الإعاقة البصرية (الأسباب والآثار وطرائق معالجتها)

أحمد عبدربه محمد صالح
قسم/ علم الاجتماع
كلية التربية - عدن/ جامعة عدن

الملخص

تهدف الدراسة إلى معرفة أسباب الإعاقة البصرية وعواملها، وإبراز آثارها في الفرد والأسرة، موضحًا دور الأسرة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية نحو المعاقين بصريًا، ووصولًا إلى بيان الحلول التي من شأنها الحد من آثار الإعاقة البصرية، معتمدًا في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لوصف أسباب وأثار الإعاقة البصرية، وبعد الإلمام بموضوع البحث من جوانبه المختلفة، توصل الباحث إلى أهم النتائج الآتية:

1. تمثل الإعاقة مشكلة وعقبة اجتماعية وتربوية وإنسانية تعاني منها الدول والمجتمعات عامة، واليمن على وجه الخصوص؛ كون المعاق يحتاج إلى رعاية نفسية وطبية واجتماعية وتربوية، مما يتطلب تضافر الجهود لتقديم أساليب الرعاية الممكنة لهم.
2. تعدد الإعاقة البصرية واختلافها وأسبابها وعواملها درجتها وأشكالها وزمن حدوثها من فرد لآخر، منها ما هو قبل الولادة في أثناها وأخرى بعد الولادة.
3. تتعدد الآثار والمشكلات عن الإعاقة البصرية ما بين نفسية واجتماعية وأسرية، نوجزها في الآتي:

- تؤثر الإعاقة البصرية في نمو العمليات العقلية كالتصور والتخيل، إضافة إلى قدرة المعاق على الاستثارة والتفاعل الوجداني الأمر الذي يجعله قلقًا ومتوترًا نفسيًا.
- تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي في الفرد من حيث الصعوبة في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك لعجزهم ومحدودية قدرتهم على الحركة، وعدم ملاحظة سلوك الأخرين، الأمر الذي ينتج عنه الانعزالية والانطواء مع الحقد والكراهية للمجتمع.
- تؤثر الإعاقة البصرية في الأسرة غير المستعدة لتقبلها كحقيقة واقعية في خلق المشكلات بين الزوجين، كما تعد مصدر إزعاج في حياة الأسرة، إذ يؤثر عليها كصدمة تخلف وراءها مشاعر وأحاسيس سلبية.

4. ضعف دور غالبية الأسر تجاه أبنائها المعاقين بصريًا نتيجة ضعف الأرضية المعرفية بطرائق التعامل معهم وأساليبها، علاوة عن ذلك ما تعانيه تلك الأسر من فقر وتدهور معيشي واقتصادي حاد في ظل الحرب المستمرة في البلاد.
5. غياب دور مؤسسات الرعاية الصحية والاجتماعية تجاه المعاقين عامة، والمعاقين بصريًا خاصة.

الكلمات المفتاحية: (الإعاقة البصرية، الأسباب والاثار، طرائق المعالجة).

Abstrad

The aim of the research is to know the causes and factors of visual impairment, and to highlight its effects on the individual and the family, explaining the role of the family and social care institutions towards the visually impaired, and arriving at clarifying solutions that would reduce the effects of visual impairment, relying on the descriptive analytical approach, to describe the causes and effects Visual disability, and after familiarity with the subject of the research from its various aspects, the researcher reached the following most important results:

1. Disability represents a social, educational and humanitarian problem and obstacle that countries and societies suffer from in general, and Yemen in particular, because the disabled needs psychological,

medical, social and educational care, which requires concerted efforts to provide them with possible care methods.
2. The multiplicity and difference of causes and factors of visual impairment, its degree, forms and time of occurrence from one individual to another, including before or during birth and others after birth.
3. There are many effects and problems of visual impairment, including psychological, social and family, and we summarize them as follows:
Visual disability affects the development of mental processes such as visualization and imagination, in addition to the disabled's ability to arouse and emotional interaction, which makes him anxious and tense psychologically.
-Visual disability affects the social behavior of the individual in terms of difficulty in the process of social interaction, and in acquiring social skills to achieve independence and a sense of self-sufficiency, due to their inability and limited ability to move, and not noticing the behavior of others, which results in isolation and introversion with hatred and hatred for society.
-Visual impairment affects the family that is not ready to accept it as a reality in creating problems between the spouses, and it is also a source of inconvenience in the life of the family as it affects it as a shock that leaves behind negative feelings and feelings.
4. The weak role of the majority of families towards their visually-impaired children as a result of the weak knowledge base in ways and methods of dealing with them, in addition to the poverty and severe economic and living deterioration that these families suffer in light of the ongoing war in the country.
5) The absence of the role of health and social care institutions towards the disabled in general, and the visually impaired in particular.
Key words: (Visual impairment, causes and effects, treatment methods).

مقدمة:

يعد البحث في مجال الإعاقة البصرية من المجالات المهمة في التربية الخاصة، وتزداد تلك الأهمية عندما يتعلق الحديث عن فئة احتياجات خاصة وما يجب أن يتمتعوا به من توافق نفسي واجتماعي وانفعالي لأجل العيش والاندماج داخل المجتمع. على الرغم من أن ميدان الإعاقة البصرية قد حظي باهتمام مبكر سبق جميع الإعاقات الأخرى، ونالت فئة المعاقين بصريًا اهتمامًا ورعاية كبيرين من جانب الاختصاصيين التربويين والنفسيين والاجتماعيين لم يحظَ بها أي من ميادين الإعاقة الأخرى؛ إذ تُعد أي العين هي النافذة البصرية إلى العالم الخارجي، وذلك بنقلها لمعظم جوانب البيئة الاجتماعية والمادية المحيطة بالإنسان، وما تحويه من تفاعلات وعلاقات إلى العقل ليترجمها في ضوء الخبرات والمعلومات السابقة إلى موضوعات ذات معنى. وتقدر منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2014م عدد المعاقين بصريًا بنحو (285) مليون شخص، منهم (39) مليون مصابون بالكف الكلي، و(246) مليون من ضعاف البصر، حيث يعيش (90٪) منهم في المناطق المنخفضة الدخل. ويعانى (19) مليون طفل من الإعاقة البصرية، (12) مليون منهم بسبب الأخطاء الانكسارية، وهي حالة يمكن تشخيصها وتصحيحها بسهولة (عبدالصبور، 2013: 23). وتؤدي الإعاقة البصرية إلى تأثيرات سلبية فى مفهوم الفرد عن ذاته وفي صحته النفسية، نتيجة الشعور بالعجز والإحباط، إضافة لمشاعر الدونية والقلق والصراع ومفهوم الذات المنخفض وانعدام الثقة في القدرات الذاتية والاعتماد على الأخرين فى حل المشكلات وضعف المهارة والتفاعل والتوافق الاجتماع، واستخدام الإشارات الاجتماعية الخاصة بالتواصل غير اللفظي. فيتأثر الفرد بهذه الإعاقة البصرية وتنعكس على جوانب حياته المختلفة، لكن تختلف درجة التأثير بحسب عدة عوامل عديدة خاصة منها: ما يتعلق بالتقبل الأسري، كون المعاق بصريًا بحاجة إلى رعاية نفسية واجتماعية مهمة تمكنه من التوافق في المجتمع.

أولًا: إشكالية الدراسة وتساؤلاتها

تعد الإعاقة البصرية مشكلة نفسية اجتماعية تؤثر في ذوي الإعاقة البصرية من حيث التوقف عن تفهمهم لإمكاناتهم ومفهوم ذاتهم بشكل صحيح، فالتفاعل الاجتماعي السليم يرتبط بمفهوم الذات الإيجابي، الذي يرتبط بالسلوك الاجتماعي، ويعزز نجاح التفاعلات والعلاقات الاجتماعية، ومن ثم التأثر في الكفاية الاجتماعية.

وعليه يمكن إبراز إشكالية البحث في التساؤلات الآتية:

1. ما المقصود بالإعاقة البصرية؟
2. ما الأسباب المؤدية للإعاقة البصرية؟
3. ما الآثار الناتجة عن الإعاقة البصرية؟
4. ما دور الأسرة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية اتجاه المعاقين بصريًا؟

ثانيًا: أهمية الدراسة:

ترجع أهمية البحث من حيث تركيزه على فئة المعاقين عمومًا وذوي الإعاقة البصرية خصوصًا، وهي من الفئات المهتم بها على جميع المستويات المحلية والعربية والعالمية، إضافة إلى العلاقة الارتباطية بين الإعاقة البصرية ومفهوم الذات للمعاق المحدد لطبيعة العلاقة بين الفرد ونفسه، وبينه وبين الأخرين وتقييمهم له من التفاعلات الاجتماعية، مما ينعكس على تكيفه مع نفسه والأخرين؛ لأن ضعف القدرة على التكيف الاجتماعي سيؤدي إلى آثار سلبية في التواصل والتفاعل الاجتماعي والثقة بالنفس، والعلاقة مع الأقران.

ثالثًا: أهداف الدراسة:

يسعى البحث إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف إلى الأسباب المؤدية للإعاقة البصرية؟
2. معرفة الآثار الناتجة عن الإعاقة البصرية؟
3. إبراز دور الأسرة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية تجاه المعاقين بصريًا؟

رابعًا: منهجية الدراسة

اعتمد الباحث في هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لتحليل العوامل المسببة وإظهار الآثار الاجتماعية للإعاقة البصرية؛ لإيجاد الحلول اللازمة للحد من خطورتها وانتشارها في المجتمع.

خامسًا: مصطلحات الدراسة:

1. الإعاقة:

هي: " لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة، وتبعًا لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة " (الخطيب والحديدي، 2009: 15).

كما تعّرف 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 " (أبو الكاس، 2008: 29).

2. الإعاقة البصرية:

تعرف بأنها: " حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلبًا في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفًا أو عجزًا في الوظائف البشرية" (العزة، 2002: 179).

وتعرف بأنها: " ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان" (الخطيب والحديدي، 2009: 166).

سادسًا: الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الإعاقة البصرية من جوانب مختلفة، على النحو الآتي:

1. دراسة تيسير المطري (2019م): هدفت تلك الدراسة إلى دراسة المشكلات التي يواجهها طلبة المرحلة الثانوية من ذوي الإعاقة البصرية في مدارس الدمج الحكومية في الجمهورية اليمنية، حيث شملت عينة الدراسة (250) طالبًا وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية من ذوي الإعاقة البصرية في المدارس الحكومية بطريقة العينة العشوائية، مستخدمةً المنهج الوصفي التحليلي. وخلصت الدراسة إلى وجود مشكلة بمستوى مرتفع يواجهها الطلبة من ذوي الإعاقة البصرية، حيث جاءت المشكلات الإدارية والمالية في الترتيب الأول، ثم المشكلات الأكاديمية والكوادر العاملة، وأخيرًا المشكلات الاجتماعية والانفعالي. وتوصلت الدراسة إلى إن الاحتياجات المادية الدراسية اللازمة هي من أكثر المشكلات التي يعاني منها الطلبة من ذوي الإعاقة البصرية، كما تبين إن المعلمين يتفقون بشكل أعلى من الطلبة حول وجود مشكلات مادية وإدارية. وأوصت الدراسة بضرورة تخصيص اعتماد كاف لتوفير التجهيزات والوسائل والمستلزمات الخاصة بتعليم ذوي الإعاقة البصرية، وتنفيذ البرامج التدريبية المكثفة للكوادر التعليمية لإنجاح عملية إدماج الطلبة ذوي الإعاقة البصرية.

2. دراسة الختاتنة وآخرين (2010م): هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التنشئة الوالدية ومفهوم الذات على الكفاية الاجتماعية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في محافظة الكرك. وقد شملت عينة الدراسة (478) طالبًا وطالبة من جميع طلبة المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية بطريقة العينة العشوائية، مستخدمةً المنهج الوصفي التحليلي. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) لكل من المتغيرات المستقلة، ونمط تنشئة الأم، وكانت الفروق لصالح التلاميذ ذوي نمط التنشئة الديمقراطية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) للتفاعلات الثنائية بين نمط تنشئة الأب ونمط تنشئة الأم، وبين نمط تنشئة الأم ومفهوم الذات، والتفاعل الثلاثي بين نمط تنشئة الأب، ونمط تنشئة الأم، ومفهوم الذات، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) للمتغيرات والتفاعلات الأخرى.

3. دراسة غادة عبد المجيد (2007م): هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج تدريبي في المساندة النفسية والاجتماعية على تنمية التفكير الابتكاري لدى المكفوفين وقد تكونت عينة الدراسة (مدارس المكفوفين بسوهاج)، وتكونت من 30 طالبًا كفيفًا في المرحلة الإعدادية وقد قسمت العينة إلى (15 ذكورًا، و15 إناثًا) تتراوح أعمارهم من (11-13 سنة). وقد توصلت النتائج على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الطلاب في كل من القياس القبلي والبعدي على أبعاد اختبار التفكير الابتكاري، وذلك لصالح القياس القبلي وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في القياس القبلي على أبعاد التفكير الابتكاري لصالح الذكور، في حين لم توجد فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث على بعد الأصالة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في القياس البعدي على أبعاد اختبار التفكير الابتكاري وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور قبل وبعد البرنامج على أبعاد التفكير الابتكاري لصالح التطبيق البعدي وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية قبل وبعد البرنامج على أبعاد اختبار التفكير الابتكاري لصالح التطبيق القبلي وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الإناث قبل وبعد البرنامج على إبعاد مقياس المساندة النفسية والاجتماعية وذلك لصالح التطبيق البعدي للمقياس، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الإناث قبل وبعد البرنامج على بعد مساندة الأصدقاء ولكن توجد فروق بين متوسطي درجات الذكور قبل وبعد البرنامج على أبعاد المساندة النفسية والاجتماعية لصالح التطبيق البعدي. وبهذا تحقق هدف الدراسة.

4. دراسة المطيري (2005م): هدفت الدراسة إلى التعرف إلى مستوى التكيف الاجتماعي المدرسي لدى الطلبة المكفوفين فى الكويت. وهي تختلف باختلاف العمر والجنس والتحصيل، إضافة لتصميم برنامج لتنمية مهارات التكيف الاجتماعي المدرسي، والتحقق من فاعليته. فقد تكونت عينة الدراسة المسحية من (65) طالبًا وطالبة، أما العينة التجريبية فقد تكونت من (50) طالبًا وطالبة من مدارس النور من الصفوف (الرابع - التاسع) وقد تم اختيروا بطريقة قصدية، وتم تعيين أفراد العينة عشوائيًا فى مجموعتين تجريبية وضابطة، تألفت كل واحدة من (25) طالبًا وطالبة. فقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكيف الاجتماعى

المدرسي لدى الطلاب المكفوفين؛ حيث كان متوسطًا عند (54) طالبًا وطالبة، ومرتفعًا عند (11) طالبًا وطالبة، بينما لم يحصل أحدٌ من أفراد عينة الدراسة على مستوىً منخفض، كما وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية فى مستوى التكيف الاجتماعى المدرسي لدى الطلاب المكفوفين على المقياس ككلٍ تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ولمتغير العمر للذين أعمارهم تزيد على (13) سنة، في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير التحصيل الدراسى. أما نتائج الدراسة التجريبية فدلت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكيف الاجتماعي المدرسي لدى الطلاب المكفوفين على المقياس ككل، وعلى جميع أبعاده تعزى للبرنامج لصالح المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدي والمتابعة.

المبحث الأول

الإعاقة البصرية (أسبابها وآثارها)

يعرض هذا المبحث مفهوم الإعاقة البصرية وأصنافها والأسباب المؤدية للإصابة بها والآثار الناتجة عنها على النحو الآتي:

أولاً: مفهوم الإعاقة البصرية:

1. التعريف اللغوي:

التعريف للإعاقة البصرية يستلزم منا تجزئة العبارة إلى كلمتين هما: الإعاقة والبصرية.

- الإعاقة: كلمة إعاقة مأخوذة من مادة (عوق): يقال رجل عوق لا خير فيه، تجمع على أعواق. وعاقه عن الشيء يعوقه عوقا: صرفه وحبسه، ومنه التعويق والاعتياق؛ والتعويق :تثبيط الناس عن الخير، وعوائق الدهر: الشواغل، والتعوق :التثبط والتعويق :التثبيط (منظور، 1997: 467).
- البصرية: هي صفة مأخوذة من مصدر (بصر) والبصر هو العين، وقيل حاسة الرؤية، والجمع أبصار، ورجل بصير ومبصر خلاف الضرير، والبصر يأتي بمعنى العلم، وبصرت بالشيء؛ أي علمته (ابن منظور، 1997: 212).

2. التعريف الاصطلاحي:

مصطلح الإعاقة بصفة عامة لفظُ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة، وتبعًا لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة (الخطيب والحديدي، 2009: 15).

والإعاقة هي: " معاناة 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 " (أبو الكاس، 2008: 29).

كما تعرف الإعاقة بأنها: " عيب يرجع إلى العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من قدرته على أداء دور طبيعي بالنسبة للسن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية" (ملكية، 1998: 18).

ويعرفها آخرون بأنها: " كل قصور جسمي أو نفسي أو عقلي أو خلقي يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع ويجعله قاصرًا عن الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها " (عبدالرحيم، 1997: 9).

وعلى ما سبق يعرفها الباحث على أنها قصور أو تعطل عضو أو أكثر من الأعضاء الداخلية للجسم من القيام بوظائفها؛ نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة تحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة أو أكثر من الوظائف، التي تعد العناصر الأساسية لحياته اليومية، وعلى هذا فإن معنى الإعاقة يشير إلى الآتي:

- 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.

أما الإعاقة البصرية اصطلاحًا:

فهي: "حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية، بما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه" (عبيد، 2000: 142).

3. التعريف الطبي للإعاقة البصرية:

تعرف بأنها: " تلك الحالة التي يفقد الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه الخلل، وهو إما خلل طارئ كالإصابة بالحوادث أو خلل ولادي يولد مع الشخص. ويعرف الشخص الأعمى بأنه: ذلك الشخص الذي تكون حدة أبصاره تساوي أو تقل عن 200/20 في أقوى العينين، وذلك بعد محاولات التحسين أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة (الروسان، 1999: 125).

كما تعرف بأنها:" حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلبًا في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفًا أو عجزًا في الوظائف البشرية" (العزة، 2002: 179).

4. التعريف التربوي للإعاقة البصرية:

يعرفها ميتلر METTLER " ذوي الإعاقة البصرية أولئك الفاقدين للبصر كلية، وهم أولئك الذين يكون البصر لديهم شديد القصور والضعف؛ حيث يتطلب تربية بمناهج لا تتضمن حاسة البصر وهم إما ضعاف البصر أو عميان وظيفيًا؛ أي لا يمكنهم القراءة إلا بالبرايل، وإما العميان كليًا لا يرون شيئًا (معاطية وآخرون، 2000: 17).

وحسب هيئة اليونسكو فالمعاق بصريًا هو: " الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة " (الشيباني، 1989: 14).

5. التعريف القانوني للإعاقة البصرية:

من شأن التعريف القانوني تحديد أهلية الأفراد قانونيًا لضمان حقوقهم في الخدمات التعليمية والصحية؛ حيث يفصل هذا التعريف بين قسمين أساسيين هما (عبيد، 2000: 30):

- المكفوف، هو شخص لديه حدة بصر تبلغ 20/200 أو اقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة، أو لديه حقل أبصار محدود لا يزيد عن 20 درجة؛ أي إنه الشخص الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط" (أبو كاس، 2008: 32).
- ضعيف البصر أو البصر جزئيًا: وهو شخص لديه حدة إبصار أحسن من 20/200 ولكن 20/80 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم.

6. تعريف الإعاقة البصرية من منظور منظمة الصحة العالمية:

تقسم منظمة الصحة العالمية الإعاقة البصرية على أربعة أقسام، وهي (الحديدي، 2004: 44):

- الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- الإعاقة البصرية الشديدة جدًا: حالة يجد فيها الشخص صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.
- شبه العمى: حالة الاضطراب البصري لا يعتمد فيها على البصر، بل يعتمد على معينات بصرية.

- العمى: فقدان القدرات البصرية.

ويعرفها الباحث بأنها: تلك الحالة التي يفقد فيها الفرد القدرة على الرؤية أو الضعف في حاسة البصر، بحيث تحد من قدرته على الرؤية بفعالية واقتدار يؤثر سلبًا في نموه وأدائه.

ثانيًا: أصناف الإعاقة البصرية

من التعاريف السابقة قام العلماء قسم الأشخاص المعاقين بصريًا بحسب بعض المتغيرات كشدة الإصابة والعمر عند الإصابة كذا السن المعاق بصريًا، وتتقسم كالآتي:

1. **التصنيف بحسب شدة الإعاقة البصرية:** يقسم بعض العلماء الإعاقة البصرية بحسب شدة الإعاقة على مجموعتين أساسيتين، وهما (شقير، 1999: 321):
   - **ضعف البصر**: حيث يستطيع ضعيف البصر استخدام الإبصار لأغراض التعلم، إلا أن إعاقته البصرية تتداخل مع القدرات الوظيفية اليومية.
   - **كف البصر:** ويعني أن الشخص يستخدم اللمس والسمع للتعلم ولا يوجد لديه استعمال وظيفي للإبصار.
2. **التصنيف بحسب العمر عند الإصابة:** يميز هذا التصنيف بين مجموعتين من الإعاقة البصرية على وفق متغير العمر عند الإصابة، وتتوزع على النحو الآتي (الحديدي، 2004: 173):
   - **الإعاقة البصرية الخلقية (الولادية):** وتظهر الإعاقة البصرية عند الولادة أو خلال الطفولة الأولى.
   - **الإعاقة البصرية المكتسبة:** وتظهر هنا الإعاقة البصرية بعد سن العامين.

ثالثًا: أسباب الإعاقة البصرية:

قبل الخوض في الأسباب ينبغي الإشارة إلى أن عوامل عديدة جدًا قد تقود إلى أمراض وحالات تؤثر في العين، ويعتمد مدى تأثير هذه الأمراض على الوظائف البصرية على موقع الإصابة، أسبابه، شدته وعمر الإنسان. وتختلف أسباب الإعاقة البصرية ودرجتها وأشكالها وزمن حدوث هذه الإعاقة من فرد لآخر، فعندما يولد الطفل معاقًا بصريًا أو يصاب بالإعاقة البصرية قبل سن السادسة، فانه يطلق على إعاقته، الإعاقة البصرية الولادية أو الخلقية، أما إذا أصيب الفرد بالإعاقة البصرية بعد سن السادسة، فانه يطلق على إعاقته بالإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة (عبيد، 2000: 38).

وهناك أسباب تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية منها:

1. **أسباب ما قبل الولادة:** تشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.
2. **أسباب في أثناء الولادة نفسها:** العوامل الوراثية: فكثيرًا ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وإذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (Congenital)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.
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 (الحديدي، 2004: 180).

رابعًا: أنواع الإعاقة البصرية:

تتعدد أنواع الإعاقة البصرية أهمها ما يأتي:

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 لأسباب عديدة منها: منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي، والسكري (الخطيب وصبحي، 2009: 170).

2. اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy): هو مرض يؤثر في 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 حاليًا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر (الخطيب وصبحي، 2009: 171).

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 (عبدالرحيم وبشاي، 1982: 289).

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، ومن ثم العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحيًا في العادة، أما لدى الكبار فهي غالبًا ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية؛ حيث إن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيًا إلى مركز الشبكية مؤديًا إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أيه تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيدًا والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجيًا، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسين، هما (الروسان، 1996: 117):

أ- المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma): تكون 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) أوليًا؛ أي: ليس ناتجًا عن مرض ما في العيون، أو قد يكون ثانويًّا (ناتجًا عن مرض ما في العين).

4. 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 مبكرًا أيضًا 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 جيدًا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءًا تدريجيًّا ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفًا جدًّا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 200/20 إلى 400/20 في العين إلي أجري لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بنحو 90- 95% (سيسالم، 1977: 45).

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 شيوعًا لدى الشباب، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيًّا، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي (المعايطة وآخرون، 2000: 20).

7. التليف خلف العدسي (Retrolental Fibroplasia): مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين؛ مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة، وتتأثر الأوعية الدموية وتتلفف الشبكية، وأحيانًا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision) وعمومًا، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام (الخطيب وصبحي، 2009: 172).

8. الحول (Strabismus): تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ومن المهم أن تتحرك العينان معًا 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 معًا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينًا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل، وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم، ويُعد الحول إلى الداخل (Esotropia) وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعًا 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 إن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات (القريوتي وآخرون، 194).

9. توسع الحدقة الولادي (Aniridia): هو تشوه ولادة ينتقل على هيئة جين سائد، تكون فيه الحدقة واسعة جدًا نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرة للضوء وحدة إبصار محدود وربما أيضًا رأرأة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار، ويستخدم الأفراد المصابون أحيانًا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين (المعايطة وآخرون، 2000: 25).

10. البهق (Albinism): هو اضطراب تكون في الصبغة قليلة جدًا أو معدومة، ولهذا فإن الضوء يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه، وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقر وشعره أبيض وعيناه زرقاوتين، وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء، وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحيانًا بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديًا، وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الانكسار والرأرأة وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء، وعمومًا، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 70/20 إلى 200/20 (عبدالرحيم وبشاي، 1982: 289).

11. التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa): هو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصى في الشبكية تدريجيًا، ويحدث عمى ليلى (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودًا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقيًا، وغالبًا ما يكون هذا المرض مرتبطًا بأمراض تنكسيه في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة (الخطيب وصبحي، 2009: 174).

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 ورأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء (المعايطة وآخرون، 2000: 27).

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 شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور (القريوتي وآخرون، 196).

14. رأرأة العين (Bystagmus): حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوار، وقد تكون حالة الرأرأة مؤشرًا على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية (الخطيب وصبحي، 2009: 174).

15. العين الكسولة (Amblyopia): حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدًا طبيًا، 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 سلبًا في النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين (عبدالرحيم وبشاي، 1982: 290).

16. أخطاء الإنكسار (Errors of Refraction): تتمثل أخطاء الانكسار بالنحو الآتي (الخطيب وصبحي، 2009: 175).

أ- 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 الأشياء القريبة فقد تكون عادية، وغالبًا ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8- 12سنة)، ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكرًا جدًا، ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (Blurred Central Vision)، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تمامًا، ويبدو أن هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثيًا فذلك أمر غير معروف.

ب- 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 البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل 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 لقوة العدسة (Presbyopia)، فبسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة، وقد يحتاج الإنسان العادي إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

ج- حرج البصر (Astigmatism): تُعد هذه الحالة أيضًا من حالات أخطاء الانكسار التي تؤثر في حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه عليها وبعضه الآخر خلفها، ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة.

17. التهاب القرنية (Keratitis): هو التهاب ينتج عن البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات، أو نقص فيتامين (أ)، وفي هذا الالتهاب، الذي قد يظهر في حالات الإصابة بمرض الزهري والتراخوما، يتكون على القرنية سحابة، ويشكي الشخص المصاب من ألم شديد في العين، ومن حساسية للضوء والدماغ، وغالبًا ما تتأثر كلتا العينين، ولكن الالتهاب يبدأ عادة بإحداهما، ويستطيع اختصاصي طب العيون تشخيص حالات التهاب القرنية، وتحديد أسبابه، ومن ثم معالجته بالعقاقير الطبية المناسبة، أما إذا لم يعالج الالتهاب فقد تحدث مضاعفات، ومنها الجلوكوما، وفقدان البصر (الدهمشي، 2007: 202).

18. البصر البعيد (Distance Vision): يشير هذا المصطلح إلى قدرة العين على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة، فعلى سبيل المثال، عندما يتم تقييم حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن، أو اللوحات المشابهة يطالب الشخص برؤية أشياء يبعد عنها مسافة (6) أمتار، وتوفر مقاييس حدة الإبصار التقليدية معلومات عن قدرة الإنسان على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة فقط (الدهمشي، 2007: 203).

19. الحساسية للضوء (Photosensitivity): الحساسية للضوء أو ما يعرف برهاب الضوء (Photophobia) حالة شائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري ناتج عن نقص الصبغيات (المهق)، وبعض أمراض العين الأخرى (كالتهاب الملتحمة، أو الجلوكوما الحادة، أو تقرحات القرنية)، ومن ناحية طبية، فالحساسية للضوء تعامل بوصفها مؤشرًا مرضيًا وليس كمعيار تشخيصي، ويمكن التخفيف من هذه الحساسية عادة بارتداء نظارة سوداء (القريوتي وآخرون، 194).

20. الخلع العدسي (Dislocated Lens): اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي، مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين، ومن الأسباب الرئيسة، لذلك إصابة العين بجسم غير

حاد (كقبضـــة اليد مثلاً)، وكذلك العوامل الوراثية كما في متلازمة مارفان مثلاً، وقد يكون الخلع جزئيًّا أو كليًّا، وفي الخلع الجزئي، يمكن رؤية العدسة، وقد سدّت جزءًا من الحدقة (العزة، 2002: 97).

خامسًا: سمات وخصائص المعاق بصريًا:

نظرًا للاختلافات في درجة الإعاقة البصـــرية وفي أنواعها ومســـبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطية بالمعاق بصـرياً مثل الجهات الأسـرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسـية التي تقدم للمعاق بصـريًا، فإنه من الصـعب أن نحدد خصـائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصـريًا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة؛ ذلك لأنهم ليسـوا على مجموعة متجانسـة، ويمكن حصـر هذه الخصـائص على النحو الآتي:

1. الخصائص العقلية: تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بن ذكاء المعوقين بصـريًا والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wicc-R)، كما أن العديد من المعاقين بصـريًا يكون أداؤهم في اختبارات الذكاء حسـنًا نسـبيًا، كما أشـار البعض الآخر إلى عكس ذلك تمامًا حيث أكدت بعض الدراسـات إلى أن ذكاء المعاقين بصـريًا يُعد أقل من ذكاء أقرانهم المبصـرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعًا إلى صـعوبة قياس ذكاء المعاقين بصـريًا؛ حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاســة البصــر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصــريًا من الضــروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يُراعىَ فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع، الأمر الذي يمكن أن تؤثر الإعاقة البصرية في نمو الذكاء، وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور الآتية (سيسالم، 1997: 56):

- معدل نمو الخبرات وتنوعها.
- القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.
- علاقة المعاق بصريًا ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

2. الخصائص اللغوية: المظاهر النمائية للغة تتطور لدى المكفوفين تطورًا طبيعيًا إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى. ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تطهر لدى الأطفال المبصــرين، وذلك بســبب الافتقار إلى المداخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها (كمال، 1996، 205).

وقد أثبتت العديد من الدراســات أن الطفل الكفيف يعاني من مشــكلة التواصــل اللفظي والتعبيرات بمفهومها الشــامل؛ إذ يتمكن من إعطاء تعريف لغوي صــحيح للكلمة، ولكنه لم يتمكن من تعين الشــيء الذي ترمز له تلك الكلمة (شقير، 1999: 264). كما أن الإعاقة البصـرية لا تؤثر تأثيرًا مباشـرًا في اكتسـاب اللغة لدى الفرد المعاق بصـريًا، فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي (كمال، 1996: 245).

3. الخصـائص الحركية: يواجه المكفوفون مشـكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسـبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر جسـمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شــد الشــعر أو غيرها من الســلوكيات 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 ســرعته بطيئًا (كوافحة وعبدالعزيز، 2003: 90).

4. الخصائص التعليمية: من أهم الخصائص الدراسية للمعاقين بصريًا التي أوردتها واتفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال (سيسالم، 1997: 58-59):

- بطء معدل سرعة القراءة، سواء بالنسبة لبرايل أو الكتابة العادية.
- أخطاء في القراءة الجهرية.
- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

5. الخصـائص الاجتماعية: تؤثر الإعاقة تأثيرًا واضـحًا في السـلوك للمعوقين؛ حيث توجد لديهم صـعوبات كبيرة

في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين، وذلك نظرًا 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، ونمت لديهم درجة أكبر من الثقة بالذات وبالآخرين (الزعبي، 2003: 178). وبسبب فقدان الطفل للبصر يصبح كفيفًا 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 في علاقة الكفيف بوالديه، وهذا يولد لديه شعور بعدم الأمن مما يعوق محاولاته اكتشاف البيئة، وهذا يؤثر في 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 يُلاحظ عليه تأخرٌ في بعض النواحي الاجتماعية، من تعلم وتقليد ما هو مقبول اجتماعيًا (الداهري، 2005: 260).

6. الخصائص الانفعالية: مشكلة تكيف الكفيف تتدخل 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 (صبحي، 1979: 24-25). وقد 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 أخطاءه بأنه كفيف وعاجز. كما يلجأ الكفيف للكبت كوسيلة دفاعية، توفر له ما يطمح إليه من الشعور بالأمن وتجنبه الاستهجان (بركات، 1978: 285-286). وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروب 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، فيكرس وقته وجهوده لينجح في ميدان معين يتفوق في على أقرانه، وهو بلجوئه إلى هذه الحيل، يكون مدفوعًا بأنه أقل كفاءة من المبصر، وتؤكد له مناسبات كثيرة صدق هذا الشعور؛لأنه في مجال الإدراك أقل كفاءة من البصر (صبحي، 1979: 30).

سادسًا: آثار الإعاقة البصرية:

قد تتعدد الآثار والمشكلات عن الإعاقة البصرية ما بين نفسية واجتماعية وأسرية نستعرضها بالنحو الآتي:

1. الآثار النفسية: تؤثر الإعاقة البصريةفي نمو العمليات العقلية كالتصور والتخيل خاصة لهؤلاء الذين أصيبوا بفقد البصر منذ الطفولة المبكرة أو ولدوا مكفوفين، كما تؤثر في قدرة الشخص على الاستثارة والتفاعل الوجداني، وهي تلك العمليات التي تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة وفقدان الكفيف لهاتين الوظيفتين يعطل جانبًا مهمًا من جوانب الشخصية المتكاملة، فيعتمد الكفيف على تصوره الذاتي لهذه المدركات عوضًا عن رؤيتها مما يجعل منه أسير تصورات خاصة قد يشوبها الغموض والرهبة. في حين أن عدم استطاعة الكفيف الحركة في حرية، يطبع حياته بدرجات متفاوتة من الاتجاهات الطفلية والنزعة الاتكاليةK وهو دائمًا يسعى لمن يعاونه في المشي والحركة، علاوة إلى أن الكفيف غير مدرك تماماً لبيئته المحيطية وامكانيات هذه البيئة ومن ثم فتكيفه مع هذه البيئة محصور في إطار ضيق تحدده مدى معرفته بها (محمد، 2004: 20). إن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد المعاق قلقًا نفسيًا، الأمر الذي لا يمكن الفصل عادةً بين نواحي القصور الجسمي والنفسي.

2. الآثار الاجتماعية: بتأثر التوافق الاجتماعي للمعاقين بصريًا بالاتجاهات الاجتماعية نحوهم وبدرجة تكيفهم مع إعاقتهم، فالمعاقون بصريًا قد يكونون متكيفين أو غير متكيفين اجتماعياً، وهذا يعتمد على كيفية معاملتهم من قبل الأخرين، وتؤثر الإعاقة البصرية فى السلوك الاجتماعي للفرد من حيث الصعوبة فى عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك لعجزهم ومحدودية قدرتهم على الحركة، وعدم ملاحظة سلوك الأخرين ونشاطاتهم اليومية، وتعبيرات وجوههم (سيسالم، 1997: 37). ويرى

الباحث أن المكفوفين يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة وإن تلك المشكلات قد تنطوي على مضامين طويلة الأمد بالنسبة للنمو الانفعالي والاجتماعي في المراحل العمرية اللاحقة.
في حين أن المكفوفين أقل عدوانية من المبصرين وأن لديهم نزعة نحو السلبية أكثر من اقرأنهم المبصرين؛ ويعزو البعض ذلك إلى كون الفرص المتاحة للمكفوف للتعبير عن العدوان محدود بسبب الافتقار للبصر الأمر الذي يؤدي إلى أن يعبر المكفوف عن غضب عام وغير موجه، على أن ذلك لا يعني أن المكفوف أقل غضبًا من المبصر أو أقل حاجة منهم للتعبير عن ذلك الغضب. وحتى ينمو الطفل الكفيف اجتماعيًا بجب العمل على تنمية مهاراته الاجتماعية من خلال والديه وأخوته وأقاربه وأصدقائه، وتزويده بالخبرات المتنوعة وتنمية أوجه التعاون لديه مع أقرانه، وإظهار مشاعر التقبل والحب والأمن بصفة مستمرة نحوه، كما أن ثبات أساليب المعاملة بينه وبين والديه تساعده على التكيف فى مجتمعه، وتشجيع اللعب الجماعي مع أقرانه، وتدريبه على تقبل الرفض لبعض مايريده، وتعليمه قواعد التعامل الاجتماعي مع الآخرين وتزويده بالقيم الأخلاقية بالقصص، وتدريبه على الاعتماد على نفسه، والقيام بالزيارات المنزلية والتنزه والاتصال بالأصدقاء والجيران ، ولمساعدته كذلك على التوافق النفسي والاجتماعي يجب على الآباء تجنب الحماية الزائدة وتدريبهم على القيام بمهام الحياة المختلفة، وإتاحة فرص التفاعل، وبث الشعور بالأمن النفسي والثقة بالنفس والاستكشاف (محمد، 2004: 32).

3. الآثار الأسرية: إن اتجاهات الأسرة نحو أطفالهم المعاقين بصريًا تؤدي الدور الكبير في تقبله للعمى أو رفضه له، ومن ثم في تكيفه النفسي والاجتماعي، فهناك تصرفات مختلفة من الآباء نحو الطفل المعاق بصريًا منها: القبول، والرفض، والتدليل والحماية المبالغة، وإنكار وجود الإعاقة أو العمى بصفة عامة، كما أن الطفل المعاق بصريًا يحتاج إلى رعاية أكثر ويحتاج إلى إشباع دوافع هامة وعاجلة، ولكن الأب قد يقابل ذلك بالحرمان وعدم التقبل. وبعض الآباء قد يستجيب بمشاعر القلق وعدم القدرة على التصرف في مواجهة مشكلة الابن المعاق بصرياً، فالمشاكل تبدأ في الظهور عندما يكون الوالدان غير مستعدين لتقبل الإعاقة البصرية كحقيقة واقعية التي ربما تكون مصدر إزعاج في حياة الأسرة إذ يؤثر فيها كصدمة تخلف وراءها مشاعر وأحاسيس سلبية، كما قد يقبل الأشقاء أو يرفضون الشخص المعاق بصريًا اعتمادًا على اتجاهات آبائهم، وقد يرفضون بالتأكيد الانغماس المتزايد لآبائهم مع الطفل المعاق بصريًا، فالأشقاء الذين يعلمون بأن لديهم أخًا معاقًا بصريًا، عادة ما يكونون مثقلين بعدة أنواع من الهموم ومن الطبيعي أن نتائج هذا السلوك من جانب الأسرة له انعكاساته على التكوين العقلي والنفسي والاجتماعي لشخصية الطفل المعاق بصريًا، ولأمد طويل، من أهم النتائج المترتبة على ذلك:

- فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة
- ممارسة أنماط من السلوك غير الاجتماعي.
- الميل إلى الانعزالية والعدوانية.
- سوء الخلق والحقد والكراهية والشعور بالقلق.
- النقص في الخبرة، مما يؤدي إلى إعاقة النمو الطبيعي والاجتماعي والنفسي.

ويرى الباحث أن الإعاقة البصرية تتسبب في حرمان المعاق من رؤية النماذج السلوكية وتقليدها ومشاهدة المثيرات البصرية اللازمة لاكتساب المهارات الجسمية وتطوير الحركات الدقيقة لليدين، وقد يؤثر في إتقان مهارة المشي نتيجة انخفاض القدرة على الحركة والتنقل، وانخفاض دافعيتهم للوصول إلى الأشياء المرغوبة في البيئة، لذلك يتصف النمو الجسدي للأطفال المعاقين بالبطء وتأخر اكتساب المهارات الحركية، وقد يواجهون صعوبة في تكوين المفاهيم المتعلقة بأحجام وأشكال والوان الأشياء، والمفاهيم المتعلقة بالوقت والمسافة والعلاقة بين الأشياء ومعرفة الكل وأجزائه. وتشير الدراسات إلى أن نقص المعلومات عن البيئة ومكوناتها يؤدي إلى انخفاض القدرة على التخيل وإلى التأخر في تعلم المفاهيم، ولذلك يظهر لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بطء في مستوى النمو اللغوي، وقصور في الربط بين الكلمات ومعانيها، وكما يتأثر النمو الجسمي والحركي واللغوي والمعرفي بالإعاقة البصرية ويتأثر مستوى النمو العاطفي والاجتماعي أيضًا، فالبصر يؤدي دورًا مهمًا في بناء وتطوير العلاقات الاجتماعية، وفقدان البصر يؤدي إلى صعوبات كبيرة إلى التعرف إلى الأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل ارتباطًا عاطفيًا وثيقًا وصعوبة في التعرف على الغرباء، لذلك يحتاج الطفل ذو الإعاقة إلى مساعدة أكبر من الوالدين لتلبية كثير من احتياجاته، والقصور في تلك المساعدة قد يولد لديه شعور بعدم اهتمام الوالدين به، وعدم الشعور بالأمن،

وعدم القدرة على التحكم ببيئته، والشعور بالإحباط، ويظهر لديه انخفاض في مستوى الطموح، وقد يدفعه ذلك إلى الاهتمام بنفسه أكثر من اهتمامه بالمحيط الخارجي، وهذا قد يؤثر في علاقاته بالوالدين والآخرين وفي مستوى نموه الاجتماعي.

المبحث الثاني

الإعاقة البصرية في اليمن ودور الأسرة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية تجاهها

ستعرض في هذا المبحث الحديث عن الإعاقة في اليمن بصورة عامة، والإعاقة البصرية بصورة خاصة ودور الأسرة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، وذلك على النحو الآتي:

أولًا: الإعاقة في اليمن:

تُصنف اليمن ضمن البلدان الأقل نموًا التي تتسم بوفرة العوامل الاجتماعية والثقافية والبيولوجية والصحية المسببة للإعاقة، وارتفاع معدلات الإعاقة بين السكان وخصوصًا الأطفال والأمهات؛ لذا فإن المجتمع اليمني يعاني من ارتفاع معدلات الإعاقة، ومن وجود تصاعد مستمر في أعداد المعاقين، ومن محدودية عدد المعاقين المستفيدين من البرامج والخدمات التأهيلية المنظمة المتاحة في المراكز والمؤسسات بمختلف مجالاتها، ومن ضخامة حجم المعاقين المحرومين من هذه البرامج والخدمات (وفقًا للتقديرات الدولية). كما يعد اليمن أحد الأطراف في (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)، ولديه قوانين تهدف إلى حماية الأشخاص ذوي الإعاقة في اليمن، والبالغ عددهم ما لا يقل عن أربعة ملايين ونصف المليون نسمة. أي نحو (15%) من عدد السكان، على وفق تقديرات (منظمة الصحة العالمية)، ونظرًا لندرة الإحصائيات الموثوقة بها في هذا الجانب، يعتقد بعض الخبراء أن عدد المعاقين أكثر من ذلك، بالنظر إلى تأثير النزاع والحرب الجاريين. فقد سجلت اليمن في المدة من (1962 وحتى 2014) نحو (2500000 - 3800000) من ذوي الاحتياجات الخاصة، بسبب الثارات والصراعات والحروب، التي قاربت نحو 14 نزاعًا مسلحًا، أبرزها: حرب التدخل المصري في اليمن، وما خلّفه من مآسي وألغام لا يزال اليمنيون يكتوون بنارها إلى اليوم، ناهيك عن مخلفات الحرب الأهلية بين الجمهوريين والملكيين، والحرب بين الشمال والجنوب، وحرب صالح والإصلاح العبثية في جنوب اليمن 1994، الحروب الستة في محافظة صعدة من 2004 وحتى 2007...إلخ. وفي تقديرات منظمة العفو الدولية لعام 2020م بلغت الإحصائيات نحو 4500000 معاق، واستندت في ذلك على تقديرات عالمية، بسبب أنه لا توجد بيانات يُعتد بها. في حين تتحدث إحصائيات صندوق رعاية المعاقين في اليمن عن 2000000 مُعاق، لم تعد تصلهم أي خدمات صحية أو اجتماعية منذ أواخر 2014م، وفي إحصائية لمؤسسة (بوميد) الأكاديمية للأبحاث، نُشرت بتاريخ 25 سبتمبر 2020، أكدت فيها وجود 4 ملايين مُعاق يمني، يحتاجون للوصول إلى خدمات إعادة التأهيل واستخدامها، خصوصًا أن 90% من إجمالي عدد الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون تحت خط الفقر بحسب إحصائيات الاتحاد الوطني لجمعية رعاية المُعاقين لعام 2019م. ونظرًا لصعوبة الحصول على إحصائيات دقيقة ومفصلة بشأن الإعاقة البصرية بصفة خاصة، اضطر الباحث إلى توضيح مشكلة الإعاقة في اليمن بصفة عامة التي تعد الإعاقة البصرية جزءًا لا يتجزأ منها.

ثانيًا: دور الأسرة تجاه المعاق بصريًا:

تعد الأسرة جزءًا لا يتجزأ من برامج العلاج والإرشاد والتأهيل النفسي للمعاق عمومًا والبصري خصوصًا؛ لأنه لا يمكن لأية خطة وقائية أو علاجية أن تحقق أهدافها إلا إذا وضعنا في حساباتنا العوامل التي ترتبط بالأسرة وعلاقاتها الاجتماعية واتجاهاتها نحو الابن المعاق ودرجة تقبلهم لوجود معاق داخل الأسرة، وأثر وجود هذا المعاق في حياة الأفراد داخل الأسرة وتأثيره في دورة حياة الأسرة وعلاقتها الاجتماعية بوجه عام. ويمكن تقسيم دور الأسرة في المرحلة المبكرة في حياة المعاق على خمسة محاور تتمثل في الآتي:

1. اتجاهات الأسرة نحو الابن المعاق وأساليب معاملته: هذه الاتجاهات التي تأخذ أحد الأشكال الاسمية (الإنكار، والإخفاء والتبرير، والتقبل)؛ حيث إن الإنكار والتبرير هما اللذان يحتلان المرتبة الأولى في بداية علاقة الأسرة بابنها المعاق.. ثم يأتي التقبل والاعتراف بالحالة في مرحلة لاحقة يختلف مداها الزمني من أسرة لأخرى... ومن

هنا كان إنكار الحالة ومحاولة إخفائها وتبريرها أمرًا مشتركًا لدى غالبية الأسر لا يختص بأسرة بعينها، ولا يجب أن يستدعي مشاعر اللوم فالمشكلة ليست في تأخر الأسرة بالاعتراف بحقيقة إعاقة ابنها بقدر أهمية اعترافها بهذه الحقيقة في الوقت المناسب (شقير، 1999: 241). ويرى الباحث أنه متى قبلت الأسرة بوجود درجة إعاقة بصرية لدى ابنها تكون قد كسبت نصف المعركة من أجل سعادته وتنمية قدراته ومهاراته، على أننا يجب أن نأخذ في اعتبارنا أن سعادة ابننا المعاق لن تكون من النوع الذي قد يسعدنا نحن كآباء أو كما نود أن نرسمها له؛ لأننا إذا نظرنا إلى مشكلته من معايير نحن، فإننا سننجح فقط في جعله بائسًا، تعيسًا، غير قادر على الاستفادة من تلك القدرة التي منحها الله له.

2. تعامل الأسرة مع إخوة المعاق: لا يقل دور إخوة وأخوات المعاق بصريًا بحال من الأحوال عن دور الوالدين، بل يعد دورهم أساسيًا وحيويًا ومكملاً لدور الوالدين وتبرز أهميته من كون الأخوة يميلون بصفة عامة إلى اتباع اتجاهات الوالدين نحو الطفل المعاق.. كما يمكن لهم إذا أحسن توظيفهم أن يكونوا خير معلم وموجه ومرشد وصديق لأخيهم المعاق (مرسي، 1975: 37). فالأمر ليس مجرد وجود حالة معاق بصري في الأسرة بقدر مدى المسئولية التي تلقى على أفراد الأسرة... وخاصة الإخوة والإناث منهم خصوصًا نتيجة وجود هذه الحالة.

3. تفاعل الأسرة مع أفراد المجتمع المحيط عامة وأسر المعاقين الآخرين خاصة: تشمل أهمية أفراد المجتمع المحيط وأسر الأطفال المعاقين الآخرين في كونهم المجتمع الذي يتفاعل معه المعاق بصريًا الذي يعد بحق الأسرة الممتدة لهذا المعاق بما تمثله الأسرة من توجيه ورعاية وعطف، وهم من يعد المعاق لكي يستطيع التعامل معهم في حالة فقد الوالدين والإخوة (الشيباني، 1989: 67).

4. تعاون الأسرة مع الفنيين المعنيين بحالة الابن المعاق: يمثل التعاون بين أولياء الأمور والفنيين المعنيين بالابن المعاق من (طبيب، وإخصائي نفسي واجتماعي، وتربوي ... إلخ) أحد المقومات الأساسية لنجاح أي برنامج يهدف إلى الأخذ بيد الطفل المعاق، فالأسرة بمفردها عاجزة عن تقديم كافة الخدمات التي يحتاجها الابن كما أن فريق العمل الفني يذهب جهده أدراج الريح إذا لم يجد الدعم والمساندة والمتابعة مع الأسرة ومن هنا كانت أهمية تعاون الأسرة مع فريق الفنيين المتعاملين مع الابن المعاق (عبدالهادي، 2000: 51).

ثالثًا: الإجراءات الوقائية والعلاجية الواجب اتباعها من الأسرة تجاه المعاق بصريًا:

يجب على الأسرة القيام بعدد من الإجراءات كأساليب معاملة يستطيع بها المعاق سوءًا كانت إعاقته بصرية أو غيرها الاستمتاع بالرضا الذاتي منها (العمري، 2004: 21):

- التشجيع المستمر لما يقوم به من أعمال وإن كانت يسيرة وجعلها إنجازًا يستحق الفخر.
- صناعة أهداف له يمكنه تحقيقها والوصول إليها.
- الحرص على تكرار المعلومة له والخبرة التي نرغب في تعليمه إياها بأكثر من مرة وبأكثر من أسلوب وطريقة وباستخدام أكثر من وسيلة وبلا ملل أو ضجر، لأجل تنبه أكثر من حاسة لديه.
- إتاحة الفرصة له للمحاولة لأكثر من مرة مهما تكرر فشله فمن الأفضل أن يحاول حتى ولو فشل من ألا يحاول على الإطلاق.
- الحرص على تعليمه وتدريبه وتنمية قدراته لمساعدته على تعويض إعاقته وتلبية احتياجاته.
- كما يجب على الأسرة أن:
  - تعين إخوة المعاق على فهم حالته والفروق الفردية بين البشر، وذلك على قدر استيعابهم.
  - تبصرهم بالأساليب السوية بمساعدة أخيهم المعاق.
  - عدم المبالغة والإسراف في حماية ومساعدة المعاق على حساب إخوته.
  - تشجيعهم على عدم الخجل من أخيهم المعاق؛ حيث لا يوجد ما نخجل منه فأي فرد في أية أسرة معرض أن يكون مكانه إذا شاء الخالق -عز وجل-.
  - تحرص على أن لا ينعكس وجود الأخ المعاق سلبًا على حق إخوته في الاستمتاع بحياتهم وطفولتهم.
  - الحرص على التحدث بصراحة عن مشاعرهم الأبوية نحو ابنهم المعاق وإمكاناته وإعاقته ما

يمكنه عمله وما لا يمكنه أداءه كي يقف المتعاملون معه على قدراته الحقيقية.
- معاملة ابنهم المعاق كما يحبون أن يعامله أفراد المجتمع، حيث إن طريقة وأسلوب معاملة الأسرة له هي التي تحدد أسلوب تعامل الآخرين معه.
- تشجيع الابن المعاق على عرض مواهبه وقدراته (الموسيقية، والفنية، والرياضية، واليدوية... إلخ) على الآخرين مما يسهم في تنمية ثقته بنفسه ويعدل من اتجاهات الآخرين نحوه.

ويرى الباحث أن الأسرة تعد الداعم الرئيس والأهم لتخفيف آثار الإعاقة بمختلف أنواعها في المعاق بصريًا بالحرص على الآتي:

- التحدث عن ابنهم المعاق ومشاعرهم نحوه بكل صراحة وصدق، وعن إمكاناته الحقيقية ودرجة إعاقته وجوانب قوته وقصوره، مما يساعد المعنيين على التقييم الواقعي للحالة وتحديد خطوات الخطة العلاجية المناسبة.
- المشاركة بقدر المستطاع في الخطة العلاجية، وتحديد الأهداف القريبة والبعيدة ومتابعة سير الخطة العلاجية أولاً بأول.
- تقبل تعليمات وتوجيهات الفنيين كل في تخصصه وتوفير الظروف والخدمات اللازمة والميسرة لتنفيذ الخطة العلاجية.
- الاستفسار عن كل ما يعن لهم بلا خجل.
- العناية الطبية بالابن المعاق ومتابعته بدقة فقد يعاني من مشكلات صعبة لا تساعده قدراته على التعبير عنها ويكون لها مردود على تقديم البرامج العلاجية كضعف الإبصار أو السمع وعمى الألوان...
- العمل على تكوين معرفة وأرضية ثقافية على طبيعة المشكلة ودرجة الإعاقة وخصائصها واحتياجاتها والتوقع المستقبلي المحتمل لها، لما ينتج عنه من تفاعل إيجابي بين الأسرة والفنيين المعنيين بالمعاق فتجعل علاقاتهم قائمة على الفهم والوعي المتبادل، وكذلك ما تطرحه هذه المعرفة من تساؤلات واستفسارات تحتاج الأسرة إلى من يجيبها عليها أو إلى مزيد من الاطلاع والمعرفة مما ينعكس بتفاعل واع وبناء بين الأسرة وابنها المعاق.

ويمكن للأسرة أن تحقق الاستفادة المرجوة من مصادر المعرفة بالآتي:

- الحرص على الالتقاء الدوري بالفنيين ذوي الكفاءة في الميادين ذات الصلة بإعاقة الأبناء.
- الاطلاع على المراجع العلمية المنشورة والمتعلقة بحالة الابن.
- المشاركة في الندوات والمؤتمرات والدورات المتخصصة.
- الإلمام بمراكز خدمة المعاقين بصريًا بالمجتمع المحلي والوقوف على ما تقدمه من خدمات.

رابعًا: دور مؤسسات الرعاية الصحية والاجتماعية في اليمن تجاه المعاقين بصريًا:

لقد تأثر قطاع الرعاية الصحية العامة والضمان الاجتماعي تأثرًا شديدًا بالحرب في اليمن وبالانهيار الاقتصادي، مما أدى توقف صرف مستحقات الضمان الاجتماعي لسنوات عديدة الأمر الذي اضطُر عليه بعض الأشخاص من ذوي الإعاقة إلى التسوُّل، ناهيك عن توقف جميع الخدمات المقدمة للمعاقين عبر صندوق المعاقين، الأمر الذي يوكد على انعدام الدور الحقيقي والفعال لتلك المؤسسات تجاه المعاقين بجميع إعاقتهم البصرية والسمعية والعقلية والحركية...الخ، حيث تشير الإحصائيات على إغلاق من 185- 350 مركزًا ومنظمة وجمعية ومعهدًا متخصصًا في رعاية وتدريب وتأهيل المُعاقين، من أصل 450 جمعية ومركزًا، منها 30 مؤسسة واتحاد وجمعية ومعهد بالمحافظات الجنوبية والشرقية من الجمهورية اليمنية (تقرير الأمم المتحدة: 2020: 13). ناهيك أيضًا عن توقف خدمات صندوق المعاقين لعدد 120 ألف مُعاق ومُعاقة، مسجلين رسميًا في سجلات صندوق رعاية المعاقين حتى عام 2015، إضافة إلى توقف وانقطاع 250 ألف معاق ومعاقة عن التعليم كانوا يتلقون تعليمهم بمدارس التعليم العام والجامعات اليمنية، بسبب ظروف الحرب المستمر حتى الآن. كما تسبب الارتفاع المخيف في نِسب الفقر والاحتياج للسلع الأساسية كالغذاء ومياه الشرب والدواء، في توقف الكثير من الأسر عن تعليم أبنائها المصابين بإعاقات مختلفة، بحسب منظمة (هيومن رايتس ووتش)، ويزداد الوضع سوءًا نتيجة غياب

الخدمات الصحية التي يحتاج إليها كثيرون بصورة مستمرة. وقد ذكرت مؤسسة (بوميد) الأكاديمية للأبحاث، في تقرير لها نُشر بتاريخ 25 سبتمبر 2020م، أن خدمات إعادة تأهيل المعاقين مثل العلاج الطبيعي والأطراف الصناعية وتقويم العظام والعلاج المهني غير متاحة في اليمن، بسبب الضرر الكبير الذي لحق بالنظام الصحي والبنية التحتية، ناهيك عن الافتقار للوصول إلى خدمات إعادة التأهيل واستخدامها؛ ما يجعل الأشخاص ذوي الإعاقة غير قادرين على استعادة أدوارهم الاجتماعية والاقتصادية، مما سيكون له آثار سلبية كبيرة في أسرهم ومجتمعهم. الأمر الذي يوكد على غياب دور مؤسسات الرعاية الصحية والاجتماعية تجاه المعاقين للأسباب الآتية:

1. توقف عمل مراكز الرعاية المتخصصة بالتدريب والتأهيل، الذي ألقى بضلاله على توقف الخدمات الطبية والعلاجية.
2. انقطاع الموارد وشِحة الإمكانيات بسبب الحرب الذي أنهى دور المؤسسات التي كانت تقدم الدعم للمعاقين وصندوق المعاقين، الأمر الذي تراجعت خلاله إيرادات صندوق المعاقين مقابل زيادة عدد طالبي الخدمة.
3. تردي الخدمات المتعلقة بالمعاقين وندرة الجمعيات والمنظمات الأهلية التي من المفترض أن تُراعي أوضاعهم.

الخاتمة والاستنتاجات:

توصل الباحث إلى عدد من النتائج، يمكن سردها بإيجاز على النحو الآتي:

1. تمثل الإعاقة مشكلة وعقبة اجتماعية وتربوية وإنسانية تعاني منها الدول والمجتمعات عامة، واليمن على وجه الخصوص، كون المعاق يحتاج إلى رعاية نفسية وطبية واجتماعية وتربوية، مما يتطلب تضافر الجهود لتقديم أساليب الرعاية الممكنة لهم.
2. تعدد واختلاف أسباب الإعاقة البصرية ودرجتها وأشكالها وزمن حدوثها من فرد لآخر منها ما هو قبل الولادة أو أثنائها وأخرى بعد الولادة.
3. تتعدد الأثار والمشكلات عن الإعاقة البصرية ما بين نفسية واجتماعية وأسرية، نوجزها في الآتي:
   - تؤثر الإعاقة البصرية في نمو العمليات العقلية كالتصور والتخيل، إضافة إلى قدرة المعاق على الاستثارة والتفاعل الوجداني، الأمر الذي يجعله قلقًا ومتوترًا نفسيًا.
   - تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد من حيث الصعوبة في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك لعجزهم ومحدودية قدرتهم على الحركة، وعدم ملاحظة سلوك الأخرين، الأمر الذي ينتج عنه الانعزالية والانطواء مع الحقد والكراهية للمجتمع.
   - تؤثر الإعاقة البصرية في الأسرة غير المستعدة لتقبلها كحقيقة واقعية في خلق المشكلات بين الزوجين، كما تعد مصدر إزعاج في حياة الأسرة؛ إذ يؤثر عليها كصدمة تخلف وراءها مشاعر وأحاسيس سلبية.
4. ضعف دور غالبية الأسر تجاه أبنائها المعاقين بصريًا نتيجة ضعف الأرضية المعرفية بطرائق وأساليب التعامل معهم، علاوة عن ذلك ما تعانيه تلك الأسر من فقر وتدهور معيشي واقتصادي حاد في ظل الحرب المستمر في البلاد.
5. غياب دور مؤسسات الرعاية الصحية والاجتماعية تجاه المعاقين عامة، والمعاقين بصريًا خاصة.

فقد وضع الباحث العديد من المقترحات والتوصيات كحلول للحد من تفاقم آثار الإعاقة عامة والإعاقة البصرية على وجه الخصوص، يوردها على النحو الآتي:

1. تنفيذ العديد من برامج الوقاية الأولية والثانوية لخفض معدلات الإعاقة بحصر أسباب الإعاقات الجديدة، خصوصًا في العوامل التي لا تزال مجهولة حتى الآن وبأقصى سرعة ممكنة.
2. توسيع دائرة الاستفادة للمعاقين من برامج الرعاية والتأهيل والتشغيل بحيث تشمل الريف والحضر،

وتستوعب المعاقين من الفئات العمرية المختلفة، ذكورًا وإناثًا مهما تنوعت إعاقتهم وتباينت درجاتها.

3. تعظيم الجدوى من برامج الرعاية والتأهيل والتشغيل المقدمة للمعاقين، وإبراز دورهم التنموي في مجالات التنمية المختلفة: الاقتصادية، والاجتماعية، والبشرية، كأساس لكسب ثقة المانحين في الداخل والخارج، وتطوير حجم الموارد المطلوبة لتوسيع دائرة المعاقين المستفيدين من تلك البرامج.
4. تفعيل دور جميع الجهات والمؤسسات لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية للمعاقين، وضرورة استهدافهم عند تخطيط البرامج التنفيذية لتلك الجهات وتسهيل إمكانية وصولهم لهذه الخدمات وحصولهم عليها بكل يسر وسهولة.
5. تفعيل دور المؤسسات الإعلامية بأنواعها المختلفة (المرئية، والمقروءة، والمسموعة)؛ لرفع مستوى وعي الأسرة والمجتمع بأساليب التعامل مع فئة المعاقين بأعمارهم المختلفة وأنواعهم وإعاقتهم.
6. ضرورة التوسع في إنشاء جمعيات ومراكز الرعاية والتأهيل للمعاقين في المدن الثانوية، وتيسير فرص الوصول إليها، مع إيلائها جانب من الاهتمام الخاص ورفدها بالكوادر المؤهلة والتجهيزات المناسبة.

قائمة المراجع:

1. أبن منظور، جمال الدين بن محمد (1997م). **لسان العرب**. ط1، دار صادر، بيروت، لبنان.
2. أبو الكاس، رائد محمد (2008م). رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها. **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة الملك فيصل، الرياض، السعودية.
3. تقرير الأمم المتحدة لعام (2020م). **الأطفال المعاقون في اليمن**.
4. بركات، لطفي (1978م). **الفكر التربوي في رعاية الكفيف**. ط1، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.
5. الحديدي، منى صبحي (2004م). **مقدمة في الإعاقة البصرية**. دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
6. الخطيب، جمال محمد والحديدي، منى صبحي (2009م). **المدخل إلى التربة الخاصة**. ط1، مطبعة دار الفكر، القاهرة، مصر.
7. الدهمشي، محمد عامر (2007م). **دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة**. ط1، مطبعة دار الفكر، عمان، الأردن.
8. الداهري، صالح (2005م). **سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة**. دار وائل، عمان، الأردن.
9. الروسان، فاروق (1999م). **أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة**. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان الأردن.
10. الروسان، فاروق (1996م). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**. ط2، دار الفكر، عمان، الأردن.
11. الزغبي، أحمد الزعبي (2003م). **التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين**. ط1، دار زهران، عمّان، الأردن.
12. سيسالم، كمال(1997م). **المعاقون بصريًا خصائصهم ومناهجهم**. الدار المصرية، اللبنانية، القاهرة، مصر.
13. الشيباني، عمر التوم (1989م). **الرعاية الثقافية للمعاقين**. الدار العربية للكتاب، طرابلس، ليبيا.
14. شقير، زينب محمود (1999م). **سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين**. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
15. صبحي، سيد (1979م). **التوافق النفسي للكفيف المراهق**. المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين، دار المرجان للطباعة، القاهرة، مصر.
16. عبيد، ماجدة السيد (2000م). **تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة**. مدخل إلى التربية الخاصة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
17. عبدالهادي، نبيل (2000م). **بطء التعلم وصعوباته**. دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
18. عبد الصبور، منصور محمد (2013م). **مقدمة في التربية الخاصة**. مكتبة زهران، القاهرة، مصر.

19. عبدالرحيم، عبدالمجيد (1997م). **تنمية الأطفال المعاقين**. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
20. عبدالرحيم، فتحي السيد وبشاي، حليم السعيد (1982م). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**. ط2، دار القلم الكويت.
21. العمري، أحمد عبد الرحيم (2004م). الأسرة والإرشاد النفسي للأطفال المعاقين عقليًا. **مجلة خطوة**، القاهرة، مصر.
22. العزة، سعيد حسني العزة (2002م). **التربية الخاصة**. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
23. كامل، محمد علي كامل (1996م). **سيكولوجية الفئات الخاصة**. ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
24. كوافحة، تيسير عمر (2003م). **مقدمة في التربية الخاصة**. ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
25. معاطية، خليل وآخرون(2000م). **الإعاقة البصرية**. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
26. مرسي، سيد عبدالحميد (1975م). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني**. ط1، مكتبة الخانجي، مصر.
27. محمد، عادل عبد الله (2004م). **الإعاقة الحسية**. دار الرشاد، القاهرة، مصر.
28. مليكة، لويس كامل (1998م). **الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية**. مطبعة فيكتوركيرس، القاهرة، 1998م.