



جامعة زيان عاشور - الجلفة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس والفلسفة



مطبوعة خاصة بمقياس :

التربية الخاصة

دروس موجهة إلى طلبة سنة ثانية (ماستر علم النفس المدرسي)
السداسي: الثالث الرصيد: 05 المعامل: 02 التقييم: إمتحان متواصل + إمتحان

إعداد : الدكتورة بن قيدة مسعودة

السنة الجامعة : 2021 /2020

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى طلبتي
الأعزاء وإلى كل باحث ، راجية من
الله أن يجعله في ميزان حسناتي .

تقديم المطبوعة:

مطبوعة التربية الخاصة موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس المدرسي، المبرمجة ضمن السداسي الأول، نتاولنا فيها أهم محتويات مادة التربية الخاصة.

أهداف المادة:

- تمكين الطلبة من معرفة تاريخ وتطور التربية الخاصة و كذا مفهومها و أهدافها بالإضافة إلى التعرف على مبادئها و استراتيجياتها و مؤسساتها و مستوياتها.
- تمكين الطلبة من معرفة أفراد ذوي الحاجات الخاصة وأسس البرامج التربوية و العلاجية المصممة خصيصا لهم .

متطلبات المادة:

- التطرق إلى العناصر الأساسية في مجال التربية الخاصة.
- التركيز على مختلف الفئات التي تدخل تحت مظلة التربية الخاصة.
- إكساب الطالب قدرا من المعلومات بخصوص المناهج و البرامج التربوية الفردية المعدة لتلبية الحاجات الخاصة للأفراد المعاقين، والتي تفيده في حياته العلمية و العملية.

فهرس المطبوعة

الصفحة

- 1.....مقدمة
- 2.....1- مفهوم التربية الخاصة
- 4.....2-لمحة تاريخية عن تطور التربية الخاصة
- 8.....3-مبادئ التربية الخاصة
- 11.....4- مستويات التربية الخاصة
- 13.....5-أهداف التربية الخاصة
- 17.....6-استراتيجيات التربية الخاصة
- 187- مؤسسات التربية الخاصة
- 20.....8- مدارس التربية الخاصة
- 21.....9- مراكز التأهيل المهني
- 23.....10- الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة
- 29.....11- الإعاقة الحركية (الجسمية)
- 34.....12-الإعاقة السمعية

39.....	13-الإعاقة البصرية.....
46.....	14-الإعاقة العقلية.....
76.....	15- التوحد.....
87.....	16- المضطربين انفعاليا و سلوكيا.....
103.....	17- اضطرابات التواصل.....
105.....	18- اضطرابات اللغة.....
106.....	19- صعوبات التعلم.....
123.....	20- الموهبة و التفوق.....
138.....	خاتمة.....
139.....	المراجع.....

مقدمة:

يعتبر موضوع التربية الخاصة من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية و علم النفس، إذ تعود البدايات العلمية المنظمة لهذا الموضوع إلى النصف الثاني من القرن الماضي. ويجمع موضوع التربية الخاصة بين عدد من العلوم إذ تمتد جذوره إلى ميادين علم النفس و التربية وعلم الاجتماع، والقانون، والطب(الروسان،17،2006). كما يعد موضوع التربية الخاصة من أهم مجالات علم النفس العلاجي والتي تتناول في موضوعها الأفراد غير العاديين، والذين يختلفون عن الأفراد العاديين من حيث نموهم العقلي والجسمي والانفعالي والحركي واللغوي بحيث عكف المختصين في التربية الخاصة على إيجاد طرق تشخيص حالات ذوي الاحتياجات الخاصة ووضع البرامج التربوية، واختيار طرق التدريس الخاصة بهذه الفئة. و لعل أهم ما تميزت به التربية الخاصة منذ بدايتها الأولى الاهتمام بالفروق الفردية بين المتعلمين، فهي تشمل تكييف العملية والبيئة التعليمية بهدف تمكين الأطفال الذين يختلفون جوهريا عن الأطفال الآخرين من بلوغ أقصى ما تسمح به إمكاناتهم من نمو وتحصيل، واستقلالية.

1. مفهوم التربية الخاصة:

. لغة:

التربية في اللغة مأخوذة من الفعل ربَّ بمعنى رباة تربية وقام على تنشئته ويقال قام على أمره أي ربَّاه حتى استقام عوده.

أما من الناحية الاصطلاحية فقد تعددت التعريفات حول التربية الخاصة ومنها:

تعريف منظمة "اليونسكو" (1969) التربية الخاصة على أنها: « تلك التربية الجامعة للتعليم العام والمهني الموجه لذوي القصور الجسمي والعقلي وعدم التكيف الاجتماعي وكل الفئات الخاصة».

وهذا التعريف حدد التربية الخاصة بشكل عمومي بحيث جعلت منها عملية شاملة لكل الفئات من الإعاقة، كما أنها أشارت إليها بالتربية الجامعة ولم تحدد من خلال تعريفها ماهية هذه التربية من حيث المناهج والطرق التعليمية والأهداف، التي تختلف عن التعليم الممنوح للفئات العادية، وهذا ما جعل تعريفها يتسم بالعمومية.

كما تعرف التربية الخاصة بأنها: «تربية الأطفال غير العاديين، وهم ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة الذين يختلفون عن أقرانهم العاديين، إما في قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسمية أو الأكاديمية أو السلوكية والانفعالية أو التواصلية، اختلافاً يوجب تعديلات ضرورية على المتطلبات التعليمية والمستلزمات المدرسية، ويتم ذلك باستخدام الوسائل والطرق والأساليب والبرامج التي من شأنها أن تمكن هؤلاء الأطفال على اختلاف احتياجاتهم وخصائصهم، من الاستفادة من البيئة التربوية الطبيعية». (الموسى، 1999، ص.41)

يتضح من خلال هذا التعريف أن الفئات المستفيدة من التربية الخاصة هي فئة الموهوبون والمتفوقون، المتخلفين عقليا، المعوقين جسميا وعقليا وحركيا وحسيا، ذوو صعوبات التعلم، ذوو اضطرابات التواصل، ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ذوي اضطرابات التوحد متعددتي الإعاقة، وعليه فإن هذا التعريف أكثر تحديدا من التعريف السابق من خلال تحديده مضمون وموضوع التربية الخاصة، وكذا بعض الفئات التي تعنى بالتربية الخاصة، غير أن هذا التعريف أكد على أن التربية الخاصة تستهدف فئة المتخلفين وفئة المتفوقين معا، مع اختلاف كلا الفئتين في الخصائص العقلية، فأضفى على تعريفه نوعا من اللبس والغموض.

ويعرف كلا من (الخطيب والحديدي، 1994، ص.25) التربية الخاصة بأنها: « جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة، وطرائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى والممكن من الكفاية الذاتية الشخصية والنجاح الأكاديمي».

يعد هذا التعريف من أشمل التعريفات التي تناولناها لحد الآن، فقد أشار بالضبط إلى الهيئة والميزة التي تكون مضمون التربية الخاصة المعدة أساسا للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بحيث أشارت إلى برامج ومضامين وطرق تعليمية، والتي يجب أن تصمم خصيصا لتعليم الأطفال من هذه الفئة.

كما يمكننا تعريف التربية الخاصة بأنها منهاج تربوي يتضمن مختلف الطرق والأساليب التدريبية وكذا البرامج والوسائل المعدة خصيصا لفئة الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة

بغرض المساهمة في استنهاض قدراتهم الخاصة بهدف تمكينهم من مزاولة حياتهم بصورة عادية لا تختلف عن بقية الأفراد العاديين.

2. لمحة تاريخية عن تطور التربية الخاصة:

حسب ما أشار إليه "الختاتنة" (2000) فإن ظهور وتطور التربية الخاصة الموجهة للفئات ذوي الاحتياجات الخاصة اختلفت عبر مختلف العصور، وكان هذا التطور دائما ما يرتبط بنظرة المجتمعات إلى هذه الفئة من الأفراد، ففي العصر اليوناني والعصر الروماني لم تكن هناك أية تربية خاصة يحضى بها الأطفال المعاقين، بل أكثر من ذلك فقد كانت مجتمعات ذلك العصر ترى بأن هذه الفئة من الأفراد لا ينفعون المجتمع، بل هم يشكلون ضررا عليه، فهم يرون بأنهم عالية على المجتمع ولذلك يقتلون أو يتركون جوعا دون طعام ولا شراب حتى الموت، ونلمس لأفلاطون صاحب كتاب الجمهورية في هذا الخصوص عدة مواقف سلبية نحو هذه الفئة، بحيث كان يرى في وجود جمهورية مثالية يجب أن تخلو من هذه الفئة من الأفراد كونهم، يعيقون كل فئات المجتمع من مزاولة مهمتها على أكمل وجه، ولتجنب هذا لا بد على الدولة أن تتخلص من هذه الفئة، لأن الدولة تحتاج إلى الأفراد الأصحاء والأذكياء القادرين على الإنتاج أو الدفاع عن الوطن والقادرين على الحكم. (عبد الرحيم، 1966)

ويشير (بركات لطفى، 1981) بأن هذه السمة لم تعد موجودة عند كل المجتمعات القديمة، بحيث كانت الديانة البوذية في الهند تتادي بضرورة جعل المعوقين أبناء لبوذا ومن واجب كل فرد من أفراد المجتمع أن يقدم الدعم والعون لهم، ومساعدتهم بكل الأشكال والوسائل،

بحيث كانت الديانة البوذية تقدر هؤلاء الأفراد وترى في إهمالهم تعدي على إحدى مقدسات بوذا، وبضيف (الختاتنة، 2000) في هذا الصدد ما كان سائدا من اعتقادات تجاه هذه الفئة عند المجتمع الفرعوني، والذين أقرّوا بحق فئة المعوقين في العيش كباقي الأفراد، بالرغم من أن المتحكمين في زمام الدولة الفرعونية كانوا يعزلون هؤلاء الأفراد عن العيش مع أفراد المجتمع.

أما في العصر الذي عرف فيه ظهور الديانة المسيحية حسب ما أشار إليه (الشناوي، 1997) فقد اهتمت الديانة المسيحية بفئة المتخلفين ذهنيا أيضا اهتماما، بالنظر إلى تعاليم المحبة والإخاء التي كانت تنادي بها هذه الديانة في ذلك الوقت، بحيث ظهرت بذور الإحسان لهذه الفئة، وتم منح لهم الحق في العيش وسط المجتمع ومشاركته في الحياة العادية، وهذا ما كان ينادي له القديس "جوستينيان" من خلال التعاليم التي كان ينادي بها، والتي تضمنت ضرورة منح الرعاية للمتخلفين عقليا والصم البكم، وكان في ذلك الوقت يوضع لهم أوصياء يقومون برعايتهم، ويرعون شؤونهم الخاصة في الحياة اليومية الاعتيادية، غير أنه بالنظر إلى التحريف الذي تعرضت له الديانة المسيحية فقد تم بعدها إهمال هذه الفئة كلية، بحيث استخدم المتخلفين كوسيلة للترفيه والتسلية لأبناء الطبقة الحاكمة.

وبعد ظهور الإسلام فقد أشار (بخيت، 2012) إلى الرعاية التي حضي بها الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمعات الإسلامية، إذ أخذنا بعين الاعتبار أن الإسلام دين تسامح ومساواة يمنح لكل فرد حقوقه وواجباته التي عليه، وأن لكل إنسان إنسانيته بغض النظر عن خلقته التي منحها الله تعالى له، وأن الإسلام كرم الإنسان كما نصت عليه نصوص الشريعة، فكانت نتيجة ذلك اختلاف المكانة التي يحتلها المعاق في المجتمع الإسلامي مقارنة مع ما

كان سائدا في المجتمعات القديمة، وقد أشارت كذلك (الهجرسي، 2002) إلى الوصاية التي كان يقدمها الرسول عليه الصلاة والسلام للرفقة بالمستضعفين بما فيهم فئة المعاقين بكل أصنافهم، بالنظر إلى النواهي التي كان ينهى بها الدين الإسلامي، المتمثلة في عدم المساس بمبدأ المساواة بين مختلف الفئات في المجتمع، والنهي عن التكبر والتعالي والسخرية بالغير مهما كانت الفروق بين أفراد المجتمع، وأكثر من هذا فقد خصص لفئة المتخلفين ذهنيا كغيرهم من فئات المعاقين، جزء من المنح والعطايا من بيت مال المسلمين التي مكنتهم من العيش بسلام وأمان، كما تم إنشاء مستشفيات علاجية للمعاقين في بغداد التي كانت تعرف بـ (البيرمستانات)، وتأسس بالموازاة مع ذلك أول معهد للمعاقين بمختلف فئاتهم سنة 88 هـ الموافق لـ 1307م.

وعليه يمكننا القول بأن أحسن رعاية منحت للأفراد المتخلفين ذهنيا كان في العصر الإسلامي دون منازع، مقارنة بما استعرضناه عن واقع هذه الفئة عند الأقوام التي سبقت العصر الإسلامي، بمختلف الحضارات السائدة فيها.

أما في الاهتمام بالتربية الخاصة في العصر الحديث فحسب (مسعودان، 2005) فإن فرنسا بدأت بالاهتمام بالأطفال المعوقين في القرن الثامن عشر، بحيث أخذ الاهتمام بالمعوقين خصوصا من الناحية الذهنية توجهه بعد أن أصدر "جان ماري إيتارد" (Jean Marie Itard 1775-1838) كتابه الذي شرح فيه كل ما توصل إليه من خلال محاولاته في تربية الطفل المعروف بوحش أفيرون، ومن خلال هذه الأعمال أصبحت المجتمعات الحديثة تنظر إلى المعوقين نظرة وضيفيه نفعية، وذلك من خلال اعتبارهم بشرا لديهم طاقة مخزنة لا بد من

البحث عن الطرق المناسبة لاستغلالها وتمييزها، بحيث اتسمت نظرة المجتمعات الحديثة نحو الفرد المعاق بالصبغة الإنسانية.

ولقد أشار (بركات، 1966) إلى امتداد الاهتمام بفئة المعوقين إلى عدد كبير من الدول الأوروبية وكذا الولايات المتحدة الأمريكية، بحيث تعد الجهود التي قام بها "إيتارد" منطلقاً للأعمال التي قام بها كلا من "سيجان" (Seguin) الفرنسي و"فوكه أنتش كنجم" (FokaIntesKingma) الهولندي و"بينيه" (Binet) الفرنسي، و"ماريا منتسوري" (Maria Montessori) الإيطالية من جهود انصبت حول طرق وكيفية تربية هذه الفئة من الأفراد، بحيث أنشأ "سيجان" (Seguin) مدرسة خاصة بتربية المعوقين ذهنياً سنة 1937م في باريس وابتكر مقياساً للذكاء لهذه الفئة، كما أنشأ مدرسة (Bicêtre) ومدرسة ثالثة ألحقت بمستشفى la Salpêtrière .

كما أشارت (عبيد، 2000) إلى قيام الباحثة الإيطالية "ماريا منتسوري" بعدة أعمال انصبت حول كيفية الاهتمام بالمعاقين ذهنياً منذ أواخر القرن 19م، بحيث أنشأت مدرسة خاصة لتعليم هذه الفئة من الأفراد، وصممت أدواتها التعليمية الخاصة لتدريب الحواس والعضلات كجزء من التعليم المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً.

كما أشار كلا من (الشناوي محروس، 1997) و (بركات، 1996) إلى قيام "بينيه" (Binet) بتصميم مقياس للذكاء سنة 1905م بفرنسا، بهدف تطبيق اختبارات تمكن من التعرف على المتأخرين عقلياً، بغرض فصلهم عن العاديين وجعلهم في مدارس خاصة، وأن يقدم لهم التعليم الذي يتناسب مع مستوى قدراتهم العقلية المتدنية مقارنة بالأطفال العاديين، كما أنشأ سنة

1938م "فوكه أنتس كنجما" أول مدرسة للأطفال المعوقين عقليا في مدينة أمرسفورت (Amersfort) بهولندا.

يتبين من خلال كل ما سبق أن مفهوم التربية الخاصة قد ظهر حديثا، حيث بدأ الاهتمام والاعتراف بالمعوق عقليا كشخص مختلف عن الآخرين، يعاني من عدة صعوبات أهمها صعوبات في التوافق الدراسي في مدارس العاديين، الأمر الذي يستوجب ضمان تعليم يتناسب مع خصائصهم العقلية، وقد عرف المعوق ذهنيا انطلاقا من المعيار العادي وغير العادي، السوي أو غير السوي، وبالنظر للظروف التي لا تكون مواتية للمعاق ذهنيا في حالة وضعه للتعلم مع العاديين، فقد ظهرت فكرة التربية الخاصة، والتي تعتبر حقا لكل فرد في التعلم حسب قدراته واستعداداته ونوع الإعاقة التي يعاني منها، أي يجب أن تصمم برامج تعليمية خاصة بهذه الفئة بشكل يجعلها تتماشى مع الفروق الفردية من الناحية الذهنية لهذه الفئة، والاعتراف بهم حسب إمكاناتهم التي يحوزونها، وإعطائهم الفرصة للتعلم مع توفير الشروط المناسبة، ووسائل تتلاءم مع قدراتهم لتحقيق التطبيع العادي.

3. مبادئ التربية الخاصة:

للتربية الخاصة مجموعة من المبادئ التي تركز عليها، حسب ما أشار إليه كلا من (بركات، 1984 ؛ سيد سليمان، 2011 ؛ الخطيب والحديدي، 1994) والتي نذكرها فيما يلي:

. تركز التربية الخاصة على حق الإنسان في الحصول على تربية تتناسب مع خصائصه العقلية، والتي لا تلغي بأي صورة دوره الذي يجب أن يؤديه في الحياة، فالتربية الخاصة تهدف

إلى منح الأفراد المعاقين عقليا، الفرصة لتطوير إمكاناتهم قدر المستطاع، بالقدر الذي يجعلهم أفراد لهم دورا فاعلا إلى حد ما في المجتمع.

. تستمد التربية الخاصة ضرورة وجودها من خلال التجارب الناجحة في كثير من الدول في تأهيل المعاقين عقليا والوصول بهم إلى مستويات عالية، وعليه فإن التربية الخاصة فرضت وجودها من خلال نجاحها في تطوير وتوظيف إمكانات الأفراد من الناحية العقلية، وجعلهم يؤدون أدوار مختلفة في الحياة، وعليه يجب أن تساهم أي برامج ومناهج تربوية معدة للفئات الخاصة، في تطوير قدراتهم إلى مستويات مقبولة.

. يجب أن تركز التربية الخاصة على برامج شاملة ومتكاملة ومترابطة، وأن تتضمن نشاطات تربوية تعليمية، تساهم فعلا في تنمية شخصية الأفراد المتخلفين عقليا، فيجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في هذا الخصوص تصميم برامج مرتبطة بما يجب أن يطور ويعدل في شخصية الفرد المتخلف عقليا، لكي يؤدي دوره في الحياة بشكل إيجابي.

. تتم العملية التربوية في إطار برامج ومناهج التربية الخاصة، في إطار طبيعي لا يعزلهم عن أسرهم، ولا يفصل كلية بينهم وبين الأسوياء في المجتمع الخارجي، إذ يجب أن يتم تأهيل أفراد هذه الفئة ليندمجوا مع الأسرة ومع المجتمع في نفس الحين، ولا يجب أن يفهم من تخصيص تربية خاصة لهذه الفئة، الفصل بين المتخلفين ذهنيا وبين الأسرة والمجتمع.

. التربية الخاصة تربية مشتركة تتدخل في ضمانها عدة أطراف من أسرة ومجتمع ومدرسة، فنجاح تأهيل الأفراد المعاقين ذهنيا يتوقف على ما لكل طرف من هذه الأطراف التي ذكرناها من واجبات وأدوار في هذا الخصوص، على اعتبار أن بقاء الإعاقة دون تكفل لا يؤثر فقط

على الطفل المعاق ذهنياً، بل يؤثر على كل هذه الأطراف، فالأسرة هي الخلية الأولى التي يجب أن تنطلق منها العملية التربوية، وتكون المدرسة الخاصة التي تضمن تعليم خاص لهذه الفئة هي المكمل لدور الأسرة في تأهيل الطفل، فيكون دور كل طرف مكملًا للطرف الآخر في هذه العملية.

. التربية الخاصة تقوم على التدخل المبكر في ضمان خدمات التعليم التي تتناسب مع قدرات وخصائص المعاقين ذهنياً، بحيث أن الاتجاهات المعاصرة في التربية الخاصة تنص على أن التربية الخاصة المبكرة تكون أكثر فاعلية منها في المراحل العمرية المتقدمة، فيما أن مراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة وتتميز بالمرونة من حيث النمو والتطور، وعليه يجب استثمار هذا العامل إلى أقصى حد ممكن، ببرامج تربوية خاصة تستهدف تطوير شخصية المعاق ذهنياً إلى مستويات مقبولة.

. التركيز في التربية الخاصة على ضمان إيقاظ ملكة انتباه الطفل المعاق ذهنياً، من خلال تنظيم المواد والمثيرات والتخفيف من المثيرات المشتتة للانتباه، والسعي قدر الإمكان إلى الانتقال التدريجي بالمعاق ذهنياً، من مرحلة توظيف المهارات البسيطة إلى توظيف المهارات العليا الأكثر تعقيداً.

ومن خلال ما سبق يمكننا القول بأنه للتربية الخاصة مبادئها التي يجب أن ترتكز عليها، والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في عملية التكفل بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، من حيث وضع برامج ومناهج تعليمية تساهم في إدماجهم في الحياة الاجتماعية، فهذه المبادئ

تعد منطلقا وقاعدة تبنى على أساسها عملية إعداد فئة الأفراد غير العاديين للمشاركة في الحياة الاجتماعية.

4. مستويات التربية الخاصة:

تتمحور برامج التربية الخاصة حول مستويين وهما:

4.1. المستوى الوقائي:

حسب "كوافحة" و"عبد العزيز" (2003، ص16) فإن منظمة الصحة العالمية (OMS) سنة 1976م، ترى بأن المستوى الوقائي للتربية الخاصة يتمثل في مختلف الإجراءات المنظمة والمقصودة، وهدفها الأساسي هو عدم حدوث الخلل أو محاولة التقليل منه، أو التقليل من القصور الذي يؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السلوكية.

كما يتمثل حسب (الجمعية النسوية بأسبوط، 2004، ص10) في البرامج التي تهدف إلى وقاية الإنسان من الإصابة بالعاهة أو المرض والحد من نسبة المعاقين والمرضى.

إن يمثل المستوى الوقائي للتربية الخاصة في مختلف الإجراءات، التي تتخذ بغرض العمل على تفادي الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة الذهنية، وهذه الإجراءات تتبع مباشرة إجراء تشخيص احتمال حدوث تأخر أو تخلف عقلي لدى الفرد المعاق، إذ تعمل البرامج المعدة لهذا الغرض على تجنب الظروف التي تؤدي إلى تطور وتفاقم حالة الإعاقة الذهنية، ومن الوسائل التي تتخذ لتحقيق هذا الغرض، العناية بالأم أثناء فترة الحمل ومنعها من تناول بعض العقاقير التي قد تؤثر سلبا على صحة الجنين من الناحية البدنية أو العقلية، تقديم توعية للشباب

بضرورة تجنب الزواج من الأقارب، وتجنب حالة سوء تغذية الأم أثناء فترة الحمل والقيام
بتحليل

البنية الوراثية قبل الزواج...الخ.

4. 2. المستوى العلاجي:

كما تراه (الجمعية النسوية بأسبوط، 2004، ص10) فإن هذا المستوى يمثل مجموعة من البرامج التي تساعد الفرد الذي أصيب بإعاقة جسدية أو بصرية أو ذهنية على مواجهة مشكلته، والتي تجسد في خدمات العلاج العضوي والطبيعي الذي عن طريقه يمكن الوصول بالمعاق إلى أقصى درجة من النضج في الأعضاء المصابة.

وحسب (كوافحة عمر، 2003) فإن التربية الخاصة لا يتوقف عملها على مستوى منع حدوث الإعاقة فحسب، بل تتجاوز ذلك إلى العمل على إيجاد العلاج المناسب لتجاوز تأثيرات الإعاقة على الفرد، بحيث تصمم في هذا الإطار عدة برامج، تهدف إلى إزالة القصور أو التخفيف من مستوى القصور الذي يصيب العمليات الذهنية للفرد كالتأخر ذهنياً، والتي تتعدد البرامج المصممة لها حسب السبب الذي أدى إلى القصور، فقد يكون التأخر العقلي بسبب ضعف في حاسة السمع، ففي هذه الحالة يعمل البيداغوجي المكلف بتقديم برامج التربية الخاصة، على دعم الحاسة البصرية لتجاوز القصور المسجل على مستوى حاسة السمع، ويتم ذلك من خلال تأهيل المعاق والسعي قدر الإمكان إلى استغلال إمكاناته وطاقاته الكامنة إلى أقصى حد ممكن.

وعليه يمكننا القول بأن عمل التربية الخاصة يتعلق بمستويين متلازمين، فالمستوى الأول وقائي يهدف إلى منع حدوث الإعاقة الذهنية، والمستوى الثاني مستوى علاجي، يعمل على إزالة القصور والتخفيف من حدة تأثيراته السلبية على المجالات الوظيفية المختلفة، أو التعويض عنه ببديل إذا تعذر وجود الحلول العلاجية التامة للمشكلة، فمثلا التقنية المتداولة في تجاوز التأخر المدرسي الناتج عن حالة ضعف حاسة البصر هي تقنية "برايل" (Braille) كتقنية تسهل عملية الكتابة للمكفوفين، كما تستخدم لغة الإشارة بالأصابع مع فئة الصم البكم، وعليه فكل مستوى من المستويين من التربية الخاصة له مرحلة عمله، فالأول يتعلق بمرحلة ما قبل حدوث الإعاقة الذهنية، والثاني يتعلق بالمرحلة التي يتم فيها تشخيص الإعاقة الذهنية لدى الفرد.

5. أهداف التربية الخاصة:

حسب (الروسان، 2006، ص18) فإن الهدف الأساسي الذي تسعى التربية الخاصة إلى تحقيقه، هو تأمين حق الطفل غير العادي في الحصول على كافة الخدمات التي يتمتع بها الطفل العادي أو السوي، خصوصا في المجال التربوي والتي يتمثل في غايات التدريس، ومن الأهداف التي تسعى التربية الخاصة إلى تحقيقها حسب كل من (نجدي، 2001؛ عبيد، 2000؛ كمال، 2003؛ قاسمي، 2002) نذكر ما يلي:

- التعرف على الأطفال غير العاديين، فمن خلال استخدام مختلف أدوات القياس والتقويم النفسي والتربوي مثل اختبارات الذكاء والقدرات العقلية، يتم تشخيص مختلف حالات

الشذوذ العقلي للأطفال، فيتم تحديد السوي منهم من غير السوي، وعلى إثر ذلك يتم تحديد مختلف برامج التربية الخاصة التي تناسب كل فئة من فئات الأفراد غير الأسوياء.

- تربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وترقيتهم إلى أعلى مستوى ممكن من حيث توظيف قدراتهم الذهنية المتاحة، ويتم ذلك في ضوء الإمكانيات المتاحة.

- العمل على منع حدوث الإعاقة، من خلال إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بمختلف أنواعها ، فمن خلال برامج توعية الأسر وإرشادهم قبل الزواج وأثناء فترة الحمل بالنسبة للمرأة، بمختلف الإجراءات التي من شأنها أن تقلل قدر الإمكان من نسبة حدوث الإعاقة.

- إعداد وتحديد طرائق التدريب الخاصة بكل فئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة، بغرض التنفيذ المحكم وضمان نجاعة البرنامج التربوي المعد وفق المخطط المحدد.

- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات الإعاقة التي تستهدفهم التربية الخاصة، فالوسائل التعليمية الخاصة بالمعاقين سمعيا ليست هي نفس الوسائل الخاصة بالمكفوفين أو تلك الخاصة بالمعاقين ذهنيا، إذ أن برامج التربية الخاصة المختلفة حسب كل فئة تستوجب اختيار الوسائل والتقنيات حسب كل برنامج معد لفئة معينة.

- تهيئة الأجيال الصاعدة من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة وترقية قدراتهم الكامنة، بما

يفي بغرض جعلهم قادرين على المشاركة الفعالة والإيجابية في تطور ورقي المجتمع في مختلف المجالات.

• جعل الأفراد المعاقين بمختلف فئاتهم يتمتعون بالاستقلالية، وتجنبيهم العيش بواسطة الاعتمادية، فعلى اعتبار أن الإعاقة هي حالة تحد من قدرات الفرد وتجعله غير قادر على تلبية حاجياته ورغباته بمفرده، فإن التربية الخاصة تهدف إلى تنمية قدراتهم المختلفة والوصول بهم إلى المستوى الذي يجعلهم أفرادا يتمتعون بالاستقلالية التامة في تدبير شؤون حياتهم.

• تمكين الأفراد المعاقين من التواصل والتفاعل الإيجابي مع باقي أفراد المجتمع، من خلال الوصول بهم إلى مستوى يمكنهم من التحكم في عملية التواصل وفق القواعد والأسس النفسية والاجتماعية، التي تتحكم في عملية التواصل الاجتماعي بين مختلف أفراد المجتمع.

• مساعدة الأفراد المعاقين على الاندماج الاجتماعي، إذ أن برامج التربية الخاصة تعمل على تجنب هؤلاء الأفراد العزلة الاجتماعية، فتعمل على الوصول بهم إلى المستوى الذي يمنحهم القدرة على المشاركة في الحياة الاجتماعية، والتكيف والتوافق معها بكل متطلباتها.

ومن خلال ما سبق في بعض النظم التربوية قد يجد المعلم في الفصل الدراسي نفسه أمام مجموعة من التلاميذ، قد يكون أحد هؤلاء التلاميذ موهوبا، و قد يكون آخر متأخر عقليا أو يعاني من صعوبة في التعلم أو إعاقة حسية أو يعاني عيب في النطق أو السمع أو البصر

...الخ أو يعاني من مشكلة انفعالية حادة كالانطواء، العدوان، الكذب العش، و غير ذلك من مشاكل تهدد توافق التلميذ، لهذا بات دور المدرسة يفوق عملية نقل المعارف و المعلومات إلى التلميذ، إلى تربية للجميع، و إعطاء فرصة للطاقات الكامنة لدى التلاميذ للظهور، و يمكن تلخيص أهداف التربية الخاصة فيما يلي :

- 1- التعرف على الأطفال غير العاديين و ذلك عن طريق أدوات القياس و التشخيص .
- 2- إعداد البرامج التعليمية الملائمة .
- 3- إعداد طرائق التدريس عن طريق الخطة التربوية الفردية .
- 4- إعداد الوسائل التعليمية و التكنولوجية الخاصة .
- 5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة .
- 6- مراعاة الفروق الفردية للتلاميذ و ذلك بحسن توجيههم و مساعدتهم وفق قدراتهم و استعدادهم و ميولهم .
- 7- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين و إتاحة الفرصة أمامهم في مجال موهبتهم .
- 8- المساهمة في تحقيق التوافق النفسي للتلميذ مع نفسه و مع مجتمعه .

يمكننا القول بأن التربية الخاصة تهدف إلى تربية و تدريب و تأهيل الأفراد من ذوي الحاجات الخاصة، ليتمكنوا من تحقيق التوافق الاجتماعي والأسري، وذلك من خلال تدريبهم على

توظيف مهاراتهم المختلفة حسب إمكانياتهم وقدراتهم الذاتية، وفق برامج معدة خصيصا لهذا الغرض وتستجيب لحاجاتهم، وكل هذا بهدف الوصول بهم إلى أفضل مستوى من الأداء الذي يجعلهم أفراد مستعدين لمجابهة متطلبات الحياة الاجتماعية في مختلف مجالاتها.

6- استراتيجيات التربية الخاصة :

تقوم التربية الخاصة على إستراتيجيتين أساسيتين و هما كما يلي:

6-1- النظام العزلي :

و يقوم على أساس وضع ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في مكان منعزل بحيث يتيح لهذا المكان التعامل معهم بطريقة أفضل حيث يتم تكريس كل الجهود و ذلك من أجل توفير لهم جو يساعدهم على التوافق أحسن بعيدا عن غيرهم من الأفراد العاديين .

6-2- النظام الدمجي :

إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين سوف يكون له آثار ايجابية، فان الطفل المعاق عندما يشترك في فصول الدمج و يجد الترحيب و التقبل من الآخرين فان ذلك يعطيه الشعور بالثقة بالنفس، و يشعره بقيمته في الحياة و يجعله يتقبل إعاقته، و يدرك قدراته و إمكانياته في وقت مبكر، و يشعر بانتمائه إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

و يأخذ الدمج أحد الصور التالية:

1- دمج جزئي.

2- دمج كلي.

3- دمج اجتماعي متكامل. (عادل محمد العدل، 2013، ص70)

7- مؤسسات التربية الخاصة:

7-1- مراكز الإقامة الدائمة:

يقوم نظام هذه المراكز على وضع الأطفال غير العاديين في مراكز خاصة تكون الإقامة فيها دائمة، تقدم فيها جميع الخدمات التربوية و التعليمية و النشاطات بجانب المبيت و التغذية و وسائل الترويح، و لا يسمح لغير العاديين بالخروج منها إنما يسمح لذويهم بزيارتهم خلال العطلات الأسبوعية، إلا أن التربويين لاحظوا أن هذه المراكز برغم ما تقدمه من خدمات، إلا أنها تحرم الأطفال من المشاركة في الحياة الاجتماعية مما يسبب لديهم قصور في السلوك التكيفي.

7-2- المراكز الخاصة النهارية: أنشئت هذه المراكز لتجنب الانتقادات التي وجهت لمراكز

الإقامة الدائمة فهي تستقبل الأطفال غير العاديين في الصباح و تصرفهم في وقت متأخر من النهار بعد تقديم البرامج المقررة لهم، لكن هذه التجربة وجهت بانتقادات من حيث ضعف الخدمات المتعلقة بنقل الأطفال و العجز في إعداد المتخصصين و عدم اكتمال شروط

المشاركة الاجتماعية لأن عودة الطفل إلى منزله لم يحقق له التفاعل مع زملائه من نفس السن.

7-3- الفصول الخاصة في المدارس العادية: و جاءت التجربة تطورا للمراكز السابقة و تلافي سلبياتها، و تقوم التجربة على أساس تخصيص فصل داخل المدرسة العادية للتلاميذ غير العاديين لما يحقق لهم الاندماج الجزئي مع التلاميذ العاديين، نظام الدراسة في هذه الفصول الخاصة يسمح بتقديم برامج تربوية خاصة داخل الفصل لبعض الوقت و برامج تربوية مشتركة مع التلاميذ العاديين، إلا أن هذه التجربة كسابقتها لم تتجو من الانتقادات التي اعتبرت أن وضع التلاميذ غير العاديين في فصل خاص بالمدرسة يشكل حاجزا اجتماعيا و نفسيا بينهم و بين العاديين، فضلا عن تعرضهم لاتجاهات سلبية من العاديين.

7-4- الدمج الشامل: اتجهت السياسة التربوية بعد ذلك نحو تطبيق سياسة الدمج الشامل لغير العاديين في الفصول الدراسية مع العاديين مع توجيه رعاية خاصة بهم، و هذا الاتجاه يقضي على سلبيات التجارب السابقة و تحقق لغير العاديين تربية متوازنة مع العاديين و يتيح لهم فرصة الانخراط الكامل مع أقرانهم بما يساعدهم على التكيف الاجتماعي السليم. (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011، ص22-24)

إن سياسة الدمج الشامل تقوم على عدة أسس هي:

1- أن يتعلم الطفل غير العادي و يمارس نشاطاته المختلفة مع أقرانه العاديين في المدارس العامة و الخاصة .

2- أن يتسم نظام الدراسة في الفصل العادي الذي به أطفال غير عاديين بالمرونة و الحرية بعيدا عن التعقيدات التي تفرضها المؤسسات و المراكز الخاصة بغير العاديين .

3- إلحاق جميع الأطفال غير العاديين باستثناء الحالات الشديدة التي تتطلب رعاية في مؤسسات خاصة.(السرطاوي زيدان و آخرون،2000)

4- أن تعد للأطفال غير العاديين برامج فردية تناسبهم بجانب البرامج العادية التي تقدم للجميع.

5- النظر بعين الاعتبار إلى الحاجات الخاصة المتنوعة و المتعددة للأطفال غير العاديين التي تختلف عن الحاجات الخاصة للأطفال العاديين.

6- عدم التعجل في دمج الأطفال غير العاديين حتى تتم تهيئتهم و يكونوا مستعدين لهذا الدمج من النواحي الاجتماعية و الانفعالية و الاستعداد الدراسي.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011،ص25).

8 - مدارس التربية الخاصة:

لقد إزداد الإهتمام بعد منتصف القرن العشرين بالمعاقين إزيادا ملحوظا في مختلف أنحاء العالم، حيث فتحت المدارس الخاصة لهم، و الصفوف الخاصة و خاصة في البلدان المتقدمة لأنها كانت سباقة في هذا الميدان، و لعبت منظمة الأمم المتحدة دورا فعالا في هذا المجال من خلال مؤسساتها، اليونسكو و اليونسيف و منظمة العمل الدولية و منظمة

الصحة العالمية، و خاصة في السنوات الأخيرة، فكان لصداها الأثر الكبير في الاهتمام بالمعاقين، فأنشأت مدارس خاصة تحدد نوع و درجة الإعاقة، حيث كانت هناك مدارس للمكفوفين و مراكز خاصة للإعاقات البسيطة كبطء التعلم لعدد محدود تتراوح ما بين (6 - 12) فردا و للمدارس الخاصة و الصفوف الخاصة أهمية كبيرة إضافة إلى ما تقدمه من حيث خدمات تربوية و تعليمية مناسبة لقدراتهم فهي تبعدهم عن حالات الإحباط و الفشل التي يتعرضون لها و ما لهذه الاحباطات من أبعاد سلبية على تشكيل شخصياتهم تتناسب هذه المدارس من صغار السن بشكل كبير جدا.

9 - مراكز التأهيل المهني:

و لها دور كبير في تقديم أشكال متعددة من التدريب المهني للمعاقين، حيث نختر كل منهم ما يتناسب و قدراته العقلية و الجسمية و الاجتماعية.

أما أهم الخدمات التي يجب أن تتوفر في مراكز التأهيل لكي تحقق أهدافها المنشودة:

1 _ التقييم الطبي، المهني، التعليمي و النفسي.

2_ العلاج الوظيفي، العلاج الطبيعي، علم أمراض الكلام اللغة، و الخدمات الطبية الأخرى، مثلا لرعاية، اللياقة العقلية و التدريب.

3_ التدريب على التكيف في العمل، والإرشاد المهني.

4_ الخدمات الاجتماعية، مثل العمل الاجتماعي، الإرشاد الشخصي، والإرشاد الترفيهي.

5_ خدمات الارتباط مع وكالات صحة المجتمع و الخدمات الإنسانية.

6_ التوظيف المحمي طويل الأمد و المؤقت.

7_ خدمات وضع العمل حسب القدرة. (الزريقات، 2016، ص 382)

8- توفير المراكز التعليمية اللازمة و خاصة لذوي العاهات مثل الصم و البكم و ذلك لمعرفة قدرات المعاق و استغلالها في توجيهه مهنيًا.

9- توفير أخصائي نفسي و أخصائي اجتماعي و موجه مهني.

10- توفير الخدمات الطبية و خاصة العلاجية و الطبيعية، فإلعالج المهني و الطبيعي متكاملان، ولا يتم تحقيقها إلا عن طريق التدريب على الأجهزة التعويضية و الصناعية وفقا لحالات الإعاقة.

11- توفير مراكز و أقسام مختلفة للتدريب المهني.

12- العمل على إنشاء الورش المحمية حيث تساهم هذه الورش في إعداد ذوي العاهات الخاصة لفترات مؤقتة من الوقت ثم يدمجون في مراكز أو أماكن العمل.

13- إقامة علاقات محلية مع المعاقين في المنازل فمعظم هذه المراكز تستهدف من وجودها العمل على تنمية المجتمع المحلي، و رعاية الفئات الاجتماعية غير القادرة، يتم ذلك عن طريق

التنسيق بين الدوائر الحكومية و الأهل، و العمل على تقديم المساعدة للمعاقين الذين تفرض عليهم الظروف أن يكونوا سجناء منازلهم .(قحطان أحمد الظاهر، 2008)

10- الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

يشير القريبي (2005) إلى أن مفهوم ذوو الاحتياجات الخاصة عموما هم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية، إلى الدرجة التي تحتم احتياجاتهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو و التوافق.

كما يذكر الخطيب (2012) بأن ذوو الاحتياجات الخاصة هم الطلبة الذين تختلف خصائصهم وحاجاتهم جوهريا عن خصائص وحاجات الطلاب العاديين، أو ذوي القدرات التعليمية و التحصيلية المتوسطة، ويشمل مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة كلا من الطلبة المعاقين والطلبة المتفوقين والموهوبين (الخطيب، 2012).

كما يقصد بهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في خاصية من الخصائص أو في جانب من جوانب الشخصية إلى الدرجة التي تحتم احتياجاتهم إلى خدمات خاصة تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين لمساعدتهم في تحقيق أقصى ما يمكن بلوغه من النمو والتوافق (القريبي، 1995). ويعرف (صبحي، 1994، ص8) الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة " بأنهم تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن المتوسط العام للأفراد

العاديين في نموهم العقلي والجسمي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماما خاصا من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم و البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الملائمة لهم ."

ويعرف (أماني، 2009) الأطفال ذوي الحاجات الخاصة " بأنهم كل فرد يحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكنه ذلك أن يشارك في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقة كمواطن ."

إن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم أولئك الذين يختلفون أو ينحرفون عن غيرهم في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية، بحيث يبلغ هذا الاختلاف من الدرجة التي يشعر عندها الجماعة التي يعيش معها ذلك الفرد - لأسباب خاصة - أنه بحاجة إلى خدمات أو احتياجات معينة، تختلف تلك الاحتياجات التي تقدم للعاديين.

و قد يكون هذا الاختلاف في أي جانب (العقلي - اللغوي - الانفعالي - الاجتماعي - الحركي)، و قد يجمع بين عدد من الجوانب في وقت واحد.

و قد نجد أن فئة غير العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة فئة ليست متماثلة فيما بينهم وفقا لنوع أو لمظهر الاختلاف، و إن كانوا في خصائصهم الشخصية قد يكون بينهم شيء من التشابه أكثر مما نجده بينهم و بين فئة العاديين، و أن مدى الاختلاف بين أفراد هذه الفئة وأفراد الفئة الأخرى في الصفات موضع الاختلاف، فعلى الرغم من أن المتخلفين عقليا يختلفون عن العاديين من حيث القدرة العامة للذكاء، إلا أن أفراد هذه الفئة يختلفون أيضا فيما بينهم وفقا

لدرجة الذكاء التي يمتلكها كل منهم، بحيث يصعب في بعض الأحيان التعامل معهم و ينطبق هذا أيضا على فئة المتفوقين عقليا.

و يمكن تقسيم ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ثلاث مجموعات أساسية في ضوء ثلاث جوانب، حيث يعتبر الانحراف في أي جانب منها يتطلب تقديم خدمات خاصة.

1- الجانب العقلي المعرفي :

تحتل الانحرافات في الجانب العقلي المعرفي مركزا خاصا من أنواع الانحرافات الأخرى، و ذلك لأن هذه الانحرافات تضم مجموعتين كبيرتين من الأطفال تختلفان فيما بينها اختلاف شاسعا، و هما مجموعتان متناقضتان، إحداهما يطلق عليها مجموعة المتفوقين، و الأخرى يطلق عليها مجموعة المتخلفين عقليا.

2- الجانب الانفعالي الاجتماعي :

إن الطفل العادي من حيث الجانب الانفعالي و الاجتماعي هو الطفل الذي ينمو في الاتجاه السوي كما تحدده الثقافة التي ينتمي إليها، أو هو الطفل المتمتع بالصحة النفسية، و هناك فئة أخرى تتناقض ما هو صحي و تعتبرهم أطفال غير عاديين، أو ذوي الاحتياجات الخاصة وتتعدد مظاهر الاضطراب في الصحة النفسية فمنها ما هو عقلي و منها ما هو نفسي و منها ما هو اضطراب في الشخصية، و هذا بجانب الاضطرابات النفس جسمية.

3- الجانب الجسمي :

هناك فئة من الأفراد تعاني نقص أو اضطراب أو مرض جسدي و تشمل :

1- كل من ينقصه قدرة جسمية لأي سبب من الأسباب كالحوادث و يندرج تحت فئات ذوي العاهات الجسمية المشلولين و المشوهين و غيرهم.

2- كل من ينقصه قدرة حسية خاصة و تشمل الصم و البكم و المكفوفين.

فالفئة الخاصة هي كل مجموعة من أفراد المجتمع يتميز أفرادها بخصائص أو سمات معينة تعمل إما على إعاقة نموهم و تفاعلهم و توافقتهم مع أنفسهم و مع الآخرين، و إما أن تعمل هذه الخصائص كإمكانيات ممتازة يمكن استغلالها و توجيهها بحيث تفيدهم في هذا النمو و التفاعل و التقدم، ففي النواحي السوية نجد العباقرة أو الموهوبين و أصحاب القدرات الخاصة، و في النواحي المرضية نجد كافة ألوان الإعاقة من النقص أو المرض أو الاضطراب الجسدي أو العقلي أو النفسي أو الخلقي الذي يعوق نمو الشخصية و تقدمها في كافة مجالات النشاط الإنساني.

كما ينظر إلى الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على أنهم أفراد محتاجون و هم بحاجة ماسة إلى الرعاية و الخدمة التربوية المنفردة و الخاصة و إلى التأهيل النوعي و ذلك بهدف تحقيق أقصى ما يمكن لهم من توافق نفسي من كل جوانبه، و ذلك باعتبارهم أنهم يختلفون عن الأفراد العاديين في المجالات التالية :

المجال المعرفي، المجال الوجداني، المجال العضوي، المجال الاجتماعي، المجال الحسي،
المجال الوظيفي، المجال السلوكي، المجال اللغوي، المجال التعليمي. (عادل محمد
العدل، 2013، ص66)

فمفهوم غير العاديين هو مصطلح يمتد على خط متصل بين التفوق و الإعاقة يتخلله
المشكلات التعليمية، و الاضطرابات المختلفة، و ليس معنى ذلك أنهم جميعا ينتمون إلى صفة
موحدة و الفارق بينهما في الدرجة، و إنما المقصود أنهم يشتركون جميعا في عدة أمور:

الأول: حاجاتهم جميعا إلى الرعاية الخاصة و البرامج التربوية و التعليمية التي تختلف عما
يقدم للعاديين.

الثاني: أن هناك نوع من الصلة تربط بعضهم ببعض خاصة ما يتعلق بالأسباب الكامنة وراء
حالاتهم، فمعظم الحالات ترجع لأسباب وراثية، أو لاقتزان بعض الحالات بأعراض حالات
أخرى كارتباط التعلم بالإعاقة مثلا أو تشابه أسباب الإعاقة البصرية مع أسباب الإعاقة
الحركية.

الثالث: أن الاختلاف بين خصائص العاديين و غير العاديين، ليس اختلاف في النوع و لكنه
اختلاف في الدرجة، فالمتخلفون عقليا - مثلا - يفكرون و يدركون و يفهمون كالعاديين و لكن
بمستوى أقل و سرعة أبطأ من العاديين. وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن فئات غير العاديين
هم أولئك الأفراد الذين ينحرف أدائهم عن متوسط أداء الأفراد العاديين بشكل واضح و ملحوظ

في مختلف الصفات الحسية أو الحركية أو العقلية أو في التحصيل الدراسي.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، ص21)

لهذا يمكن تقسيم الفئات الخاصة إلى مجموعتين و هما :

1-المجموعة السوية:

و تشمل المتفوقين عقليا، العباقرة، الموهوبين و أصحاب القدرات الخاصة.

2-المجموعة المرضية :

و تشمل ضعاف العقول و ذوي العاهات أو ذوي الأمراض النفسية و العقلية و المنحرفين.

ومنه فان الفئات الرئيسية التي تحتاج إلى مساهمات تربوية خاصة و الخدمات المدعمة و

المكرسة لذلك هم الفئات التالية :

1- المعاقين (الإعاقة العقلية، الجسدية ، السمعية، البصرية)

2- المضطربين انفعاليا و سلوكيا

3- اضطرابات التواصل

4-اضطرابات اللغة

5- صعوبات التعلم

6- الموهبة و الإبداع

11- الإعاقة الحركية (الجسمية):

يرى الروسان (2006) بأن الإعاقة الحركية تمثل حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي و الاجتماعي و الانفعالي و يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة، و يندرج تحت ذلك التعريف العديد مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية، التي تستدعي الحاجة الى خدمات التربية الخاصة، ومنها، حالات الشلل الدماغي، و اضطرابات العمود الفقري، ووهن أو ضمور العضلات، و التصلب المتعدد، و الصرع.....الخ.(الروسان، 2006، ص 269)

كما يشير عبد الرحمان (2011) بأن الإعاقة البدنية أو الجسمية هي كل ما يتصل بالعجز في وظيفة أعضاء الجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية كالقلب و الرئتين و ما أشبهه، و المقصود بالإعاقة الجسمية ليس حالات الأمراض العارضة التي لا يترتب عليها عجزا حقيقيا في قدرة الفرد الطبيعية على أداء دوره الاجتماعي، و لكن المقصود بها الإصابة الجسمية التي لها صفة الدوام و التي تؤثر تأثيرا حيويا على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيرا تاما أو نسبيا (عبد الرحمان سيد سليمان، 2011، ص 17) و هي ناتجة عن خلل وظيفي في الأعصاب و العضلات أو العظام و المفاصل ، و إصابات العمود الفقري.(الطائي عبد المجيد، 2008)

ويرى القريوتي وآخران (2001) بأنه قد تختلف و تتنوع الإصابة بالإعاقات الجسمية و الصحية إلى حد كبير، فقد تكون ناتجة عن خلل خلقي أو فطري يصيب الفرد قبل الولادة، أو أنها قد تكون مكتسبة ناتجة عن الإصابة بالحوادث أو الأمراض في أية مرحلة عمرية بعد الميلاد. وعليه فقد أشار كل من (Pattan,et al (1991) نقلا عن القريوتي و آخران (2001) بأن المعاقين جسيا و صحيا هم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية و الحركية بشكل عادي، مما يؤدي إلى عدم حضورهم إلى المدرسة مثلا أو أنه لا يمكنهم من التعلم إلى الحد الذي ستدعي توفير خدمات تربوية و طبية و نفسية خاصة. ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية.(القريوتي وآخران،2001، 2014)

من خلال ما ذكر نلاحظ بأن الإعاقة البدنية عبارة عن عجز بنوعيه أوله عجز وظيفة أعضاء الجسم كالرجلين أو اليدين و هي المسؤولة عن الحركة و أداء وظائف الحياة اليومية و ثانيه عجز خاص بالحياة البيولوجية كالقلب و الرئتين هذه الأخيرة تعرقل الفرد عن أداء دوره الاجتماعي، دون أن ننسى شعور المعاقين نتيجة إعاقتهم و خاصة في مرحلة المراهقة و من ثم تتكون صورة يرسمها المعاق عن جسمه تعرف بصورة الجسم و هي تشير في هذا الصدد إلى تأثيرها سلبيا بالإعاقة البدنية، لوجود ارتباط بين صورة الجسم و الحالة النفسية للفرد و قلقه حول الظهور بجسمه أمام زملائه، و مدى تأثيره على الآخرين.(محمد التوي محمد علي،2010،،ص19)

هناك تصنيفات للإعاقة البدنية تتمثل في أربعة أنواع هي:

1 - المكفوفون و ضعاف البصر.

2 - الصم و ضعاف السمع.

3 - المصابون بالصرع.

4 - المقعدون و يقل عمرهم عن 20 سنة: و هي إعاقة ناتجة عن عيوب خلقية أو مكتسبة و

هذه الأخيرة التي تؤثر على اندماج و تفاعل الفرد مع بقية الأفراد و هناك حالات الشذوذ

الخلقية أولها هي الشلل المخي و عيوب الهيئة و بالمقابل هناك حالات ترجع إلى الإصابة

بالأمراض كشلل الأطفال و هناك حالات ترجع إلى الاضطرابات الأيضية .(محمد التوي محمد

علي،2010،،ص46)

إذن تشير الإعاقة الحركية إلى فقدان جزئي أو كلي لقدرة الشخص على القيام بالمهارات

الحركية (كالمشي الوقوف، حمل الأشياء، صعود و نزول الدرج استخدام الأصابع للكتابة

...الخ) و ذلك راجع إلى خلل وظيفي بدني كالشلل الحروق، الروماتيزم، الضمور العضلي

11- 1 - البرامج التربوية للمعاقين حركيا:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين حركيا أنها طرق تنظيم و تعليم و تربية هؤلاء المعوقين حركيا،

إذ أن هذه البرامج تتناسب مع نوع الإعاقة و شدتها، لذا فان هذه البرامج المقدمة لفئة المعاقين

حركيا هي في كثير من الأحيان تختلف عن البرامج التي تقدم لغير هذه الفئة من الإعاقات

الأخرى.

إن توفير هذه البرامج المتخصصة كما أشار " فريز و هنزنجر 1983 " Fraser & Hensieger " لا يعني بأي حال من الأحوال عزل المعاق في مؤسسات خاصة بعيدا عن أقرانه العاديين و لكنها يعني توفير البدائل التربوية المختلفة و الملائمة بكل حالة فردية و كذلك توفير الخدمات المساعدة سواء أكانت طبية أو غيرها كالعلاج الطبيعي أو الوظيفي، و العمل دوما على تعديل البيئة التربوية و الوسائل و الأجهزة التعويضية و التربوية المساعدة، و في هذا السياق فانه يمكن إجراء تعديلات في الجوانب و الموضوعات التي تخص المنهج الدراسي و بيئة التعلم بحيث يتم تعديل:

1 - المنهج الدراسي بشكل يلبي حاجات الطفل و يضيف في نفس الوقت مهارات أساسية تتضمنها في العادة المناهج المقدمة للأفراد العاديين.

2 - بيئة التعلم و ذلك لأن المصابين بالشلل الدماغي يحتاجون إلى توفير بيئة بصفة خاصة تختلف عن البيئة الطبيعية التقليدية، مثل إجراء التعديلات الضرورية للبيئة الصفية و المدرسية و الأثاث المدرسي و الأجهزة المساعدة و المواد التعليمية و وسائل النقل و المواصلات، أما فيما يتعلق بالخدمات المساعدة، فان خدمات العلاج الطبيعي و الوظيفي و المهني تعتبر من أكثر البرامج إلحاحا و ذلك نظرا لطبيعة الإصابة و الآثار السلبية المترتبة عليها. (كوافحة و عمر فواز، 2003، ص204).

11-2- حاجات المعاق حركيا :

إن احتياجات الأساسية الفرد المعاق حركيا كثيرة وتتعدد نذكر أهمها

أ/تصنيف كرينال :

- الحاجة للحب
- الحاجة الى علاقات الأمن مع السلطة
- الحاجة الى موافقة الأقران

ب/ تصنيف (إبراهيم الغمري) الى ثلاث اقسام :

*الحاجات الفيزيولوجية: الغذاء ، الماء، الراحة، المأوى

*الحاجات الاجتماعية : التعاطف، القبول

*حاجات إشباع الذات: التحكم ، الاستقلال، الإنجاز .

ج/حاجيات صحية وتأهيلية : العلاج - الرعاية البدنية - أجهزة تعويضية - الحركة والتنقل:

كرسي للتنقل، وسيلة للتواصل -إستعمال المراض -ارتداء الملابس. (غزال،2016،ص187-191)

حاجات نفسية للمعاق حركيا :

- الحاجة الى الارشاد النفسي .
- الحاجة الى توفير أجواء نفسية مريحة للمعاقين بدنيا .
- تقديم التشجيع والدعم النفسي •إشراكهم في خبرات سارة.
- الحاجة للتأهيل المهني .

الحاجات التربوية للمعاق حركيا :

- هم بحاجة الى مناهج دراسية واساليب تعليمية مناسبة .
- الحاجة الى التعزيز الايجابي والبعد عن اساليب العقاب المختلفة .
- تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة إليهم. (النوايسة، 2013، ص 210-212)

12- الإعاقة السمعية :

يشير القريوتي و آخران(2001) بأنه يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة. و تتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة و المتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي، إلى الدرجات الشديدة جدا و التي ينتج عنها صمم (القريوتي و آخران، 2001، 102). فهي فقدان القدرة على السمع (بشكل جزئي أو كلي) و أهم المشاكل التي تواجه الأطفال الذين يعانون من صمم كلي هو عدم القدرة على التواصل لعدم توفر طريقة التواصل المشتركة. و هناك خمسة أسباب رئيسية للإعاقة السمعية و هي: العوامل الوراثية، الحصبة الألمانية، عدم توافق العامل الريزيبي، التهاب السحايا الأطفال المبتسرين. (عادل محمد العدل، 2013)

12-1- أنواع الإعاقة السمعية:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية وفقا لمكان الإصابة أو الضرر الذي يصيب الجهاز السمعي، وعليه الخلل الذي يصيب الجهاز السمعي يتخذ أشكالا مختلفة من الإصابة يمكن ان نميز الأتي :

أولاً: الإعاقة السمعية التوصيلية: تنتج عندما تشمل الإصابة الأجزاء الموصلة للسمع كالطبلة أو المطرقة أو السندان أو الركاب أي أن الخلل يصيب الأذن الخارجية أو الوسطى مع بقاء الأذن الداخلية سليمة؛ و في مثل هذه الحالات لا تصل الموجات الصوتية الأذن الداخلية ومن ثم لا تصل إلى المخ؛ أو نتيجة وجود انسداد في قناة الأذن الخارجية لوجود المادة الشمعية أو جسم غريب.

ثانياً: الإعاقة السمعية الحسية العصبية: تنتج الإعاقة السمعية الحسية العصبية نتيجة عيب أو إصابة في الأذن الداخلية أو في العصب السمعي الموصل للمخ ، ويترتب عن هذا الخلل عدم وصول الموجات الصوتية مهما بلغ ارتفاعها إلى الأذن الداخلية ومن ثم لا تترجم إلى نبضات عصبية سمعية وبالتالي لا يتم تفسيرها واسطة المركز العصبي السمعي في المخ. (فتحي السيد عبد الرحيم ، ص 209)

ثالثاً: الإعاقة السمعية المختلطة: تحدث نتيجة وجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث أو في جزءيه معا ، وأسبابه وأعراضه عبارة عن خليط ما بين الإعاقة السمعية التوصيلية والحسية. (ماجدة السيد عبيد. ص 177)

12- 2- الخدمات التربوية للمعاقين سمعياً:

يختلف شكل و طبيعة الخدمات التربوية المناسبة لمختلف فئات المعوقين سمعياً من فرد إلى آخر باختلاف درجة الإعاقة السمعية معبراً عنها بدرجة فقدان السمع ، و باختلاف السن الذي حدثت فيه الإعاقة و عوامل أخرى عديدة كالخدمات الخاصة السابقة التي توفرت للطفل

في مراحل مبكرة، و مدى استفادته من المصححات السمعية (القيوتي و آخران،2001)، وعليه فان هذه الخدمات التربوية تتمثل في ما يلي:

أولاً: الخدمات التربوية الأسرية: البيت هو البيئة الأولية و المناخ الخصب لاكتساب اللغة و الأسرة التي لديها طفل معاق سمعياً، لهذا عليها إن تراعي الجوانب التربوية التالية:

1 - إذا كان الطفل مصاباً بالصمم الولادي فعلى الأب تعلم لغة الإشارة و لغة الشفاه حتى يستطيع تدريب طفله عليها و التواصل معه.

2 - في حالة الإعاقة السمعية الجزئية بفضل أولاً تشخيص الحالة بواسطة اختصاص لتحديد السماع المناسبة لحالة الإعاقة.

3 - عند تعليم الطفل (ضعيف السمع) اللغة يجب التركيز على تعليمه الكلمة في سياق الجملة و ذلك بعكس ما ينبع من الأطفال العاديين.

4 - استخدام مصطلحات اجتماعية متداولة و معروفة لدى الطفل حتى يتمكن من فهم معاني الكلمات.

5 - تدريب الطفل على القيام بمهام الحياة اليومية بصورة المبتكرة و مشوقة كاللعب من خلال تقمص الأدوار بمعنى أن نطلب من الطفل تقليد وثبة الأرنب عند تعليمه كلمة أرنب ... و هكذا

6 - استخدام النماذج و التوجيهات التي لها مدلول حسي و فهمها يعتمد على البصر أكثر من السمع.

7 - الإكثار من الحوار و المناقشة مع الطفل ضعيف السمع.

8 - تشجيع الطفل على اللعب، و السماح له بالاختلاط بالأطفال العاديين.

9 - مشاركة الأم له في الأعمال المنزلية و التحدث إليه و وصف كل ما يقوم به عن طريق الكلام.

10 - اصطحاب الطفل الأصم عند القيام بالزيارات للأهل و الجيران.

11 - يجب تشجيعه على أي مجهود كلامي يحاول القيام به على ألا نصحح أخطائه دفعه واحدة و إنما بالتدريج.

12 - التحدث المستمر إلى الطفل الأصم و يراعي عند التحدث معه أن ننظر إلى وجهه ليتعرف على الكلام من خلال حركة الشفاه.

13 - تدريب الطفل الأصم على كيفية التعامل و التواصل مع الآخرين.

ثانياً: الخدمات التربوية المدرسية: يتبع المعلم الأسلوب نفسه الذي استخدمته الأسرة مع تطويره ليشمل الجوانب التالية:

1 - تدريب التلميذ المعاق سمعياً على تنظيم حركة التنفس عند الكلام و تعويده الاهتمام بمخارج الأصوات مع استخدام مكبرات الصوت في الشرح إذا دعت الضرورة لذلك.

2 - وضع التلميذ في أفضل مكان للجلوس مما يسمح له بسماع صوت المعلم (حوالي عشرة أقدام من المعلم).

- 3 - وقوف المعلم في مكان قابل للرؤية لأن مشاهدة التلميذ المعاق لتعبيرات وجه المعلم و هو يتكلم و هو يتكلم و ملاحظة إيماءاته و إشاراتة تزيد من قدرته على فهم الكلام بنسبة 20%.
- 4 - الاستفادة القصوى من بقايا السمع المتوفرة لدى المعاق لتنمية قدراته اللغوية و مهاراته في الكلام و قراءة الشفاه.
- 5 - استعمال المثريات البصرية لينمي لدى المعاق القدرة على الإدراك البصري مما يساعد على الفهم.
- 6 - تشجيع الطالب على المشاركة في الأنشطة الجماعية التي تتيح له فرصة الحوار مع زملائه.
- 7 - على المعلم ألا يفترض الفهم الفوري من التلميذ المعاق لذلك يجب استخدام أسلوب التكرار خاصة فيما يتعلق بصياغة الجملة و إعادة صياغتها مرة أخرى.
- 8 - ملاحظة أن التركيز الزائد من التلميذ المعاق ليقى منتبها يسبب الإرهاق و التعب لذلك لابد من وجود فترات راحة بسيطة بين فترة و أخرى.
- 9 - تنمية معرفته بمفاهيم الأعداد.
- 10 - تنمية ميوله و استعداداته لقراءة بعض الكلمات و التعبيرات التي تنمي مهارة القراءة لديه.

11 - تدريبه على استخدام بصره في التمييز بين وجوه التشابه و الاختلاف فيما يراه من صور و أشياء.

12 - البدء بتعليم التلميذ النطق الصحيح أولاً ثم الانتقال إلى الحوار التفاهم مع الآخرين.

13 - على المعلم أن يقدم نموذجاً صوتياً واضحاً للكلمة و الجملة.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، ص198).

13- الإعاقة البصرية:

ا/ لغة: يستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية للتعرف على الشخص الذي فقد بصره و هذه الألفاظ هي كما يلي:

كلمة الأعمى: و هي مأخوذة من أصل مادتها و هي العماء، و العماء هو الضلالة، و العمى يقال في فقد البصر أصلاً و فقد البصر مجازاً.

كلمة الأكمه: مأخوذة من كلمة الكمه و هي العمى الذي يحدث قبل الميلاد و يشار بها الى من يولد أعمى.

كلمة الأعمه : مأخوذة من العمه، و تعني في لسان العرب التحير و التردد و يقال العمه في افتقاد البصر و البصيرة، بينما كلمة الضرير مأخوذة من الضر و هو سوء الحال أما في نفس الشخص أو في بدنه، و الضرارة هي العمى.

كلمة العاجز: فتطلق على الكفيف.

و أما كلمة الكفيف: فأصلها من الكف و معناه المنع، والكفيف أو المكفوف هو من كف بصره أي عمى. (سيد خير الله و لطفى بركات أحمد، 1967 ، ص8)

ب / اصطلاحا :

يعرف القريوتي و آخران (1995) نقلا عن القريطي، (2005) المكفوف من وجهة النظر التربوية بأنه " من فقد القدرة الكلية على الإبصار، أو الذي لم تتح له البقايا البصرية القدرة على القراءة و الكتابة العادية حتى بعد استخدام المصطلحات البصرية، مما يحتم عليه استخدام حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل". (القريطي،2005،ص353)

كما تعرف الإعاقة البصرية تربويا بأنها " المعاق بصريا هو الفرد الذي يتعارض ضعف بصره مع قيامه بالتعلم و التحصيل بشكل جيد، أو تحقيقه للإنجاز الأكاديمي بشكل مثالي ما لم يتم إدخال تعريفات مناسبة في تلك الطرق و الأساليب التي يتم من خلالها تقديم خبرات التعلم له، و المناهج الدراسية المقررة، و طبيعة المواد المستخدمة في التعلم و بيئته بحيث تكون هذه التغيرات ليست جوهرية و لكنها تساعده على تحقيق ذلك بشكل جيد "

المفهوم اللغوي للإعاقة البصرية يركز على إطلاق بعض الألفاظ على من فقد بصره، و منها الأعمى و الأكمة، و الأعمى، و الضرير، و العاجز و الأعمش و أن تلك الألفاظ و رد بعضها في القرآن الكريم و منها:

قوله تعالى " ليس على الأعمى حرج ... " صدق الله العظيم. (فتحي عبد الرحمان الضبيع،2008،ص73

.)

الشخص المعاق بصريا يعرف من الناحية القانونية بأنه" الذي تكون حدة إبصاره تساوي أو تقل عن (20 / 200) (60/6) قدم في أقوى العينين و ذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة، أو هو من لديه حدة إبصار مركزي تزيد عن (20 / 200) قدما، لكن يضيق أو يتحدد مجال إبصاره بحيث لا يتعدى أوسع قطر لهذا المجال 20 درجة بالنسبة لأحسن العينين. (أما الشخص الكفيف هو ذلك الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل، و كذلك الطرق السمعية و الشفوية، كالتسجيلات الصوتية، و الكتب المسجلة على أشرطة مسموعة، في حين ضعاف البصر أو المبصرون جزئيا هم أولئك الذين لديهم من البقايا البصرية ما يمكنهم من استغلالها في قراءة المواد المطبوعة بأحرف كبيرة الحجم، أو الكتب العادية مع الاستعانة بالمعينات البصرية أو الأجهزة المكبرة للأحرف. كما يعرف فقدان البصر كليا بأنه" عدم القابلية لتمييز الضوء من الظلام أو عدم القابلية الكلية للرؤية".(سعيد كمال عبد المجيد،2009،ص166) (القريطي،2005)

يتبين من التعاريف السابقة أن الشخص الأعمى هو من يرى على مسافة 20 قدما (ستة أمتار) ما يراه الشخص المبصر على مسافة 200 قدما (أي ستون مترا). و ما يمكن الإشارة إليه هو أنه كلما كان العمر الزمني الذي تحدث فيه الإعاقة البصرية أكثر تأخرا، كانت الصور و الخبرات البصرية التي أختزنها الطفل في ذاكرته، كالألوان و الأشجار أكثر فاعلية بالنسبة له، حيث يسهل عليه استعادتها و الاستفادة منها.

كما أن فاقد البصر (بشكل جزئي أو كلي) أو ضعيفي البصر بشكل شديد، هم بحاجة إلى التدريب على مهارات التنقل و الحركة و القراءة و الكتابة بطريقة برايل، و كذلك هم بحاجة للتدريب على الحواس لأن تدريبهم يسهل إلى حد كبير عملية دمجهم.

13 - 1 - أسباب الإعاقة البصرية:

للإعاقة البصرية أسبابها نذكرها في الآتي:

أولاً - أسباب وراثية: تحدث هذه الإعاقة قبل أو أثناء الولادة و قد تتأخر ظهور الأعراض إلى مرحلة المراهقة أو سن الرشد و من الأسباب الوراثية:

1 - قصور الأنسجة: هو عبارة عن تشوهات في بعض أجزاء من العين و عدم نمو بعض الأجزاء المركزية المحيطة في الشبكة و هذا بسبب ضعف البصر و حول و حساسية الضوء.

2 - القرنية المخروطة: و تكون القرينة على شكل مخروط مما يسبب ضعف في حدة البصر و هو منتشر عند الإناث أكثر من الذكور.

3 - عمى الألوان: في هذه الحالة الوراثية لا يستطيع فيه الفرد التمييز بين الألوان خاصة بين الأحمر و الأخضر.

4 - التهاب الشبكة الصبغية: و هو مرض منتشر عند الذكور أكثر من الإناث و هو مرض له علاقة بأمراض الجهاز العصبي المركزي.

ثانيا - الأسباب المكتسبة: و هذه الأسباب تعود للأمراض أو حدوث خروج في حاسة البصر، و الأجهزة العصبية و من بينها ما يلي:

1 - المياه السوداء الولادية: وتوجد عند الطفل منذ الولادة و تحتاج إلى تدخل جراحي و من أعراضها سيلان الدموع تتشكل كثيرا و تجنبه للضوء و ذلك بسبب توسع قرينة العين و تلفها، أما عند الراشدين تتمثل الأعراض في صداع كبير في الجزء الأمامي من الرأس.

2 - التهابات العين: و هي التهابات تصيب القرنية أو القرينة و هذه الالتهابات تسبب أمراض الحصبة مثلا:

1 - رآرة العين: و هو عبارة عن حركات لا إرادية و سريعة للعين و تعود إلى مشكلة في الأذن الداخلية و وجود خلل في الدماغ.

2 - العين الكسولة: و يحدث هذا المرض إما في عين واحدة أو في العينين اثنتين.

إضافة إلى ما ذكر يمكن توضيح مظاهر الإعاقة البصرية في:

1 - قصر النظر: هو عبارة عن صعوبة رؤية الأشخاص للأجسام البعيدة.

2 - حالة صعوبة تركيز النظر: و هذه الحالة تتمثل في عدم قدرة الفرد على رؤية الأجسام

بشكل مركز. (سعيد كمال عبد المجيد، 2009، ص354-356)

13 - 2 - الحاجات الشخصية و التربوية للمعاق بصريا:

1 - تدفعه و تشجيعه على القيام بمعظم الأنشطة التي تمكنه من القيام بها و التي يمارسها أقرانه المبصرون المتعلقة بالفعاليات الاجتماعية و الرياضية و الفنية و الأدبية و غيرها.

2 - يتطلب كذلك مساعدته على القيام بالتنقل و الحركة معتمدا على نفسه، حيث يجري تدريبه على ذلك في مرحلة الطفولة المبكرة، لذلك فان الطفل الكفيف في أمس الحاجة إلى التنقل و التوجه و اكتشاف البيئة التي يعيشها لكي يستقل بذاته و يعتمد على نفسه ما استطاع إلى ذلك سبيلا ابتداء من البيت و البيئة المحيطة به، و هكذا يمكنه الاندماج في المجتمع، و قد يستخدم الكفيف وسائل مساعدة منها العصا العادية و العصا البيضاء، و الإنسان كمرشد و الكلاب كمرشدة و بعض الأجهزة الحديثة التي تنبه الكفيف بوجود عوائق كالأجهزة الصوتية التي توضع على العنق أو تحمل باليد، و إبعاده قدر الإمكان عن الحركات غير المرغوب فيها، كتحريك الرأس و اللعب بالعيون و ما شبه ذلك.

3 - أما في الجانب التعليمي و التربوي فيفضل إلحاق الأطفال المكفوفين بمدارس خاصة لتعليمهم القراءة و الكتابة بطريقة برايل.

4 -يفترض أن يتدرب الكفيف على استخدام حاستي السمع و اللمس، فمهارة الاستماع ضرورية لأنها إحدى الوسائل الأساسية لتعلم الكفيف و هي الحاسة الأولى التي يستخدمها الكفيف إلناقصى درجة ممكنة ليتعلم أفضل.

5 - كما أن التدريب اللمسي ضروري جدا بالرغم من أنه لا يرقى أن يكون بمستوى حاسة السمع و لكنه ضروري و خاصة لتعلم القراءة و الكتابة و الحساب بطريقة برايل، أو لقراءة الحروف المكتوبة بشكل كبير. (قطان أحمد الظاهر، 2002، ص172-173)

13-3- خصائص الإعاقة البصرية:

لفئة المعاقين بصريا مميزات خاصة تعنيهم دون غيرهم من الإعاقات الأخرى، ولعل أهم هذه الخصائص هي:

(أ) **الخصائص الذهنية:** إن التطور الذهني لدى المصابين بالقصور البصري يتأثر تأثرا كبيرا بالمبادرات والمثيرات التي تمكنهم من اكتشاف محيطهم ، حيث يذكر ويلر (1997) بداخل (معوض، 2004، ص223) بأن هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في تحديد قدرات المعاقين بصريا الذهنية. فالطفل ذو القصور البصري لا يتعلم تلقائيا من المحيط بينما يستطيع الطفل العادي اكتشاف محيطه لوحده.

(ب) **الخصائص اللغوية:** يتأخر التطور اللغوي لدى الطفل المعاق بصريا في أولى سنواته المبكرة، ولكن قدراته اللغوية تصبح طبيعية حين يبدأ بالتعبير الشفهي كما يذكر هالهن وكوفمان (2003) بداخل (معوض، 2004، ص223)، وذلك بسبب تركيزه الأساسي على حاسة السمع والتعلم الشفهي بسبب ميله للتواصل مع الآخرين، ومن الناحية الأخرى يواجه المعاق بصريا صعوبات في تعميم المعلومات، وصعوبة كذلك في التفكير الفرضي وصعوبة في الوصف.

ت) الخصائص الاجتماعية: إن الإعاقة البصرية تؤدي إلى سوء التكيف الاجتماعي للمعاق بصريا، وهذا يبدأ من خلال علاقته مع أسرته، وامتدادا إلى الأقارب والجيران والأصدقاء وانتهاء بزملاء العمل. (عطية، 2001، 125)

ويذكر عبد العزيز (2008، 371) بأن المعاق بصريا يميل إلى العزلة والانطواء وخاصة الشخص الكفيف، وذلك بسبب إنتيابه شعور بالخوف من أن يستهزء الآخريين به وكذلك حرصا على سلامته وتجنبنا للمخاطر. ويضيف كذلك إلى أن الكفيف يعاني من قلة في التفاعل الاجتماعي وكذلك سوء التكيف الاجتماعي، وذلك بسبب إعاقته وعدم قدرته على اكتشاف البيئة المحيطة به.

14- الإعاقة العقلية :

14-1- مفهوم الإعاقة العقلية:

. أولا: لغة: الإعاقة في اللغة مأخوذة من المصدر عوق وتعني الحبس والصراف.

يقال: (عاقه في كذا يعوقه) إذ حبسه وصرفه، وأصل عاق عوق، ثم نقل من فعل إلى فعل، ثم قلبت الواو في فعلت ألفا.

(العوق) أيضا التنبيط والإعتياق، يقال عاقه عن الوجه الذي أراده عائق وعقاه وعوقه واعتاقه كله بمعنى، وفي التنزل: ﴿ وَقَدْ يَعْلَمُ اللهُ الْمُعْوِقِينَ مِنْكُمْ ﴾ وهم قوم من المنافقين كانوا يثبطون أنصار النبي صلى الله عليه وسلم عن نصرته.

والعوق: الرجل الذي لا خير عنده قال رؤبة: فداك الله منهم كل عوق أصلد.

والعوق أيضا من يعوق الناس عن الخير كالعوقة.

ويقال: عاقني عن الأمر الذي أردت عائق وعقاني عائق. (تاج العروس، ج 26، ص 224-225)

. ثانيا: إصطلاحا:

الإعاقة العقلية هي تأخر التطور العقلي أو تباطؤه لسبب أو لآخر، وقد أطلق (كريستين مايلز، 1994) على الإعاقة العقلية عدة تسميات منها "التخلف العقلي" "الخلل العقلي" و"القدرة العقلية تحت العادية" و"الضعف الذهني" و"الإعاقة الذهنية" وكثيرا ما يستخدم مصطلح الصعوبة في التعلم أو الإعاقة في التعلم ويفضل بعض الأهل هذين المصطلحين ناهيك عن أنهما أسهل فهما،

كما أشار (محمد السيد، 1998) إلى بعض المصطلحات القديمة في اللغة العربية والتي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية والتي قل استخدامها في الوقت الحاضر ومنها مصطلح الطفل الغبي أو الطفل البليد.

ونحن لا نستخدم اليوم مصطلحات مثل "المعتوه" و"الأبله" و"المغفل" و"دون السوي" و"غير الطبيعي" حين نتكلم عن المعوقين عقليا لأن في معاني هذه المصطلحات تحقير للإنسان. و كذلك يجب ألا ينعى المريض عقليا ب "المجنون" أو "المخبول

إن الاتجاه الحديث على حد قول (الروسان، 2000) في التربية الخاصة يميل إلى استخدام مصطلح الإعاقة العقلية، وتبدو مبررات استخدام ذلك المصطلح مرتبطة باتجاهات الأفراد نحو الإعاقة العقلية وتغييرها نحو الايجابية، إذ يعبر مصطلح الإعاقة العقلية عن اتجاه ايجابي في النظر إلى هذه الفئة، في حين تعبر المصطلحات القديمة أو غيرها عن اتجاه سلبي نحو هذه الفئة.

إن مفهوم الإعاقة العقلية مر بمراحل عديدة، وسوف يظل في حالة تطور مستمر، وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة، التي تعتبر موضوعاً يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلوم النفس والتربية والاجتماع والطب، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسيره ومعرفة أثره في المجتمع، لهذا هناك تعريفات مختلفة للتخلف العقلي، كان من أبرزها.

1-التعريف الطبي:

يعتبر التعريف الطبي كما يرى (الروسان، 2006) من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرة الإعاقة، ففي عام (1900) ركز "ايرلاند" على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو بعد الولادة، كما أشار (القريطي، 1996) على العوامل المسببة للتخلف العقلي كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض، مما يؤدي إلى حدوث خلل في الجهاز العصبي وضمور في خلايا

المخ، وينعكس بالتالي على الوظائف العضوية أو الحركية للجسم، والهدف من وراء هذا النوع من التعاريف هو تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة

وعلى ذلك يركز التعريف الطبي للتخلف العقلي في وصف الحالة وأعراضها وأسبابها بدون إعطاء وصفا لمستوى ذكاء الفرد، وأثار الإعاقة العقلية على النمو الاجتماعي للفرد.

من هذا المنطلق فقد أشارت "حلاوة" (2004) إلى التعريف الذي قدمه كلا من "بنوا" Benoit (1959) و"تريد فولد" Tred gold (1952) والذي يركز على وصف سلوك المعاقين عقليا، في علاقته بإصابة عضوية أو عيب في وظائف الجهاز العصبي المركزي، والمتصل بالأداء العقلي بطريقة أو بأخرى، حيث تكون الإصابة ذات درجة واضحة التأثير على ذكاء الفرد.

وعن "بخش" (2000، ص10) يعرف "تريلد فولد" (1937) الإعاقة العقلية على أنها: «حالة من عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة يصبح معها هذا الفرد غير قادر على تكييف نفسه مع البيئة المعتادة لأقرانه، بطريقة تحافظ على بقاءه مستقل عن عملية الإشراف و المراقبة و المساندة الخارجية».

ويؤكد تعريف "ماكملان" سنة 1671 حسب ما أشار إليه "يحيى وعبيد" (2005، ص16) على أن التخلف العقلي عبارة عن: «حالة من النقص العقلي ناتجة عن سوء التغذية، أو مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي وتكون هذه الإصابة قبل الولادة أو في

مرحلة الطفولة، مما يؤدي في نقص في القدرة العامة للنمو وبالتالي يؤثر على التكيف مع البيئة».

يركز التعريف الطبي كما يشير كذلك (فتحي، 1999، ص 46-50) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمل الدماغ، سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها وذلك عطل بعض الشيء العمل مع هذه الفئة، لأن معرفة السبب لا يفيد كثيرا في التنبؤ بالسلوك الذي هو حصيلة عوامل كثيرة، وليس حصيلة سبب واحد، ويتعذر تحديد سبب واحد لكل حالة إعاقة ذهنية، ولكن ذلك أسهم في الوقت الحالي في كثير من الحالات في التدخل المبكر ومنع الإصابة.

2. التعريف السيكومتري:

انبثق التعريف السيكومتري نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، حيث يرى (الروسان، 1996) بأن الطبيب يصف الحالة ومظاهرها وأسبابها، لكنه لا يعطي وصفا دقيق وبشكل كمي للقدرة العقلية، فعلى سبيل المثال قد يصف الطبيب حالة الطفل التريزوميا ويذكر مظاهر تلك الحالة من الناحية الفيزيولوجية وأن يذكر الأسباب المؤدية إليها، ولكن لا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة.

كما ذكرت (الضبع، 2005، ص 77-78) أن التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية، ظهر نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي لقياس القدرة العقلية على يد "بينيه" (1905)، وفي هذا الخصوص يضيف (الخطيب وآخرون، 2007) إلى أنه بعد ظهور مقياس

ستانفورد بينيه للذكاء، أجريت تعديلات عليه في جامعة ستانفورد في الولايات المتحدة، ومن ثم ظهرت مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس "وكسلر" للذكاء الأطفال عام 1949، وأصبح الاهتمام يركز على الخصائص العقلية والنفسية للأفراد المعوقين عقليا وقد اعتمد التعريف السيكومتري على معامل الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية، وقد اعتبر الأفراد الذين يقل معامل ذكائهم عن الخامس والسبعين معاقين ذهنيا، على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية (الروسان، 1999)، وذلك بعد تطبيق أحد مقاييس الذكاء على الأطفال، ويرى (صادق، 1982) بأن القدرة العقلية للمعاق عقليا تبلغ ثلاث أرباع القدرة العقلية للفرد العادي المتكافئ مع المعاق في العمر الزمني Ingram

وحسب ما أشار إليه "مرسي" (1997) يرى "دفيدوكسلر" بأن تشخيص التخلف العقلي الشديد والمتوسط على أساس نسبة الذكاء ممكن، أما تشخيص حالات التخلف العقلي الخفيف، فالأمر يحتاج إلى محكات أخرى، فليس من المعقول أن يحصل الفرد على نسبة ذكاء أقل من المتوسط بكثير ويشخص (متخلفا عقليا) رغم نجاحه المدرسي، وحصوله على مهنة، وتكيفه من الناحية الاجتماعية، لذلك لابد من الأخذ بعين الاعتبار مقدار ما يمكن أن يحققه الفرد من السلوك المتكيف اجتماعيا نفسيا ومهنيا.

3. التعريف الاجتماعي:

أشار (الروسان، 2006) إلى أن التعريف الاجتماعي لهذه الفئة من الأطفال المعاقين عقليا، كان نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينيه،

ومقياس "وكسلر"، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، الأمر الذي أدى إلى الاعتماد على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة، التي تقيس مدى تكيف الفرد مع المجتمع، وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مع أقرانه في مثل سنه، كما ذكرت (الضبع، 2005) أن كثيرا من الباحثين ركزوا على اعتبار قيام الفرد بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة :

ويرى "القريطي" (2005) (الخطيب والحديدي) (1997) "عبد الباقي" (2000) بأن التعريف الذي قدمه "جرو سمان" (1977) من أكثر التعريفات التي لاقت قبولا واسعا بين المتخصصين، وينص هذا التعريف على أن التخلف العقلي هو: «مستوى أداء عقلي وظيفي عام دون المتوسط بدرجة جوهرية، يتلازم معه قصور في السلوك التكيفي، ويحدث ذلك خلال فترة النمو».

يتضح من خلال هذا التعريف أنه يجب أن تتوفر شروطا للحكم على الفرد أنه متخلف عقليا هي:

. أداء وظيفي عقلي منخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية، بحيث يتحدد الأداء الوظيفي بالنتائج التي نحصل عليها، بتطبيق واحد أو أكثر من اختبارات الذكاء العام المقننة مثل مقياس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر، كما يقصد بأن يكون الأداء الوظيفي منخفضا عن المتوسط بدرجة جوهرية، و أن يقل عن متوسط الأداء بمقدار انحرافين معياريين سالبين أو أكثر، وطبقا لهذا الشرط تعد جميع الحالات التي تبلغ معاملات ذكائها 70 درجة فأقل من المتخلفين ذهنيا.

. تلازم انخفاض الأداء الوظيفي العقلي مع القصور الواضح في مستوى السلوك التكيفي للفرد، بحيث في الحالات العادية يشترط في التعريف، أن يكون الانخفاض الجوهري في الأداء الوظيفي العقلي للفرد متلازما مع قصور واضح في السلوك التكيفي، أي بنقص ملحوظ في كفاءته الاجتماعية، ومهارات النمو، والاعتماد على النفس، والتوجيه الذاتي وتحمل الأعباء الحياتية، والقدرة على التحكم الانفعالي، وتكوين علاقات حميمة مع أفراد المجتمع والتكيف معهم، حيث تقاس هذه المتغيرات باستخدام مقياس السلوك التكيفي.

ويشير (عادل، 2004) بأن الفرد عندما يحقق غايته الذاتية ويستجيب لمسؤولياته الاجتماعية المتوقعة منه، والمقبولة ممن هم في مثل عمره الزمني، ونوع طبيعة الجماعة التي ينتمي إليها لا يصنف من المتخلفين عقليا.

كما يرى (الروسان، 2000، ص 61) بأن: «الإعاقة العقلية تمثل مستو من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحبها خلل في مظاهر السلوك التكيفي وتظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد حتى سن 18».

نلاحظ أن تعريف "الروسان" يتفق مع التعريف الذي قدمه "جروسمان" (1977) والذي يؤكد على أن المتخلفين عقليا ينقصهم النضج العقلي، الذي غالبا ما يظهر منذ الولادة حتى سن 18، كما تعود إلى وجود نقص في الكفاءة الاجتماعية والتي تمثل السلوك التكيفي.

إذن حسب ذلك التعريف فقد اعتبرت معايير نسبة الذكاء والسلوك التكيفي، أبعادا رئيسية

في تعريف الإعاقة العقلية.

كما يرى (صابر، 1997، ص 15) بأن الإعاقة العقلية تمثل حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، تؤثر على الجهاز العصبي للفرد، مما يؤدي إلى نقص الذكاء، وتتنح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق النفسي، والاجتماعي والمهني، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين.

ويعتبر هذا التعريف شامل لكل التعريفات السابقة والتي تحدد مفهوم التخلف العقلي من منظور اجتماعي، في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المتخلف عقليا، حيث يعد غير كفاء اجتماعيا ومهنيا ودون نظيره السوي في القدرة العقلية والاجتماعية، وتتسم هذه الفئة بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي، إضافة إلى تأكيده على العامل البيولوجي الذي يعتبر السبب في حدوث مثل هذا الاضطراب.

4. التعريف التربوي:

يهتم التعريف التربوي بتحديد الإعاقة العقلية على أساس القدرة على التعلم، حيث يقوم هذا التصنيف التعليمي على مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية، والقدرة على التدريب خلال سن الدراسة وفي معاملات الذكاء المختلفة، وتؤكد هذه التصنيفات على أهمية البرامج التربوية والتعليمية المكيفة المناسبة لإشباع الاحتياجات الخاصة لكل فئة.

وقد ظهرت تعريفات تربوية عديدة للإعاقة العقلية تركز في جوهرها على مدى قصور هذه الفئة في استيعابها للمواد الدراسية المقدمة للأطفال العاديين، نتيجة لانخفاض القدرة العقلية لديهم. ومن بين هذه التعريفات نجد تعريف "كيرك" ويرى فيه أن الطفل المعاق عقليا هو: «الشخص الذي يعاني من تخلف دراسي، وبطء في التحصيل وعدم القدرة على مسايرة البرامج الدراسية بالمدرسة العادية، بسبب تخلف قدراته الذهنية ويفشل في تحصيل المجردات والتعامل معها وقد يستطيع اكتساب بعض مبادئ القراءة والكتابة فيسمى قابلا للتعلم، أو يفشل في اكتساب هذه المبادئ فيسمى غير قابل للتعلم». (كاشف، 2001، ص19)

وقدم "برق" (1997) عن (يحي وعبيد، 2005، ص 16-17) تعريفا للمعوق عقليا رأى فيه بأنه: «هو الفرد الذي لا يقل عمره عن ثلاث سنوات ولا يزيد عن عشرين سنة، ويعيقه تخلفه العقلي عن متابعة التحصيل الدراسي في المدارس العادية، وتسمح له قدرته بالتعلم والتدريب وفق أساليب خاصة»، ويضيف قائلاً بأنه: «كل طفل لا يستطيع أن يعبر عن أفكاره كتابيا، ولا يقرأ الكتابة أو الطباعة وأن يفهم ما يقرؤه، بينما لا يوجد لديه أي اضطراب بصري أو أي شلل حركي يفسر عدم اكتساب هذا الشكل اللغوي».

وذكرت (علا عبد الباقي، 1993) أن نسبة الذكاء تستخدم في تحديد قدرة التلاميذ على التعلم، باعتبارها الأساس المعياري لتحديد مستوى الأداء الوظيفي للقدرة العقلية، وبذلك ينقسم المعاقون عقليا إلى معاقين قابلين للتعلم ومعاقين قابلين للتدريب، ومعاقين غير قابلين للتعلم أو للتدريب.

5. تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

وأشار كلا من (الخطيب والحديدي، 2007، ص152) إلى أن الإعاقة العقلية «تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك قصور واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18».

و "هنت" و"مارشيل" و"لاكسون"، و أشارت كل من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) إلى ظهور تعديل جديد لتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في عام 1993، ونص هذا التعديل إلى عدد من التغيرات في التعريف التقليدي السابق للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، وعليه جاء في هذا التعريف الجديد بأن: «الإعاقة العقلية تمثل عددا من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18، وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (70°)، ي صاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مهارات: الاتصال اللغوي، العناية الذاتية، الحياة اليومية، الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل» (الروسان، 2005، ص 22).

14-2- تصنيف الإعاقة العقلية:

تهدف عملية تصنيف الإعاقة العقلية إلى تسهيل التواصل العملي والمهني بين المختصين والمهتمين بالمعوقين عقليا في المجالات المختلفة، بحيث يتيسر على الآخرين فهم

ومعرفة الخصائص والاحتياجات التربوية الخاصة بالمعاقين عقليا في أي بحث علمي، إضافة إلى أنها تساعد في اختيار نوعية البرامج التربوية، والتخطيط للخدمات اللازمة لمختلف فئات المعوقين عقليا، إذن تعتبر هذه العملية ضرورية كونها تساهم في إبراز حجم المشكلة في مجتمعاتنا العربية التي لا زال اهتمامها بمشكلة الإعاقة محدودا.

وأضاف (عبدا لله عادل، 2004) إلى المحكات الأساسية التي يمكن أن نصل في ضوءها إلى عدد من التصنيفات، يمكننا اللجوء إليها عند تناول موضوع الإعاقة العقلية، ومن هذه التصنيفات ما يعتمد على أسباب الإعاقة، وبحسب درجة الذكاء، أو درجة السلوك التكيفي للأفراد، أو المظاهر الجسمية التي تصاحبها، ومنها كذلك القدرة على التعلم.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه التصنيفات يجب إن تتسم بالمرونة، بحيث يسمح للأطفال المعاقون عقليا بالانتقال من فئة إلى أخرى بحسب تطور نموه وتحسن مستوى مهاراته وتكيفه، وفقا لما يتلقاه من تدريب ورعاية وتعليم وتأهيل.

إذن من خلال هذه التصنيفات يمكن تناول مثل هذه الإعاقة من كافة جوانبها وسنحاول استعراض ذلك على النحو التالي:

1. تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب:

يقوم هذا التصنيف كما يرى (الروسان، 2006) على أساس مصدر الإعاقة سواء أكان ذلك راجع إلى عوامل داخلية أو خارجية ومنه تقسم الإعاقة العقلية وفقا لذلك بين إعاقة أولية وأخرى ثانوية.

. الإعاقة الأولية: والتي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة ويقصد بها الأسباب الوراثية البيولوجية
كما هو الحال في الشذوذ الكروموزومي للكروموزوم المحدد للجنس.

. الإعاقة العقلية الثانوية: والتي تعود إلى أسباب بيئية أي عوامل خارجية، كما هو الحال في
الإصابة بالأمراض التي يمكن أن تؤدي إلى تلك الإعاقة كالسحايا والزهري وغيرها، أو التعرض
للحرمان البيئي الشديد أو الصدمات الشديدة في الرأس خلال مرحلة الطفولة.(عادل، 2004)

2. تصنيف الإعاقة العقلية حسب درجة الذكاء:

تصنف حالات الإعاقة العقلية وفق متغير نسبة الذكاء إلى أربع فئات، وهي تعتبر من
أكثر تصنيفات العوق الذهني شيوعا، ويتطلب التصنيف في هذه الحالة توزيع الأفراد إلى
مجموعات تبعا لنسبة الذكاء وتعريف هذه المجموعات بمسمى معين، كما ذكرها.(الشناوي، 1996)
هي حالات العوق الذهني (البسيط، والمتوسط، والشديد والعميق) وهي أكثر ملائمة ومرغوبة
من الناحية الاجتماعية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (1): تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني لحالات التخلف الذهني وفقا لنسبة
الذكاء.

نسبة الذكاء I.Q		فئة التخلف
مقياس وكسلر انحراف معياري = 15	مقياس ستانفورد بينيه انحراف معياري = 16	
55-69	52-67	التخلف الذهني البسيط Mild
40-54	36-51	التخلف الذهني المتوسط Moderate
25-39	20-35	التخلف الذهني الشديد Severe
24 فأقل	19 فأقل	التخلف الذهني العميق Profound

بما أن التصنيفات تختلف باختلاف الاختبارات والمقاييس المستعملة، فإن الكثير من الباحثين كما ذكر (سعد جلال، 1986) يرون أنه لا يتوقف تشخيص الإعاقة العقلية على قياس الذكاء فقط، ولكن يتوقف أيضا على قياس مستوى النضج الاجتماعي، ومدى الاستقرار العاطفي للفرد، فصحة الفرد الجسمانية التي يعيش فيها، والمشاكل التي يصادفها من العوامل التي يجب أخذها في الحسبان، عند تشخيص حالات التأخر العقلي، فمعامل الذكاء وحده لا يدل دلالة قاطعة على التشخيص الذي ينتمي إليه المتأخرين عقليا.

3. تصنيف الإعاقة العقلية حسب درجة السلوك التكيفي:

يقوم هذا التصنيف على تحديد قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي والاعتماد على النفس في الحياة اليومية، ومدى قدرة المتخلف على القيام بالواجبات والمطالب الاجتماعية، ففي مرحلة ما قبل المدرسة يعد إخفاق الطفل في تحقيق معدل النضج اللازم في نمو مهاراته الحركية، كالجولس والحبو والوقوف والمشي والجري والتحكم في عملية الإخراج والكلام، أمر له دلالاته على وجود التخلف العقلي في هذه السنوات، بينما يكون إخفاق الطفل في تحقيق الاستقلالية عن طريق الاعتماد على نفسه، في الأكل والشرب وخلع ولبس الملابس...إلخ، إضافة إلى قصوره في القدرة على التعلم يعتبر محكا مناسباً للدلالة على التخلف العقلي خلال سنوات المدرسة الابتدائية، أما في مرحلة الرشد فما يدل على وجود تخلف عقلي خلال هذه المرحلة هو عجز الفرد على تكوين علاقات شخصية واجتماعية مع الآخرين، وفي ممارسة أعمال منتجة

ويشير (القرىطي، 1996) بأن العلماء يستخدمون في تحديد مظاهر السلوك التكيفي، وهذه الأخيرة تحدد مدى الصلاحية الاجتماعية للفرد ومدى قدرته على التكيف منذ الطفولة المبكرة و حتى سن الرشد.

كما أشار "القرىوتي" وآخرون (2001) بأن "ميرسر"، أشارت إلى أن الإطار الاجتماعي المحيط بالفرد، هو الذي يقرر إلى حد ما فيما إذا كان معاقا أم لا، بحيث أن الفرد الذي يعاني من نقص في قدراته العقلية يواجه في مجتمعاتنا العربية درجة أقل من الصعوبة في التكيف مع متطلبات الحياة مقارنة بمثيله في المجتمعات الصناعية، لذلك يجب أن يكون مجتمعنا أكثر تحفظا في المعايير المستخدمة للحكم على شخص ما بأنه معاق، ووضعه في مجموعة تصنيفية قد تحد من درجة اندماجه ومشاركته لأفراد المجتمع في الأنشطة المختلفة.

وما تجدر الإشارة إليه هو أنه من بين الأسباب التي تبرر اعتبار السلوك التكيفي أساسا ومعيارا في تحديد الإعاقة العقلية، أن نسبة الذكاء ليست العامل الأساسي الذي يحدد سلوك الفرد ومستوى تصرفاته، وليس المسئول الوحيد عن تحصيله واكتسابه، لأنها تعكس جانبا واحدا من جوانب الذهن لا يكفي لتحديد مستوى قدرات الشخص واستعداداته، فاختبارات الذكاء لا تقيس جوانب النمو المختلفة سواء الاجتماعية منها أو الانفعالية.

يرى (القرىطي، 2005) أن التخلف العقلي تصاحبه حالات مميزة إكلينيكية من حيث تكوين أعضاء الجسم والملامح أو المظاهر الجسمية، وهذه الحالات تتفاوت فيما بينها من حيث درجة التخلف العقلي، ومن ثم فإن أفرادها يتوزعون على مستويات مختلفة من حيث

4. تصنيف الإعاقة العقلية حسب المظاهر الجسمية والأنماط الإكلينيكية:

درجة الذكاء كحالات متلازمة داون، التي يكون معظم أفرادها من المتخلفين بدرجة متوسطة، وقلة منهم من ذوي التخلف الشديد وأقل منهم من ذوي التخلف البسيط، ومن أهم الحالات الإكلينيكية للمتخلفين عقليا الحالات التالية: متلازمة داون وحالات استسقاء الدماغ حالات صغر الدماغ، حالات كبر الدماغ، حالات القماءة.

هذا التصنيف لا يقدم لنا معلومات كافية تفيد في التعرف على الخدمات التربوية والتأهيلية اللازمة، فعلى سبيل المثال، فإن الطفل المصاب بالاستسقاء الدماغي يمكن أن يكون ذا إعاقة عقلية شديدة بحكم تجمع السائل في الجمجمة الذي لا يسمح للدماغ بالنمو، وتلف أجزائه تدريجيا، وبنفس الوقت يمكن أن يكون هنالك طفل يعاني من الاستسقاء الدماغي ولكن درجة إعاقته بسيطة، بحكم أنه تم تشخيص حالته مبكرا، وتوفرت له الإجراءات العلاجية المناسبة. (القيوتي والسر طاوي، 2001)

5. تصنيف الإعاقة العقلية حسب متغير البعد التربوي:

يتم تقسيم المعاقين عقليا من المنظور التربوي إلى ثلاثة مستويات وفقا للمواقف التربوية و ذلك على النحو التالي:

1. القابلون للتعلم: تتضمن هذه الفئة وفق هذا التصنيف، الأطفال القابلون لتعلم المهارات

الاستقلالية والمهارات الحركية، والمهارات اللغوية والمهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة

والكتابة والحساب، والمهارات المهنية، والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة والمهارات الشرائية... الخ، والذين تتراوح درجات ذكائهم بين 55-70 درجة (الشناوي، 1997).

2. القابلون للتدريب: وتتضمن هذه الفئة المعاقين عقليا الذين يعتقد أنهم غير قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية، لذلك يتم التركيز في تدريب هذه الفئة على البرامج التدريبية التي تهدف إلى تنمية المهارات الاستقلالية، كالعناية بالنفس والمهارات الاجتماعية والذاتية والأعمال اليدوية الخفيفة.

3. الاعتماديين: وتتضمن هذه الفئة المعاقين الذين تقل درجات ذكائهم عن 25 درجة ويعتقد أنهم عاجزون كلياً على تعلم المهارات الاستقلالية كالقيام بمهام الحياة اليومية الأساسية، والعناية بأنفسهم ويعتمدون اعتماد كلياً على غيرهم طوال حياتهم، ويحتاجون إلى رعاية طبية واجتماعية وصحية ونفسية. (الشناوي، 1997)

لقد ذكر كل من (الروسان، 1999، ص62 ؛ قشطه، 1995، ص28 ؛ لويس كمال، 1998 ؛ القريوتي وآخرون، 1995) بأن تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، هو التصنيف المأخوذ به في الأوساط المهتمة بتربية وتأهيل المتخلفين عقليا، ومن طرف الباحثين والمشتغلين في هذا المجال، ويعتمد هذا التصنيف على مجموعة من المعايير أهمها: معامل الذكاء، والقدرة على التكيف الاجتماعي والقدرة على التعلم التربوي ودرجة الإعاقة، وتحدد فئات الإعاقة العقلية كما يلي:

. فئة الإعاقة العقلية البسيطة: وتتراوح نسبة ذكاء أفرادها بين 50-70 درجة (قابلون للتعلم).

. فئة الإعاقة العقلية المتوسطة: وتتراوح نسبة ذكاء أفرادها بين 35-50 درجة (قابلون للتدريب).

. فئة الإعاقة العقلية الشديدة: وتكون نسبة ذكاء أفرادها بين 20-35 درجة (قابلون للتدريب).

. فئة الإعاقة العقلية الحادة: وتقع نسبة ذكاء أفرادها أقل من 25 درجة، وهم (غير قابلون للتعلم ولا للتدريب).

14-3- أسباب التخلف العقلي:

1. عوامل ما قبل الولادة: ويقصد بها الأسباب التي تحدث أثناء فترة الحمل أي منذ لحظة الإخصاب وحتى قبيل مرحلة الولادة، وتقسم إلى عوامل وراثية، وعوامل غير وراثية.

. العوامل الوراثية الجينية: ذكرت (الضبع، 2005) أن الأسباب الوراثية هي عوامل تكوينية أصلية داخلية ناتجة من فعل الوراثة وارتباطها بانتقال خصائص موروثية إلى الطفل من أجداده كالضعف العقلي.

كما تضيف (الضبع، 2005) بأن الإعاقة الذهنية قد تنتقل من أب ذكي ولكنه يحمل أحد الجينات المتنحية، وذلك وفقا لقوانين الوراثة، إذ أن أي كائن حي يحمل صفات وراثية سائدة وصفات متنحية، والصفات المتنحية لا تظهر في كل جيل، وذلك يفسر ظهور حالة

الإعاقة الذهنية في الأسرة العادية من حيث الذكاء وكان الاعتقاد قديما أن الوراثة هي المسئول الأول والأخير عن حالة الإعاقة الذهنية، ولكن اتضح بالدراسات العلمية أن هناك أسبابا أخرى.

. العوامل غير الوراثةية(غير الجينية): يقصد بالعوامل غير الجينية في مراحل قبل الولادة، تلك العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين في هذه المرحلة، ولا تقل هذه العوامل في أثرها عن العوامل الجينية، في إحدى حالات الإعاقة العقلية، ومن أهم العوامل غير الجينية تلك الأمراض المعدية التي تصيب الأم الحامل خلال ثلاث اشهر الأولى، حيث يشير (لمبرت، ، 1978) أن من بين هذه الأمراض المعدية الزهري والذي يؤدي إلى إنجاب أطفال مصابين بحالات الإعاقة العقلية والإعاقة السمعية أو البصرية، وحالات أخرى من الإصابات الجسمية، حيث يغزو فيروس الزهري الجنين في الأسابيع الأولى من نموه، كما ذكر (الشناوي، 1997) أن الحصبة الألمانية تعتبر من أكثر الأمراض المؤدية التي يمكن أن تؤثر على الجنين عند إصابة الأم الحامل بها، وتشير كاشف إيمان -فؤاد محمد، (2001) إلى أن إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل فتتجب طفلا معاقا عقليا أو مصابا بالصمم، أو تحدث تشوهات في قلب الطفل، كذلك داء المقوسات الذي يصيب الأم الحامل، حيث ذكر كل من(كارلين ومارلي ، 2007) بأن داء المقوسات ينتج عن حيوان أولي يدعى المقوسة وهو طفيلي ينتقل عبر اللحم النيئ أو غير المطهو جيدا أو طريق براز القطط، فقد سبب هذا الداء مضاعفات خطيرة على الطفل المولود، فغالبا ما يعاني الأطفال المولودين من أمهات مصابات به من مشاكل في العينين أو من وجود ماء في الدماغ، يؤدي إلى حالات

مختلفة من الإعاقة كالإعاقة الذهنية إضافة إلى تعرض الأم الحامل للأشعة السينية ومختلف مصادر الإشعاع.

.2. عوامل أثناء الولادة:

ذكر كل من (الشناوي، 1997 ؛ الروسان، 1998 ؛ مرسى، 1996) بأن هذه العوامل من مسببات حالات التخلف العقلي، ومنها نقص أو انقطاع الأكسجين عن المخ، وأشارت (عبد الباقي، 2000) أن المخ لا يستطيع أن يقوم بوظائفه دون كمية مناسبة من الأكسجين، وأن انقطاع الأكسجين عنه ولو لفترة قصيرة يؤدي إلى تلف بعض خلاياه، ويصاب الطفل بالإعاقة العقلية، كما أضاف (الروسان، 1998) أنه قد يصاب الجنين بالصدمة الجسمية أثناء عملية الولادة بسبب طول عملية الولادة، أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة لإخراج الجنين في حالة الولادة العسيرة، فيصاب الطفل بالإعاقة العقلية.

إن تعتبر العوامل سالفة الذكر من أسباب حدوث الإعاقة، والتي تؤثر على نمو الجنين في الرحم، ومن أهمها تعرض الجنين للعدوى الفيروسية أو البكتيرية، مثل إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية وداء المقوسات، وتعرض الجنين للإشعاعات، أو استعمال الأدوية المؤذية للجنين، أو تعرضها للحوادث والإصابات الجسمية، كإصابة الدماغ نتيجة سوء استخدام أجهزة الولادة كالملاقط أو رضوض الدماغ أو نزيف الدماغ نتيجة تعثر الولادة، إضافة إلى ضعف الأكسجين والذي يسبب تلف في بعض خلايا المخ، كلما تؤدي إلى أعراض متفاوتة الخطورة

مع حدوث تشوهات للجنين وتخلف عقلي، لذلك يجب أن تحاط الأم برعاية خاصة خلال مدة الحمل كإجراء تحليل الدم للأم قبل حملها.

3. عوامل بعد الولادة:

وتشمل الحوادث والأمراض المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره بشكل خاص وتسبب تلفا في الجهاز العصبي أو بعض أجزائه.

ويشير (الفلكاوي، 2007) أن هناك عوامل بيئية تؤثر على النمو العقلي وتسبب الإعاقة الذهنية أيضا أهمها أمراض سوء التغذية، حيث تشير الدراسات أن النقص في فيتامينات ب1، و ب2 و ب3 يؤدي إلى الإعاقة الذهنية، وأمراض الغدد الصماء التي تؤدي إلى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي لخلايا الدماغ وتسبب الإعاقة الذهنية، كما يذكر (مرسي، 1992) أن من بين الحوادث والأمراض التي تصيب الأطفال، التهاب السحايا أو الالتهاب الدماغ، أو الأمراض الناجمة عن زوال النخاعين أو زوال المادة النخامية، أو الاضطرابات التشنجية، وبعض الأمراض التي تصيب الأطفال كالحصبة الألمانية والسعال الديكي، والحمى القرمزية إضافة إلى تلوث البيئة.

يتضح مما سبق أن أهم العوامل بعد الولادة تتمركز حول التغذية وتنظيمها، ففي البلدان النامية لا تقدم للطفل وجبات كاملة غنية بالبروتينات والفيتامينات والقيمة الحرارية التي تؤثر على النمو الجسمي والفكري، إضافة إلى نقص الوقاية من الأمراض المعدية بواسطة التلقيح من

طرف المصالح الصحية والمعنية بحماية الطفل من المخاطر التي تترقبه في كل مرحلة من حياته.

4. عوامل ثقافية واجتماعية ونفسية: وتشمل هذه العوامل انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي والحرمان النفسي والثقافي في بيئة الطفل، مما يعرقل اكتسابه للخبرات اللازمة للنمو العقلي السوي، إضافة إلى الحرمان الاجتماعي في الطفولة المبكرة، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم، وعدم توفر فرص التعليم، وسوء التغذية.

تعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي والانفعالي، حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه، وحرمان الطفل من أحد أبويه أو كلاهما، وما يترتب عليه من نقص في الرعاية النفسية والاجتماعية والعاطفية التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في توفقه النفسي والاجتماعي. (القريوتي وآخرون، 2001؛ الشناوي، 1997؛ السرطاوي وسي سالم، 1992).

ومن ثم فإن هذه المجموعة من العوامل لها دور بالغ الأهمية في تجنب الإعاقة الذهنية، بحيث لا يمكن لنا أن نتجاهلها بأي حال من الأحوال، بل إن علينا أن نوليها اهتمامنا، وأن نحاول التقليل من أثارها السلبية قدر الإمكان، وذلك بالتخفيف من الآثار المترتبة على الحرمان الثقافي وانخفاض مستوى الرعاية عن طريق تقديم التدخل التربوي والاجتماعي المبكر لتعويض النقص الذي يواجهه الطفل في أسرته، من خلال الخدمات التي تقدمها رياض الأطفال باعتبارها مسؤولة تربوياً واجتماعياً على جميع فئات المجتمع، إضافة إلى وجوب الاهتمام

بالتغذية الغنية بالفيتامينات والأملاح المعدنية، لأن سوء التغذية الشديد أثناء فترة الحمل والسنوات الأولى من عمر الطفل تؤثر على نمو المخ.

14-4- قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

توجد عدة طرق لتشخيص حالات التخلف العقلي، فنجد التشخيص الطبي، حيث يقوم الطبيب بفحص الطفل المحول إليه جسميا وحركيا، ويشمل التقرير الطبي معلومات عن تاريخ الحالة الوراثية، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي، والحسي والحركي للحالة، والفحوص الطبية المخبرية اللازمة، ومن القياسات التي يجريها الطبيب قياس محيط الرأس، إذ يقارن الطبيب بين محيط الرأس العادي مما يسهم في اكتشاف حالات صغر حجم الدماغ وحالات كبر حجم الدماغ....الخ.

كما يقوم الطبيب بتقييم وقياس النمو الحركي للطفل، وخاصة حركة الرأس والذراعين والساقين والاستلقاء على الظهر أو البطن، والحبو والوقوف والمشي، كما يقوم بتقييم مظاهر النمو الجسمي العام كالطول و الوزن، وهناك أيضا التشخيص الاجتماعي ويشمل على جمع معلومات على تكيف الطفل مع أسرته من جهة والبيئة المحيطة من جهة أخرى، إضافة إلى دراسة السلوك الاجتماعي التكيفي للطفل وقد ظهرت العديد من مقاييس السلوك التكيفي الاجتماعي، والتي تعبر عن البعد الاجتماعي في تعريف العاقة العقلية، ومن أهمها:

. مقياس فينلانن للنضج الاجتماعي لمؤلفه دول

. مقياس كين و ليفين للكفاية الاجتماعية.

. مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمعروف باسم مقياس السلوك التكيفي الذي أعده نهيرا وزملائه.

أما التشخيص التربوي والمهني فحسب (آل مطر، 2001 ؛ الخطيب وآخرون، 2007) فيهدف إلى تقييم أداء الأطفال المعوقين عقليا وتحصيليا على المقاييس الخاصة بالبعد التربوي، ومنها مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقليا، ومقياس المهارات العددية للمعوقين عقليا، ومقياس مهارات الكتابة والقراءة للمعوقين عقليا، ومن ثم إجراء التقييم المهني الذي يتم فيه تقييم قدرات وميول المتخلف عقليا، وبالتالي اختيار المهنة المناسبة له.

إضافة إلى ما سبق، يوجد التشخيص السيكومتري، حيث يقوم فيه الأخصائي النفسي بتطبيق اختبارات الذكاء المقننة لتحديد نسبة ذكاء المفحوص ومن ثم تحديد موقعه على منحنى التوزيع الطبيعي لأغراض تصنيفه. ومن المقاييس المستخدمة هنا مقياس "وكسلر" ومقياس ستانفورد بينيه للذكاء كما ذكرنا سابقا.

ونتيجة للانتقادات المتعددة والتي وجهت لاختبارات الذكاء، فيما يتعلق بصدق وثبات ومعايير تلك الاختبارات وإجراءات تطبيقها وتصحيحها، فقد أشار (الوابلي، 2003) إلى الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، حيث يجمع هذا الاتجاه بين الاتجاه الطبي والاتجاه السيكومتري، والاتجاه الاجتماعي، والاتجاه التربوي و المهني.

وتجدر الإشارة إلى أهمية وجود فريق للتشخيص ويتكون من طبيب الأطفال وأخصائي في علم النفس وأخصائي اجتماعي وأخصائي في التربية الخاصة، تكون مهمته إعداد تقرير عن حالة الطفل المحول إلى التشخيص من اتخاذ القرار المناسب بشأنه.

14-5 - خصائص المعاقين عقليا :

إن التعرف على السمات العامة للمعاقين عقليا يساعد المربين و الأخصائيين على تقديم أفضل الخدمات النفسية و التربوية و الاجتماعية التي تفي باحتياجاتهم و مطالبهم و هذه السمات هي كالتالي :

1- الخصائص الجسمية:

توجد فروق جسمية بين المعاقين من طبقتي البله و المعتوهين و بين الأطفال العاديين، فالمعاقين أصغر حجما و يميلون إلى السمنة من العاديين، و بلوغهم الجنسي مبكرا عن العاديين ، كما لوحظ عدم وجود تناسق بين وزن المعوقين و طولهم كذلك أطرافهم لم تكن متنسقة أو متناسبة، و قدراتهم الحسية سريعة و نشطة و حركاتهم اتسمت بالعشوائية.

2- الخصائص العقلية :

- قدراتهم على الإدراك محدودة للغاية، فقدراتهم على التصور ضعيفة و علل الإدراك العلاقة بين الشئيين منخفضة جدا .

- انتباههم متشتت دائما، و كثرة الأخطاء أثناء القراءة و الكتابة.

- قدراتهم على التذكر تكاد تكون معدومة.

- عماليات تداعي المعاني منخفضة جدا و قدراتهم على التحليل و التركيب متوسطة و لا سيما إزاء المحسوسات.

3- الخصائص الانفعالية :

تتصف بالشدة و التقلب و الحدة، فهم سعداء جدا و يضحكون و يلعبون، وفي لحظة واحدة ينقلبون إلى حالة من الغضب و الحزن بدون سبب، و لذلك فهم هوائيون متقلبون، كما أنهم يخافون من بعض الحيوانات و من الأماكن المرتفعة و المظلمة.

4- الخصائص الاجتماعية :

اجتماعيون، فهم يحبون الأصدقاء و من حولهم إلا أنهم انسحابيون و لا يتحملون المسؤولية، كما أن علاقاتهم بالأصدقاء وقتية، و لا يحترمون العادات و التقاليد و القيم السائدة في الجماعة حولهم فقد يقومون بأعمال غير مقبولة ممن حولهم.(القريوتي و آخرون، 2001)

14-6 - أسس البرامج التربوية للمتخلفين عقليا:

قبل التطرق إلى محتوى وأساليب ووسائل و مناهج وطبيعة برامج التربية الخاصة، ارتأينا أن نحدد أولا الأسس التي تقوم على أساسها هذه البرامج، وهي كما حددها (القريطي أمين، 1996) تتمثل في:

• تحقيق الربط المنطقي بين المادة الدراسية وميول الطفل ونشاطاته الحركية والعضلية،
بغرض تحقيق التلاؤم المناسب بين هذه البرامج والخصائص النفسية والجسمية للطفل
المتخلف ذهنياً.

• أن تكون المادة التي يتم تعليمها للطفل مجزأة إلى وحدات متتابعة ومتسلسلة
• منطقياً، بالغرض الذي يسمح بتنفيذها على مراحل متتابعة، بحيث لا يتم نقل الطفل من
مرحلة إلى أخرى إلا بعدما يتمكن من استيعاب وفهم وإتقان الوحدة المخصصة للمرحلة
السابقة لها، مع التأكيد على التعليم والتدريب بواسطة التكرار والإعادة والاسترجاع
بصورة مستمرة، بغرض ضمان نجاح الطفل في تحقيق الهدف المسطر من جراء كل
مرحلة ووحدة تعليمية.

• العمل على تسلسل المادة التعليمية وترتيبها بشكل منظم، وتتابعها من المحسوس إلى
المجرد ومن السهل إلى الصعب، ومن الكليات إلى التفاصيل والجزئيات، والانتقال من
المألوف إلى غير المألوف.

• تفريد التعليم وفقاً لاستعدادات الطفل، وسرعته في التعلم واستعداده للتحصيل والإنجاز
بما يتماشى مع احتياجاته الشخصية.

• إثراء البيئة التعليمية بالمشيرات، بحيث يجب على المربي أن ينوع من استخدام المشيرات
لجلب اهتمام وانتباه الطفل، ويتم ذلك من خلال التنوع من أساليب وطرق العمل.

• التوزيع والتنظيم المناسب لفترات العمل والراحة، بغرض تجنب شعور الطفل بالإرهاق
الجسمي والعقلي والملل.

- المزج بين النشاطات النظرية والعملية (التطبيقية)، وتنفيذ الأنشطة بأسلوب اللعب والعمل الجماعي، مع عدم إهمال النشاط الذاتي للطفل، كما يتم استعمال التمثيل ولعب الأدوار والأنشيد، لإضفاء جو مرح على المواقف التعليمية، كما يجب كذلك الاعتماد على أنشطة المنهج خصوصا في السنوات الأولى، ويتم هذا بغرض تحقيق مجموعة من

الأهداف وهي:

- * تنمية الاستعدادات والمهارات الحركية لدى الطفل المتخلف ذهنيا.
- * تدريب الطفل وتعيده على ممارسة العادات والمهارات الوظيفية، لتمكينه من تحقيق الاستقلالية الذاتية.

- * تنمية الاستعدادات والمهارات الاجتماعية وإكساب الطفل الأنماط السلوكية المرغوبة.
- ومما سبق نستخلص أنه يجب أن توضع برامج التربية المعدة للمتخلفين ذهنيا، وفق أسس مضبوطة ومدروسة لجعلها مكيمة قدر المستطاع مع أفراد هذه الفئة، وجعلها بالتالي متماشية مع قدراتهم وإمكاناتهم، من حيث فروقهم الفردية المختلفة مع فروع الأطفال العاديين، وهذا كله بغرض الوصول بالطفل المتخلف عقليا إلى أقصى مستوى تحصيلي ممكن، وهذا انطلاقا من الإيمان بأن لكل فرد الحق أن يتعلم بالقدر الذي يسمح له من القيام بدور فعال في خدمة المجتمع، بحيث لا يجب أن تكون الإعاقة الذهنية سببا في حرمان الطفل المتخلف ذهنيا من هذا الحق.

14-7- مناهج المعاقين عقليا :

تختلف مناهج و برامج المعاقين عقليا عن برامج و مناهج العاديين من حيث المحتوى و طرق التدريس، فيتضمن محتوى منهج المعاقين عقليا عددا من الأبعاد و المهارات التي تشكل في مجموعها المادة التعليمية للمعاقين عقليا، و هذه الأبعاد و المهارات تنقسم إلى ثمانية أبعاد و هي كالتالي :

البعد الأول : المهارات الاستقلالية و يتضمن :

1- مهارات الحياة اليومية.

2- مهارات العناية الذاتية.

البعد الثاني: المهارات الحركية و يتضمن :

1- المهارات الحركية العامة.

2- المهارات الحركية الدقيقة.

البعد الثالث: المهارات اللغوية ويتضمن :

1- مهارات اللغة الاستقلالية.

2- مهارات اللغة التعبيرية.

البعد الرابع : المهارات الأكاديمية و يتضمن :

1- مهارة القراءة.

2- مهارة الكتابة.

3- مهارة الرياضيات.

البعد الخامس: المهارات المهنية.

البعد السادس : المهارات الاجتماعية.

البعد السابع: المهارات السلامة.

البعد الثامن: المهارات الاقتصادية. (قحطان أحمد الظاهر، 2008)

15- التوحد :

هناك العديد من التعاريف التي حاولت وصف هذا الاضطراب، حيث أشارت معظمها إلى المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد، فقد تم وصفهم بالانعزال والانسحاب، و النمو غي العادي، و عدم النجاح في إقامة علاقات مع الآخرين و عرفته الجمعية الأمريكية " بأنه نوع من الاضطرابات التطورية التي لها دلالتها و مؤشراتنا في السنوات الثلاثة الأولى نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ تؤثر على وظائف المخ و بالتالي على مختلف نواحي

النمو". (مصطفى النوري القمس و خليل عبد الرحمان المعاينة، 2014، ص 298)

و يعرف كذلك على أنه " حالة غير عادية، لا يقيم فيها الطفل علاقة مع الآخرين، و لا يتصل بهم إلا قليلا جدا، و التوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه شاذا ناجما عن تلف في الدماغ.

و لا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، و يمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء فقد يكون هؤلاء طبيعيين أو أذكيا جدا أو متخلفين عقليا.

و لعل أكثر قبولا في هذا المجال هو أن التوحد " اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، و يتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين و ضعف واضح في التفاعل، و عدم تطوير اللغة بشكل مناسب، و ظهور أنماط شاذة من السلوك، و ضعف في اللعب التخيلي.

و عموما فالاضطراب التوحدي هو نوع من الاضطرابات الارتقائية التي تظل مترامنة و تؤثر على جميع جوانب النمو و التي قد تتحسن طرديا بدرجة الاهتمام في تعليم المهارات الاجتماعية و التواصل اللفظي و غير اللفظي و المهارات التفكيرية و التحسن قد يكون ملحوظا جدا كلما كان التدخل العلاجي مبكرا. (مصطفى النوري القمس، ص 298)

يعرف مصطلح الأوتيزم و يقصد به انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات و الأفكار و في الحالات المتطرفة توهمات و هلوسات، و اعتقد أن إعاقة الأوتيزم هي الخاصية الأولى للفصام و لكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة و في زملة

كانر (اجترارية طفلية مبكرة) و الشخص الأوتيزم ذو شخصية مغلقة، و هو ملتفت إلى داخله و منشغل انشغال كامل بحاجاته و رغباته، و التي يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير في الخيال.

و التوحد هو نوع من اضطراب النمو و التطور الشامل أي أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، و في مجال العلاقات الاجتماعية و الانفعالية و الأنشطة و النمو اللغوي بصفة خاصة، و عادة ما يصيب الأطفال من سن الثلاث سنوات الأولى و مع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذا المعنى الواضح، كذلك يتصفون بالانطواء على أنفسهم و عدم الاهتمام بالآخرين.

إن الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد هم الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي و المنسحبين عن الحياة الاجتماعية، و كل شخص توحدي هو حالة فريدة، فلا يوجد شخصان يعانيان من التوحد متشابهان، فمنهم أفراد اعتماديون و ذوو إعاقة عقلية شديدة، و منهم أشخاص موهوبون يتمتعون بذكاء مرتفع و منهم أشخاص لا يستطيعون الكلام نهائياً، و منهم أشخاص ثرثارون، و منهم من هم منعزلون عن الحياة الاجتماعية، و منهم لا يطبقون العزلة أو الابتعاد عن الآخرين، و منهم أشخاص مقيدون بطقوس و حركات نمطية شاذة، إلى أشخاص ذوي معارف و مهارات خاصة و انجازات فريدة في العلوم و الفنون و التكنولوجيا.

كما يعتبر الأوتيزم حالة كاضطراب عقلي تصيب الأطفال و على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلى أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي و الاجتماعي و الانفعالي و الذهني و اعتبرت هذه الحالة من حالات انفصام الطفولة.

15-1- نسبة انتشار التوحد:

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب نتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص لحالات التوحد، فان اتفاق على نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذه في التزايد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن نسبة تصل إلى (15 / 20 حالة . 10000) لكل حالة ولادة حية .

و قد أشارت دراسات أخرى إلى أن نسبة تكاد تصل إلى (1 - 500) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية و التي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة و أشكالها تصل إلى (5000.000) يمكن وصفهم بان لديهم حالة توحد أو أحد أشكال طيف التوحد، و تصل نسبة (4 - 1) و لكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث و يكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد و في هذه الحالة تصبح النسبة (1: 2) أنثى مقابل ذكران، و ليس الذكر كالأنثى، فالبنات يتطلبن فحصا نيورولوجيا دقيقا و أكثر من الأولاد في التعرض للاضطرابات الارتقائية بشكل عام و الاضطراب التوحدي بشكل خاص، و يظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية و المستويات الثقافية و العرقية.(مصطفى النوري القمس و خليل عبد الرحمان المعاينة 2014، ص298)

15-2- أسباب التوحد :

تعددت الدراسات التي أشارت إلى الأسباب المختلفة و المتعددة للتوحد، إلا أنه يمكن إرجاع

السبب في الإصابة بالتوحد إلى ما يلي :

1- أسباب جينية و وراثية.

2- أسباب ترجع لتكوين المخ أو الدماغ.

3- أسباب عصبية و كيميائية.

4- أسباب نفسية و أسرية.

5- أسباب بيئية.

15-3- برنامج التدخل العلاجي و التأهيلي لأطفال التوحد:

حتى يكون التدخل العلاجي و التأهيلي فعالا و يؤتى ثماره ينبغي أن يبدأ مبكرا لأن الكشف و التشخيص المبكر و تنفيذ برنامج التدخل في المهد يوفر فرصا أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيض شدة الأعراض.

15-4- مبادئ التدخل العلاجي التأهيلي:

هناك العديد من الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند استخدام أي برنامج من البرامج العلاجية و

التأهيلية المناسبة، و من هذه الاعتبارات ما يلي:

1 - أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل.

2 - مراعاة تنويع أساليب التعليم.

3 - أن يكون التدريب بشكل فردي و ضمن مجموعة صغيرة.

4 - أن يستمر البرنامج طوال العام ليحقق أهدافه.

5 التركيز على تطوير مهارات الطفل المختلفة (التواصل و اللغة و التفاعل الاجتماعي و الإدراك الحسي) مع خفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.

6 - تلبية الاحتياجات الفردية للطفل من خلال نشاطات تتسم بالشمولية و التنظيم و أن تكون بعيدة عن العمل العشوائي.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011،ص234)

15-5- أساليب و برامج التدخل العلاجي و التأهيلي:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب الذاتوية مما أدى إلى تعدد الأساليب العلاجية و التأهيلية المستخدمة في التخفيف من آثار الذاتوية العديدة و المتنوعة و من هذه الأساليب ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي و منها ما هو نابع من مبادئ النظريات السلوكية، و هناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير الطبية و الأدوية، كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية.

أولا : أساليب التدخل الطبي:

و هي قائمة على القناعة بان الذاتوية ترجع إلى عوامل بيولوجية تؤثر في جوانب النمو المختلفة و بالتالي يجب التعامل معها باستخدام العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة، و يركز العلاج على التغلب على أعراض الذاتوية مثل العدوانية و سلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى و المتأخرة، أما في المراهقة و الرشد فيستخدم الدواء المثبط لحالات

الاكتئاب و الوسواس القهري، و أفضل العقاقير المستخدمة في هذا الشأن هي العقاقير المنبهة، أو منشطات الأعصاب أو مضادات الاكتئاب، أو العقاقير المضادة للقلق، أو العقاقير المضادة للتشنجات و كلها تجعل الشخص الذاتي أكثر قابلية للتعلم الخاص أو لمعالجة الجوانب النفسية و الاجتماعية.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011،ص236)

يستخدم العلاج الدوائي لتنظيم و تعديل المنظومة الكيميائية التي تقف خلف السلوك الشاذ و بالرغم من أن البحوث الحديثة أثبتت تنوع و تعدد العوامل التي تصيب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة و غير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي، و يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات الطفل الأوتيزم.

ثانيا: أساليب العلاج بالفيتامينات:

أثبتت العديد من الدراسات الحديثة فائدة الفيتامينات في علاج الذاتوية لدى الأفراد، فمثلا فيتامين (ب6) ينتج عنه تحسن في السلوكية النفسية للطفل التوحد بنسبة 30 % و في دراسة أخرى وجد أن خلط فيتامين (ب6) مع الماغنيسيوم تؤدي إلى تحسن أفضل من استخدام الفيتامين بمفرده.

ثالثا: العلاج بالحمية الغذائية:

أثبتت بعض الدراسات الحديثة أن هناك أنواع من التغذية قد تساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية مثل القمح و الدقيق و الشيكولاتة و الدجاج و الطماطم و حليب البقر و بعض الفواكه.

و تركز المعالجة بالحمية الغذائية على معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية لتجنب تناولها، و غالبا ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك كما لوحظ أن المواد الصناعية و الألمنيوم تشكل سببا رئيسيا في حدوث الحساسية التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011،ص236).

رابعاً: برامج التعليم المناسب:

التعليم و التدريب هما أساس العملية العلاجية لأطفال التوحد حيث أنهم يواجهون الكثير من الصعوبات في المنزل و المدرسة بالإضافة إلى الصعوبات السلوكية التي تمنع بعض الأطفال من التكيف مع المجتمع من حولهم و لذلك يلزم وضع برنامج للتعليم خاص مدروس و مناسب للطفل و الذي بالتالي يؤدي إلى النجاح في المدرسة و الحياة، فان المقوم الرئيسي هو المدرس الواعي كما أن هناك أموراً أخرى تتحكم في نوعية البرنامج التعليمي و منها:

1 - فصول منظمة بجدول و مهمات محددة.

2 - المعلومات التي يجب إبرازها و توضيحها بالطريقة البصرية و الشفوية.

3 - الفرصة للتفاعل مع غير المعاقين ليكونوا النموذج في التعلم اللغوي و الاجتماعي و المهارات السلوكية.

4 - التركيز على تحسين مهارات الطفل التواصلية باستخدام أدوات مثل أجهزة الاتصال.

5 - تقليل من عدد طلاب الفصل مع تعديل وضع الجلوس ليناسب الطفل التوحدي و الابتعاد عن ما يربكه.

6 - تعديل المنهج التعليمي ليناسب الطفل نفسه معتمدا على نقاط الضعف و القوة لديه.

7 - استخدام مجموعة من مساعدات السلوك الموجه و التدخلات التعليمية الأخرى.

8 - أن يكون هناك تواصل متكرر و بقدر كاف بين المدرس و الأهل و الطب. (عادل محمد

العدل،2008،ص175)

خامسا: أساليب التدخل النفسي:

تعتمد هذه الأساليب على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب و يتوقف عن التقدم في

حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي و علاقته بالأم.

و يركز العلاج النفسي على أهمية أن يعيش الطفل علاقات نفسية و انفعالية جيدة و مشبعة

مع الأم، مع ملاحظة أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل و ذلك لأنه يصعب

عليه تحمله في هذه الفترة، كما أنه ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر

من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة فبعض يضرب رأسه في الحائط.

و يعتبر أسلوب التحليل النفسي من أنجح الأساليب المستخدمة في هذه الحالات رغم اعتراض

البعض على النتائج. (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011،ص236)

الهدف الأساسي لهذه الطريقة العلاجية هو إقامة علاقة قوية بين الطفل و النموذج الذي يمثل الأم في محاولة تزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة بالحب و الأمن و التفاعلات الايجابية حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينهما و أن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات.

سادسا: أساليب التدخل السلوكي:

تركز برامج التدخل السلوكي على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة الذاتية، و هي تقوم على فكرة تعديل المبنية على تعزيز ومكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كليا.

و تتضح أهمية برامج و أساليب التدخل السلوكي فيما يلي:

1 - إنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الشخص العادي و يطبقها بشكل صحيح بعد تدريب بسيط عليها.

2 - يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون صعوبة و بدون تأثير بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس.

3 - نظرا لعدم وجود اتفاق حول أسباب حدوث الذاتية ، فان هذه الأساليب لا تعير اهتماما للأسباب و إنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

4 - ثبت من التجارب العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.(عبد الفتاح عبد المجيد

الشريف، 2011،ص236)

سابعا: العلاج بالدمج الحسي:

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفيا و هو ما يعنى العملية الطبيعية التي تجرى في الدماغ و التي تسمح للناس باستخدام النظر، الصوت، اللمس، وتذوق، الشم، و الحركة، مجتمعه للفهم و التفاعل مع العالم و من حولهم على ضوء تقييم الطفل يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة و توجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختيار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية و العمل سويا ليكون رد الفعل مناسباً و كما في العلاجات الأخرى لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور و النجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي و مع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

ثامنا: التواصل:

هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم بمساعدتهم جسدياً و تدريبياً حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات، و التسهيل قد يحتوى على وضع اليد فوق اليد للمساعدة، اللمس على الكتف للتشجيع، فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة و المساعدون يقدمون السند و المساعدة الجسمية له و هذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة و لكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي. (عادل محمد العدل، 2008، ص175-176)

15-6- نسبة حدوث التوحد :

يصاب بالتوحد ما بين 2-5 أطفال في كل 10000 ولادة سنويا. نسبة الإنتشار بين الذكور

تكون أكثر من الإناث بواقع 4 اولاد مقابل بنت واحدة. (زريقات، إبراهيم، 2004)

نسبة الإعاقات المصاحبة للتوحد:

✓ 75% من الأطفال ذوي التوحد يعانون من التخلف العقلي.

✓ 25% من ذوي التوحد يصابون بالصرع. (زريقات، إبراهيم، 2004)

16-المضطربين انفعاليا و سلوكيا :

16-1 - مفهوم الانفعالات:

الانفعالات هي مجموعة من الاستجابات السلوكية المتغيرة التي تظهر على الفرد في مراحل النمو المختلفة ثم تتحول بالتدريج إلى عواطف، و تعكس كل مرحلة من مراحل النمو مجموعة من المواقف الانفعالية المناسبة، فمثلا نجد أن الانفعالات عند الطفل تتجه نحو ذاته مثلا انفعالات الفرح و الحزن و السرور و الغضب و الخوف إلى عواطف نحو الآخرين و نحو الأشياء التي ترتبط به كالمشاركة الوجدانية و ردود الأفعال و الانضمام للجماعة للشعور بالأمن.

تلعب المواقف الانفعالية دورا مهما في حياة الطفل فقد تسعده في حياته و تعطي لها معنى طيبا، و قد تتحول إلى اضطرابات انفعالية تؤرقه و تنغص عليه معيشتة.

و يرى فاروق الروسان (1996) أن الانفعال حالة من التغير المفاجئ التي تشمل الفرد كله، و لكن هذه الحالة سرعان ما تتمركز حول موضوع معين سواء كانت سلبية أم ايجابية، لتتحول تدريجيا نحو ما يسمى بالعاطفة التي هي تراكم لعدد من المواقف الانفعالية حول موضوع ما.

يمكن القول أن الانفعالات هي كل المشاعر و الأحاسيس التي يمتلكها الفرد كالفرح و الحزن و الغضب و السرور و الحب و الكراهية و القلق و الخوف، فإذا سادت الانفعالية الايجابية أصبح الفرد سعيدا، و إذا طغت الانفعالات السلبية أصبح تعيسا و مضطربا. (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، ص198)

16-2 - مفهوم الاضطرابات السلوكية:

يندرج اضطراب السلوك تحت مفاهيم و مصطلحات ذوي الاحتياجات الخاصة و تصنف ضمن مصطلحات الإعاقة التي تظم الاضطرابات و النقص و القصور و التأخر و الضعف و الشذوذ و الخلل و العجز.

لقد بدأ الاهتمام بتحديد مفهوم الاضطرابات النفسية و الانفعالية في ورقة العمل التي تقدمت بها اللجنة التنفيذية لرابطة الأطفال المضطربين سلوكيا عام 1985 طالبت فيها بشدة ضرورة استخدام مصطلح - المضطربين سلوكيا - بدلا من مصطلح الاضطرابات الانفعالية الشديدة. (عبد العزيز السيد و السرطاوي، 1999)

و لقد جاءت هذه المطالبة لعدة أسباب منها:

1- ضرورة التمييز بين الاضطرابات الانفعالية و المرض النفسي، رغم أن البعض يعتبرها جزء من الاضطرابات النفسية التي تشمل (اضطرابات الشخصية الصراع النفسي، الإحباط، العدوان، و غير ذلك).

2- إن مصطلح المضطربين سلوكيا يعتبر أكثر تعبيراً عن المشكلات التي يعاني منها الأطفال.

3- إن هذا المصطلح يخلو من الغموض و يعطي صورة واضحة للمشكلات السلوكية.

4- يتسم مصطلح الاضطرابات السلوكية بالشمول و الموضوعية بما يسمح بسهولة إجراء الدراسات و البحوث في مجاله.

5- يساعد المربين و المتخصصين على تقييم المشكلات السلوكية بسهولة و التدخل المناسب لحلها.

و الاضطرابات السلوكية بصفة عامة يمثل ألواناً متعددة من تصرفات أو سلوكيات الفرد غير العادية أطلق عليها البعض مسميات مختلفة مثل السلوك غير التكيفي سوء التوافق الاجتماعي، الاضطرابات الشديدة، اضطرابات الشخصية، الاضطراب النفسي، الشذوذ، و رغم هذه المسميات إلا أنهم اتفقوا جميعاً على أن الأمر يتطلب التدخل التربوي.

و الجدير بالذكر أن الاضطراب مفهوم نسبي لأنه يقتصر على فئة معينة من الناس لكنه قد يوجد عند الأفراد العاديين أو المتخلفين عقلياً، بل قد يوجد عند الموهوبين و المتفوقين، كما أن الأطفال العاديين قد يأتون بسلوكيات مضطربة و في الوقت نفسه قد يصدر عند المضطربين سلوكيات أنماط سلوكية عادية في بعض الأحيان، و من المفيد أيضاً أن نوضح أن

هناك فرق بين الاضطراب السلوكي و الاضطراب النفسي، فالاضطراب السلوكي يتعلق بمشاعر و عواطف الطفل مما يؤثر على دراسته و علاقته الاجتماعية، و مهما تطورت الحالة فهي اضطراب سلوكي شديد، أما الاضطراب النفسي فيتعلق ببنيان شخصية الفرد و إذا ما تطور تتحول إلى مرض نفسي.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011،ص200)

من المعروف أن السلوك الإنساني عملية معقدة تتغير باختلاف المواقف الاجتماعية التي يمر بها الفرد مما يبدو معه صعوبة في وضع تعريف محدد لها.

لذلك تعددت تعريفات السلوك الإنساني من باحث لأخر فنجد كوفمان (Kauffman 1977) يعرف الأطفال المضطربين سلوكيا بأنهم الأطفال الذين يبدون مشاعرهم شاذة و غير متوقعة اتجاه الآخرين و يتميزون بسلوكيات غير مقبولة مما يستوجب تعليمهم أشكال السلوك الاجتماعي المناسب.

أما باور (Bower ، 1969) فيرى أن الأطفال المضطربين سلوكيا هم الذين تبدو عليهم واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية التالية و تستمر معهم لفترة من الزمن، و يكون لها تأثير على تحصيلهم الدراسي:

- 1- إظهار أنماط سلوكية لا تتناسب مع المواقف العادية .
- 2- اتسام مزاج الفرد بالحزن و الكآبة.
- 3- الفشل في بناء علاقات اجتماعية متوافقة مع الآخرين.
- 4- تبدو عليكم أعراض مرضية جسمية و مخاوف شخصية أو دراسية .

5- ظهور صعوبات في التعلم غير مرتبطة بإعاقات حسية و عقلية أو جسمية (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، ص200).

عرفت " زينب السماحي " الاضطراب السلوكي بأنه " اضطراب سلوك الطفل لدرجة تخرج عن السلوك العادي بما يعوق حياته العادية و يؤثر على حياته الاجتماعية و تحتاج لمساعدة علاجية، و من هذه الاضطرابات العدوان المتكرر و العنف و التبول اللاإرادي و السلوك الأنسحابي. (سهير محمد سلامة شاش، 2002، ص181)

يتضح من التعاريف السابقة أن الاضطرابات السلوكية (الانفعالية) تحدث معظمها في إطارات من المواقف الاجتماعية المتغيرة، كذلك فمن الصعب الفصل بين الاضطرابات السلوكية و الاضطرابات الاجتماعية لأنهما متلازمتان، فالطفل الذي لديه اضطراب سلوكي يعجز عن تحقيق التكيف الاجتماعي.

إن الاضطرابات الانفعالية و السلوكية تعد أكثر الاضطرابات المثيرة للجدل فكانت لوقت ليس ببعيد لا تعد من فئات التربية الخاصة، أما في السنوات الأخيرة من القرن الماضي، فتم ضم هذه الفئة إلى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، لكن رغم ذلك لم يحدد تعريف واضح للحالة المضطربة انفعالية و سلوكيا.

قد أجملت أغلبية التعريفات على عدد من العناصر المشتركة في سلوك ذوي الاضطرابات السلوكية و منها ما يلي :

- الانحراف عن مستوى المعايير السائدة .

- الانحراف عن سلوك العاديين و ذلك بصورة متكررة.

- تأثير حالة الفرد المضطرب على التقدير الذاتي و العلاقات الشخصية

و التحصيل الدراسي .

- يحتاج المضطربين انفعاليا و سلوكيا إلي ممارسات تربية خاصة.

فالأطفال المضطربين سلوكيا هم " أولئك الذين يستجيبون بشكل ملحوظ و مزمن لبيئاتهم

بأساليب غير مقبولة اجتماعيا أو غير متوافقة شخصيا و مع ذلك يمكن تعليمهم السلوك

الأكثر قبولا من الناحية الاجتماعية و الأكثر إشباعا من الناحية الشخصية " . (عادل محمد

العدل، 2013، ص99)

16- 3 - أنواع الاضطرابات السلوكية:

توصلت الدراسات الحديثة إلى إيجاد العديد من نظم التصنيف منها النموذج الطبي و النموذج

الاكلينيكي والتصنيف التجريبي، و قد تحدثت جميعها عن ثلاثة أنواع من الاضطرابات و هي:

1- الاضطرابات السلوكية البسيطة.

2- الاضطرابات السلوكية المتوسطة.

3- الاضطرابات السلوكية الشديدة.

و رغم الانتقادات التي وجهت إلى نظم التصنيف عامة باعتبار أنها قد تكون وصمة تسبب

للطفل الأذى، إلا أن الاتجاهات الحديثة في التربية تؤكد على أن تصنيف الاضطرابات

السلوكية بشكل دقيق له أهمية كبيرة في تحديد احتياجات الأطفال و بالتالي توفير الخدمات التربوية المناسبة لهم حسب فئاتهم.

و حتى لا نخوض في سرد التصنيفات المختلفة - و هي كثيرة - فإننا نكتفي هنا بالحديث عن التصنيف الذي اقترحه كواي (Qyay ، 1975) نظرا لأنه يتناول الجوانب المختلفة للاضطرابات السلوكية التي يمكن للأسرة و المدرسة ملاحظتها بسهولة، و التي تتدرج ضمن الاضطرابات البسيطة و المتوسطة المنتشرة بين الأطفال و يشمل هذا التصنيف على أربع جوانب أساسية و هي:

أولا: الاضطرابات السلوكية النمائية: و هي ترجع إلى اضطرابات في النمو و مستوى نضج الطفل و من أهمها:

1- السلبية و عدم المشاركة في النشاطات أو إبداء في المواقف المختلفة.

2-الذاتوية.

3-الخمول و البلاءة و الكسل في النشاط العضوي للطفل.

4-صعوبات تركيز الانتباه للتعليم و التوجيهات و شرح المعلم، مع وجود نشاط حركي زائد.

5-صعوبات في تعلم القراءة و الكتابة و التهجئة و الحساب.

ثانيا : اضطرابات الشخصية: و هي متعلقة بالسمات الشخصية للطفل من حيث:

1-القلق الدائم.

2- عدم الثقة بالنفس والشعور بالدونية.

3- الحساسية المفرطة تجاه تصرفات الآخرين.

4- الاكتئاب و الشعور بالحزن.

5- الانطواء و التمرکز حول الذات.

6- الإتيان بحركات لا إرادية، كهز الساقين أو اليدين أو قضم الأظافر أو غير ذلك.

ثالثا: الاضطرابات الأخلاقية: وهي التي تتعلق بتصرفات الطفل و منها:

1- النزوع إلى العدوانية و إثارة الشغب و التخريب.

2- نقص القدرة على تحمل المسؤولية.

3- رفض التعليمات و التوجيهات و عدم الطاعة.

4- الغضب و الانفعال الشديد لأتفه الأسباب.

5- حب السيطرة و التحكم.

6- التلغظ بألفاظ لا تتناسب مع الموقف.

7- الغيرة.

رابعا: اضطرابات التفاعل الاجتماعي: و هي الاضطرابات المرتبطة بعلاقة الطفل السيئة

بأسرته أو مدرسته و مجتمعه مثل:

1-التغيب عن المنزل لفترات طويلة.

2-الهروب من المدرسة.

3-الانضمام لرفاق السوء أو لأحد العصابات أو إحدى الجماعات المتطرفة.

4-السرقه كأسلوب انتقامي.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011،ص209)

16- 4 - الخدمات التربوية و العلاجية للمضطربين انفعاليا و سلوكيا:

يعتبر البيت البيئة الأولى التي ينشأ و يشب فيها الطفل، و يتعلم السلوك خلال تفاعلاته مع الأسرة، ثم تأتي أهمية المدرسة في المقام الثاني أو البديل للأسرة التي يقضي فيها الطفل معظم أوقات يومه، و اعتبارها المؤسسة التربوية المسؤولة عن توجيه و تعديل سلوك الطفل و تصحيح أخطاء التربية المنزلية.

لذلك فان أي برنامج تربوي تصنعه المدرسة للتعامل مع الطفل المضطرب سلوكيا لابد أن يتضمن التعاون مع الأسرة لأن البرنامج الذي يتجاهل أحد الطرفين يعتبر برنامجا ناقصا.

كما و أن محاولات رجال التربية و علماء النفس للوصول إلى أفضل الخدمات التربوية الخاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا أوجدت عدة برامج (نماذج) توضح الاتجاهات التربوية نحو رعاية هؤلاء الأطفال.

و من النماذج نموذج دينو (Deno، 1970) متعدد المستويات الذي يرى أن غرفة الدراسة هي أفضل مكان لتعديل سلوك الطفل المضطرب من خلال الخدمات التي يمكن أن يقدمها

المعلم العادي أو معلم التربية الخاصة، إذ وجد على أساس أن الفصل العادي يتيح بعض الحرية للتلميذ عن الفصول الخاصة أو المراكز الداخلية أو العيادات العلاجية، و تتدرج خدمات هذا النموذج ابتداء من وضع الطفل المضطرب سلوكيا في الفصل العادي مع تقديم الخدمات التربوية اللازمة، ثم ينتقل إلى فصول خاصة إذا لم يحقق ذلك نجاحا ثم إلى مدارس خاصة طوال الوقت، و إذا فشلت هذه المحاولات يتم إلحاقه بمراكز الإقامة الدائمة.

و فيما يلي توضيح لهذه المستويات المتدرجة:

المستوى الأول:

و يشمل الخدمات التربوية داخل الفصل العادي مع الاهتمام بالجوانب التالية:

- 1 - التعرف على دوافع السلوك المضطرب لدى التلميذ و محاولة إطفائه.
- 2 - مساعدة التلميذ على تركيز انتباهه لما يقال في الدرس.
- 3 - تعويد التلميذ على إطاعة التعليمات الشفوية و التحريرية الصادرة من المعلم له و لزملائه.
- 4 - مساعدته على ضبط انفعالاته و عدم التهور في المواقف المختلفة.
- 5 - الاهتمام بأداء التلميذ لواجباته الدراسية و تشجيعه حتى يكتسب ثقته بنفسه.
- 6 - تنظيم نشاطات جماعية يشترك فيها التلميذ ليتعود على التفاعل الاجتماعي و الميل للتعاون مع الزملاء و محبتهم.

المستوى الثاني:

يوضع الأطفال الذين لا يمكنهم التكيف مع أقرانهم أو يعجزون عن ضبط انفعالاتهم في فصول خاصة بالمدرسة مع استخدام أسلوب التعليم الفردي لبعض الوقت ضمن البرنامج الدراسي العادي.

المستوى الثالث:

في حالة عجز المستويين الأول و الثاني عن تحقيق التقدم المطلوب في تعديل سلوك الأطفال المضطربين يتم نقلهم إلى مدارس خاصة بهذا النوع من الاضطرابات (المراكز النهارية) و المدرسة الخاصة تتميز بأنها أكثر تقيدا و انضباطا من المدرسة العادية و تعتبر بيئة مناسبة لتقديم الخدمات التربوية التي عجزت المدرسة العادية عن تحقيقها في مجالات السلوك التكيفي و ضبط النفس و تركيز الانتباه.

المستوى الرابع:

و هو الحل النهائي لحالات الاضطرابات السلوكية عندما لا تفلح معها الجهود السابقة، إذ يوضع التلاميذ المضطربين سلوكيا في مدرسة داخلية (إقامة دائمة) تكون أكثر تعقيدا من المستويات السابقة و أكثر توسعا في البرامج التربوية حيث تضاف إلى البرامج السابقة برامج مكثفة للعلاج الطبي و العلاج النفسي و برامج تعديل السلوك و مهارات التكيف الاجتماعي و مهارات التواصل و غيرها.

و من المفيد القول بأن هذا النموذج المتعدد المستويات يستخدم في الظروف التي تسمح فيها
الإمكانات التربوية و الاقتصادية بتوفير المؤسسات المذكورة.

16- 5 - جهود الأسرة في رعاية الطفل المضطرب سلوكيا:

من أهم الأشياء التي يجب على الوالدين مراعاتها في التعامل مع الطفل المضطرب سلوكيا ما
يلي:

1 - تجنب الخلافات الأسرية.

2 - التعامل معه بلطف ورقة و حنان، و الابتعاد عن أساليب العقاب امتثالا لقول الرسول
(صلى الله عليه و سلم) " لاطفـوهم لسبع، و أدبوهم لسبع و رافقوهم لسبع، ثم أطلقوهم "

3 - تكليف الطفل بمسؤوليات و مهام بسيطة داخل المنزل ليكتسب ثقته بنفسه و يتعود
تحمل المسؤولية.

4 - تعويده السلوك الجماعي في اللعب مع إخوته أو أبناء عمومته.

5 - تجنب التدليل الزائد الذي يؤدي إلى الاتكالية.

6 - تعويده على السلوك السوي و محاولة مساعدته على التخلص من السلوك المضطرب من
خلال المحفزات المعنوية و المادية و بتقديم القدوة الحسنة له في صورة سلوكيات قوية من
الأب و الأم.

16- 6 - جهود المدرسة في تعديل السلوك المضطرب:

1 - المعلم له مكانة خاصة عند التلميذ لذلك يجب أن يكون مثالا جيدا للسلوك و حسن المظهر.

2 - التشجيع المستمر للتلاميذ و استخدام المعززات اللفظية و الحوافز المادية.

3 - إيجاد المواقف التربوية التي توفر أنماط سلوكية تفاعلية بين التلاميذ لدعم السلوك التكيفي لديهم.

4 - تهيئة الجو النفسي الأيمن للتلاميذ و ابتعاد عن أساليب العقاب و التوبيخ.

5 - تحويل السلوك العدوانى عند الأطفال إلى سلوك تربوي عن طريق إحاقهم بأنشطة رياضية تتميز بالعنف و القوة مثل مسابقات الجري و الوثب و الرمي و الملاكمة أو المصارعة، أو كرة اليد و كرة القدم.

6 - التعاون و التنسيق مع أولياء الأمور لملاحظة سلوك التلميذ في البيت و المدرسة، و لا عيب أن يقوم المعلم بتوجيه ولي أمر لبعض الإجراءات التي تساعد على تخفيض السلوك المضطرب عند ابنه.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011،ص218)

16-7 - تشخيص الاضطرابات السلوكية:

هناك العديد من أدوات القياس العلمى المستخدمة للتعرف على الأطفال المضطربين سلوكيا، إلا أنها لا تتوفر في البيت أو في المدرسة، و إذا توافرت فإنها تحتاج إلى شخص مدرب على إستخدامها، لذلك فان الوالد و المعلم يمكنها الكشف عن الطفل المضطرب سلوكيا من ملاحظة الخصائص المشار إليها سابقا و بعض الصفات التي نوردها بصورة مختصرة فيما يلي:

1-سرعة الاستثارة و الميل للعدوان.

2-النشاط البدني الزائد و كثرة الحركة و تكرار الخروج من الفصل دون سبب مقنع.

3-التهور في الأفعال و عدم تحمل المسؤولية.

4-كثرة البكاء أو كثرة الحزن لأتفه الأسباب.

5 - العزوف عن المشاركة في الأنشطة المدرسية.

6 - الخجل المفرط في المواقف الاجتماعية المتعددة.

7 -الميل إلى مضايقة الآخرين و محاولة الاعتداء عليهم أو على ممتلكاتهم.

8 -يجد صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية مثمرة مع أقرانه و معلميه و والديه.

أما إذا أمكن توفير أدوات القياس العلمي فإنه يفضل استخدام أحد المقاييس التالية حسب نوع

الاضطرابات و المرحلة العمرية:

1 -مقاييس بيركس لتقدير السلوك: Barks 1980 :

و قد صمم هذا المقياس للكشف عن أنماط السلوك المضطرب لدى الأطفال الذين لديهم

صعوبات سلوكية سواء كانت في البيت أو المدرسة و تم بسببها إحالتهم إلى العيادة النفسية.

و يعتبر هذا المقياس أداة للتشخيص، تصلح لطلاب المرحلتين الابتدائية و الإعدادية

الذين يظهرون صعوبات سلوكية، كما يعتبر أداة أولية للتعرف على مشكلات سلوكية محددة أو

أنماط من السلوك المشكل ربما يظهرها الطفل.

و يتكون هذا المقياس من (120) فقرة موزعة على (19) تسعة عشر مقياسا فرعيا هي:

- 1 - الإفراط في لوم الذات (2) الإفراط في القلق (3) الانسحابية الزائدة (4) الاعتمادية الزائدة (5) ضعف قوة الأنا (6) ضعف القوة الجسمية (7) ضعف التآزر الحركي (8) انخفاض القدرة العقلية (9) ضعف التحصيل (10) ضعف الانتباه (11) ضعف القدرة على التحكم في ضبط النشاط (12) ضعف الاتصال بالواقع (13) ضعف الشعور بالهوية (14) الإفراط في المعاناة (15) الضعف في ضبط مشاعر الغضب (16) المبالغة في الشعور بالظلم (17) العدوانية الزائدة (18) العناد و المقاومة (19) ضعف المسايرة الاجتماعية.

2 - اختبار تفاهم الموضوع للكبار (TAT) :

و يستخدم هذا الاختبار للكشف عن الأفكار اللاشعورية و الخيالات، و يتطلب من الفرد أن يحكي قصصا يتعلق بصور معينة بحيث يمكن للمحلل أو المعالج النفسي تفسير الدوافع الكامنة لدى الفرد و انفعالاته و عواطفه، و صراعاته و حاجاته النفسية، و يستخدم هذا الاختبار مع الراشدين و يتكون من ثلاثين صورة باللونين الأبيض و الأسود مرسومة على بطاقات عبارة عن أربع مجموعات متداخلة تتكون كل منها من (19) بطاقة إضافة إلى بطاقة بيضاء و تختلف كل صورة من حيث محتواها و درجة غموضها.

و تتباين الصور في درجة انتظامها و بنيتها، إذ تتراوح بين الانتظام التام أو البنية المحددة بدرجة كبيرة إلى البنية غير المحددة على الإطلاق كما في البطاقة البيضاء.

و يطبق الاختبار بحيث تغرض البطاقات على الفرد واحدة تلو الأخرى مصحوبة بتعليمات بسيطة ثم يطلب من المفحوص أن يحكي قصة كاملة تتعلق بكل (19) بطاقة يتم اختيارها بحيث تناسب عمر الفرد و نوعه، و كذلك البطاقة البيضاء و يطلب منه أن يستغرق خمس دقائق في كل قصة، و يحكي ما يحدث في الصورة الآن، و الأحداث التي أدت إليها و ما سوف تنتهي إليه، و يجب أيضاً أن تتضمن القصة عن الشخصيات التي في الصورة، و أنشطتهم و تفكيرهم و مشاعرهم.

و من هذا كله يستطيع المحلل أو المعالج التعرف على الاضطرابات السلوكية لدى الفرد. و هناك العديد من المقاييس و التي يمكن استخدامها في هذا المجال مثل اختبار تفهم الموضوع للأطفال، و اختبار بقع الحبر لرورشاخ، و اختبار الاتجاهات العائلية (ليديا جاكسون).

و من الجدير بالذكر أن كل هذه الاختبارات رغم دقتها إلا أنها قد لا تعطي النتائج المأمولة منها لأن المفحوص عادة ما يحاول أن يخفي سلوكياته المضطربة عند التعرض للاختبار و يحاول الظهور بالمظهر الحسن أمام مطبق الاختبار، لذلك من الأفضل الاعتماد على تقديرات الآخرين (الوالدين و المعلمين و المخالطين للفرد) في تشخيص السلوك المضطرب. (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011، ص215)

16-8- خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً و انفعاليا :

1- عدم القدرة على التعلم إلى درجة لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية .

2- عدم القدرة على بناء علاقات متوافقة مع الزملاء و المعلمين .

3- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في ضوء الظروف العادية .

4- الشعور بالاكئاب و عدم السعادة .

5- معاناة من أعراض جسدية و مخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية و المدرسية .

17- اضطرابات التواصل :

يمكن تعريف اضطراب التواصل بأنه " اضطراب في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية تربوية خاصة"

و تصبح الصعوبة إعاقة أو اضطرابا في الحالات التالية :

1- إذا أصبحت عملية إرسال المعلومات أو استقبالها عملية خاطئة.

2- إذا أصبح الفرد بفعل هذه الصعوبة في وضع صعب تعليميا أو اجتماعيا.

3- إذا تركت هذه الصعوبة أثرا سلبيا على النمو الانفعالي للفرد.(عادل محمد العدل،2013،ص102-

17-1- أنواع اضطرابات التواصل:

يرى كل من (chalfant & Kirk 1988: 213) أن هناك عدة أنواع لاضطرابات التواصل:

أولاً:- اضطرابات النطق disorders Articulation

-الحذف Omission

-الإضافة Addition

-الإبدال Substitution

-التشويه Distortion.

ثانياً :- اضطرابات الكلام. disorder Speech

-اللجاجة أو التلعثم (Atanmerring &Stuttering)

-اللدغة أو اللثغة (Dyslalia) اللدغة الرائية ، اللدغة السينية ، اللدغة السينية

البلعومية.

-الخنف (Rninolalia) الخنف المفتوح ، الخنف المقفل.

-السرعة الزائدة في الكلام (Cluttering)

ثالثاً :- اضطرابات الصوت. (disorder Voice)

رابعاً :- اضطرابات اللغة.(disorders Language)

-تأخر ظهور اللغة (delay Language)

-فقدان القدرة على فهم اللغة أو ما يطلق عليها . (Aphasia)

-صعوبة التذكر والتعبير (apraxia of Dysnomia)

-صعوبة فهم معنى الكلمات أو الجمل (agnosia Echolalia)

-صعوبة تركيب الجملة أو ما يطلق عليه عيوب اللغة . (deficit Language)

-صعوبة في فهم الرياضيات . (Math)

-عسر القراءة.(Dyslexia)

-صعوبة الكتابة(disabilitiy Writing) . (Kirk ,S.&chalfant,J.1988.)

18-اضطرابات اللغة :

تعد اللغة من الوسائل الأساسية التي يستعملها الإنسان للتعبير عن ذاته و إقامة العلاقات الاجتماعية و التواصل مع الذات و مع الآخرين و هي أساس عملية التعلم لا يمكن الاستغناء عنها.

و تنقسم اضطرابات اللغة إلى : عيوب الكلام و عيوب اللغة.

عيوب الكلام : تضم عيوب الإيقاع، عيوب النطق، عيوب الصوت.

عيوب اللغة: تضم عيوب التعبير الكلامي، اضطراب تخزين اللغة المسموعة عيوب صدى

الصوت، عيوب الاتصال، صعوبات القراءة و الكتابة.

19 - صعوبات التعلم :

يعد ميدان صعوبات التعلم من أحدث ميادين التربية الخاصة، التي حظيت باهتمام الباحثين بعد أن كان اهتمامهم منصبا على الميادين الأخرى في التربية الخاصة كالإعاقات العقلية و الجسدية، و قد شغل ميدان صعوبات التعلم الكثير من الباحثين الحاليين، لأن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يكون مستوى ذكائهم حول متوسط الذكاء العام، أي مماثلا لأقرانهم من التلاميذ العاديين لكن أدائهم لا يكون بمستوى أداء أقرانهم العاديين، و خاصة في تعلم المهارات الأساسية كالقراءة و الكتابة و الحساب (البطانية و آخرون، 2007). و يتجه البحث في الآونة الأخيرة نحو تحديد مفهوم صعوبات التعلم، ذلك المفهوم العام الموسع الذي يضم أنواعا شتى من الصعوبات و التي أطلق عليها صعوبات التعلم على الرغم من أنه يضم أنواعا متباينة من الصعوبات أطلق على كل منه (صعوبة نوعية أو خاصة في التعلم) و منها صعوبات نوعية في التفكير أو الكتابة أو في الحساب أو في التهجئة، أو صعوبة نوعية في القراءة أو صعوبات اجتماعية و انفعالية. (إبراهيم سليمان عبد الواحد يوسف، 2009)

يتفق معظم علماء النفس على أن مجال صعوبات التعلم من أهم المجالات التي كان إيقاع التطور فيها مطردا، و متعاظما خلال النصف الثاني من القرن العشرين، و مع بداية السبعينات بات هذا المفهوم مألوفا لجميع المشتغلين بالتربية الخاصة، حيث استخدم هذا المفهوم للدلالة على خصائص محددة، و قد ظهر عدد هائل من المفاهيم و المصطلحات التي أطلقت على المتعلم الذي يعاني من صعوبات التعلم، حيث تنوعت التعريفات التي تناولت هذا المفهوم و من أهم التعريفات ما يلي :

إن التعريف المتناول لصعوبات التعلم هو التعريف الذي تبنته اللجنة الاستشارية الوطنية للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية، و هذا التعريف ينص على أن " الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم و استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، و هذا الاضطراب قد يتضح في ضعف القدرة على الاستماع أو التفكير أو التكلم أو القراءة أو التهجئة، أو الحساب و يشمل هذا الاضطراب حالات مثل الإعاقة الإدراكية، و التلف الدماغي و الخلل الدماغي البسيط و عيوب الكلام و الحبسة الكلامية النمائية. (عادل محمد العدل، 2013، ص162)

أما " مايكل باست " فيعرف صعوبات التعلم بأنها " اضطرابات نفسية عصبية في التعلم و تحدث في أي سن و تنتج عن انحرافات في الجهاز العصبي المركزي و قد يكون السبب راجعا إلى الإصابة بالمرض أو التعرض للحوادث أو لأسباب نمائية.

تعريف "كيرك" يعرف صعوبات التعلم بأنها " تشير الصعوبة الخاصة بالتعلم إلى تخلف معين أو اضطراب في واحدة أو أكثر من مهارات النطق و اللغة أو الإدراك أو السلوك أو القراءة أو الهجاء أو الكتابة أو الحساب"

تعريف " ليرنر " و الذي يتضمن بعدين رئيسيين و هما كالتالي :

1- البعد الطبي لتعريف صعوبات التعلم، و يركز هذا التعريف على الأسباب الفسيولوجية الوظيفية و التي تتمثل في الخلل العصبي أو تلف الدماغ.

2- البعد التربوي لتعريف صعوبات التعلم و الذي يشير إلى عدم نمو القدرات العقلية بطريقة منتظمة و يصاحب ذلك عجزا أكاديمي و خاصة في مهارات القراءة و الكتابة و التهجئة، و المهارات العددية، و لا يكون سبب ذلك العجز الأكاديمي عقليا أو حسيا، كما يشير التعريف التربوي إلى وجود تباين في التحصيل الأكاديمي و القدرة العقلية للفرد.

تعريف جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم " إن الطفل ذوي صعوبات التعلم يملك قدرات عقلية و عمليات حسية مناسبة و استقرار انفعالي، إلا أن لديه عددا محددا من الصعوبات الخاصة بالإدراك و التكامل، و العمليات التعبيرية التي تؤثر بشدة على كفاءته في التعلم " يتضمن هذا التعريف الأطفال الذين يعانون من خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، و الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على كفاءة المتعلم.

تعرف صعوبات التعلم على أنها " الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم هؤلاء الأطفال الذين يعانون من اضطراب في العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في الفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة.

يظهر هذا الاضطراب في ضعف القدرة على الاستماع أو التفكير أو التكلم أو القراءة أو الحساب.

نجد أن هذه التعاريف قد جمعت خصائص و عناصر اتفق عليها معظم الأخصائيين العاملين في هذا المجال و هي كالتالي :

1- أن يكون لدى الطفل شكل من أشكال الانحرافات في القدرات في إطار نموه الذاتي.

2- أن تكون الصعوبة غير ناتجة عن إعاقة.

3- أن تكون الصعوبة نفسية أو تعليمية.

4- أن تكون الصعوبة ذات صفة سلوكية، مثل النطق، التفكير، و تكوين المفاهيم.

19- 1- تصنيف صعوبات التعلم:

19- 1- 1- صعوبات التعلم النمائية: يقصد بصعوبات التعلم النمائية بأنها الصعوبات

الخاصة بالانتباه و الذاكرة، و الإدراك و التفكير، و صعوبات اللغة الشفوية (عبد العزيز و

كوافحة، 2003) . و هي التي تركز على العمليات العقلية الأساسية التي يحتاجها الطفل في

تحصيله الأكاديمي، و هي تتعلق بنمو القدرات العقلية و العمليات المسئولة على التوافق

الدراسي للتلميذ، و توافقه الشخصي و الاجتماعي و المهني و تنقسم إلى ما يلي:

1- الصعوبات الأولية:

و هي (الانتباه-الذاكرة- الإدراك) فالطفل الذي لا يستطيع تركيز انتباهه على الموضوع الذي

أمامه بحيث لا يمكنه اختيار الاستجابة المناسبة له يصعب عليه تعلمه، و معاناة الطفل لتعلم

القراءة أو التهجئة أو الكتابة أو إجراء العمليات الحسابية ترجع إلى قصور في الذاكرة، أو

الإعاقة البصرية، أو التمييز البصري أو السمعي، أو اللمسي، تسبب أيضا صعوبات في

التعلم. (الهادي إبراهيم محمد نور، 2006)

2- الصعوبات الثانوية:

و هي (اللغة و التفكير) اللغة هي أداة التواصل مهمة و ضرورية لفهم ما يصدر عنا الآخرين من فعل أو قول، و التعبير اللفضي عن الأفكار التي تدور بالذهن، و تطورها يعتمد على البناء المعرفي للطفل و الخبرات البيئية، و اللغة الشفهية هي وسيلة لفهم اللغة و تكاملها و التعبير عنها لفظيا، فالصعوبة فيها إشارة إلى قصور في النمو اللغوي، أما اضطرابات التفكير فهي نتيجة وجود مشكلات مرتبطة بالعمليات العقلية المختلفة مثل الاستدلال أو اتخاذ القرار و الحكم، و إجراء العمليات الحسابية، أو التفكير الناقد، و غير ذلك، و أنواع كثيرة من السلوكيات الخاطئة التي تظهر على الأطفال ترجع إلى عدم استخدامهم لعمليات التفكير الفعالة. (الهادي إبراهيم محمد نور، 2006)

19- 1- 2- صعوبات التعلم الأكاديمية: و هي تلك المشكلات التي تحدث لدى أطفال المدارس و تتضمن التهجئ و التعبير و القراءة و الحساب و الكتابة. (إبراهيم سليمان عبد الواحد يوسف، 2010)

19-2- أسباب صعوبات التعلم:

على الرغم من أن الدراسات التي أجريت حول الأسباب الكامنة وراء حدوث صعوبات التعلم لم تتوصل إلى أسباب قطعية إلا أنه يمكن التمييز بين نوعين من الأسباب:

1 - الأسباب المباشرة: و هي بمثابة الأسباب الرئيسية التي تحدث صعوبات التعلم عند الأطفال و تتعلق بإصابة الدماغ في مرحلة الحمل مما يؤثر على الجهاز العصبي و بالتالي يحدث اضطراب عصبي حركي عند الطفل و يؤثر في قدرته على التعلم، و ترجع إصابات الدماغ إلى العوامل التالية:

1- 1 - العوامل الوراثية: فقد أثبتت العديد من الدراسات الحديثة، أن عامل الوراثة يدخل ضمن مسببات صعوبات التعلم، و تنتقل الصفات الوراثية عبر الجينات الوراثية.

1- 2 - العوامل الجينية: و هي ليست وراثية و لكنها تحدث نتيجة خلل في التفاعلات الكيميائية داخل النطفة بين الجينات الذكرية و الجينات الأنثوية مما يؤدي إلى قصور في الأداء العقلي للطفل نتيجة تلف في بعض خلايا المخ و يبدو تأثيرها واضحا في عجز التلميذ عن القراءة.

1- 3 - عوامل داخلية: تحدث في فترة الحمل نتيجة إصابة الأم الحامل بأمراض خطيرة كالزهري الوراثي أو الحصبة الألمانية و غيرها.

1- 4 - عوامل تحدث أثناء الولادة المتعثرة يتعرض فيها الجنين للاختناق فلا يصل الأوكسجين إلى المخ، أو قد يحدث نزيف في المخ نتيجة الاصطدام فيسبب تلف في خلايا المخ.

2 - الأسباب غير المباشرة: و هي العوامل التي لا تسبب حدوث صعوبات التعلم و لكنها تهيئ الظروف لحدوث هذه الصعوبات و استمرارها، و من هذه العوامل :

2- 1 - عوامل نفسية: و تعرف بالصعوبات النمائية أو التطورية مثل اضطراب الانتباه، و القصور في الإدراك، و التمييز السمعي، و البصري، أو الحركي أو ضعف القدرة على التفكير، أو التأخر في تعلم الكلام (اللغة).

2- 2 - عوامل أسرية مثل الضغوط الأسرية، أو الخلافات الأسرية، و عدم رعاية الأباء للأبناء و إهمال متابعتهم.

2- 3 - عوامل صحية: كضعف السمع أو البصر، سوء التغذية، ضعف بنية الجسم ، التعرض للأمراض.

2- 4 - عوامل انفعالية و اجتماعية: مثل سوء علاقة الطفل بزملائه و عجزه عن تكوين صداقات مما يؤثر في سلوكه التكيفي و عدم الثقة بالنفس، و عدم تحمل المسؤولية.

2- 5 - عوامل مدرسية: تؤثر في تكوين الميل الدراسي عند التلميذ مثل:

- طول المناهج الدراسية أو عدم مناسبتها لقدرات التلميذ .

- خلو المناهج الدراسية من عنصر التشويق .

- عدم تناسب طرق التدريس المستخدمة.

- عدم مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ داخل الفصل.

- سوء معاملة المعلم لتلاميذه فتولد لديهم كراهية التعليم.

- انعدام التعاون بين البيت و المدرسة.

2- 6 - عدم اكتمال النضج عند بعض الأطفال خاصة في حالات الولادة.(عبد الفتاح عبد المجيد

الشريف، 2011، ص87-88)

19-3- البرامج التربوية و العلاجية لصعوبات التعلم:

أولاً: البرامج التربوية و العلاجية لصعوبات التعلم النمائية:

1 - علاج صعوبات الانتباه: حتى يتمكن الأب و الأم من جذب انتباه الأطفال و جعلهم

يركزون على ما نقوله يجب عليهم التركيز على الجوانب التالية:

1 - اختيار الموضوع المثير الذي يلفت انتباه الأطفال حسياً أو بصرياً أو عقلياً أو انفعالياً.

2 - ضرورة وجود تسلسل في الأفكار و المعلومات المطروحة على الطفل و تحديد ما هو مطلوب انجازه.

3 - أهمية أن تكون مدة طرح أو شرح أي موضوع قصيرة بحيث لا يشعر الطفل بالملل ثم يتم التدرج في زيادة هذه المدة مع التعزيز و الإثابة.

4 - إعطاء الطفل وقت للراحة بين كل موضوع و آخر.

5 - التآني في الانتقال من موضوع لآخر، و أن يتم الانتقال بطريقة متفرقة ثم يتم تقليل الفترة الزمنية للانتقال.

6 - استخدام أساليب التدريب و التدريب الفردي إذا لزم الأمر.

7 - ضرورة أن تتلاءم طبيعة المهارات التعليمية مع قدرات التلميذ و طبيعة نموه. (عبد الفتاح عبد

المجيد الشريف، 2011، ص98)

2 - علاج صعوبات الإدراك:

تختلف وسائل علاج صعوبات الإدراك باختلاف الصعوبات نفسها فكل لها أسبابها الخاصة، و لكن على سبيل المثال يمكن أن نورد منها فيما يلي نموذج لعلاج صعوبات القراءة و الآخر لعلاج صعوبات الكتابة الناجمتان عن خلل في الإدراك.

علاج صعوبات القراءة الناتجة عن عجز في أحد وظائف الإدراك البصري الشفهي، و لعلاج صعوبات القراءة من هذا النوع يقترح زيدان (السرطاوي،1988) إتباع الخطوات الإنمائية التالية:

المرحلة الأولى: القراءة العشوائية بحيث يتاح للطفل فرصة التعبير اللفظي كأن يحكي قصة مثلا: ذهبنا إلى السوق اشترنا ثوب كان لونه أبيض.

ثم يقوم المدرس بكتابة القصة على السبورة و نطلب من الأطفال قراءتها حتى يستطيع كل طفل أن يدرك (المعنى الكلي) للكلام دون معرفته للأحرف (التفاصيل).

المرحلة الثانية: و تسمى مرحلة التمييز أو التفاصيل، و من المعتقد أن كثيرا من الأطفال يتعلمون تمييز الكلمات عن بعضها تلقائيا مثل التمييز بين كلمتي السوق و الثوب، كما أن التدخل الصحيح للمعلم يعطى سهولة أكثر لتعلم التمييز بين الكلمات و الفقرات لمن يعانون من بطء في تعلم القراءة.

المرحلة الثالثة: تسمى مرحلة التكامل، و يتم فيها قراءة النصوص دون التدخل في تفاصيل فهم الأحرف و الكلمات، و هي تعتمد على فهم الأفكار التي تتضمنها الوحدات القرائية دون

الانتقاف للحروف و الكلمات و يكون دور المعلم هنا الاهتمام بالكل دون التركيز على الجزئيات مثلما يحدث في تعليم السياحة و قيادة السيارات.

3 - علاج صعوبات الكتابة: و يتم من خلال الخطوات التالية:

1 - التعرف على مهارات الكتابة عند الطفل من خلال إتاحة الفرصة له لأداء المهام الفرعية التالية (طريقة مسك القلم - ماذا يكتب و ماذا يرسم - طريقة كتابته للأحرف - رسمه لأشكال هندسية موضوعة أمامه، كتابته لأحرف هجائية أو أرقام حسابية أو كلمات ظاهرة أمامه.

2 - بعد التعرف على المهارات السابقة و معرفة ما يمكن أن يقوم به الطفل و ما يعجز عنه يستطيع تحديد السبب الرئيسي في صعوبات الكتابة إذا كان يتعلق بالإدراك الحركي أو صعوبات التمييز أو غير ذلك.

3 - تتم المعالجة حسب نتائج الفحص السابقة و ذلك لعلاج العجز الإدراكي.

4 - مقترحات للتغلب على مشكلة صعوبة التذكر:

لمساعدة الطفل على تخطي مشكلة ضعف الذاكرة تتبع الخطوتين الأساسيتين التاليتين:

الخطوة الأولى: يتم فيها تحديد و تقييم الجانب الذي يظهر فيه ضعف الذاكرة و تحديد ما إذا كان يتعلق بجانب معرفي واحد أو يظهر في أكثر من مجال من مجالات التعلم.

و بمعنى أدق علينا أن نحدد إن كانت المشكلة مرتبطة بالقراءة أم الكتابة أم بالتهجئة أم بالحساب أم ببعض منها أم بكل هذه الجوانب و يمكن معرفة ذلك من خلال الجوانب التالية:

1 - مراجعة كمية و محتوى المادة العلمية التي ندرسها للطفل و درجة ملائمتها لمستوى
نضجه التعليمي، لأن كثيرا من الأطفال يعانون من صعوبات في تذكر المواد الدراسية المعقدة
أو الطويلة.

2 - معرفة مدى اعتماد المادة العلمية على حواس الطفل كالسمع و البصر و اللمس و
الحركة غير ذلك.

3 - معرفة مدى ارتباط المادة العلمية تجاه الطفل و هل لها علاقة بخبراته السابقة.

4 - معرفة نوع الاستجابة المطلوبة من الطفل لتعلم هذه المادة، و هل مطلوب منه التعرف
عليها فقط أمان الأمر يحتاج إلى استدعاء معلومات مخزنة من قبل، أو يتطلب منه القيام
باستجابات حركية لأن الأطفال الذين يعانون من صعوبة في التعلم قد تكون لديهم صعوبة في
نوع معين أكثر من الصعوبات التي تواجههم في مهام تعليمية أخرى. (زيدان السرطاوي، 1984،
ص148)

5 - الظروف التي تحدث فيها مشكلة التذكر؟ لأن مشكلة التذكر عند الطفل قد ترتبط بجوانب
الفعالية أو مشكلات شخصية أو مؤشرات بيئية أخرى و الضجيج و الإثارة.

الخطوة الثانية:

يتم فيها تنفيذ برنامج تنمية الذاكرة عند الطفل فالذاكرة مثل أي عضو في الجسم إن لم يعمل و
ينشط فانه يخبو و يضم و يقترح كيرك و كالافانت (السرطاوي 1984) برنامج يتكون من

سنة مراحل يمكن للأب أو المعلم استخدامها في معالجة ضعف الذاكرة عند الطفل و هي كالتالي:

المرحلة الأولى: تدريب الطفل على حفظ الأرقام من 1 - 10 بالترتيب أولاً ثم ندرسه على تذكر اسم الرقم عشوائياً و دون ترتيب.

المرحلة الثانية: تدريب الطفل على الفهم، حيث يقوم الأب أو المعلم بتدريب الطفل فهم ما هو متوقع منه أن يعلمه أثناء التدريب، و هذا يولد لديه الميل و الدافعية للتذكر، فان كان الهدف هو عملية الضرب، فتشجع الطفل على تذكر جدول الضرب.

المرحلة الثالثة: تنظيم المعلومات التي يجب على الطفل تذكرها، و يفضل تجميع هذه المعلومات في شكل مجموعات فرعية صغيرة مرتبطة ببعضها البعض.

المرحلة الرابعة: توفير الجو الملائم لعرض العمليات المطلوب تذكرها و هذا يسمى بتهيئة بيئة التعلم المناسبة، و الموقف التعليمي الجيد.

المرحلة الخامسة: استخدام أسلوب التدريب و الإعادة و هو ما يعرف بالتكرار الذي يعتمد على تشجيع الطفل على إعادة و تكرار المعلومات أو المهارات التي تعلمها.

المرحلة السادسة: التدريب على الذاكرة و ذلك بعد التدريب على التكرار و الإعادة، و يمكن تدريب الطفل على إمكانية تحول الذاكرة عن طريق تدريبه على مراقبة أدائه في عمليات تذكر

و استرجاع المعلومات.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف 2011،ص106)

5 - مقترحات لعلاج صعوبات التفكير:

يمكننا إتباع الخطوات التالية لعلاج صعوبات التفكير:

الخطوة الأولى: توجيه انتباه الطفل نحو المثيرات التي لها علاقة بحياته، التي يمكن المقارنة بينها (كرة - ملعب - كرسي - قلم - سجادة - غرفة).

الخطوة الثانية: إخبار الطفل بكل أنواع هذه المثيرات و مسمياتها و تحديد المثير المهم (الكتاب مثلا) و التركيز عليه و يجب عدم الانتقال من موضوع لآخر إلا بعد التأكد من استيعاب الطفل للموضوع الأول، و تبدأ من السهل إلى الصعب.

الخطوة الثالثة: التقليل من عدد المثيرات المعروفة حتى يستطيع التلميذ استيعابها بسهولة، فمثلا في مادة الرياضيات يجب ألا نكثر من العمليات الحسابية المقدمة للتلميذ.

الخطوة الرابعة: تدريب التلميذ على استخدام حواسه في إدراك علاقات الشبه و الاختلاف بين المثيرات المختلفة.

الخطوة الخامسة: تدريب الطفل على استخدام الألفاظ المناسبة لمساعدة خبراته السابقة.

6 - مقترحات لتنمية تفكير التلاميذ حول الدرس:

1 - استخدام أسلوب الحوار و المناقشة في الدرس.

2 - منح التلميذ فرصة محددة للتفكير في الموضوع الذي يطرحه المعلم للمناقشة أو موضوع

الدرس ذاته.

3 - استخدام أسلوب التفكير ألتباعدي الذي يسمح للتلميذ بحرية التفكير و حرية التعبير و إتباع أفاق تفكيره.

4 - السماح للتلميذ بطرح أفكاره دون مقاطعته بسبب خطأ عابر و مراعاة عدم انتقاد الطفل من الكلام.

5 - تقبل كل الأفكار التي يطرحها التلميذ .

6 - السماح للتلاميذ الآخرين بطرح الأسئلة و تقديم المقترحات أوالإجابة على بعض الأسئلة مع مراعاة الاحترام المتبادل بين الجميع.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011،ص110)

7- الخدمات التربوية و العلاجية لصعوبات الأكاديمية:

أولا : الخدمات التربوية و العلاجية لصعوبات القراءة:

حتى يمكن تعديل سلوك التلميذ في القراءة لابد من وضع برنامج تربوي شامل يتضمن التشخيص و التدريب على القراءة، و عندما يتدرب الطفل على القراءة لابد أن ندره أولا على المهارات التالية:

1 - الانتباه على اتجاه الحروف.

2 - استخدام حاسة السمع.

3 - التمييز بين الحروف بصريا كأن يميز بين حرفي (س - ش).

و البرنامج التدريبي لعلاج صعوبات القراءة يتناول تعليم التلميذ القراءة النمائية ثم القراءة التصويية.

ثانيا: الخدمات التربوية لعلاج مشكلة صعوبات الكتابة:

لعلاج صعوبات الكتابة يمكن اتخاذ الجوانب التالية:

الجانب الأول: مساعدة الطفل على تحديد اليد التي يجب أن يستخدمها في الكتابة، و يمكن تحديدها من خلال ملاحظة مدى استخدامه لإحدى يديه في التقاط الأشياء أو رمي الكرة أو عند تناول الطعام.

الجانب الثاني: تدريب الطفل على الجلوس بالوضع الصحيح للجسم و الرأس و وضع اليد بالنسبة لكراسة الكتابة و تدريبه على مسلك القلم و الكتابة على السطر، و عدم ترك فراغات كبيرة بين الكلمات.

الجانب الثالث: التعرف على مدى الإدراك البصري المكاني عند الطفل للتأكد من أنه يرى الأشياء بوضوح، و يمكن أن يتم ذلك بكتابة كلمات حروفها صغيرة و يطلب من الطفل أن ينسجها للتعرف على الأخطاء البصرية في الكتابة، حيث تكمن في ترك فراغات غير مناسبة بين الحروف و الكلمات أو في عكس الحروف.

الجانب الرابع: تحسين الذاكرة البصرية للأشكال و الأحجام و الحروف بتدريبه على التمييز بينها، و تدريبه على تخيل شكل الأحرف و الكلمات.

الجانب الخامس: علاج تشكيل الحروف و يمكن أن يتم ذلك بعدة طرق منها:

1 - أن يكتب المدرس الحرف و تسميته و يطلب من التلاميذ ترديده.

2 - يقوم المعلم بتوجيه يد الطفل في شكل حروف.

3 - الكتابة بالنقط ثم يطلب من الطفل الكتابة.

4 - يطلب من الطفل كتابة الحرف من الذاكرة

5 - يطلب من الطفل كتابة الحرف مع التشكيل.

6 - تدريب الطفل على السرعة في الكتابة و تكرار ذلك.

الجانب السادس: تصحيح الأخطاء العكسية التي يقوم فيها الطفل بعكس الأحرف و الأرقام.

الجانب السابع: تنمية دافعية الطفل بالثناء عليه و تشجيعه بمعززات ايجابية.

ثالثا: الخدمات التربوية و العلاجية لصعوبات التهجئة:

تتلخص الخدمات التربوية لعلاج صعوبات التهجئة في الجوانب التالية:

1 - إعداد برنامج فردي لتدريب التلميذ على التهجئة.

2 - تعديل طرق التدريس و وسائله إذا كان السبب في المشكلة.

3 - تعويد الطفل التعرف على أخطائه في التهجئة و تصحيحها باستمرار.

4 - إعطاء الطفل كم قليل من الكلمات في البداية ليتمكن من استيعابها.

ثم يتم التدرج في الزيادة بعد التأكد من إجابته بما تعلمه.

5 - ترتيب المادة التعليمية بطريقة سهلة و متدرجة تمكن الطفل من نقل خبراته التي تعلمها إلى خبرات أخرى متشابهة.

6 - استخدام الوسائل السمعية و البصرية التي تنمي قدرة الطفل على استخدام حواسه في التهجئة و فهم الكلام.

رابعا - مقترحات تربوية لعلاج صعوبات الحساب:

يمكن تدريب الطفل أولا على بعض العمليات الأساسية في الحساب كالتالي:

1 - تدريب الطفل على قراءة الأعداد فمثلا يكتب المعلم رقم (3) و يطلب منه قراءته (ثلاثة) مما يزيد من عمليه انتباه و التمييز السمعي و البصري.

2 - يكتب المعلم قائمتين من الأعداد ثم يطلب من التلاميذ التعرف على العلاقة بين الأعداد.

3 - يضع المعلم أمام التلاميذ مجموعة من الأشياء و يطلب من كل واحد منهم أن يأخذ من هذه الأشياء أربعة فقط و هو يعدها (واحد، اثنان، ثلاثة، أربعة) و هذا ينمي القدرة اللغوية في الحساب و ينمي مفاهيم الطفل .

4 - تدريب الطفل على العدد المتسلسل (1، 2، 3، 4) و هذا ينمي لديه الذاكرة الرقمية.

5 - التدريب على عمليات الجمع و الضرب و الطرح و القسمة.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف،

2011،ص119)

20-الموهبة و التفوق:

ظهرت تعاريف عديدة للموهبة و التفوق، و بعض تلك التعاريف ركزت على التحصيل الأكاديمي المرتفع للدلالة على الموهبة و التفوق و البعض الآخر ركز على القدرة العقلية المرتفعة لاختبارات الذكاء المقننة، في حين ركز بعضها على جوانب الإبداع أو القدرات الخاصة، أو السمات الشخصية و العقلية.

و نتيجة لاختلاف الباحثين في تعريف الموهبة و التفوق أدى إلى اختلافهم في كيفية قياس و تحديد الموهبة و التفوق، فبينما يميل بعضهم إلى اعتماد اختبارات الذكاء المقننة أو اختبارات القدرات الخاصة، أو التركيز على التحصيل الأكاديمي المرتفع، و مقاييس الإبداع أو التركيز على مقاييس السمات الشخصية و يركز بعض الباحثين في تحديد الأشخاص الموهوبين و المتفوقين على تقديرات المعلمين أو الأهل أو الأقران أو جميع هذه الطرق مجتمعة.

ظهرت العديد من التعاريف الخاصة بالأطفال الموهوبين و المتفوقين و التي يمكن تصنيفها إلى مجموعتين و هما:

20-1-الاتجاهات القديمة في تعريف الموهبة و التفوق:

ركزت التعاريف السيكومترية (الكلاسيكية) على القدرة العقلية و التي تقيسها اختبارات الذكاء المقننة و التي يعبر عنها نسبة الذكاء، حيث اعتبرت أن الطفل الموهوب هو الذي يحصل على نسبة ذكاء مرتفعة على اختبارات الذكاء و حددت نسبة الذكاء 140 فأكثر حيث اعتبرت هذه النسبة هي الحد الفاصل بين الطفل الموهوب و العادي، و في الستينات من القرن

الماضي أضيف بعد الأداء المتميز و خاصة المهارات الفنية و الاجتماعية و الموسيقية و الكتابية و الميكانيكية و قد تبنى هذا التعريف كيرك Kirk و جيلفورد Guilford و غيرهم حيث أشاروا أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يتميز بقدرة عالية على التفكير الإبداعي، و بذلك تكون الاتجاهات القديمة ركزت على نسبة الذكاء و القدرة على التفكير الإبداعي فقط.

20-2-الاتجاهات الحديثة في تعريف الموهبة و التفوق:

برزت الاتجاهات الحديثة في تعريف الموهبة و التفوق نتيجة لانتقادات التي وجهت للتعريفات القديمة أو السيكومترية للموهبة و من هذه الانتقادات ما يلي:

1- إن مقياس الذكاء كمقاييس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر لا تقيس القدرات الإبداعية أو الموهبة الخاصة أو السمات الشخصية، و إنما تقيس نسبة الذكاء و الذي يشار إليه بالقدرة العقلية العامة.

2-الانتقادات الموجهة إلى اختبارات الذكاء كالتحيز الثقافي و الطبقي و العرقي و هناك مشكلات تتعلق بصدق و ثبات المقياس.

3-نقص قدرة اختبارات الذكاء على قياس القدرة على التفكير المحدد باستجابات معينة كذلك نقص قدرتها على قياس التحير الأبتكاري.

و ظهرت تعريفات عديدة للموهبة و التفوق في أوائل السبعينات من القرن الماضي و يذكر مارليند (Marland 1972) أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداءا مميزا في التحصيل الأكاديمي، و في بعد أو أكثر من الأبعاد التالية:

1- قدرة عقلية عامة.

2-التفكير الابتكاري و الإبداعي.

3-الاستعداد الأكاديمي.

4-القدرة القيادية.

5-المهارات الفنية.

6-المهارات الحركية.

و اقترح رينزولي Renzulli أن الموهبة و التفوق هي محصلة التفاعل بين ثلاث من الخصائص و هي:

1- القدرة العقلية العامة و تكون فوق المتوسط.

2-القدرة العالية على الالتزام في المهمة المطلوبة.

3-مستوى عال من الإبداع.(كوافحة عبد العزيز وتسير مفلح و عمر فواز، 2003، ص34)

لقد اختلف العلماء في تحديد مفهوم الموهبة و كذا الإبداع، إذ تعتبر الموهبة و الإبداع من فئة ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، و الموهبة كمفهوم عام تشمل الموهبة العقلية (مستوى الذكاء المرتفع) و الموهبة الإبداعية و الانفعالية و الاجتماعية، و تتميز الموهبة كقدرة موروثية، أما التفوق فيشمل التميز في الجوانب الأكاديمية، و العقلية و التكنولوجية و الرياضية، و الفنية و الاجتماعية.

و الموهوب هو الشخص الذي يرتفع مستوى أدائه عن المستوى العاديين في مجال من المجالات التي تقدرها الجماعة سواء أكان هذا المجال أكاديمي أو غير أكاديمي، أو هو ذلك الشخص الذي يتميز بموهبة عقلية ممتازة تساعد على الوصول في تحصيله الأكاديمي إلى مستوى أداء مرتفع.

كذلك ينظر إلى الطفل الموهوب على أنه الطفل الذي لديه استعدادات فطرية عقلية أو خاصة يمكنه من تحقيق و إظهار مستوى أداء مرتفع و زائد عن المؤلف عن أقرانه من الأطفال العاديين في المدرسة في أي مجال من مجالات النشاط الإنساني التي يقدرها إذا توافرت لهذا الطفل الموهوب ظروف الرعاية التربوية المتكاملة و المتواصلة في الأسرة و رياض الأطفال و المجتمع.

و ينظر للموهوبين على أنهم هؤلاء الأفراد ممن يظهرون مستوى أداء عالياً أو استعداد في مجال من المجالات العقلية أو القيادية و الاستعدادات الأكاديمية الخاصة.

و الموهوبون هم أولئك الذين يتصفون بمهارة أو طاقة غير اعتيادية في ميادين مختلفة و لا سيما في مجال النشاط الذهني و الذين يحتاجون إلى تربية أو خدمات مختلفة تتخطى ما تستطيع المدرسة العادية تقديمه لهم.

يتضح أن الموهوبين هم فئة لديهم استعدادات خاصة تؤهلهم للنبوغ في بعض المجالات التي تحتاج أن تمثل هذه القدرات و الاستعدادات سواء كانت هذه المجالات علمية كالرياضيات و الهندسة و الفلك أو مجالات علمية كالزراعة و التجارة و الميكانيك.

20-3- الخصائص النفسية و السلوكية للأطفال الموهوبين و المتفوقين:

الطلاب الموهوبون سريعو التعلم فهم يتعلمون المفاهيم و الرموز التجريدية و العلاقات المعقدة بين المفاهيم كذلك لديهم القدرة على التعميم بسرعة و بشكل صحيح، و من الخصائص ما يلي :

- 1- سرعة التعلم.
- 2- الميول العلمية.
- 3- الاستمتاع بالتعلم.
- 4- التعليل التجريدي الجيد.
- 5- القدرات اللغوية الجيدة.
- 6- التخيل.

في دراسة قام بها " محمد نسيم رأفت" و " عبد السلام الغفار"، و " فيليب صابر" لمقارنة التفكير الإبداعي لدى الطلبة المتفوقين و العاديين توصلوا إلى التعرف على الخصائص المميزة للموهوبين و المتفوقين.

و جاءت نتائج دراستهم متفقة مع نتائج الدراسات الأجنبية السابقة في تحديد الخصائص التالية:

1 - التمتع بدرجة عالية من الذكاء، و توفيق في الذاكرة، و سرعة و المرونة في التفكير، و القدرة على التعميم و التبصر.

2 - الاعتماد على النفس في معظم أمورهم دون انتظار المساعدة من الغير.

3 - النضج و الثبات الانفعالي و الهدوء و الاستقرار.

4 - سهولة التكيف مع الواقع، و الشعبية بين الأقران، و الحس الجيد بالنكته.

5 - حب المغامرة و الاستكشاف و السعي لاكتساب خبرات جديدة، و حب الاستطلاع.

6 - ارتفاع معدل الثقة بالنفس، المثابرة، الانتباه، و التركيز، و نقد الذات.

7 - التمكن من القراءة قبل دخول المدرسة، ارتفاع مستوى الكتابة و الإلمام بالمفردات اللغوية.

8 - سرعة التعلم، الانتباه للتفاصيل، و الأداء المميز، و الانجاز المدرسي المتفوق. (محمد نسيم

و آخرون، 1965)

20-4- وسائل التعرف المبكر على الأطفال الموهوبين و المتفوقين:

بعيدا عن المقاييس العلمية التي لا تتوفر في البيت و لا في المدرسة، يمكن الاعتماد على

ملاحظة السمات الشخصية و الأكاديمية التالية:

للتعرف على الطفل الموهوب و المتفوق (لا يعني ذلك الاستغناء عن وسائل القياس العلمية عند توفرها):

أولاً: في البيت: يتميز الموهوب و المتفوق بالخصائص التالية:

- 1 - نشاط حركي زائد لكنه هادف غير عشوائي.
- 2 - الاستجابة للمتغيرات السمعية و البصرية التي تحدث حوله.
- 3 -طلاقة اللسان و سرعة تعلم الكلام.
- 4 - يستطيع التعبير عن مشاعره و أفكاره بسهولة.
- 5 - يتمكن من قراءة الأعداد مرتبة ترتيبا صحيحا من 1 - 9 .
- 6 - يتعرف على من حوله و يستطيع التمييز و بينهم.
- 7 - يمكنه العودة إلى البيت إذا ترك في شارع مجاور.
- 8 - الاعتماد على النفس و المشاركة في بعض الأعمال المنزلية.
- 9 - القدرة على التخيل و التقليد.

ثانياً: في المدرسة: يمكن للمعلم الحكم على التلميذ بأنه موهوب أو متفوق إذا ما لاحظ عليه السمات التالية:

- 1 - سرعة التعلم خاصة تعلم القراءة و الكتابة و الحساب.
- 2 - القدرة على استرجاع المعلومات (الإجابة الصحيحة على الأسئلة).
- 3 - التمتع بحصيلة لغوية تفوق أقرانه.
- 4 - امتلاك قدرات خاصة في حل العمليات الحساسة.
- 5 - التمتع بقدر معقول من التفكير الإبداعي المتميز بالأصالة و المرونة و التخيل.
- 6 - حب الاستطلاع و محاولة اكتشاف أشياء جديدة.
- 7 - تميز الطفل بالنقد الذاتي لنفسه و انتقاد أخطاء زملائه.
- 8 - التفكير بنمط غير عادي يختلف عن نمط تفكير من هم في سنه.
- 9 - التفوق في الأنشطة الرياضية و الفنية.
- 10 - التميز بالصفات القيادية و حب الزعامة.

أما إذا كانت الظروف تتيح إمكانية استخدام المقاييس العلمية فيمكن استخدام المقاييس التالية لقياس الجوانب المتعددة للطفل الموهوب و المتفوق:

1 - مقاييس القدرة العقلية: مثل مقاييس ستانفورد بينيه، أو مقياس وكسلر التي تهتم جميعها لتحديد القدرة العقلية للفرد، و التي يعبر عنها بنسبة الذكاء، و تأتي أهمية هذه الاختبارات في تحديد القدرة للفرد مقارنة بالقدرة العقلية للمجتمع الذي يعيش فيه هذا الشخص.

2 -مقاييس التحصيل الدراسي: و هي مقاييس رسمية مقننة تستخدم في تحديد القدرة التحصيلية للفرد و التي يعبر عنها بنسبة مئوية، و على سبيل المثال فان امتحانات القبول في الجامعات و امتحانات الثانوية العامة أو الامتحانات المدرسية، يعتبر من الاختبارات المناسبة في تقدير درجات التحصيل الدراسي للفرد، و يعتبر الفرد متفوقا إذا حصل على نسبة تحصيل تزيد على 90 %.

3 - مقاييس الإبداع: تعتبر مقاييس التفكير الابتكاري أو الموهبة الخاصة أو مقاييس الإبداع من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة الإبداعية للفرد.

و يعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي من أفضل مقاييس القدرة الإبداعية للفرد و هو يتكون من صورتين، صورة لفظية و أخرى شكلية.

و كذلك فان مقياس تورانس و جيلفورد للتفكير الإبداعي يعتبر من المقاييس الدقيقة و الأكثر تعبيراً عن حالة الفرد لأنه يهدف إلى قياس كل من: الطلاقة في التفكير، المرونة في التفكير، الأصالة في التفكير.

ويعتبر الفرد مبدعاً إذا حصل على درجة عالية على مقاييس التفكير الإبداعي و الابتكاري.

4 - مقاييس السمات الشخصية و العقلية: و هي الأدوات المناسبة في التعرف على السمات الشخصية و العقلية للفرد كقوة الدافعية و المثابرة و القدرة على الالتزام بأداء المهمات المطلوبة و الأصالة في تفكير الفرد.

5 - اختبارات القدرات الخاصة (اختبارات الاستعدادات): و هي اختبارات تكشف ذكاء الأطفال الموهوبين ذوي القدرات الخاصة و الاستعدادات الموجودة لديهم و من هذه الاختبارات:

1 - اختبارات القدرات اليدوية: و يقصد بها القدرة على النجاح في النشاطات التي تتطلب السرعة و الدقة في استغلال حركات اليدين و الذراعين و التنسيق بينهما.

2 - اختبارات القدرة الميكانيكية: و هي تلك القدرات التي يظهرها الفرد في ميدان كاستخدام و صيانة الآلات و إصلاحها.

3 - اختبارات القدرات الكتابية: و تعتبر هذه القدرات ضرورة للنجاح في الأعمال الكتابية و الوظائف في المؤسسات الحكومية و غيرها، و هي تحتاج إلى السرعة و الدقة في الكتابة أو في ترتيب الأوراق و حفظ الملفات أو في العمليات الحسابية المختلفة.

4 - اختبارات " ماير " الفنية: و تعرف أيضا باختبارات التذوق الفني التي وضعها " ماير " و هي اختبارات تقيس التقدير الفني للطلاب في مراحل التعليم الإعدادي و الثانوي، باعتبار أن التقدير الفني يعتبر أحد العوامل الأكثر أهمية في كفاءة الأداء.(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف،

2011،ص55-57)

20-5- المناهج و البرامج المقدمة للموهوبين :

إن مناهج التقدم العام يقوم على أساس الاهتمام بالقدرات المتوسطة و العادية، إذ نجد أن فعالية هذه المناهج و ما يتبعها من برامج و مفردات تصل إلى أقصى غاياتها، و تحقيق أهدافها بالنسبة للطفل العادي، و لكن هذه البرامج غالباً ما تكون أقل فعالية للفئات الخاصة من متخلفين عقلياً، أو موهوبين لذا يتطلب تخطيط برامج تعليمية للأطفال الموهوبين و هذا يحتاج إلى الكثير من العمل الفني و التعاون المثمر بين المسؤولين و المدرسة و الإباء و المجتمع العام و التلاميذ الموهوبين، و الموهوبين كأفراد أو جماعة يختلفون عن غيرهم من التلاميذ في القدرة على التعلم بمعدل أسرع و قدراتهم أكبر على التذكر كما أنهم يستطيعون استخدام ما تعلمونه في التفكير بطريقة أعمق.

و لما كان الموهوبون يمثلون نسبة ضئيلة في أي مجتمع مدرسي فإن هذه الحقيقة تفرض الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من الظواهر الضرورية في تخطيط المناهج التعليمية، و ما من شك في أن بعض الاعتبارات مثل حجم المجتمع و نوعيته لما في ذلك القيم و الاتجاهات السائدة فيه، و المستويات التعليمية العامة، و نوع القيادة السياسية و الاجتماعية تؤثر على مقدار الجهد المبذول و توفير برامج للموهوبين من أفراد هذا المجتمع.

20-6- التخطيط للمناهج و البرامج التعليمية الخاصة بالموهوبين :

تعمل الهيئة الإدارية التعليمية على القيام باختيار لجنة إرشادية من رجال التعليم للمشاركة في تخطيط الجوانب أو المنهج لابد من شرحه و تفسيره بين أهدافه للمجتمع المحلي، حصر جميع التنظيمات و الجمعيات و الأنشطة المجتمعية التي يمكن أن تلعب دوراً في تحقيق أهداف

هذا المنهج أو البرنامج الموضوع و توضيح الخطط الملائمة لاستغلال جميع المصادر المتوفرة في المجتمع، التقييم الدوري بعد تنفيذ البرامج مع تقديم تقارير دورية للمجتمع عن التقدم الذي أحرزه هذا المنهج أو البرنامج، و بدون التخطيط الجيد للبرامج و المناهج التعليمية للموهوبين القائمة على حاجاتهم و ميولهم و قدراتهم الخاصة على الأداء، يبقى هؤلاء الأطفال الموهوبين دون أن يواجهوا أي نوع من التحدي لطاقتهم و إمكانياتهم من خلال البرامج و الخبرات العملية التعليمية، و كذلك يجب تقديم و توفير خدمات الإرشاد النفسي التربوي بما يساعد على نموهم في شتى المجالات بالسرعة التي تتناسب مع إمكانياتهم العقلية و الشخصية.

20-7- أهداف مناهج و برامج الموهوبين :

تسعى المناهج و البرامج المقدمة للموهوبين إلى تحقيق ما يلي :

1- تزويد الموهوبين بالإمكانيات التي تجعلهم يحققون مستويات عالية من التقدم في التحصيل الأكاديمي.

2- اكتساب القدرة على التوجيه الذاتي، و ذلك بتوفير الحرية و الإحساس بالمسؤولية و تدريبهم على التكيف مع الوقت.

3- تنمية صفات القيادة في الموهوبين بما يشعروهم بالمسؤولية نحو الذات و نحو الأسرة و المجتمع.

4- تنمية الموارد و القدرات التي تمكنهم من تحقيق مستويات عالية من التفكير الإبداعي والابتكار.

5- اكتساب القدرة على تحمل وجهات النظر المتباينة و تحمل الأفكار المتشعبة والمتعارضة.

6- تطوير نماذج التفكير التي تساعد على حل المشكلات عن طريق البحث في الحلول البديلة لها قبل اتخاذ أي إجراء تنفيذي لحلها، أي تنمية إمكانيات الموهوبين على الاستدلال والاستقرار و اتخاذ قرارات مهمة و فعالة.

7- تطوير طرق التفكير و زيادة البحث العلمي، مما يكون لديهم اتجاهات ايجابية نحو الاستفسار الدائم و التساؤل.

8- الإعداد لنمط من الحياة الاجتماعية و المهنية التي توفر الرضا و الإشباع للموهوبين، و ذلك عن طريق استثمار قدراتهم و إمكانياتهم و ميولهم نحو مجال أو أكثر من المجالات الوظيفية.

20-8- الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للموهوبين :

يمكن تصنيف الأساليب الرئيسية لتعلم الأطفال الموهوبين في استراتيجيات عامة هي كالتالي:

1- إستراتيجية الإثراء :

يقصد بها تقديم برامج خاصة لهؤلاء الموهوبين تختلف في الكيف و المستوى عن تلك البرامج التي تقدم للعاديين، على أن يبقى الموهوبين ضمن جماعتهم المرجعية التي ينتمون إليها، و فيها يتم تعريف الطلاب لأنواع واسعة من فروع المعرفة من الموضوعات و من الأشغال،

الهوايات، و الأشخاص و الأماكن و الأحداث التي تتناولها مادة المنهج العادي، كما يهتم الطلاب فيها بموضوع اختاروه بأنفسهم و كانوا على استعداد لتخصيص الوقت اللازم لاكتساب المحتوى المتقدم الذي يحتاجه الموضوع لتدريب على ما يتطلبه ذلك من عمليات، و هي لذلك تتيح للمتفوقين و الموهوبين فرصة التفاعل و الاختلاط مع غيرهم من ذوي القدرات المتوسطة و المنخفضة و يستفيدون من هذه التفاعلات لأنهم يتجنبون بذلك ما يمكن أن يتعارضوا له من آثار سلبية نتيجة إحساسهم بالغرور، إلا أنها تضع ضغطا كبيرا على مدرس الفصل أو الصف الدراسي الذي ينبغي أن يعد المعرفة و المهارات المرغوبة و الوقت لتنفيذ نوع البرنامج التعليمي المطلوب.

2- إستراتيجية التعجيل أو الإسراع :

يقصد بها خفض الحد الزمني الذي يحتاجه الطالب الموهوب لتحقيق الأهداف التربوية المحددة للطلاب العادي، و توجد خمسة طرق يمكن من خلالها تطبيق الإسراع مع الطلاب المتفوقين و الموهوبين و هي كالتالي:

1- الالتحاق المبكر بدور الحضانة.

2- قبول التلاميذ أو طلاب المدارس أو الجامعة في سن مبكرة.

3- تخطي الصفوف الدراسية في زمن أقل من المعتاد.

4- الانتهاء من صفين دراسيين في عام واحد سواء في الجامعة أو المدرسة أو دور

الحضانة.

5- الإسراع في مادة دراسية واحدة.

3- إستراتيجية التجميع :

يقصد بها وضع المهويين في فصول أو مدارس أو مؤسسات خاصة بهم، لها برامج تختلف

عن المؤسسات العادية للطلاب العاديين. (قحطان أحمد الظاهر 2008)

خاتمة:

قد حاولنا من خلال هذه المطبوعة الوقوف على أهمية موضوع التربية الخاصة، و ذلك من خلال التطرق إلى تاريخ التربية الخاصة وإلى مفهوما و أهدافها بالإضافة إلى التعرف على مبادئها ومستوياتها، و معرفة فئات ذوي الاحتياجات الخاصة و البرامج العلاجية لكل فئة. فمن خلال هذه المطبوعة يمكن أن نقول بأن مختلف الدراسات المتراكمة في مجال التربية الخاصة، فكثير منها تحاول الوصول إلى نتائج علمية، تكون كمنطلق للتأسيس الأسس والمبادئ التي تساهم في تصميم وبناء مناهج تربوية خاصة بفئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فلا شك أن أطفال هذه الفئة لهم الحق الكامل في التعليم كغيرهم من الأفراد، تكريسا لمبدأ المساواة بين الأفراد في الحق والواجب هذا من جهة، ومن جهة أخرى فحقيقة الاهتمام بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة لهم من الإمكانيات ما يسمح لهم من المشاركة في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية، وذلك إن تم تدريبهم وتعليمهم والتكفل بهم لجعلهم يتمتعون بالاستقلالية كغيرهم من الأفراد، ولعل هذا ما يحول دون أن يكونوا عبئ على المجتمع.

المراجع :

- 1- الخطيب جمال، والصمادي جمال، الروسان فاروق، وآخرون (2007). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. الطبعة الأولى. عمان: دار الفكر العربي. المملكة الهاشمية الأردنية.
- 2- الروسان فاروق (1998). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. عمان: دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع. المملكة الأردنية الهاشمية.
- 3- الروسان فاروق (1999). مقدمة في الإعاقة العقلية. الطبعة الأولى. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع. المملكة الأردنية الهاشمية.
- 4- الروسان. فاروق (2006). سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة. الطبعة السادسة. عمان: دار الفكر للطباعة. المملكة الأردنية الهاشمية.
- 5- الزريقات ابراهيم عبد الله (2016). الاعاقات الشديدة و المتعددة، ط1، دار المسيرة للنشر، عمان.
- 6- أماني محمد (2009): تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر في ضوء الخبرة الأمريكية،. مجلة العلوم التربوية، المجلد 17 (العدد 3).
- 7- آل مطر فايز (2001). دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليا في المملكة العربية السعودية. أطروحة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية. المملكة الأردنية الهاشمية.

- 8- الختاتنة يوسف عبد الخالق (2000). آثار الإعاقات على أسر ذوي الإعاقة.
قسنطينة: دار الهدى. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
- 9- الجمعية النسوية بأسبوط للتنمية (2004). تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة. أسبوط
منشورات التجمع المعني بحقوق المعاق، أسبوط.
- 10- الخطيب جمال، الحديدي منى (1994): مناهج و أساليب التدريس في التربية
الخاصة، ط1، دار الفكر العربي، المملكة الهاشمية الأردنية،
- 11- الخطيب جمال، الحديدي منى (1997). المدخل إلى التربية الخاصة. الطبعة
الأولى. عمان: مكتبة الفلاح للنشر. الكويت.
- 12- الروسان فاروق (2000). دراسات وبحوث في التربية الخاصة. الطبعة الأولى.
عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 13- الروسان فاروق (2000): سيكولوجية الأطفال غير العاديين. عمان: دار الفكر
العربي. المملكة الهاشمية الأردنية.
- 14- الروسان فاروق (2005): مقدمة في الإعاقة العقلية، ط3، دار الفكر للنشر،
المملكة الأردنية الهاشمية.
- 15- الزارع نايف (2003): تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، عمان
الأردن.
- 16- السرطاوي زيدان، سي سالم كمال، (1992). المعاقون أكاديميا وسلوكيا

- 17- السرطاوي زيدان، عبد العزيز السيد، عبد العزيز العبد، (2000): الدمج
الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الكتاب الجامعي، العين.
- 18- إبراهيم سليمان عبد الواحد يوسف (2010): صعوبات التعلم الاجتماعية و
الانفعالية بين الفهم و المواجهة، ط1، دار الهندسة، القاهرة.
- 19- أبو النصر مدحت (2005): الإعاقة العقلية، المفهوم و الأنواع و برامج
الرعاية، سلسلة رعاية و تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، مجموعة النيل العربية القاهرة.
- 20- السرطاوي عبد العزيز، أيوب عبد العزيز (2000). الإعاقة العقلية. الكويت: مكتبة
الفلاح. الكويت.
- 21_ الشناوي محمد محروس (1997). التخلف العقلي الأسباب، التشخيص والبرامج. الطبعة
الأولى. القاهرة: دار غريب. جمهورية مصر العربية.
- 22_ الشناوي محمد محروس (1998). تأهيل المعوقين وإرشادهم. الطبعة الأولى. الرياض:
دار المسلم للنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.
- 23- الطائي عبد المجيد (2008): طرق التعامل مع المعوقين، دار الحامد القاهرة
- 24- الفيلاوي محمد عيسى إسماعيل غريب (2007). الفروق في أبعاد التفاعل الأسري
داخل أسر تلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت.
أطروحة ماجستير غير منشورة. جامعة المنامة. مملكة البحرين.

- 25- القاسمي عمروش (2002). المرشد المنهجي للمراكز الطبية التربوية للأطفال المتخلفين ذهنياً. قسنطينة: المركز الطبي لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
- 26_ القريوتي يوسف، السرطاوي عبد العزيز، الصمادي جميل (2001): المدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار القلم، الإمارات العربية المتحدة.
- 27_ القريطي عبد المطلب (1995): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة .
- 28_ القريطي عبد المطلب أمين (1996). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. الطبعة الأولى. القاهرة: دار الفكر العربي. جمهورية مصر العربية
- 29_ القريطي عبد المطلب أمين (2005). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. الطبعة الرابعة. القاهرة: دار الفكر العربي. جمهورية مصر العربية
- 30_ الهابط محمد السيد (بدون تاريخ). التخلف في المحيط الأسري. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث. جمهورية مصر العربية.
- 31_ الموسى ناصر بن علي (1999). مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف في ظلال الذكرى المئوية لتأسيس المملكة العربية السعودية. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر. المملكة العربية السعودية.
- 32_ الوابلي عبد الله (2003). طبيعة المشكلات الكلامية لدى تلاميذ ذوي التخلف العقلي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية. مجلة الإرشاد النفسي 17، 91.53.

33- الهادي إبراهيم محمد نور (2006): علم النفس التربوي و تطبيقاته، ط1 دار جامعة الجزيرة للطباعة و النشر، القاهرة.

34_ الهجرسي أمل معوض (2002). تربية الأطفال المعاقين عقليا. الطبعة الأولى. القاهرة: دار الفكر العربي للنشر. جمهورية مصر العربية.

35_ بركات لطفي أحمد (1981). تربية المعوقين في الوطن العربي. الطبعة الأولى. الرياض: دار المريخ للطباعة والنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.

36_ بركات لطفي أحمد (1984). الرعاية التربوية للمعوقين عقليا. الرياض: دار المريخ للنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.

37_ بخيت محمد أحمد عبد اللطيف (2012). تكييف وتطوير مناهج التعليم العام للطلاب ذوي الإعاقة في بيئات الدمج الشامل. بحث مقدم إلى الملتقى الثاني عشر للجمعية الخليجية للإعاقة المنعقد بتاريخ 08.06 ماي 2012، سلطنة عمان.

38- تيسير مفلح كوافحة، عمر عبد العزيز فواز (2003): مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان.

39_ ثناء الضبع (2005). تربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. القاهرة: مكتبة العلمي للبحوث. جمهورية مصر العربية.

40_ حلاوة محمد السيد (2004): التخلف العقلي في محيط الأسرة. الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع. جمهورية مصر العربية.

- 41_ خولة أحمد يحيى، عبید ماجدة السيد (2005). الإعاقة العقلية. الطبعة الأولى. عمان: دار وائل للنشر. المملكة الأردنية الهاشمية.
- 42_ زيدان السرطاوي، عبد العزيز السيد (1988): صعوبات التعلم الأكاديمية و النمائية، الرياض.
- 43_ سيد خير الله، لطفي بركات و أحمد (1967): سيكولوجية الطفل الكفيف و تربيته، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 44_ سهير محمد سلامة شاش (2002): التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل و الدمج، ط2، مكتبة زهراء الشرق، مصر.
- 45_ سعيد كمال عبد المجيد(2009) : التقييم و التشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1 ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، الإسكندرية.
- 46_ سعد جلال (1986). في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة: دار الفكر العربي. الجمهورية المصرية العربية.
- 47- سيد سليمان عبد الرحمان (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة الأساليب التربوية والبرامج التعليمية. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق. الجمهورية المصرية العربية.
- 48_ صادق فاروق محمد (1982). سيكولوجية التخلف العقلي. الطبعة الثانية. الرياض: مكتبة جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.

49_ صبحي تيسير (1994): رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات جامعة

القدس المفتوحة، عمان

50_ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2011): التربية الخاصة و برامجها العلاجية، ط1،

مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

51_ عبد الله عادل محمد (2004). الإعاقات العقلية. الطبعة الأولى. القاهرة: دار الرشاد

للنشر والتوزيع.

52_ عبد الرحيم عبد المجيد، بركات لطفي أحمد (1996). سيكولوجية الطفل المعوق وتربيته

53_ علا عبد الباقي إبراهيم (1993). التعرف على الإعاقة العقلية علاجها وإجراءات الوقاية

منها. القاهرة: مكتبة كلية التربية، جامعة عين شمس.

54_ علا عبد الباقي إبراهيم (2000). الإعاقة العقلية، التعرف عليها باستخدام برامج التدريب

للأطفال المعاقين عقليا. القاهرة: دار عالم الكتب للنشر. جمهورية مصر العربية.

55- عادل محمد العدل (2013): صعوبات التعلم و أثر التدخل المبكر و الدمج

التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط2، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

56- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2011): التربية الخاصة و برامجها العلاجية، مكتبة

الأنجلو المصرية، القاهرة.

57- عبد الرحمان سيد سليمان (2011): الإعاقات البدنية، المفهوم التصنيفات، الأساليب

العلاجية، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

58_ فتحي السيد عبد الرحيم (1999). قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية

المعوقين النظرة والتطبيق. الطبعة الثالثة. الكويت: دار القلم. الكويت.

59- فتحي عبد الرحمان الضبع (2008): المعاقين بصريا رؤية جديدة للحياة و دراسة في

البعد المعنوي للشخصية الإنسانية، ط1، العلم للنشر و التوزيع الإسكندرية، القاهرة.

60- قحطان أحمد الطاهر (2002): مدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار وائل للنشر و

التوزيع، عمان، الأردن.

61_ كارليند ايفيسو مارالي (2007). الحمل أسبوعا بعد أسبوع. بيروت: أكاديمية

انترناشيونال. لبنان.

62- كاشف إيمان محمد فؤاد (2001). الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه. القاهرة: دار

قباة للطباعة والنشر والتوزيع. جمهورية مصر العربية.

63_ كريستين مايلز (1994). التربية المختصة دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا (ترجمة

عفيف الرزاز). الطبعة الأولى. عمان: ورشة الموارد العربية للنشر. المملكة الهاشمية الأردنية.

64_ كوافحة تيسير مفلح، عمر عبد العزيز فواز (2003). مقدمة في التربية الخاصة. الطبعة

الأولى. القاهرة: دار المسيرة للنشر. جمهورية مصر العربية.

65- ماجدة السيد عبيد (2000): مقدمة في تأهيل المعاقين، ط1، دار صفاء للنشر و

التوزيع، عمان، الأردن.

66- محمد التوبى محمد علي (2010): مقياس صورة الجسم للمعاقين بدنيا و

جسديا، ط1، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

67_ مرسى كمال (1996). مرجع في علم التخلف العقلي. القاهرة: دار النشر للجامعات المصرية. جمهورية مصر العربية.

68_ مرسى كمال إبراهيم (1997). التخلف العقلي وأثر الرعاية والتدريب فيه. القاهرة: دار النهضة العربية. جمهورية مصر العربية.

69_ مرسى كمال (2003). الأسرة التعريف والوظائف والأشكال. الكويت: دار القلم. الكويت.

70_ مسعودان أحمد (ديسمبر 2005). رعاية المعوقين في العالم من النبد إلى الإحسان وحتى عدم التمييز عدد 24. جامعة منتوري. قسنطينة الجزائر.

71- مصطفى النوري القمس، خليل عبد الرحمان المعاينة (2014): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة - مقدمة في التربية الخاصة الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة، ط5، عمان، الأردن.

72_ منظمة اليونسكو (1969). تقرير حول اجتماع اليونسكو للخبراء في التربية الخاصة الملتمم بمقر اليونسكو باريس 15.10 أكتوبر.

73_ نجدي سمير أبو زيد (2001). برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق. جمهورية مصر العربية.

74- فتحي السيد عبد الرحيم، (1983): سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين، دار القلم الكويت.

75- الخطيب جمال (2012): تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية دار الفكر، عمان

- 76- زريقات، إبراهيم، (2004): التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر. عمان.
- 77- الشمري، طارش، (2000): ندوة الإعاقة النمائية قضاياها العلمية ومشكلاتها... جامعة الخليج، البحرين.
- 78- عبد العزيز، سعيد. (2008): إرشاد ذوي الإحتياجات الخاصة، ط1 ، دار الثقافة عمان.
- 79- عطية وآخرون، عبد الحميد، (2001): الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- 80- غزال، عبد الفتاح علي، (2016): علم النفس فئات الخاصة ، ط ، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر.
- 81- ماجدة السيد عبيد، (2000): تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة-مدخل إلى التربية الخاصة ، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع .
- 82- معوض، ريم ، (2004): الولد المختلف، ط1، بيروت، دار العلم للملايين.
- 83- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم ، (2013): ذوي الإحتياجات الخاصة ، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.
- والتوزيع. المملكة العربية السعودية.

84-Lambert J .L (1978) :Introduction à L'arriération mental,Bruxelles
Pierre Mardaga, Bruxelles.

85-Grossman,H.J (1977): Manual on terminology and classification in
Mental Retardation,published by the AAMD.USA.

86-Kirk ,S.&chalfant,J(1988):developmental and academic learning
disabilities,denver,love publishing .