط. ويلاحظ وارن أن السلوك النمطي لدى الأطفال المكفوفين لا يختلف عن السلوك النمطي الذي يقوم به الأطفال الذين يعانون من التوحد أو من إعاقات أخرى أو حتى بعض الأطفال العاديين. وقد وجد مورس (Morse 1965) هذا السلوك لدى الأطفال التوحيديين أساساً وأفاد بأن الأطفال المكفوفين الذين يظهرهون ليس لديهم توحد ، ولكنه فسر هذا السلوك لدى الأطفال المكفوفين باعتباره تعبيراً عن الحرمان البيئي بالنسبة لهم. وتتفق أدبيات الإعاقة البصرية على تعريف السلوك النمطي كأفعال تكرارية تشمل الإثارة الذاتية وأنها غير هادفة (Knight ,1972) أما الأشكال التي يأخذها هذا السلوك فهي تشمل الضغط على العين بالأصبع ، أو فرك العينين ، أو هز الجسم للأمام والخلف. وتستخدم المراجع المتخصصة نظم تصنيف متنوعة للسلوك النمطي لدى الأطفال المكفوفين. فقد صنفت كتسفورت (Cutsforth 1951) هذا السلوك إلى ثلاثة أنواع ، وهي الأفعال المتعلقة بالأصابع

واليدين ، والإثارة اللسبية والإثارة الجسدية الحركية. أما كارول (Carrol ,1961) فيصنف السلوك النمطي إلى خمس فئات وهي:

- 1- السلوك النمطي في وضع الجسم.
 - 2- السلوك النمطي في طريقة المشي.
 - 3- السلوك النمطي في التعبيرات الوجهية .
 - 4- السلوك النمطي في الصوت.
 - 5- السلوك النمطي السلبي والمتمثل في غياب سلوك المبصرين.
- إن أحد العوامل التي حظيت باهتمام كبير هو الحرمان الحسي. فقد عبر لوينفيلد عن قناعته بأن الأشخاص المكفوفين لا يحصلون على إثارة كافية من عالمهم الخارجي وأنهم تبعاً لذلك يقومون بإثارة الذات ويستمترون بهذه الأفعال طالما نتج عنها تأثيرات مرضية إضافة إلى ذلك ، يشير لوينفيلد إلى أن عدم حصول الشخص المكفوف على الاهتمام الاجتماعي أو معاناته من اضطرابات انفعالية ينجم عنه نفس الأثر. أما كتسفورث (1961) فهو يرى أن السلوك النمطي يحدث لأن البيئة بالنسب للشخص المكفوف تتكون من ذاته. ويلاحظ وارن (1984) أن من الصعوبة بمكان الفصل بين العوامل الحسية والعوامل الاجتماعية عند تفسير السلوك النمطي للأطفال المكفوفين.

ويعتقد نايت (Knight 1972) أن السلوك النمطي الذي يظهره المكفوف سلوك غير هادف يتعلمه الشخص المكفوف في المراحل المبكرة كوسيلة للتعايش مع الظروف الخاصة التي تفرضها عليه إعاقته البصرية. ويضيف هذا الكتاب أن السلوك النمطي يكتسب في مراحل النمو الحرجة وأنه في حالة حدوثه في تلك المراحل يصبح من الصعب التخلص منه. ففي مراحل النمو الحساسة تتطور معظم المهارات الجسمية والإدراكية. ولأن الطفل المكفوف لا يحصل على إثارة جسمية وحسية كافية فهو يلجأ إلى إثارة الذات كوسيلة للتعامل مع البيئة والتفاعل معها. بعبارة أخرى ، يرى نايت في السلوك النمطي أداة للتحرر من الخوف ولخفض التوتر ووسيلة للحصول على الحنان والشعور بالأمن. وعندما يتقدم به العمر ، فإن الشخص المكفوف يظهر هذا السلوك ويعممه في المواقف التي يحتاج فيها إلى التحرر من القلق والخوف والإحباط.

وهناك من يرى أن الاستجابات النمطية استجابات متعلمة. فقد أشارت بلاش (Blasch ,1978) إلى أن الأطفال الصغار في السن عندما يحصلون على انتباه أمهاتهم غالباً ما يهزون أجسامهم. وبذلك فإن هذا السلوك يتم تعزيره. وقد يأخذ التعزيز أشكالاً أخرى وبخاصة التعزيز الذاتي الحسي والتعزيز الاجتماعي المتمثل بالانتباه. إن السلوك النمطي سلوك غير تكييفي يحد من انتباه الطفل ، وبذلك فهو يؤثر سلباً على تحصيله التربوي. وهو كذلك يعزل الطفل

المكفوف عن بيئته. وبما أن المعلمين قد لا يستطيعون تحديد أسباب السلوك النمطي فإن عليهم التركيز على تنفيذ الأساليب العلاجية الفعالة. وقد بينت الدراسات في العقود الماضية أن أساليب تعديل السلوك. الأكثر فاعلية. هذا النوع من السلوك (Warren 1984) ، وتشمل تلك الأساليب تعزيز غياب السلوك النمطي وتعزيز الانخفاض التدريجي فيه والتصحيح الزائد (من خلال ارغام طفل على تأدية نشاطات حركية وظيفية ولكن متعبة بعد قيامه بالسلوك النمطي مباشرة. علاوة على ذلك ، فإن على المربين وأولياء الأمور التأكيد للأطفال المكفوفين بأن السلوك النمطي سلوك غير مقبول اجتماعياً وتذكيرهم بضرورة التوقف عنه عندما يبدأون بإظهاره. والأهم من ذلك كله ، هو توفير الكافية دائماً للأطفال المكفوفين للتفاعل البناء مع الناس والبيئة من حولهم. وفي دراسة للباحثة فريبرج (1977)، وجد أن الأطفال المكفوفين ولادياً مقارنة بأترايهم المبصرين يعانون من ضعف في ثلاث نواح هي:

أ- الوصول إلى الأشياء

ب الحركة (مثلاً لا يتعلم الطفل الزحف الا بعد أن يتعلم أن يستجيب للأصوات)

ج- وضع اليدين في خط الوسط للجسم من أجل التأزر.

كما ولاحظت فريبرج ما يلي :-

- 1- إن عدم توافر الفرص للمكفوف للتعبير عن الاستعدادات العضلية للزحف والوصول إلى الأشياء يؤدي إلى السلوك النمطي.
- 2- استجابة الأطفال في الدراسة للتدريب على المهارات الحركية. وهذا يعني أن التأخر الحركي ليس شيئاً حتمياً لدى المكفوفين.

تنمية المهارات الحركية للطفل المعوق بصرياً

إن التأخر في المهارات الحركية إلى مرحلة تتعدى مرحلة الاستعداد لا يؤثر فقط على مظاهر النمو الحركية وإنما يترك آثاراً على النواحي المعرفية والاجتماعية للطفل. وفي مثل هذه الحالات لا بد من التدخل ، والذي يأخذ أشكالاً مختلفة من الممارسات التربوية التي توفر بدائل للإثارة البصرية ، وذلك عن طريق التركيز على اللمس والسمع لمساعدة الطفل على الوصول إلى الأشياء. وإذا كان الهدف هو تحقيق الاستقلالية الذاتية للفرد ، فلا بد من تذكر أن التنقل المستقل جزء مهم من استقلالية المعوق بصرياً. والتنقل المستقل تسبقه مهارات متعددة منها القدرة على فهم الاتجاهات ووضع الجسم في الفراغ ومعرفة أجزاء الجسم والمهارات المطلوبة للجلوس والزحف والوقوف والمشي.

في غياب التشجيع ومحدودية الخبرة يدخل الأطفال المعوقين بصرياً المدرسة وهم يفتقرون إلى المهارات الحركية اللازمة للتعرف إلى البيئة من غير إظهار الوعي الجسدي اللازم ، مما يدفعهم إلى تجنب التنقل في الأماكن غير المألوفة. ومن ناحية أخرى ، فقد لاحظ فرنش وجانسم ما يلي:-

- 1- كلما اشتدت حالة الضعف البصري لدى الإنسان أصبحت العقبات التي تعيق النمو الحركي أكبر
 - 2- إن الفروق الحركية بين الإنسان المعوق بصرياً والإنسان المبصر تصبح أقل مع تقدم العمر .
 - 3- - إن قدرات الشخص المعوق بصرياً في نواحي التوازن الجسدي والوضع العام للجسم والركض والرمي والتصوير الجسدي ضعيفة بشكل عام.
- ومع العوامل التي يعتقد أن لها علاقة مباشرة بالتأخر الحركي عند الأطفال المعوقين بصرياً ما يلي:-
- أ- حماية الأهل الزائدة للطفل.
 - ب عدم محاولة الوصول إلى المثيرات الصوتية في البيئة.
 - ج العلاقة بين محاولة الاستكشاف والشعور بالأمن النفسي
 - د- التخيل الجسدي ووضع الجسم في الفراغ
 - هـ- الثقة بالنفس والثقة بالآخرين.
 - و- العوامل الإدراكية.
- وعند أخذ هذه العوامل في الاعتبار من الممكن محاولة التأثير إيجابياً على النمو الحركي

- 1- استخدام الصوت لجعل الطفل يحاول الوصول إلى الأشياء ومسكها واكتشافها
 - 2- تشجيع الطفل على إعطاء المعنى المناسب للصوت.
 - 3- استخدام حاسة اللمس وتشجيع الطفل على لمس أجزاء جسمه ولمس الآخرين ولمس الأشياء.
 - 4- توجيه الطفل فيما يتعلق بوضع الجسم المناسب منذ المراحل المبكرة من عمره.
 - 5- توفير النشاطات التي تتطلب استخدام المهارات الحركية الدقيقة والتآزر اليدوي كاللعب بالمكعبات والخرز والمقص والمنقب وغير ذلك من المتطلبات الضرورية لتطوير المهارات المدرسية الأساسية مثل تعلم قراءة وكتابة بريل.
 - 6- تعليم الطفل المعوق بصرياً الإيماءات المقبولة عموماً .
 - 7- البدء بتعليم الطفل كل المهارات الحياتية اليومية ومهارات التعرف إلى البيئة قبل سن المدرسة .
 - 8- تعليم المهارات الرياضية التقليدية كالركض والقفز والدرجة والرمي ... الخ
- إن هنالك حاجة إلى بذل جهد كبير في المرحلة المبكرة من عمر الطفل لتعليمه عن طريق استراتيجيات التعليم المباشر لإكسابه المهارات الحركية الضرورية ليصل إلى مستوى أتراهه المبصرين. ويحتاج المربي إلى التركيز على استخدام

المعززات الإيجابية المناسبة للسلوكيات المقبولة والتقليل من السلوكيات غير المقبولة وإطفاؤها باستخدام طرق تعديل السلوك المناسبة لهذه الغاية. وأخيراً لا بد من تذكر أن التدخل المبكر يسهل من تطور الفرد المستقبلي في مجال التعرف والتنقل والاستقلال الاجتماعي .

النمو اللغوي

إن النمو اللغوي العام للطفل المكفوف يبدو مكافئاً للنمو العادي للطفل المبصر على أن هناك رأيين حول لغة المعوقين بصرياً. الرأي الأول يشير إلى أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على النمو اللغوي لأن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لعلم اللغة والرأي الآخر يشير إلى أن النمو اللغوي للمكفوف يختلف عنه للمبصر ، حيث يوصف المكفوف بأن لديه لا واقعية لفظية. والمقصود بذلك هو اعتماد المكفوف على الكلمات والجمل التي لا تتوافق وخبراته الحسية فالمكفوف يصف عالمه اعتماداً على وصف المبصرين له ، ولهذا فهو يعيش في عالم غير واقعي (Cutsforth.1951 وما يعنيه ذلك هو أن المكفوف لا يصف بيئته بكلمات ذات معنى بالنسبة لما يحس به هو إن اللاواقعية اللفظية محاولة من المكفوف للحصول على موافقة مجتمعه ، ولذلك فهو يعمل كما يريد مجتمعه. وهناك لغة غير لفظية يتواصل من خلالها الناس كهز الرأس والتعبيرات الوجهية ووضع الجسم. ولا يعي المكفوف الأبعاد البصرية للتواصل فهو يستقبل معلوماته من الكلمات ونبرة الصوت فقط وكلاهما قد يساء تفسيره وهكذا فإن من أهم مسؤوليات مربّي الطفل المكفوف التأكد من أنه يفهم معاني الكلمات التي يستخدمها ، فهو يسمع الناس يقولون كلمات محددة ، وبالتالي فهو يستخدمها ولعله لا يعرف معانيها كما هو الحال لبعض المبصرين فإن بعض المكفوفين لديهم تأخر لغوي واحياناً بعض الاضطرابات الكلامية (مثل الحالة المعروفة بإسم الصدى الصوتي).

الفصل الرابع

الكشف المبكر عن الإعاقة البصرية

إن الكشف المبكر عن الضعف البصري في مرحلة الطفولة المبكرة هو مسؤولية الأسرة ومعلمات رياض الأطفال إلى جانب الأطباء ، فليس هناك ما هو أهم من الاطمئنان أولاً على سلامة حاسة الإبصار لدى الأطفال ومن ثم كشف أي ضعف فيها في أسرع وقت ممكن ، ومع أنه من غير المتوقع أن يقوم أولياء الأمور والمعلمات بتشخيص حالات الضعف البصري إلا أنهم قادرون على لعب دور بالغ الأهمية في تحديد الأطفال الذين تبعث استجاباتهم وتصرفاتهم على الشعور بعد الطمأنينة فيما يخص قدرتهم على الإبصار

فإذا كان هناك ما يبزر الاعتقاد بأن الطفل ربما يعاني من ضعف بصري أو مرض عيني فلا داعي للانتظار ومن الحكمة أن يراه طبيب العيون بالسرعة الممكنة ، وتحرص معظم الدول المتقدمة حاليا على توفير اختبارات بسيطة للنظر يستطيع أولياء الأمور والمعلمون استخدامها للتعرف إلى الأطفال الذين يظهرون أعراضا منذرة بالخطر .

وحتى في غياب هذه الاختبارات فإن من المفيد توضيح أهم الأعراض التي قد تبرر الحاجة لمراجعة طبيب العيون ، وهذه الأعراض تشمل:-

- (1) فرك العينين واحمرارها بشكل متكرر
 - (2) تقريب الأشياء من العينين
 - (3) عدم القدرة على رؤية الأشياء بوضوح
 - (4) الحول أو ظهور شحاذ العين بشكل متكرر
 - (5) سيلان الدمع وانتفاخ جفون العين
 - (6) الشكوى من الحرقة في العين أو الحكّة
 - (7) ازدواجية الرؤية وتحريك الرموش بشكل لافت للنظر .
 - (8) إغلاق إحدى العينين بشكل متكرر أو تغطيتها وإدارة الرأس إلى أحد الجانبين بشكل مفرط.
- إن الهدف الأساسي من الكشف المبكر هو اكتشاف الحالات المرضية القابلة للتدهور وبالتالي التحول إلى إعاقة والتي يتوافر لها تدخل علاجي ناجح ، فلا يمكن لبرامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصريا أن تنجح في تحقيق الأهداف المتوخاة منها بدون تطوير أدوات الكشف الملائمة ، وغالبا ما تركز أدوات الكشف هذه على:-

1- تقييم حدة البصر والوضع الفسيولوجي للعين والمجال البصري والمستوى الوظيفي للشبكية باستخدام أدوات معينة مثل:

أ- اختبار النشاط الكهربائي للقشرة البصري (Visually Evoked Potential)

ب- اختبار تثبيت البصر. (Perferential Looking)

ج- اختبار الرسم الكهربائي لحركة العيون.

د- اختبار الاستجابات البصرية الحركية .

2- تقييم السلوك البصري باستخدام الاختبارات الوظيفية القادرة على تقييم مدى القدرة على تتبع الأشياء واستخدام

المجال البصري وإظهار التآزر البصري - اليدوي وباستخدام الملاحظة المتكررة لأداء الطفل وسلوكه (فرك

العينين بتواصل الرأرة , عدم الابتسام للوالدين الخ)

الابعاد الرئيسية في عملية تقييم الاطفال المعوقين بصرياً

- 1- التقييم الطبي: (الفحص الطبي العام - الاختبارات الطبية الكشفية - الفحوص الطبية التفصيلية)
- 2- التقييم التربوي النمائي: (النمو الحركي الكبير - النمو الحركي الدقيق - النمو الحسي - النمو الاجتماعي - الانفعالي - الادراك البصري - اللغة الاستقبالية - اللغة التعبيرية)
- 3- التقييم البصري: (فحص العيون -تقييم البصر الوظيفي - تقييم الفاعلية البصرية)
- 4- التقييم النفسي: (القدرات العقلية العامة 0 السلوك التكيفي - الذاكرة - اختبارات شخصية)
- 5- التقييم الاجتماعي: (التاريخ التطوري للطفل - الوضع الأسري - موقف الوالدين من الاعاقة - العلاقات مع الاخرين)
- 6- تقييم المهارات الوظيفية: (المهارات الحياتية اليومية - مهارات التعرف والتنقل)

الوقاية من الإعاقة البصرية

إن منع حدوث فقدان أو الضعف البصري عملية بالغة الأهمية غالباً ما يدرك الإنسان العادي أنها وحدها تعني الوقاية ، الا أن هناك مستويات وأشكالاً أخرى للوقاية. فالاكتشاف المبكر لحالات الضعف البصري وأمراض العيون ومعالجتها الفاعلة في وقت مبكر تمنع هي الأخرى تفاقم المشكلات ، وربما تمنع أيضاً تطور حالات الضعف إلى عجز وحتى في حالات حدوث العجز فإن إجراءات مهمة يمكن تنفيذها للوقاية من حدوث الإعاقة. فالعدسات الطبية ، والمعالجة بالعقاقير والجراحة ، واستخدام الأدوات والمعينات البصرية المختلفة من شأنها أن تحد من عواقب الضعف البصري على النمو الأنساني. وعليه ، ففي حين أن هناك حاجة واضحة للفحوصات الدورية لعيون الأطفال وإبصارهم في مرحلة ما قبل المدرسة وما بعدها ، فإن هناك حاجة أيضاً إلى اتباع الإجراءات الكفيلة بالمحافظة على صحة العين وسلامة البصر وتقديم الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للوقاية ليست مسؤولية الأطباء فقط أو الجهات الصحية الرسمية ، إنها مسؤولية الأسرة والفرد والمجتمع كله.

الفصل الخامس

المقدمة

إن فقدان الإنسان لبصره قد يترتب عليه مواجهة صعوبات تربوية ونفسية واجتماعي مختلفة ، ورغم أن ثمة بعض الحاجات والخصائص العامة لدى المكفوفين ، فإن ذلك لا يعنى أنهم يمثلون فئة تمتلك الخصائص والحاجات نفسها ، بل هم يختلفون اختلافاً كبيراً من حيث النمو الجسدي والنضج الاجتماعي والقدرات العقلية وغيرها ، وما يعنيه ذلك بالنسبة للمعلم هو ضرورة تخطيط البرامج الفردية التي تتناسب وحاجات الطالب ، وبشكل عام تتمثل هذه البرامج في مساعدة

الكفيف على الاتصال ببيئته بشكل مباشر واستثارة تفكيره وحب الاستطلاع لديه ، وتطوير المفاهيم عن الكل وليس عن أجزاء غير مترابطة وهيئة الظروف المناسبة للأداء بشكل مستقل.

وينبغي الإشارة إلى أن المسؤوليات الملقاة على عاتق المعلمين مكفوفين كانوا أو مبصرين هي مسؤوليات واحدة ، فالمعلم الذي توكل إليه مهمة تعليم الطالب الكفيف لا بد أن تكون لديه الكفايات والمعارف اللازمة التي يمكن اكتسابها من خلال الإعداد المنظم والتدريب المستمر وبالطبع لا يتم توظيف المكفوف كمعلم لأنه مكفوف بل لأن لديه المهارات اللازمة للعمل بنجاح مع الطلبة المكفوفين ، وبشكل عام ، يمكن الإشارة هنا إلى أن المعلم الكفيف يستطيع الاستعانة بخبراته الشخصية وطرق معالجته للأمور المختلفة والاستراتيجيات المناسبة للتغلب على الصعوبات في تعامله مع الطلاب المعوقين بصريا. ولا تجعل الإعاقة البصرية الشخص شخصا مميزا ومختلفا عن غيره من الأشخاص فالمعوقون بصريا لا يتصفون بشخصية معينة ، بل إن خصائصهم الشخصية ومشاعرهم متباينة ولعلها لا تقل تباينا عن الخصائص الشخصية للمبصرين ، وليس المقصود بذلك أن الإعاقة البصرية لا تؤثر في شخصية الفرد ، ولكن ما يعنيه أن آثارها النفسية والاجتماعية على حياة كل شخص مختلفة إلى أبعد الحدود ، وتتأثر طبيعة الحاجات التربوية النفسية والاجتماعية للإنسان المعوق بصريا بعوامل كثيرة أهمها :-

- 1- **العمر عند الإصابة :** العمر عند الإصابة يحدد وجود أو عدم وجود التخيل البصري للأشياء فالشخص الذي يفقد بصره قبل الخامسة من عمره لا يستطيع استرجاع الخبرات البصرية التي من بها ، بينما يبقى لدى من فقد بصره في وقت لاحق من حياته بعض التخيل الذي يمكن استخدامه في عملية التعلم.
- 2- **الفقدان البصري وراثي أو مكتسب ؟** تختلف المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يواجهها الأشخاص الذين ولدوا مكفوفين عن تلك التي يواجهها الذين فقدوا بصرهم في مراحل عمرية أخرى ، ويحتاج المعلم إلى التمييز بين هذه المشكلات إذ إنها تتطلب خدمات وبرامج تدريب مختلفة.
- 3- **شخصية الفرد :** تعتبر الخصائص الشخصية للمعوقين بصريا من أهم العوامل التي تحدد مدى نجاح أو فشل الشخص في التكيف مع الإعاقة البصرية.
- 4- **شدة الإصابة :** إذا كان لدى الطالب عمى كلي فهو يحتاج إلى التعليم عن طريق استخدام الحواس الأخرى ، ويحتاج إلى التعليم عن طريق العمل واستخدام النماذج المتنوعة والخبرات المختلفة.

5- موقف الفرد من إعاقته البصرية يجب أن لا ينظر الشخص إلى إعاقته وكأنها الصفة الوحيدة له ، ولهذا يجب عليه استغلال كل ما لديه من قدرات أخرى تساعده على الاستمرارية والنجاح.

البدائل التربوية للمعوقين بصريا:

تتراوح البدائل التربوية في مرحلة المدرسة من المدرسة العادية إلى المدارس الداخلية سلسلة البدائل التربوية التي ينبغي توفيرها للطفل المعوق بصريا. ومن الخصائص الرئيسية للبدائل التربوية

1- أن هناك مرونة في المكان التربوي للفرد ، بمعنى أنه ينتقل من مستوى إلى آخر حسب الخدمات المتوفرة في منطقته الجغرافية.

2- كلما انتقل الطفل إلى أعلى الهرم في المكان التربوي ازدادت حاجاته الخاصة وانتقل إلى بيئة أكثر تقليدا ، أي بيئة مصممة خصيصا لتلبية حاجاته الخاصة ، وهذه البيئة عادة تختلف عن البيئة العادية ويبعد الفرد فيها عن الناس العاديين.

3- كلما انتقل الطفل إلى أسفل الهرم تكون حاجاته إلى خدمات التربية الخاصة أقل وتزداد فرص تفاعله الاجتماعي مع الأفراد العاديين في مجتمعه.

4- أيضا أن المعوقين بصريا يتواجدون في المدرسة العادية ويستعينون ببعض المعينات البصرية والتعديلات الصفية الممكنة في ظروف المدرسة العادية ، هؤلاء الأفراد كما هو ملاحظ في الشكل يستطيعون الاستفادة من الخبرات العادية في المدرسة ، وقد يحتاجون بدرجات متفاوتة إلى خدمات استشارية يقدمها أخصائي التربية الخاصة للمعلم العادي كما هو الحال في المستوى الثاني ، أو قد يحتاجون إلى تدريس خاص عن طريق أخصائي تربية خاصة في أوقات الفراغ المخصصة للطالب وتحت هذا الطرف يتفاعل الطالب مع معلم التربية الخاصة بشكل مباشر ، ويحصل الطالب نتيجة ذلك على تدريس يقدم بطرق خاصة مثل طريقة بريل وتعلم استخدام التقنيات الخاصة والقيام بالواجبات المدرسية بطرق معدلة وخاصة.

5- إن غرفة المصادر تخدم الطلبة المعوقين بصريا في مختلف مراحل الدراسة ، وخاصة المرحلة الثانوية ، وتوفر هذه الغرفة الأدوات والوسائل والكتب التعليمية الخاصة التي تتيح فرصا للاستعارة أو الدراسة بطريقة مناسبة للطلاب ، وتكون غرفة المصادر تحت إشراف اخصائي تربية خاصة للمعوقين بصريا.

6- يتواج الصف الخاص عادة في المدرسة العادية ، ويكون تحت إشراف معلم تربية خاصة للمعوقين بصريا ، يقدم المعلم هنا كل الخدمات التعليمية ويتلقى الطالب دراسته مع طلبة يشبهونه في الإعاقة والصف الخاص يضم عادة عددا قليلا من الطلبة المعوقين بصريا. هذا الصف تقدم خدمات تدريسية بشكل جزئي أي في الموضوعات التي يعاني الطالب من صعوبات فيها في الصف العادي ، بينما باقي الموضوعات يتلقاها الطالب مع الطلبة العاديين في المدرسة ، في حالات أخرى ، يتلقى الطالب تعليمه بشكل كامل داخل الصف الخاص ويتفاعل باستمرار مع معلم تربية خاصة.

7- إن المستويات الخمسة الأولى توفر فرصاً للتفاعل الاجتماعي مع الطلبة المبصرين ، ويهتم التربويون بهذا الجانب لأنه يزود الطلبة بفرص لتعلم السلوك الاجتماعي المقبول والتكيف مع الآخرين.

8- تستخدم غرفة المصادر أو الصف الخاص في حالة كون الإعاقة البصرية تحتاج إلى تقنيات خاصة ، وهذه التقنيات يصعب وضعها في الصف العادي إما بسبب تكلفتها أو بسبب كونها ذات حجم كبير ، والسبب الآخر هو أن وجودها في الصف العادي يجعلها في متناول الجميع مما قد يسرع في إتلافها ، ومن المعروف أن صيانة هذه الأجهزة مكلفة وتكون إمكانية المحافظة عليها أمرا ميسورا في الغرفة الخاصة ، ويحتاج الطلبة أيضا إلى التدريب الكافي على الاستخدام الصحيح للأدوات.

9- يتواجد الأفراد ذوو الحاجات الكثيرة والمتعددة في المدرسة النهارية الخاصة للمعوقين بصريا أو في المدرسة الداخلية ، وهذه المدارس معدة من حيث الكوادر الفنية أو الخصائص الفيزيقية والأساليب والأدوات والأجهزة لتلبية حاجات الطفل الكثيرة.

10- في العادة تكون حاجات الطفل المعوق بصريا كثيرة ومتنوعة عندما تصاحب إعاقته البصرية إعاقة أخرى ، لذلك تعطى الأولوية لهذه الفئة من الأفراد في المدارس النهارية والداخلية.

11- تلبي الحاجات التربوية لضعاف البصر داخل المدرسة العادية مع مراعاة إضافة المعينات البصرية التي تناسب كل فرد (صف عادي خدمات استشارية ، معلم متنقل ، صف خاص بدوام جزئي ، صف خاص بشكل كلي).

وهناك توجه أيضا نحو أن يتلقى الطلبة المكفوفون في المدارس العادية بعض الخدمات الخاصة في المدرسة الداخلية ، وهذه الخدمات تشمل على مساعدات في القراءة والتدريس الإضافي لبعض الموضوعات التي يواجه الكفيف صعوبات

في تعلمها والتدريب على مهارات التعرف والتنقل المستقل ، بمعنى آخر ، يجب أن تعمل المدرسة الداخلية في هذه الحالة كمصدر رئيسي مساند للطلبة المكفوفين في المدارس العادية. إن هذه الممارسة توفر للطالب فرصا ليكون عضوا مشاركا في المدرسة العادية ، وتعطيه قيمة اجتماعية مقبولة بين زملائه ، العاديين ، كما تستثير لديه الدافعية والرغبة في التنافس مع الآخرين ، وهذا الأمر يذكر المعلمين بأن التعليم يكون فعالا إذا توافرت الشروط الثلاثة الآتية:-

1- فرص تعليمية متعددة لتلبية الحاجات المتنوعة ، بحيث تكون هذه الفرص مخططة بعناية

2- المتطلبات والاستعدادات السابقة للتعلم ، فعلى المعلم أن يتعرف إلى طبيعة الوحدات الدراسية والنشاطات والتطبيقات التعليمية بشكل مسبق ، لكي يستطيع تحديد ما يعرفه الطالب وما لا يعرفه وبالتالي يعرفه ، ما يحتاج إليه.

3- الحوافز الكافية لزيادة دافعية الطالب المتقدم.

الفصل السادس

ميررات تنمية الحواس

يعتقد الكثيرون أن فقدان الإنسان لبصره يؤدي بصورة آلية إلى زيادة حدة الحواس الأخرى ، فهناك من يعتقد أن قدرة المكفوف على السمع تفوق قدرة المبصر ، أو أن ذاكرته أقوى من ذاكرة المبصر ، الخ. والحقيقة هي أن هذا الاعتقاد ليس صحيحاً. فالدراسات العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد ، إذ إن هناك عدداً كبيراً من المكفوفين الذين لا يستخدمون حاستي السمع واللمس بفاعلية نتيجة لعدم توفير الفرص والخبرات والإثارة المناسبة لهم. إن التفسير الأكثر تقبلاً لتطوير حاستي السمع واللمس لدى الكفيف هو ذلك المتمثل في القول إن المكفوف من خلال التدريب المكثف والممارسة المتكررة يتعلم ويطور مهارة التمييز الدقيق بين المعلومات المختلفة التي يكتسبها عن طريق الحواس. بعبارة أخرى ، إن ما يحصل ليس نمواً تلقائياً في الحواس الأخرى وإنما استخداماً أفضل لها بحكم الحاجة إلى ذلك. فبسبب فقدان البصر ، تصبح حاستا اللمس والسمع ذات أهمية قصوى للكفيف ، ولهذا فهو مرغم على أن يستخدمها بشكل فعال .

ولا شك في أن معلمي الأطفال المعوقين يدركون أهمية السمع واللمس للتعويض عن فقدان البصر ، خاصة وإن هذه المهارات قابلة للتعليم. وبالرغم من ذلك ، فإنه لأمر مؤسف حقا أن يعتمد المعلمون إلى درجة كبيرة على تطوير الحواس الأخرى لدى الكفيف بشكل غير مدروس بدلاً من إعداد البرامج المنظمة والهادفة لتحقيق ذلك. مسألة أخرى على قدر كبير من الأهمية بهذا الصدد هي أن القنوات الحسية السمعية واللمسية لا تعوض المكفوف تعويضاً كاملاً عن فقدان البصر. فبالرغم من أن حاسة السمع تزود الكفيف بمعلومات كثيرة جدا عن البيئة ، فإنها لا تزوده بمعلومات كاملة وواضحة كتلك التي يستقبلها المبصر من خلال النظر. كذلك فاللمس لا يقدم للطفل الكفيف أية معلومات عن الأشياء البعيدة عنه.

حاسة البصر

تعلب حاسة البصر دوراً بالغ الأهمية في تطوير وبناء المفاهيم ، والدور الذي تلعبه هذه الحاسة أكثر فعالية وأهمية من الدور الذي تلعبه الحواس الأخرى ، فعندما يفقد الطفل بصره فإنه يلجأ إلى توظيف الحواس الأخرى وبخاصة حاستي السمع واللمس ، وهاتان الحاستان بدائل غير كافية لبناء المفاهيم. فالمكوف يحصل على بعض المعلومات عن الأشياء من الأشخاص بطريقة لفظية لا من خلال وعيها وإدراكها حسيّاً ، وهو قد يلجأ إلى حاسة اللمس ، والمعلومات المكتسبة بواسطة هذه الحاسة تبقى محدودة وغير كافية لفهم الأشياء ذات الأبعاد الثلاثية. إن الأطفال المعوقين بصرياً يجدون أن العالم من المتعذر الوصول إليه من خلال حاسة البصر ، وقد يحتاجون إلى الحواس الأخرى ، ولكن ذلك يكون مضافاً إلى برامج التطوير البقايا وتفعيلها للوصول إلى المعلومات. فاستخدام حاسة البصر تمكن الفرد من الاتصال بالمحيط الخارجي وتعطيه فرص الانتباه والاختيار البصري. وكلما ازدادت الإثارة البصرية وازدادت الخبرات وتنوعت.

تفعيل الرؤية المتبقية

قبل الستينيات لم يهتم العلماء بإثارة الرؤية المتبقية للمعوقين بصرياً. وكانت باراجا- (1982, raja) (Bar أول من اهتم بتوضيح أهمية استخدام الرؤية بفاعلية ، حيث بينت من خلال دراساتها التي قامت بها على طلبة مكفوفين في مدارس داخلية ، أنه يمكن زيادة فاعلية الرؤية عن طريق وضع برنامج تدريبي منظم. وبعد ذلك الوقت ازداد الاهتمام البحثي واتسعت التطورات التكنولوجية التي أدت في عهدنا هذا إلى تطوير برامج مصممة خصيصاً للأفراد بصري لاستخدام بصرهم بشكل وظيفي وعملي.

إن فاعلية الرؤية خاصة فردية لكل طفل ، فهي لا تقاس بدقة عن طريق أطباء متخصصين العيون ، لأنها حصيلة عوامل متداخلة منها الفسيولوجية ومنها النفسية. فالرؤية الوظيفية تشير إلى قدرة الفرد على استخدام الرؤية لأداء مهمة ما. فقد يكون هناك شخصان انيهما نفس حدة الرؤية ولكن ليس لديهما نفس الفعالية في استخدام الرؤية ، إذ قد يعتبر البصرية سهلة عليه. لهذا لا بد من توضيح العوامل ذات العلاقة بالوظيفة البصرية. أحدهما أن لديه مشكلة بصرية تمنعه من القيام بالمهمة في حين قد يجد الآخر أن المهمة لقد اقترحت كورن (Corn 1983) ثلاثة أبعاد رئيسية لتحديد تلك العوامل التي تؤثر على إزاء المهام البصرية. وقد تختلف تلك العوامل من فرد إلى آخر في الدرجة ، ولكن لا بد من الحد الأدنى منها للمحافظة على الوظيفة البصرية.

قبل البدء بالبرنامج التدريبي من الضروري قياس الوظيفة البصرية ، حيث تجمع المعلومات حول حدة الرؤية عن طريق التقارير الطبية والملاحظات. ويتم التعرف إلى الحالات المرضية وطبيعتها من أجل التخطيط المناسب لعملية التدريب. ثم

تستخدم مقاييس الوظيفة البصرية التحديد كيفية توظيف الفرد لبصره في حياته اليومية أو تحت ظروف خاصة ويمكن استخدام الأشكال والألوان والتغيرات المختلفة ، والإيماءات الضوئية المختلفة يمكن الاستعانة بقوائم الملاحظات للتعرف إلى حركة الفرد داخل أو خارج المباني ، ومهارات التفاعل الاجتماعي ، والمهارات الحياتية اليومية وتدعم الملاحظات غير الرسمية الطرز المستخدمة في عملية التقييم خاصة عندما يكون الشخص المعني طفلاً صغيراً. ويتم اعتماد القياس غير الرسمي للأسباب التالية: -

- 1- شعور الوالدين أو المعلم بأن لدى الطفل رؤية متبقية ، بالرغم من فحصه طبياً وتصنيفه على أنه مكفوف
 - 2- حاجة المعلم إلى التحقق من أن الطفل يستخدم حاسة البصر في بعض المهام الصفية.
 - 3- مساعدة الطفل على توفير أفضل بيئة بصرية.
 - 4- تغير الوظيفة البصرية نتيجة الخبرات التي يمر بها الطفل.
- الاتجاهات التدريبية في استخدام الرؤية المتبقية :**

هنالك ثلاثة اتجاهات تدريبية تساعد الأفراد ضعاف البصر على توظيف الرؤية بشكل وظيفي مستقل والاتجاهات هي إثارة الرؤية ، وفاعلية الرؤية ، واستخدام الرؤية عند اختيار الاتجاه التدريبي ينظر المعلم إلى عامل العمر وطبيعة الإعاقة البصرية ، وقد يبدأ التدريب بإثارة الرؤية ومن ثم يتقدم الفرد المتدرب إلى مرحلة استخدام الرؤية. على أي حال ، فإن البرامج الثلاثة يمكن النظر إليها على أنها تمثل مستويات متسلسلة من التدريب ، أو يمكن النظر إليها على أنها وحدات منفصلة عن بعضها .

برامج إثارة الرؤية

تستخدم برامج إثارة الرؤية مع الأفراد الذين لديهم درجات قليلة من الرؤية والذين ليس لديهم رؤية كافية للاستخدام في السلوكيات البصرية أو للتعليم العرضي. فبعض الأفراد مبصرون ولكنهم لم يتعلموا تفسير ما يرونه من خلال مفاهيم قد تكون مفيدة. وكما يقول سميث وكوت (Smith and Cote , 1982) فإن منطقة الدماغ المسؤولة عن الرؤية تبقى غير متطورة ما لم تتوافر المثيرات والخبرات البصرية. ويرتبط مدى الفائدة التي يجنيها الفرد بعلاقة مباشرة بنوعية وطبيعة تسلسل الخبرات البصرية ، فالرؤية بالنسبة للمعوقين بصرياً ليست عملية تعلم أوتوماتيكية. إن برامج الإثارة البصرية وبرامج فاعلية الرؤية وبرامج استخدام الرؤية تتم وفق تسلسل منظم. إلا أن المدى الذي يتبعه الأفراد ضعاف البصر في سلسلة البرامج ليس معروفاً. وقد تستخدم اتجاهات غير عادية لا تتبع أنماط التطور العادي. فمثلاً قد لا يتبع الفرد الأشياء المتحركة أمامه بعينه فيحرك رأسه كله المتابعة الأشياء ، وهذا الأمر يعتبر فعالاً إذا كانت إعاقة الفرد هي السبب.

وتشتمل برامج إثارة الرؤية على تعلم وتحديد وجود الضوء والانتباه للأشياء ومتابعة أشياء متحركة بالعين أو بحركة الرأس والوصول إلى الأشياء التي ترى من خلال حاسة البصر. ويساعد أقران المثيرات عادة على الانتباه البصري لدى الأطفال الذين لا يظهرون الانتباه البصري باستقلالية. ويمكن أن يستفيد الكبار من هذا النوع من البرامج ، فقد يجدون أن الرؤية تفيدهم في بعض الظروف .

التدريب لزيادة فاعلية الرؤية

يؤخذ في الاعتبار في هذا التدريب العوامل الإدراكية المتضمنة في تطور الوظيفة البصرية في هذا المستوى من التدريب ، يتعلم ضعاف البصر تمييز أنماط المثيرات البصرية وتقريب الخطوات والتفصيلات الداخلية للأشياء ، ثم ينقل هذا التعلم إلى صور ذات بعدين ثم إلى تمييز الرموز والحروف ، ويهتم التدريب لزيادة فاعلية الرؤية بمهام من بعدين أو ثلاثة أبعاد للأشياء المرئية القريبة ، وفوق هذا كله قد تشتمل برامج زيادة فاعلية الرؤية على المهمات البعيدة والأشياء الثابتة والمتحركة.

التدريب على استخدام الرؤية:

يتضمن التدريب على استخدام الرؤية عدة نواحي مثل التعديلات البيئية واستخدام المعينات البصرية ، واستخدام الاستراتيجيات التي تزيد من استخدام الرؤية ، فمن مسؤوليات معلم التربية الخاصة للمعوقين بصريا الإلمام بالبرامج الخاصة باستخدام الرؤية ، وكذلك الحال بالنسبة لأخصائي مهارات التعرف والتنقل فهو مسؤول عن تدريب القدرات البصرية واستخدامها في الحركة وخاصة الرؤية البعيدة باستخدام معينات بصرية أو بعدم استخدامها ، وقد يحتاج الاختصاصي أيضا إلى تدريب المعوق بصريا على رؤية المهمات القريبة مثل قراءة الخريطة ، ولا يمكن اعتبار أي برنامج من البرامج السابقة موضوعا منفصلا يدرس وحده في فترة زمنية معينة. ولكن يجب اعتبار الوظيفة البصرية على أنها جزء مكمل لكل موضوع في مناهج الطالب ، فعلى سبيل المثال ، إذا كان الطالب في طور تعلم الوصول إلى الأشياء باستعمال البصر فيجب أن يزود بخبرات للوصول إلى الأشياء خلال النشاطات الحياتية اليومية ، كذلك يجب تشجيع الأفراد الذين يستخدمون معينات بصرية على عمل ذلك في كل المواضيع التعليمية.

اعتبارات عامة

عندما يتوقع من الطالب استخدام بصره في التعلم ، فهو قد يظهر خوفا من الفشل وخوفا من عدم السماح له بالرجوع إلى الطرق غير البصرية في التعلم ، مع أنها أكثر راحة له وخاصة في بداية التدريب على استخدام الرؤية ، فقد يفضل

الطالب أن يسلك كأعمى فيقرأ بريل بدلا من استخدام الطباعة وقراءة الكلمات لأنه يشعر أنه بحاجة إلى مجهود كبير جدا عند استخدام الرؤية ، وللتخفيف من مشكلة الطالب يجب أن يعرف بأن المطلوب ليس الظهور والتصرف تماما كالمبصر ولا يتوقع منه القيام بالوظيفة البصرية كالعادين ، كما ولا بد من التذكر بأن التدريب على الرؤية يرهق الفرد ، ولهذا يجب تنظيم التدريب بحيث يبعد المعلم طالبه عن التعب السريع من المهمة البصرية. وقد يتحقق ذلك بالتحكم بالوقت وبتسلسل المهمة من الأسهل إلى الأصعب ، واعتمادا على مستوى الوظيفة البصرية والطرق الأكثر انسجاما معها ، وفوق هذا كله يجب التأكد من أن الرؤية قد لا تكون الطريقة الأكثر فاعلية لبعض المهام ، ولكن يعتقد بأن دمج الطرق البصرية مع غير البصرية في التعامل مع البيئة يؤدي إلى مستوى أعلى من الوظيفة ، وقد يستمتع ضعيف البصر بالمعلومات البصرية ، وقد يساهم في نشاطات بصرية مثل التلوين ، ومشاهدة النشاطات الرياضية والصور ، كما وقد يستمتع الفرد بالتصرف كمبصر يتعامل الفيزيائية ويقلل من استخدام المعينات البصرية. العوامل البيئية والنفسية المؤثرة على فاعلية الرؤية مع المعينات لقد أشارت البرامج التجريبية إلى أن الأطفال الذين يعاملون بوصفهم مكفوفين قادرين على استقبال وتفسير المعلومات (البصرية أحرزوا تقدما ملموسا في برامج التدريب) ، فهناك ضرورة لتزويد كل الأطفال بهذه الفرص ، وحتى من يعتقد منهم بأنهم يدركون الضوء فقط ، إن المعلومات التي يتم اكتسابها تضيف للقنوات الحسية توضيحات تساعد على تنظيم الإدراك ، وحتى ينجح أي برنامج تدريبي ف دراسة الظروف الضوئية المناسبة وغير المناسبة للأطفال ، ويجب دراسة طبيعة التغير بين الشكل والخلفية للمرئيات وحجم الطباعة المناسب تحت الظروف المختلفة ، كما ويتطلب الأمر موجز للعوامل الهامة ذات العلاقة بفعالية الرؤية. التعرف إلى أدوات التكبير والعرض المناسبة لبعض حالات الإعاقة البصرية ، وفيما يلي وصف موجز للعوامل الهامة ذات العلاقة بفاعلية الرؤية.

1 اتجاهات الفرد وشخصيته تؤثر هذه العوامل في القدرة على الأداء البصري المناسب ولكن تحديد هذه العوامل ليس بالأمر السهل لأن السلوك البصري عند الفرد يتغير حسب اتجاهاته واتجاهات الأهل والمعلمين ، فقد يقال للفرد إنه مكفوف حتى ولو كان لديه بقايا بصرية ، وهذا قد يدفعه إلى التصرف على أنه غير قادر على الرؤية مما يقلل من دافعيته لاستخدام البصر المتبقي لديه فمن الضروري أن تتولد القناعة لدى الأهل والمعلمين بأهمية توجيه وتوعية الطفل وحثه على الاكتشاف البصري ، وتزويده بفرص التحدي المناسبة والخبرات الناجحة لمساعدته على الوصول إلى الرضى الذاتي وتقبل الإثارة البصرية ، وعندما يطور الطالب درجات بسيطة من الفاعلية البصرية يمكنه المحافظة عليها من خلال فرص الرؤية التي يزود بها ، هذا مع العلم بأن نتائج برامج إثارة الرؤية لا تتضح في فترة قصيرة ، بل يجب أن يمر على الطالب ما لا يقل عن ستة شهور في البرنامج قبل أن يتم تقييم التحسن الذي طرأ على استخدامه للرؤية المتبقية.

2- **القدرة العقلية:** تؤثر القدرة العقلية على قدرة الفرد البصرية ، فبرامج التدريب على الرؤية تتطلب الانتباه والتركيز والمتابعة والقدرة على تفسير المرئيات ، فإن لم يتوافر الحد الأدنى من القدرات العقلية الضرورية لمثل هذه المهام يكن التدريب صعبا ويتطلب جهودا إضافية وبرامج أكثر كثافة.

3- **القدرات الجسمية :** توفر هذه القدرات فرص الالتزام بأوضاع مختلفة في أثناء البرامج ، وذلك أمر ضروري فمن لديه حاجات جسمية أخرى قد يحتاج إلى تعديلات كثيرة في برامج الرؤية.

4- **الدافعية :** إذا توافرت كل الشروط الضرورية للتدريب على استخدام الرؤية المتبقية ولم تتوافر الرغبة لدى الفرد في استخدامها ، فقد يفشل البرنامج ، وتتأثر دافعية الفرد باتجاهاته نحو نفسه واتجاهات الآخرين نحوه ومفهوم فقدان البصر والممارسات التربوية ، فإن كان هناك من يفضل الطرق غير البصرية ويفرض على الفرد بأن يسلك كمكفوف فإن ذلك يعرضه لعملية خيار صعبة عند مواجهة الظروف ، ويميل الفرد إلى التصرف كأعمى وتقل دافعيته لاستثمار القدرات البصرية المتبقية.

5- **الإضاءة:** تختلف ظروف الإضاءة المناسبة حسب حالات الإعاقة البصرية ، فبعض الحالات مثل الساد أكثر استجابة للإضاءة الأقل كثافة ، أما من لديه حالات البهق فهو يصبح أعمى تقريبا تحت ظروف الإضاءة الشديدة ، وتحتاج بعض حالات أخطاء انكسار الضوء أو الخلل في الحفيرة إلى إضاءة عالية إن دخول الإضاءة من زوايا مختلفة يقلل من وجود الظلال التي قد تؤثر سلبيا في فاعلية الرؤية وقد يؤدي إلى تعب جسدي ، لذا يجب أن تضبط عملية الإضاءة في الصف بتوفير مجموعة من مفاتيح الإضاءة التي يمكن السيطرة عليها حسب الموقف التعليمي ويفضل أن تتوافر ألواح زجاجية غير عاكسة على النوافذ حتى لا يحدث وهج على سطح اللوح أو السطوح الأخرى مما يؤثر على وضوح الرؤية.

6- **التغاير:** إن التغاير بين الشكل والخلفية يكتسب أهمية كبيرة في برامج التدريب البصري ، ويقترح الأخصائيون أن الأشكال السوداء الموضوعية على خلفية بيضاء هي الأفضل بالنسبة للتغاير وإن تمييز الأشكال والأشياء والرموز قد يتحسن عن طريق استخدام ألوان مختلفة ، ومن الألوان المقترحة الأصفر على الأسود والأصفر على الكحلي والأصفر على النهدي ، والكحلي على الأصفر والأخضر على الأبيض ، والكحلي على الأبيض ، وبوجه عام ، فإن درجة التغير أكثر أهمية من الألوان ذاتها.

7- **المادة المطبوعة :** ليس هناك معلومات كافية حول الحجم الذي تصبح معه المطبوعات سهلة القراءة للمكفوفين الذين لديهم بقايا بصرية ، ولم تحظ أنماط الكتابة أو الطباعة بالاهتمام الكافي ، وربما يسهل الجواس حل هذه المشكلة عن

طريق استخدام الدائرة التلفزيونية المغلقة حيث يستطيع الفرد من خلالها تعديل حجم التكبير المناسب ، وقراءة الخطوط المريحة بالنسبة له ، وباستطاعة المعلم تحديد طبيعة الخطوط وحجم المادة التي يستطيع الطالب قراءتها .

8-المعينات البصرية : هناك تطور كبير في مجال المعينات البصرية ، وهذا التطور عمل على تهيئة ظروف أفضل للأطفال المعوقين بصريا بفاعلية عالية وتطوير خبرات مرضية أكثر من السابق. إن المعينات البصرية تخدم أغراضا متعددة ، فهناك عدسات تكبير تستخدم للمسافات البعيدة وعدسات تكبير تستخدم للمسافات القريبة ، وقد تستخدم العدسات مع النظارات أو قد تستخدم بشكل منفرد ، وقد توضع بعض المكبرات على حوامل خاصة أو تستخدم باليد أو تثبت على الرأس ، إن فاعلية استخدام المعينات البصرية تتأثر بعوامل متنوعة مثل الخصائص الشخصية للفرد ، والعمر ، وطبيعة الإعاقة البصرية والصحة العامة (Scholl ,1986) ، ولا يعرف بعد كيف تكون استخدامات المعينات البصرية مع الأطفال الصغار ، لكن ما هو معروف هو أن عملية الإدراك البصري تتطلب الوقت لإتاحة الفرص لتسجيل وربط المعلومات المكتسبة وتدعيمها من خلال الحواس ، وربما يحتاج الطالب من أجل تطوير الإدراك البصري إلى الثبات في نشاطات الرؤية وإلى مساعدة المعلم لتقرير المكبرات البصرية التي تناسبه .

برنامج مقترح لتفعيل الرؤية المتبقية :

الأهداف:

- ❖ تحديد مستوى الأداء البصري ، وتحديد القدرة على رؤية الضوء والأجسام المتحركة وإدراك الأشكال والأجسام والصور والرموز
- ❖ تطوير المخزون البصري ضمن خطة يقدم من خلالها أنشطة يتم التركيز فيها على تتابع الإثارة البصرية.
- ❖ تنمية اهتمامات الطفل في تبني مواقف إيجابية من التدريب على الرؤية وإتاحة فرص الاستمتاع بالرؤية.
- ❖ التحكم بعضلات العين للتركيز والمتابعة وتحديد أبعاد الأشياء وأشكالها وتفصيلاتها.
- ❖ تقديم التعزيز المناسب للأنشطة البصرية كافة ، وتقديم التشجيع والدعم المتواصل

الأنشطة البصرية

السلوك الأول: رؤية الأشكال ذات الأبعاد الثلاثة.

- الأدوات ألعاب مختلفة ، أشكال هندسية عصي. مختلفة الأطوال.
- النشاطات تمييز الأشياء المتشابهة والأشياء المختلفة.
- تحديد أبعاد الأشياء .
- وصف الأشياء أطول ، أقصر أكبر أصغر .

السلوك الثاني: تحديد الألوان من حيث التشابه والتباين والتغاير الأدوات بطاقات ملونة ، ألعاب ملونة مكعبات -النشاطات: علم الطفل أسماء الألوان الأساسية. استخدام الألعاب المصممة لتعليم الألوان - أقرن أسماء الألوان بالأشياء المألوفة مثل لون السماء العشب الخ.

السلوك الثالث:

-معرفة الأشياء ذات البعدين
-الأدوات: أشكال هندسية مختلفة الألوان مرسومة على بطاقات.
-النشاطات: دع الأطفال يمررون أصابعهم حول كل شكل من الأشكال الهندسية.
- تحديد أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بين الأشكال وتسميتها بأسمائها الصحيحة. - وضع الأشكال معا في تصاميم الصورة والواحدة.

السلوك الرابع:

-تحديد ومعرفة الأشكال الهندسية
-الأدوات: أشكال هندسية مرسومة على ورق ، أشكال هندسية من قطع يان دو كبيرة والمحبة الدومينو.
-النشاطات تحديد أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بين الأشكال المرسومة بلون واحد ومن ثم باللون مختلفة.
-مقارنة الأشكال المرسومة على الورق بالأشكال المرسومة في الواقع.
-استخدام قطع الدومينو الممثلة للأشكال.

السلوك الخامس:

-دمج الأشكال الهندسية لتطوير خيالات بصرية.
-الأدوات أشكال هندسية مختلفة الحجم
- النشاطات استخدام كافة الأشكال الهندسية (المثلث المربع الدائرة الخ).
-نقد نشاطات لتمييز الكبير والصغير لكل من هذه الأشكال الهندسية.

السلوك السادس:

- مقارنة الأشكال الهندسية بالأجسام العادية المشابهة لها.
-الأدوات صور بطاقات ، أشياء من البيئة
-النشاطات مزوجة الأشكال الهندسية المتشابهة.
-تحديد الأشكال المتشابهة ، مع لفت نظر الطالب إلى الزوايا والخطوط المستقيمة والمنحنيات.

السلوك السابع:

- تحديد صور الأشياء المألوفة الملونة وغير الملونة.
-الأدوات صور أثاث أدوات منزلية دمي ، صور أشياء أخرى.
- النشاطات التمييز بين الأشكال المتشابهة والأشكال المختلفة.

ذكر أسماء الأشياء - معرفة وظيفة الأشياء - المزوجة بين الأشياء وصورها.

السلوك الثامن:

- تحديد الصور المختلفة للشيء الواحد وفقا لاستخداماته.
- الأدوات: بطاقات وصور لأشياء مترابطة.
- النشاطات: تسمية الأشياء ومناقشتها استخداماتها.
- تجميع الصور ذات العلاقة.
- إزالة الشيء الذي ليس له علاقة بالأشياء الأخرى في المجموعة
- تحديد العنصر الناقص في المجموعة.

السلوك التاسع:

- تحديد أشكال الأشياء وبيان التفاصيل الداخلية فيها.
- الأدوات: صور الأشياء مختلفة.
- النشاطات عرض صور متشابهة ومختلفة في أوضاع مختلفة.
- عرض صور لأشخاص في أوضاع مختلفة مثل الجلوس ، المشي من الأمام ، من الخلف ، الخ.
- عرض صور ذات حجوم مختلفة.

السلوك العاشر:

- تحديد تفاصيل الرسوم والصور .
- الأدوات: صور حيوانات ورموز ، وأشياء مختلفة.
- النشاطات تجميع الرموز المتشابهة. - التعرف إلى الصور والرموز

السلوك الحادي عشر :

- الأحداث من خلال الصور الأدوات بطاقات تعبر عن حركات معينة ، صور تكون بمجملها قصة ما.
- النشاطات عرض البطاقات ، والطلب من الطفل أن يقوم بمختلف الحركات التي تعرض
- ترتيب الصور لتأليف قصة. السلوك الثاني عشر: تحديد أنشطة تقوم بها الأسرة.
- الأدوات: صور يظهر فيها أشخاص يقومون بأعمال مختلفة.
- النشاطات: تحديد هوية كل شخص من الصورة. - تحديد العمل الذي يقوم به كل شخص في الصورة.

السلوك الثالث عشر:

- تحديد الأجزاء الخفية في الصور والأشكال. ا
- أدوات صور لأجسام وأشياء مختلفة أحد أجزائها مفقود
- النشاطات عرض صور عن جسم الإنسان والطلب من الطفل تحديد الأجزاء الواضحة والأجزاء غير الواضحة والتحدث عن الجزء الناقص في الصورة.

- عرض صور مجردة متداخلة. البحث عن ظلال الأجسام والمباني والأشخاص .
- الأدوات بطاقات عليها صور وكلمات مختلفة.

السلوك الرابع عشر:

- ربط الحروف والكلمات بالصور والأعمال التي تدل عليها..
- النشاطات: ربط الكلمات بالصور - التدريب على الألعاب التي تستخدم فيها حروف وكلمات مختارة.

السلوك الخامس عشر:

- تحديد ومعرفة الحروف والكلمات.
- الأدوات بطاقات عليها حروف وكلمات.
- النشاطات: عرض الحروف الأبجدية .
- بيان شكل الحرف في أول الكلمة وفي وسطها وآخرها.
- عرض كلمات تحتوي على حروف متشابهة.
- البحث عن تتابع حروف معينة في الكلمات الطويلة.

السلوك السادس عشر:

- التعرف إلى جمل وعبارات متتابعة وربطها بالصور الأدوات صور وبطاقات عليها جمل وعبارات
- النشاطات استخدام بطاقات الكلمات لتشكيل عبارات تدل على الصورة المعروضة

السلوك السابع عشر:

- قراءة قصص بسيطة.
- الأدوات بطاقات المناسبات المختلفة ، قراءات من الصحف قصص.
- النشاطات مناقشة الصور المرافقة للنصوص ومعرفة ما تمثله من نشاطات
- التركيز على المفردات والجمل.

-تشجيع القراءة البصرية

الفصل السابع

المبادئ الأساسية للتأهيل

التأهيل (Rehabilitation) هو جملة من الخدمات تهدف إلى مساعدة المعاق على استرداد أقصى ما يمكن من قدرات جسمية وعقلية واجتماعية ومهنية (Bitter (1979)) ويقوم ميدان التأهيل على فلسفة إنسانية تتمثل في احترام كل إنسان مهما كانت قدراته ، والإيمان بحق الناس جميعاً في أن تتاح لهم الفرص ليحققوا ذاتهم. علاوة على ذلك ، فإن ميدان التأهيل يستند إلى المبادئ الرئيسية الآتية:

- توفير فرص متكافئة لجميع المواطنين للنمو والتعلم ، لذلك ينبغي تزويد المعاقين بالخدمات والبرامج المتخصصة لتهيئتهم للعمل والعيش في مجتمعهم كغيرهم من المواطنين.
- إن كل إنسان له خصائصه الفردية ، ولذلك ينبغي على برامج التأهيل أن تراعي أن ردود الفعل النفسية والشخصية للإعاقة تختلف من شخص إلى آخر. ويترجم ذلك عملياً إلى خدمات تراعي الحاجات والرغبات والقدرات الخاصة بالفرد المعاق.
- إن الإنسان كل متكامل ولا يمكن تجزئته. وهذا يعني ضرورة توفير برامج كلية أو شاملة للتأهيل. وبنا على ذلك فإن التأهيل يأخذ أشكالاً متنوعة منها:

التأهيل الطبي..

التأهيل الاجتماعي.

التأهيل النفسي.

التأهيل المهني.

التأهيل الأكاديمي.

بناء على ما سبق فإن العملية التأهيلية هي سلسلة من الخدمات الفردية الموجهة نحو تحقيق أهداف محددة على رأسها التكيف المهني. وتتضمن هذه السلسلة الخطوات الرئيسية الآتية :-

1- التقييم:

يشتمل التقييم على خطوتين رئيسيتين هما: الدراسة التشخيصية الأولية والدراسة التشخيصية المكثفة. وبالنسبة للدراسة التشخيصية الأولية فهي تنفذ تمهيداً لاتخاذ قرار بشأن قبول الشخص المعاق في مركز التأهيل ، وذلك في ضوء حالة الإعاقة الموجودة لديه وقابليته للاستفادة من الخدمات المتوفرة. أما الدراسة التشخيصية المكثفة فهي تجري لكل شخص يقبل من مراكز التأهيل من أجل تحديد طبيعة الخدمات التي يحتاج إليها وترجمتها إلى برنامج تأهيل فردي ، وتتضمن عملية التقييم في برامج التأهيل كلاً من التقييم الطبي والنفسي ، والمهني والتربوي والاجتماعي/ الثقافي

2 برنامج التأهيل الفردي:

تنتهي عملية التقييم بوضع برنامج فردي للتأهيل يتضمن العناصر الآتية:

أ- مستوى الأداء الحالي.

- ب- الهدف المهني طويل المدى.
- ت- الأهداف المنتهية قصيرة المدى.
- ث- الخدمات التأهيلية اللازمة لتحقيق الأهداف.
- ج- مدة العمل بالبرنامج.
- ح- مواعيد وإجراءات تقييم مستوى التطور في أداء الشخص المستفيد من خدمات التأهيل.

3- الإرشاد والتوجيه :

يعد الإرشاد من أهم عناصر عملية التأهيل وهناك العديد من النظريات الإرشادية التي يمكن الاستفادة منها في عملية التأهيل لتحسين أداء العميل وتكيفه. ومن أهم المهارات الإرشادية في التأهيل:

- 1- إجراء المقابلات مع المسترشد.
- 2- بناء علاقة إرشادية فاعلة مع المسترشد.
- 3- إيضاح دور كل من المرشد والمسترشد في العملية التأهيلية .
- 4- كتابة أهداف إرشادية مهنية للمسترشد.
- 5- توجيه المسترشد وأسرته لتطوير خطط مهنية واقعية.
- 6- مساعدة المسترشد على إدراك قدراته وميوله الذاتية.
- 7- مساعدة المسترشد على فهم دوره في عالم العمل.
- 8- التعامل مع المسترشد باحترام وألفة.
- 9- معرفة مهارات الإصغاء الايجابي والتنظيم والتشجيع.
- 10- استخدام أساليب تعديل السلوك الفاعلة.
- 11- استخدام منهج منظم للتغلب على المشكلات التي تعيق العملية الإرشادية .

4- استعادة القدرات الجسمية والعقلية :

يشمل هذا العنصر من عناصر العملية التأهيلية الخدمات الموجهة نحو تصحيح الأداء الجسدي والعقلي للمنتفعين من خدمات مراكز ومؤسسات التأهيل وتعديله وتطويره. ومن أهم التخصصات التي تقدم هذا النوع من الخدمات:

- (الطب الفيزيائي - العلاج الطبيعي - العلاج الوظيفي - التمريض التأهيلي - الطب النفسي - الأطراف الاصطناعية)

5- التدريب

يقصد بالتدريب في برامج تأهيل المعاقين كل الخبرات التعليمية التي تمكن المعاق من النمو والتكيف ليصبح قادراً على تحقيق الأهداف المهنية والتكيف المهني هو عملية تدريبية علاجية تستخدم بأسلوب فردي أو جماعي هدفها مساعدة المتدربين على فهم العمل وقيمه ومتطلباته ، وتعديل اتجاهاتهم وخصائصهم الشخصية وسلوكهم المهني ، وتطوير قدراتهم المهنية الوظيفية لمساعدتهم على تحقيق أقصى درجة ممكنة من التطور والنمو المهني. فالتكيف المهني بعبارة أخرى عملية تعلمية تقود إلى الاستعداد للعمل. والاستعداد للعمل في نتاج ثلاثة:-

عوامل هي:

أ العوامل المرتبطة بالعامل

ب العوامل المرتبطة بالبيئة.

ج العوامل المرتبطة بالعلاقة بين العامل وبيئة العمل.

6-العوامل المرتبطة بالعامل

تتضمن العوامل المرتبطة بالعامل المتغيرات ذات العلاقة بشخصيته ومهاراته المهنية. وتتصل المتغيرات الشخصية بالسلوك ، وهي تتعلق أساساً بالتكيف الحياتي إلا أنها تؤثر أيضاً في الأداء المهني. ومن هذه المتغيرات:

- النضج العاطفي.

- الاستقرار الانفعالي.

- الأمانة.

- القدرات التكيفية.

- القدرات الصحية والجسمية.

- القدرة على إصدار الأحكام المناسبة.

وهناك متغيرات شخصية أخرى علاقتها بالعمل أقوى من المتغيرات المذكورة أعلاه ، وهي أكثر قابلية للتعديل منها. ومن الأمثلة على هذه المتغيرات- الاستقلالية.- تحمل المسؤولية.- الثبات في الأداء.- احترام الوقت. الاتجاهات والميول.

أما العوامل المرتبطة بالمهارات المهنية فهي تتضمن مستوى المعرفة المهنية للقدرات المهنية للشخص.

1-العوامل المرتبطة ببيئة العمل: وهي كل المتغيرات التي تتصل مباشرة بالعمل ، وقد تشمل- نوع العمل. العمل.-

حجم العمل نوع الإشراف.- ظروف العمل بما في ذلك ساعات العمل ، والوصف الوظيفي ، والقدرات الجسمية

اللازمة - العلاقات مع الزملاء في العمل.

2- العوامل المرتبطة بالعلاقة بين العامل وبيئة العمل: التكيف المهني هو نتيجة لمدى رضا العامل عن عمله ، ومدى قبول بيئة العمل له. فإذا كان هناك توافق بين الحاجات المهنية للعامل والمعززات المتوافرة في بيئة العمل فذلك سيقود إلى رضا العامل عن بيئة العمل. وإذا كان هناك توافق بين متطلبات العمل وقدرات العامل فذلك سيقود إلى رضا عن العمل. ويصنف بتر (Bitter 1979) برامج التدريب في ميدان تأهيل المعاقين إلى أربع فئات هي: .

- التدريب للتكيف الشخصي (Personal Adjustment: Training) ويعرف أيضاً بالتهيئة المهنية ويشير إلى المعرفة والخلفية اللازمين لاختيار مهنة معينة وتطوير الاستعدادات اللازمة للنجاح في تلك المهنة. ومن الأمثلة على الأنشطة التدريبية ما قبل المهنية تعرف المهن وخصائصها ومتطلباتها ، وتدبر الدخل واستخدام المواصلات العامة.
- التدريب لتطوير المهارات التعويضية: (Compensatory Skill Training) ويشتمل هذا التدريب على تطوير المهارات الشخصية القادرة على تعويض المعاق عن عجزه والتي يحتاج إليها للنجاح في العمل. ومن الأمثلة على ذلك مهارات الحركة والتنقل للمكفوفين ، والمشي بطريقة مناسبة لبعض المعاقين جسماً ، وقراءة الكلام أو لغة الإشارة للمعاقين سمعياً.
- التدريب المهني: (Vocational Training) وهو من أهم أشكال التدريب في برامج تأهيل المعاقين ، إذ يعد الوسيلة الأساسية لمساعدتهم على الحصول على العمل المناسب. وقد صدر عن مكتب العمل الدولي عام 1987 كتيب بعنوان " المبادئ الأساسية للتأهيل المهني للمعاقين يؤكد مراعاة الأمور الآتية عند تنفيذ التدريب المهني للمعاقين:

- 1- أن يكون التدريب مجارياً لمتطلبات سوق العمل.
- 2- أن تستخدم الوسائل نفسها التي يلجأ إليها عند تدريب المعلمين.
- 3- أن يستمر التدريب إلى أن يحصل المعاق على المهارات المناسبة للعمل في ظروف قريبة من الظروف التي يعمل فيها غير المعاقين.
- 4- أن يتم تدريب المعاقين الذين لا يمكن تدريبهم مع غير المعاقين في مواقع خاصة.
- 5- أن تكون هناك ضمانات بأن المتدربين الذين يحققون الأهداف سيقبلون كأفراد صالحين للاستخدام.

7-التشغيل

إن برامج التأهيل المهني الفاعلة والمفيدة هي البرامج التي تؤدي إلى تشغيل المعاقين في المهن التي تم تدريبهم عليها. وتشتمل عملية التشغيل على خلق مزاجية بين الشخص والمهنة المناسبة له. وقد اشار الخطيب 1992 إلى ضرورة تمتع اختصاصي التأهيل بالقدرات الآتية فيما يتعلق بالتشغيل

- ❖ معرفة مصادر المعلومات المهنية المتوافرة في المجتمع المحلي.
- ❖ معرفة الإجراءات المتبعة تقليدياً في سوق العمل المحلي.
- ❖ معرفة أساليب تقييم فاعلية الأداء المهني.
- ❖ القدرة على تحليل العمل.
- ❖ القدرة على توظيف المعلومات المهنية المتوافرة لتطوير البرامج التدريبية.
- ❖ القدرة على تعديل اتجاهات أصحاب العمل نحو المعاقين.
- ❖ القدرة على مساعدة المعاقين على اكتساب مهارات البحث عن العمل المناسب.
- ❖ معرفة المتطلبات الأساسية للمهن المختلفة.

8- المتابعة بعد العمل: (Post employment Follow)

إن الهدف الأساسي من المتابعة اللاحقة في برامج تأهيل المعاقين هو مساعدتهم على الاستمرار في العمل والمحافظة على مستوى أدائه. وقد تكون هناك حاجة إلى المزيد من الإرشاد والتوجيه للموظف المعاق. وقد تكون المتابعة مرة واحدة فقط أو طويلة المدى.

التأهيل المبني على المجتمع المحلي

التأهيل في المجتمع المحلي استراتيجية تتدرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل وتكافؤ في الفرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون إعاقة ما. والتأهيل المجتمعي ينفذ بوساطة الجهود المشتركة للمعاقين أنفسهم وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية. ومن أهم ما يميز التأهيل في المجتمعات المحلية أنه يقتضي من الحكومات أن تحيل المسؤولية والموارد اللازمة للتأهيل إلى تلك المجتمعات المحلية. فالافتراض الذي يقوم عليه هذا المنحى في التأهيل هو أن المجتمع المحلي هو القادر على مساعدة المعاقين على الانتقال من الخدمات والفرص العادية والاندماج الاجتماعي الكامل. وهكذا ، فإن التأهيل المجتمعي يقوم على مبدأ دمج المعاق في مجتمعه ، وعدم إحقاقه بالمؤسسات عالية التخصص التي تعزله أو تفصله عن أسرته وبيئته ومجتمعه.

وهكذا فالتأهيل المبني على المجتمع المحلي (Community- Based Rehabilitation) المعروف اختصاراً ب (CBR) هو استراتيجية لتحسين نوعية حياة المعاقين عن طريق تطوير آلية تقديم الخدمات لهم ، وتحقيق مبدأ المساواة في الفرص التي يتم توفيرها لهم ، وحماية حقوقهم الإنسانية. وينادي التأهيل المبني على المجتمع المحلي بالمشاركة التامة لكل قطاعات المجتمع. وهو يسعى إلى تكامل الخدمات التي تقدمها قطاعات المجتمع المختلفة التربوية والصحية والاجتماعية والمهنية. وهو فوق ذلك كله ، يهدف إلى تقوية المعاقين وتهيئة كل الفرص والظروف اللازمة لدمجهم في مجتمعاتهم. ومن الأهداف الأساسية الأخرى التي يسعى التأهيل المبني على المجتمع إلى تحقيقها إحداث تغيير واسع النطاق ، وتطوير نظام قادر على الوصول إلى جميع المعاقين الذين يحتاجون إلى المساعدة والدعم ، وتوعية الجمهور والمؤسسات الحكومية أيضاً بحاجات المعاقين وتشجيعهم على المشاركة في الخدمات والبرامج.

تطور التأهيل المبني على المجتمع المحلي

لقد نشأت فكرة تأهيل المعاقين في مجتمعاتهم المحلية في إطار المفهوم العام للرعاية الصحية الأولية والتي تتضمن التنقيف الصحي ، ومحاربة سوء التغذية ، وتوفير مياه الشرب النظيفة ، والنظافة العامة ، والنهوض بمستوى رعاية الأمهات والأطفال والتطعيم ، وغير ذلك. وما يهمننا الإشارة إليه هنا أن الرعاية الصحية الأولية تشمل أيضاً برامج الوقاية من الإعاقة وتأهيل المعاقين. إن السبب الرئيس وراء انبثاق التأهيل المبني على المجتمع المحلي هو أن برامج التأهيل التقليدية المعتمدة على المؤسسات التدريبية الخاصة لم تتمكن من تلبية حاجات الأشخاص المعاقين. فمؤسسات التأهيل التقليدية تركز على تغيير المعاق نفسه. ولكن هذه الممارسة لم تفلح في جعل المعاقين يتمتعون بحقوقهم المدنية ، ويشاركون في بناء مجتمعهم كالأشخاص غير المعاقين. فالمهارات التي يكتسبها المعاق لن تكون ذات معنى أو فائدة ، ولن يكون هناك أي فرصة لتطبيقها ما لم يتقبل المجتمع أفراد المعاقين. وبناء على هذا ، فإن فلسفة التأهيل المبني على المجتمع المحلي ليست بديلاً للخدمات التي تقدمها مؤسسات التأهيل المتخصصة. فالحقيقة أن هذه المؤسسات تؤدي دوراً حيوياً في دعم جهود المجتمع المحلي والقيام بتحويل المعاقين إلى الجهات المتخصصة في المجتمع (Menon ,1984)
ومن الأمثلة على المشاريع الريادية المعتمدة على أسس التأهيل المجتمعي نذكر:

- 1- مشروع التأهيل المجتمعي في المكسيك الذي قام ديفد ورنر بوصفه في كتابه بعنوان " حيث لا يوجد طبيب ، ولاحقاً في كتاب بعنوان أطفال القرية المعوقين "
- 2- مشروع التأهيل المجتمعي في غوايانا في إفريقيا ، وهو مشروع للتدخل المبكر انبثق في العاصمة بداية ، وامتد بعد ذلك إلى المناطق الريفية .
- 3- مشروع التأهيل المجتمعي في غانا ، وقد وصفه أوفيري أدو حديثاً في مقالة له .

- 4- مشروع التأهيل المجتمعي في الفلبين ، وقد قدم فالديز وصفاً لهذا المشروع .
- 5- مشروع التأهيل المجتمعي في الضفة الغربية وقطاع غزة ، وقد قدم مشعل تقريراً موجزاً عنه .
- 6- مشاريع للتأهيل المجتمعي في كل من كينيا وزمبابوي وجامايكا والهند ، وقد وصف تلك المشاريع في تقرير مفصل عنه .
- 7- مشروع التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في الأردن ولبنان وسوريا ، وقد قدم داود 1994 تقريراً مفصلاً عنه.

امنياتكم بالتوفيق