

تمهيد:

يواجه المكفوفون مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الطفل المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكيات النمطية.

وتعرف بأنها معاناة كل فرد نتيجة عوامل وراثية أو بيئية من قصور جسمي أو عقلي تترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية تحول بينه وبين تعلم أو أداء بعض العمليات العقلية أو الحسية، التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح.

(جمال محمد الخطيب: 2009م، ص15)

فالطفل الكفيف يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الأصوات والوصول إليها. ونتيجة لذلك فلا غرابة في أن يكون نمو الطفل الكفيف من حيث معدل سرعته بطيئاً. وقد لاحظت فريبرج تأخراً في النمو الحركي لدى الأطفال المكفوفين وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم استثارة الأشياء لدافعية هؤلاء الأطفال، ولذلك فإن أكثر الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المكفوفون على الصعيد الحركي هي تلك التي تتعلق بالتعرف والتنقل، ولذلك يعتبر التدريب على العرف والتنقل عنصرين رئيسيين في مناهج المكفوفين.

1- مفهوم الإعاقة:

مصطلح الإعاقة عام أقل موضوعية من حيث القابلية للقياس من مصطلحي الاعتلال والعجز، فهو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة، وتبعاً لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة.

لقد تعددت تعريفات الإعاقة على النحو التالي:

فتعرف بأنها معاناة كل فرد نتيجة عوامل وراثية أو بيئية من قصور جسمي أو عقلي تترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية تحول بينه وبين تعلم أو أداء بعض العمليات العقلية أو الحسية، التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح.

(جمال محمد الخطيب: 2009م، ص15)

- وتعرف الإعاقة بأنها عيب يرجع إلى العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من قدرته على أداء دور طبيعي بالنسبة للسن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية.

(محمد أبو الكاس: 2008م، ص29)

- ويشار بأنها كل قصور جسمي أو نفسي أو عقلي أو خلقي يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع ويجعله قاصراً عن الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها.

- كما تعرف بأنها قصور أو تعطل عضو أو أكثر من الأعضاء الداخلية للجسم من القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة، ميكروفية أو فيروسية.

- وتعرف الإعاقة أيضاً بأنها حالة تحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر العناصر الأساسية لحياتنا اليومية، وبينها العناية بالذات أو ممارسة وقد تنشأ الإعاقة بسبب خلل جسمي أو عصبي أو عقلي.

(محمد أبو الكاس: 2008م، ص31)

- ويؤكد على أنها ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز تحد أو تمنع الفرد من أدائه وهي تمثل الجانب الاجتماعي للضعف أو العجز، ونوع ودرجة الإعاقة يؤثران في

القيم والاتجاهات والتوقعات التي تراعى فيها البيئة الاجتماعية للأفراد.
 - وهي حالة أو تأخر في النمو الجسدي أو النفسي أو العقلي أو الخلقى أو التعليمي مما ينجم عنه حاجات فريدة تقتضي من المجتمع تقديم خدمات خاصة لرعايتها.
 وعلى هذا فإن معنى الإعاقة يشير إلى ما يلي:

- المعاناة نتيجة عوامل بيئية أو وراثية.
 - حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة.
 - قصور أو تعطل عضو أو أكثر من الأعضاء الداخلية للجسم من القيام بوظائفها.
 - ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز تحد من أدائه الطبيعي.
- (جمال محمد الخطيب: 2009م، ص15)

2- المعاق:

- يعرف بأنه كل شخص عاجز كلياً أو جزئياً، عن ضمان حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية، نتيجة نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمية أو العقلية.
- ويعرف أيضاً بأنه الفرد الذي يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته، أو تمنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في عمره باستقلالية.
- المعاق هو فرد لديه قصور في القدرة سواء الجسمية أم الحسية أم النفسية أم الاجتماعية ناتج عن حدث خلقي منذ الولادة أو مكتسب، فيكون غير قادر على كفالة نفسية كلياً أو جزئياً في أي من هذه القدرات ليسد حاجاته الأساسية، معتمداً على قدرته الفردية إلى جانب غياب القدرة على المزاولة والاستمرارية بالمعدل الطبيعي للفرد العادي، للحد الذي يتطلب المساعدة ويستوجب التأهيل لباقي قدراته المتاحة، وفقاً لإعاقته ولبينته المحيطة لتوفير بعض الاستقرار لهذا الفرد اجتماعياً ونفسياً واقتصادياً. (محمد أبو الكاس: 2008م، ص31)
- المعاق هو فرد أصيب بإعاقة عقلية أو جسمية أو حسية دون ذنب جناه سوى أنه ينقص عن أقرانه بسبب هذه الإعاقة.
- المعاق كل شخص ليست لديه قدرة كاملة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة للحياة

العادية، نتيجة إصابة وظائفه الحسية، أو العقلية، أو الحركية إصابة ولد بها أو لحقت به بعد الولادة.

وعلى من صعوبة وضع تعريف واحد يجمعه كل الإعاقات، إلا أن هناك مجموعة من الخصائص والسمات العامة التي ممن الممكن أن يشترك فيها معظم المعاقين بغض النظر عن نوع الإعاقة.

3- الإعاقة البصرية:

(سعيد حسني: 2001م، ص 79-80)

* تعريف الإعاقة البصرية:

- ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، فمنها:

- تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البشرية.

- الإعاقة البصرية (Visual Impairment) هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان.

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: (الزاوية القانونية والزاوية التربوية):

- يعتمد التعريف القانوني (الطبي) على حدة البصر (Visual Acuity)، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). بعبارة أخرى: حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الصور بحيث يصبح مركزاً على الشبكية، وحدة الإبصار العادية هي 20/20. فأن نقول إن حدة إبصار الشخص 60/20 مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد 60 قدم. وتبعاً لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفاً (قانونياً) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من

200/20، كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار (Field of vision) ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه. ومجال الإبصار يقاس بالدرجة وهو يبلغ حوالي (180) درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية، فإذا كان مجال البصر يساوي (20) درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانونياً.

- أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ولذلك فإن علي الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق بريل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونياً غالباً ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي (Residal Vision)، وأما ضعف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20 إلى 200/20 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة.

4- تصنيف الإعاقة البصرية:

(جمال محمد الخطيب: 2009م، ص171-172-173)

* يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين (Blind) وتنطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ بريل Braille Readers): وهم الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة.

الثانية: فئة المبصرين جزئياً (Bartially sighted) ، وهذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ الكلمات المكبرة Large- Type Readers): وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة مع تكبير الكلمات.

5- أسباب الإعاقة البصرية:

(عمر فواز عبدالعزيز: 2010م، ص84-85)

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية.

فهناك أسباب منها:

5-1- أسباب ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.

5-2- أسباب أثناء الولادة نفسها: العوامل الوراثية: فكثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وغذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (Congenital)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.

5-3- أسباب ما بعد الولادة: وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة (Adventitious)، وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث.

5-3-1- انفصال الشبكية (Retinal Detachment):

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي والسكري.

5-3-2- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy):

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا 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.

5-3-3- انتكاس النقطة المركزية (Macular Degeneration):

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة

والقراءة والأعمال اليدوية.

5-3-4- الماء الأسود (Glaucoma):

الماء الأسود أو الجلوكوما هو 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 مبكرًا، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحياً في العادة، أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً، 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 (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب- المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في 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، وجلوكوما الراشدين) أولياً - أي: ليس ناتجاً عن مرض ما في العيون - أو قد يكون ثانوياً (ناتجاً عن مرض ما في العين).

5-3-5- الماء الأبيض (Cataract):

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار؛ ولكنه قد يحدث مبكراً أيضاً بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Cataract) 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 المرض سوءاً تدريجياً ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفاً جداً ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 200/20 إلى 400/20 في العين إلي أجري لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمدة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90-95%.

5-3-6- ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين، 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.

5-3-7- التليف خلف العدسي (Retrolental Fibroplasia):

مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأوكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة، وتتأثر الأوعية الدموية وتتلطف الشبكية، وأحياناً تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision) وبشكل عام، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

5-3-8- الحول (Strabismus):

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ومن المهم أن تتحرك العينان معاً لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي (Binocular Vision)، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان 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 (Esotropia) وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعاً بين الأطفال، وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة، وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف، وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (Exotropia) أو ما يعرف بالحول الوحشي ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث أن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

5-3-9- توسع الحدقة الولادي (Aniridia):

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

5-3-10- البهق (Albinism):

هو اضطراب تكون في الصبغة قليلة جداً أو معدومة ولهذا فإن الضوء يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه، وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقرًا وشعره أبيضًا 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 عيوب الإنكسار والرأة وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء، ويوجه عام، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 70/20 إلى 200/20.

5-3-11- التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa):

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجياً، ويحدث عمى ليلي (العشى) 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.

5-3-12- 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 المحيطية في الشبكية، ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورؤية وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

5-3-13- 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.

(جمال محمد الخطيب: 2009م، ص 174)

5-3-14- رآة العين (Bystagmus):

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

5-3-15- العين الكسولة (Amblyopia):

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيداً طبياً، ويحدث 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، وأي 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.

(جمال محمد الخطيب: 2009م، ص 175)

6- سمات وخصائص المعاق بصرياً: (كمال سالم: 1988م، ص 56-57-58)

نظراً للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصرياً مثل الجهات الأسرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصرياً، فإنه من الصعب أن نحدد

خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، ذلك لأنهم ليسوا على مجموعة متجانسة. لقد حدد لونيڤيلد (1955) أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عند تحديد خصائص المعاقين بصريا وهذه الاعتبارات هي:

1- الربط بين الخصائص والمسببات: فعلى سبيل المثال الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي، بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

2- تكييف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصريا: فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصريا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كُيفت وقننت على عينات من المعاقين بصريا.

3- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصريا: وهو ما يعرف باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصريا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى التربوي أو التأهيلي، أو العلاجي إلى ظهور العديد من النفسية السلبية لدى المعاقين بصريا.

4- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية: أن معظم البحوث التي تجري على المعاقين بصريا تشمل من يقيمون منهم في المؤسسات والمدارس الخاصة بالمعاقين بصريا، وهؤلاء يعتبرون فئة مختارة لا تمثل جميع المعاقين بصريا. العديد من الدراسات التي تناولت هذه الفئة من المعاقين ألفت الضوء على بعض هذه الخصائص وذلك نظرا لبروزها وارتباطها بالجنب التربوي والتأهيلي للمكفوفين.

يمكن حصر هذه الخصائص بما يلي:

1- خصائص انفعالية.

2- خصائص تعليمية.

3- خصائص عقلية.

4- خصائص لغوية.

5- خصائص حركية.

6- خصائص اجتماعية.

أولاً: الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بن ذكاء المعوقين بصرياً والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wicc-R)، وكذلك الحال على مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ودعم ذلك الدراسة التي قام بها سامويل هيز (Hayes, 1941) وأشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعوقين بصرياً هو ضمن المعدل الطبيعي للفرد العادي.

(تيسير مفلح وعمر فواز: 2008م، ص 89)

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب المبصرين والطلاب المعاقين بصرياً، إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاسة البصر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصرياً من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع، ورغم ذلك فقد أكد لوفيلد 1955م على أن الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور الآتية:

• معدل نمو الخبرات وتنوعها.

• القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.

• علاقة المعاق بصرياً ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

ينقسم الناس فيما يتعلق بتقدير ذكاء الكفيف إلى قسمين:

يذهب القسم الأول بدافع التعاطف الوجداني مع الكفيف المشوب بالحماس، لما يقوم به من

مهارات يؤديها المبصر أحيانا سواء بسواء، إلا أن ذكاء الكفيف لا يقل عن ذكاء المبصرين إن لم يتفوق عليه أحيانا، ويستدلون ببعض العباقرة من المشاهير المكفوفين.

(صالح الدايري: 2005م، ص 260)

غير أن عبقرية بعض المكفوفين لا تكفي لأن تؤيد ما يذهب إليه هذا الفريق ويؤيد هذا الفريق وجهة نظره بدليل غامض، هو أن الله يعوض الكفيف عن فقد البصر بتفتح البصيرة.

أما القسم الثاني فنظرته إلى هذا الموضوع أكثر موضوعية فهم يعترفون طبعاً بنوع بعض العباقرة من المكفوفين، إلا أن هناك عباقرة من المبصرين.

تشير الدراسات بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصريا على اختبار بينيه للذكاء، أو على الجانب اللفظي من مقياس وكلسر، والعكس صحيح بالنسبة لاستجاباتهم على الفقرات الأدائية للمقياس، والجدير بالذكر بأن الإعاقة البصرية لا تؤثر على القدرات العقلية عند أصحاب هذه الإعاقة. إن ذكاء أفراد هذه الفئة يعتمد على مستوى نمو الخبرات وتنوعها لدى الفرد، وعلى قدرتهم على الحركة، والتنقل بحرية علما علاقات أفراد هذه الفئة مع أفراد بيئاتهم وعلى مدى قدرتهم على التحكم في هذه العلاقات. إن قدرة أفراد هذه الفئة على التخيل والتذكر الحسي البصري تتأثر إلى مدى كبير بالعمر الذي فقد فيه حاسة بصره.

(سعيد حسني العزة: 2001م، ص 179)

7- الكفيف الموهوب: (عادل عبدالله: 2005م، ص 212-215)

إن هناك خصائص معينة تميز أولئك الأفراد عن غيرهم من أقرانهم المكفوفين من أهمها ما يلي:

1- ارتفاع مستوى إنجازهم مقارنة بأقرانهم في نفس عمرهم الزمني والذين يعيشون في نفس البيئة ويتحدد هذا الإنجاز في المجالات العقلية والإبتكارية أو الإبداعية والفنية.

2- يتميزون بقدرة غير عادية على القيادة تمكنهم من إدارة المواقف المختلفة بشكل مثير للانتباه.

3- يتميزون في مجالات دراسية أو أكاديمية معينة وهي تلك التي لا تعتمد على التناول

اليديوي.

4- تعد ذاكرتهم قوية.

5- دافعيتهم للتعلم مرتفعة.

6- تعتبر مهارتهم لحل المشكلات مرتفعة بدرجة كبيرة.

7- يمتازون بالمتابرة.

8- لا يجدون أي صعوبة في التعلم باستخدام طريقة برايل.

9- قدرتهم على التركيز عالية.

إلا أن ما يعاني منه الموهوبون المكفوفون هو نفسه ما يعاني منه بقية الموهوبين العاديين من ضغوط ومشكلات ويضاف إلى ذلك تلك الضغوط والمشكلات التي ترتبط بإعاقتهم وما قد يتصل بها أو ينتج عنها من اضطرابات اجتماعية أو انفعالية أو أكاديمية.

وهنا يأتي دور الخدمات التعليمية والتأهيلية لرعاية هذه الفئة وتحقيق أقصى تنمية لطاقتهم واستثمارها لتحقيق أفضل مستقبل لهم وخدمة دولتهم.

ثانياً: الخصائص اللغوية: (زينب محمود شقير: 1999م، ص264-265)

المظاهر النمائية للغوية تتطور لدى المكفوفين تطوراً طبيعياً إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى. ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تظهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المداخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها.

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الطفل الكفيف يعاني من مشكلة التواصل اللفظي والتعبيرات بمفهومها الشامل، إذ يتمكن من إعطاء تعريف لغوي صحيح للكلمة، ولكنه لم يتمكن من تعيين الشيء الذي ترمز له تلك الكلمة.

كما إن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصرياً، فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي.

ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المكفوفين والتي أجمعت عليها

معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:-

- 1- الاستبدال: وهو استبدال صوت بصوت.
- 2- التشويه أو التحريف: وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغيير معناها وبالتالي عدم مفهم ما يراد قوله.
- 3- عدم التغيير في طبقة الصوت: بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.
- 4- العلو: ويتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.
- 5- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث: يتمثل في عدم التغيير أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.
- 6- القصور: في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
- 7- اللفظية: وهي الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى، وينتج عن هذا القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة، فيعمد المعاق بصريا إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ عله يستطيع إن يوصل ما يريد قوله.
- 8- قصور في التعبير: وينتج عن القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها.

ثالثاً: الخصائص الحركية: (عمر عبدالعزيز: 2003م، ص90)

يواجه المكفوفون مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكيات النمطية.

فالطفل الكفيف يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الأصوات والوصول إليها. ونتيجة لذلك فلا غرابة في أن يكون نمو الطفل الكفيف من حيث معدل سرعته بطيئاً. وقد لاحظت فريبرج تأخراً في النمو الحركي لدى الأطفال المكفوفين وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم استثارة الأشياء لدافعية

هؤلاء الأطفال، ولذلك فإن أكثر الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المكفوفون على الصعيد الحركي هي تلك التي تتعلق بالتعرف والتنقل، ولذلك يعتبر التدريب على العرف والتنقل عنصرين رئيسيين في مناهج المكفوفين.

وقد طور العالم (كورت) 1983م نموذج لتطوير الإدراك والإنتباه عند الكفيف يتكون من:

- 1- القدرة النفسية على الرؤية: لتحديد المسافات والقدرة على التنقل.
- 2- الصفات الشخصية: الطموح والقدرة على التطور الذاتي والصحة الجسدية.
- 3- مفاتيح ومعايير بيئية: مثل كثافة اللون وبعد الجسم عن الكفيف والتفاصيل الداخلية للشيء ونوعيته.

رابعاً: الخصائص التعليمية: (كمال سالم: 1988م، ص58-59)

من أهم الخصائص دراسية للمعاقين بصريا التي أوردتها واتفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال:

1- ببطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة لبراييل أو الكتابة العادية: أورد نولان 1966م أن معدل سرعة قراءة الطالب المعاق بصريا لبراييل فيما بين الصف العاشر والثاني عشر بلغ حوالي 89 كلمة في الدقيقة وهذا يمثل ثلث معدل سرعة القراءة العادية.

2- أخطاء في القراءة الجهرية: خرجت دراسة بتمان 1963م بالنتائج الآتية:

أ- أن مستوى أداء هذه المجموعة في القراءة يعتبر بوجه عام مشابه لمستوى أداء المبصرين من نفس المرحلة الدراسية.

ب- إن أقل الدرجات انخفاضا هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الجهرية، وإن أعلاها هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الصامتة.

ج- زيادة أخطاء القراءة مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الكلمات والحروف.

3- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

خامساً: الخصائص الاجتماعية: (أحمد الزعبي: 2003م، ص178)

تؤثر الإعاقة تأثيرا واضحا في السلوك للمعوقين، حيث توجد لديهم صعوبات كبيرة في عملية

التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين، وذلك نظراً لنقص خبراتهم الاجتماعية، وقلة الفرص الاجتماعية المتاحة لهم في الاحتكاك بالآخرين، والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم. وكلما كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين إيجابية، كلما سهلت عليهم فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتمت لديهم درجة أكبر من الثقة بالذات وبالآخرين.

وبسبب فقدان الطفل للبصر يصبح كفيفاً بحاجة إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين ويصاحبه عدم اهتمام من قبل الوالدين، مما يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به مما يؤثر بشكل أو بآخر على علاقة الكفيف بوالديه، وهذا يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما يعوق محاولاته اكتشاف البيئة، وهذا يؤثر بالتالي على نموه الاجتماعي من جانب، ومن جانب آخر فإنه يشجع استمرار الطفل بالاعتماد على الوالدين وهذا يصاحبه حماية زائدة من الوالدين لأنه معاق وعدم التعامل مع الأشياء من حوله، وعندما ينتقل من بيئة الأسرة إلى مجتمع الزملاء فإنه يلاحظ عليه تأخرًا في بعض النواحي الاجتماعية، من تعلم وتقليد ما هو مقبول اجتماعياً.

سادساً: الخصائص الانفعالية: (السيد صبحي: 1979م، ص 24-25)

مشكلة تكيف الكفيف يتدخل فيها مجموعة من العوامل فقد تأتي من جانب المبصرين، كما تأتي من جانب المكفوفين مما قد يجعل من الصعب أن يتقبل كلا منهما الآخر وأن يتفاهم معه.

قد يجد الكفيف نفسه أمام مواقف تغلب عليها سمات الشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له وقد يجد هذه المواقف في بيته وبين أسرته وقد يجد نقيض هذه المواقف خارج بيته مما يدفعه إلى الانزواء في بيته. كما أنه في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الرعاية فينتهي الصراع بين الدافعين إما تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تسيطر عليها المواقف العدوانية أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية وتنتاب الكفيف نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق يؤثر في كيان شخصيته فهو يخشى أن يرفض بسبب عجزه أو تستهجن أفعاله.

وقد يلجأ الكفيف إلى أنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع من الصراع والمخاوف

أهمها التبرير فهو عندما يخطئ يبرر أخطائه بأنه كفيف وعاجز. كما يلجأ الكفيف للكبت كوسيلة دفاعية، توفر له ما يطمح إليه من الشعور بالأمن وتجنبه الاستهجان.

وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة قد يخيل إليه أنها عدوانية أو أنها على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرضي نفسه. كما يلجأ إلى التعويض، كاستجابة لشعوره بالعجز والنقص، فيكسر وقته وجهوده لينجح في ميدان معين يتفوق في على أقرانه. وهو بلجوئه إلى هذه الحيل، يكون مدفوعاً بأنه أقل كفاءة من المبصر. وتؤكد له مناسبات كثيرة صدق هذا الشعور. لأنه في مجال الإدراك أقل كفاءة من البصر.

(لظفي بركات: 1978م، ص 285)

8- الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً: (لظفي بركات: 1978م، ص 285-286)

لما كان الأثر الأكبر للإعاقة البصرية هو الحد من خبرات الفرد، فإن أهم دور ينبغي على البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للأشخاص المعوقين بصرياً القيام به هو مساعدتهم في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات والإدراك باستخدام الحواس غير البصرية (وخاصة السمعية واللمسية) وبالمشاركة بالخبرات النشطة واعتماداً على القدرات البصرية المتبقية، يجب تشجيع الطفل المعوق بصرياً على توظيف البصر المتبقي لديه.

ومع أن مكونات المنهاج الدراسي العادي مهمة وضرورية للأطفال المعوقين بصرياً، إلا أن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى أنشطة تعليمية وتدريبية خاصة، ويطلق على ذلك اسم (المنهاج الإضافي) وتتمثل عناصر هذا المنهاج في:

أ- الكفاية الشخصية والتكيف الشخصي والمهارات الحياتية اليومية.

ب- الحركة والتنقل.

ج- مهارات التواصل.

د- التوجيه المهني.

هـ- الأدوات والمعدات الخاصة.

و- الإثارة البصرية.

9- التخطيط العام للبرنامج: (ايهاب البيلاوي:2001م، ص177-178)

تشتمل عملية التخطيط للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية، وكذلك الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج والتي تتضمن الإعداد المبدئي للبرنامج وما يشتمل عليه من الخلفية التدريبية والبرنامج في صورته الأولية والأسلوب العلاجي والفنيات والوسائل المستخدمة في الجلسات العلاجية، ثم العرض على المحكمين والقيام بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات العلاجية، ومدة كل منها، ومكان إجراء البرنامج، وأخيراً إجراءات تقويم البرنامج.

* أهداف البرنامج:

- تنقسم الأهداف إلى قسمين:

• الأهداف العامة: والتي تتحدد في هدفين:

1- هدف علاجي:

حيث يهدف البرنامج إلى خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية (العينة العلاجية) من خلال تدريبهم على خطوات استخدام التحصين التدريجي على المستوى التخيلي.

2- هدف وقائي:

حيث يكتسب أفراد العينة العلاجية بعض الفنيات السلوكية التي تساعدهم على مواجهة مواقف القلق في المستقبل دون إثارة تلك المشاعر التي كان تضايقهم سابقاً.

• الأهداف الإجرائية:

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الواجبات المنزلية التي يكلف بها المفحوصون والتي تتعلق بالتدريب على الاسترخاء والتخيل، وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلي:

1- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الدور الذي يلعبه القلق في اضطراب حياتهم وما يعانون منه من مشكلات تورقهم وتسبب لهم التوتر والضييق.

2- أن يتدربوا على إتقان مهارات الاسترخاء العضلي لاستخدامها في كل مواقف القلق التي

تواجههم.

- 3- أن يتعرفوا على الدور الذي يلعبه الاسترخاء العضلي في خفض التوتر والقلق.
- 4- أن يتدربوا على استخدام الاسترخاء العضلي بأوضاع مختلفة (أثناء الاستلقاء على السير، أو الأريكة أو من وضع الوقوف).
- 5- أن يتدربوا على التخيل كأحد الخطوات الأساسية نحو العلاج.

* الإعداد المبدئي للبرنامج:

1- الخلفية التدريبية:

لقد تم الاعتماد على عدد من الإجراءات لكي يتأكد المؤلف من قدرته على القيام بتطبيق البرنامج، ومن بين هذه الإجراءات:

1- التدريب على العلاج السلوكي لدى الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي (معهد مصر للعلاقات الإنسانية).

2- إعداد شريط للاسترخاء، وقد تم تحكيم عدد من أعضاء هيئة التدريس على مدى كفاءته في تدريب العينة العلاجية على فنية الاسترخاء العضلي.

3- تم الإطلاع على عدد كبير من الدراسات التي استخدمت التحصين التدريجي كأحد فنيات العلاج السلوكي، وذلك للتعرف على الخطوات التي يمر بها العلاج وفحص كل خطوة بتأن.

4- كما تم الإطلاع على عدد كبير من كتابات جوزيف فوليه J. Wolpe الأولى والتي أعدها لشرح هذه الفنية بالتفصيل.

خلاصة:

تعتبر قضية الإعاقة واحدة من القضايا الاجتماعية ذات الأبعاد التربوية والاقتصادية التي أصبحت محط اهتمام المجتمعات المختلفة وعنايتها. فالإعاقة لا تشكل عبئا على المعوق وأسرتة فقط بل إن آثارها تمتد لتطال قطاعا كبيرا من المجتمع . كما أخذت العديد من المجتمعات بإصدار القوانين والتشريعات التي تحدد مسؤولية المجتمع اتجاه الأفراد المعوقين وتنظم استجابات المجتمعات لاحتياجات الأفراد المعوقين سواء في مجال الوقاية أو الرعاية . كما بلغ اهتمام بعض المجتمعات بقضية الإعاقة درجات متقدمة جدا فعلى سبيل المثال اشتملت الحكومة البريطانية في أوائل السبعينات على وزارة خاصة للمعوقين بهدف رسم ومتابعة السياسات الوطنية في مجال الوقاية من الإعاقة وتأهيل المعوقين ورعايتهم.

كما أن الاهتمام بالإعاقة لا بد أن يتصف بالشمولية أي الاهتمام بالإعاقة من جميع الجوانب وعدم الاهتمام بجوانب معينة وإغفال جوانب أخرى . كما يجب الاهتمام أيضا ببرامج الوقاية من الإعاقة لأنها تمثل إجراء مبكرا يقلل إلى حد كبير من وقوع الإعاقة كما أنه يختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل.