

مَا جَلَّهُ السَّيِّدُ عَبِيدُ

لمزيد من الكتب والأبحاث زوروا موقعنا مكتبة فلسطين للكتب المنشورة
<https://palstinebooks.blogspot.com>

تعليم الأطفال

ذوي احتياجات خاصة

(مدخل إلى التربية الخاصة)





﴿ وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

صدق الله العظيم

تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

”دخل إلى التربية الخاصة“

تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

ـ مدخل إلى التربية الخاصة ـ

تأليف

ماجدة السيد عبيد

الطبعة الأولى

٢٠٠٠ م - ١٤٢٠ هـ

دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان

رقم الایداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (١٤٧٣/٨/١٩٩٩)

رقم التصنيف : ٣٧١,٩

المؤلف ومن هو في حكمه: ماجدة السيد عبيد

عنوان الكتاب : تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

الموضوع الرئيسي : ١ - العلوم الاجتماعية

٢ - التعليم الخاص

بيانات النشر : عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع

* - تم اعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

حقوق الطبع محفوظة للناشر

Copyright ©
All rights reserved

الطبعة الأولى

٢٠٠٠ م - ١٤٢٠ هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع

عمان - شارع السلط - مجمع الفحيحص التجاري - هاتف وفاكس ٤٦١٢١٩٠

ص.ب ٩٢٢٧٦٢ عمان - الأردن

DAR SAFA Publishing - Distributing

Telefax: 4612190 P.O.Box: 922762 Amman - Jordan

ردمك ٤٢ - ٤٠٢ - ٩٩٥٧ - ISBN

امداد

إلى الأساتذة الأجلاء

د. جمال الخطيب، د. جميل الصمادي. د. خولة يحيى

د. فاروق الروسان، د. مني الحديدي

أهدى بعض علمكم، وثار غرسكم، وفاء واحلاصا يتمثلان في كل فكر،
وسع همسة القلم حين يخاطب السطور، وفاء تعلمه على أيديكم.

المؤلفة

ملحلاة السيد عبد

تقدير

احتل ميدان التربية الخاصة في الوقت الحالي مكانة مرموقة نتيجة اهتمام الباحثين وعلماء التربية وعلماء النفس والأطباء وغيرهم في مجل الأطفال غير العاديين، ويمكن القول بأن موضوع الأطفال الغير عاديين قد أخذ يمثل موقعا متقدما في سلم الأولويات. ومن هنا تأتي أهمية هذا الكتاب حيث جاء ليتماشي مع الخطة الجديدة لتخصص تربية الطفل وكذلك تخصص التربية الخاصة، فقد احتوى الكتاب على عشرة فصول.

الفصل الأول: يحتوي على مدخل إلى التربية الخاصة وأهدافها وتطور ميدان التربية الخاصة في الوطن العربي والأردن.

الفصل الثاني: فتة المهوبيين ويوضح فيه مفهوم الطفل المهووب وكيف يمكن تشخيصه ووضع البرامج المناسبة له بناء على الخصائص السلوكية والعلمية للمهوبيين، كذلك الاتجاهات الحديثة في تعليم المهوبيين.

الفصل الثالث: فتة الإعاقة العقلية ويبين فيه مفهوم الإعاقة العقلية وأسبابها وتصنيفها ووضع البرامج والمناهج المناسبة بناء على القياس والتخيص لهم، مع توضيح خصائص المعاقين عقليا.

الفصل الرابع: فقد جاء بإيضاح من هم المعاقون بصريا مع توضيح تشريح العين ووظائفها وأية الإبصار وكيف يمكن تصنيفهم ومعرفة الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية ووضع البرامج المناسبة مع الأخذ بعين الاعتبار خصائص المعاقين بصريا واعتبارات أساسية في تعليم هذه الفتة.

الفصل الخامس: يحتوي على تعريف للمعاقين سمعيا وتصنيفهم وتشريح للجهاز السمعي وأية السمع، ثم كيف يمكن استخدام الطرق الحديثة للتشخيص لوضع البرامج التعليمية المناسبة مع استخدام الاستراتيجيات التعليمية الخاصة بهم كذلك الأخذ بعين الاعتبار خصائص المعاقين سمعيا.

الفصل السادس: احتوى على فتة ذوي صعوبات التعلم وخصائصهم ولماذا نعنى بصعوبات التعلم مع معرفة أسباب هذا الصعوبة، ووضع المقاييس المناسبة للتشخيص لوضع البرامج المناسبة لتعليمهم بالأساليب المناسبة لهم.

الفصل السابع: يبحث في الإضطرابات الانفعالية أو السلوكية وكيف يمكن تعريفهم وتصنيفهم والاستدلال على خصائصهم والأسباب المؤدية للإضطرابات

كذلك معرفة أساليب قياس وتشخيص المضطربين انفعالياً ووضع البرامج المناسبة لتعليمهم باستخدام الأساليب المناسبة.

الفصل الثامن: قللت في فئة المضطربين لغوية، وماذا يعني بهم ومظاهرهم، والأسباب المؤدية للاضطرابات اللغوية بحيث يتم تشخيصهم ومعرفة خصائصهم وأساليب تعليمهم ومحتويات برامجهم ومناهجهم وطرق تعليمهم.

الفصل التاسع: بحث في مفهوم المعاين حركياً، وكيف يمكن تقسيمهم بناء على التشخيص المناسب حيث يوجد علة مظاهر للإعاقة الحركية مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص السلوكية لكل مظاهر ومنهم الشلل اللعاعي، المصابين بالصرع، المصابين بالحمى الروماتزية، ثم وضع البرامج المناسبة لهم مع تعديل البيئة الصحفية حتى تقدم لهم الخدمات بالشكل المناسب.

ـ أما الفصل العاشر: فقد خصص لعنة مواضيع حسب الاتجاهات المعاصرة في التربية الخاصة منها كيف يمكن أن يكون التقسيم والتشخيص مهما في وقت مبكر، كذلك كيف يمكن لاتجاهات الأهل والمجتمع أن تقدم أو تؤخر في تعليم المعاين سواء الاتجاهات الإيجابية أو السلبية، وكيف يمكن أن تؤثر هذه الاتجاهات في التدخل المبكر وتقديم الخدمات حتى قبل دخول الطفل المدرسة، ومن هم الأفراد الذين يقومون بمساعدة الأهل لتقديم الخدمات الشاملة، وكيف يمكن لتعليي التخصصات أن تساعد الأهل لتوجيههم للمكان المناسب ليكون التأهيل الشامل والمدرسة هي المساعدة لاعتماد ذوي الحاجات الخاصة على أنفسهم بعد أن نعطيه الفرصة للتعلم في المدارس العادية ودجهم في المجتمع ليكونوا في بيئة أقل تقييداً وذلك بناء على التشريعات والقوانين التي تحميهم وتعطيهم الحق في التعلم في وقت مبكر أسوة بالأطفال العاديين. كذلك احتوى الفصل على إدارة المؤسسات الخاصة وكيف يمكن للمعلم والإدارة أن يكون لها الدور الناجع في تعليم هذه الفئة، وكيف تساعد الأهل للتغلب على وجود هذا الطفل المعاق من خلال عقد اللقاءات والتخفيف عن الأسر من الضغوطات التي يعاني منها للوصول إلى مرحلة التكيف.

ولأنني أمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً للمهتمين والعاملين في مجال التربية الخاصة و التربية الطفل.

وأسأل الله التوفيق.

مجلة السيد عبيد.

المحتويات

٥	..... إهداء
٧	..... تقديم
١٣	..... الفصل الأول : مدخل إلى التربية الخاصة
١٧	..... مفهوم التربية الخاصة
٢٢	..... أهداف التربية الخاصة
٢٣	..... تنطوير ميدان التربية الخاصة في الوطن العربي والأردن
٤٩	..... التنظيم المركزي لبرامج التربية الخاصة
٥٠	..... ملخص انتشار الإعاقات في المجتمع
٥٧	..... الفصل الثاني : الموهوبون
٦٠	..... مفهوم الطفل الموهوب
٦٥	..... نسبة الموهوبين
٦٥	..... تقييم وتشخيص الأطفال الموهوبين
٧٩	..... الخصائص السلوكية والتعليمية للطفل الموهوب
٧٣	..... المنهاج والبرامج التعليمية للموهوبين
٨٤	..... الأبعاد العامة في تربية الموهوبين
٨٩	..... الفصل الثالث : الإعاقة العقلية
٩٠	..... مفهوم الإعاقة العقلية
٩٦	..... انتشار التخلف العقلي
٩٧	..... أسباب الإعاقة العقلية
١٠٦	..... تصنيف الإعاقة العقلية
١١٤	..... الخصائص السلوكية والتعليمية للمعوقين عقلياً
١١٩	..... تقييم وتشخيص الإعاقة العقلية

١٢٢	استراتيجيات و التربية المعقين عقليا
١٣٠	· مناج المعقين عقليا
١٣٥	- الفصل الرابع : الإعاقة البصرية
١٣٧	تسريح العين
١٤١	· تعريف الإعاقة البصرية
١٤٣	تصنيفات ومظاهر الإعاقة البصرية
١٤٤	أسباب الإعاقة البصرية
١٤٨	قياس وتشخيص الإعاقة البصرية
١٥٢	نسبة انتشار المعاين بصريا
١٥٣	· خصائص المعاين بصريا
١٥٩	اعتبارات أساسية في تعليم المعاين بصريا
١٦١	البرامج التربوية المقدمة للمعوقين بصريا
١٦٩	الفصل الخامس : الإعاقة السمعية
١٧٦	تعريف الإعاقة السمعية
١٧٧	تصنيفات الإعاقة السمعية
١٧٩	الجهاز السمعي عند الإنسان
١٨٥	أسباب الإعاقة السمعية
١٨٧	نسبة الإعاقة السمعية
١٨٧	قياس وتشخيص الإعاقة السمعية
١٨١	· خصائص المعاين سمعيا
١٨٩	البرامج التعليمية للمعاين سمعيا
١٩٩	الاستراتيجيات التغليمية للمعاين سمعيا
٢٠١	الفصل السادس : صعوبات التعلم
٢٠٣	· مفهوم صعوبات التعلم

٢٠٦	..... خصائص صعوبات التعلم
٢١٢	..... أسباب صعوبات التعلم
٢١٣	..... نسبة انتشار صعوبات التعلم
٢١٤	..... قياس وتشخيص ذوي صعوبات التعلم
٢٢٠	..... أساليب تعليم ذوي صعوبات التعلم
٢٢٣	..... البرامج التربوية للذوي صعوبات التعلم
٢٣٣	..... الفصل السابع : الاضطرابات الانفعالية
٢٣٧	..... تعريف المضطربين انفعالياً
٢٤٠	..... تصنیف المضطربين انفعالياً
٢٤٨	..... خصائص المضطربين انفعالياً
٢٥٦	..... أسباب الإضطرابات الانفعالية
٢٥٨	..... قياس وتشخيص المضطربين انفعالياً
٢٦٠	..... نسبة انتشار الإضطرابات الانفعالية
٢٦٠	..... أساليب تدريس المضطربين انفعالياً
٢٧٠	..... البرامج التربوية والتعليمية للمضطربين انفعالياً
٢٧٣	..... الفصل الثامن : الاضطرابات اللغوية
٢٧٥	..... مفهوم الاضطرابات اللغوية
٢٨١	..... مظاهر الاضطرابات اللغوية
٢٨٥	..... أسباب الاضطرابات اللغوية
٢٨٧	..... قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية
٢٨٩	..... نسبة انتشار الاضطرابات اللغوية
٢٩٠	..... المضطربين لغويًا
٢٩٠	..... أساليب تعليم المضطربين لغويًا
٢٩١	..... البرامج التربوية للمضطربين لغويًا

الفصل الأول

مدخل إلى التربية الخاصة

مفهوم التربية الخاصة.

أهداف التربية الخاصة.

تطور ميدان التربية الخاصة.

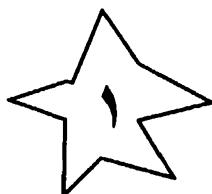
- تطور التربية الخاصة في الوطن العربي.

- تطور التربية الخاصة في الأردن.

عملية تصنيف الاعاقات والمشكلات المرتبطة بها.

التنظيم المركزي لبرامج التربية الخاصة.

حجم انتشار الاعاقات في المجتمع.



الخاصة ويرى أن هذا التعريف يقلل بقدر الإمكان من جوانب الضعف التي تتطوّر عليها تعريف الطفل غير العادي، هذا التعريف ينقل الاهتمام من خصائص الطفل التي تظهر عجزه أو قصوره إلى الاهتمام بالمتغيرات التعليمية، ويعرف سميث التربية الخاصة بأنها ذلك الجل المبني الذي يهتم بتنظيم المتغيرات التعليمية التي تؤدي إلى الوقاية من أو خفض أو تجنب الظروف التي يتبع عنها قصور واضح في الأداء الوظيفي للأطفال في الحالات الأكاديمية والتواصلية والحركية والتوافقية.

أما الحديدي فتعرف التربية الخاصة بأنها جملة من الأساليب التعليمية الفردية المفظمة التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة، وطراائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية- الشخصية والنجاح الأكاديمي، على أن الهدف الذي تتبعه التربية الخاصة تحقيقه لا يقتصر على توفير منهاج خاص أو طرائق تربوية خاصة أو حتى معلماً خاصاً ولكن الهدف يتضمن إيصالح حقيقة أن كل شخص يستطيع المشاركة في فاعليات مجتمعه الكبير، وأن كل الأشخاص أهل للاحترام والتقدير وأن كل إنسان له الحق في أن تتوافر له فرص النمو والتعلم.

أما تعريف التربية الخاصة والذي اعتمدته الجمعية الأمريكية للتخلّف العقلي فهو أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والمصممة بشكل خاص لمواجهة حاجات الأفراد المعوقين والتي لا يستطيع معلم الصف العادي تقديمها وتتضمن الأساليب والوسائل الخاصة والمساعدة في تسهيل- تعليم المعاقين وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن.

أما عبد الرحيم وبشّي فقد أشارا إلى أن استخدام مصطلح التربية الخاصة للدلالة على تلك المظاهر في العملية التعليمية التي تستخدم مع الأطفال المعوقين أو الأطفال المهووبين ولا تستخدم علة مع الغالبية العظمى من الأطفال المتوسطين.

وقد عرف ويستر (Webster) مصطلح (خاصة) على أنه يعني عمليات تتميز بنوعية غير عادية، أو غير شائعة، أو إضافة إلى المعتاد أو تستخدم بغرض خاص بالإضافة إلى الأغراض العادية، هذا التعريف يقبل التطبيق على البرامج

يختلف عن الطفل العادي أو المتوسط في خصائصه العقلية أو قدراته الحسية أو العصبية أو العقلية، أو في سلوكه الاجتماعي والانفعالي أو قدرات التواصل، إلى الحد الذي يحتاج فيه الطفل إلى تعديل في الخبرات التعليمية أو خدمات تعليمية خاصة بهدف تحقيق أقصى حد من النمو».

أما دن (Dunn, 1973) فيقول حول الطفل اللاسوسي: «إن الطفل غير السوسي يحمل هذه التسمية فقط عندما يكون الاحرف في خصائصه البدنية أو السلوكية من النوع التضمن عجزاً أو قصوراً لأمور تعليمية خاصة، ومن خلال المحاولة يمكن تحديد ما إذا كان هذا الطفل يستطيع أن يحقق توافقاً أفضل وتقلماً مدرسيًا أفضل من خلال العطاءات التعليمية الخاصة مباشرةً أو غير مباشرةً بأكثر مما يستطيع تحقيقه في ظل برنامج مدرسي عادي».

ويطالعنا جيرهارت (Gearhaert, 1973) باعتباره الطفل طفلاً غير سوياً إذا كانت حاجاته التعليمية والتربوية من نوع مختلف مما يتطلبه الطفل العادي أو المتوسط بحيث لا يمكن تعليمية بصورة فعالة أو مؤثرة دون توفير برامج تعليمية وتسهيلات ومواد ذات طبيعة خاصة.

لعل الفحص الدقيق للتعرif السابقة وأمثالها يظهر أنها لا تخلو من المشكلات، من ذلك أن التعاريف عامة وتثير كثير من التساؤلات منها على سبيل المثل، ما هو المتوسط أو العادي ما هو الذي الذي يجب أن يكون عليه الاحرف حتى يتطلب أساليب تعليمية خاصة، ثم ما هي التربية الخاصة؟

وما زاد الأمر تعقيداً أن الطفل غير العادي تعرض للدراسة من جانب كثير من العلوم من بينها علم النفس وعلم الاجتماع وعلم الفسيولوجي وعلم الطب والتربية، ومن ثم جاءت النراسة بوجهات نظر مختلفة ومتباعدة.

مفهوم التربية الخاصة:

من أجل مواجهة النتائج السلبية لتعريف الطفل غير العادي، يدعى العلماء إلى تعريف التربية الخاصة كبدليل عن تعريف الطفل غير العادي، من بين العلماء الذين يتخذون هذا الاتجاه سميث (Smith, 1975)، يقدم سميث تعريفاً للتربية

وعلى ضوء هذا التعريف تتضمن الانحرافات عن المعيار الطبيعي ما يلي:

- ١- الأطفال الذين يتميزون في قدراتهم العقلية (سواء كانوا مختلفين عقلياً أو موهوبين).
- ٢- الأطفال المهملين اجتماعياً.
- ٣- الأطفال الذين يواجهون صعوبات حادة في التعلم.
- ٤- الأطفال الذي يعانون من اضطرابات انفعالية حادة.
- ٥- الأحداث والجالحين.
- ٦- الأطفال الذين يواجهون مشكلات في النطق أو اللغة.
- ٧- الأطفال المعوقون سمعياً (الصم وضعف السمع).
- ٨- الأطفال المعوقون بصرياً (المكفوفين وضعف البصر).
- ٩- الأطفال المصابين بعجز جسمى أو صحي.

هذا ويجب أن يكون من الواضح أن عدداً كبيراً من الأطفال ينخرطون تحت أكثر من قطاع واحد من القطاعات السابقة نظراً لما يتبع عن إصاباتهم من إعاقات متعددة المظاهر.

إذن قد يجد الدارس لموضوع التربية الخاصة مصطلحات تدل على فئة الأفراد غير العاديين مثل مصطلح الأطفال المعوقين (Handicapped Children)، ويعكس هذا المصطلح فئات الأفراد غير العاديين السابقة فيما عدا فئة الموهوبين، كذلك مصطلح الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals)، ومصطلح الأفراد غير الأسواء (Abnormal Individuals)، إذ يقصد تلك الفئة من الأفراد التي تعاني من الأمراض النفسية أو العقلية أما عناصر (فئات غير العاديين) والتي تنطوي تحت مظلة التربية الخاصة فهي: الموهبة والتلألق، الإعاقة العقلية، الإعاقة البصرية، الإعاقة السمعية، الإعاقة الانفعالية، الإعاقة الحركية، صعوبات التعلم، اضطرابات النطق واللغة.

وقد عرف كيرك (Kirk, 1972) الطفل اللاسوبي أنه: «ذلك الطفل الذي

الفصل الأول

مدخل إلى التربية الخاصة

مقدمة:

يعتبر ميدان غير العاديين أو التربية الخاصة Special Education من الميدانين التربويتين التي واجهت العديد من التحديات حتى غا وتطور بسرعة وأصبح يحتل مكاناً بارزاً بين الميدانين العلمية والتربية المختلفة في بلدان العالم، فمنذ عهد قريب كان هذا الميدان يقتصر على رعاية بعض أفراد فئات الإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية والإعاقة العقلية، والإعاقة الجسمية، وكان لا يعترف برعاياه وتربية الأفراد الذين يعانون من أي نوع آخر من الإعاقات خارج هذه الفئات، وما زال هذا الوضع موجوداً في كثير من بلدان العالم، رغم أن هذا الميدان قد اتسع نطاقه وأصبح يشمل فئات أخرى للإعاقة.

إنه من المستحيل وجود تعريف واحد جامع مانع لهذا الموقف، وقد أساء البعض فهم مصطلح (غير عادي) (Exceptional)، حيث استخدم هذا التعبير للإشارة إلى الأفراد الذين يتميزون بالتفوق العقلي أو هؤلاء الذين أوتوا قدرًا عاليًا من الموهبة، فنية كانت أم موسيقية أم علمية ... إلخ. على أي حال لا يعتبر هذا الاستخدام استخدامًا واسع النطاق، ولعل المعنى الصحيح لهذا المصطلح يتضح من خلال استعراض التعريف التالي. تتضمن دراسة الاحرف عن المعيار العادي جميع الأطفال الذين تتوافر فيهم حالات تعتبر المحرافًا جليًا عن المتوسط الذي يحمله المجتمع في القدرات والامكانيات التالية، العقلية أو التعليمية أو الاجتماعية أو الحسية أو الجسمية والصحية، بحيث يترتب على هذا الاحرف حلقة إلى نوع خاص من المعرفة وطابع خاص من الخدمات لتمكين هؤلاء الأفراد من تحقيق أقصى ما تسمح به طاقاتهم.

التربية الخاصة التي تشمل على تعديلات أو إضافات للخبرات التعليمية التي وضعت أصلاً للطفل العادي، إذ أنها خبرات فريدة في نوعها وغير شائعة وذات طبيعة خاصة وتعتبر إضافة إلى أساليب التعليم المستخدمة مع الغالبية العظمى من الأطفال.

أما اليونسكو فتعرف التربية الخاصة، على أنها: «التربية التي تستهدف، داخل صفوف خاصة وجماعات ومؤسسات خاصة، أطفالاً يمثلون حالات استثنائية، وفي العديد من البلدان، تعتبر التربية الخاصة على أنها من اختصاص التعليم المدرسي والجامعي المطلق الذي توضع في إطاره مناهج خاصة بالأطفال اليافعين المصابين بإعاقات جسدية أو عقلية أو نفسية، وتكون متكيفة مع احتياجاتهم، أو تعتمد فيه طرائق تعليمية خاصة.

هذا لا يعني أن التربية الخاصة هي برنامج متكامل يختلف اختلافاً جذرياً عن تربية الطفل العادي، فال التربية الخاصة تشير فقط إلى تلك المظاهر التعليمية التي تعتبر فريدة أو إضافية إلى البرنامج المعتاد لجميع الأطفال، على سبيل المثل، البرنامج التعليمي لطفل يعاني من صعوبة في النطق قد ينفذ بجميع مظاهره في إطار فصل دراسي علي بواسطة مدرس علي، ينحصر المظهر الخاص من البرنامج التعليمي لهذا الطفل في أسلوب تصحيح عيوب النطق التي يعاني منها بواسطة أحد الأخصائيين في عيوب النطق، قد يستغرق هذا المظهر الخاص - أي التربية الخاصة - ساعتين فقط من بين ما يقرب من ثلاثين ساعة دراسية أسبوعياً، بطبيعة الحال لا يحصل الطفل العادي على هذه الخدمات الإضافية لأنها لا يحتاج إليها.

إن قدر التربية الخاصة ونوعها الذي يحتاج إليه الطفل غير العادي يعتمد على كثير من العوامل، من أبرز هذه العوامل درجة التباعد بين نمو هذا الطفل وبين نمو الطفل العادي، فكلما زادت درجة التباعد كلما زادت الحاجة إلى أشكال مختلفة من التربية الخاصة، ومن هذه العوامل أيضاً درجة التباعد في النمو داخل الفرد نفسه وأثر العجز أو الإصابة على الحالات الأخرى للتحصيل، إذن التربية الخاصة - نوعاً وكمـاً - أمور تعتمد على النمط النمائي للطفل مقارناً بزمائه، ودرجة التباعد في مظاهر النمو داخل الطفل نفسه.

يمكّننا أن ندرك الحاجة إلى التربية الخاصة لو أثناً معنا النظر في المشكلة التي يمكن أن يتعرض لها مدرس الفصل العادي، في ظل النظم المدرسية قد يجد المدرس نفسه أمام فصل يضم ما يقرب من ثلاثة تلميذاً، وقد يكون أحدهم موهوباً، وأخر متخلّفاً، والأخر يعاني صعوبة في النطق، وهنا تكون المشكلة أمام المدرس ليكّيف المنهج بما يتلاءم مع حاجاتهم.

ونظراً لصعوبة مثل هذا العمل ظهرت الحاجة إلى برامج التربية الخاصة في عدد من النظم المدرسية، صممت هذه البرامج ليس فقط بهدف مساعدة الطفل غير العادي، ولكن أيضاً لمساعدة المدرس العادي على القيام بواجباته، بحيث يتمكّن من تخصيص القدر الأكبر من وقت الفصل الدراسي للمجموعة الأكثر تجانساً من الأطفال.

المفاهيم الأساسية في الإعاقة:

العاهة : هو أي فقدان أو شذوذ في البيئة أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية العضوية.

العجز : مصطلح يشير إلى أي المحراف في الوضع الجسدي أو الأداء الوظيفي يتنج عنه عدم ملائمة وظيفية في الأداء في إطار ما تفرضه الظروف البيئية من متطلبات.

يلخص مصطلح العجز عدداً كبيراً من أوجه التقصير الوظيفي المختلفة التي تحدث لدى أي مجموعة من السكان في جميع بلدان العالم، وقد يتعرض الناس باعتلال بدني أو لأمراض يمكن أن تكون طبيعتها دائمة أو مؤقتة.

إعاقة : مصطلح يشير إلى العباء الذي يفرض اجتماعياً على الأفراد نتيجة للأحكام والتقييمات التي يصدرها المجتمع على الامحرافات الجسمية والوظيفية.

ويميز اليوم بوضوح بين عامة وعجز شخص من ناحية، وبين الإعاقات التي قد لا تتمخض عن صعوبات العيش أو التعلم فحسب، بل أيضاً عن المواقف أو الظروف التي يتواجد فيها الفرد وأصبح ينظر إلى الإعاقات على أنها مرتبطة بأوضاع ومتطلبات، وبالتالي بعض الإعاقات، تزيل التربية الملائمة وكذلك

التكوين والبيئة انعكاسات الإعاقة بصفة تكاد تكون كلية، وتوجد في أصل هذا المفهوم الجديد للإعاقة فكرة مسلم بها مفادها أن الشخص الذي يعاني عجزاً لا يختلف عن الآخرين، بل هو فرد عادي له احتياجات خاصة.

وإذا أصبحنا نميز بين العامة والعجز من ناحية، والإعاقة من ناحية أخرى، وإذا اعترفنا بأن الوضع الاجتماعي يلعب دوراً في إحداث الإعاقة وأن الصعوبات التي يستشعرها الفرد ليس لها مفعول الإعاقة إلا في بعض الظروف، فإننا نتجه نحو تصور جديد لتقويم الاحتياجات وتنظيم التربية الخاصة.

أما العوق، فهو فقدان القدرة كلها أو بعضها، على اغتنام فرص المشاركة في حياة المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين وتصف كلمة العوق تلاقي المعوق مع بيته، والغرض من هذا المصطلح هو تأكيد تركيز الاهتمام على ما في البيئة وفي الكثير من الأنشطة الاجتماعية المنظمة، مثلاً: الإعلام والاتصال والتعليم، من عيوبه تمنع المعوقين من مشاركة الآخرين على قدم المساواة.

وينبغي النظر إلى استخدام مصطلحي (العجز والعوق) كما يعرفان في ضوء التاريخ الحديث للعجز، ففي السبعينيات، كان لدى ممثلي منظمات المعوقين والمتخصصين في مجال العوق، رد فعل قوي على المصطلحات المستخدمة آنذاك وكثيراً ما كان استخدام مصطلحي العجز والعوق مشوباً بالغموض واللبس، فلنم يلقيا من الضوء ما يكفي للاهتماء به في السياسة العامة وفي العمل السياسي، وأدت المصطلحات تعكس نهجاً طبياً وتشخيصياً يتجاهل التفاصيل والعيوب الموجودة في المجتمع الخيط.

وفي عام ١٩٨٠، اعتمدت منظمة الصحة العالمية تصنيفاً دولياً للعامة والعجز والعوق يدل على اعتماد نهج يتميز بزيادة من اللقة إلى جانب اتسامه بالنسبة، والتصنيف الدولي لحالات العامة والعجز والإعاقة، يميز تفاصلاً واضحاً بين العامة والعجز والعوق، ولا يزال التصنيف يستخدم على نطاق واسع في مجال إعادة التأهيل والتعليم، والتشريع علم الاجتماع.

مفهوم الإعاقة :

المقصود بالإعاقة هو ذلك النقص أو القصور المزمن أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصبح معوقة، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع، ولذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية التأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراتهم رغم قصورها، حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندرج معهم في الحياة وهي حق طبيعي للمعوق.

تربية المعوق Education for The Handicapped

يشير مصطلح تربية المعوقين إلى نوع وطبيعة البرامج التربوية والتأهيلية التي تقدم لكل فرد يعاني من مشكلة (Problem) أو صعوبة (Difficulty) أو عجز (Disability) جسمى أو عقلى أو سلوكي، بحيث يجعله أقل قدرة من العاديين مما يتطلب تقديم برامج تربوية وتأهيلية تتناسب مع طبيعة عجزه.

أهداف التربية الخاصة :

تحقيق دراسة موضوع التربية الخاصة الأهداف التالية :

- ١- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٢- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٣- إعداد طرائق التدريب لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.
- ٤- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين، أو المعوقين عقلية، أو المعوقين

٥- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة ، بشكل عام ، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية.

الفارق بين أهداف التربية العامة ، والتربية الخاصة ؛

١- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين ، في حين تهتم التربية الخاصة بفئة الأفراد غير العاديين.

٢- تبني التربية العامة منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي ، في حين تبني التربية الخاصة منهاجاً لكل فئة ، تشقق منه الأهداف التربوية الفردية فيما بعد.

٣- تبني التربية العامة طرائق تدريسية جماعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تبني التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب.

٤- تبني التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة ، في حين تبني التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئة الأفراد غير العاديين ، مثلاً الخريطة العادية في تدريب الطفل العادي ، في حين تستخدم الخريطة الجسمة أو البارزة مع الطفل الكيفي وقد تستخدم لغة الإشارة لتدريب الصم في حين لا تستخدم هذه اللغة مع العاديين.

ومهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة وال العامة فإن كلاً منها يهتم بالفرد ولكن كل بطريقته ، ومع ذلك تشتراك التربية العامة وال الخاصة في هدف مساعدة الفرد أياً كان ، على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن ، والعمل على تحقيق أهدافه ، وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

تطور ميدان التربية الخاصة ؛

لقد وجدت الإعاقات من حيث المبدأ بوجود الإنسان والأساليب المؤدية إليها ، ولكن رعايتها لم تكن موجودة ، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتلبى احتياجات الأفراد غير العاديين ، وأدت التطبيقات السريعة في الفلسفات الاجتماعية وفي

نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة يقدر ما به من الصعوبة، وفي السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر والتي كانت ما بعد الثورتين الأميركيتين والفرنسية استخلصت إجراءات وطرق فعالة في تدريس وتعليم الأطفال الذين كانوا يعانون من إعاقات حسية (كالصمم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأميركيتين وفرنسا.

وفي السنوات الأولى من القرن التاسع عشر بدأت المحاولات الأولى للتربية التخلصيين عقلياً، وإن كانت تسميتهم بهذا الاسم لم تكن معروفة في ذلك الوقت، وقبل بداية هذه الجهود لم يكن هناك أي اهتمام يذكر بالاطفال الغير عاديين، وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة في ذلك الوقت متمثلاً في الحماية والإيواء في الملاجئ وذلك لحمايتهم أو حماية المجتمع الخارجي منهم، حيث يصعب عليهم التكيف معه وذلك لعدم إفساح المجال لهم لكي يتمكنوا من العيش بكرامة فضلاً عن السماح لهم بالحرية على الإطلاق.

ومع تقدم الحياة واتساع أفكار كثيرة للمجتمعين الأميركي والفرنسي كالديمقراطية، والحرية الفردية، والمساواة تغيرت وجهات النظر تجاه المعوقين، فلقد تزعم المصلحون السياسيون ورواد الطب والتربية حركة العمل لمناصرة المعوقين والدفاع عنهم، حيث طالبوا بضرورة تعليمهم المهارات التي تمكنهم من أن يصبحوا مواطنين متجين يعتمدون على أنفسهم، ولم تقتصر الجهود الأساسية لمؤلأء المصلحين على رغبتهم في حماية المعوقين والدفاع عنهم بل تجاوزت ذلك إلى العمل على تطبيع حياة الأطفال الغير عاديين بحيث تسير بصورة عادلة يأتقى ما تمكنهم به طاقتهم ويدرجه تجاههم من حفظ كرامتهم الإنسانية التي طالما افتقدوها.

ومن هنا فإن الأصول التاريخية للتربية الخاصة قد وجدت بصفة أساسية في أوائل القرن التاسع عشر، بحيث يمكن ارجاع الطرق التربوية المعاصرة والمستخلصة حالياً مع الأطفال الغير عاديين إلى أصولها من الاستراتيجيات الرائدة التي بدأت في ذلك العصر، كذلك فإن معظم القضايا الحيوية المليئة بالجدل في الوقت الحاضر هي نفس القضايا التي وجدت منذ فجر التربية الخاصة، وفي مناقشتنا لبعض الميول

والأحداث الرئيسية التاريخية التي حدثت منذ عام ١٨٠٠م، سوف نتناول بليجاز تاريخ الرواد الأوائل، وتاريخ منظمات الأباء والمحظيين وأخيراً تاريخ التشريعات والقوانين المتعلقة بال التربية الخاصة والأطفال الغير عاديين.

الرواد الأوائل وجهودهم:

معظم من قاموا بوضع اللبنة الأولى للتربية الخاصة كانوا أطباء أوروبيين من امتازوا بصغر سنهم وطموحاتهم العالية وتحدي الصعوبات التي واجهتهم وفي مقدمتها اساتذتهم وأصدقائهم، ويعتبر جين مارك جازبارد ايتارد (١٧٥٧-١٨٣٨) أول رائد في هذا المجال، فقد كان طبيباً فرنسيّاً ماهراً في أمراض الأذن وفي تربية الصم وتعليمهم، ويرى المؤرخون أن بداية التربية الخاصة بصورتها التي نعرفها اليوم يمكن أن تنسّب إلى ايتارد وجهوده الأولى التي بذلها.

ففي السنوات الأولى من القرن التاسع عشر بدأ هذا الطبيب الشاب بتربية طفل بلغ عمره اثني عشر عاماً، وكان قد عثر عليه متوجلاً في غابة إفيرون بفرنسا، كما كان عارياً من الملابس ويداً كأنه يشبه الحيوان في سلوكه، ولكن فيليب بينيل أستاذ ايتارد (١٧٤٥-١٨٣٦) الذي كان طبيباً فرنسيّاً لاماً والذى اشتهر في ذلك الوقت المبكر بتأييده للمعاملة الإنسانية للمجانين نصح ايتارد بتوفير جهوده التي بذلها، حيث كان يؤمن بعدم جدواها مع مثل هذا الطفل الأبله، ومع هذا فقد واصل ايتارد تربيته لفيكتور (كما سماه هو) بكل دأب وصبر، ورغم أنه لم يجعل من هذا الطفل إنساناً عادياً إلا أنه استطاع أن يحسن من سلوكه مستخلماً معه إجراءات تربية انتظامية.

ولقد عاصر ايتارد تلميذه إدوارد سيجان (١٨١٢-١٨٩٠) وكان سيجان قد اشتهر بتربية للمتخلفين عقلياً على الرغم من اقتناع كثير من مفكري عصره بعدم إمكانية تعليم مثل هؤلاء الأطفال شيئاًً ذا أهمية، وقد هاجر إلى الولايات المتحدة عام ١٨٤٨، وتلقى شهادته في الطب من جامعة المدينة في نيويورك عام ١٨٦١، وقد ألف سيجان كتاباً بعنوان (البلهاء وعلاجها بالطريقة الفسيولوجية) تم طبعه في الولايات المتحدة عام ١٨٦٦م، وقد قام في هذا الكتاب بشرح طرق ايتارد بالتفصيل والتوضيح.

كما قام فيه بوضع الأسس التي اعتمدت عليها ماريا مونتيسوري في عملها في هذا المجال (١٨٧٠-١٩٥٢)، وتعتبر مونتيسوري أول امرأة تحصل على شهادة في الطب في إيطاليا، وقد اشتهرت ليس فقط كمربية للمتخلفين عقلياً ولكن كمؤيلة ل التربية الأطفال العاديين في مرحلة مبكرة قبل تحاتهم بالمدرسة الابتدائية، و يمكن تصوّر مدى تأثيرها بآراء سيجان اذا أدركنا أنها قامت جاهلة بنسخ كتابه (المذكور سابقاً)، بخط يدها والذي بلغ ستمائة صفحة.

وقد عرضنا حتى الان بجهود الأطباء الأوروبيين الأوائل الذين برزوا بصورة رائعة في فجر التربية الخاصة، وبينما تعتبر بداية هذه الجهد في أوروبا حقيقة واضحة إلا أن كثيراً من العلماء الأميركيين قد ساهموا كذلك بجهودهم إلى حد كبير خلال تلك الحقبة المبكرة من تاريخ التربية الخاصة، ولقد ظلوا على علم بالتطورات التي حدثت في أوروبا بقدر ما أمكنهم، كما سافر بعضهم إلى أوروبا رغبة في استقاء معلوماتهم عن تربية المعوقين من مصادرها الطبيعية الأولى، هذا ويعتبر (الفريد بينيه) أول عالم فرنسي دخل ميدان التخلف العقلي على مستوى سيكولوجي خلده اسمه من بعده، فقد قام بوضع أول اختبار للذكاء عام ١٩٠٥م، بحيث هدف منه إلى قياس مفاهيم الذكاء والتحصيل المدرسي، كما هدف من وضعه إلى تحقيق رغبة السلطات الفرنسية المسؤولة عن التربية بفرنسا والتي هدفت بدورها إلى استخدام هذا الاختبار في عزل المتخلفين عقلياً عن الأطفال الأسوأ في المدارس الحكومية.

وبالرغم من أن بينيه لم يدخل ميدان علاج التخلف العقلي إلا أنه نقل الميدان من مجرد طرق حسية وتقليدية إلى البحث عن ماهية الذكاء والوظائف العقلية وأوجه القصور فيها لدى المتخلفين عقلياً، فكانت هذه هي البداية الصحيحة للبحث في طبيعة التخلف العقلي، كما أن التطبيقات التربوية بعد بينيه بدأت تأخذ شكل برامج تربوية ومناهج ومواد تعليمية استخلصت لإثراء بيئة الطفل بالثيرات التي تؤثر بشكل أو بآخر في النمو العقلي للمتخلفين عقلياً، كما أن تدريسيهم المهي بدأ يتوجه نفس الاتجاه.

· ولا شك أن نسبة الذكاء والعمر العقلي أصبحا المعيارين الأساسيين الذين

يستخلصون حتى الوقت الحاضر في عمليات تصنيف وتقسيم برامج المتخلفين عقلية، بالإضافة إلى نقلهم من مرحلة إلى مرحلة وتوجيههم توجيهها تربوياً سليماً.

كذلك يعتبر صموئيل جريدي هو (1801-1871) من بين الأميركان الشباب الذين اهتموا ب التربية المعقين، وقد تخرج من كلية الطب بجامعة هارفارد عام 1824م، وقد كان مصلحاً سياسياً وزعيمياً اجتماعياً إلى جانب شهرته كطبيب ومربي، حيث اعتبر بطلًا مدافعاً عن قضيائنا التحرر الإنساني والشؤون الإنسانية، كذلك كان ذا أثر فعال في تأسيس مدرسة بيركينز للمكفوفين بمدينة واتر تاون بولاية ماساشوتسيشن الأمريكية، وأخيراً فقد عمل مدرساً للمكفوفين الصم وقد كان مجلاً في تعليم (لورا بريديجان) - التي كانت مكفوفة البصر صماء عاملًا فعالًا ساهم إلى حد كبير في طريقة تعليمها هيلين كيلر، لقد كان (هو) بالإضافة إلى ما سبق قوله نائنة في تنظيم المدرسة التجريبية التي أنشئت في ولاية ماساشوتسيشن للمتخلفين عقليًا عام 1840م، كما كان على معرفة شخصية جيدة بالدكتور سيجان الذي تحدثنا عنه سابقًا، إذن تعتبر هيلين كيلر ولورا بريديجان من الأوائل الذين تلمندو على يدي هو.

أما لويس برايل فقد ارتبط اسمه بتعليم المكفوفين منذ اختراع طريقة برايل التي ما زالت تستخدم حتى الآن في تعليم المكفوفين القراءة والكتابة، وقد فقد بصره حين كان عمره ثلاثة سنوات وذلك على أثر إصابة إحلل عينيه حين كان يلعب بسكين، وقد قام باختراع طريقة في الكتابة والقراءة اعتماداً على فكرة "بارير" الذي كان يعمل ضابطاً في الجيش الفرنسي، ولقد حاول هذا الضابط ابتكار طريقة يمكن بواسطتها قراءة الرسائل والإشارات في ظلام الليل، وقد استخدم في هذا الغرض مجموعة الحروف البارزة التي يمكن قراءتها بطريقة اللمس، وقد أخذ برايل فكرة بارير وطورها بصورة أبسط وأعم نفعاً، كما أجرى كثيراً من التجارب لمعرفة جدواها إلى أن صممها بصورة نهائية في عام 1834م، وقد طبقت في المدرسة الفرنسية عام 1854م، بعد وفاة برايل بعامين.

وشعَّ استخدامها واستعمالها حتى تمت ترجمتها إلى معظم اللغات ومن بينها

العربية، ولا زالت تستخدم من قبل كثير من المكفوفين حتى عصرنا الحاضر.

كما يعتبر ثوماس جاليدت (1787-1851) من المربيين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الصم، فقد سافر إلى أوروبا لتعلم طرائق تربية الصم، ثم عاد إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام 1817م، ليؤسس أول مدرسة أمريكية للصم في مدينة هارت فورد (Hart Ford) بولاية كونيكتات (Connecticut) والتي عرفت الآن باسم المدرسة الأمريكية للصم، وقد كرم جاليدت بأن أسست أول كلية للصم في مدينة واشنطن عرفت باسمه هي (The Gallaudet College) وقد كان من آثار الحركة النازية في ألمانيا هجرة الكثير من المربيين والأطباء الألمان إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث ساهم هؤلاء بشكل واضح في نمو ميدان التربية الخاصة ومن هؤلاء ماريان فروستيج 1938م، والتي كانت تعمل كأخصائية نفسية واجتماعية في التنسا ويولندا حيث ساهمت بشكل واضح في نمو وتطور التربية الخاصة وبخاصة في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم، وكذلك الفرد ستراوس طبيب الأعصاب المشهور، وكروك شانك وهيلمر مايكيل بست، إذ يعود الفضل لهؤلاء الرؤاد في تطور موضوع صعوبات التعلم كأحد الميادين الرئيسية في التربية الخاصة، وكذلك هنر فرنر 1930م، الأخصائي في علم نمو النفس الذي ترك ألمانيا وانضم إلى مدرسة (Wayne) في مدينة (NorthVille) في ولاية ميشيغان الأمريكية ليساهم في تطور الأبحاث في ميدان التربية الخاصة، ثم نيكولاوس هوبيس 1960م، الأخصائي في علم النفس وال التربية والذي اهتم بتربية وتعليم الأطفال المضطربين انفعالية، وأخيراً جولدبرج 1972م، الذي أشار إلى تقدم الدول الاسكندنافية في تربية ورعاية الأطفال المعوقين عقلياً والذي دعى إلى الاستفادة من خبرات هذه الدول ونقل تلك الخبرات إلى الولايات المتحدة الأمريكية.

وإن نمو ميدان التربية الخاصة، في القرن العشرين، وفي الولايات المتحدة وغيرها لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوروبا، فقد كان للأطباء والمربيين الأوائل أمثل فروبل منتسروري وبيلاجييه وبينيه، وستراوس آثار واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر، كما كان للتقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب

والقانون آثاراً واضحةً في تقدم موضوع التربية الخاصة وبخاصةً في موضوع طرائق قياس وتشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية، وإعداد البرامج التربوية والمهنية، وهكذا أصبح ميدان التربية الخاصة ميدانياً متخصصاً له جذوره الممتدة والمتعلقة بعلوم النفس والطب والتربية والأعصاب والاجتماع والقانون، كما أصبحت خصائص التربية الخاصة معلماً بارزاً في معلم تربية الأطفال غير العاديين في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء.

أما مظاهر نمو ميدان التربية الخاصة في الدول العربية فهي:

- ١- الاهتمام المتزايد بقطاع الأفراد غير العاديين في المجتمع، وذلك من خلال فتح وإعداد المدارس والمؤسسات التي تعنى بالأفراد غير العاديين في المجتمع.
- ٢- تدريب الكوادر العاملة في ميدان التربية الخاصة، إذ تعقد الجهات المشرفة على ميدان التربية الخاصة والدورات التأهيلية للعاملين فيها وذلك بهدف تحسين أداء الكوادر فيها.
- ٣- اهتمام الجامعات وكليات المجتمع العربية بإعداد الكوادر المتخصصة في ميدان التربية الخاصة.

تطور التربية الخاصة في الوطن العربي:

في الوطن العربي بدأ الاهتمام بالمعوقين متأخراً وذلك بتأخره بعدين القطاع الحكومي والأهلي، وظهر الاهتمام في جمهورية مصر العربية عام ١٩٥٥م، فمثلاً في وزارة التربية والتعليم عندما عملت على تخصيص ثلاث صنوف في ثلاث مدارس ابتدائية لتعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ثم بدأ التوسيع أكثر، كذلك هناك بعض المؤسسات والجمعيات أو المدارس أو المراكز التي تشرف على برامج التربية الخاصة في عدد من الدول العربية وهي:

- ١- الجمعية التونسية لمساعدة الصم.
- ٢- المنظمة الوطنية للمكفوفين في الجزائر.
- ٣- جمعية رعاية المكفوفين في دمشق.

- ٤- الجمعية السودانية لرعاية وتأهيل المعوقين.
- ٥- الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين.
- ٦- الجمعية اللبنانية لرعاية الأطفال المتخلفين ذهنيا.
- ٧- الجمعية الوطنية للمكفوفين في المغرب.
- ٨- الجمعية المغربية لمساعدة وإغاثة المعاقين عقليا.
- ٩- جمعية التنمية الفكرية، وحلة الزيتون، القاهرة.
- ١٠- جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالبحر الأحمر.
- ١١- جمعية التأهيل المهني بالاسكندرية.
- ١٢- معهد النور للمكفوفين، عدن.
- ١٣- معهد الأمل للبنين في قطر.
- ١٤- معهد العناية للصم وضعاف السمع في بغداد.
- ١٥- معهد السنابل في محافظة البصرة.
- ١٦- إدارة الرعاية الخاصة، مسقط، عمان.
- ١٧- مؤسسة رعاية الأطفال المعوقين في الرياض.
- ١٨- معهد الأمل المتوسط للبنين في جلدة.
- ١٩- معهد الأمل للأطفال المعوقين في البحرين.
- ٢٠- معهد النور للمكفوفين، الملا، حضرموت.
- ٢١- معهدا لنور للخليج العربي، المحرق، البحرين.

تطور التربية الخاصة في الأردن:

وقد شهدت التربية الخاصة في المملكة الأردنية الهاشمية تطويرا هائلا وكبيرا خاصة في العشرين سنة الماضية وتحديدا بعد إعلان الأمم المتحدة عام ١٩٦١م عاما دوليا للمعاقين وما انبثق عنه من توصيات مهمة تسهم في العمل لرفع مكانة المعوقين حتى أصبحت الأردن في طليعة الدول العربية، لا بل دول العالم الثالث، وذلك لما أبدته من اهتمام خاص وملموس في إبراز قضية الإعاقة كملحى القضايا

الاجتماعية التي يتطلب العمل من أجلها وإعادة صياغة التوجيهات ورسم السياسات بما يتلاءم مع تقديم أفضل البرامج والخدمات التربوية والتربوية والإرشادية والرعاية المؤسسية للأفراد المعوقين كافة وفق قدراتهم وموهوبهم، في ضوء ما يتواقر من إمكانيات لاستيعاب الممكن منهم وجعلهم أعضاء فاعلين متفاعلين ومتتجين في المجتمع الذي يعيشون فيه.

ومع شح الموارد والعبء الكبير الذي تتحمله الدولة الأردنية وما يرتبط منه بفتحات التربية الخاصة وارتفاع كلفة العمل معهم وحدودية مصادر الدعم، فإن الدولة عملت جاهدة تحت الخطى ويسعي دؤوب من خلال مؤسسات رسمية وتطوعية بابلاه موضوع الإعاقة والمعوقين كل العناية والاهتمام.

فيبدءاً من الثلاثينيات شهدت الأردن اهتماماً بالمعوقين، والذي كان بتأسيس أول مدرسة للمكفوفين في القدس عام (١٩٣٩-١٩٣٨) سميت المدرسة العلائقية التي تعنى بشؤون المكفوفين، وقد تسارع الاهتمام بالمعوقين وتطورت الخدمات التربوية والعلاجية وتتابعت مسيرة البناء في عقود الستينيات والسبعينيات والثمانينيات، حيث ظهرت المدارس والمراکز والمؤسسات التي تقدم خدمات لختلف فئات المعوقين عقلياً وسمعياً وبصرياً وحركياً سواء من قبل الجهات الرسمية أو التطوعية، وظهر التحول والتطور النوعي للبرامج والخدمات المتميزة في بداية عقد التسعينيات، واكبه توسع كمي في أعداد المراکز والمدارس والصفوف، إذ بلغت أعداد هذه المؤسسات والمراکز والصفوف حتى عام ١٩٩٤م، حوالي ١١٢ مائة واثنتي عشرة مؤسسة تتبع ل مختلف القطاعات الحكومية والأهلية والتطوعية ووكالة الغوث الدولية.

وتعود وزارة التنمية الاجتماعية الجهة الرسمية التي تشرف على توجيه سياسة التربية الخاصة الأكثر التزاماً تجاه الأفراد المعوقين وما يستجد من إحداث للمؤسسات التي تعنى بهم بالتعاون والتنسيق مع الجهات الأخرى مثل:

- ١- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي والتطوعي، والذي أصبح اسمه الآن الصندوق الأردني الماشري للتنمية البشرية.
- ٢- وزارة التربية والتعليم.

٣- الاتحاد العام للجمعيات الخيرية.

٤- الم هيئات والمنظمات الدولية.

٥- الجمعيات الخيرية والقطاعات الأهلية والخاصة.

ولتنفيذ هذه التوجهات، فقد أحدثت مديرية التربية الخاصة في وزارة التنمية الاجتماعية عام ١٩٧٣م، لتحمل مسؤولية إدارة برامج التربية الخاصة في الأردن وتحفيظ السياسة المستقبلية لها، وتتولى حالياً المديرية المهام والمسؤوليات التالية:

أولاً: توفير الرعاية المؤسسية والخدمات التربوية والتعليمية والنفسية للمعوقين ضمن سياسة تربوية خاصة من خلال مجموعة المدارس والمراكمز والصفوف المختلفة التي تقدم خدمات الرعاية والابيواء بالإضافة إلى التربية والتعليم.

ثانياً: رسم سياسة خدمات التربية الخاصة في الأردن وتبني المشروعات الريادية وتجهيزها ووضع الخطط المناسبة للإجراءات العملية فيها.

ثالثاً: توفير خدمات التدريب والتأهيل المهني والتشغيل للمعوقين من مختلف فئات المعوقين من خلال مراكز التأهيل المهني وبرامج التشغيل التي يتوافر فيها التدريب على مهن الحسادة والنجارة والخياطة والتجليد وتنسيق الزهور والتجميل وتجهيز ودهان وصيانة وmekanik السيارات والتنجيد والتريكو والأشغال اليدوية البسيطة.

رابعاً: دعم برامج الإرشاد والتوعية والتشفيق الاجتماعي لأسر المعوقين والمجتمع المحلي التي تهدف إلى الوقاية من الإعاقة والإجراءات المتبعة في التعامل مع الطفل المعوق وال العلاقة مع المدرسة والعمل على تعديل اتجاهات المجتمع نحو المعوق ودعم برامج الإعلام في التلفزيون والراديو والصحف والمجلات والنشرات وتنسيق مع الجهات ذات العلاقة لايصال البرامج الإرشادية إلى المعنيين.

خامساً: إجراء الدراسات والبحوث وإقامة الندوات والدورات وتشخيص الإعاقات وتقديم الاستشارات الفنية (تربوية ونفسية ومهنية) للمعوقين وأسرهم وغيرهم من الباحثين والدارسين والمهتمين في مجالات الإعاقة المختلفة.

سادساً: تشغيل المعوقين ومنح التسهيلات والإعفاءات والامتيازات لهم حسب القوانين والأنظمة المعمول بها.

سابعاً: الإشراف على المراكز والمدارس والصفوف التي تقدم خدمات التربية الخاصة سواء في القطاع الحكومي أو الخاص ومتابعة البرامج والنشاطات المختلفة وتقييمها والعمل المستمر في تطويرها وتطوير أساليب التعامل مع المعاقين وتعديل الخطط والمناهج لتتلاءم مع كل فئة من فئات التربية الخاصة.

بالإضافة إلى وزارة التنمية الاجتماعية، فقد جرت محاولات متعددة من جهات مختلفة أخذت تحت الخطي من أجل تقديم الخدمات في مجال التربية الخاصة، وفيما يلي عرض محاولات وتجارب هذه الجهات.

أولاً: الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية.

واكب صندوق التنمية البشرية الذي تأسس عام ١٩٧٩م بمبادرة ملكية سامية نهضة التربية الخاصة في الأردن، ويمكن تحديد الدور الذي يقوم به الصندوق في مجال التربية الخاصة من خلال الإشارة إلى ما يلي:

- ١- المسح الشامل للمعوقين في الأردن والتي قام به الصندوق عام ١٩٧٨م، ونشرت نتائجه عام ١٩٧٩.
 - ٢- الدعم الفني والمادي للمؤسسات العاملة في مجال التربية الخاصة والتأهيل وأسر المعوقين.
 - ٣- الدورات التدريبية للكوادر والأسر والرائدات الريفيات وإجراء الدراسات والبحوث الميدانية.
 - ٤- دعم المؤلفات وطباعة الكتب وإصدار النشرات ذات العلاقة في التربية الخاصة.
 - ٥- تبني البرامج وإنشاء المؤسسات والصفوف في كافة مناطق المملكة.
 - ٦- تبني الندوات والمحاضرات والمؤتمرات ذات العلاقة بال التربية الخاصة.
- ثانياً: الاتحاد العام للجمعيات الخيرية.**

يعتبر الاتحاد العام للجمعيات الخيرية في الأردن من الهيئات المحلية المميزة التي

تعطي الكثير في مجال التربية الخاصة، ويأتي دوره مكملاً لدور المؤسسة الرسمية في المساهمة في تأمين الاحتياجات للمعوقين، من منطلق الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية تجاه هذه الفئة من المواطنين، ويمكن الإشارة إلى أبرز الملامح التي قلماها الاتحاد العام للجمعيات الخيرية في الأردن على النحو التالي:

- ١- أقام الاتحاد العام ٩ مراكز للإعاقة العقلية في كافة محافظات المملكة في مجال رعاية متعلقي الإعاقة الداخلية وضمن الجمعيات الخيرية حيث أخذت طابع الخدمات التأهيل والتدريب والتشغيل بهدف دمجهم في المجتمع.
- ٢- تبني مشروعات تأهيلية للمعوقين من خلال إنشاء الأكشاك للمعوقين للحد من البطالة وتوفير فرص عمل للمعوقين.
- ٣- تبني برامج التوعية والتنقيف والعمل مع أسرة الطفل المعوق والدورات التدريبية لأهالي المعوقين والمجتمعات المحلية.
- ٤- مجموعة البرامج والخدمات المقدمة في مجال التربية الخاصة والتي ساهم بها الاتحاد العام للجمعيات الخيرية من خلال إحداث قسم التربية الخاصة ومسؤولياته المختلفة في الإشراف على المراكز التابعة للاتحاد ومشاركته مع المؤسسات الأخرى الرسمية وغير الرسمية في النشاطات والفعاليات المختلفة والتنسيق بصورة عميزة من أجل رفع سوية التربية الخاصة وتطورها.
- ٥- التعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية من خلال إحداث ما يزيد على ٢٦ صفاً للإعاقة العقلية والسمعية في الجمعيات الخيرية.

ثالثاً: وزارة التربية والتعليم.

لما كانت مسؤولية وزارة التربية والتعليم مقصورة في السنوات السابقة على الإسهام بطريقة غير مباشرة في تلبية حاجات التربية الخاصة من خلال تزويد المراكز والمدارس بالعلماء من ملاك وزارة التربية والتعليم، إلا أنها في الوقت الحالي نشطت في مجال التربية الخاصة وذلك بعد صدور قانون المعوقين في الرقم ١٢ لسنة ١٩٩٣ والذي أعطى وزارة التربية والتعليم المسؤولية الكاملة عن تربية الأطفال

المعوقين وتعليمهم، إذ أحدثت وزارة التربية والتعليم قسم التربية الخاصة، وتسعى هذه الوحدة لتقديم الخدمات التعليمية التي تتناسب واحتياجات كل فئة من فئات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة فئة بطء التعلم وصعوبات التعلم من خلال توفير غرف مصادر في كل مدرسة من المدارس العامة، ويمكن إيجاز تطور خدمات التربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم كما يلي:

- ١- افتتاح أول صف للمعطلة ذوي الحاجات الخاصة عام ١٩٨٩م، بالتعاون مع صندوق الملكة علياء ووزارة التربية والتعليم في مدرسة المنساء - عي - الكرك، وافتتاح صفان في مدرسة فقوع الأساسية - لواء القصر ومدرسة الحسينية - لواء الأغوار.
- ٢- افتتاح غرف مصادر في عام ١٩٩١ و ١٩٩٢م، وعددهما أربع في محافظة الطفيلة والكرك وعمان وكذلك فتح غرف مصادر في مدرسة عبدالون وهي نزال.
- ٣- التخطيط لبرامج تدريب المعلمين والمعلمات والتنسيق مع كافة الجهات ذات العلاقة.

رابعاً: الهيئات الدولية والخاصة.

فقد تميزت هذه الهيئات والمؤسسات والمراكمز في أعمالها مع المعوقين ب مختلف فئاتهم، وسعت جاهدة على الصعيد الفردي أو الجماعي بإنشاء وتأسيس مراكز ومؤسسات وصفوف للتربية الخاصة وتأسيس الخدمات الداخلية والخارجية مما ترك أثراً طيباً في نفوس الأفراد المعوقين لاهتمام كافة شرائح المجتمع بهم، وتمثل هذه المؤسسات في المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية ودار الخبرة وبيت الأمل ومركز نازك الحريري للتربية الخاصة وجمعية الشابات المسلمات وغيرها من المراكز والمؤسسات المهمة، ودورها بارز وظاهر للعيان في كافة أنحاء المملكة من خلال ما تقدم من خدمات للمعوقين ومشاركة فعالة مع المؤسسات الرسمية وغير الرسمية في كافة النشاطات والفعاليات.

واستمرت الدولة الأردنية في نهجها وخططها الموسعة الرامية إلى تطوير

برامج وخدمات التربية الخاصة لجميع فئات التربية الخاصة، والسعى لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل التربوية المناسبة، والتي تمثلت في المدارس والمراکز النهارية والإقامة الداخلية وصفوف الأحياء ضمن الجمعيات الخيرية وغرف المصادر ضمن المدارس العامة والورش الجماعية والمراکز الشاملة للتأهيل المهني.

أما التشريعات والقوانين والأنظمة الخاصة بالأفراد المعوقين، فقد عملت الأجهزة المختصة في الدولة الأردنية إلى إصدار القوانين وسن التشريعات وإحداث التعليمات التي تهيء فرص الحياة الكريمة للأفراد المعوقين وحصوهم على حقوقهم التي توجت بالقانون الخاص برعاية المعوقين في الرقم ١٢ لسنة ١٩٩٣م.

ولإحداث مزيد من النقلة النوعية في مجال التربية الخاصة، سعت الدولة الأردنية من خلال مؤسساتها المختصة برفد مراكز ومدارس وصفوف الجمعيات التي تقدم خدمات وبرامج للأفراد المعوقين بالخبرات والكواكب البشرية المؤهلة في شتى مجالات العلوم المختلفة، إضافة إلى مواكبة المستجدات الحديثة التي تؤمن للأفراد المعوقين حياة كريمة وحصوهم على أفضل الامتيازات والتسهيلات، إذ تميزت القوانين والتشريعات بضمان حقوق المعوقين في التعليم والتدريب والتأهيل والتشغيل والإعفاءات الجمركية للسيارات ومستلزمات الحياة التي يحتاج إليها هؤلاء الأفراد إضافة إلى وسائل النقل الخاصة بالمعوقين مثل الباصات المستخدمة في المدارس والمراکز والجمعيات، وتخفيض تذاكر السفر لغايات العلاج والتأمينات الصحية، إضافة إلى امتيازات كثيرة وفرتها الدولة للترفية عن المعوقين ومشاركتهم في النشاطات والمهرجانات الرياضية والثقافية الداخلية والخارجية بإشراف الاتحاد الأردني لرياضة المعوقين والذي أسهم إسهاماً مميزاً في مجال رياضة المعوقين.

وفي مجال الوقاية من الإعاقة ، فقد عملت الدولة الأردنية إلى العناية والاهتمام بالنواحي الصحية والطبية، حيث كانت إحدى الأولويات الوطنية ومن خلال المؤسسات الرسمية مثل وزارة الصحة والمؤسسات الطبية المدنية والعسكرية ونحوها المستشفيات والمراکز الصحية بالعمل والتنسيق فيما بينها لوضع سياسة عامة وشاملة للنهوض بصحة الفرد الجسمية والتفسية ونشر الوعي والتنقيف

الصحي والاجتماعي، والعمل على تعزيز برامج الوقاية المستمرة وتطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية والمعدية، والوقاية من الحوادث وإصابات العمل والسير والحوادث المنزلية، والتركيز على أسباب الإعاقة ودراستها وتحليل العوامل المسببة لها من خلال الكشف المبكر، كذلك تكثيف البرامج الوقائية والندوات والمحاضرات الطبية والعنابة بالأم الحامل، إضافة إلى الرسائل الإعلامية عبر الوسائل المختلفة مثل التلفزيون والراديو والصحافة والمجلات المتخصصة، والسعى المستمر إلى وضع نظام كشف وتشخيص مبكر والإرشاد والتوجيه الأسري والإرشاد الجيني والإرشاد النفسي والمتمثل في إحداث مراكز ومؤسسات متخصصة في مثل هذه البرامج.

ومن خلال الجهات الرسمية المتخصصة وشبه الرسمية والتطوعية والأهلية أولت الدولة الأردنية جهوداً عميزة في متابعة تطور التربية الخاصة بفنانتها و مجالاتها و برامجها وخدماتها سواء العلمية أو التربية أو الصحية أو الاجتماعية أو النفسية أو المهنية وغيرها من النشاطات والفعاليات الهدافة، إضافة إلى العمل باستمرار على نقل تجربة الدول المتقدمة في شتى الميادين والمجالات.

ويكفي من خلال العرض السابق إيجاز مراحل تطور التربية الخاصة في الأردن على النحو التالي:

المرحلة الأولى، ما قبل عام ١٩٧٠:

فمن خلال نظرة شاملة لسنوات سبعة عا١٩٧٠، نستطيع أن نميز هذه المرحلة عن المراحل اللاحقة، إذ يمكن تسميتها مرحلة التأسيس وما يمكن أن نطلق عليها المرحلة التمهيدية والتي من خلالها تم الانطلاق والخوض في تجربة فتح وإنشاء مدارس و مراكز التربية الخاصة والتي كانت تسمى مراكز (الصم والمتخلفين عقلياً). وقد شهد الأردن ولادة معهد (مؤسسة) الأراضي المقدسة للصم والبكم، التي افتتحها جلاله المغفور له الملك الحسين المعظم طيب الله ثراه في عام ١٩٦٤م، وكانت تضم ٣٠ طالباً و ٣ مدرسين حين تأسيسها، أما في الوقت الحالي فهي تضم داخل حرمها ١٣٠ طالباً وطالبة و ٥٠ موظفاً، وتقدم خدمات تربوية وتدريبية ومهنية ورعاية داخلية ينبعها من مرحلة الحضانة والروضة وحتى مرحلة التدريب المهني، وحسب

الترتيب التالي:

- المرحلة التحضيرية (حضانة وروضة) ٢ سنة - ٦ سنوات.
- المرحلة الابتدائية ٦ سنوات - ١٥ سنة.
- المرحلة الاعدادية والتأهيل المهني ١٤ سنة - ١٨ سنة.

أما أول مؤسسة تعنى بشؤون المتخلفين عقلياً فهي المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية أنشئت عام ١٩٦٨م، إذ كانت تقدم خدمات لحوالي ١٠٠ متدفع حين تأسيسها من فئة الإعاقة العقلية بدرجة المتوسط والشديد.

وفي عام ١٩٦٩م، تم تأسيس ثلاثة مؤسسات حكومية وهي :

- معهد (مدرسة) النور للمكفوفين والذي يقدم خدمات تربوية وتعليمية للمكفوفين بقسميه الداخلي والخارجي.
- معهد الأمل للصم - عمان (مدرسة الأمل للتربية الخاصة) حاليا.
- معهد الأمل للصم - اربد (مدرسة الأمل للتربية الخاصة) حاليا.

حيث تقدم من خلالها خدمات وبرامج تربوية وتعليمية وتدريبية لفئة الصم ولمرحلة الروضة والمدرسة.

وفي الوقت الحالي فإن الخدمات المقدمة من خلال هاتين المؤسستين توسيع لتشمل الأعمار من ٤-١٨ سنة وبلدها من الروضة الأولى وحتى الصف التاسع. وبذلك يمكن القول أن هذه المرحلة قد منحت التربية الخاصة بعداً اجتماعياً مهما تتمثل في ضرورة تعزيز دور المؤسسات والأفراد في العمل الاجتماعي والتحول إلى عقد السبعينات وفتح الأبواب لمزيد من التوسيع الكمي والتوعي في مجالات العمل مع كافة فئات المعوقين.

المرحلة الثانية: ١٩٧١-١٩٨٠

في حين تميزت المرحلة الأولى بالتمهيد والتأسيس لراكيز التربية الخاصة، فيمكن القول: إن المرحلة الثانية في عقد السبعينات يمكن أن نطلق عليها مرحلة التحول الطبيعي للتحول المباشر في جسم المؤسسات الاجتماعية، إذ تميزت هذه

المرحلة بالزيارة في إعداد المراكز والمؤسسات والتي بلغت خمسة عشر مركزاً ومؤسسة تعنى بشؤون المعوقين وارتفاع عدد المترفعين فيها إلى حوالي (٥٠٠) طالب وطالبة، كذلك تميزت هذه المرحلة بإحداث برامج جديدة ذات صبغة تدريبية مهنية وتأهيلية ونشاطات منهجية متجلة ولا منهجية مميزة ومتطرفة أكثر من عهدها السابق، وإدخال تعديلات على بعض المناهج وطرائق التدريس والتنوع في الخدمات والبرامج المقدمة لفئات المعوقين.

وقد كان جمعية الصحة النفسية السبق في الاهتمام ب مجال التربية الخاصة الذي تبين من خلال تأسيس مراكز تتبع للجمعية في جبل اللوييلة في عام ١٩٧٢ ومركز البقعة في عام ١٩٧٤، ومركز بيسادر وادي السير في عام ١٩٧٩، إذ يتسم من خلال هذه المراكز تقديم خدمات شاملة للمعوقين عقلياً في القسم الداخلي والخارجي والتي تمثل في برامج التعليم، والتدريب والتأهيل المهنية والارشاد والرعاية الداخلية والنشاطات الترفيهية وغيرها من البرامج الهدافة.

وشهد عام ١٩٧٣م، تأسيس مركز التأهيل المهني - الرصيفية لتدريب الأفراد من ٤٥-٤٥ سنة من فئات الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية والحركية، وتم إحداث برامج وخدمات تتواكب مع فئات المترفعين وتدريلهم على مجموعة من المهن المختلفة مثل النجارة والخدارة والخياطة وتجلييس السيارات وأعمال القش والخيزران وصناعة الأحذية والجلدات وغيرها من المهن الممكن تدريب الطلبة عليها.

وشهد عام ١٩٧٤م، تأسيس جمعية الشابات المسلمات - البنات - التي تميزت بتقديم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل المهني للمعوقين عقلياً، حتى أصبحت من المراكز الرائدة والمتطرفة في تقديم خدماتها.

وفي عام ١٩٧١م، تم تأسيس مركز جمعية الحسين لرعاية وتأهيل المشروليين - عمان والتي تقدم خدمات للأفراد المعوقين حركياً تمثل في التعليم والتدريب والتأهيل المهني والعلاج الطبيعي في القسم الداخلي والخارجي.

وفي عام ١٩٧٢م، تم تأسيس دار رعاية المشروليين - المفرق والتي أصبحت مركز رعاية وتأهيل المعوقين حركياً في الوقت الحالي ويقدم خدمات التعليم والتدريب

والتأهيل المهني والعلاج الطبيعي في القسم الداخلي الخارجي.

وشهد عام ١٩٧٤، تأسيس المركز الإقليمي لتأهيل وتدريب الكيفيات التابع للجنة الشرق الأوسط للمكفوفين والذي أصبح اسمه المركز السعودي لتدريب الكيفيات بالأردن بهدف تقديم خدمات تربوية وتدريب مهني للكيفيات إضافة إلى تأسيس جمعية الصدقة للمكفوفين بهدف تقديم خدمات تربوية واجتماعية وتدريبية للمكفوفين.

وفي عام ١٩٧٧، قامت وزارة التنمية الاجتماعية بتأسيس مركز النار- الزرقاء، يتلقى الطالب فيه خدمات تربوية وتعليمية ضمن طرائق تدريس فردية وتهيئة مهنية ويقدم خدمات للقسم الخارجي فقط.

كذلك تم في نفس العام إحداث مركز النار- اربد وفي القسمين الداخلي والخارجي يتلقى الطالب خدمات الرعاية المؤسسية الداخلية والتعليم والتدريب والتهيئة المهنية والنشاطات التربوية المختلفة.

وعلى صعيد المؤسسات التطوعية والأهلية، تم في عام ١٩٧٥، تأسيس مركز الرجاء لتعليم وتدريب وتأهيل الصم كمركز نهاري باشر عمله في عام ١٩٧٧، وتقدم لهم خدمات تربوية وتعليمية مع تعديلات في المناهج وطرائق التدريس في أقسام الروضة والمدرسة.

وفي عام ١٩٧٨، نشطت جمعية الملكة علياء لرعاية وتأهيل المعوقين سعيا وإحداث مؤسسة الملكة علياء للسمع والنطق في عمان بهدف تدريب الأطفال في مراحل العمر الأولى على جميع المشكلات السمعية والنطقية حيث تقدم خدماتها سنوياً لـ ٣٠٠ طفل من يعانون إعاقة سمعية ونطقية كافية أو جزئية.

وشهد عام ١٩٧٨، إحداث مراكز ومدارس للصم تتمثل في تأسيس وزارة التنمية الاجتماعية مركز (مدرسة) الملكة علياء للمعوقين سعياً الرصيفية (مدرسة الأمل - الملكة علياء) حالياً واستمرت المدرسة في تقديم خدماتها حتى أصبحت حالياً تتمثل نواة مدرسة ثانوية تمتد فيها المراحل من الروضة وحتى الصف التاسع الأساسي للأعمار من ٤-١٨ سنة، يتلقون خدمات تربوية وتعليمية وتدريب وتهيئة

مهنية وبعد سن المدرسة يتم تحويلهم إلى مركز التأهيل المهني للتدريب على المهن المختلفة.

وقد شهد عام ١٩٧٩، نشاطاً ملحوظاً للاتحاد العام للجمعيات الخيرية، إذ تم إنشاء مركز الأمل - الطفيلة، ومركز الجمعية الوطنية لرعاية المعوقين عقلياً في نفس العام.

وبذلك تكون هذه المرحلة قد شهدت تطوراً ملمساً في مجال خدمات المعوقين تجلت في الزيادة الملحوظة في إعداد المراكز والمدارس ومشاركة جهات تطوعية وخيرية مثل الاتحاد العام للجمعيات الخيرية والأفراد والجمعيات الأهلية والخراط جميع هؤلاء في العمل الاجتماعي مع المعوقين، إضافة إلى أن هذه المرحلة تميزت بتقديم نوعية أفضل من الخدمات والبرامج المادفة.

المرحلة الثالثة ١٩٨١-١٩٩٠م:

في حين تميزت المرحلتين السابقتين بالتمهيد لتأسيس المراكز والمؤسسات للخراط في جسم المؤسسات الاجتماعية والتطور في نوعية ومستوى الخدمات، فقد تميزت هذه المرحلة بالانطلاق والتوسيع الكمي والنوعي في مجال رعاية المعوقين، إذ بدأت الانطلاقة الفعلية لكافة القطاعات الحكومية والتطوعية والأهلية، وذلك بعد الإعلان العالمي للأمم المتحدة بأن عام ١٩٨١م، العام الدولي للمعوقين والذي صدر عنه مجموعة من المبادئ والمواثيق المهمة والداعية إلى العمل مع فئات المعوقين وكانت الاستجابة على المستوى المحلي عالية وصادقة.

وقد بدأت جهات عدّة في الأردن تنخرط في العمل الاجتماعي مع المعوقين والتوسيع في الخدمات والبرامج والمراحل التعليمية وخدمات الرعاية الداخلية والتأهيلية والعلاجية والارشادية، وظهر أن مراكز ومؤسسات ومدارس وصفوف التربية الخاصة قد بدأت تنتشر خارج العاصمة شاملة لجميع محافظات المملكة دون استثناء، وكذلك تميزت هذه المرحلة بظهور كليات ومعاهد متخصصة في إعداد الكوادر الفنية المؤهلة في تربية وتعليم المعوقين، والتي دعت إليها الحاجة الفعلية

لتوفير كوادر متخصصة للعمل في المجال، حيث أن الفترة السابقة شهدت نقصاً شديداً في وجود كوادر متخصصة للتعامل مع هذه الفئات، وقد كان لتأسيس كلية الخدمة الاجتماعية (كلية الأميرة رحمة حالياً) وكلية التربية في الجامعة الأردنية وكلية العلاج الطبيعي في الخدمات الطبية الملكية والكلية الجامعية المتوسطة، وغيرها أهمية خاصة في رفد المراكز والمدارس بالأعداد اللازمة من المتخصصين في التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والخدمة الاجتماعية، مما كان له أثر إيجابي في تربية وتعليم وتدريب المعوقين من مختلف فئاتهم.

ومنا يمكن اعتبار هذه المرحلة وفترة الثمانينيات عقد العمل الاجتماعي، إذ شهد الأردن في عام ١٩٨١م، احتفالات بالعام الدولي للمعوقين ومشاركته دول العالم في جميع المناسبات ذات العلاقة بالمعوقين، واستمرت الإنطلاقة الشاملة للعمل ومن مختلف الجهات بالتعاون والتنسيق فيما بينها، إذ بلغ عدد المراكز والمؤسسات التي تم إحداثها خلال هذه المرحلة عشرين مؤسسة كانت غالبيتها تتبع للقطاع التطوعي والأهلي، وهذا يؤكد مدى حرص واهتمام المجتمع على النهوض بالأفراد المعوقين والتوجهات الإنسانية لهذه القطاعات أكثر من أي وقت مضى، ونلاحظ خلال هذه المرحلة أن القطاع الحكومي لم يؤد دوراً مطلوباً منه سوى إحداث مركزين في السلط واريه، وهذا يبين الفجوة التي حصلت في تلك الفترة وما عانته من حالة جمود، وتشير الإحصاءات أن عدد المراكز والمدارس حتى نهاية تلك المرحلة قد بلغ حوالي ٤٨، مؤسسة تقدم خدماتها لحوالي ١٥٢٢ متفعاً.

إذ شهد عام ١٩٨١م، إحداث مركز النار - السلط للإعاقة العقلية وبطاقة استيعابية بلغت في حينها ٤٠ متفعاً تقدم لهم خدمات تعليمية وتدريبية بدماء من سن ٤-١٦ سنة، وتبعه في نفس العام ١٩٨١م، إحداث مركز الجوفة لرعاية المعوقين عقلياً - عمان والذي أصبح فيما بعد مركز النار - عمان، وبهدف تقديم خدمات تربية وتعليم لفئة المعوقين عقلياً من سن ٤-١٦ سنة وجميعها تتبع لوزارة التنمية الاجتماعية.

أما على صعيد التأهيل المهني فقد قامت وزارة التنمية الاجتماعية بتأسيس مركز التأهيل المهني في محافظة إربد بهدف تقديم خدمات التدريب والتأهيل المهني

لمختلف فئات المعوقين القادرين على التدريب للأعمار من ١٦-٤٥ سنة.

ونشط في هذه المرحلة القطاع التطوعي والأهلي، حيث تم تأسيس مركز الأميرة بسمة - الزرقاء، واريد للتربيه الخاصة، ١٩٨١م، ومؤسسة جعفر للتربيه الخاصة ١٩٨١م، والمدرسة الإسلامية للكفيفات ١٩٨٢م، والتي أغلقت عام ١٩٩٨.

ويدعم من صندوق الملكة عليه للعمل الاجتماعي التطوعي تم تأسيس مركز مؤة للتربيه الخاصة عام ١٩٨٣م في محافظة الكرك وبطاقة استيعابية بلغت في حينها ٥٠ منتفعاً من المعوقين عقلياً وسمعياً.

وقد نشطت القطاعات الأهلية في مجال العناية بالشلل الدماغي، حيث تم في عام ١٩٨٣م، تأسيس جمعية ابن سينا للعناية بالشلل الدماغي بهدف تدريب وتعليم حالات الشلل الدماغي.

كذلك نشطت وزارة الصحة في عام ١٩٨٤م، حيث تم إحداث قسم التخلف العقلي الشديد في المركز الوطني للصحة النفسية وبطاقة استيعابية بلغت في حينها ٤٥ منتفعاً من الكبار.

وشهد عام ١٩٨٥م، نشاطاً ملحوظاً تمثل في إحداث مركز الشغر للتربيه الخاصة في مدينة العقبة المعوقين عقلياً، وكذلك تم في العام نفسه تأسيس المدرسة التوفيقية للتربيه الخاصة - عمان، وتم تأسيس بيت الأمل لتعلدي الإعاقة - الزرقاء في نفس العام للإعاقة العقلية الشديدة والمتعددة الإعاقة.

وقد تأسس في نفس العام صرح مميز للتربيه الخاصة وهو مركز نازك الحريري للتربيه الخاصة والذي يعتبر معلماً بارزاً ودليلًّا واضح على تطور التربيه الخاصة والذي انشيء بدعم من القطاع الخاص ويقدم خدماته لفئة المعوقين عقلياً البسيط والمتوسط تقدم لهم كافة خدمات التربيه الخاصة وبشكل مميز ويتوفر كوادر متخصصة.

وقد نشطت وكالة الغوث الدولية في عام ١٩٨٧م، في مجال التأهيل المجتمعي للمعوقين وتقديم خدمات التربيه الخاصة والتأهيل لأبناء اللاجئين الفلسطينيين من فئة المعوقين عقلياً وحالات الشلل الدماغي حيث تم تأسيس مراكز التأهيل المجتمعي في نحيم غزة ونحيم سوف والبقة ونحيم الشهيد عزمي الفتى، تقدم من خلالها

خدمات التدريب والتعليم والارشاد والعلاج.

وفي عام ١٩٧٧م، تم تأسيس مركز الرازي للتربية الخاصة للمعوقين عقلياً وكذلك تم تأسيس مركز الأميرة بسمة للتربية الخاصة (جامعة أبناء الجنوب) في محافظة معان.

وفي عام ١٩٨١م، تم تأسيس مركز الأمل - سحاب التابع للاتحاد العام للجمعيات الخيرية للمعوقين عقلياً.

وشهد عام ١٩٨٨ كذلك تأسيس المركز الوطني للسمعيات بهدف تدريب الأطفال المعوقين سمعياً دون سن الخامسة عشرة، وكذلك تم تأسيس دار الخبرة لرعاية حالات الإعاقة الشديدة والمتوسطة.

وفي عام ١٩٨٩م، تم تأسيس مركز تشخيص الإعاقات المبكرة بإشراف وزارة الصحة بحيث يقوم هذا المركز بمهام الكشف عن الأطفال دون سن السادسة عشرة بهدف بيان مستويات قدراتهم العقلية والنفسية والجسمية وتزويد الجهات المختلفة بالتقارير اللازمة عن الحالات المخولة لهذا المركز.

وبهذا العرض يتبيّن أن المرحلة الثالثة شهدت درجة متقدمة من التوسيع والاهتمام من كل القطاعات، حيث كانت هذه مركبات الانطلاق إلى المرحلة اللاحقة.

المرحلة الرابعة ١٩٩٥-١٩٩١م:

شهدت هذه المرحلة ثغراً كبيراً وتقدّماً متتسارعاً في كل الصعد ويُمكن تسمية هذه المرحلة (الرابعة) مرحلة الإنطلاق والتسارع.

وقد تمثل ذلك في إعداد المراكز والمدارس والصفوف التي تم إحداثها سواء الحكومية منها أو التطوعية أو الأهلية والتي وصلت خلال سنوات هذه المرحلة إلى ٥٧ مؤسسة تعنى بشؤون المعوقين عقلياً وسمعياً وحركياً وصرياً ومتعلّقي الإعاقة وصفوف المدارس العامة، إضافة إلى التغيير النوعي والتحديث الذي واكب برامج وخدمات التربية الخاصة الشاملة التربوية منها والتربوية والإرشادية والتأهيلية والرعاية الداخلية والعلاج والتشغيل والإنطلاق قدماً نحو التأهيل الشامل والتمكّن التربوي والوظيفي، وبروز تحولات جذرية في مستويات الرعاية الداخلية، والتمكّن

للأطفال القابلين للتعلم ضمن المدارس العامة، والسعى لتوفير البيئة التعليمية المناسبة لهم داخل المدرسة والصفوف الخاصة الملائمة بالمدارس العامة، والتحقق فتات القابلين للتدريب في مراكز التأهيل والمصانع والمعامل والمشاغل الخفية.

- فقد شهد عام ١٩٩١م، تأسيس مركز النار - عمان، ومركز الكرك للرعاية والتأهيل، ومركز جرش للرعاية والتأهيل وإحداث مدرسة الكورة للتربية الخاصة وعدد من صنوف الجمعيات الخيرية والتي بلغت أربعة صنوف للإعاقة السمعية وإثنان للإعاقة العقلية.

وشهد عام ١٩٩٢م، تأسيس صنوف الجمعيات الخيرية والتي بلغت صافان للإعاقة العقلية وصف واحد للإعاقة السمعية.

وكذلك شهد عام ١٩٩٣م، تأسيس مراكز النار للتنمية الفكرية (التربية الخاصة)، في كل من المفرق والطفيلية وعجلون ومعان ومدرسة الأمل العقبة وروضة الأمل - الزرقاء، إضافة إلى إحداث صنوف في الجمعيات الخيرية حيث بلغت خمسة صنوف للإعاقة السمعية وستة صنوف للإعاقة العقلية.

وشهد عام ١٩٩٤م، تأسيس مركز النار دير علا ومراكز لرعاية التأهيل في كل من السلط ومدبا وسحاب وعمان لحالات شديدة الإعاقة، إضافة إلى إحداث صنوف في الجمعيات الخيرية بلغت ستة صنوف للإعاقة العقلية.

هذا ما قامت به وزارة التنمية الاجتماعية في الفترة من ١٩٩١م، ولغاية ١٩٩٤م، بنشاط ملحوظ وملموس على المستويات كافة، أما في القطاعات الأخرى التطوعية والأهلية فقد تم تأسيس ١٠ مراكز للتربية الخاصة خلال الفترة من ١٩٩١م، ولغاية ١٩٩٤م، وعلى التحول التالي:

مركز الرجال للتربية الخاصة ١٩٩١م، والمركز الحديث للتربية الخاصة ١٩٩١م، ومدرسة الروضة للتربية الخاصة ١٩٩٢م، والمركز العربي للتربية الخاصة ١٩٩٢م، والمركز الوطني للتربية الخاصة ١٩٩٢م، ومركز الأميرة هيا للتربية الخاصة ١٩٩٢م، والمركز الأردني للتربية الخاصة ١٩٩٢م، ومركز الأمل للسلط، ١٩٩٢م، ومركز جمعية عثمان بن عفان ١٩٩٣م، ومركز جنة الأطفال للتربية الخاصة ١٩٩٤م.

ويذلك يكون القطاع التطوعي والأهلي قد لعب دوراً مميزاً خاللاً هذه المرحلة تمثل في تأسيس مزيد من المراكز والتنوع في خدمات التربية الخاصة وبرامج المعوقين ودعمها بالكوادر المؤهلة والمتخصصة للعمل مع هذه الفئات.

وبهذا نستطيع القول بأن مراحل التطور التي شهدتها التربية الخاصة خلال أربعة عقود بلغا من عام 1974م، وحتى عام 1994م، تعد تطورات حقيقة حققت خلاطها الدولة الأردنية السبق في مستوى الخدمات والبرامج المقدمة للمعوقين. وهذا جعلها في مصاف الدول المتطورة وعلى رأس الدول النامية في مجال التربية الخاصة.

عملية تصنیف الاعاقات والمشكلات المرتبطة بها :

أولاً: نبذة سريعة عن نشأة التصنيف ومشكلاته.

منذ قرون مضت لم يكن تصنيف الناس إلى فئات أمراً هاماً، حيث كان المدفأة الأولى لجميع الناس هو الكفاح من أجل البقاء، أما الذين وقفت إعاقاتهم حائلاً دون المشاركة الكاملة في كل الأنشطة الحقيقة لهذا المدفأة فقد تركوا وحدهم للكفاح بطريقتهم الخاصة من أجل ضمان البقاء، وذلك عن طريق الاستجداء أو تلقي المعونات والصلقات من الآخرين، بل ربما وصل الأمر بهم في بعض الأحيان إلى الإبادة والإهلاك حتى يستريح المجتمع من شرهما.

وفي أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، استخلصت صفات وألقاب مهينة بحيث أطلقت على الأفراد المعوقين في المجتمع بطريقة تحط من قيمتهم و شأنهم، فقد أطلق مثلاً على المتخلفين عقلياً والمصطربين انفعالياً ألقاب كثيرة منها: المغفلون، الأغبياء، البليه، المعتوهون، الجانين، كما أطلقت صفات وألقاب مئات على فئات أخرى من المعوقين أو الذين ولدوا بتشوهات خلقية، ولقد كان المدف واحداً في كل هذه الحالات ألا وهو منع كل معوق من المشاركة في الأنشطة والأعمال التي يقوم بها العاديون، وحرمانهم من التمتع بالامتيازات والحقوق أو الخدمات التي يوفرها المجتمع عادة لأفراد العاديين.

ولقد حاول بعض المربين في السنوات الأخيرة أن يتصلوا لقضية تصنيف غير العاديين من أفراد المجتمع نؤكد أن هذا التصنيف قد أدى - وما زال يؤدي حتى

عصرنا الحاضر، إلى عزل هؤلاء الأفراد عن بقية أفراد المجتمع - ومنعهم من المشاركة في أنشطة الحياة العادلة أو الانضمام إلى بقية أفراده في التمتع بكل الحقوق والواجبات، بينما حاول البعض الآخر أن يثبت بالدليل والبرهان أهمية هذا التصنيف مؤكداً أن اصحاب الأفراد الغير عاديين أو المعوقين في المجتمع، وتمكنهم من التمتع بكل المزايا والحقوق والواجبات يحتم علينا أن نتخذ أسلوباً تصنيفياً خاصاً يمكننا من تصنيفهم إلى فئات خاصة، كما يسهل للمختص تقديم الخدمات الازمة والبرامج التربوية المناسبة لكل فئة.

وتعتبر مشكلة تصنيف الأطفال الغير عادلة من أعقد مشكلات التربية الخالصة فقد أثارت كثيراً من الجدل والنزاع والشجار والنقاش بين المختصين خاصة في السنوات الأخيرة، كما أنها أدت وما زالت تؤدي إلى مشكلات نفسية وإنسانية وعاطفية، وإلى خلق مشكلات واعتبارات سياسية داخل بعض المجتمعات بالإضافة إلى إثارتها لاهتمام كثير من فروع العلم والتربية، وما زاد من تعقيد هذه المشكلة واحتدام المعركة حولها أن النتائج التي توصلت إليها بعض البحوث التي أجريت حول أهمية عملية التصنيف لم تكن حاسمة أو قاطعة إلى حد كبير، كما أنها لم تسفر إلا عن تناقض في البراهين المقدمة، وضعف في الأساليب العلمية التي استخدمت في هذه الدراسات والبحوث.

وفي التعامل مع المشكلات والقضايا الخطيرة المتعلقة الجوانب ينقسم الباحثون عادة إلى فريقين، فريق مؤيد وفريق معارض، ولكل منهما حججته القوية ورأيه المبرر فيما يعتنقه ويناصره، وقد ارتدى من يؤيدون تصنيف الأطفال الغير عاديين إلى فئات، إن عملية التصنيف ضرورة لا بد منها لما تتحققه من المزايا والفوائد التالية:

- ١- أنها تربط بين تشخيص الحالة والطريقة الخاصة الملائمة لعلاجها.
- ٢- سهولة التفاهم والتعامل بين المختصين فيما يتعلق بتصنيف نتائج البحوث وتقيمها.
- ٣- اعتماد تقييم البرامج والخدمات المقدمة لهذه الفئات على عملية التصنيف

وتحديد الفئات.

٤- مساعدة الرأي العام على التعرف بوضوح على الاحتياجات الخاصة بهؤلاء الأطفال.

على حين يرى الفريق المعارض ضرورة التخلص عن عملية التصنيف، ويدعو إلى إبطالها نظراً لما يمكن أن تؤدي إليه من الأضرار التالية:

١- التركيز على النواحي السلبية في الطفل ولفت أنظار الآخرين إلى وجود النقص والعيب فيه.

٢- الاعتماد على الصفة التي أطلقت على الطفل في الاستجابة له والتهاون من شأنه فيما يمكن أن يتحققه من تقدم في المستقبل.

٣- ربما يؤدي بأقران الطفل إلى السخرية منه أو نبذه والإعراض عنه.

٤- صعوبة نزع هذه الصفة عن الطفل واستمرارها معه لفترة معينة قد يستعصي بعدها أن يستعيد الطفل حالته العادية ويصبح طفلاً عادياً مثل كل الأطفال.

٥- تكوين الطفل لفهم سيء عن نفسه.

٦- غالباً ما تتخذ التصنيفات ذريعة لإبعاد الأطفال وإقصائهم عن المشاركة والانتظام في المدارس أو الفصول العادية.

من خلال ما سبق تبين لنا أن هناك أسباباً قوية وحججاً مقنعة لكل فريق من المؤيدبين أو المعارضين لعملية تصنيف الأطفال غير عاديين إلى فئات، ويمكننا القول بأن ما سبق ذكره من فوائد لعملية التصنيف لم يفاس منها بعض الأطفال فقط، بل قد شمل ذلك أيضاً جموعات كبيرة من الأطفال بالإضافة إلى الأباء والمحظيين الذين يرتبطون بفئة معينة من الفئات المصنفة.

من ناحية أخرى فإن الحوافز السلبية والأضرار الناتجة عن هذه العملية تؤثر بشكل أقوى وبصفة فردية على كل طفل يتم تمييزه بصفة معينة من صفات التصنيف، ولا يوجد بين الفوائد والمزايا الأربع التي أثبتنها سابقاً ما يستفيد منه الطفل بائي حل من الأحوال إلا الميزة الأولى والتي تتعلق بربط عملية التشخيص بالعلاج المناسب الصائب للطفل، وهي قائمة ضئيلة وغامضة في مقومها إذا أمعنا

النظر فيها.

كذلك إن إطلاق مسميات على الأطفال ليس هاما في الدرجة الأولى ولا تفيد المدرس إلا نادرا في تحديد من يتم تدريسه وكيف يمكن تدريسه من هؤلاء الأطفال حتى ولو أطلقنا عليه خس صفات أو سينهه بأسوء مختلفة.

الأنظمة البديلة للتصنيفات التربية الخاصة:

يعتبر التصنيف عملية ضرورية لكل النظم بما في ذلك التربية الخاصة، نظرا لما تحققه من تنظيم الحقائق وترتيب المعلومات، كما تؤدي إلى انتظام البحوث وسهولة تبادل الأفكار والأراء بين القائمين بها، ولقد اعتمدت أنظمة التصنيف التقليدية في التربية الخاصة إلى حد كبير على أنظمة ومعلومات مستقاة من علوم الطب ترتكز على نواحي النقص والخلل البدني أو النفسية في الطفل وغالبا ما تكون هذه النواحي إما حقيقة أو يفترض وجودها في هذا الطفل، ونتيجة لهذا الاعتماد فإن المسميات والصفات التي استخدمت للتعرف على الأطفال الفير عاديين تعتبر سلبية وغير هادفة وغالبا ما تؤدي بهم إلى الشعور بوصمة العار والأضرار الأخرى التي أشرنا إليها سابقا.

من ناحية أخرى فقد تعرضت أنظمة التصنيف التقليدية للتجریح والانتقاد الشديد، حيث وصفت بعدم ارتباطها الوثيق بعملية التربية، ف مجرد معرفتنا بأن طفلا ما قد تم تصنیفه على أنه من المتخلفين عقليا القابلين للتدریب، لا يوضح لنا على وجه التحديد المهارات التي يحتاج الطفل إلى تعلیمها أو كيف يمكن للمدرس أن يساعدها على تعلم هذه المهارات بأقل الطرق.

ولقد بذلت، منذ عهد قريب، بعض الجهد لتطوير واستخدام أنظمة تصنيفية أخرى في التربية الخاصة تعتمد في الدرجة الأولى على عوامل وثيقة الصلة بالعملية التربوية، ويفتتني هذا النظم يمكن تقسيم الأطفال وتصنيفهم طبقا لاختلافهم عن العاديين في ثلاثة أبعاد رئيسية، والتي يتفرع كل منها إلى ثلاثة أبعاد فرعية، وهذه الأبعاد هي:

- 1- الحالة البدنية، وهذه تنقسم وبالتالي إلى:
 - أ- الالحراف البدني الواضح.

- ب- قدرات الطفل أو نواحي عجزه وقصوره من الناحية الحركية.
- ج- قدرات الطفل المتصلة بعملية التخاطب والاتصال وما يعانيه من مشاكل في هذا الجل.

٢- الوضع التكيفي أو التوافقي، وتنقسم بدورها إلى ما يلي:

- أ- تقبل أقران الطفل له وميلهم إليه.
- ب- تفاعل الأسرة مع الطفل واستجابتهم له.
- ج- احترام الطفل لذاته.

٣- الوضع التربوي، والذي ينقسم بدوره إلى ما يلي:

- أ- الإلتحاق والتحصيل الدراسي.
- ب- الدافعية إلى التعليم.
- ج- الإمكانية التربوية.

برامج التربية الخاصة.

يجل النظام التعليمي في مجتمع من المجتمعات إلى أن يعكس الفلسفة السياسية والاجتماعية لهذا المجتمع، ففي النظم الديموقراطية حيث يسود الاعتقاد بأن الدولة وجدت لتحقيق سعادة الفرد ورفاهيته، يتم تنظيم العملية التعليمية بشكل يحقق هذه الغاية، من هنا اكتسب الشعار القائل (بأن الناس جميعاً خلقوا متساوين) معنى هاماً في مجال التربية في المجتمعات الديموقراطية.

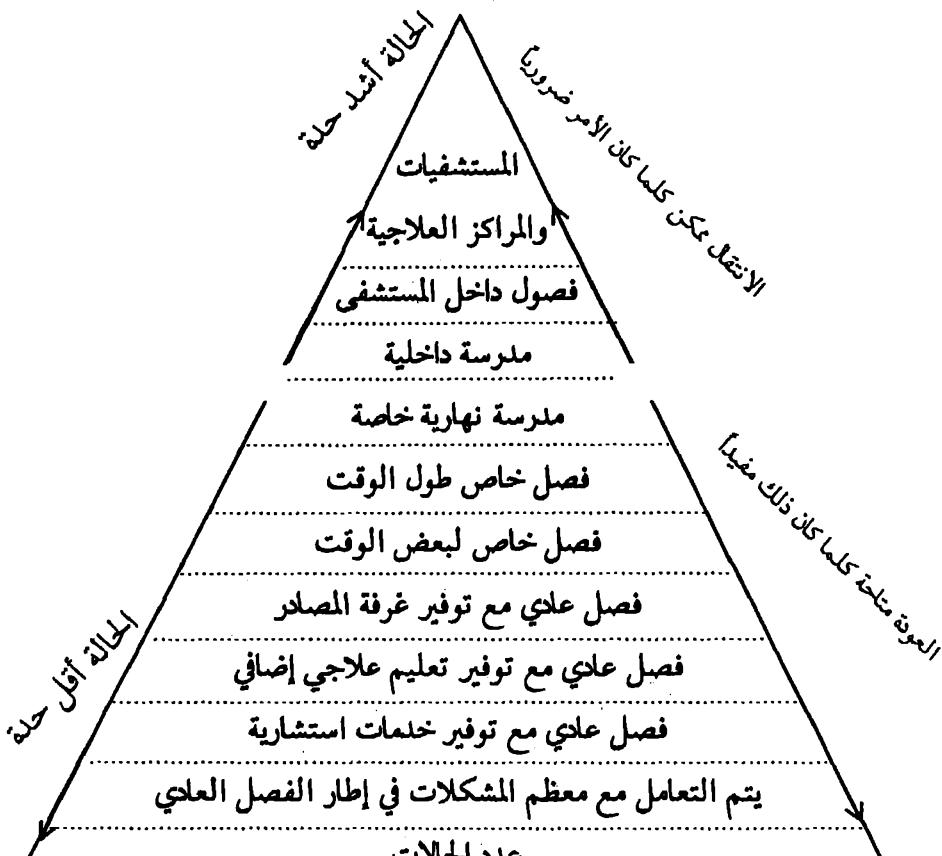
فعلى الرغم من أن هذا الشعار استخدم من جانب الأجيال السابقة لكي يعني المساواة أمام القانون إلا أنه تم تفسير الشعار أيضاً بحيث يعني التكافؤ في الفرص، يتضمن هذا التفسير إتاحة الفرص المتكافئة في التعليم أمام جميع الأطفال، أي حق كل طفل في الحصول على فرصة للتعلم طبقاً لما تسمح به طاقاته وإمكانياته، كبرت هذه الطاقة أم صغرت.

ما يتمشى إذن مع الفلسفة الديموقراطية أن تتحل الفرصة أمام جميع الأطفال للتعلم، سواء كانوا أطفالاً متوسطين أم ذكاءً أم متخلفين، سواء كانوا صماً أو مكفوفين أو مضموريين انفعالياً أو غير ذلك من أوجه الاختلاف.

ثم قلت النظم المدرسية بالعديد من التعديلات على برامجها التعليمية

العادية حتى تحقق التكيف والتأقلم للأطفال الذين ينحرفون عن المعيار العادي إلى الحد الذي يجعلهم غير قادرين على الاستفادة التامة من البرامج العادية، وهذه البرامج يطلق عليها برامج التربية الخاصة، حيث تعددت أساليبها وطرقها كي تواجه احتياجات التعليمية المختلفة للأطفال غير العادي.

قام رينولدز، (١٩٦٢م) بتلخيص التدرج الهرمي للخدمات التي يمكن تقديمها للأطفال غير العاديين، ففي قاعدة المرم تظهر حالات الإعاقة البسيطة، وفي قمة المرم تظهر حالات الإعاقة الحادة، أما المشكلات البسيطة فتضم غالبية هذه الحالات، إذ تتلقى الفصول الدراسية بصورة طبيعية.



ولقد تطورت برامج التربية الخاصة بشكل ملحوظ في معظم دول العالم وخاصة دول العالم المتقدمة، ويوضح الشكل التالي التنظيم المرمي لتطوير برامج التربية الخاصة



الشكل رقم (٢) التنظيم المرمي لبرامج التربية الخاصة

١- مراكز الإقامة الكاملة (Residential School)

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بدايات الحرب العالمية الأولى وما بعدها، غالباً ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية تربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج، فقد وجه كروكشانك (١٩٥١م)، عدداً من الانتقادات أهمها عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية، ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهنّه المراكز على أنهم منبوذين عن المجتمع، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية (Special Day Care Schools)

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة، وفي هذا النوع من المراكز يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدار نصف اليوم تقريباً، غالباً ما يكون عمل هذه المراكز

صيفاً وحتى بعد الظهر حتى يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز، أما فترة ما بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم، وتبعد مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك، وتشمل خدمات هذه المراكز على إيصال الطلبة من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية، وبالرغم من الاستحسان الذي تواجهه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي أهمها عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح برامج التعليم في هذه المراكز وذلك بوجود ما يسمى المدرس الزائر أو المتنقل (Itinerant Teacher) أو ما يسمى معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية.

٣- الصفوف الخاصة الملحوظة بالمدرسة العادية (Special Classes With Regular Schools)

ظهر هذا النوع من الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، ويتخصص في هذا النوع من البرامج صنف خاص للأطفال المعوقين عقلياً أو جسمياً أو بصرياً أو حركياً ملحقة بالمدرسة العادية، وغالباً ما يكون عند الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة طلبة، ويتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية في صنوفهم الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين، ويهلف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين والعاديين، وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية، كما تبدو ميزات هذه البرامج في أنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية، ومع

ذلك فقد وجهت انتقادات لما تمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصنوف الخاصة إلى الصنوف العادية، وتحديد المواد المشتركة بين الطلبة العاديين والمعوقين، والمواد غير المشتركة.

٤- الدمج الأكاديمي (Mainstreaming)

يعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصنف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك» وحيث تهيء الظروف المناسبة للاحتجاج فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين، وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي وفي الصنوف العادية، أو كما يشير كوفمان إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقيداً، ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي:

- ١- مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين.
- ٢- مرحلة تحطيط البرامج التربوية وطرق تدريسيها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.
- ٣- مرحلة تحديد المسؤوليات الملكة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشيرين ... الخ.

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطوير برامج التربية الخاصة.

٥- الدمج الاجتماعي (Normalization) :

تعتبر مرحلة الدمج الاجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظاهرتين رئيسيتين، الأولى: هو الدمج في مجال العمل، وتوفير الفرص

المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد متوجين في المجتمع وتقبل ذلك اجتماعية، أما المظهر الثاني فيبدو في التمج السكني، بحيث تباح الفرصة للمعوقين للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية، كأسر مستقلة وما يشتمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللزومة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها على أساس من حكم الجيرة ومستلزماتها.

حجم انتشار الإعاقات في المجتمع:

تعتبر مشكلة وجود احصاءات دقيقة عن عدد ذوي الإعاقات ومنى انتشارهم في المجتمع مشكلة عالمية، ذلك أن توفر البيانات والمعلومات الدقيقة في هذا المجال يتأثر غالباً بالعوامل التالية:

١- الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحو المعوقين وشعور الكثير بأنهم وصمة عار، لذا يخفى معظم الناس أي معلومات عن يكون لديهم من معوقين.

٢- استخدام وسائل دقة للإحصاء والتقييم، فليس العد هو الوسيلة المثلية لذلك، بل ينبغي أن يستخدم في إجراء هذه العملية مجموعة من الوسائل التشخيصية التقييمية بالإضافة إلى توفر تعريفات واضحة ومحلحة لكل فئة من المعوقين.

وقد قدرت الأمم المتحدة في مؤتمراتها العلمية المختلفة حجم انتشار المعوقين في المجتمع بنسبة تعلق ١٠% من حجم السكان، وهي نسبة معقولة غير مبالغ فيها. ويتوقع الخبراء تزايد حجم مشكلة الإعاقة والعجز في المجتمعات نتيجة للعوامل التالية:

١- التقدم العلمي التكنولوجي المذهل في مجال العلاج الطبي والجراحية والذي ترتب عليه إنقاذ مجموعة كبيرة من الأطفال أو المصابين في حوادث حيث قضى التقدم في فن العلاج والجراحة على موت هؤلاء الأطفال أو المصابين بحوادث أو أمراض متflexية في مقابل بقائهم على قيد الحياة يعانون من عجز بدني أو عقلي.

٢- التطور التكنولوجي وازدياد حركة التصنيع والمواصلات وسهولة استخدام

السيارات مما زاد من معدلات الحوادث والإصابات.

٣- زيادة متوسط عمر الإنسان.

٤- ازدياد النمو الحضاري والثقافي وانتشاره بين كثير من شعوب العالم.

الفصل الثاني

الموهوبون

مفهوم الطفل الموهوب.

نسبة الموهوبين.

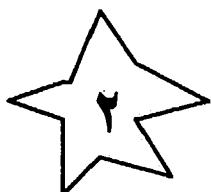
قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين.

الخصائص السلوكية والعلمية للطفل الموهوب.

المتاجع والبرامج المقعدة للموهوبين.

الاستراتيجيات التعليمية المقعدة للموهوبين.

الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين.



الفصل الثاني

الموهوبون

Giftedness

مقدمة :

يأتي في مقدمة الاهتمامات المبدئية للنظم التربوية في كثير من دول العالم توفير فرص متكافئة أمام جميع أطفال المجتمع للنمو بأقصى ما يمكنهم منه طاقاتهم وقدراتهم، ترتب على ذلك أن حاولت النظم التعليمية ايجاد أساليب متنوعة للتعليم لمواجهة الأشكال المختلفة من الالخارفات عن المعايير العادلة التي يحتمل وجودها بين الأطفال. لقد نشأ مجال التربية الخاصة بصفة أساسية من أجل تحقيق هذا المهد الاجتماعي وطراً عليه تغيرات دائمة وتطورات مستمرة لسنوات عديدة مضت تضمنت برامج التربية الخاصة برامج لمواجهة احتياجات الأطفال المتفوقين والموهوبين، إلا أن هذه الفئة من الأطفال غير العادلة لم تحصل بشكل دائم على الخدمات التربوية والتعليمية التي تعتبر ضرورية لتنمية إمكانياتهم وقدراتهم إلى أقصى حد ممكن.

على مدى التاريخ الإنساني الطويل قدم أشخاص موهوبين كثيرون إسهامات تتميز بالأصالة والأهمية للحياة الإنسانية في المجالات المختلفة للحياة بما في ذلك من أسمهم في ابتكار الأساليب والأدوات والوسائل التي تستفيد منها في الوقت الحاضر فئات عديلة من الأطفال المعوقين، إن حلجة المجتمعات التي لا تتوقف إلى المخترعين والعلماء والفنانين والكتاب والقادة الاجتماعيين والسياسيين تفرض على الجميع المشاركة في إتاحة الفرص أمام كل طفل متفوق أو موهوب لتحقيق أقصى ما يمكنه من طاقاته الخاصة.

ونظراً لأننا نعيش في عصر يتسم بالتفجر المعرفي والعلمي والتطور التقني والتغير والتقدم المتسارعين، فإن دول العالم المتقدم تتتسابق للسباق في ميدان التقدم

في مختلف مجالات الحياة، وهنا تبرز دور العملية التربوية المنظمة والمخططة في تنمية الإبداع وتطويره، وذلك من خلال توفير المناخ الملائم للتنمية الإبداعية التي تجعل من المتعلم متميزاً في فكره وقوله وعمله ليسهم في إضافة العلم والمعرفة وتطبيقاتها في شارك في بناء المجتمع ونهضته.

مفهوم الطفل الموهوب:

لقد لفت ظاهرة التفوق العقلي نظر الفلاسفة والمفكرين منذ أقدم العصور، وحاول بعضهم أن يقدم تفسيرات شتى لهذه الظاهرة كما استخلصت عدّة مصطلحات والتي تعبّر عن ذلك الفرد منها مفهوم الطفل الموهوب (Gifted Child) ومصطلح الطفل المبدع (Superior Child)، ومصطلح الطفل المبدع (Talented Child)، أو مصطلح الطفل الموهوب (Creative Child)، ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات، فإننا نجد أن هذه المصطلحات تعبّر عن فئة من الأطفال غير العاديين، والتي تدرج تحت مظلة التربية الخاصة، ومن هنا ظهرت بعض المبررات التي تعتبر موضوع تربية الموهوبين موضوعاً رئيسياً من موضوعات التربية الخاصة، وتبدو هذه المبررات فيما يلي:

- ١- تشكل نسبة الأطفال الموهوبين حوالي ٣٪، وتقع هذه النسبة على طرف منحني التوزيع الطبيعي ويعني ذلك اختلاف قدرات هذه النسبة من الأطفال عن بقية الأطفال العاديين.
- ٢- حاجة الأطفال الموهوبين إلى برامج وبرامج تربية تختلف في محتواها عن برامج وبرامج الأطفال العاديين.
- ٣- حاجة الأطفال الموهوبين إلى طرائق تدريس تختلف في طبيعتها عن طرائق التدريس المتبعة مع الأطفال العاديين.

وبناءً على تلك المبررات فقد تم إدراج تربية الموهوبين تحت مظلة التربية الخاصة، والتي تهتم بتربية الأطفال غير العاديين، إذ تتطلب هذه الفئة برامج وبرامج تربية، وطرائق تدريس تختلف في طبيعتها عن تلك البرامج والبرامج وطرق التدريس المتبعة مع الأطفال العاديين.

تعريفات الطفل الموهوب:

ظهرت العديد من التعريفات لتوضيح المعنى المقصود من الطفل الموهوب، فمنهم من يعتمد على الوصف الظاهري للخصائص الجسمية كوسيلة لتحديد الموهوب ومنهم من يعتمد معاملات الذكاء، وفريق ثالث يعتمد مستوى التحصيل الأكاديمي كوسيلة للتعرف على الموهوب، وفريق رابع يعتمد على مجالات متعلقة لتحديد الموهوب.

إن الأطفال المهوبيين هم بطريقة ما متفوقين في عدد من الجوانب بالنسبة للأطفال الذين يتشابهون معهم في العمر الزمني، فهم أولئك الأفراد الذين يتتفوقون مع الجموعة المتشابهة لهم من حيث العمر الزمني، ولكننا قد نجد صعوبة في تعریف الطفل الموهوب وفي تحديد هويته.

أحد تعريفات الموهبة ذلك التعريف الذي جاء في الكتاب السنوي للجمعية الوطنية للدراسات التربوية بالولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٥٨) يقول التعريف أن الطفل الموهوب هو ذلك الطفل الذي يظهر أداءً مرموقاً بصفة مستمرة في أي مجال من المجالات ذات الأهمية، وعلى ذلك فإن التعريف يضم ليس فقط المتفوقيون عقلياً بل أيضاً أولئك الذين يظهرون موهبة في الموسيقى أو الأعمال الأدبية الخلاقة أو المهارات الميكانيكية أو القبالة الاجتماعية.

وفي عام ١٩٥٩ قدم كل من فليجلر وبيش التعريف التالي: يشمل مفهوم الطفل الموهوب الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية متقدمة، أو قدرات عالية في التحصيل الدراسي، أو الذين يظهرون تفوقاً في المجالات الآتية: الرياضيات، العلوم، الميكانيكا، الفنون التعبيرية، الأدب الخلاق، الموسيقى، القبالة الاجتماعية، القدرة الابتكارية الفريدة في التعامل مع البيئة.

أما تعريف ويني الذي تبنته الرابطة الأمريكية للأطفال المهوبيين فإنه يعرف المهوبيين بأنهم أولئك الأفراد الذين يكون أداؤهم عالياً بدرجة ملحوظة بصفة دائمة في مجالات الموسيقى، أو الفنون أو القبالة الاجتماعية أو الأشكال الأخرى من التعبير.

ويكن تصنيف تعريف الطفل الموهوب إلى مجموعتين هما:

١- التعريفات السيكومترية (الكلاسيكية) التي تعتمد نسبة الذكاء:

تضمن تلك التعريفات التي تركز على القدرة العقلية، واعتبارها المعيار الوحيد في تعريف الطفل الموهوب، والتي يعبر عنها بنسبة الذكاء، حيث اعتبرت نسبة الذكاء المرتفعة هي الحد الفاصل بين الأطفال المهوبيين، والعاديين، ويدو ذلك في تعريف هولنج وروث وتيelman والذي ركز على القدرة العقلية العامة والتي تقيسها اختبارات الذكاء، واعتبر تيرمان نسبة الذكاء ١٤٠ هي الحد الفاصل بين الطفل الموهوب والعادي، وتبني هذا التعريف ديغان وهافجهيرست ١٩٥٧م، حيث اعتبروا القدرة العقلية شاملة لعدد من الجوانب منها الموهبة والقدرة اللفظية، والقدرة المكانية التخيلية، والقدرة الميكانيكية والموسيقية ... الخ. ثم ظهرت تعريفات للطفل الموهوب تركز على الأداء المتميز خاصة في المهارات الموسيقية، والفنية والكتابية، والميكانيكية والقيادة الاجتماعية، من هذه التعريفات تعريف سمبتون ولوكنج وجيلفورد ولوسيتو ١٩٦٣-١٩٥٩م، كذلك كيرك عام ١٩٧٩م حيث بين أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يتميز بقدرة عقلية عالية حيث تزيد نسبة ذكائه عن ١٣٠، كما يتميز بقدرة عالية على التفكير الابداعي.

٢- التعريفات الحديثة في ضوء مستويات أداء فعلية:

ظهرت العديد من الانتقادات التي وجهت إلى التعريفات المعتمدة على نسبة الذكاء للطفل الموهوب، من هذه الانتقادات أن مقاييس الذكاء كمقاييس ستانفورد ببنيه أو مقاييس وكسنر لا تقيس قدرات الطفل الأخرى، كالقدرة الإبداعية أو الموهاب الخاصة، أو السمات العقلية للفرد بل تظهر قدرته العقلية العامة والمعبر عنها بنسبة الذكاء، هذا إضافة إلى انتقادات كالتحيز الثقافي والعرقي والطبيقي وصدقها وثباتها، ونقص قدرة اختبارات الذكاء على قياس التفكير الابتكاري كما أشار جلфорد ١٩٧٥م إلى قدرة اختبارات الذكاء على قياس القدرة على التفكير المحدث باستجابات معينة لا القدرة على التفكير الابتكاري، ومن هنا ظهر الاهتمام بظهور مقاييس أخرى تقيس القدرة على التفكير الابتكاري والإبداعي، وظهرت مقاييس

التفكير الابتكاري والإبداعي فيما بعد، وقد اعتمدت التعريفات الحديثة للطفل الموهوب على تغير النظرة إلى أداء الطفل الموهوب في المجتمع وقيمة الاجتماعية، إذ لم يعد ينظر إلى القدرة العقلية العالية كمعيار وحيد في تعريف الطفل الموهوب بل أيضاً إلى الأداء كالتحصيل الأكاديمي والتفكير الإبداعي، والمواهب الخاصة، والسمات الشخصية كمعايير رئيسية في تعريف الطفل الموهوب.

وقد عرفت ليتا هولنجورت الطفل الموهوب بأنه الطفل الذي يتعلم بقدرة وسرعة تفوق بقية الأطفال وقد يعبر عن هذه القدرة الفائقة على التعلم في مجالات الفنون كالموسيقى والرسم، وقد تكون في مجالات المفردات والتحصيل الأكاديمي.

أما تعريف مكتب التربية الأمريكية للموهوبين والمتوفقين فقد جاء: الأطفال الموهوبين هم أولئك الذين يتم التعرف عليهم من قبل أشخاص مؤهلين بأن لديهم قدرة وأداء عالي، وهمؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى برامج تربوية خاصة، إضافة إلى البرامج التي تقدم للأشخاص العاديين في البرنامج التربوي المدرسي، وهمؤلاء الأطفال هم القادرون على الأداء المرتفع في واحدة أو أكثر من القدرات التالية:

١- مقدرة عقلية عالية.

٢- قدرات أكاديمية متخصصة.

٣- قدرات إبداعية.

٤- قدرات قيادية.

٥- قدرات فنية وحركية.

وقد تبني هذا التعريف الجمعية الأمريكية لتعليم المتميزين وتبنته كثير من المنظمات والمؤسسات التي تعنى بالطفل المتميز في دول العالم المختلفة.

كذلك ظهر هذا الإتجاه لدى تورانس ونيولاند وهيوارد مارلند ١٩٧٠-١٩٨٠، حيث يذكر مارلند بأن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداءً متميزاً في التحصيل الأكاديمي وفي بعد أو أكثر من الأبعاد التالية:

١- القدرة العقلية العامة.

٢- الاستعداد الأكاديمي المتخصص.

- ٣- التفكير الابتكاري أو الإبداع.
- ٤- القدرة القيادية.
- ٥- المهارات الفنية.
- ٦- المهارات الحركية.

أما رينزولي ١٩٧٧م فيرى أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر قدرة عقلية عالية على الإبداع وقدرة على الالتزام بأداء المهام المطلوبة منه، وعلى ذلك يجمع الاتجاه الحديث في تعريف الموهوب على عدد من المعايير وقد يكون التعريف التالي ممثلاً لذلك الاتجاه الحديث:

الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداءً متميزاً مقارنة مع المجموعة العمرية التي يتبعها في واحدة أو أكثر من الأبعاد التالية:

- ١- القدرة المقلية العالية (حيث تزيد نسبة الذكاء عن المحراف معياري واحد أو المحرافين معياريين).
- ٢- القدرة الإبداعية العالية.
- ٣- القدرة على التحصيل الأكاديمي المرتفع.
- ٤- القدرة على القيام بمهارات متميزة (مواهب متميزة) كالمهارات الفنية أو الرياضية أو اللغوية.
- ٥- القدرة على المثابرة والالتزام والدافعية، والمرؤنة، والاستقلالية في التفكير.

وأخيراً يمكن القول بأن التعريف الحالية للموهوبين تضم الأطفال الذين تضعهم قدراتهم المعرفية في القطاع الأعلى للتوزيع الاعتدالي الذي يضم أعلى ٣-٥% من أفراد المجتمع، والتعريف الأوسع نطاقاً للموهوبين تضم بعض الخصائص مثل الابتكار، والمواهب العالية في مجالات الفنانين والأداء وبعض مجالات الإنجاز المرغوب فيها اجتماعياً على أن هذه التعريفات جميعاً تدور حول ثلاثة مفاهيم أساسية للموهبة هي:

- ١- التفوق في القدرة المعرفية.
- ٢- الابتكارية في التفكير والإنتاج.
- ٣- المواهب العالية في مجالات خاصة.

نسبة الموهوبين:

حسب تعریفاتنا السابقة يتبيّن لنا أن ما يعادل ٢٪ من الأطفال الذين هم في عمر المدرسة يمكن اعتبارهم على أنهم موهوبين وحسب مقاييس الذكاء يتبيّن لنا أن ٨٥٪ من مجموع الطلاب يتوقع أن ذكائهم أقل من ١١٥، و ٩٦٪ أقل من ١٣٠، ولكن مكتب التعليم في الولايات المتحدة الأميركيّة لم يذكر نسبة الموهوبين لكن منشورات الحكومة ذكرت أنهم يشكلون ٨٣٪ فقط.

وإذا أخذنا بعين الاعتبار المعايير المستخلصة في تعریف الطفل الموهوب لوجدنا أنها تختلف تبعاً للمعايير المستخلصة، وتزداد نسبة الأطفال الموهوبين كلما قل عدد المعايير المستخدمة في التعریف والعكس صحيح، مثلاً لو أخذنا بعدها واحداً من أبعد التعریف وهو القدرة العقلية العالية والتي تحدّد نسبة الذكاء والتي تزيد عن ١٤٥ أو ثلاثة المحرافات معيارية فوق المتوسط للذكاء، لوجدنا أن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي ١٪، أما إذا أخذنا نسبة الذكاء التي تزيد عن ١٣٠ أو المحرافين معياريّن فوق المتوسط فإن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي ٣٪، وهكذا.

أما مارلند ١٩٧١ فيقدر أن ما نسبته ٥-٨٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة هم من الموهوبين.

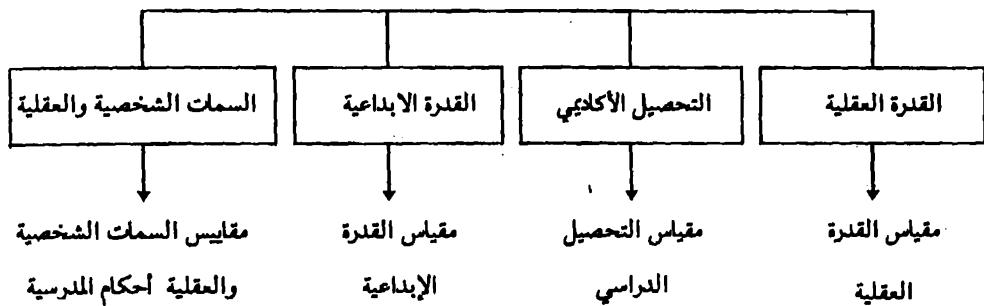
قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين:

يوجد إتفاق عام على أنه كلما تم الكشف عن الطفل الموهوب في وقت مبكر، كلما تمكن الأخصائيون من إعداد وتوفير الخبرات التعليمية الملائمة لتحقيق أقصى قدر ممكن من النمو لهذا الطفل، ومن ثم يصبح الكشف المبكر هو مفتاح التوصل إلى اكتشاف المدى الواسع من الطاقات البشرية المتاحة في أي مجتمع من المجتمعات، على أن التعرّف أو الكشف عن حالات الأطفال الموهوبين ليس أمراً سهلاً ويسراً بالنسبة لعند كثيرون من هؤلاء الأطفال، صحيح أن بعض الأطفال الموهوبين يمكن التعرّف عليهم بطريقة سهلة نظراً لأدائهم المتقدم بوضوح في القراءة، والثروة اللفظية وما يbedo عليهم من درجة عالية من الميل الأكاديمية وحب الاستطلاع و المعرفة .

الاستطلاع والمعرفة، الا أن بعض الأطفال الآخرين لا يمكن الكشف عنهم بنفس هذه الدرجة من السهولة من خلال ملاحظات الوالدين أو المدرسین، ومن ثم يتوجب الكشف عنهم باستخدام أساليب أكثر موضوعية.

إذن تعتبر عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات والتي تتطلب استخدام أكثر من أداة من أدوات قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين، ويعود السبب في تعقد عملية التشخيص إلى تعدد أبعاد مفهوم الطفل الموهوب، وتتضمن الأبعاد القدرة العقلية، القدرة الإبداعية، القدرة التحصيلية والمهارات والمواهب الخاصة، والسمات الشخصية والعقلية، لذا يجب الاهتمام بقياس كل بعد من هذه الأبعاد وأدوات القياس الخاصة بها.

أبعاد عملية قياس وتشخيص الطفل الموهوب



وفيما يلي شرح لمقاييس تلك الأبعاد

١- مقاييس القدرة العقلية (الاختبارات الفردية للذكاء):

لا نستطيع أن ننكر أن مدى فعالية نسبة الذكاء للتعرف على المحکمات الأخرى في تعريف الموهبة محدودة، إلا أنه مع ذلك يظل الذكاء المقاس يمثل رکنا هاما من أركان تعريف الأطفال الموهوبين وتصنيفهم، لذلك فإن استخدام أحد اختبارات الذكاء الفردية كجزء من مدخل شامل لقياس والتقدير يمكن أن يسهل عملية الكشف على القراءة المعرفية المتفوقة.

ومن مقاييس الذكاء العامة والتي تصلح لقياس وتشخيص القدرة العقلية العامة لدى الموهوبين المقاييس التالية:

- ١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء
- ٢- مقياس وكسنر للذكاء
- ٣- مقياس مكارثي للقدرة العقلية.
- ٤- مقياس جود اتف للرسم.
- ٥- مقياس سلوسن للذكاء الاطفال.

٢- مقياس التحصيل الأكاديمي:

تعتبر مقاييس التحصيل الأكاديمي المقetta أو المدرسية، من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية، والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية، وعلى سبيل المثل تعتبر امتحانات القبول أو الثانوية العامة أو الامتحانات المدرسية من الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص، ويعتبر المفحوص متوفقاً من الناحية التحصيلية الأكاديمية إذا زادت نسبة تحصيلة الأكاديمي عن ٩٠% أي أعلى ٣٪ من الطلبة في تحصيلهم الأكاديمي، ومن المقاييس التحصيلية المقetta:

- ١- المقياس التحصيلي الشامل، يهدف إلى قياس مهارات القراءة والكتابة والإملاء، والعمليات الحسابية ويصلح هذا المقياس للفئات العمرية من سن ٥ وحتى سن الرشد
- ٢- المقياس التحصيلي الفردي، يهدف إلى قياس مهارات القراءة، والإملاء، والمهارات الرياضية، كذلك التحصيل العام للمفحوص، حيث يصلح هذا المقياس للفئات العمرية من صف الروضة (أي ما قبل المدرسة) وحتى الصف الثاني عشر.
- ٣- مقياس العمليات الرياضية، يهدف إلى قياس المهارات الرياضية لدى المفحوص، حيث يصلح لصفوف ما قبل المدرسة وحتى الصف السادس.

٣- مقاييس القدرة الإبداعية:

تمثل القدرة الإبداعية (Creativity) إحدى الأبعاد الأساسية المكونة للموهبة والتفوق، ويعتبر الفرد موهوباً إذا تميز عن أقرانه المناظرين له في العمر الزمني في قدرته الإبداعية، حيث تعتبر القدرة على التفكير الإبداعي أو التفكير الابتكاري

مؤشرًا أساسيا يدل على الموهبة، وقد ظهرت تعاريفات متعلقة لمفهوم الإبداع، إذ يعرفه جيلفورد ١٩٧٥م بأنه ذلك الاستعداد لدى الفرد لاتخاذ أفكار جديدة مفيدة، ويعرفه تورانس ١٩٧٤م بأنه القدرة على ابتكار حلول للمشكلات، ويركز تورانس على السمات الشخصية والعقلية لذوي القدرة على الإبداع، والتفكير الابتكاري والتي تبدو في الطلاقة والمرونة والأصالة في التفكير.

وتشير ريم ١٩٨٣م، وديفس وريم ١٩٧٩م إلى عد من العوامل أو الأبعاد المكونة للموهبة والتفكير الإبداعي، مثل تعدد الاهتمامات، والتفكير الاستقلالي، والتفكير التخييلي، واللعب المألف، والأصالة في التفكير، وحب الاستطلاع، وعلى ضوء هذه التعريف لمفهوم الإبداع، فقد تبدو نتاج التفكير الإبداعي في أي مجال من مجالات الحياة كالمجال الإداري أو الفني، أو الرياضي أو الاجتماعي ... الخ، ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي من أشهر مقاييس التفكير الإبداعي، ومن الاختبارات الأخرى في مجال التفكير الإبداعي مقياس جيلفورد للتفكير الإبداعي، ومقياس جيتزلز وجاكسون.

٤- مقاييس السمات الشخصية والعقلية:

تمثل مقاييس السمات الشخصية والعقلية للموهوبين، الاتجاه الحديث في تعريف الموهوبين، إذ يتضمن المفهوم الحديث للموهبة عددا من الأبعاد أهمها، بعد السمات الشخصية والعقلية والتي تميز الموهوبين عن غيرهم من العاديين خاصة إذا تقارب أداء الأفراد العاديين والموهوبين في قدراتهم العقلية، والتي يعبر عنها علة بصطلاح نسبة الذكاء وهذا حسب ما أشار إليه رينزولي ١٩٧٧م وريم ١٩٨٣م، وعلى ذلك فإن ما يميز الأفراد بعضهم عن بعض سماتهم الشخصية والعقلية، من مثل الدافعية العالية والمشاركة والالتزام، والأصالة والمرونة والاستقلالية في التفكير، والتفكير التأملي، والقدرة على النقد وتقبله ... الخ. وعلى ذلك ظهرت في العقودين الأخيرين العديد من مقاييس السمات الشخصية والعقلية للموهوبين مثل مقاييس رينزولي ورفاقه ١٩٧٦م المعروف باسم مقاييس تقدير السمات السلوكية للطلبة المتفوقين، ومقياس الكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة والتي أعدته ريم ١٩٧٦م، ومقياس الكشف عن الموهوبين في المرحلة الإعدادية والثانوية.

حظي الموهوبون باهتمام الباحثين والدارسين وعلماء التربية وعلم النفس، وبخاصة بعد الحرب العالمية الثانية، إذ تنبهوا إلى أهمية دراسة الخصائص الذاتية لشخصية الموهوبين، حتى أصبح من أكثر الموضوعات تناولاً في حلقات البحث العلمي، وذلك استجابة إلى الحاجة الملحة واللائحة إليهم، والتي أملتها ظروف ومتطلبات التفجر المعرفي والتطور التكنولوجي والتسارع العلمي الذي يسود العالم في هذا العصر.

وهنالك العديد من الدراسات حول خصائص الموهوبين وسماتهم، فقد بدأ تيرمان دراسته وعندما ظهرت حركة الإبداع والابتكار أجرى تورنس دراسة أخرى، إضافة إلى عشرات الدراسات والأبحاث التي قام بها المهتمون في هذا المجال، وقد أشارت هذه الدراسات والبحوث إلى أن الموهوبين يتسمون بمنظومة من الخصائص في الحالات التالية:

١- الخصائص العقلية:

إن أهم ما يميز الشخص الموهوب عن غيره من الأشخاص العاديين يكمن في خصائصه العقلية، فالطفل الموهوب يكون أسرع في نمو العقلية عن غيره من الأطفال العاديين، ويمكن إجمال ما يتميز به الموهوب من سمات وخصائص عقلية فيما يلي:

- ١- سريع التعلم والحفظ والفهم وقوى الذاكرة ودائم التساؤل ومتفوق في التحصيل الدراسي.
- ٢- سريع الاستجابة وحاضر البديهة وواسع الأفق ويلك القدرة على التخييل والاستدلال ويربط بين الخبرات السابقة والخالية.
- ٣- عب للاستطلاع والفضول العقلي الذي ينعكس في أسئلته المتعلقة.
- ٤- أفكاره منظمة ويسهل عليه صياغتها بلغة سلية ويفترج أنكاراتا قد يعتبرها الآخرون غريبة.
- ٥- يعطي أولوية للخيال الإبداعي على التفكير المنطقي ويختبر الأفكار والخبرات الجديدة.

٦- متوازن القوى العقلية ويهافظ في بعمل حياته على التقدم الذي أحرزه في طفولته.

٧- الموضوعية الجردة في التفكير ويهماول أن يتعلم قبل أن يصل إلى سن المدرسة.

٨- يحب الاطلاع في عمق واتساع، وعنه رغبة قوية في المعرفة، ويبلي اهتماما بالكلمات والأفكار.

٩- وضوح التفكير ودقة وخصوصية الخيال واليقظة والقدرات الفاقعة على الملاحظة والذكر والاستيعاب.

١٠- يستمتع بقراءة القصص وكتابة القصائد الشعرية، ويهتم بالأفكار اللغوية وتكون قراءته سريعة وفي وقت مبكر.

١١- قادر على تنظيم العمل باستمرار وتجذبه الأشياء غير المكتملة، ويدرك الأشياء بطريقة لا يدركها غيره.

٢- **الخصائص الجسمية:**

أظهرت الدراسات المستفيضة لعلماء النفس أن مستوى النمو الجسمي والصحي العامة لهذه الفتة من الأطفال يفوق بل وأفضل من مستوى العادي، حيث يتميز الموهوب بالخصائص التالية:

١- يخلو من العاهات الجسمية ولا تلق بدنيا ويتمتع بصححة جيدة.

٢- أقوى جسما وأفضل صحة وأثقل وزنا وأكثر طولا من أقرانه.

٣- يتتفوق في تكوينه الجسمي ومعدل ثبوه ونشاطه الحركي على أقرانه.

٤- طاقته للعمل عالية وثبوه العام سريع.

٥- صحيح البنية وحسن التكوين ويتحمل المشاق.

٦- ينام لفترة قصيرة، ولديه طاقة زائدة باستمرار، ويتمتع بقسط وافر من الحيوية والنشاط.

٧- رياضي ويهب الجري ويمشي مبكرا.

٨- خالي نسبيا من الأضطرابات العصبية.

٩- متقدم قليلاً في نمو عظامه.

١٠- عيوب حسية أقل من العاديين.

ومن الدراسات التي أثبتت تفوق الموهوبين في خصائصهم الجسمية عن العاديين دراسة تيرمان ودراسة آرون ودراسة جلبر.

٣- الخصائص الاجتماعية:

يمتاز الموهوب بالسمات والخصائص الاجتماعية التالية:

١- يشعر بالغرابة ويعشقها، ويقاوم الضغوط الاجتماعية وتتدخل الآخرين في شؤونه.

٢- يبادر للعمل وعنه استعداد لبذل الجهد ويقدم العون للآخرين، ويمكن الاعتماد عليه.

٣- يحب النشاط الثقافي والاجتماعي ويشترك في أغلب نشاطات البيئة، وينتقل إلى حضور المهرجانات والمناسبات العامة.

٤- قادر على كسب الأصدقاء، وينتقل لمصالحة الأكبر عمراً منه، ويفضل صداقته الموهوب على العادي.

٥- يتمتع بسمات مقبولة اجتماعياً، وينتقل إلى ممارسة الناس ومجامعتهم، ويفضل الأشياء والسلوك المقبول اجتماعياً.

٦- يطمح للوظائف العالية ويتعزز بنفسه ويشق بها، وعنه حيوية واعتداد كبير بالنفس، ويحب السيطرة والاستقلالية.

٧- يملك القدرة على نقد ذاته والإحساس بعيوبه، ويتقبل الاقتراحات والنقد من الآخرين دون أن تُبَطِّع عزيمته.

٨- يبادر في اقتراح حلول للمواقف المشكلة، وقد يتسم سلوكه في بعض الأحيان بالتحدي وعدم الخضوع للأوامر.

٩- يفضل الألعاب المعقولة والأنشطة التي تحتاج إلى التحليل وأعمال التفكير.

١٠- تفاعله الاجتماعي واسع وشامل لأنه سرعان ما يندمج في الجماعات الكبرى، فيشعر بأنه جزء متمم للجماعة رغم عدم مسايرتها أحياناً.

٤- الخصائص الوجودانية (الانفعالية) :

- ١- يتمتع بمستوى من التكيف والصحة النفسية بدرجة تفوق أقرانه.
- ٢- يتوافق بسهولة مع التغيرات المختلفة والمواقف الجدلية.
- ٣- يعاني من بعض أشكال سوء التكيف والجنوح والإحباط أحيانا نتيجة نقص الفرص المتاحة في المدرسة لتابعة اهتماماته الخالصة.
- ٤- يتحلى بدرجة عالية من الازان الانفعالي ولا يضطرب أمام المشكلات التي تواجهه.
- ٥- سريع الرضا إذا غضب ولا يميل إلى التحامل والتعصب.
- ٦- عصبي، منطوي، لا يحب اطلاع الآخرين على أفكاره، وظهور عليه أحلام اليقظة.
- ٧- يحرص على أن تكون أعماله متقدمة، ويتضاعق ويتبلل من الأنشطة العادلة.
- ٨- إرادته قوية، ولا يحبط بسهولة، ولديه المقدرة على الصبر والتسامح.

شخصية المهووبين وميولهم :

تشير الدراسات والبحوث التربوية إلى أن المهووبين أسوأهم ويتمتعون في معظمهم بالقدرة والصحة والتوافق الاجتماعي، ويكونون مفعمين بروح الصداقه وبالسرعة في الفهم واليقظة، كما يتتفوقون على أقرانهم في جميع الصفات سواء أكانت العقلية أو الاجتماعية أو الوجودانية أو الجسمية.

وتعتبر ميول المهووبين وهواياتهم واهتماماتهم من العوامل التي تسهم في اكتشافهم والتعرف إليهم، وإن كانت الظروف الأسرية والمدرسية لا تتيح أحيانا الفرصة المناسبة لتنمية هذه الميول وتطويرها.

وتشير الدراسات في مجال الميول إلى أن المهووب يمتاز بما يلي:

- ١- ميوله خصبة وهواياته متعددة واهتماماته واسعة وفي مجالات كثيرة، فهو يميل للرسم والموسيقى وبعض الهوايات الفنية الأخرى.
- ٢- يميل إلى المشاركة في المسرحيات والنشاط البدني والكتشي والمعسكرات

والمنافسات والمناظرات.

- ٣- ميول القرائية متعدلة ومتنوعة.
- ٤- ييللي اهتماماً بكتب الكبار وبعلاقتهم.
- ٥- يفضل الألعاب المعقولة التي تتضمن القواعد والنظم والتي تتطلب التفكير.
- ٦- كلما ازداد العمر يزداد الفرق بين الموهوب وأقرانه في الميول العقلية، ويزداد الفرق بدرجة أقل في الميول الاجتماعية.
- ٧- لا يوجد فرق بين الجنسين في الميول العقلية، ولكن تتفوق الإناث على الذكور في كل الأعمار تقريباً في الميول الاجتماعية، بينما يتتفوق الذكور على الإناث في الميول المتعلقة بالنشاط الاجتماعي، وتغيل البنات الذكور جداً أكثر من البنات العاديات في ألعاب الصبيان، ويقضين في اللعب وقتاً أكثر من البنات العاديات، على العكس من الصبيان الأذكياء الذين يقضون في اللعب وقتاً أقل من الصبيان العاديين.

المناهج والبرامج المقدمة للموهوبين:

تقوم مناهج التعليم العام على أساس الاهتمام بالقدرات المتوسطة والعادلة، إذ نجد أن فعالية هذه المناهج وما يتبعها من برامج ومفردات تصل إلى أقصى غایياتها، وتحقق أهدافها بالنسبة للطفل العادي، ولكن هذه البرامج غالباً ما تكون أقل فعالية للبنات الخاصة من متخلفين عقلياً أو موهوبين.

لذا يتطلب تخطيط برامج تعليمية ملائمة للأطفال الموهوبين وهذا يحتاج إلى الكثير من العمل المضفي والتعاون الشمر بين المسؤولين والمدرسين والأباء والمجتمع العام والتلاميذ الموهوبين أنفسهم أيضاً، إن الموهوبين كأفراد أو كجماعة، مختلفون عن غيرهم من التلاميذ في القدرة على التعلم ب معدل أسرع وقدرتهم أكبر على التذكر كما أنهم يستطيعون استخدام ما يتعلمونه في التفكير بطريقة أعمق.

لما كان الموهوبون يمثلون نسبة ضئيلة في أي مجتمع مدرسي فإن هذه الحقيقة تفرض الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من المظاهر الضرورية في تخطيط المناهج

التعليمية، إن بعض الاعتبارات مثل حجم المجتمع ونوعيته بما في ذلك القيم والاتجاهات السائدة فيه، والمستويات التعليمية العامة، ونوع القبالة السياسية والاجتماعية تؤثر على مقدار الجهد المبذول لتوفير برامج للموهوبين من أفراد هذا المجتمع.

عند تخطيط برنامج تعليمي للأطفال المهووبين تؤخذ الاعتبارات التالية عادة

في الاعتبار وهي:

- 1- أن تعمل الهيئة الإدارية التعليمية على القيام باختيار لجنة ارشادية من رجال العمل للمشاركة في تخطيط الجوانب المختلفة للبرنامج التعليمي.
- 2- عندما يتم تخطيط البرنامج لا بد من شرحه وتفسيره وبيان أهدافه للمجتمع المحلي.
- 3- حصر جميع التنظيمات والجمعيات والأنشطة المجتمعية التي يمكن أن تلعب دوراً في تحقيق أهداف البرنامج الموضوع.
- 4- توضيح الخطط الملائمة لاستغلال جميع المصادر المتوفرة في المجتمع.
- 5- بعد أن يبدأ تنفيذ البرنامج يتم تقييم دوره وتقديم تقارير دورية للمجتمع عن التقدم الذي أحرزه البرنامج.

بدون التخطيط الجيد للبرامج التعليمية للموهوبين القائمة على حاجاتهم وميولهم وعلى قدراتهم الخاصة على الأداء يبقى هؤلاء الأطفال دون أن يواجهوا أي نوع من التحدي لطاقاتهم وإمكاناتهم من خلال البرامج التعليمية أو الخبرات العملية، كما يجب توفير خدمات الإرشاد النفسي والتربيوي بما يساعد على نموهم في شتى المجالات بالسرعة التي تتناسب مع إمكانياتهم العقلية والشخصية.

ويسعى برنامج الموهوبين إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1- تزويد الموهوبين بالإمكانات التي تجعلهم يحققون مستويات عالية من التقدم في التحصيل الأكاديمي.
- 2- اكتساب القدرة على التوجيه الذاتي، وذلك بتوفير الحرية والإحساس بالمسؤولية وتلريبيهم على التكيف مع الوقت.

- ٣- تنمية صفات القيادة في الموهوبين مما يشعرهم بمسؤولية نحو الذات والأسرة والمجتمع.
- ٤- تنمية الموارد والقدرات التي تمكنهم من تحقيق مستويات عالية من التفكير الإبداعي والابتكار.
- ٥- اكتساب القدرة على تحمل وجهات النظر المتباعدة وتحمل الأفكار المتشعبة والمعارضة.
- ٦- تطوير خلاج التفكير التي تساعد على حل المشكلات عن طريق البحث في الحلول البديلة لما قبل الخلاج أي إجراء تفيلي حلها، أي تنمية إمكانات الموهوبين على الاستدلال والاستقراء والخلاج قرارات مهمة وفعالة.
- ٧- تطوير طرق التفكير وزيادة البحث العلمي، مما يكون لديهم التوجهات ايجابية نحو الاستفسار الدائم والتساؤل.
- ٨- الإعداد لنمط من الحياة الاجتماعية والمهنية التي توفر الرضا والإشباع للموهوبين، وذلك عن طريق استثمار قدراتهم وإمكاناتهم وموهبتهم نحو مجال أو أكثر من المجالات الوظيفية.

الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للموهوبين:

يمكن تصنيف الأساليب التنظيمية الرئيسية لتعليم الأطفال الموهوبين في استراتيجيات عامة هي:

١- الاستراتيجية التي تقوم على الإسراع (Acceleration) في العملية التعليمية وتخطي بعض الصعوبات الدراسية:

تشير استراتيجية الإسراع التعليمي إلى ذلك النوع من الخدمات المدرسية التي يسمح للتلميذ الموهوب بالتقدم بعجل أسرع مما هو معتاد بالنسبة للتلاميذ العاديين، معنى ذلك أن الطفل الموهوب يستطيع أن ينتهي من مرحلته التعليمية في عمر زمني مبكر، والاعتبار الأساسي في مثل هذه الحالة هو أن يكون الطفل قد حقق نوعاً من النضج العقلي بشكل أسرع من الطفل العادي، ومن ثم

يكون قادراً على مواجهة متطلبات التعلم حتى وإن لم يكن يستوفي السن القانونية للالتحاق بالمدرسة.

وهناك علة أساليب لتحقيق التسريع من أهمها:

أ- القبول المبكر أي الالتحاق المبكر برياض الأطفال :

يعني قبول الطفل على أساس عمره العقلي وليس على أساس عمره الزمني
اذ أننا اذا تمسكنا بقبول الطفل الموهوب في المرحلة الابتدائية عندما يبلغ السادسة
من عمره فإنه يكون قد تخطى السن المناسبة له للالتحاق بالمدرسة الابتدائية، لذلك
يجب أن نقبل الطفل الموهوب بالمدرسة الابتدائية عندما يصل عمره العقلي (وليس
الزمني) إلى سن السادسة، أي قبوله في سن مبكرة على عمره الزمني، ولقد بيّنت
كثير من الدراسات أن الطفل الموهوب يستطيع الاستمرار في دراسته بل والتفوق
فيها دون أي ضرر عليه من حيث تكيفه الاجتماعي والانفعالي ودرجة تقبله بين زملائه،
ويترتب على القبول في عمر زمني مبكر وصول الطالب المتفوق إلى المرحلتين
الثانوية والجامعية في عمر مبكر، ولقد أشارت البحوث التي تمت في الولايات
المتحدة الأمريكية على أن الطلبة الذين التحقوا بالجامعة في سن مبكرة حققوا
الامتياز في دراستهم، كما كان تكيفهم الاجتماعي والشخصي افضل من زملائهم.

ب- تحطيم الصنوف:

يقوم هذا الأسلوب على السماح للطفل المتفوق بتخطي صف واحد خلال المرحلة الدراسية الواحدة وقد أيد تيرمان هذا الأسلوب حيث كان حوالي ٨٥% من أفراد العينة التي اختارها للدراسة قد تخطوا سنة دراسية واحدة على الأقل خلال المرحلة الابتدائية، كما وجد أن حوالي ٤٣% من الأولاد و ٥٥% من البنات قد تخطوا بعض الصفوف في المرحلة الثانوية، وتخرجوا من الجامعة قبل زملائهم العاديين بحوالي سنة مقارنة بمتوسط سن الخريجين في ولاية كاليفورنيا.

جـ- ضغط المصفوف في المرحلة الواحدة أي اجتياز مرحلة دراسية في مدة زمنية أقل :

ويقصد بذلك اختصار المدة الزمنية التي يقضيها الطفل الموهوب في مرحلة دراسية ما، مقارنة مع المدة التي يقضيها الطفل العادي في تلك المرحلة، مثلاً، يكن

للطفل الموهوب أن يجتاز المرحلة الابتدائية في أربع سنوات بدلاً من ست سنوات اذا استطاع أن ينفع في الامتحانات العامة لتلك المرحلة وهو في مستوى الصف الرابع، او اذا استطاع أن يدرس مناهج صفية دراسية في سنة دراسية واحدة، وقد يكون نظام الساعات المعتمدة في بعض الجامعات مثلاً على ذلك، إذ يستطيع الطالب الموهوب أن يدرس عدداً من الساعات في الفصل الدراسي الواحد يفوق عدد الساعات التي يدرسها الطالب العادي، ويعني ذلك اجتياز الطالب الموهوب للدراسة الجامعية الأولى في سنتين ونصف أو ثلاثة سنوات بدلاً من أربع أو خمس سنوات كما هو الحال لدى الطالب العادي.

وفيما يلي ايجابيات وسلبيات هذا الاسلوب :

الايجابيات :

- ١- يسمح للطلبة بالتقدم وفقاً لقدراتهم.
- ٢- يمكن تعديله بحيث يمكن من خلاله تطبيق كلاً الأسلوبين التسريع والإثراء، وبهذه الطريقة يسمح للطالب أن يدرس مساقات إضافية أو يدرس مساق معين بعمق أكثر.
- ٣- يساهم في إضفاء الحيوية على المناهج التعليمية بحيث يمكن من خلاله مواجهة المشكلات السلوكية مثل الملل الذي من المتوقع أن يحدث للطلبة المتفوقين في الصفوف العادية نتيجة لانتظار الزملاء الذين دون المستوى العادي من حيث التحصيل لكي يتعلموا.
- ٤- تتيح للطلبة فرصة إكمال تعليمهم بوقت أقصر والبله بحياتهم العملية في سن مبكرة.

السلبيات :

- ١- ربما يفقد المتفوقون والموهوبون بعض المباني والأساسيات الفرورية للتعلم نتيجة لعدم الانتظام في التسلسل المرمي لتحصيل المعرفة، وبالتالي يؤدي هذا إلى صعوبة في الدراسات اللاحقة.

٤- قد يكون التقدم الأكاديمي للموهوبين والمتوفقيين عقلياً جيداً ولكن على حساب النفع الانفعالي والاجتماعي وبالتالي معظم الأطفال الذين تبلغ أعمارهم العاشرة أو الحادية عشرة سيعاجهون صعوبة في التكيف تجاه المشكلات الاجتماعية والضغوطات التي يمكن أن تواجههم في المدرسة الثانوية وبعبارة أخرى سيكون لديهم مجموعة قليلة من أقرانهم تسمح لهم بالتفاعل الاجتماعي.

٥- استراتيجية الإثراء التعليمي (Enrichment) الذي يتم في نطاق الفصل الدراسي العادي

يقصد بالإثراء أو الإغناء للبرنامج التربوي أو التعليمي، تزويد الطفل الموهوب أياً كانت المرحلة التعليمية بنوع جديد من الخبرات التعليمية، تعمل على زيادة خبرته في البرنامج التعليمي، بحيث تختلف تلك الخبرات عن الخبرات المقدمة للطفل العادي في الصف العادي، ويقسم الإثراء إلى نوعين:

- ١- الإثراء الأفقي.
- ٢- الإثراء العمودي.

ويقصد بالإثراء الأفقي، تزويد الموهوب بخبرات غنية في عدد من الموضوعات المدرسية في حين يقصد بالإثراء العمودي، تزويد الموهوب بخبرات غنية في موضوع ما من الموضوعات المدرسية.

ويذكر الصاحف ١٩٨٢ أن هناك بعض الأنشطة التي يمارسها الموهوب حتى تساعده على تنمية مهاراته العقلية وموهبة بكفالة وأهم هذه الأنشطة ما يلي:

- ١- الربط بين المفاهيم المختلفة.
- ٢- تقديم الحقائق عن طريق الانحراف في مناقشات نقدية.
- ٣- ابتكار أفكار جديدة.
- ٤- استخدام أسلوب حل المشكلات.
- ٥- فهم المواقف المعقولة.

أما هلان وكوفمان ١٩٨١م وكيرك ١٩٧٢م وأخرون فيذكرون الأساليب التالية لعملية الإثراء:

- ١- الزيارات الميدانية للمعامل والمخابرات والمصانع والمؤسسات التعليمية.
 - ٢- الأستاذة الزائرون في حقول العلم المختلفة.
 - ٣- الجموعات الدراسية في مادة ما أو عد من المواد الدراسية.
 - ٤- المشاركة في المخيمات ، الندوات، الجمعيات العلمية، نوادي الهوايات.
 - ٥- استخدام طريقة المشروعات في التحصيل الأكاديمي.
 - ٦- استخدام طريقة البحث العلمي في التحصيل الأكاديمي.
 - ٧- استخدام الطريقة التجريبية في التحصيل الأكاديمي (للمختبرات والزيارات الميدانية والتجارب الحسية المباشرة).
 - ٨- دراسة مواد أعلى في مستواها الأكاديمي من العمر الزمني للموهوب.
 - ٩- استخدام الحاسوب في تعليم الموهوبين
 - ١٠- الدراسة المستقلة الحرة، حيث يدرس الطالب مادة ما لرغبه في تلك المادة بغض النظر عن مكانة تلك المادة في البرنامج التعليمي.
- وفيما يلي إيجابيات وسلبيات هذا الأسلوب :

الإيجابيات :

- ١- يساعد هذا الأسلوب الطالب على التخصص في المجال الذي يحظى باهتمامه.
- ٢- يهيء للمتفوقين فرصاً لمواجهة المشكلات التي تنطوي على إثارة التحدي والبحث بعمق.
- ٣- يتبع للطالب فرصة الحصول على درجة أعلى من الدرجة المطلوبة للتخصص في مجال معين.
- ٤- يتميز بقلة التكاليف نسبياً مقارنة بالأساليب الأخرى لأنه لا يحتاج إلى نفقات إضافية في ميزانية المدرسة.
- ٥- يسمح للطالب بالبقاء مع أقرانه من نفس الفئة العمرية في إطار المدرسة العادية مما يحقق له نمواً نفسياً اجتماعياً سليماً.

- ٦- يشجع التفوق عقلياً والموهوب على تطوير ذاته.
- ٧- يؤدي إلى تنافس المعلمين من حيث تطوير أساليب تعليمية جيّلة مما يؤدي إلى تجديد العملية التعليمية.

السلبيات:

- ١- إن معظم المعلمين ليس لديهم المعرفة أو المهارة لتجهيز الخبرات الإثرائية الالزامية للأطفال المتفوقين في صفوهم التي تضم ما بين ٤٠-٣٠ طالباً.
- ٢- يحتاج إلى إدخال تعديلات جذرية على طرق إعداد المعلم وتحديد عدد طلبة الصف الواحد وتحضير مواد تعليمية إضافية.
- ٣- استراتيجية المجموعات الخاصة أو مجموعات القدرات (التجميع) أو العزل الجزئي :

لقد ثار كثير من الجدل حول أفضل هذه النظم تربوياً وعلمياً وفلسفياً هل هو نظام المدارس الخاص، أم نظام الصفوف الخاصة، أم تجمعهم في جماعات خاصة (صفوف بعض الوقت)؟ أم غير ذلك من دورات ما بعد الدوام، التوافي أم جماعات الميل؟

لقد جنّدت كثير من الدراسات ونتائجها هذه النظم كما في دراسات كارول التي أثبتت أن الجماعة التجانسة تساعد على تجنب الميل إلى الغرور والكبرياء عند المهووبين.

كما بينت دراسة ويني أن التحصيل الدراسي للأطفال المهووبين في الصفوف العادية كان أقل مما ينتظر من هم في مثل ذكائهم وقدراتهم.

ويمكن تصنيف التجميع في ثلاثة أنواع هي:

أ- تجميع عن طريق إنشاء صفوف خاصة بالموهوبين.

وغالباً ما تنشئ هذه الصفوف ضمن المدارس العادية، ولذلك فهي تتبع نفس المنهاج مع إثرائها بحيث تصبح أكثر عمقاً، ويشترط للقبول في هذه الصفوف حصول الطفل على نسبة ذكاء لا تقل عن ١٢٥، وقد كان الغرض من إنشاء هذه الصفوف تقديم برامج دراسية تناسب المهووبين من حيث إثرائها وعمقها، وكان التلاميذ

يصنفون حسب مستوياتهم من صف لأنحر.

ومن أمثلة هذه الصفوف تلك الصفوف التي انشئت في نيويورك في المدارس الابتدائية والمتوسطة، ويدأ العمل في الصفوف الخاصة ابتداء من الصف الثاني أو الثالث الابتدائي، وإذا كان عند الطلبة الموهوبين قليلا في المدرسة يمكن تحويلهم إلى مدرسة أخرى مجاورة تستطيع استيعابهم.

وعندهما ينهي طلبة المدرسة الابتدائية هذه المرحلة ينقلون إلى مدرسة متوسطة بها صنف خاص للموهوبين، ويتم قبول الطلبة الموهوبين بصفة أولية على أساس نسبة ذكاء لا تقل عن 125 في اختبار ذكاء جمعي، وبعد قبولهم يتم تطبيق اختبارات ذكاء فردية عليهم وهناك شروط أخرى للقبول ترتكز على المخصصات الجسمية، والانفعالية والاجتماعية، ويمكن قبول الطالب في أي عمر خلال سنوات دراسته، إلا أنه يفضل القبول المبكر.

ب- التجميع عن طريق إنشاء مدارس خاصة بالموهوبين:

يقوم هذا النظام على أساس تجميع الموهوبين في مدرسة واحدة ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن مثل هذا النظام من عين من إعداد البرامج التربوية المناسبة لمنه الفتاة في نظام واحد وفضلا عن أنه يمكن من اختزال الموهوبين لعدة من سنوات الدراسة.

انشئت أول مدرسة خاصة للموهوبين بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1901م، إلا أن عند المدارس الخاصة بالموهوبين ليس كبيرا، وأشهر هذه المدارس مدرسة هنتر الابتدائية للموهوبين وهي تابعة لكلية هنتر، ويشترط في التقلم إلى هذه المدرسة أن يكون قد حصل على نسبة ذكاء لا تقل عن 130، ومدرسة هنتر تجريبية تقدم براجعها على نفس الأسس التي تقوم عليها مناهج مدارس نيويورك مع إثرائها بما يناسب الطلبة الموهوبين.

ج- التجميع عن طريق العزل الجزئي (الصفوف الخاصة بالموهوبين):

في هذا النوع يدرس الطلبة الموهوبين مع زملائهم في الصفوف العادية، إلا

أنه يتم تجميعهم خلال فترة محددة من اليوم الدراسي حيث يقدم لهم تعليم خاص ونظراً لأن الجمع في هذا النوع ليس كاملاً يطلق عليه العزل الجزئي، وقد طبق النظام في مدينة بتسبرج (ولاية بنسلفانيا) حيث طبقت خطة عام ١٩٥١م، وتتضمن هذه الخطة إنشاء صنوف خاصة تجمع ساعات معينة من اليوم الدراسي في المدرسة الابتدائية ويشترط في الأطفال الموهوبين في هذه المدارس ألا تقل نسبة ذكائهم عن ١٣٠، وكان اليوم الدراسي للطلبة الموهوبين يبدأ علة بالدراسة مع زملائهم في الصنوف العادية، ثم ينتقلون بعد ذلك في وسط اليوم إلى الصنوف الخاصة بهم، وكان التركيز في هذه الصنوف على التفكير التقليدي والتفكير التحليلي.

وفيما يلي إيجابيات وسلبيات هذا الأسلوب :

أ- أسلوب التجميع :

الإيجابيات :

١- يهيء للطلبة الموهوبين والمتوفقيين عقلياً فرصاً للتفاعل مع طلبة من نفس الاهتمامات والميول والقدرات.

٢- يساعد على تلبية احتياجات الطلبة الموهوبين والمتوفقيين عقلياً مقارنة بالوضع الذي يقوم به المعلم بالتدريس داخل الغرفة الصحفية.

٣- يزود الطلبة المتوفقيين برؤيا أفضل لقدراتهم الفعلية وذلك من خلال مواجهتهم للتحديات التي تتطوّر عليها الممارسات المختلفة والأنشطة المقدمة لهم.

٤- تشير نتائج البحوث والدراسات أن دعم الطلبة الموهوبين والمتوفقيين عقلياً لبعضهم البعض يكون أكبر عندما يعملون معاً.

السلبيات :

١- تؤدي هذه الصنوف إلى تطوير شعور بالاستعلاء والتتفوق والامتياز وحب الذات.

٢- لا تتوفر هذه الصنوف بيئة واقعية لإعداد الطلبة الموهوبين المتوفقيين للحياة العادية.

٣- يؤدي هذا الأسلوب إلى أن تكون توقعات الطلبة وتصوراتهم خارج نطاق

حياتهم العادلة.

- ٤- افتقار الصنوف العادلة لنشاط وحيوية الطلبة الموهوبين.
- ٥- يعتقد بعض التربويين بأن مدارس الموهوبين تكلفهم كثيراً من الناحية الاقتصادية فتكلفتها أعلى من أي نفط من أنماط البرامج الأخرى.

بـ- أسلوب العزل الجزئي :

الإيجابيات :

- ١- يساهم هذا الأسلوب في منح الطلبة الموهوبين والمتوفقيين عقلياً فرصاً أكبر من الحرية لتشجيع إبداعيّتهم والاكتشاف لديهم.
- ٢- يوفر التعليم الملائم لكل طالب وبالتالي يمكن من خلاله تحقيق مبدأ مراعاة الفروق الفردية.
- ٣- يشير الأدب التربوي المتعلق بهذا الأسلوب إلى أن هذا الأسلوب يساعد الطلبة المتوفقيين والموهوبين على تنمية قدراتهم الابتكارية.

السلبيات :

- ١- يمتد إلى هيئة تدريسية إضافية.
 - ٢- قد يواجه المدير صعوبة في تنظيم الجدول الأسبوعي للدروس.
 - ٣- تحتاج الموضوعات الدراسية الأقل اهتماماً بالنسبة للطلبة الموهوبين والمتوفقيين عقلياً إلى معالجة واتباعه من قبل المعلمين.
 - ٤- يتصرف هذا الأسلوب بصعوبة من حيث تطبيق أساليب التقييم المختلفة.
- ٤- استراتيجية تفريز التعليم :**

وهو عبارة عن برنامج يصمم علامة لتلبية حاجات الطلبة المتوفقيين عقلياً والموهوبين الذين يظهرون قدرة على الدراسة الذاتية، ويكون علامة تحت إشراف معلم أو مشرف تربوي أو عدل من الأشخاص المرجعيين الذين لديهم معرفة ومهارة معينة في التعامل مع المتوفقيين والموهوبين، وتكون الأنشطة المقدمة علامة من خلال

النوادي المدرسية أو البرامج الصيفية بحيث يتم تنفيذها ضمن إطار المدرسة أو الجامعية، وفيما يلي إيجابيات وسلبيات هذا الأسلوب:

الإيجابيات:

- ١- يهيء للطالب فرصة دراسة موضوع معين بعمق يكون علامة من اهتماماته.
 - ٢- يشجع الطالب الموهوب والمتوفّق عقلياً على العمل بطريقة تلائم قدراته فضلاً عن أنها تعمل على زيادة مهارات الطالب البحثية.

الصلبات:

- ١- لا يناسب بعض الطلبة المتفوقين والموهوبين وخاصة أولئك الذين يفضلون العمل باستقلالية وليس تحت إشراف معين.
 - ٢- يناسب فقط فئة الطلبة الأكبر عمراً القادرين على الاستفادة من التسهيلات المتنوعة داخل المدرسة وخارجها.
 - ٣- يتصرف هذا الأسلوب بصعوبة التقييم وخاصة فيما يتعلق بالأخذ بأساليب التقييم المختلفة و اختيار الملائم منها.

الاتجاهات العامة في تربية المهوبيين :

تبaint الاتجاهات العامة في تربية المهوبيين تبعاً لاختلاف الفلسفات الاجتماعية وتغيرها من مجتمع إلى آخر، وفي اختلاف نظرتها إلى الهدف العام من تربية المهوبيين، فقد ظهرت في بعض المجتمعات مدارس خلصة بالمهوبيين، في حين نادت بعض المجتمعات بدمج المهوبيين في المدارس العادية، ويمكن تلخيص الاتجاهات العامة في تربية المهوبيين في ثلاثة اتجاهات، وهي:

الاتجاه الأول: وهو الاتجاه الذي ينلai بدمج المهووبين مع الطلبة العاديين في المدارس العادية. وتبدو مبررات الاتجاه الأول في ما يلي:

- ١- المحافظة على التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية في الصف العلوي، حيث يمثل ذلك التوزيع ثلاث مستويات على الأقل من الطلبة في الصف العلوي، وهي المستوى المتفوق، والمستوى العلوي، والمستوى الذي يقل عن العلوي.

٢- الحافظة على التفاعل الاجتماعي في الصف العلوي، بين ثلاثة مستويات من القدرة العقلية وما يولده ذلك التفاعل الاجتماعي من فرص تنافسية.

الاتجاه الثاني : وهو الاتجاه الذي ينادي بفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين ووضعهم في مدارس خاصة بهم.

أما مبررات الاتجاه الثاني فإنها تبدو في ما يلي :

١- إعداد الكفاءات والكواحدات المتخصصة في المجالات الاقتصادية والعلمية والاجتماعية.

٢- إعداد القيادات الفكرية والعلمية والاقتصادية والاجتماعية ... الخ.

٣- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

الاتجاه الثالث : وهو الاتجاه الذي ينادي بلمح الطلبة الموهوبين في المدارس العادية ولكن في صفوف خاصة بهم.

أما مبررات الاتجاه الثالث فتبدو في ما يلي :

١- الحافظة على التفاعل الاجتماعي بين مستويات الطلبة العقلية الثلاثة في المدرسة العادية، وما يولده ذلك التفاعل من فرص تنافسية حقيقة بين الطلبة في المجالات المختلفة.

٢- إعداد القيادات الفكرية والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية ... الخ.

٣- إعداد الكفاءات العلمية المتخصصة في المجالات المختلفة.

٤- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

وقد ظهرت بعض التطبيقات العلمية للاتجاه الثاني والاتجاه الثالث، حين يعتبر الاتجاه الأول هو الاتجاه السائد في معظم دول العالم، وتبدو تطبيقات الاتجاه الثاني في فتح المدارس الخاصة بالموهوبين، وعلى سبيل المثل أنشئت أول مدرسة موهوبين في الدول العربية في جمهورية مصر العربية في عام ١٩٥٤/١٩٥٥، وكانت نسبة الإقبال على مدرسة الموهوبين ما بين ٤٢-٦٠٪ من عدد الطلبة الموهوبين، حيث تتصدر لائحة القبول بمدرسة الموهوبين على قبول خمسة من الأوائل في امتحان الشهادة الإعدادية من كل منطقة، وقد استقبلت المدرسة في عامها الأول ٦١

طالبا بالصف الأول الثانوي وزاد عدد طلبة مدرسة المهووبين تدريجيا، وكان الغرض من إنشاء هذه المدرسة هو إعداد المهووبين ورعايتهم لتولي مسؤولية القيام بمهام البناء على المستقبل لدولة تسعى لبناء نفسها على أسس علمية، وذلك بالكشف عن ميول الطلبة واستعداداتهم، ومن ثم تدريتهم في التفكير والبحث العلمي والابتكار والتجديد والاختراع.

أما مناهج مدرسة المهووبين، فتضم مناهج المدرسة العادية مضافا إليها مناهج للمستوى الرفيع في بعض المواد الدراسية، كما تتبع طرائق التدريس القائمة على البحث والتجربة والإطلاع الخارجي والزيارات العلمية والرحلات والمشاهدات والتطبيق العلمي للقوانين والحقائق النظرية والاعتماد على الوسائل السمعية والبصرية، وقد ابتكرت طرائق تدريس تناسب كل ملة بعينها من المواد الدراسية سواء أكانت اللغة الإنجليزية أو المجتمع العربي، أو اللغة العربية، والرياضيات، واللغة الألمانية، كذلك الحال في المواد الإضافية والتي شملت اللغة الإنجليزية والرياضيات والفيزياء والكيمياء والتاريخ الطبيعي والدراسات الإنسانية.

وقد عمدت وزارة التربية في جمهورية مصر العربية على اختيار أحسن الكفاءات التدريسية لتلك المدرسة، كما وفرت فرص الرعاية العلمية والنفسية والتربوية والاجتماعية للمهووبين، أما عن النتائج التي حققتها المدرسة، فقد تخرج منها في العام الدراسي ١٩٦٩/٦٨، ٦٤ طالبا التحقوا بكليات الهندسة والطب والكلية الفنية والعسكرية، والصيدلة، والعلوم، والزراعة، كما عمل ٩٠٪ من خريجي المدرسة كمعيدين أو باحثين في مراكز البحوث العلمية أو في الكليات التي تخرجوا منها.

وقد ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية بعض المدارس الخاصة بالمهووبين، حيث يدرس الطلبة في هذه المدارس بطريقة مستقلة، فقد ظهرت مدارس أخرى في ولاية كليفلاند وكذلك في مدينة نيويورك، أما في ما يتعلق بالصفوف الخاصة أو البرامج الخاصة للمهووبين والملحقة بالمدرسة العادية، فقد ظهرت بعض النماذج من تلك الصفوف أو البرامج، ومن أبرزها البرامج التالية:

١- برنامج التفكير المنتج :

وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ الصفين الخامس السادس الابتدائي وذلك بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، بطريقة التعلم الذاتي، ويتالف البرنامج عن ١٥ درسا يتضمن كل منها الكشف عن لغز أو عن حدث ما، حيث يتطلب من التلاميذ معرفة ذلك اللغز.

٢- برنامج بيرود للتنمية التفكير الإبداعي :

وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ المرحلة الابتدائية في الصف الثالث والرابع والخامس الابتدائي وذلك بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، ويتالف هذا البرنامج من ٢٨ درسا مسجلة على أشرطة سمعية (كاسيت) مع تمارين مطبوعة مرافقة لها، وقد أثبتت هذا البرنامج فاعليته في تنمية التفكير الإبداعي، لذا انتشر هذا البرنامج في معظم الولايات المتحدة الأمريكية.

٣- برنامج بارنز :

صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، في مدينة بارلو في ولاية نيويورك وذلك بإثارة الأفكار المختلفة الجماعية حول موضوع ما، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى قيمته وفاعليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٤- برنامج مايرز- تورانس :

وقد صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى طلبة المرحلة الابتدائية، ويتضمن البرنامج عدداً من الأسئلة والتمارين التي تبني التفكير الإبداعي لدى الطلبة، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى قيمته وفاعليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٥- برنامج كاتينا :

صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي، للأطفال والبالغين، ويتضمن هذا البرنامج علة صور لأدوات وبرامج تدريب على التفكير الإبداعي، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى فاعليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٦- برنامج أكرون المدرسي الاستكشافي :

وقد صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى طلبة المدارس، ويتضمن البرنامج (١٢) رزمة تعليمية في العلوم والرياضيات، وفي كل منها مشكلات يطلب البحث عن حلول لها من قبل الطلبة وفق أسلوب البحث والاستقصاء، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى فاعليته في تنمية التفكير الإبداعي حل المشكلات العلمية والرياضية.

وفي الأردن ظهر ما يسمى بالبرنامج الرياضي للمتفوقين والموهوبين (١٩٨٤)، حيث يعتبر هذا الأنماط موازياً للاتجاه الثالث في تربية المهووبين وهو اتجاه فتح الصنوف الخاصة للموهوبين والملحقة بالمدرسة العادية، ويساعد هذا البرنامج الطلبة في إثراء معلوماتهم الأساسية في اللغات والرياضيات والعلوم، من جهة، ويفتح من جهة أخرى أنشطتهم الإبداعية وينمي شخصياتهم وقدراتهم القيادية.

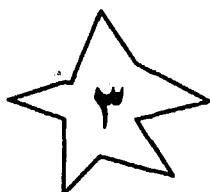
وقد استقبل المركز الرياضي أول مجموعة في العام الدراسي ١٩٨٥/٨٤ حيث تكونت تلك المجموعة من ٩٠ طالباً وطالبة من أنهوا المرحلة الإعدادية، وفي عام ١٩٩٥ انضم ٩٠ طالباً وطالبة إلى البرنامج، وأصبح عدد الطلبة في العام ٨٧/٨٦ حوالي ٢٧٠ طالباً وطالبة ويقبل الطلبة في هذا البرنامج وفق أسس تنافسية تأخذ بعين الاعتبار معدلات الطلبة في امتحان الشهادة الإعدادية، ووفق نتائجهم على اختبارات الاستعداد التحصيلي، ويتضمن البرنامج المدرسي تسعة حصص أسبوعية تغطي مواد اللغة الإنجليزية والرياضيات واللغة العربية والعلوم والحواسيب، كما يتضمن البرنامج المدرسي عدداً من الأنشطة منها الموسيقى، والنشاط الإبداعي، والفن، والطباعة، والرياضة، والحواسيب، أما عن طرائق التدريس المستخدمة في هذا البرنامج فهي المعاشرات، والرحلات، والزيارات الميدانية، والأساتذة الزائرون، والتدريب العلمي.

كذلك هناك مدرسة اليوبيل للموهوبين.

الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

- مفهوم الإعاقة العقلية.
- انتشار التخلف العقلي.
- أسباب الإعاقة العقلية.
- تصنيف الإعاقة العقلية.
- الخصائص السلوكية والتعليمية للمعوقين عقليا.
- قياس وتشخيص المعاقين عقليا.
- استراتيجيات تربية وتعليم المتخلفين عقليا القابلين للتعليم.
- مناهج المعوقين عقليا.



الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

Mental Impairment

مقدمة :

لم تعد التربية في عصرنا الحاضر مقتصرة على العاديين من بني البشر، ولم يعد التعليم موجهاً لنحو القدرات العقلية المتوسطة والعلالية منهم كما كان الحال في الماضي، وإنما أصبحت الجهود التربوية والتعليمية تستهدف جميع الناشئة بغض النظر عن مستوياتهم العقلية وقدراتهم الاستيعابية، وذلك انطلاقاً من الإيمان بجملة من المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها ميثاق حقوق الإنسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان في أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في المحدود الذي تسمح بها قدراته وطاقاته، وعليه فلم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار، بل أصبح ينظر إلى المعاين عقلياً على أنهم أفراداً يستحقون بذلك المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم، حتى يتسعى لهم امتلاك القدرة على التكيف مع مطالب الحياة، وشق طريقهم فيها في المحدود الذي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم.

مفهوم الإعاقة العقلية (التخلف العقلي) :

التخلف العقلي عبارة عن تأخر أو بطء في تطور الطفل العقلي، بحيث يتعلم الطفل الأشياء ببطء أكثر من الأطفال الذين هم في مثل سنّه، وقد يتاخر الطفل في التحرك والابتسام والاهتمام بالأشياء واستعمال يديه والجلوس والمشي والكلام والفهم، أو أنه يتطور بعض هذه المهارات ويكون بطيئاً في تطوير بعضها الآخر.

وتشير المراجع إلى عدد من التعريفات للتخلف العقلي من وجهات نظر مختلفة فقد عرف ترييد جولد (Tredgold) التخلف العقلي من وجهة نظر

الصلاحية الاجتماعية بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواعنة نفسه مع بيئته الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم، والمقصود بالصلاحية الاجتماعية هي قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره من الأفراد كمظاهر فوه الاجتماعي الذي يتمشى إلى حد كبير مع ثو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي، ويبدو أن ترييد جولد يشير إلى أن المظاهر الأساسية لعدم اكتمال النمو العقلي للفرد إنما هو عجزه عن أن يتلاعماً أو يتكيف مع بيئته الاجتماعية، وأن يتفاعل مع الأفراد العاديين بشكل يستدعي أن يكون هذا الفرد دائماً بحاجة إلى إشراف ورعاية وحماية من قبل الأفراد العاديين أو الأسواء.

أما دول (Dool, 1945) فيعرف التخلف من وجهة نظر نفسية اجتماعية تعريفاً شاملاً محدثاً محاولاً التغلب على العيوب التي يقع بها تعريف ترييد-جولد في استخدامه الصلاحية الاجتماعية كمحك للتعرف على التخلف العقلي، واستطاع دول أن يحد ما يقصده بالصلاحية الاجتماعية، كما استطاع وضع مقياس للنضج الاجتماعي وبهذا نجد أن دول قد تمكن من وضع تعريف للتخلف العقلي قائم على أساس الصلاحية الاجتماعية كما قدم وسيلة للتعرف على هذه الصلاحية بشكل أكثر تحديداً وشولاً مما قدمه ترييد جولد يعرف دول التخلف العقلي فيقول أن الفرد التخلف عقلياً إنما هو الشخص الذي تتوفر فيه الشروط التالية:

- ١- عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي بالإضافة إلى عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.
- ٢- أنه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.
- ٣- أن تخلفه العقلي قد بدأ إما منذ الولادة أو في سنوات عمره المبكرة.
- ٤- أنه سيكون متخلقاً عقلياً عند بلوغه مرحلة النضج.
- ٥- يعود تخلفه العقلي إلى عوامل تكوبينية إما وراثية أو نتيجة مرض ما.
- ٦- إن حالته غير قابلة للشفاء.

وبهذا نجد دول يضع تحديداً واضحاً وشاملاً للتخلف العقلي يشترط فيه أن

تتوفر هذه الشروط الستة حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها تختلف عقلي، وبهذا تكون أكثر دقة وتحديداً من تردد-جولد ذلك أنه جعل الشرط الثاني للتخلص أن يكون صاحب الحالة أقل من العاديين من الناحية العقلية، فإن لم يكن كذلك فإنه ليس عند دول متخلص حتى وإن كان عجزاً عن التكيف الاجتماعي، في حين أن مثل هذا الفرد يعتبر متخلضاً في مفهوم تردد-جولد

- أما تعريف هير (Heber, 1961) الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلص العقلي ومؤداته أن التخلص العقلي يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي الفعلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحلة أو أكثر من الوظائف التالية:

- ١- النضج.
- ٢- التعلم.
- ٣- التكيف الاجتماعي.

- ويدرك سميث (Smith, 1971) أن الجمعية الأمريكية للتخلص العقلي قد حاولت توضيح هذا التعريف عن طريق النقاط الأساسية التي جاءت فيه وذلك على الشكل التالي:

١- أقل من المتوسط:

يعني أن علامة الفرد في اختبار للذكاء بالمقارنة مع أبناء عمره لا تتعدي المئتين السادس عشر، بمعنى أن هذا الفرد سيكون من بين فئة ١٦٪ الدنيا من أبناء عمره في أداء العقلي.

٢- الأداء الوظيفي:

تشير إلى أن الفرد قد ينخفض إلى عملية تقييم عن طريق أداء أو اختبار تتمتع بقدر كافٍ من الشمول بحيث يعطي ما أمكن من الخصائص العقلية التي يمكن قياسها.

٣- مرحلة النمو:

ويقصد بها المرحلة التي تمت منذ بداية الإنجذاب حتى سن السادس عشرة.

٤- النفع:

ويشير إلى المعلم أو الدرجة التي تنمو إليها المهارات الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة ويكون التأكيد هنا على مهارات من مثل الحيو والشي والكلام والتحكم بعمليات الإخراج والأكل، ومشاركة الآخرين من نفس العمر بمستوى مقبول.

٥- التعليم:

يشير إلى قدرة الفرد على الحصول على المعرفة والاستفادة من خلال الخبرة.

٦- التكيف الاجتماعي:

يشير إلى قدرة الفرد على ممارسة الاستقلالية في الحافظة على الذات في البيئة الخلية والعمل، وخلال السنوات المدرسية الأولى فإن مصطلح التكيف الاجتماعي إنما يشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع زملائه من الطلبة والوالدين وغيرهم من يثثون السلطة والأطفال الأصغر سنًا.

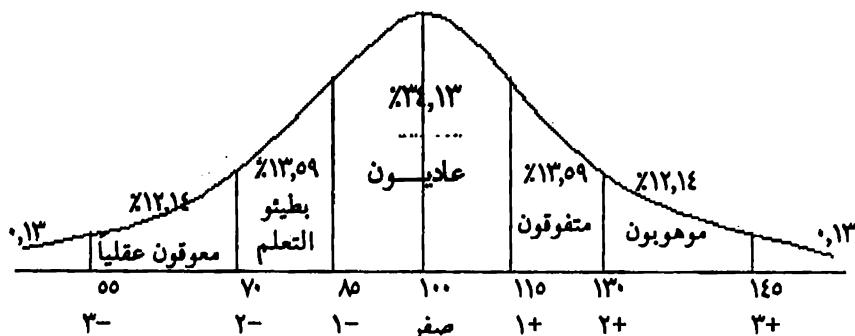
إذن يشير تعريف هيبر إلى أن:

الإعاقة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط للذكاء بالحراف معياري واحد ويصاحب خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النهائية منذ الميلاد وحتى سن ١٦، ولكن في عام ١٩٧٣م ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء الحد الفاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقين عقلياً عالية جداً الأمر الذي يتربّ عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع لتصبح ١٦٪، وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف هيبر من قبل جروسمان في عام ١٩٧٣م وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي:

«تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بالحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل في السلوك التكيفي، ويظهر ذلك في مراحل العمر النهائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨».

وتبدو الفروق واضحة بين تعريف هير في عام ١٩٥٩، وتعريف جروسمان في عام ١٩٧٣م ويكون تلخيص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية:

- ١- كانت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والأفراد المعوقين حسب تعريف هير ٨٥ أو ٨٤ على مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد بينيه، في حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والمعوقين حسب تعريف جروسمان ٧٠ أو ٦٩ على نفس المقاييس السابقة.
 - ٢- تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف هير ١٥,٨٦٪ في حين تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف جروسمان ٢٢,٢٧٪.
 - ٣- كان سقف العمر النمائي حسب تعريف هير هو سن ١٦ سنة، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جروسمان هو سن ١٨ سنة.
- ويوضح منحنى التوزيع الطبيعي أو منحنى التوزيع الاعتدالي توزيع نسبة الذكاء في المجتمع والتي تفسر الفروق في تعريف الإعاقة العقلية لمنى كل من هير وجروسمان.



منحنى التوزيع الطبيعي (منحنى غوس)

ويعتبر تعريف جروسمان ١٩٧٣م من أكثر التعريفات قبولاً في أوساط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣م وحتى الوقت الحاضر.

مشكلة التخلقي العقلي تعاني منها كل المجتمعات سواء كانت متقدمة أم نامية أم بدائية، فالخلقي العقلي حالة يمكن أن توجد لعد كثيف من الأسباب، لذا تتفاوت النسب من مجتمع لأخر وذلك لاختلاف المعايير التي تستخدم للتعرف على التخلقي العقلي وكذلك لاختلاف العينات التي تجري عليها الدراسة، إذن قد تزيد نسبة الاتساع من مجتمع لأخر وقد تنقص في مجتمعات أخرى تبعاً لعد من العوامل أهمها:

- ١- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا استخدم المعيار الوارد في تعريف هير للإعاقة العقلية (أقل من المترافع معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ١٥,٨٦٪، في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية (أقل بالمترافقين معياريين عن المتوسط فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ٢٢,٣٧٪).
- ٢- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هير للإعاقة العقلية، فإن سقف العمر النمائي لدى هير هو سن ١٦ سنة، في حين أنه لدى جروسمان هو ١٨ سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨ سنة، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب يساوي تقريباً حوالي ٥٠٪ من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني المخاض نسبة الإعاقة العقلية من ٢,٢٧٪ تقريباً إلى حوالي ١,٥٪ تقريباً من مجموع السكان في المجتمع ما.
- ٣- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، (ويشير السلوك التكيفي إلى قدرة الفرد على الأداء في مجالات المسؤولية الاجتماعية والكفاءة الذاتية بالنسبة للتوقعات من مجموعات السن والثقافة والإطار الاجتماعي التي ينتمي إليها الطفل، ولما كانت هذه التوقعات تختلف بالنسبة لمجموعات العمر المختلفة، فإن أشكال التطور في السلوك التكيفي تختلف باختلاف الأعمار). ويقصد بمعيار السلوك التكيفي أن الفرد المعوق عقلياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٥ وفي الوقت نفسه يعني من خلل واضح على مقاييس السلوك

التكيفي، ويعني ذلك انه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعوقين عقلياً فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من ٢٧٪ إلى ١٪.

٤- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع والعكس صحيح.

وشكل عام فإن نسبة حالات الإعاقة العقلية في المجتمع تشكل ٣٪.

العوامل المسببة للإعاقة العقلية:

هناك عوامل كثيرة يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية، منها عوامل معروفة، ويمكن تحديدها طيباً وهناك عوامل أخرى ليس من السهل تحديدها وليس من السهل أن نضع إصبعنا عليها ونقول: هذا هو سبب الإعاقة.

غير أن هذه العوامل المسببة للإعاقة العقلية، سواء المعروفة منها بصورة مؤكدة، أو غير المعروفة بصورة مؤكدة، تندرج تحت ثلاثة عناوين بارزة هي: الوراثة، البيئة، أو مزيج من العوامل الوراثية والبيئية معاً. وكل حالة من حالات الإعاقة العقلية لا بد أن تندرج تحت أحد العناوين الثلاثة السابقة، وإن كان يصعب على الباحثين والأطباء في بعض الحالات أن يقولوا بالضبط إن كانت العوامل المسببة للإعاقة العقلية في هذه الحالات هي عوامل وراثية أم بيئية أم هي مزيج من هذه العوامل وتلك.

وكما هو معروف، فإن الإعاقة العقلية أو التخلف العقلي يصنف إلى درجات وذلك حسب شدة الإعاقة، فهناك حالات بسيطة الإعاقة، وحالات متوسطة الإعاقة وهناك الحالات الشديدة والشديدة جداً، وتحسين الحظ فإن الغالبية العظمى من المعوقين عقلياً هم من ذوي الإعاقات البسيطة.

وقد وجد أن الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً تنتشر بين الطبقات

الاجتماعية المختلفة في المجتمع (الطبقة العليا والوسطى والدنيا) بصورة متساوية تقريباً في حين أن الإعاقة العقلية البسيطة تنتشر بين أفراد الطبقة الفقيرة أو الطبقة الدنيا في سلم الترتيب الاجتماعي بصورة أكبر من انتشارها بين الطبقات الأخرى في المجتمع.

ولعل من المناسب أن نذكر هنا أن معظم حالات الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب، هي حالات الإعاقة البسيطة التي لا يميزها في العادة أي مظاهر إكلينيكي معين والتي يصعب على الباحثين أن يضعوا إصبعهم على عامل واحد محدد ويقولون بثقة هذا هو العامل المسبب للإعاقة. ولعل ارتباط الإعاقة العقلية البسيطة بالطبقات الأكثر فقراً في المجتمع هو الذي جعل العديد من الباحثين والمحترفين يربطون ما بين سوء التغذية والحرمان الثقافي والبيئي غير المناسب بشكل عام وبين الإعاقة العقلية، باعتبار أن العوامل السابق ذكرها هي عوامل ملزمة في العادة للفقر الذي يرتبط بدوره بالجهل والتخلف.

وقد أجريت دراسات عديدة حول تأثير هذه العوامل (سوء التغذية، والحرمان الثقافي والبيئي)، على القدرات العقلية حيث ثبت أن لها تأثيراً سلبياً على هذه القدرات وثبت أيضاً أن تحسين تغذية الأطفال في السنوات الأولى من أعمارهم وتوفير البيئات التربوية الأفضل لهم ينعكس إيجابياً على قدراتهم العقلية. ولعل من المناسب الآن أن نعود للحديث عن العوامل المسببة للإعاقة العقلية على أساس المرحلة الزمنية التي حدثت فيها هذه العوامل، وهكذا فإن من الممكن أن نشير إلى المراحل الثلاث التالية:

١- مرحلة ما قبل الولادة.

٢- مرحلة فترة الولادة.

٣- مرحلة ما بعد الولادة.

١- العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة؛

يمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة إلى

قسمين أو إلى مجموعتين من العوامل وذلك كما يلي:

أ- العوامل الجينية.

ب- العوامل غير الجينية.

أ- العوامل الجينية

يمكن أن نشير هنا إلى عاملين قد يتسببان في إحداث حالة الإعاقة المقلية لدى المولود

العامل الأول هو الوراثة: وفي هذه الحالة تنتقل الإعاقة أو المعاقة التي قد تسبب الإعاقة عن طريق أحد الجينات (وخاصة الجينات المترحية) وفي أغلب الحالات ينبغي أن يكون هذا الجين الضار موجوداً في كلا الوالدين حتى يمكن للمولود أن يصاب بمثل هذه الحالة.

وكما هو معروف فإن صفات الفرد كالطول ولون الشعر ولون العينين وشكل الأنف وغير ذلك من آلاف الصفات الأخرى تحددها الجينات التي تحملها الكروموسومات الموجودة في نواة الخلية البشرية.

والعائلات المختلفة تتواجد في العادة جينات معينة وتنقلها من الأجداد والأباء إلى الأبناء وأبناء الأبناء ومن هنا فإن زواج الأقارب يساهم في توفير كل الظروف المناسبة لتواجد هذه الجينات الضارة وظهورها في الأبناء أكثر بكثير مما هو عليه الحال في حل الزواج من خارج العائلة.

وفيما يلي نستعرض بعض الحالات المرضية الشائعة والنتجة عن مثل هذه الجينات الضارة:

- حالة الحامض الفينيلكتونوري (Phenylketonuria (PKU))

وقد اكتشف هذه الحالة طبيب نرويجي يدعى (Asbjorn Foling) في عام 1934م، عندما كان يقوم بإجراء بعض الفحوص الروتينية على طفلين من العاقلين عقلية حيث وجد أن لون البول عندهما يتغير إلى اللون الأخضر بدلاً من اللون الأحمر البني المعتمد عندما كان يضيف إليه محول (Ferric Chloride).

وهذه الحالة عبارة عن اضطراب في التمثيل الغذائي ناتج عن فقدان إنزيم يدعى (Phenylalanine Hydroxylase) يفرزه الكبد ويساعد هذا الإنزيم على أكسدة الحامض الأميني المسمى (Phenylalanine) الموجود في البروتين الموجود في المصادر الغذائية مثل الحليب وتحويله إلى (Tyrosine).

وبسبب من فقدان الإنزيم المشار إليه سابقاً فإن حامض (Phenylalanine) غير المؤكسد يتجمع في الدم والأنسجة الأخرى بنسبة مرتفعة، مما يؤدي إلى آثار سامة بالنسبة للخلايا العصبية في الدماغ.

والطفل المصاب بهذه الحالة (PKU) قد يedo طبيعياً عند الولادة، ولكن استمرار تناول الطفل للطعام المحتوي على حامض (Phenylalanine) مع العجز عن تحليلها وأكسدتها يؤدي إلى تراكمها في دم الطفل مما يؤدي بدوره إلى اتلاف متزايد لخلايا الدماغ.

ومن الناحية الطبية فقد أصبح من الممكن اكتشاف هذه الحالة عند الطفل في الأيام والأسابيع الأولى من عمره عن طريق مجموعة فحوصات تجري على الدم والبول، وفي حالة الكشف عن حالة الـ (PKU) في سن مبكرة من حياة الطفل الرضيع، فإن من الممكن علاج هذه الحالة عن طريق وضع الطفل في سن مبكرة (في الأشهر الأولى من عمره) ويستحسن قبل الشهر الثالث من العمر) تحت نظام غذائي يدلّ على نسبة الـ (Phenylalanine) الموجودة في طعام الطفل محددة جداً، وهذا يستدعي الاستغناء عن حليب الأم وعن الأنواع الأخرى الشائعة من الحليب واستبدالها بمحليّ خاص يدعى (Lofenalac) وهو مركب بطريقة تكون فيها نسبة (Phenylalanine) فيه منخفضة إلى أقصى حد.

أما بالنسبة لأعراض حالة الـ (PKU) فإنه على الرغم من أن هناك عدداً من الحالات القليلة لأشخاص مصابين بحالة الـ (PKU) الذين احتفظوا بظاهرهم العادي وبنسبة ذكاء عاديه بشكل عام حتى بدون أن يخضعوا للعلاج، إلا أن الغالبية العظمى من المصابين بهذه الحالة، إذا لم يخضعوا للعلاج المبكر والدقيق فإن الإعاقة العقلية الشديدة هي النتيجة المرتقبة لهذه الحالة ويقدم بعض الباحثين وصفاً لمثل

هذه الحالات بالقول إن: «ذكاء كثير من هذه الحالات هو أقل من ٥٠ درجة وإن حوالي ثلث هذه الحالات لا تتمكن من المشي أو ضبط الإفرازات، وإن حوالي الثلثين لا يستطيعون الكلام، وأكثر من ذلك فمن الممكن تمييز هؤلاء المصابين بحالة الـ PKU) من خلال سلوكهم البغيض (Unpleasant) من بين أقرانهم في نفس المستوى العقلي».

أو كما يصفهم باحثين آخرين فإنه: «لا أحد منهم يمكن وصفه بأنه سعيد أو ملء، أو يميل للسعادة».

ويغض النظر عن الحالات التي يكون فيها المصاب عاجزاً كلياً أو طريحاً الفراش، فإن حالات الـ (PKU) تتميز عادةً بكثرة الحركة وأنهم يظهرون سلوكاً شلذاً ومفاجئاً أو غير متوقع وافرطاً في الحركات الاهتزازية وصرير أو طحن الأسنان بعضها مع بعض والتلويع بالأيدي وسلوكاً عاماً بدون هدف محدد وهو ما يقود أحياناً إلى تشخيص خاطئ للحالة واعتبارها حالة من حالات فصام الطفولة المبكرة. أما من الناحية الجسمية، فإن أهم ما يميز حالات الـ (PKU) التي لم تخضع للعلاج هو لون الشعر الأشقر، والعيون الزرقاء، ولون البشرة الفاتحة مقارنة مع لون بشرة الأفراد الآخرين في أسرة المصاب، وكذلك تنتشر بين الكثير منهم التics المرضية (Seizures) وهذه إجمالاً أعراض تظهر متأخرة نسبياً في حالات الـ (PKU) أما الأعراض المرضية الأولى التي تبرز مبكراً فهي التقيؤ والأكزيما أو مرض النملة وهو مرض جلدي (حساسية جلدية) ورائحة البول الكريهة.

من ناحية أخرى تنتشر بين المصابين بحالة الـ (PKU) في كثير من الأحوال حالة صغر حجم الرأس (Microcephaly) وأحياناً حالة كبر حجم الرأس (Macrocephaly).

- حالة الكلاكتوسيميا (Galactosemia) :

وهي أيضاً إحدى الحالات الناتجة عن جين متمنحي يتصلب وجوهه في كلا الوالدين وحدوث هذه الحالة أكثر ندرة من حدوث الحالة السابقة (PKU) وكثيراً ما يموت الأطفال حديثوا الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في فترة الرضاعة أو

يصابون بالتخلف العقلي إذا استمروا على قيد الحياة بدون علاج.

وترجع هذه الحالة إلى قصور في عملية تثيل الكربوهيدرات، ويعود هذا القصور إلى فقدان إنزيم معين يساعد في تحول مادة الجلاكتوز (السكر الموجود في الحليب) وأكسدتها تمهيداً للدخول هذه المادة في عملية توليد الطاقة في الخلية.

ولما كانت مادة الجلاكتوز هي من المواد الأساسية الموجدة في الحليب العادي فإن تغذية الطفل الرضيع بالحليب المعتاد سيؤدي إلى نتائج خطيرة بالنسبة لهذا الطفل الرضيع، ومن هذه النتائج إصابته باليرقان (وهذا يحدث عادة بعد يومين أو ثلاثة أيام من بدء تناوله للحليب العادي)، وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيء، وفيما بعد يمكن أن يصاب هذا الطفل بالتخلف العقلي واعتام في عدسة العين.

وتعزى هذه الأعراض عادة إلى تجمع وتركيز بعض المواد الكيميائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجدة في الجسم.

وعلاج مثل هذه الحالة يقتضي وضع الطفل تحت نظام غذائي يخلو من الجلاكتوز والاست subsنطة عن الحليب المعتاد بديل له مثل حليب الصويا (Soya Bean Milk) وغيرها.

هناك حالات أخرى كثيرة تنتجه عن هذه الجينات الضارة ويكون لعامل الوراثة الدور الرئيسي في إصابة الأبناء بها، ومن هذه الحالات حالة القصاع (Cretinism) حيث تشير دلائل متعددة إلى أن بعض حالات القصاع تنتجه بسبب من جين متعدد يؤدي بدوره إلى خلل كيميائي فيما يتعلق بتركيب والانتفاع من هرمون الغدة الدرقية وهذا بدوره يؤدي إلى هذه الحالة التي تتميز بالقذامة المصحوبة بالإعاقة العقلية.

وإذا ما أعطي المصاب بهذه الحالة في سن مبكرة مستخلص الغدة الدرقية فإن ذلك يؤدي عادة إلى تحسن ملحوظ في النمو الجسمي للمصاب ولكن فيما يتعلق بالنمو العقلي فإنه مختلف ما بين حالة وأخرى.

وهناك حالة أخرى تسمى (Microcephaly) وترجمتها الحرفية تعني صغر

حجم الرأس وأسباب هذه الحالة كثيرة، فتعرض الأم الحامل للإصابة بالحصبة الألمانية أو التعرض للأشعة قد يؤدي إلى إصابة الجنين بهذه الحالة وكذلك فقد وجد أن كثيراً من الحالات المصابة بحالات PKU تكون مصاحبة أيضاً بصغر حجم الرأس (Microcephaly)، وقد أشارت بعض الدلائل إلى أن بعض حالات صغر حجم الرأس (المرتبط بالإعاقة العقلية) هي حالات موروثة وتنبع عن جينات متعددة.

بالإضافة إلى الحالات الناتجة عن جينات ضارة متعددة هناك بعض الحالات النادرة التي تنتج فيها الإعاقة عن جينات ضارة سائلة ومن أمثلة الحالات التي تنتج عن مثل هذا الجين السائد هي حالة Epiloia وهي حالة يتميز المصابون بها بالتخلف العقلي من الدرجة الشديدة عادة (ولكن أحياناً قد يكون المصاب بهذه الحالة غير مختلف عقلياً) ويرافق هذه الحالة أيضاً الصرع الذي قد يكون أول علامات الإصابة بهذه الحالة، وتبدأ نوبات الصرع في مثل هذه الحالة في خلال السنة الأولى من عمر المصاب.

العامل الثاني الذي يمكن مناقشته تحت عنوان العوامل الجينية هو الخلل الذي قد يحدث عند انقسام الخلية الجنسية أو أحد الانقسامات المبكرة للبويضة الملقحة والتي قد يؤدي بدوره إلى خلل في انقسام الكروموسومات.

في حديثنا السابق، تحدثنا عن العوامل الجينية بشقيها سواء تلك الناتجة عن العوامل الوراثية أم تلك الناتجة عن الخلل الذي يمكن أن يحدث عند انقسام الكروموسومات في الخلية الجنسية أو أحد الانقسامات المبكرة في البويضة الملقحة. ويهمنا الآن قبل أن ننتقل للحديث عن العوامل البيئية في مرحلة ما قبل الولادة أن نتحدث عن بعض جوانب الوقاية المتعلقة بالعوامل الجينية التي انتهينا من مناقشتها قبل قليل.

وقبل البدء يهمنا أن نشير إلى أنه من الصعب جداً إن لم يكن من المستحيل أن يكون للوقاية في هذا الجانب بالذات فعالية مائة بالمائة في منع احتمالات الإصابة بالإعاقة، غير أنه بالإمكان تقليل احتمالات الإصابة إلى حد كبير وهذا ما نهدف إليه عملياً.

في موضوع الوقاية هنا من الضروري الإشارة إلى النقاط التالية:

- الابتعاد عن زواج الأقارب وخاصة من الدرجة الأولى وذلك لأن زواج الأقارب يزيد من احتمال توارث الصفات الضارة ومن ضمنها الإعاقة العقلية.
- الكشف الطبي الشامل على المقبلين على الزواج.
- الكشف الطبي على النساء الحوامل وفحص السائل الأمنيوسي (Amniocentesis) للأمهات المتقدمات في السن أو اللواتي سبق وأنجبن أطفالاً معاينين عقلية، والعائلات التي بها أمراض جينية وراثية أو إذا كان أحد الآبوبين به جينات غير طبيعية.
- الكشف المبكر عن المواليد الجدد وخاصة في الحالات التي سبق فيها ولادة أطفال مصابين بالإعاقة أو يتأي أمراض مرضية أخرى لدى عائلة الطفل.

بـ- العوامل غير الجينية

وتشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين فتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية، ويدأ تأثير هذه العوامل في العادة من لحظة الإخصاب وحتى لحظة الولادة وفيما يلي عرض لأبرز العوامل التي قد تؤثر على الجنين في مرحلة ما قبل الولادة.

١- الأشعة (Radiation).

٢- الحصبة الألمانية (Rubela (German Measles)).

وتؤثر الحصبة الألمانية تأثيراً سيناً على الجنين في حالة إصابته إذ أنها من الممكن أن تؤدي إلى فقدان السمع والبصر، وإلى إصابة القلب بأضرار وكذلك تلف الدماغ المرتبط بأنواع من التشوّهات الخلقية من مثل صغر حجم الرأس (Microcephaly) والالتهاب السحائي الدماغي واستسقاء الدماغ (Hydrocephaly) ويرتبط ذلك كله بالخلل العقلي.

٣- الزهري الولادي (Congenital Syphilis).

٤- اختلاف العامل الرئيسي في دم الوالدين (Rh Blood Incompatibility).

٥- تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل (Drug Ingestion).

- ٦- الأعوان على الكحول.
- ٧- الأمراض المزمنة عند الأم (Chronic Maternal Illness) مثل ضغط الدم والسكري ومرض الكلي.
- ٨- الولادة قبل الأوان (Prematurity).
- ٩- قصر أو طول فترة الحمل.
- ١٠- الولادة المتكررة والاجهاض المتكرر.
- ١١- الحمى الصفراء.
- ١٢- السل.
- ١٣- اضطرابات افرازات الغدد.
- ١٤- الخفاض الأوكسجين.
- ١٥- الإجهاد العاطفي (Emotional Stress).
- ١٦- عوامل أخرى تؤثر في فترة الحمل.

هناك عوامل أخرى عديمة الممكن أن تلعب دورا في أثناء فترة الحمل، مثل سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل وفقر الدم، ونقص اليود وحوادث التسمم التي قد تتعرض لها الأم أو الحوادث الأخرى، كل ذلك قد يكون له دور مؤثر في نمو الجنين وتعریضه وبالتالي لاحتمال إصابته بالإعاقة العقلية.

٢- عوامل تحدث أثناء عملية الولادة:

تفيد الدراسات أن هناك علاقة بين التلف العقلي وبين الولادة المبتسرة يعني أن حالات الضعف العقلي يكثر ترددتها بين الأطفال الذين ولدوا قبل إتمام فترة الطبيعية، ويعتبر اختناق الطفل لحظة الولادة بسبب انقطاع الأوكسجين عنه من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة المخ.

وقد تحدث أثناء عملية الولادة بعض التقييدات والتي قد تؤدي إلى حدوث جروح في دماغ الطفل أو إلى نزيف داخلي، وقد يمكن أن تؤدي أخطاء في عملية الولادة إلى تورم الغشاء المخاطي للمنخ وامتلاقه بالدم بسبب النزيف الداخلي به. ولا شك أن كل هذه العوامل تشير إلى أهمية الولادة في المستشفى وتحت

الإشراف الطبي المناسب، حيث يمكن تقديم الاسعاف والتدخل المناسب في اللحظات الحرجة، ولعل أهمية الولادة في داخل المستشفى تتزايد لدى النساء اللواتي يحملن للمرة الأولى أو من يعاني من مضاعفات أو تعقيدات خاصة في الحمل.

٣- عوامل ما بعد الولادة:

يتعرض بعض الأطفال عقب الولادة أو في خلال الطفولة المبكرة إلى بعض الأمراض أو الحوادث التي قد تؤدي إلى التسمم أو الاختناق ونحو ذلك من الأشياء التي تؤثر على نمو المخ وقد تسبب التخلف العقلي، فالبكتيريا التي تسبب الالتهابات السحائية أو تصيب الغشاء الذي يغلف المخ أو الجigel الشوكي مثل بكتيريا الانفلونزا أو الالتهاب الرئوي أو نحو ذلك، كثيراً ما تسبب اضطرابات في الأجهزة العصبية المتصلة بالمخ.

ومن غير الواضح تماماً فيما إذا كان نقص التغذية يؤدي إلى التخلف العقلي أم لا، ولكن تشير بعض الدراسات إلى أن نقص التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة قد يؤدي إلى تأثير سلبي على القدرات العقلية، في حين أن الأطفال الأكبر سناً قد يستطيعون تحمل نقص التغذية بشكل عام دون تأثير كبير على قدراتهم العقلية. بالإضافة إلى ما سبق، فإن الحرمان الثقافي والظروف البيئية غير المناسبة قد تلعب دوراً سلبياً في نمو وتطور ذكاء الأطفال كما ذكرنا سابقاً، يضاف إلى ذلك أنه قد لوحظ أن الأطفال غير المرغوب فيهم أو الأطفال المتبذلين أو الأيتام قد يتعرضون أكثر من غيرهم للحرمان من المؤثرات البيئية والاجتماعية المناسبة مما قد يؤثر بدوره سلبياً على مستوى تطور قدراتهم العقلية.

تصنيف الإعاقة العقلية:

أولاً: التصنيف على أساس الأسباب ويشمل:

أ- الضعف العقلي الأولي ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها إلى عوامل وراثية مثل أخطاء الجينات والصفات (الكريوموزمات) و يحدث في حوالي ٨٠% من حالات الضعف العقلي العائلي.

ب- الضعف العقلي الثانوي ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها

لعوامل بيئية تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الانحصار، ويحدث ذلك في حوالي ٢٠٪ من حالات الضعف العقلي ومن أمثلة ذلك حالات استسقاء الدماغ وحالات القصاع.

ثانياً: التصنيف على أساس نسبة التكاء (استناداً إلى اختبارات قياس التكاء) ويشمل:

- ١- الإعاقة العقلية البسيطة وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفتاة ما بين ٧٠-٥٠ درجة كما يتراوح العمر العقلي لأفرادها في حده الأقصى بين ١٠-٧ سنوات، ويتميز أفراد هذه الفتاة من الناحية العقلية بعدم القدرة على متابعة الدراسة في الفصول العادية مع العلم أنهم قادرون على التعلم ببطء وخاصية إذا وضعوا في مدارس خاصة أو فصول خاصة في المدارس العادية، وقدمت لهم الرعاية الخاصة الفردية في الصفوف العادية، ويمكن لهذه الفتاة أن تتعلم القراءة والكتابة والحساب، ولا يتجاوز أفراد هذه الفتاة في الغالب المرحلة الابتدائية على تكرر الفشل أثناءها، لذا يطلق عليهم القابلون للتعلم.
- ٢- الإعاقة العقلية المتوسطة، تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفتاة من ٥٠-٢٥ درجة كما يتراوح عمرهم العقلي بين ٧-٣ سنوات في حده الأقصى، ويتميز أفرادها من الناحية العقلية بأنهم غير قابلين للتعلم، في حين أنهم قابلين للتدريب على بعض المهارات التي تساعدهم في الحافظة على حياتهم ضد الأخطار حيث يمكن تدريبيهم على قطع الشارع بسلام أو تفادي حريق، لذا يطلق عليهم القابلين للتدريب.
- ٣- الإعاقة العقلية الشديدة يقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفتاة عن ٢٥ درجة ولا يزيد العمر العقلي لهم على أكثر من ثلاث سنوات، ويتميز أفرادها من الناحية العقلية بعدم القدرة على التعلم والتدريب ويكلد بعدهم لديهم التفكير ولغتهم في الغالب مشوهة.

ثالثاً: التصنيف على أساس السلوك التكيفي:

لقد اعتمدت الجمعية الأميركية للمتخلفين عقلياً مقياس السلوك التكيفي وهو مقياس شائع الاستخدام، إضافة إلى عد آخر من المقاييس التي اعتمدت في

قياس السلوك التكيفي ومنها:

- ١- مقياس فيلاند للنضج الاجتماعي.
- ٢- مقياس كين للمهارات الاجتماعية.
- ٣- مقياس (TMR) للأداء.

وقد اعتمد هذا التصنيف على أساس السلوك التكيفي لما له من أهمية في اعتماده على عوامل التعلم والنضج والتكيف الاجتماعي، إضافة إلى اعتماده على الأسس التي تمت في مقياس الذكاء

أما الأسباب التي تبرر اعتبار السلوك التكيفي أساساً مهماً في تحديد التخلف العقلي بالإضافة إلى نسبة الذكاء ما يلي:

- ١- عدم وجود اتفاق عام على تعريف الذكاء من جهة ومفهوم الذكاء من جهة أخرى.
- ٢- عدم وجود اتفاق عام على تحديد العوامل التي تقيسها اختبارات الذكاء.
- ٣- وجود كثير من العوامل التي تظهر تبايناً في درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء وهذا ما يسمى بخطأ القياس.
- ٤- أن اختبارات الذكاء تقيس معدل مستوى القدرات فقط وقد تعجز عن قياس جوانب النمو الاجتماعي والعاطفي مثلها.
- ٥- عدم وجود اتفاق بين علماء النفس على درجة أو نسبة الذكاء التي يبدأ عندها التخلف.
- ٦- إمكانية وجود الخطأ في تفسير نتائج اختبارات الذكاء للفرد المتخلف خاصة عندما يحصل الفرد على درجات مرتفعة على بعض المقاييس ودرجة أخرى منخفضة على مقاييس أخرى.

وبالتالي فإن معدل درجات الفرد على أجزاء الاختبار الواحد لا يساعد على فهم التباين في قدراته العقلية ولذلك فإن تقييم المستوى العقلي الوظيفي للفرد يحتاج إلى النظر في نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي معاً.

وقد تم تصنيف حالات التخلف العقلي على أساس السلوك التكيفي بما

يتفق والجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً والذي يكون على الشكل التالي:

نسبة الذكاء	الفئة
٦٩-٥٥	تخلف عقلي بسيط
٥٤-٤٠	تخلف عقلي متوسط
٣٩-٣٥	تخلف عقلي شديد
٢٥ فما دون	تخلف عقلي حاد (اعتمادي)

لابعاً: التصنيف الأكلينيكي (المظهر الخارجي):

يتميز هذا التصنيف في إمكانية التعرف على بعض الحالات في التخلف العقلي من خلال المظهر العام، حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسمية تشيرية فسيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء، ومن هذه الأنماط الأكلينيكية الطفل المنغولي وحالات القصاع، وحالات الاستسقاء الدماغي، وحالات كبير وصغر الجمجمة.

١- الأطفال المنقوليون:

وقد أطلق هذا الاسم على مولاء الأطفال المتخلفين عقلياً لدى التشابه في المظهر الجسدي مع الجنس المنقولي حيث يشبه أفراد هذه الفئة بعضهم البعض بشكل واضح كما لو انهم جميعاً ينتمون إلى أسرة واحدة في حين انه لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم الأسوية، من خصائصهم المميزة: تششق اللسان وحجمه الكبير، صغر حجم الرأس، العينان متوجهتان إلى الأعلى ويعلوها جفونان سميكان ويكون الحاجبان كثيفين، أما الأنف فيكون صغيراً وأفطس و تكون اليد عريضة والأصابع مفتوحة ولا توجد بها عقد ولا يستطيعون إبطاق أصابعهم.

وفيمما يتعلق بالخصائص الانفعالية للمنقولين فإنهم يتصفون باللطف والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام، ويظهر لديهم حب الموسيقى وميلهم إلى تقليد الآخرين، وأما الأسباب التي قد تؤدي إلى ولادة طفل منقولي العمر لدى الام في فترة الحمل ويسبب إصابة الام أو الاب ببعض الأمراض المعدية مثل السل، والزهري.

٢- القعاء أو القصاء :

هي حالة تنتج في الغالب عن انعدام أو قلة إفراز الغلة الدرقية مما يسبب تلفاً في الدماغ، ويتصف هؤلاء بالقصر المفرط، وقد لا يتجاوز طول الطفل ٦٠-٧٠ سم في مرحلة المراهقة ١٦-١٨ سنة، أما نسبة الذكاء فقد لا تزيد على ٥٠ درجة في حدوده العالية ومن مميزات هذه الحالة التأخر في التمو وخشونة الشعر وغلظ الشفتين وتضخم اللسان وقصر الرقبة وسماكتها، وقصر الأطراف والأصابع وسماكتها وخشونة الصوت وبطء الحركة، أما الأسنان فلا تنمو ثمواً كاملاً وغالباً ما تسقط في سن مبكرة، إذن فهم يتميزون بالكسل، والخمول والتأخر في الحركة ولا يملون للتفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبتهم فلا يظهرون أي نمط من الاستجابة مثل الابتسامة أو الضحك، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويغير لون جلده إلى الإصفرار، والتأخر في الكلام.

٣- الاستسقاء الدماغي :

تتميز هذه الحالة بشكل خاص بكبر أو تضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير عادي، ويسبب ضغط هذا السائل على الدماغ تلفاً وتضهماً في الجمجمة، ويظهر ذلك على الطفل في الأسابيع الأولى من ولادته، ويترافق عحيط الجمجمة في هذه الحالة ما بين ٥٥-٧٥ سم، ويتوقف مدى التخلف العقلي على مقدار التلف الخاصل في أنسجة المخ نتيجة ضغط السائل، وترافق هذه الحالة خصائص معينة يبدو معها رأس المصاب في شكل حبة الكمثري المقلوبة وجلد الرأس مشدوداً، كما ترافقها اضطرابات في الحاسة البصرية والسمعية والنمو والتوافق الحركي بالإضافة إلى نوبات الصرع التي قد تظهر عند المريض، ويغلب في أسباب هذه الحالة أن تكون نتيجة العدوى أثناء الحمل مثل الزهرى والالتهاب السحائى أو عوامل وراثية.

ويكون العلاج عن طريق الجراحة ولكن الأمل ضعيف إلا إذا كان التلف في الخلايا لم يكن على درجة كبيرة.

٤- كبر حجم الدماغ :

تبعد مظاهر هذه الحالة في كبر حجم عحيط الجمجمة مقارنة مع المجموعة

العمرية التي يتتمي إليها، وتتراوح القدرة العقلية لمؤلف ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة وتبدي مظاهر الحالة واضحة منذ الولادة ويعتقد أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى عوامل وراثية.

٥- صفر حجم الرأس :

تتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ، ويتخذ الرأس فيها الشكل المخروط ويدو جلد الرأس مجعداً، كما تتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي.

وتتراوح القدرة العقلية لمؤلف ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ويعتقد أن أسباب هذه الحالة نتيجة العدوى والالتهابات السحائية أثناء الحمل أو تعرض الأم للأشعة والصلمات الكهربائية بالإضافة إلى احتمال وراثة هذه الحالة نتيجة وجود جين متعدد.

٦- حالات إضطراب التمثيل الغذائي : (pku) فقد تم شرحها سابقاً.

خامساً: التصنيف التربوي :

لقد أتجه رجال التربية إلى محاولة وضع تصنیف خاص لهم وقد اخترعوا على التخلف العقلي أساساً لتقسيم حالات التخلف العقلي، وقد كانت تقسيماتهم على النحو التالي:

نسبة النكاء	الفئة
٩٠-٧٥	١- بطيء التعلم
٧٥-٥٠	٢- القابلون للتعلم
٥٠-٣٠	٣- القابلون للتدريب
٣٠- فما دون	٤- الطفل غير القابل للتدريب (الاعتمالي)

١- فئة بطيء التعلم (Slow Learner) :

هو ذلك الطفل الذي تتراوح نسبة ذكائه ما بين ٧٥-٩٠ درجة، ولا يعتبرها الكثيرون من بين فئات التخلف العقلي بل هي فئة يمكن اعتبارها دون المتوسط في القدرة العقلية، ويتتصف هذا الطفل بعدم قدرته على موافقة نفسه مع ما يعطى له من مناهج في المدرسة العادية، ويعود ذلك بسبب ما لديه من قصور في نسبة الذكاء.

٢- فئة القابلين للتعليم (Educable Mentally Retarded) :

وأطلق على هذه الفئة القابلين للتعلم من قبل المختصين في التربية الخاصة، لما لهم من القدرة على إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن عملية تقدمهم تكون بطيئة مقارنة مع العاديين ويتتصف هؤلاء التخلفين من هذه الفئة بقدرتهم عند الكبر إمكانية الاستقلال الاقتصادي والاجتماعي، كذلك يحتاج هؤلاء الأشخاص إلى نوع من البرامج الموجهة نحو التوافق للسلوك الاجتماعي المقبول ويحتاجون إلى التوجيه المهني، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين ٥٠-٧٥ أو ٥٥-٧٩ درجة.

٣- فئة القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded) :

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٣٠ أو ٣٥ أو ٥٥ درجة، وهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي، ولكن بالإمكان إكسابهم ببعض من أساليب الرعاية الذاتية، وتحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والمساعدة طوال حياتهم، ويمكن تدريتهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية وكذلك تدريتهم على الأعمال البسيطة، ويحتاجون إلى نوع من الرعاية الخاصة بوضعهم في مراكز للرعاية الداخلية، ويظهر التخلف العقلي لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جداً قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تخلف في القدرة على المشي والكلام بالإضافة إلى بعض العيوب الجنسية.

٤- فئة غير القابلين للتدريب (الاعتمادي) (The Totally Dependent Child Untrainable) :

تقل نسبة ذكائهم عن ٢٥-٣٠ درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وإشراف مستمر لـأنه غير قادر على :

الاستمرار بلا مساعدة مباشرة، ويظهر لدى هذه الفئة القصور في التناسق الجسدي والحسي والحركي، ويحتاجون إلى العناية من قبل الأسرة أو المؤسسة من وقت لآخر، وتكون لديهم بعض جوانب النمو اللغوي ولكن بشكل ضعيف جداً.

بالإضافة إلى التصنيفات الخمسة السابقة فإننا نشير إلى عدد من التصنيفات الأخرى نذكرها بليجاز.

أ-تصنيف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المتخلفين:

يعتمد التكيف الاجتماعي أساساً للتصنيف وهو يضع المتخلفين في الفئات التالية:

١- الاعتمادي الخلي الهامشي (Marginally Dependent) نسبة الذكاء فيها بين ٥٠-٥٥ درجة.

٢- الاعتمادي الجزئي (Semi- Dependent) نسبة الذكاء فيها ما بين ٤٥-٥٠ درجة.

٣- الاعتمادي (Dependent) نسبة الذكاء فيها تقل عن ٤٥ درجة.

ب-تصنيف منظمة الصحة العالمية:

تصنف التخلف العقلي على الشكل التالي:

١- التخلف العقلي البسيط (Mild Subnormality) تراوح نسبة الذكاء ما بين ٥٠-٦٩ درجة.

٢- التخلف العقلي المتوسط (Moderate Subnormality) تراوح نسبة الذكاء فيه ما بين ٤٩ - ٢٠ درجة.

٣- التخلف العقلي الشديد (Sever Subnormality) تراوح نسبة الذكاء فيه ما بين ١٩-٠ درجة.

ج-تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

وتصنف التخلف العقلي على الشكل التالي:

- ١- الضعف العقلي البسيط (Mild Mental Deficiency) تراوح نسبة الذكاء ما بين ٧٠ - ٨٥ درجة.
- ٢- الضعف العقلي المتوسط (Moderate Mental Deficiency) تراوح نسبة الذكاء فيه بين ٥٠ - ٧٠ درجة.
- ٣- الضعف العقلي الشديد (Sever Mental Deficiency) تراوح نسبة الذكاء فيه بين صفر - ٥٠ درجة.

الخصائص السلوكية والتعليمية للمعاقين عقلياً :

إن التعرف على خصائص النمو عند الأطفال المتخلفين عقلياً لأمر هام في إمكانية تزويد المعلم بالمعلومات المأمة عن جوانب النمو في الجوانب الأكاديمية والجسمية، والاجتماعية والانفعالية والعقلية وكذلك في جانب الشخصية، فإن التعرف على هذه الخصائص يساعدنا في إمكانية وضع وتصميم المناهج والبرامج الالزامية لإعداد هؤلاء المتخلفين عقلياً، وقد بنيت الخصائص لدى المعوقين عقلياً على نتائج الدراسات المقارنة بين الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني، إلا أنه يصعب تعميم هذه الخصائص على كل الأطفال المعاقين عقلياً، إذ قد تتطابق هذه الخصائص على طفل ما بينما لا تتطابق على طفل آخر بنفس الدرجة، ومن أهم تلك الخصائص:

أولاً: الخصائص الأكاديمية.

إن العلاقة القوية التي يرتبط بها كل من الذكاء وقدرة الفرد على التحصيل يجب أن لا تكون مفاجئة للمعلم عندما يجد الطفل المتخلف عقلياً غير قادر على مسيرة بقية الطلبة العاديين في نفس العمر الزمني لهم، وخاصة في عملية تقصيره في جميع جوانب التحصيل وقد يظهر على شكل تأخير دراسي في مهارات القراءة والتعبير والكتابة والاستعداد الحسابي، وقد أشارت دونا بأن هناك علاقة بين فئة المتخلفين عقلياً وبين درجة التخلف الأكاديمي، إذن من أكثر الخصائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص

الواضح في قدرة هؤلاء على التعلم من تلقائه أنفسهم مقارنة مع العاديين ومن تلك الدراسات دراسة بني مستر ١٩٧٦م، وديني ١٩٦٤م، وزفلر ١٩٦٤م، والتي يلخصها ماكميلان ١٩٧٧م بقوله أن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع.

أما من ناحية الانتبه فيواجه الأطفال المعاقون عقلياً مشكلات واضحة في القدرة على الانتبه والتركيز على المهارات التعليمية إذ تتناسب تلك المشكلات طردياً كلما نقصت درجة الإعاقة العقلية، وعلى ذلك يظهر المعاقون عقلياً إعاقة عقلية بسيطة مشكلات أقل في القدرة على الانتبه والتركيز مقارنة مع ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، ويلخص ماكميلان الدراسات التي أجرتها زيان وتيرنر وسبتز في هذا الجل كما يلي:

أ- يعاني المعاقون عقلياً من نقص واضح في الانتبه والتعلم التميزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها، وخاصة لدى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.

ب- يعاني المعاقون عقلياً وخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة من فرط الإحباط والشعور بالفشل، لذا يبحث الطفل المعاق عقلياً عن فرص النجاح وعلاماته إذ يركز على تعبيرات وجه المعلم أكثر من تركيزه على المهمة المطلوبة منه.

ج- يعاني المعاقون عقلياً من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر، ولذا من الضروري لعلم التربية الخاصة العمل على مساعدة الأطفال المعاقين عقلياً على استقبال المعلومات بطريقة منتظمة وسهلة.

د- يميل الأطفال المعاقون عقلياً إلى تجميع الأشياء وتصنيفها بطريقة غير صحيحة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الطريقة التي يستقبل فيها المعاقون عقلياً تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء.

أما درجة التذكر فهي ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية إذ تزداد درجة التذكر كلما

زالت القدرة العقلية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حلة لدى الأطفال المعوقين سواء كان ذلك متعلقاً بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى ويلخص ما مكملان نتائج بعض البحوث على موضوع التذكر ومنها:

- ١- تقل قدرة المعوق عقلياً على التذكر مقارنة مع الطفل الذي يناظره في العمر الزمني ويعود السبب في ذلك إلى ضعف قدرة العقل عقلياً على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائل للتذكر كما يقوم بذلك الطفل العادي.
- ٢- ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقة أكثر حسية كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح.
- ٣- تتضمن عملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية هي: استقبال المعلومات وتخزينها ثم استرجاعها وتبدو مشكلة الطفل المعوق عقلياً الرئيسية في مرحلة استقبال المعلومات، وذلك بسب ضعف الانتباه لديه.

وهناك أيضاً مشكلة انتقال أثر التعلم، يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر، ويعتمد الأمر على درجة الإلاعة، إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل آثار التعلم من المخصائص المميزة للطفل المعوق عقلياً مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني، ويلدو السبب في ذلك في فشل المعوق عقلياً في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد وقد لخص ماكملان نتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع انتقال أثر التعلم، فأشار إلى الفروق الواضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث قدرتهم في التعرف إلى الدلائل المناسبة بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد اللاحق، كما أشار إلى أن قدرة الطفل المعوق عقلياً على نقل التعلم يعتمد على درجة الإلاعة العقلية وعلى طبيعة المهمة التعليمية ودرجة التشابه بين الموقف السابق واللاحق.

ثانياً: المخصائص اللغوية.

تعتبر المخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإلاعة العقلية

وعلى ذلك فليس من المستغرب أن تجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقليا هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني.

وأشارت الدراسات إلى الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقليا هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله وقد لاحظ الباحثون تطور النمو اللغوي لدى الأطفال المتأخرين (المعوقين عقليا) لمدة ثلاثة سنوات، وتوصلوا إلى أن الاختلاف في تطور النمو بين الأطفال العاديين والمعوقين عقليا هو اختلاف في معدل النمو اللغوي، حيث أن الأطفال المعوقين عقليا ابطأ في نموهم اللغوي مقارنة مع نظرائهم من العاديين.

وقد أشار كريمر (Cromer, 1974) من خلال الاطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المختلفين عقليا وقد كانت على الشكل التالي:

- ١- الأطفال المعوقين عقليا يتتطورون ببطء في النمو اللغوي.
 - ٢- الأطفال المعوقين عقليا يتتأخرن في اللغة، مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين.
 - ٣- لديهم الضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة.
- أما دراسة سبرادلن (Spradling, 1968) التي بين فيها أن أكثر المشكلات اللغوية شيوعا لدى المعوقين عقليا هي مشكلات النطق والتأثيث وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوية.

ويعتبر الكشف عن العجز في النمو اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريسي أو علاجي مناسب، ويتم ذلك من خلال اتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معا.

ثالثاً: الخصائص العقلية.

من المعروف أن الطفل المعوق عقليا لا يستطيع أن يصل في نمو التعليمي إلى

المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي، كذلك أن النمو العقلي لدى الطفل المعوق عقلياً أقل في معدل نموه من الطفل العادي، حيث أن مستوى ذكائه قد لا يصل ٧٠ درجة كما أنهم يتصرفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وإنما استخدامهم قد حصر على المحسوسة، وكذلك عدم قدرتهم على التعلم.

رابعاً: الخصائص الجسمية.

من الملاحظ أن الأطفال المعوقين عقلياً بصفة عامة لديهم فروق في مستوى نموهم الجسمي والحركي، فهم أقل وزناً، ومتاخرون في نموهم الحركي وذلك مثل القدرة على المشي، و بما أن هؤلاء الأطفال مختلفين عقلياً لديهم أكثر بقليل من حيث المشاكل في السمع والبصر والجهاز العصبي من العاديين لذلك من المتوقع بأن هؤلاء الأطفال من حيث التربية الرياضية أقل من العاديين في المهارات الرياضية، كما أن قدرتهم الحسية والحركية سريعة وذلك يظهر من خلال الحركات التي يقومون بها من دون هدف مثل المشي إلى الأمام ثم العودة إلى المثلث، وقد يصاحب بعضها تحريك الرأس والأزمات العصبية.

خامساً: الخصائص الشخصية.

إن الأطفال المعوقين عقلياً لديهم بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية وذلك لسبب يعود إلى المعاملة والطريقة التي يعامل بها هؤلاء المختلفين في الموقف الاجتماعية حيث قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون ... الخ

وقد أشار زغлер (Zighler) من خلال الفرضيات التي وضعها في بحثه إلى أن السبب الحقيقي وراء تسمية أو الحكم على الأطفال المختلفين عقلياً بأنهم غير اجتماعيين يعود إلى الخبرات السابقة لديهم وما أصيروا من احباطات نتيجة هذا التفاعل مع القارئين، وقد أكد زغлер بأن السبب يعود إلى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين.

وأشارت الكثير من الدراسات إلى أن لدى المعوقين عقلياً أحاسيس سليمة نحو أنفسهم بسبب ضعف القدرات لديهم التي قد تساعدهم في عملية النجاح، وكذلك أن لدى المعوقين عقلياً ضعف في مفهوم الذات.

سادساً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

يتصف المعوقين عقلياً ببعض الصفات الانفعالية والاجتماعية والتي قد انعكست من خلال قدراته العقلية، فقد لوحظ أن الطفل المعوق عقلياً يميل إلى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة، وفي عدم قدرته على ضبط الانفعالات، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، وغالباً ما يميل إلى المشاركة مع الأصغر سناً في نشاطه وقد يميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات، والعزلة والإقطاء، وتكرار الإجابة رغم تغيير السؤال، وأشار دوينستن (1967) أن الطفل المعوق عقلياً قد يكون هدئاً لا يتأثر بسرعة، حسن التصرف والسلوك راضياً بحياته كما هي، قانعاً بإمكاناته المحدودة ويستجيب إذا عاملته كـ«الطفل الصغير» ويفضي إذا أهمل ولكن لا يستمر في غضبه فترة طويلة، فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التأثير عليه لأنّه سريع الاستهواه.

أما لو أخذنا الخصائص تبعاً للدرجة الإعاقية، نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعوقين عقلياً بعضهم البعض، هذا فضلاً عن الاختلافات الكبيرة بين مولاء الأفراد وبين العاديين.

قياس وتشخيص الأطفال المعاقين عقلياً:

مفهوم التشخيص:

تحتختلف الإعاقة العقلية عن أي إعاقة أخرى يمكن أن تصيب الطفل مثل الإعاقات السمعية أو البصرية أو الحركية، فمشكلة الإعاقة العقلية متعددة الجوانب والأبعاد فهي مشكلة صحية ونفسية وتربوية واجتماعية وهذه المشكلات متشابكة ومترادفة، حيث يعاني الطفل من العديد من المشكلات في آن واحد لهذا فإن مفهوم تشخيص الإعاقة العقلية يقترب من مفهوم التقييم الشامل للحالة.

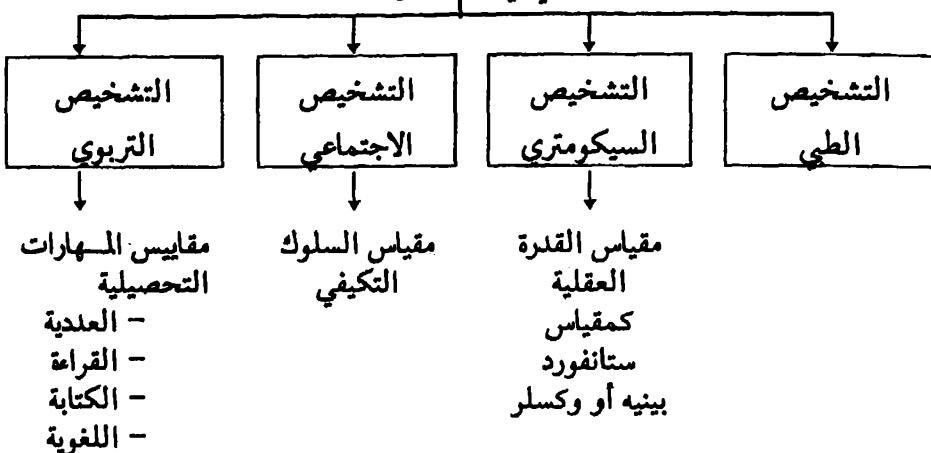
إذ يعتبر موضوع قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تتطوّر على عدد من الجوانب الطبية والسيكومترية والتربوية والاجتماعية، ففي بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة النظر

اللطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة العقلية المؤدية إلى تلف الخلايا الدماغية لكن فيما بعد ومع ظهور مقاييس الذكاء المعروفة كمقاييس ستانفورد بینيه ومقاييس وكسنر أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية، وقد استمر هذا الاتجاه حتى أواسط الخمسينات فقد ظهرت اتجاهات جديدة في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية تمثلت في الاتجاه الاجتماعي، فقد ظهر هذا الاتجاه الجديد نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المقاييس السيكومترية والتي خلصتها أن مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أن الفرد معاق عقلياً وخاصة إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية، ولذا ظهر هذا البعد الجديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو البعد الاجتماعي والذي يعبر عنه عادة بعد السلوك التكيفي وظهرت مقاييس تقيس هذا البعد ومن أشهرها مقاييس الجمعية الأمريكية للتخلص العقلي للسلوك التكيفي، ومقاييس كين وليفين للكفاية الاجتماعية.

كما ظهر في السبعينات من هذا القرن الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، والذي يعتبر اتجاهًا مكملاً لعملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ويهدف هذا الاتجاه إلى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقلياً، ومن المقاييس التحصيلية مقاييس المهارات اللغوية، ومقاييس القراءة والكتابة، والمقاييس التحصيلي العام والتي أعده جاستاك والمقاييس التحصيلي الفردي، ويعبر عن الاتجاه الجديد في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية بالاتجاه التكاملـي حيث يجمع هذا الاتجاه بين الاتجاه الطبي والاتجاه السيكومترـي، والاتجاه الاجتماعي، والاتجاه التربوي، حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملـي تكوين فريق مشترك من كل من طبيب الأطفال والخصائصـي في علم النفس والخصائصـي في التربية الخاصة، تكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المخول لأغراض التشخيص ومن ثم

لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد:

الأتجاه التكاملـي في تشخيص الإعاقة العقلية



خطوات التعرف على الطالب المتخلـف عـقليـاً:

يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بما يلي:

- ـ إجراء تقويم تربوي شامل.
- ـ الحصول على التاريخ التطوري من الوالدين وأولياء الأمور.
- ـ الحصول على النتائج من الفحوص الجسمية المتضمنة النواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.
- ـ الاتساق في المخاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقاييس السلوك التكيفي من جهة أخرى بدرجة دالة.
- ـ تقرير فيما إذا كان التخلف قد لوحظ أثناء فترة النمو.
- ـ تقرير فيما إذا كان الأداء التربوي والنمو الطبيعي متأثراً بشكل عكسي.
- ـ مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعوقين عقليـاً والتحقيق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة في تقييمهم.
- ـ مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم المعرفة فيما إذا كان الطالب معوقاً أم لا.

إرشادات في عملية التشخيص

هناك بعض الإرشادات التي يجب أن تؤخذ في الحسبان عند القيام بتشخيص الاعاقة العقلية، ومن أهم هذه الإرشادات ما يلي:

- ١- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخلمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية، وحتى لا ينفر منها أو يملها، ويجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو مللله منه وليس لعدم قدرته على الاستجابة.
- ٢- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخلمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة.
- ٣- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة إلى الطفل واضحة ومبشرة، بحيث لا يحتمل السؤال أكثر من معنى واحد ولا تحتاج الإجابة عليه إصدار تعليمات أو وضع افتراضات.
- ٤- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وامكاناته أو أن تبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة ثم تدرج إلى الأصعب وهكذا.
- ٥- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محددة بدقة.
- ٦- يراعى عند رصد استجابات الطفل لا نلتجأ إلى تفسير معناها أو الإشارة إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل تسجل كما هي دون تأويل.

استراتيجيات تربية وتعليم المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم:

إن أول محاولة منظمة لتعليم المتخلفين عقلياً جاءت على يد الطبيب الفرنسي ايتارد (Itard عام ١٧٩٩)، عندما حاول تدريب الطفل الذي وجد في غابة أفيرون بفرنسا والذي كان في حوالي الثانية عشر من عمره، اتباع ايتارد مع هذا الطفل أسلوب تدريب الحواس، والتطبيع الاجتماعي لمدة خمس سنوات.

بالرغم من أن نجاح ايتارد في ذلك كان طفيفاً جداً، وبالرغم من فشله التام في تعليم (فيكتور) الكلام، إلا أن محاولاته هذه قد نبهت أحد تلاميذه وهو سيجان

(Zeguin) إلى أهمية ايجاد الطرق الكفيلة بتعليم المتخلفين عقليا.

هاجر سيجان إلى الولايات المتحدة عام ١٨٤٨ واختير أول رئيس للرابطة الأميركية للتخلُّف العقلي عام ١٨٤٩، وضع سيجان النظرية الفسيولوجية حول التخلُّف العقلي، والتي تلخص في أن التخلُّف العقلي نوعان الأول سطحي (Superficial) والثاني حاد (ProFound) النوع الأول هو الذي يتلف فيه الجهاز العصبي المحيطي أما الثاني فهو الذي ينشأ عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي، ولتطبيق هذه النظرية، قام سيجان بوضع برنامج علاجي لتعليم وتدريب المتخلفين عقلية، ويمكن تلخيص هذا البرنامج في النقاط الأساسية التالية:

- ١- يعتمد علاج النوع الأول من التخلُّف العقلي (السطحى)، على تدريب العضلات لاستئصال الأعصاب المستقبلة لتوصيل إحساساتها إلى الجهاز العصبي المركزي.
- ٢- يعتمد علاج التخلُّف الحاد على إحداث صدمات للجهاز العصبي المركزي نفسه عن طريق الأعصاب المستقبلة لكي تنشط الخلايا العصبية في القشرة المخية فتؤدي عملها بعدل أكثر نشاطاً.
- ٣- يتم تدريب الجهاز العصبي عن طريق أنشطة تعتمد على إشباع حاجات الطفل ورغباته، بحيث تكون هذه الأنشطة من الحياة اليومية المعتادة للطفل.
- ٤- كانت فصول المتخلفين عقلياً التي أنشئت في الماء الطلق تعتمد في برامجها على أنشطة لتنمية الوظائف الحركية والصوتية، وأعضاء الجسم الضعيفة التكروين.
- ٥- الاتجاه في تعليم المتخلفين عقلياً من الكل إلى الجزء، فمثلاً كان التدريب الحركي يبدأ بالأرجل، فالقدمين فاللدين، فالكتفين، فالذراعين، فالرسن، فالكتف، وأخيراً الأصابع.
- ٦- إن الأيدي هي مدخل لخبرات الطفل ولا بد أن يمارس بها الاتصال بالحياة الخارجية.
- ٧- تدريب حاسة السمع بحيث يتدرج من العام إلى الماخص.

٨- الاهتمام بعلاج مشكلة الكلام ثم الكتابة ثم القراءة.

٩- تدريب البصر عن طريق تدريب الطفل على استخدام الألوان والأشكال المترابطة، والأبعاد والمسافات والمستويات، وفي نفس الوقت الذي يستطيع فيه إمساك الأشياء بيديه (التناسق البصري الحركي، أو تناسق العين مع اليد).

لم تقتصر عملية تربية وتعليم المتخلفين عقلياً على محاولات ابتدأ في فرنسا، ونظرية سيجان في الولايات المتحدة بل امتدت هذه المحاولات إلى إيطاليا، حيث قامت ماريا منتسوري عام ١٨٩٧ م بإنشاء مدرسة لتعليم وتدريب ضعاف العقول، وتدريب المدرسین اللازمن لهذا الميدان، واعتمدت منتسوري في ذلك على التميز الحسي وذلك عن طريق تدريب الحواس، كذلك محاولات الفرد بينيه (Bineh) في فرنسا عام ١٩٠٥ م، وهو أول من وضع اختبارات للذكاء كان الهدف منه إيجاد أداة يتم عن طريقها التمييز بين المتخلفين عقلياً والأسوأ في المدارس العامة، ثم جاءت (ديسلرس عام ١٩٢٨ م) بمنهجها في تعليم وتدريب المتخلفين عقلياً، التي اعتمدت على التعليم عن طريق العمل، والتأكد على تدريب الحواس، كذلك أكدت كرستين المجرام على التعليم عن طريقة العمل، والتأكد على تدريب الحواس، كذلك أكدت كرستين المجرام عام ١٩٣٥ م على أهمية استخدام طريقة (الوحلة)، في تعليم وتدريب المتخلفين عقلياً هذا بالإضافة إلى العديد من البرامج والمحاولات التي وضعت في هذا الميدان، والتي تعتبر مقدمة وأسس قامت عليها استراتيجيات تربية وتعليم المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

وقد أدى الاهتمام باستراتيجيات تربية وتعليم وتدريب المتخلفين عقلياً إلى التوسيع في إنشاء المراكز والمدارس والفصول الخاصة بفئة القابلين للتعلم في أميركا وفي أوروبا، وكذلك في وطننا العربي فقد بلغ عدد المؤسسات التي تعنى بالمخلفين عقلياً في الوطن العربي حوالي ٤٨ مؤسسة، وهي في ازدياد باستمرار.

وعلى الرغم من جميع الخبرات السابقة في المحاولات كثيرة من العالم في تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً من خلال برامج متعددة للتربية الخاصة، لا يزال بإمكاننا أن نميز وجهتي نظر متعارضتين فيما يتعلق بدلالة الفصول الخاصة للأطفال

المتخلفين القابلين للتدريب وهم:

١- وجهة نظر مبنية لفصول التربية الخاصة للمتخلفين القابلين للتدريب ضمن إطار المدارس العادية، وترى أنه في نطق ما يمكن أن يوجه من اهتمام فردي في فصول تضم إعداد قليلة من الأطفال يهدى الطفل المتخلف العون اللازم لتحقيق أقصى حد ممكن من التقدم في المهارات الأكادémie.

٢- وجهة نظر معارضة لفلسفة فصول التربية الخاصة للمتخلفين القابلين للتدريب ضمن إطار المدارس العادية يسيطر عليها اقتناع بأن الطفل القابل للتدريب يتعلم بشكل أفضل داخل الفصول العادية نظراً للاستثارة التي تتحمّل له من خلال وجود أطفال آخرين أكثر منه ذكاءً بالإضافة إلى ذلك لمجد أشخاص يعارضون مبدأ الفصول الخاصة لاعتقادهم بأن الأطفال المتخلفين لديهم مشاعر النقص والرفض نتيجة لوجودهم معزولين فيما يطلق عليه الفصول الخاصة.

إذن عندما تدخل صفاً في مدرسة للتربية الخاصة للمعوقين عقلية، فإن أول ملاحظة تقع عليها هي أن هؤلاء الأطفال يختلفون عنا كثيراً في قدراتهم وامكانياتهم وفي بعض الخصائص الأخرى التي قد تكون ظاهرة عليهم وخاصة فئة المتخلفين عقلياً من صنفوا حسب التصنيفات الأكالينيكية وهم المغولي، والقملة، والاستسقاء الدماغي، كبر حجم المخاغ، أو صغره، وأنت كمدرس أو مساعد لهذا المدرس الذي يقوم بعمله في هذه المدرسة ومع هؤلاء الأطفال المعوقين عقلياً، فإن هدفك هو مساعدة هؤلاء المتخلفين حتى يصبحوا إلى حد ما مثل الأطفال العاديين، وقد تصل تقريباً إلى هذا الهدف من خلال تغيير أو تعديل وتشكيل سلوك هؤلاء الأطفال.

أساليب التدريس:

١- التدريس الجماعي:

هناك الكثير من الأدلة على أنه يمكن للتدريس الجماعي أن يكون فعالاً مع التلاميذ من ذوي الإعاقات الطفيفة أو المعتدلة أو الشديدة أو حتى المعتدلة، وفضلاً عن ذلك يتم التدريس الجماعي في كثير من الحالات بعدها مزايا بالمقارنة بالتدريس الفردي.

- ١- يتسم التدريس الجماعي بأنه أكثر فعالية وأقل تكلفة وكثيراً ما يمكن من تعليم عدّ أكبر من التلاميذ بصورة أجيال في نفس الفترة من الزمن.
- ٢- وكثيراً ما تعلم مختلف أنواع المهارات بنفس القدر من السرعة.
- ٣- في التدريس الجماعي "التسلسلي" من شأن التمارين الموزعة أن تحسن الحفاظ "تذكرة المعلم".
- ٤- قد يؤدي التدريس الجماعي المتسلسل - حيث يتعلم التلاميذ في المجموعة مهارات مختلفة - إلى تعميم التعلم يعني أنه قد يتسع للتلاميذ تعلم العمليات التي يجري تلقينها لغيرهم من التلاميذ في المجموعة، عن طريق التعلم بالمشاهدة.
- ٥- عندما يكافأ تلميذ على أدائه الملائم فإنه يكون بمثابة نموذج يقتدى به التلاميذ الآخرون.

التدريس الجماعي "التسلسلي" :

في التدريس الجماعي "التسلسلي" يجمع تلميذان أو أكثر جنباً إلى جنب، وقد يجلس التلاميذ في أطر مرتبة على شكل نصف دائرة، أو حول منضدة، وقد يقفون حول بشر القرية أو في حقل من الحقول، وينتسب تعلم كل تلميذ على حله أثناء فترات تقصير، ويدور المعلم على التلاميذ، يعمل مع كل منهم فترة قبل أن ينتقل إلى الذي يليه، بحيث يتتردد على التلميذ الواحد عدة مرات أثناء جموعة فترة التدريب الجماعي.

وقد يتميّز تلاميذ المجموعة إلى نفس مستوى التحصيل أو إلى مستويات مختلفة، ويمكن تلقينهم نفس المهارات أو مهارات مختلفة، وقد يعلم كل تلميذ بصورة مستقلة تماماً عن سائر التلاميذ، كما يجوز اتباع أساليب تدريس مفردة، ويمكن للمعلم أن يقدم بجميع تلاميذ المجموعة معاً تعليماً أو شرحاً عالماً قبل الشروع في التدريس التسلسلي.

٢- التدريس الفردي:

يمكن اتباع أساليب التعليم الفردي لتعليم الحالات الصعبة من التلاميذ

بعزل عن سائر التلاميذ أو أثناء التعليم الجماعي التسلسلي، كما أن بعض العمليات التي تتطلب مساعدة فردية كبيرة قد يحسن أن تتبع فيها أساليب التعليم الفردية لا الجماعية، فطريقة التعلم التي تنهض على استرقاء الانتباه وصياغة الإجابة والتلقين والاختبار، يمكن استعمالها مع بعض التعديلات في التعليم الفردي أو التعليم الجماعي التسلسلي.

إذن يقصد بمفهوم أسلوب التعليم الفردي الخطة التعليمية الفردية التي تشكل الجانب التنفيذي للخطة التربوية الفردية، وبعد إعداد الخطة التربوية تكتب الخطة التعليمية الفردية التي تتضمن هدفاً واحداً فقط من الأهداف التربوية الواردة في الخطة التربوية الفردية من أجل تعليمها للطفل المتعاق عقلياً وتشمل مكوناتها على ما يلي:

- أ- بعض من المعلومات العامة عن الطفل المتخلّف عقلياً والمدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة، وكذلك أسلوب التعزيز.
- ب- الأهداف التعليمية الفرعية التي تشمل تحليل المدف التعليمي إلى عدد من الأهداف التعليمية الفرعية.
- ج- الأدوات الالزمة وتشمل ما يعله المعلم من الأدوات الالزمة لتحقيق المدف التعليمي.
- د- الأسلوب التعليمي وفق طرق تعديل السلوك وأسلوب تعليم الطفل المتخلّف عقلياً عن طريق التعليم الفردي فيكون عن طريق الخطوات التالية:
 - ١- محاولة تهيئة الطفل المتخلّف عقلياً للمهارة أو السلوك المراد تعليمه.
 - ٢- محاولة تقديم المهارة والسلوك المراد تعليمها كما هو وذلك للأسباب التالية:
 - أ- التأكّد من مدى نجاح عملية التشخيص.
 - ب- التأكّد من أنّ الطفل لم يتمكّن من عملية إتقان المهارة أو السلوك في فترة ما قبل عملية التشخيص وتعلم المهارة.
 - ٣- استخدام طرق المساعدة من الجوانب التالية الإيجابية اللفظية، الجسمية مع

التأكيد على استخدام عملية التعزيز في هذه الخطوات.

٤- محاولة ثبيت عملية التعلم للمهارة أو السلوك الذي تعلم.

٥- استخدام الرسم البياني للتعرف على مدى قدرة تعلم الطفل للمهارة أو السلوك المراد تعلمه.

وقد أثار أرلون (Irwin) إلى أن هناك عدداً من الخطوات التي قد تساعد

المتخلص عقلياً في الجانب اللغوي وهي:

١- محاولة التنبية اللغوي بكلمات بسيطة وجمل قصيرة.

٢- تشجيع الطفل المتخلص عقلياً على ترديد الكلمات التي يتعلمهها.

٣- محاولة تشجيع الطفل المتخلص عقلياً على تسمية أشخاص وأشياء من طبيعة بيته.

٤- محاولة جعل الطفل المتخلص عقلياً على الاستمرار في الحديث وتكرار الكلمات التي يقولها.

٥- تشجيع الطفل على ترديد أصوات مختلفة مثل الحيوانات، الطيور.

٦- تشجيع الطفل على مزاولة النشاطات الاجتماعية.

٧- تعويذه على تحية الناس.

٨- تشجيع الطفل على استخدام اللغة في حياته اليومية.

كما هو ملاحظ من طريقة تعلم الطفل المتخلص عقلياً الاعتماد على أسلوب التعليم الفردي الذي يتطلب صياغة الهدف التعليمي صياغة سلوكية حيث يمكن ملاحظتها وقياسها حتى يعطي المعلم التغذية الراجعة (Feedback) من خلال ما تم تعلمه أو عدم تعلمه، والمثال التالي يوضح ذلك:

المهارة: مهارة ارتداء الملابس

الهدف التعليمي: أن يرتدي الطفل حذاءه وذلك دون الحاجة إلى المساعدة من أحد، والقيام بهذه المحاولات ثلاث مرات على مدى اليوم الدراسي.

طريقة القياس: أن يضع المعلم أو المعلمة الحذاء على الأرض ويطلب من الطفل ارتداء الحذاء، يجلس الطفل على الأرض ويمسك أحد زوجي الحذاء ويوضع الحذاء المناسب من القدم المناسب لها، ويحني الطفل قدمه ويضعها في الحذاء ثم يسحب الحذاء وبعد ذلك يعيد الطفل المخطوات السابقة بالنسبة للفرة الثانية، هنا يعطي الطفل علامة إذا قام بالسلوك النهائي ولا يعطي علامة إذا لم يستطع القيام بالسلوك النهائي.

من خلال ذلك يستطيع المعلم أن يعلم الطفل ويشكل فريقي على المهارات الاستقلالية والتي تعتبر من المهارات الأساسية في تعليم المعاين والتي تشمل الجوانب الشخصية مثل الاعتماد على الذات، وزيادة ثقته بنفسه، وكذلك التكيف الناجح مع البيئة الخصبة به، وكذلك تعتبر هذه المهارات من الأساليب في تعليم الأطفال المعاين اكتساب المهارات الأخرى مثل المهارات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية.

أسلوب تحليل المهام:

يقصد بتحليل المهام هو في محاولة تجزئة المهارة إلى أجزائها، ومكوناتها الرئيسية ثم ترتيب هذه الأجزاء في نظام حتى تصل إلى المعاينة الأساسية، ومثل ذلك:

مهارة غسل اليدين: من المتعارف عليه أن الطفل المتخلص عقلياً ليست لديه القدرة العقلية التي يتمتع بها الطفل العادي في عملية التعلم واكتساب المعاينة دون محاولة تجزئتها ولكن مع الأطفال المعوقين عقلياً يتطلب الأمر من القيام بهذه المهام حتى نستطيع أن نصل إلى إكساب الطفل المعاينة التي تحاول أن تجزئها له فلو عدنا إلى مهارة غسل اليدين وحاولنا أن نعرف المهام التي تحاول أن تجزئ هذه المعاينة إليها، قد يستغرب البعض وخاصة من ليس له خبرة في تعليم الأطفال المتخلصين عقلياً بأن هذه المعاينة تحتاج إلى تجزئتها حتى يتمكن الطفل من تعلمها ولكن هذا هو الواقع حتى نصل بالطفل إلى القدرة في تعليم هذه المعاينة لا بد من

محاولة تحليل المهارة إلى أجزائها الرئيسية والتي قد تكون على الشكل التالي:

مهارة غسل اليدين:

- أن يرفع الطفل أكمام القميص.
- أن يمسك الطفل قطعة الصابون.
- أن يفتح الطفل صنبور الماء
- أن يرغي الطفل الصابون بعد الفرك على المغسلة.
- أن يغسل يديه بالماء.
- أن يغلق الطفل صنبور الماء
- أن ينشف يديه بالنشفة.
- أن يعيد الطفل النشفة في مكانها اللازم
- إغاثة ما تم رفعه من أكمام القميص إلى وضعه الطبيعي.

كما هو واضح من تحليل المهام فإن المهد الأساسي لهذه العملية هو في محاولة تحفيز المهارة إلى عناصرها الأساسية وذلك من أجل تسهيل عملية تدريسيها للطفل المتخلف عقلياً، وكذلك حتى تسهل على المعلم تدريب الطفل المتخلف عقلياً على إتقانها وكذلك يمكن ملاحظتها وقياسها ومحاولة إغاثة الطفل إلى الجزء الذي لا يتقنه حتى يستطيع أن يتعلم ثم الانتقال إلى المهمة الأخرى، ويلاحظ أنه لا بد من استخدام عملية التسلسل في المهارة من الأسهل إلى الأصعب حتى يتمكن الطفل من النجاح في هذه العملية، وهنا يجب أن لا ننسى دور التعزيز من المعلم أو المعلمة كلما ظهر تحسن في أداء الطفل، كذلك عليك بالصبر الذي لا حد له، لأن التعليم يتطلب صبراً كبيراً واعط توجيهها واحداً فقط في الوقت الواحد لأنه من الصعب أن ينفذ توجيهين مثل أجلس معتدلاً ولا ترم طعامك.

مناهج المعوقين عقلياً:

تختلف برامج ومناهج المعوقين عقلياً عن برامج ومناهج الأطفال العدليين من

حيث المحتوى وطرق التدريس.

يتضمن محتوى منهاج المعوقين عقلياً عدداً من الأبعاد والمهارات والتي تشكل في جموعها الملاة التعليمية للمعوقين عقلياً، وهذه الأبعاد والمهارات هي:

البعد الأول: المهارات الاستقلالية، وتتضمن:

أ- مهارات الحياة اليومية.

ب- مهارات العناية الذاتية.

البعد الثاني: المهارات الحركية، وتتضمن:

أ- المهارات الحركية العامة.

ب- المهارات الحركية الدقيقة.

البعد الثالث: المهارات اللغوية، وتتضمن:

أ- مهارات اللغة الاستقبالية.

ب- مهارات اللغة التعبيرية.

ج- مهارات الرياضيات.

البعد الرابع: المهارات الأكادémية و تتضمن :

أ- مهارات القراءة.

ب- مهارات الكتابة.

البعد الخامس: المهارات المهنية.

البعد السادس: المهارات الاجتماعية.

البعد السابع: مهارات السلامة.

البعد الثامن: المهارات الاقتصادية.

محتويات برامج المعاقين عقلياً:

أ- محتويات برامج صغار السن:

- ١- الأناشيد.
- ٢- الموسيقى.
- ٣- الخدابة وسرد القصص.
- ٤- الرسم.
- ٥- الألعاب الرياضية.
- ٦- الزيارات.
- ٧- الألعاب المختلفة محدودة.
- ٨- الطبخ البسيط.
- ٩- الألعاب الحرة.
- ب- محتويات برامج الأطفال الأكبر عمراً (إضافة للبرامج السابقة):
 - ١- الخدابة.
 - ٢- العلوم الطبيعية.
 - ٣- الطبخ.
 - ٤- النشاط الرياضي.
 - ٥- الموسيقى والحركة.
 - ٦- الأعمل المنزلية منها مهارة إعداد مائدة الطعام، غسل الأواني، حفظ الأواني.
 - ٧- الأعمل اليدوية (إنتاجية).
 - ٨- مشاهدة التلفزيون.
 - ٩- الاستماع للبرامج الإذاعية.
 - ١٠- عرض الأفلام والشراحت (السلайдات).
 - ١١- السباحة.
 - ١٢- الأنشطة الخلاقية.

تنظيم صفوف المعوقين عقلياً :

تنظم صفوف أو مجموعات المعوقين عقلياً وفق عد من التغيرات أهمها: العمر العقلي والعمر الزمني أو كلاهما معاً، وإذا ما أخذنا بتنظيم مجموعات المعوقين عقلياً بحسب متغير العمر الزمني فقد تقسم هذه المجموعات كما يلي :

- ١- مجموعة ما قبل سن السادسة.
- ٢- مجموعة ما بعد سن السادسة وقبل الثامنة.
- ٣- مجموعة ما بعد سن الثامنة وقبل سن العاشرة.
- ٤- مجموعة ما بعد سن العاشرة وقبل سن الثانية عشرة.
- ٥- مجموعة ما بعد سن الثانية عشرة وقبل سن الرابعة عشرة.
- ٦- مجموعة ما بعد سن الرابعة عشرة.

أما إذا أخذنا تنظيم مجموعات المعوقين عقلياً حسب العمر العقلي، فقد نقسم هذه المجموعات كما يلي :

- ١- مجموعة الإعاقة العقلية الشديدة.
- ٢- مجموعة الإعاقة العقلية المتوسطة.
- ٣- مجموعة الإعاقة العقلية البسيطة.

أما إذا أخذنا بتنظيم مجموعات المعوقين عقلياً حسب متغيري العمر العقلي والزمني، فقد نقسم مجموعات المعوقين عقلياً كما يلي :

- ١- **المجموعة الأولى** : وهي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني من ٤-٢ سنوات، وعمرها العقلي ما بين ٤-٢ سنوات.
- ٢- **المجموعة الثانية** : وهي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ما بين ٥-٨ سنة، وعمرها العقلي ما بين ٤-٦ سنوات.
- ٣- **المجموعة الثالثة** : هي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ما بين ٩-١٣ سنة، وعمرها العقلي ما بين ٦-٩ سنوات.

٤- المجموعة الرابعة : هي المجموعة التي يتجاوز عمرها الزمني ١٣ سنة، وعمرها العقلي ٩ سنوات.

وقد يكون تنظيم مجموعات المعقوقين عقلياً حسب متغيري العمر العقلي الزمني من أفضل التنظيمات أو أكثرها مناسبة لأغراض التعليم والتدريب.

تنظيم البرنامج:

ينظم البرنامج في المراحل المختلفة كما يلي:

١- قبل سن المدرسة، أقل من ٦ سنوات.

تنمية القدرات العقلية والاجتماعية عن طريق اللعب الحر.

٢- الصفوف الابتدائية الدنيا ٦-١٠ سنوات، السن العقلية ٣-٦، الاستمرار في

تنمية القدرات العقلية والاجتماعية على مستوى نظري أعلى عن طريق اللعب والعمل ولفترات قصيرة.

٣- الصفوف الابتدائية العليا، ١٠-١٣ سنة، تدريس مواضيع عملية، وخبرات من الحياة اليومية.

٤- الصفوف الثانوية، ١٣-١٦ سنة، السن العقلية ٨-١٢، تدريس مواضيع عملية للإعداد للحياة بعد المدرسة.

٥- مرحلة بعد المدرسة، التوجيه للتكيف الاجتماعي والمهني في المجتمع.

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

تعريف الإعاقة السمعية.

تصنيفات الإعاقة السمعية.

الجهاز السمعي عند الإنسان.

أسباب الإعاقة السمعية.

نسبة الإعاقة السمعية.

قياس وتشخيص المعاقين سمعياً.

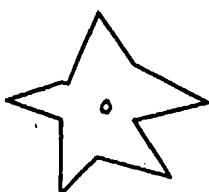
خصائص المعاقين سمعياً.

البرامج التربوية للمعاقين سمعياً.

الاستراتيجيات لتعليم المعاقين سمعياً.

- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال ضعاف السمع.

- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم.



الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

Visual Impairment

مقدمة :

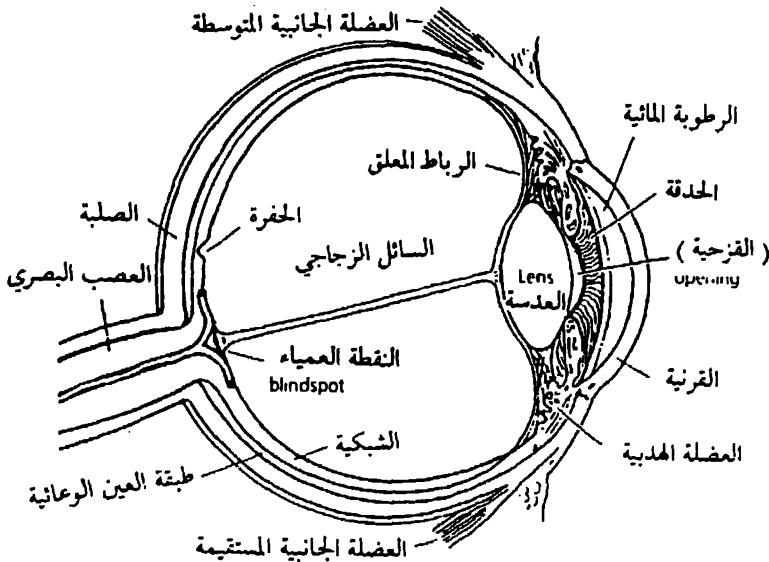
يرتبط بالقصور في حاسة الابصار عديد من المشكلات، فبعض هذه المشكلات ذات طابع عملي في حين أن البعض الآخر يتوقف عند حد الاهتمام النظري البحث، وقد البصر يخلق مشكلات تتبع من الإصابة الحسية في حد ذاتها في مجال الوظائف المعرفية والحركية فقط، فالطفل الكفيف ولا دين، وكذلك الطفل الذي يفقد بصره في وقت مبكر من الحياة يخسر العالم الغيط به من خلال وظائف حسية لا تستخدم من جانب الطفل المبصر عادة لنفس الأغراض، كذلك فإن مثل هذا الطفل يبني معرفته بعالم الأشياء بطرق تختلف اختلافاً جوهرياً عن الطرق التي يستخدمها الطفل المبصر العادي، يترتب على ذلك أن يصبح من المستحيل على الأشخاص البصريين أن يتصوروا عالم المكفوفين، تماماً كما هو مستحيل على المكفوفين أن يفهموا حقيقة الخبرات البصرية.

تشريح العين ووظائفها :

تعتبر العين من الأعضاء الحسية باللغة التعقيده تنمو العين في شكل نتوء الجزء من التجويف الثالث في المخ، تأخذ العين شكل الكرة وتعمل بطريقة أشبه ما تكون بالآلة التصوير الفوتوغرافي، يتم تركيز الصورة بواسطة العدسات وتكون كمية الضوء التي تسقط على العين قابلة للتكييف إلا أن أوجه الشبه بين العين وآلة التصوير تتوقف عند هذا الحد

إذن العين هي المسؤولة عن عملية الإبصار، وتتركب العين من أربعة أجزاء، والوظائف ترتبط معاً لتحقيق الوظيفة الأساسية للعين وهي الإبصار، وهذا فإن أي

خلل أو قصور يحدث في أي جزء من العين يؤدي إلى حدوث قصور في عمل العين
يُتَّبع عنه شكل من أشكال الإعاقة البصرية.



التركيب التشريحي للعين البشرية

والأجزاء الأربع التي تتكون منها العين:

١- الجزء الوقائي .Protective

يشمل الجزء الوقائي على الأعضاء الوقائية الخارجية من العين، والتي تعمل على حمايتها من الصدمات والغبار، والشظايا، وأشعة الشمس أو الأضواء المبهرة، والأجزاء الخارجية من العين هي التجويف العظمي الذي تقع فيه العين، وحاجب العين وأهداب الجفن، والجفن واللموع التي تحجب الأنف عن مقلة العين ذاتها، وتعتبر (التراءحوما) (هو نوع من الالتهاب الحبيبي المزمن) من العيوب البصرية الشائعة في هذا الجزء من تركيب الجهاز البصري.

٢- الجزء الانكساري Refractive

يشمل الجزء الانكساري على الأعضاء التي تعمل على تجميع الفصوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية، وهذه الأعضاء هي:

أ- القرنية : Cornea

تعتبر النافذة الأمامية للعين وعن طريقها تنفذ الأشعة الضوئية إلى العين، وهي غشاء شفاف يغطي مقلمة العين، فتبعد وظيفة القرنية أيضاً في حماية العين من العدوى بسبب طبقة الماء الخفيفة التي تغطي القرنية والتي تعطي حماية كبيرة للعين ضد البكتيريا والأتربة.

ب- عدسة العين : Lens

تقع خلف القرنية ويفصلها عن بعض السائل المائي، وهي تتعلق بأربطة متصلة بعصبونات صغيرة للغاية على جوانب العين تساعد على شدّها أو إرخاؤها، وتغير العدسة بصورة آلية زيادة ونقصاناً تبعاً للحاجة إلى تركيز الضوء على الشبكية، إذن تبدو وظيفة العدسة في تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية، وتعرف هذه الخاصية بتكيف الإبصار.

ج- القرحية Iris :

هي عبارة عن قرص ملون تعمل على التحكم في كمية الضوء الداخلة إلى العين وذلك عن طريق حجب العدسة حجاً جزئياً والتحكم في اتساع الفتحة التي ينفذ منها الضوء إلى العدسة.

د- إنسان العين (البؤبؤ) Pupil :

عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة سوداء تظهر في مركز القرحية، ويتغير اتساعها نتيجة قوة الضوء أو ضعفه.

هـ- الرطوبة المائية والسائل الهلامي أو السائل الزجاجي : Vitreous Fluid

هي عبارة عن أوساط انكسارية يمتلك بها فراغ العين، وهو يعملان على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية. ومن أكثر الأضطرابات البصرية ذات الطبيعة الانكسارية شيوعاً في فترة الطفولة طول النظر وقصر النظر، والملاء الأزرق، الالبؤرية، والجلوكوما (الملاء الأسود).

٣- الجزء العضلي : Muscular

يشتمل هذا الجزء على سنت عضلات متصلة بقيلة العين، تستخدم هذه العضلات في تحريك العين إلى أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين وإلى اليسار داخل المحر، وتعمل هذه العضلات معاً بانسجام وتوافق تأمين.

الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ذو طبيعة عضلية في العين تكون لديهم حالات الحول، أو حالات تقرع العين (الرأرأة وهي حركات سريعة ولا إرادية للعين)، وحالات العمش وهي عتمة في الأ بصار تنتج عن عدم توازن في عمل العضلات.

٤- الجزء الاستقبالي Receptive :

يضم الجزء الاستقبالي في الجهاز البصري كل من شبكتة العين والعصب البصري:

أ- شبكتة العين : Retina

هي المنطقة التي تتجمع فيها الأشعة الضوئية الساقطة على العين، وهي عبارة عن غشاء رقيق تبطن كرة العين من الداخل وهي تشبه في عملها الفيلم الحساس في آلة التصوير، وعن طريقها تتم رؤية الأشياء.

ب- العصب البصري ومركز الإ بصار في المخ : Optic Nerve

تتصل العين بمركز الإ بصار في المخ عن طريق العصب البصري حيث يقوم العصب البصري بنقل الإحساس بالضوء من الشبكتة إلى مركز الإ بصار في المخ حيث يترجم هناك إلى صور مرئية.

وحالات التهاب الشبكتة والتليف خلف العدسة من أمثلة الإعاقة البصرية التي تصيب الجزء الاستقبالي في الجهاز البصري.

آلية الإ بصار :

يتتألف الضوء من أشعة تسير في خطوط مستقيمة، وعندما تسقط هذه الأشعة على جسم ما فإنها تتعكس عنه بزاوية انعكاس تساوي زاوية السقوط، وإذا ارتدت (انعكست) هذه الأشعة عن جسم ما وجلبت إلى العين، فإن عدسة العين تقوم

حينذاك، وكذلك بؤبؤ العين يتكيف وضعيتها وحجمها بصورة تتناسب مع شدة الإضاعة الساقطة على العين، وتتناسب فتحة بؤبؤ العين وتحدب العدسة تتناسباً عكسياً مع شدة الضوء، وتحرك العين إلى أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين وإلى اليسار وفي حركة دورانية وتحكم في هذه الحركات العين إلى أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين إلى اليسار وفي حركة دورانية وتحكم في هذه الحركات جميعاً العضلات المذهبية.

وعند سقوط حزمة من الأشعة على العدسة التي تحتوي سائل مختلف كثافته عن كثافة الماء، ويفعل اختلاف الكثافة - تنكسر حزم الأشعة لتجتمع جميعاً على الشبكية، وهذا الأمر يتم في العين السليمة، حيث تتكون صورة الجسم المرئي مقلوبة على الشبكية، وعلى الشبكية تقوم الخلايا المخروطية بتحسس كافة الألوان التي يشتملها الشعاع الضوئي الذي رسم صورة الجسم المرئي على الشبكية، وتقوم الخلايا القضيبية بتحسس اللونين الأبيض والأسود وما بينهما من ألوان رمادية، والمعروف أن لكل لون درجة تذبذب مختلفة، فاختلاف الألوان ناتج عن اختلاف درجة التذبذب لكل لون، وبعد ذلك تقوم الخلايا المخروطية والخلايا القضيبية بتحويل الأمواج الضوئية إلى سيالات عصبية وتتجتمع هذه السيالات في نقطة واحدة تسمى النقطة العمياء.

تألف الطبقة الداخلية للشبكة من مجموعات من الخلايا العصبية التي تنقل السيالات العصبية إلى العصب البصري عبر النقطة العمياء، والعصب البصري والعصب الثاني من الأعصاب الفحصية، ونشير إلى أنه يجب علينا أن نميز بين النقطة العمياء والنقطة الصفراء، فالنقطة الصفراء هي أكثر المناطق حساسية في الشبكية، وعند هذه النقطة الصفراء تتجمع الحزم من الأشعة الضوئية، أما المرحلة الأخيرة في آلية الإبصار فتتم عندما تنتقل السيالات العصبية من النقطة العمياء عبر العصب البصري إلى المراكز الحسية في الدماغ ويكون من مهام هذه المراكز تعديل وضع الصورة حيث أنها تصل إلى الدماغ مقلوبة، ومن ثم العمل على ترجمتها وإدراك ماهية الجسم المرئي.

تعريف الإعاقة البصرية:

ظهرت تعريفات عدّة للإعاقة البصرية، منها التعريف القانوني والتعريف التربوي:

- ١- التعريف القانوني، يشير إلى أن الشخص الكفيف، من وجهة نظر الأطباء، هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حلة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في العادة على مسافة ٢٠٠ قدم يجب أن يقرب إلى مسافة ٢٠ قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذا التعريف.
- ٢- التعريف التربوي، يشير إلى أن الشخص الكفيف، هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل.

أما باراجا ١٩٧٦م فقد وضعت تعريفاً تربوياً للمعاق بصرياً يقول أن الطفل المعاق بصرياً هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو في حاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية.

كذلك هناك تعريفاً أخرى منها فقد البصر التام (Blindness) يعتبر الشخص كفيفاً إذا كانت لديه حلة إبصار مركزي تصل إلى (٦/٢٠) أو أقل في العين الأقوى بعد استخدام النظارات، أو حلة إبصار مركزي تزيد عن (٢٠/٢٠) مع وجود قصور يضيق فيه المجال البصري إلى حد يصبح فيه أوسع قطر للمجلب البصري بزاوية لا تزيد عن ٢٠ درجة.

أما التعريف الوظيفي الذي اقترحه هاري ١٩٧٣م فهو أن الكفيف للأغراض التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحلة تتحمّل عليه القراءة بطريقة برايل، أما الطفل ضعيف البصر فهو الذي يستطيع بوجه عام قراءة الحروف الكبيرة تحت أفضل الظروف الممكنة.

كما قام قانون الضمان الاجتماعي الأمريكي عام ١٩٣٥م باعتماد تعريف المكفوفين فقد تبني تعريف المبصرين جزئياً وهو ضعيف البصر أو المبصر جزئياً هو الذي تبلغ حلة إبصاره فيما بين ٢٠/٢٠ و ٧٠/٢٠ في العين الأفضل وذلك بعد استخدام العدسات أو النظارات الطبية والمعينات البصرية الملائمة.

كذلك حلد بعض التعريفات للمبصر جزئياً هو الفرد الذي يعاني من إعاقة بصرية متوسطة لا تمكنه من استخدام بصره بصورة بفاعلية تامة في الأحوال العادية، وهذا فهو في حاجة إلى تجهيزات بصرية وتربيوية خاصة تمكنه من قراءة المادة المطبوعة.

الأفراد المعوقين بصريا قد يولدون مصابين بهذه الإعاقات، أو قد يصابون بالإعاقات البصرية بشكل كلي أو جزئي في أي وقت لاحق من حياتهم، الحالة القصوى للإعاقة البصرية هي تلك الحالة التي يفقد فيها الشخص الإبصار الكلى منذ الولاد وطبقاً لبعض الملاحظات التي سجلها زلتون تون وآخرون فإن الأشخاص الذين يفقدون أبصارهم قبل حوالي سن الخامسة لا يحتفظون بصورة بصرية مفيدة. والأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلياً أثناء السنوات المبكرة الأولى من حياتهم لا بد من النظر إليهم على أنهم يقعون ضمن الحالات المتطرفة، أما الأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلياً أو جزئياً بعد سن الخامسة قد يحتفظون بإطار بصرى إيجابى وفعل بدرجات أو بأخرى، مثل هؤلاء الأشخاص يستطيعون ملاحظة شيء ما عن طريق اللمس ويكونون فكرة بصرية عن هذا الشيء تقوم على خبراتهم البصرية السابقة، وتكون الملاحظات البصرية لدى هؤلاء الأشخاص محدودة وتتوقف على درجة الإبصار المتبقية.

في ضوء الاعتبارات السابقة يمكن أن تميز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية فيما يتعلق بتأثير الإعاقة على الأنشطة الحسية وخبرات التذكرة:

- ١- فقد بصر تام، ولاي، أو مكتسب قبل سن الخامسة.
- ٢- فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.
- ٣- فقد بصر جزئي ولاي.
- ٤- فقد بصر جزئي مكتسب.
- ٥- ضعف بصر ولاي.
- ٦- ضعف بصر مكتسب.

إذن يصنف المعاقين بصرياً في مجموعتين هما :

المجموعة الأولى : المعاقون بصرياً إعاقة كليلة : وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتعريف التربوي المشار إليهما سابقاً.

المجموعة الثانية : المعاقون بصرياً إعاقة جزئية : وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بمحروف مكثرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حلة الأبصار لدى أفراد هذه المجموعة ما بين ٧٠٪٠ إلى ٢٠٪٠ قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية.

مظاهر الإعاقة البصرية :

١- حالة قصر النظر (Myopia)، تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية، وذلك لأن كرة العين أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

٢- حالة طول النظر (Hypermetropia)، تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة لتصبح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

٣- حالة صعوبة تركيز النظر (Astigmatism)، تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز، أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسة الاسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية.

أسباب الإعاقة البصرية :

تأتي العوامل المؤثرة في مرحلة ما قبل الميلاد التي تشمل المشكلات الوراثية والمشكلات الولادية في معرفة العوامل المسببة للإعاقة البصرية بين الأطفال (تشمل

حوالي ٦٥٪ من الحالات)، لا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقات البصرية بشكل أفضل، وفيما يلي عرض أسباب الإعاقة البصرية.

١- التهاب العصب البصري :

ينتتج عن بعض الأورام والإصابات التي تصيب العظام الخيشطة بالعصب البصري، إذ ينتج عن بعض الأورام أو الإصابات التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور العصب البصري، مما يؤدي إلى فقدان الاتصال بين العين والمخ، فتبدو العين سليمة معافاة ولكنها لا تستطيع أن تنقل ما تراه إلى مراكز الإدراك البصري في المخ لإصابته أو تعطل العصب المسؤول عن عملية نقل المثيرات البصرية للمخ، وبالتالي فإن إصابة العصب البصري يمكن أن يؤدي إلى العمى الكلي، إذا لم يعالج مبكراً.

٢- الكatarاكت، الماء الأبيضين (Cataract) :

يقصد بذلك تعتمد عدسة العين التدريجي، حيث يؤدي ذلك إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجياً، الأمر الذي يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية فيما بعد، وتعتبر العوامل الوراثية أو الحصبة الألمانية أو التقدم في العمر، أو أشعة الشمس الحارة أو الحرارة الشديدة من العوامل التي تؤدي إلى إصابة العين بالمله البيضلي، وتعمل العمليات الجراحية على إزالة المله البيضلي من العين ومن ثم تركيب العدسات المناسبة.

٣- الجلوكوما (الماء الأزرق أو الماء الأسود) (Glaucoma) :

يعرف مرض الجلوكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق ويتجز عن ازدياد إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك مما يؤدي إلى ازدياد الضغط داخل العين، ومن أهم علامات هذا المرض الصداع في جانب من الرأس، والضعف المستمر في قوة الإبصار والشعور بالمله في العين، واتساع حلق العين، وإذا لم يعالج هذا المرض في وقت مبكرة فإنه يؤدي إلى ضمور العصب البصري ومن ثم فقد الإبصار، وتعمل العمليات الجراحية واستخدام أشعة الليزر على إزالة المله من العين، وبعد هذا المرض سبباً من أسباب

الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاين بصرياً ونادراً ما يكون سبب للإعاقة البصرية لدى صغار السن من المعاين بصرياً.

٤- التليف خلف العدسة (Retrolental Fibroplasia) (RLF) :

يُنتج التليف خلف العدسة عن زيادة معدل الأكسجين في الخضانات التي يوضع فيها المواليد الذين وضعتهم أمهاتهم قبل الموعد الطبيعي للولادة (الولادة المبكرة) مما يؤدي إلى تكثيف غير عادي في الأوعية الدموية وقرحة في أغشية عين الوليد يتسبب في حدوث تليف خلف عدسة العين مما يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية أو الجزئية.

٥- التهابات القرنية الجافة أو الرمد أو الجفاف العيني:

يؤدي الرمد أو الجفاف العيني إلى تعرّض الطفل للإصابة بالإعاقة البصرية التي تراوح بين الكف الكلي للبصر، وضعف البصر وذلك حسب درجة الإصابة وزمن التدخل العلاجي، ويُنتج الرمد أو التهاب القرنية الجافة نتيجة لنقص فيتامين (A) في غذاء الطفل أو جفاف الملحمة أو إصابة القرنية بارتشاحات في الجزء السفلي أو الجزء العميق من أنسجتها وسقوطه مما يؤدي إلى عتمة فيها.

٦- أمراض الشبكية (Retina Disorders) :

يقصد بذلك تلك الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب الشبكية من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية ومن تلك الاضطرابات الحالة المسمة صعوبة تكوين أجزاء رئيسية في الشبكية أو انفصال الشبكية.

٧- البول السكري (Diabetes) :

وهو احتمال إصابة الفرد بالإعاقة البصرية نتيجة لإصابته بمرض السكري، إذ يعاني المصاب بالسكري من ارتفاع واضح في نسبة السكر في الدم، وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين لدى المصاب والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر من الدم، ويسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم وصعوبة امتصاصه في خلايا الجسم، ومنها الشبكية، فيترتب على ذلك النقص الواضح في كمية السكر

الالزمة لخلايا الشبكية، مما يؤدي إلى كف البصر التدريجي، وغالباً ما تؤدي مضاعفات الإصابة بمرض السكري خاصةً كبار السن إلى بعض أمراض الشبكية مثل الكتاراكت والنزيف الداخلي مما قد يؤدي إلى أن يفقد المريض الإبصار.

٨- العمى التدريجي :

جاء إطلاق هذا الاسم لارتباط السبب بالذباب الأسود الذي يعيش ويتكاثر على ضفاف الأنهار خاصةً في إفريقيا، ويسبب عن فقدان البصر إذا حدثت مضاعفات، حيث تتطور الحالة إلى حدوث التهابات في بعض أعضاء الجسم ومنها أغشية العين مما يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية.

٩- الرمد الحبيبي :

يترجع عن فيروس خاص يعمل على تليف نسيج المخدون والملتحمة وتغير وضع المخنون وبالتالي تغير الجهة الرموش لتصبح نحو الداخل مما يؤدي إلى احتكاكها بالقرنية مما يتسبب في خدشها، وإذا أهملت يؤدي إلى فقدان البصر الكلي، ويتم علاج الاعتم بالترقيع عن طريقة عملية جراحية يتم خلالها إزالة الجزء العثم من قرنية العين واستبدالها بقرنية شخص متوفى أو بقرنية من البلاستيك الشفاف.

١٠- الرمد الصدليبي أو (التراخوم) :

يترجع عن ميكروب الدفتيريا الذي ينتقل إلى عين الإنسان عن طريق الذباب أو عن طريق العدوى عند استعمال مناشف الوجه التي يستعملها شخص مصاب، ويؤدي إهمال العلاج إلى فقدان الإبصار، وعلاجه كما الرمد الحبيبي.

١١- البهاق (Albinism) :

هو إحدى الإعاقات البصرية الولادية التي تتمثل في غياب صبغيات البشرة والشعر وجفون وقزحية العين، فيميل لون المصاب بهذه الحالة إلى البياض الناصع، يصاحب هذه الحالة حساسية شديدة للضوء حيث تندم رؤية المصاب للأشياء في وجود الضوء.

١٢- الهريس:

هو أحد الأمراض المعدية الناتجة عن بعض الفيروسات، من أهم أعراض هذا المرض ظهور فقاعات مائية على جلد المصاب بالإضافة إلى قروح في القرنية تسبب في اعتام العين وضعف في الإبصار.

١٣- التوكسيكوبلازما:

يُنتج عن نوع معين من الطفيلييات ذات الخلية الأحادية، من مظاهره ظهور طفح على الجلد، وتضخم الكبد والطحل وفي الغد الليمفاوية، ومن مظاهره أيضاً التهاب في شبكيّة العين قد يُنتج عنه فقدان الإبصار، إذا أهمل العلاج.

١٤- العول:

يقصد بذلك صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين، وقد يأخذ المول شكلين رئيسيين، الأول يتمثل في توجيه كلتا العينين نحو الداخل أما الثاني فيتمثل في توجيه كلتا العينين نحو الخارج، ومهما كان شكل المول فإنه يؤثر تأثيراً مباشراً على الرؤية السليمة، ولذا تعتبر الإجراءات الطبية ضرورية لتصحيح مثل هذه الحالة.

١٥- الإصابات:

إصابة العين عند استخدام بعض الأدوات الحادة مثل السكاكين، المقصات البراغي، والمسامير، أو التعرض لشظايا المعادن كما في حالة العمل الذي يعملون في اللحام أو النجارة أو الخدادة.

١٦- عوامل وراثية:

العوامل الوراثية سواء من جهة الأم أو من جهة الأب أو من الاثنين معاً والتي تترواح درجتها بين فقدان البصري الكلي أو الجزئي، بالإضافة إلى الضمور الشبكي والأخطاء الانكسارية مثل قصر النظر وطول النظر والتي يكون سببها وراثي.

قياس وتشخيص الأطفال المعاقين بصريًا:

تنصب عملية قياس حالة الإبصار على فحص ضعاف البصر أو البصران جزئياً من المعاقين بصريًا فقد يلاحظ على الأمر أو المدرس بعض الدلائل التي تشير إلى أن الطفل يعاني من قصور بصري، وقد تتمثل هذه الدلائل بواحدة أو أكثر من النقط التاليّة كما أوردها كيرك ١٩٧٢ م:

١- تذبذب المقلتين.

٢- الحول.

٣- كثرة الشكاوى من عدم وضوح الرؤية.

٤- طريقة استخدام الطفل لعينيه كأن يميل برأسه باتجاه الأشياء، أو تقرير الأشياء من عينيه، أو فرك العينين، أو الحساسية الشديدة للضوء أو إغماف العين نصف إغمافه عند التحديق بالأشياء.

٥- عدم الاهتمام بالأنشطة البصرية مثل النظر إلى الصور أو القراءة.

٦- عدم إتقان الألعاب التي تتطلب تأثر حركة العين مع حركة اليد.

٧- تجنب الواجبات التي تتطلب من العين التعامل عن قرب مع الأشياء.

٨- تفضيل الواجبات والأنشطة التي لا تتطلب التعامل مع العين مثل الاستماع.
أما ساتلر (١٩٨٢ م) فقد أوضح بعض السلوكيات التي يقوم بها الكفيف في الصف والبيت ومن هذه السلوكيات:

١- يقوم بفرك العين بطريقة مستمرة وعنيفة.

٢- إغلاق العينين أو إحداهما بصفة مستمرة، إمالة الرأس إلى الأمام أو إلى الجنب.

٣- يعاني من صعوبات في القراءة عند القيام بتأيي وظيفة تتطلب استخدام العين عن قرب.

٤- فتح العينين وغمضهما بصفة مستمرة.

٥- يحمل الكتاب قريباً من عينيه.

- ٦- عدم القدرة على رؤية الاشياء البعيدة بشكل واضح.
- ٧- يفقد الموضع الذي وصل اليه أثناء القراءة.
- ٨- تجنب العمل الذي يحتاج إلى نظر قريب.
- ٩- الجلوس بطريقة غير سليمة أثناء القراءة.
- ١٠- صعوبة في الحكم على المسافات.
- ١١- الإحراز في العين أو الجفنين.
- ١٢- التهاب العين أو التمع المستمر.

ويشكو الكثير من ضعاف البصر من بعض الظواهر بصفة مستمرة ومنها:

- ١- الشعور بحرقة شديدة في عينيه مما يضطره إلى فركها وحکها.
- ٢- عدم القدرة على الرؤية الجيدة.
- ٣- صداع ودوخة خصوصاً بعد استخدام العين في عمل قريب من العين.
- ٤- رؤية بعض الاشياء بصفة مزدوجة وضبابية أو غائمة.

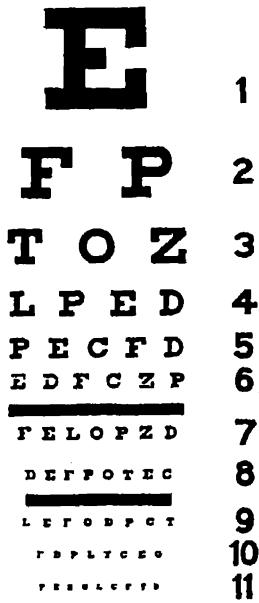
خطوات التعرف على الطالب المعوق بصريًا :

- ١- يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بالخطوات التالية:

 - ١- إجراء تقييم تربوي شامل.
 - ٢- الحصول على معلومات تشخيصية عن الإبصار من أخصائي العيون أو أخصائي قياس النظر.
 - ٣- الأخذ بالأعتبار نتائج الفحوصات الجسمية، والبصرية والسمع، والنطق، واللغة، وأسلوب التعلم، والدافعية، والتكييف، وقدرات محددة، والخبرات السابقة، والتحصيل الأكاديمي السابق.
 - ٤- تحديد قدرة الطالب على الحركة والتنقل.
 - ٥- مراجعة التعريفات والإجراءات التي تخصل التقييم التربوي للمعوقين بصرياً والتحقق من مدى تطبيق تلك الإجراءات والحصول على المعلومات المطلوبة.

٦- مراجعة جميع البيانات التي يجب أن تستخدم لتحديد فيما إذا كان الطالب معوقاً أم لا.

وتعتبر لوحة سلن (Senlen Chart) من أكثر المقاييس انتشاراً في قياس حلة الإبصار، حيث يتم عن طريقها قياس حلة إبصار كل عين بفردها ثم قياس حلة إبصار العينين معاً.



كما يتضح من الشكل تكون لوحة سلن من عد من السطور تضم حروفًا هجائية ذات أحجام مختلفة في بعض الأحيان تستخدم أشكال بدلاً من الحروف للاستخدام مع الأفراد الذين لا يجيدون القراءة كما في الشكل، تمثل الحروف التي تتضمنها اللوحة ما يراه الشخص الذي يتمتع بدرجة عادية من الإبصار من مسافات مختلفة، على سبيل المثل، إذا كان ضرورياً أن يقف فرد ما على مسافة ٢٠ متراً من المقاييس ليرى ما يستطيع الشخص العادي أن يراه من مسافة ١٠٠ قدم، فإن ذلك يعطينا حلة إبصار قدرها $100/20$ وهي درجة ليست جيدة تماماً من ناحية أخرى، لو أن فرداً ما يقف على بعد ٢٠ قلماً من المقاييس ويستطيع أن يرى الحروف التي يراها الشخص العادي من مسافة ١٠ أقدام، فإن حلة الإبصار في هذه الحالة تكون $10/20$ وهي درجة ممتازة. وعلى الرغم من أن لوحة سلن تستخدم على نطاق واسع إلا أنها تتضمن بعض القصور، إذ أنها تقيس بصفة أساسية الإبصار المركزي، لذلك فإن حالات طول النظر، أو الحول لا يمكن بالضرورة الكشف عنها.

مقاييس باراجا للكفاءة البصرية:

قامت باراجا بعمل هذا المقاييس عام (١٩٦٤م)، وذلك لتحديد درجة الكفاءة

البصرية لمنى ضعاف البصر، وذلك بهدف تقدير إمكانية الاستفادة من بقایا البصر واستغلالها بشكل جيد

Q	○	○	■	■	■	
O	○	○	■	■		
C	○	○	■	■		
G	○	○	■	■	■	
H	○	○	■	■	■	

نموذج لصفحة من مقياس باراجا للكفاءة البصرية

يعتبر هذا المقياس مفيداً للمعلمين وغيرهم من الأخصائيين العاملين في مجال الأطفال المعوقين بصريّاً، هذا المقياس يتطلب من الطفل أن يقوم بفحص أحد الأشكال أو التصميمات الهندسية، وأن يجد شكلًا شبيهًا للشكل الأصلي، وشكلاً مختلفاً عنه من بين عدّة من البديلات المعروضة أمامه.

تعرض على الطفل أربعة أشكال من بينها اختيار واحد فقط صحيح، الأشكال والأشياء والكلمات التي يتضمنها المقياس ذات أحجام مختلفة وبدرجات مختلفة من التعقيد بقصد تقدير قدرة الطفل على مقارنة هذه الأشكال بالمشير الأصلي، يمكن زيادة تعلم استخدام الإبصار إلى أقصى حد ممكن إذا تعلم الطفل محدود الأبصار استخدام الجزء المتبقى لديه من الإبصار.

نسبة انتشار المعاين بصرياً:

يتمتع حوالي ٩٨,٥% من الأفراد بالقدرة على الإبصار بشكل عالي، ولكن حوالي ٥,٥% - ١,٥% من الأفراد لا يحظون لأسباب عدّة بالقدرة على الإبصار العالي، وهو ما يطلق عليه بالإعاقة البصرية والتي قد تأخذ مظاهر شتى، ففي الولايات

المتحلة الأمريكية يقلد مكتب التربية نسبة المعوقين بصربيا بحوالي ١٪.

خصائص المعاقين بصربيا:

نظراً لاختلافات في درجة الإعاقة البصرية، وفي أنواعها ومسبياتها، وفي الظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصربيا مثل الاتجاهات الأسرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصربيا، فإن من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصربيا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، وذلك لأنهم ليسوا بمجموعة متجانسة.

لقد حدد لونفيلد ١٩٥٥م أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عن تحديد خصائص المعاقين بصربيا، وهذه الاعتبارات هي:

- ١- الرابط بين الخصائص والسببيات: يجب أن نربط بين الخصائص المميزة للمعاق بصربيا وبين مسببات الإعاقة، فعلى سبيل المثال فإن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي، بينما تجدر أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في معظم الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.
- ٢- تكيف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصربيا، إن معظم الاختبارات التي تستخدم لقياس الشخصية، أو السلوك التكيفي، أو التحصيل الدراسي، أو الذكاء للمعاق بصربيا إنما هي اختبارات صممت أساساً وقنت على عينات مبصراً، لهذا فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصربيا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كيفت وقنت على عينات من المعاقين بصربيا.
- ٣- الرابط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصربيا، من الخصائص المميزة للمعاقين بصربيا ما هو ناتج أو مرتبط بالإعاقة نفسها كالقصور في الحركة أو القصور في التعامل مع الأعمل البصرية، ومنها ما هو ناتج عن أساليب تعامل المبصرين مع المعاقين بصربيا سواء في النطاق الأسري أو على المستوى الاجتماعي فيما يعرف بالاتجاهات المبصرية نحو المعاقين بصربيا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى التربوي

أو التأهيلي أو العلاجي إلى ظهور العديد من الخصائص النفسية السلبية لدى المعاقين بصرياً مثل العصايب، القلق، عدم الثقة بالنفس وغيرها من الخصائص والتي يمكن أن تؤثر سلبياً على تكيف المعاق بصرياً وقبله للإعاقة.

٤- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية إن معظم البحوث والدراسات التي تجري على المعاقين بصرياً إنما تشمل على من يقيمون منهم في المؤسسات أو المدارس الخالصة بالمعاقين بصرياً، هؤلاء يعتبرون مجموعة مختارة لا تمثل جميع المعاقين بصرياً، لهذا يجب أن تشمل هذه البحوث على المعاقين بصرياً في المدارس العادية، وفي مراكز التدريب والتأهيل المهني، وفي موقع العمل، كذلك على المعاقين بصرياً المقيمين في مستشفيات أو مراكز علاجية خاصة وهناك العديد من الدراسات التي القت الضوء على بعض خصائص المعاقين بصرياً، وهذه الخصائص هي :

- ١- خصائص أكاديمية.
- ٢- خصائص عقلية.
- ٣- خصائص مرتبطة باللغة والكلام.
- ٤- خصائص حركية.
- ٥- خصائص اجتماعية انجعالية.
- ٦- الإعاقات المصاحبة.

أولاً : خصائص أكاديمية.

لا تقتصر الخصائص الأكاديمية على درجة وطبيعة استعداد المعاق بصرياً للنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل تعمداتها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل درجة المشاركة في الأنشطة الصحفية واللادصفية وطبيعة التفاعل مع المدرسين والزملاء.

هناك عوامل كثيرة تؤثر مجتمعة أو منفردة على طبيعة الخصائص الأكاديمية للمعاق بصرياً مثل درجة الذكاء، وزمن الإصابة بالإعاقة (ولادية، طارئة)، ودرجة الإعاقة (كف بصر كلي، كف جزئي)، وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة أو

موجبة)، وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والنفسية والصحية التي تقدم للمعاقين بصرياً في المجتمع، إن هذه العوامل بدورها مجتمعة أو منفردة تؤثر على كل من طبيعة مفهوم المعلم بصرياً عن ذاته، وكذلك على درجة تقبيله للإعاقه وهم يؤمنان بدورهما على طبيعة خصائص المعلم بصرياً الأكاديمية وعلى درجة نجاحه الأكاديمي، ومن أهم الخصائص الأكاديمية للمعلم بصرياً والتي أوردتها معظم الدراسات ما يلي:

- ١- بطيء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة للبرaille أو الكتابة العادية.
- ٢- اختفاء في القراءة الجهرية.
- ٣- المخاضن مستوى التحصيل الأكاديمي.
- ٤- خصائص أكاديمية خاصة بالبصريين جزئياً منها الأقرب من العمل البصري سواء كان كتاب أو سبورة وقصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة، وقصور في تحديد معالم الأشياء الدقيقة الصغيرة، والإكثار من التساؤلات والاستفسار للتأكد مما يسمع أو يرى.

ثانياً: الخصائص العقلية.

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب البصريين والطلاب المعاقين بصرياً إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم البصريين، قد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث أن معظم الاختبارات والمقياسات التي تستخدم لقياس الذكاء تشمل على فقرات تحتاج إلى بصر، ولهذا فإن لقياس ذكاء المعاقين بصرياً فإنه من الضروري الاعتماد على مقياس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعى فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع.

ورغم ذلك فقد أكد لونفيلد ١٩٥٥م على أن الإعاقه البصرية يمكن أن تؤثر

على ثو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقه البصرية بجوانب القصور الآتية:

- ١- معدن ثو الخبرات وتنوعها.
- ٢- القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.
- ٣- علاقه المعق بصريا بيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

ثالثاً: خصائص مرتبطة باللغة والكلام.

من النادر أن تجد طفلا معاشا بصريا ممتنع بمحاسة سمع جيدة ولم ينمو لديه التواصل اللفظي بشكل فعل، فغياب البصر لا يعتبر حجزا كبيرا أمام ثو اللغة والكلام، ولكن رغم ذلك فإن البحوث والدراسات في هذا الجل قد أوردت بعض الفروق بين كل من المعاين بصريا والمبصرين في طبيعة اللغة والكلام، وإن هذه الفروق راجعة إلى أن المعاين بصريا يعتمدون بشكل كبير على حاسة السمع والقنوات اللسمية في استقبال وتعلم اللغة والكلام وهذا قد يؤدي إلى بعض القصور أو الأضطرابات في اللغة والكلام لديهم لأن تعلم اللغة والكلام مرتبط أيضا إضافة إلى السمع بتتابع وملاحظة التلميحات الصادرة عن المتحدث، كذلك حركة الشفاه والتعبيرات الوجهية المصاحبة للكلام والتي يمكن للمبصر ملاحظتها وتقليلها، وبالتالي هذا يسهل عليه تعلم اللغة والكلام، في حين يصعب على المعق بصريا ذلك، مما يؤدي إلى بطء في ثو اللغة والكلام لديه أو قصور واضطراب فيهما.

إذن تشير الدراسات إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين طريقة اكتساب الكيف والفرد العادي للغة المنطقية إذ يسمع كل منهما اللغة المنطقية، في حين توجد فروق ذات دلالة بين كل منهما في طريقة كتابة اللغة إذ يكتب الفرد العادي اللغة بالرموز المجائية المعروفة، في حين يكتبها الكيف بطريقة برايل، ومن الظواهر الواضحة لدى المكفوفين، ظاهرة اللفظة (Verbalism)، والتي تعني المبالغة في وصف خبرة ما، وقد تعبير مثل هذه الظاهرة عن رغبة الكيف في إشعار الآخرين بعمرته في تلك الخبرة، وما يتصل بالخصائص اللغوية، تكوين المفاهيم أو ما يسمى بالنمو المعرفي، إذ يواجه المعق بصريا مشكلات في تكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري، مثل مفهوم المساحة أو المسافة أو الألوان.

رابعاً: الخصائص الحركية.

لقد أشار ريان ١٩٨١ إلى أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعاق بصرياً ولا ديناً في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل البصري، حيث أن معلم غمود القدرة على الجلوس والتلحرج من وضع الانبطاح إلى وضع الاستلقاء لا يختلف بين الطفل المعاق بصرياً وبين الطفل البصري، ومع ذلك فإن بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم، والجلوس في وضع معين والمشي باستقلالية تكون متاخرة لدى الطفل المعاق بصرياً وذلك لارتباطها بقدرتة على الثبات ودقة الحركة، وعندما يتمكن المعاق بصرياً من الثبات والدقة في الحركة فإنه يكون أبطأ في السرعة من الطفل البصري فهو لا يتمكن من المشي باستقلالية إلا في حوالي الشهر التاسع عشر من عمره، في حين أن الطفل البصري يتمكن من المشي باستقلالية في حوالي الشهر الثاني عشر من عمره إضافة إلى ذلك هناك مشكلات أخرى يواجهها المعاق بصرياً متعلقة بإتقان المهارات الحركية وتمثل هذه المشكلات في:

- التوازن.
- الوقوف والجلوس.
- الاختكاك.
- الاستقبال أو التناول.
- الجري.

خامساً: الخصائص الاجتماعية والانفعالية.

تطور العلاقات بين الأفراد بعضهم البعض داخل المجتمع الواحد وتنمو نتيجة للتفاعل، هذا التفاعل الذي يقوم أساساً على تبادل المنافع والخدمات المادية منها والمعنوية، ويقدر درجة هذا التفاعل بلياباياته، وسلبياته تتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الأفراد بعضهم وبعض، أو بين الفرد والجماعة، ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات سارة وخبرات غير سارة وقد تغلب الخبرات السارة في بعض الأحيان على الخبرات غير السارة وأحياناً يحدث العكس، ونتيجة لذلك تكون لدى الفرد

فكرته عن ذاته وعن الآخرين، كما تتشكل سماته الاجتماعية والانفعالية، إذن فالذى يحدد خصائص الفرد الاجتماعية والانفعالية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين والتي تتحدد بدورها بدرجة وطبيعة تفاعلها مع هؤلاء الآخرين.

وأهم الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين بصريا والتي أوجعت عليها بعض البحوث والدراسات في هذا المجال هي مفهوم الذات، السلوك العصبي، الخضوع، الانطواء، والانبساط، التوافق الاجتماعي، العدوانية، التعصب، التوافق، الانفعالي.

أما دراسة بتمان ١٩٦٤ فقد أشارت إلى تقبل الطلبة المكفوفين كليا بشكل أكبر من قبل الطلبة العاديين مقارنة مع الطلبة المكفوفين جزئيا.

وقد ينبع المعاق بصريا في إقامة علاقات اجتماعية، خاصة في مجال تكوين الأسرة، وفي ميدان العمل ولكن ذلك يعتمد إلى حد كبير على مدى أداء المعاق بصريا وكفاءته في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية بشكل عام ولعل أسوأ المواقف تجاه الكفيف هي مواقف أفراد أسرته وهي مواقف صنفها سومرز في خمسة أنواع هي: القبول، إنكار وجود أي أثر للإعاقة، والتدليل والحماية الزائلة، والإعراض المقنع والإعراض الظاهر.

سادساً: الإعاقات المصاحبة.

لقد أشار وارين ١٩٧٧ إلى أن العديد من الدراسات التي أجريت حول موضوع ارتباط الإعاقة البصرية بالإعاقات الأخرى، قد ذكرت أن هناك بعض الإعاقات المصاحبة للإعاقة البصرية، وأن أكثر الإعاقات انتشارا بين المعاقين بصريا الإعاقات الأربع الآتية:

- الأضطرابات الانفعالية.
- الإعاقات الجسمية.
- التخلف العقلي.
- الصمم.

اعتبارات أساسية في تعليم المكفوفين:

عند تعريف الكيفيّك كلياً للخبرات التربوية فإنه لا يجب أن يكتفي بلخبرات التي يتعرض لها الطالب المصريين بل لا بد أن يتعرض لخبرات خاصة ووسائل وأدوات وأجهزة خاصة، كما يجب أن نساعده على أن يستخدم معظم حواسه في اكتساب الخبرات التربوية والعلمية (السمع واللمس، والشم، وحتى التذوق)، وهذا فإنه يجب مراعاة الاعتبارات الآتية عند تعليم المكفوفين كلياً:

- ١- الاهتمام بمهارات العناية بالذات والتفاعل الاجتماعي وذلك بالاعتماد على الحواس غير البصرية.
- ٢- إجراء تعديلات في المحتوى العام للمنهج بحيث يختلف منه ما لا يتناسب مع إمكانات وقدرات الكيفيّك، ويضاف إليه بعض الموضوعات المتخصصة التي يحتاجها الكيفيّك في حياته الاجتماعية والمهنية.
- ٣- توفير الأجهزة والأدوات السمعية واللمسية التي تيسر على الكيفيّك فهم الموضوعات الدراسية والتفاعل معها.
- ٤- مراعاة الفروق الفردية بين المكفوفين كلياً، وإدراك أنه رغم اشتراك الطلاب المكفوفين كلياً في درجة الإعاقة البصرية إلا أنهم يختلفون في جوانب متعلقة منها الخبرات المنزلية والاجتماعية، درجة الذكاء، والمشاكل المدرسية التي تواجههم، لهذا فإن أسلوب للتعامل مع هذه الفروق الفردية ومواجهتها هو تصميم برنامج تربوي خاص بكل كيفيّك سواء كان في مدارس وفصول والمكفوفين أو في المدارس العادية.
- ٥- توفير النماذج والجسمات التي تمثل المفاهيم البصرية التي ترد في موضوعات المنهج وذلك لتوفير أكبر قدر من الواقعية، وعندما لا تكون هذه النماذج تكبيراً لبعض المفاهيم الدقيقة كالمعشرات مثلاً.
- ٦- التعرض للخبرات المباشرة في البيئة حتى يكتسب تعلمها عنصر الإشارة والتشويق.
- ٧- إتاحة الفرص أمام الكيفيّك لمارسة النشاط الذاتي والقيام بأداء بعض الخدمات لنفسه بنفسه حتى يكتسب الثقة بالنفس.

٨- الاهتمام بأنشطة التربية البدنية والأنشطة الترويحية لما لها من دور في تنمية مهارات التصور الجسми، وإدراك العلاقات المكانية والمساعدة على أداء مهارات التوجة والحركة ببراعة وفاعلية.

٩- الاهتمام بأنشطة الأدبية والاجتماعية والزيارات اليدانية للمراكز الأساسية في المجتمع لما لها من دور في اكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي.

١٠- يراعى عند تصميم مدارس وقصول المكفوفين الحد من العوائق في الممرات وداخل الفصول، وارتفاع مستوى التوافذ خاصة في الأدوار العليا واستخدام الأبواب الدوارة.

١١- يراعى أن لا يتعدى عدد طلاب فصل المكفوفين ٨ طلاب حتى يتمكن المدرس من التعامل معهم بطريقة فردية.

إذن ينبغي على الأبوين أن يتصلا بمدرسة المكفوفين الخلية، بمجرد اكتشافهما أن ولدهما كثيف وضعيف النظر ضعفاً كبيراً، وأن بقاء الطفل المكفوف في بيته في فترة ما بعد الولادة حتى نهاية الطفولة الأولى أمر مرغوب ولا يمنع هذا من استفادة الأسرة من خبرات المدرسة المختصة أو المعهد المختص، وعلى الأم أن تهيء طفلها حالاً يقترب من سن المدرسة الابتدائية، عليها أن تهيئ نفسها لمغادرة البيت والذهاب إلى المدرسة، وذلك بأن تصور المدرسة بوصفها مكاناً ظريفاً يقضى فيه الطفل أوقاتاً حلوة في التعلم واللعب والتعرف إلى الصداقة والأصدقاء.

هذا وتقيم الدول الراقية تربوياً مدارس داخلية (خاصة أو عامة) للمكفوفين يلقى فيها الطالب تعويضاً مناسباً إذا كانت قد فاتته الدراسة النظامية، ففي مثل هذه المدارس معدات ووسائل متقدمة ودراسة عالية ورفيعة القيمة وهي إذا توفرت المدارس الرسمية العامة فإنها تقدم التعليم والتربية للمكفوفين بلا مقابل، ومن مصلحة المكفوفين أن يتلمسوا ويتقنوا طريقة برايل، في القراءة والكتابة وقramm هذه الطريقة حروف نافرة مبسطة تقرأ باللمس بواسطة الأصابع وقد كتبت بواسطة آلات الكتابة الخاصة بهذه الطريقة فهي تغني ثقافة الكثيف وتعتبر من أفضل ما قدمه البشر من طرق لفaciي البصر، والأطفال يتلمسون برايل بسرعة ويقرؤون فيها بسهولة ويسر، وهي وإن كانت بطيئة بعض الشيء إلا أنها قابلة لأن تردد

إذن الهدف الأساسي من تأهيل المكفوفين هو إعداده للحياة الثقافية والاجتماعية وذلك بجانب تأهيله للحياة الاقتصادية، وهذا يعني التأهيل الكامل للشخص الكفيف، من ثم يعتبر التأهيل التربوي للكفيف الخطوة الأولى والطريق الموصى إلى المراحل الأخرى من التأهيل الشامل للكفيف.

وتعتبر تربية وتعليم الطفل الكفيف تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص، حيث أن للطفل الكفيف الحق في التربية والتعليم كغيره من الأطفال البصريين، وذلك لأنَّه يملك الأسس والقدرات العقلية الضرورية لعملية التعلم، ومن حق الكفيف أن يبني نفسه وأن يشتراك في حياته الاجتماعية حسب ما تؤهله له إمكاناته الخاصة.

هذا ومن أهم واجبات وأهداف تربية المكفوفين هي: إعداده للحياة بعد تدريب حواسه الباقية ليصبح عضواً فعالاً في مجتمعه، أي أن انبعاث الكفيف في عالم البصريين يتأتى عن طريق تربية حواسه الباقية وإعداده بالوسائل المساعدة.

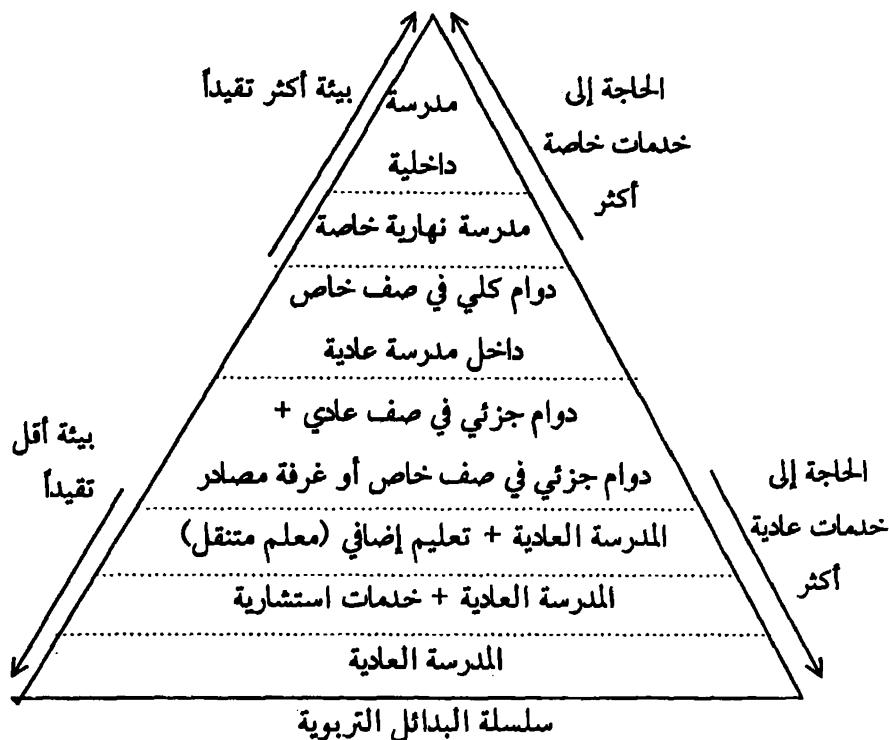
البرامج التربوية المقدمة للمعاقين بصريًا:

وهي طرق تنظيم تعليم وتربيَّة المعاقين بصريًا، ويمكن أن تميَّز في هذا المجال أكثر من طريقة لتنظيم البرامج منها:

١- يتضح من الشكل أنَّ المعاقين بصريًا يتواجدون في المدرسة العادية ويستعينون ببعض المعينات البصرية والتعديلات الصحفية الممكنة في ظروف المدرسة العادية، هؤلاء الأفراد يستطيعون الاستفادة من الخبرات العادية في المدرسة وقد يحتاجون بدرجات متفاوتة إلى خدمات استشارية يقدّمها أخصائي التربية الخاصة للمعلم العادي.

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

٣- كلما انتقل الطفل إلى أعلى المرم في المكان التربوي، زادت حاجاته الخاصة وانتقل إلى بيئة أكثر تقييداً، أي بيئة مصممة خصيصاً لتلبية حاجة خاصة، وهذه البيئة عادة تختلف عن البيئة العادية ويبتعد الفرد فيها عن الناس العاديين.



إذن طرائق تنظيم البرامج التربوية منها:

- ١- مراكز الاقامة الكاملة للمعوقين بصربيا.
- ٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصربيا.
- ٣- دمج المعوقين بصربيا في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
- ٤- دمج المعوقين بصربيا في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

العناصر الرئيسية للمنهاج:

تشمل مناهج الأطفال المعوقين بصربيا إضافة إلى الأهداف التربوية التي يتوخى تحقيقها في تربية الأطفال، أهدافا إضافية خاصة لا يحتاج إليها الأطفال البصررون، وهذه الأهداف الإضافية هي:

- ١- تنمية الاستعداد للدراسة.
- ٢- استثمار القدرات البصرية المتبقية.
- ٣- تطوير مهارة الاستماع.

- ٤- تطوير مهارة الحركة والتنقل.
- ٥- تنمية المهارات الحياتية اليومية ومهارات العناية بالذات.
- ٦- تطوير مهارات التواصل.
- ٧- استخدام الأدوات والمعدات الخاصة.

من أساليب التواصل التي يستخدمها المعوقين بصرياً ما يلي:

أولاً: مهارة القراءة والكتابة (طريقة برايل للقراءة والكتابة)

تقوم طريقة برايل على تحويل الحروف المجانية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة والتي تشكل بدليلاً لتلك الحروف المجانية، وتعتبر الخلية هي الوحيدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة حيث تتكون الخلية من ست نقاط على الشكل

التالي:

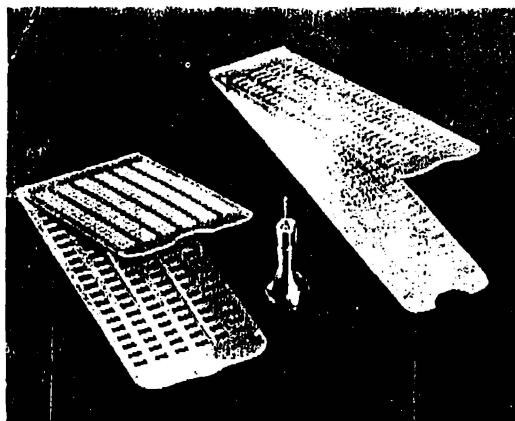
١.	.	٤
٢.	.	٥
٣.	.	٦

خلية برايل

ويمثل الشكل الخلايا الممثلة للحروف المجانية وللأرقام وفق طريقة برايل.

- أدوات كتابة برايل:

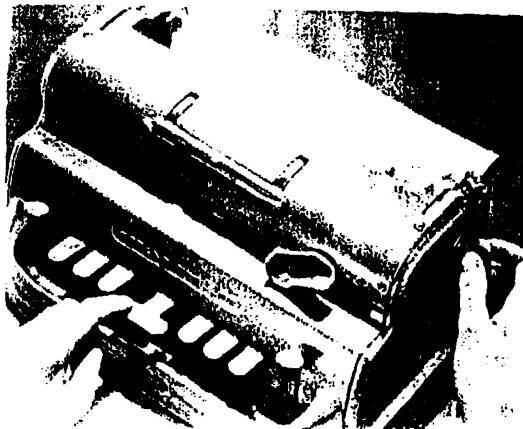
يعتمد المعاقون بصرياً على كل من آلة برايل الكتابية ولوحة وقلم برايل بشكل أساسي في كتابة برايل سواء كان ذلك في المدرسة أو في المنزل أو مكان العمل.



لوحة وقلم الكتابة ببرail

- آلة برايل الكتابية:

تعتبر آلة بيركز لكتابية برايل التي تم تطويرها في مطابع هاوبعهد بركنز للمكفوفين في بوسطن عام ١٩٥٠ من أفضل الآلات المستخدمة في كتابة برايل لأنها مصممة بحيث تحافظ على سلامة النقط وسلامة الورقة عند تحريك الورقة إلى أعلى وأسفل.

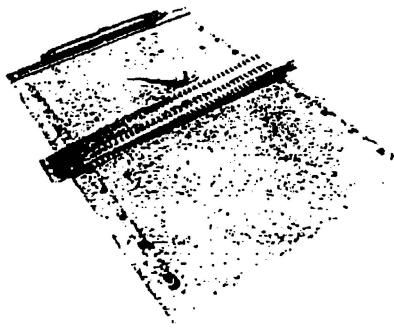
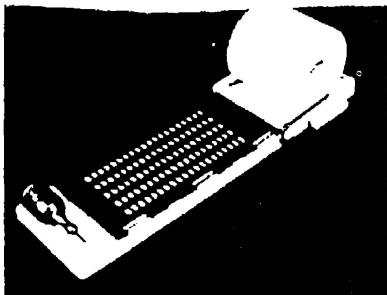


آلة بيركز

- لوحة برايل والقلم:

لوحة برايل عبارة عن إطار معدني أو بلاستيكي يثبت على الورقة الخاصة بكتابية برايل، وللوحة مكونة من جزئين جزء خلفي ويشتمل على مجموعات من خلايا برايل، ويوجد لكل خلية ست نقاط مضغوطه، أما الجزء الثاني فهو الجزء الأمامي ويوجد عليه عدد من المستطيلات العمودية المفتوحة وتشتمل على ست فجوات كل فجوة متصلة بواحدة من النقط ست.

أما القلم فهو يشبه المثقب الذي يستخدم في صناعة الأحذية إلا أنه مدبب الطرف ويستخدم القلم في ضغط النقطة في الوضع المناسب لكل خلية كما في الشكل.



- الآلة الكاتبة :

تعتبر الكتابة على الآلة الكاتبة من المهارات الأساسية التي يجب أن يتقنها المعاقين بصرياً سواء كانوا مكفوفين كلية أم مبصرين جزئياً، ويمكن للكيفيّن كلية أن يستخدم نفس الآلة الكاتبة التي يستعملها البصر وذلك بعد التدريب على استخدامها، أما ضعيف الإبصار فهو في حاجة إلى أن يستخدم الآلة الكاتبة ذات الخط الكبير حتى يتسعى له قراءة ومراجعة ما يكتب.

- الاوبيكون (Optacon) :

هو أداة الكترونية تقوم بتحويل الكلمة المطبوعة إلى بديل لسي.

- جهاز فيرسابريل (Versa Braille) :

يُعمل الجهاز بطريقة مشابهة لعمل الكمبيوتر فهو يقوم ب تخزين و تبديل و تطليم المعلومات بطريقة برايل كما يمكن إضافة أو حذف واستبدال الكلمات أو زنة فيه، إضافة إلى استدعاء المعلومات التي سبق تخزينها عند الحاجة إليها، يمكن توصيل الجهاز بطابعة و تحويل النص المكتوب بطريقة برايل إلى الكتابة العادي، كذلك يمكن توصيل آلة برايل الطابعة بهذا الجهاز ليتم عن طريقها تحويل النص المخزن على الشريط إلى ورق برايل العادي.

ثانياً : مهارة الاستماع وأجهزة التسجيل .

تعتبر أجهزة وأشرطة التسجيل من المعينات السمعية التي يستعملها المعاقون

بصرياً في تسجيل المواقف الدراسية والاستماع إليها، بالإضافة إلى استخدامها في تسجيل الأسئلة والإجابة عليها، وفي أداء الواجب المدرسي كالطالعة والتعبير وغيرها من الواجبات المدرسية.

آلية كرزويل للقراءة (Kurzwell Reading Machine) :

تعتبر آلية كرزويل للقراءة من التقنيات الأكثر تعقيداً للمكفوفين، تشبه هذه الآلة آلية التصوير حيث يوضع الكتاب عليها وتعمل كاميرا على تصوير ما هو مكتوب على الصفحات ويقوم الكمبيوتر بقراءته بصوت مسموع، ويعمل الكمبيوتر في هذا جهاز وفق القواعد اللغوية المخزونة في ذاكرته، ويتمتع الجهاز بامكانيات كبيرة تتيح فرص تعلم جيّلة للقارئ، فإذا أراد القارئ تحديد كلمة في صفحة معينة يستطيع الوصول إليها عن طريق تعلم استخدامات الجهاز، ويطلب استخدام الجهاز تدريساً كافياً على كل الملاحقات والمفاتيح ليتمكن الفرد من الاستفادة منه بشكل جيد.

ثالثاً : مهارة فن الحركة.

تعتبر مشكلة الانتقال من مكان لأنّ آخر من أهم المشكلات التكيفية والتي تواجه المعلق بصرياً، ونّاحية ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكافيف كلياً)، لذا يعتبر اتقانه لمهارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين يعتمد على حاسة اللمس اعتماداً أساسياً في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس، أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق (صباحاً) ونحو الغرب (مساءً) كما قد يوظف حاسة السمع في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت.

ويتم تدريب الطلاب المعوقين بصرياً على مهارة فن الحركة باستخدام التدريب الفردي، حيث أن لكل طفل قدراته الخاصة، وهناك بعض الأساليب المستخدمة لتدريب المكفوفين منها:

1- المرشد البصري.

- العصا البيضاء.
- الكلاب المرشلة.
- النظارة الصوتية.
- الأجهزة الصوتية منها التي يوضع حول العنق، أو الذي يحمل باليد.
- عصا الليزر.

رابعاً : مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الابكس (ABACUS)

يعتبر العداد الحسابي من الآلات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية، فقد ظهرت هذه الآلة في دول شرق آسيا والصين واليابان وما زالت مستعملة حتى الآن، وقد طورت هذه الآلة لتساعد المعاين بصرياً على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للإعداد والكسور، كذلك حساب النسبة والجذر التربيعي.

- لوح تيلر أو طريقة تيلر :

الاختلاف بين طريقة تيلر في الحساب وبرايل في الكتابة هو اختلاف في شكل الوحلة الأساسية للطريقة، وفي طريقة برايل للكتابة تكون الوحلة من ست نقاط، أما في طريقة تيلر للحساب فت تكون من لجمة ذات ثمانى زوايا يمكن عن طريق الضغط على مواضع مختلفة من هذه النجمة أن تحصل على تكوينات أو تركيبات مختلفة لكل منها مدلول حسابي.

- الآلة الحاسبة الناطقة :

هي عبارة عن آلة حاسبة مزودة بجهاز لتسجيل العمليات الحسابية ونطقها فوراً، وبذلك يتمكن المعلم بصرياً من إجراء جميع العمليات الحسابية على هذه الآلة الحاسبة الناطقة التي تقوم باعطاء النتائج فور الانتهاء من إجراء العمليات الحسابية، وقد تزود هذه الآلة بسماعة اذنية تستعمل اذا أراد المعلم بصرياً القيام بعمليات حسابية يسمعها هو فقط دون الآخرين.

خامساً : مهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية.

يقصد بذلك تنمية مهارة ما تبقى لدى المعاين بصرياً من قدرة بصرية، إذ تتمكن نسبة من المعاين بصرياً من قراءة الكلمات المطبوعة بالقدرة البصرية المتبقية لديهم، وقد تم تمية هذه المهارة بعده طرائق منها استخدام النظارات المكبرة، أو استخدام الكتب المطبوعة مقارنة مع طريقة برايل أو الاوينتون.

- الكتابة اليدوية :

من الضروري لضعيف البصر أن يتعلم الكتابة اليدوية ويعتمد عليها بشكل أساسي في تعليمه المدرسي سواء كان التعليم في إحدى فصول أو مدارس التربية الخاصة، أو منذجاً في أحد فصول المدارس العادية مع المبصرين، وأشار ريان (1981) إلى أن الطالب ضعيف الإبصار يستخدم في الكتابة اليدوية نفس الأدوات التي يستخدمها الطالب البصر، والاختلاف الوحيد بينهما هو أن ضعيف الإبصار يستخدم الأقلام ذات الخط الأسود الغامق الكبير والورق ذي اللون البرتقالي أو الأصفر الفاتح والسطور الواضحة المتباينة.

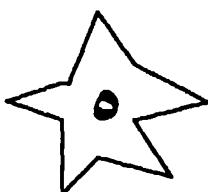
سادساً : مهارة استعمال الحاسوب.

يقصد بذلك تنمية مهارة استخدام الحاسوب في الحصول على المعلومات من قبل المعاين بصرياً، ففي عام 1975م بدأ قسم الحاسوب في جامعة ولاية متشجان الأمريكية بالعمل والبحث في مشروع اللغة الصناعية أو ما يسمى باللغة المنطقية أو المكتوبة باستعمال الحاسوب، وهذه اللغة تشبه إلى حد كبير اللغة العادية الطبيعية ويهدف المشروع إلى تطوير نظام صوتي بديل عن نظام الصوت الإنساني الطبيعي ليساعد الأفراد ذوي المشكلات البصرية على الاتصال مع الآخرين كالمكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي وذوي المشكلات التعبيرية اللغوية.

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

- تعريف الإعاقة السمعية.
- تصنيفات الإعاقة السمعية.
- الجهاز السمعي عند الإنسان.
- أسباب الإعاقة السمعية.
- نسبة الإعاقة السمعية.
- قياس وتشخيص المعاقين سمعياً.
- خصائص المعاقين سمعياً.
- البرامج التربوية للمعاقين سمعياً.
- الاستراتيجيات لتعليم المعاقين سمعياً.
- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال ضعاف السمع.
- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم.



الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

Hearing Impairment

مقدمة:

أخذت المجتمعات في عالمنا المعاصر بالعناية بالمعاقين سمعياً ومساعدتهم والأخذ بيدهم للتخفيف من المعاناة التي هم فيها، وقد عمد الباحثون إلى ايجاد الوسائل الكفيلة بتحسين حالة هؤلاء ليكونوا إلى حد ما بمستوى الأصحاء، وأن من المسلمات التربوية أن لكل طفل الحق في الحصول على التعليم، لا فرق بين سوي وعمق، كما أن أغراض التربية وأهدافها متماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال رغم أن التقنيات اللازمة لمساعدة تقدم كل طفل على حلة قد تختلف قوته ومقداراً حسب نوعية الطفل ودرجة إعاقته.

تعريف الإعاقة السمعية:

يضم التعريف التي تقوم على ما أوصي به مؤقر البيت الأبيض عن صحة الطفل والتي عقد عام ١٩٣٣م وأوصى بالتعريف التالية:

١- **الأطفال الصدف (Deaf)** : هم أولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تماماً، أو يفقدون السمع بدرجة تكفي لإعاقة بناء الكلام واللغة، وأيضاً الأطفال الذين يفقدون السمع في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة بحيث تصبح القدرة على الكلام وفهم اللغة من الأشياء المفقودة بالنسبة لهم للأغراض العملية.

٢- **ضعف السمع (Hard of Hearing)** : هم أولئك الأطفال الذين تكون قد تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، ثم تطورت لديهم بعد ذلك الإعاقة في السمع، مثل هؤلاء الذين يكزنون على وعي بالأصوات

ولديهم اتصل عادي أو قريب من العادي، بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه.

أما الروسان ١٩٩٦م فيعرف الإعاقة السمعية بما يلي:

١- **الطفل الأصم (Deaf Child)** : هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره كنتيجة لذلك فلم يستطع اكتساب اللغة، وبطريق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم (Deaf Mute Child).

٢- **الطفل الأصم جزئياً (Hard of Hearing)** : فهو ذلك الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية و كنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب و درجة إعاقة السمعية.

تصنيفات الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية وفق بعدين رئيسيين:

١- **العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية**، وتصنف وفق هذا البعد إلى:

أ- **صمم ما قبل اللغة (Prelingual Deafness)** : يطلق على هذا التصنيف تلك الفئة من المعاقين سعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة اي قبل سنة الثالثة، وهذا يترك آثاراً سلبية على ثبو الطفل اللغوي لأنه يفقد كثيراً من المثيرات السمعية، مما يؤدي إلى محدودية خبراته وقلة تنوعها، ويكون غير قادر على تعلم الكلام واللغة، والطفل الذي يولد أصلاً معرض لأن يصبح أبكم اذا لم يحصل على تدريب خاص في استخدام اللغة، وفي العادة يتحقق هؤلاء الأطفال بمدارس خاصة تقدم لهم خدمات تربوية وتعليمية خاصة بهم.

ب- **صمم ما بعد اللغة (Postlingual Deafness)** : يشير إلى الصمم الذي يصيب الأطفال بعد بلوغهم سن الخامسة اي بعد اكتسابهم الكلام واللغة، حيث تكون قد تتوفر لديهم مجموعة من المفردات اللغوية وهم يستطيعون الحافظة عليها أو تقويتها اذا تتوفر لديهم الرعاية التربوية اللازمة.

٢- **مدى الخسارة السمعية**؛ وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى أربع

فatas حسب درجة الخسارة السمعية والتي تقايس بوحدات تسمى ديسبل (Decible)، وقد وضع المكتب الدولي للسمع والصوت أربع مستويات في تحديد درجة فقدان السمع، وهذه المستويات هي:

أ- فتة الإعاقة السمعية البسيطة (Mild Hearing Impaired): وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفتة ما بين ٢٠ - ٤٠ db، وهنا بعض أجزاء الكلمات لا تسمع جيدا، كذلك الصوت ضعيف.

ب- فتة الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderately hearing Impaired): وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفتة ما بين ٤٠ - ٧٠ db، واستعمل آلة السمع ضرورية لأن الصوت العالى لا يسمع.

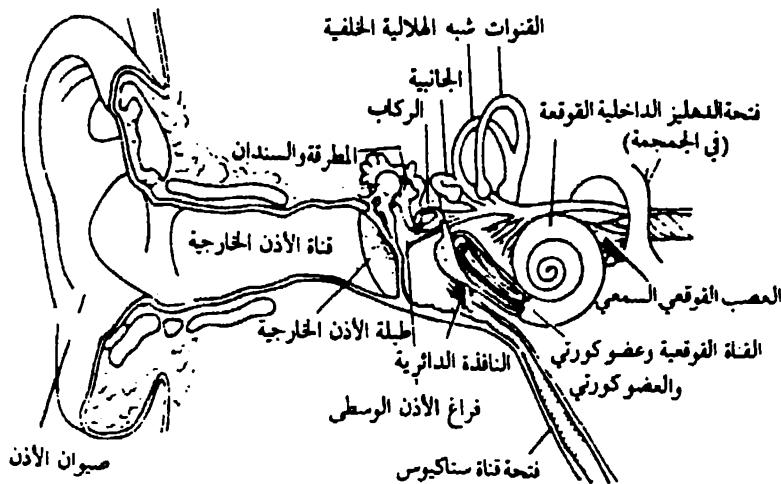
ج- فتة الإعاقة السمعية الشديدة (Severely Hearing Impaired): تتراوح قيمة الخسارة السمعية لهذه الفتة ما بين ٧٠ - ٩٠ db، ينعدم سمع الكلام واستعمل السمعاء ضروري كذلك التدريبات الصوتية.

د- فتة الإعاقة السمعية الشديدة جدا (Profound Hearing Impaired): تزيد قيمة الخسارة السمعية لهذه الفتة عن ٩٢ db، يبقى الطفل أبكم اذا لم يتلقى تربية متخصصة، وإذا لم تتوفر له آلة السمع، وإذا لم تتبع عائلته النصائح والتوجيهات الضرورية.

الجهاز السمعي عند الإنسان :

وظيفة الجهاز السمعي عند الإنسان هو تحويل الإشارات الصوتية الخارجية المبنية من مصادر البيئة إلى خبرات مفهومة ذات معانٍ محدودة، وهذا الجهاز يتكون مما يلي:

١- الأذن الخارجية: وتمثل الأذن الخارجية الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من صيوان الأذن، وتنتهي بطبقة الأذن، ومهام الأذن الخارجية تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الأذن.



صورة الأذن

٢- الأذن الوسطى: وهي الجزء الأوسط من الأذن، وتتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية هي المطرقة، الركلب والستدان، ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية.

٣- الأذن الداخلية: وهي الجزء الداخلي من الأذن وتتكون من جزئين رئيسيين الدهليلز والقوعة، ومهمة الدهليلز، والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية، الحافظة على توازن الفرد أما مهمة القوعة فهي تحويل الذبذبات الصوتية من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل إلى الدماغ بواسطة العصب السمعي.

آلية السمع :

تتم آلية السمع في ثلاثة مراحل :

١- المرحلة الأولى : في الأذن الخارجية : يقوم صيوان الأذن بالالتقط الذبذبات الصوتية وتحميها، وتنقل عبر القناة السمعية إلى الطبقة وتهتز الطبقة، وتعتمد شدة اهتزازها على شدة الذبذبات الصوتية وزخمها.

٢- المرحلة الثانية : في الأذن الوسطى تنتقل الذبذبات الصوتية من الطلبة إلى المطرقة المثبتة على جدار الطلبة من جهة الأذن الوسطى، وحسب مبدأ عمل الروافع تنتقل الذبذبات إلى السنдан ومن ثم إلى الركاب إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزه إلى الفتحة أو النافذة البيضاوية حيث تكون هناك نقطة الالقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية، من هنا نرى أن وظيفة العظيمات هي نقل الذبذبات وتضخيمها وتركيزها.

٣- المرحلة الثالثة : في الأذن الداخلية : تغير العملية في الأذن الداخلية خاصة قنوات القوقة والتي تحول الذبذبات الصوتية إلى سيلات عصبية.

أسباب الإعاقة السمعية :

ترجع الاعاقات السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي، والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات اصل جيني، وبوجه عام تصنف العوامل التي تؤدي إلى إعاقة في السمع إلى ثلاثة أنواع رئيسية طبقاً للزمن الذي تحدث فيه الإصابة:

أ- عوامل تحدث قبل الولادة.

ب- عوامل تحدث أثناء الولادة.

ج- عوامل تؤثر فيما بعد الولادة.

تتضمن العوامل التي تلعب دورها فيما قبل الولادة: تسمم الحمل، والولادة المبتسرة، (قبل الموعد الطبيعي)، والتزيف الذي يحدث قبل الولادة، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية، والالتهابات التي تصيب الغدة التكفيية، والزهري، وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل مما يؤثر على الجهاز السمعي عند الجنين.

أما العوامل التي تصاحب عملية الولادة فتشمل: الولادة التي تطول مدةها، والولادة المتشترة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين، والتهاب أغشية المخ التي قد تحدث للوليد، وإصابة الوليد بالالتهاب السحائي.

اما الأسباب الوراثية فهي تصلب أنسجة الأذن، عدم كفالة العامل الرأيزيسبي RH، خلل في أعضاء الأذن الداخلية، إصابة العصب السمعي، وهناك أسباب لا ترجع إلى أصول جينية منها استخدام العقاقير، والفيروسات، وأمراض تصيب الأذن الداخلية (مثل الحصبة، الأنفلونزا)، أمراض تصيب الأذن الوسطى (صديد في الأذن الوسطى)، كما يمكن تقسيم اسباب الاعاقة السمعية حسب مكان الإصابة في الأذن وهنا يمكن أن نميز مجموعات منها:

١- فقدان السمع التوصيلي (Conductive Hearing Loss)

هو عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والأذن الوسطى مع بقاء الأذن الداخلية سليمة، ولا تكون الإعاقة في إدراك الأصوات وتعييزها وإنما في توصيل الأصوات إلى جهاز التحليل الداخلي، غالباً ما تكون الخسارة السمعية أقل من ٦٠ وحدة ديبسيل والتي ترجع إلى أسباب منها وجود انسداد في قنة الأذن الخارجية وينتتج عن وجود ملاط شمعية جافة أو جسم غريب، مثل حصبة أو خرزة، أو يكون خلقياً أو ناتجاً عن التهابات جلدية، كذلك وجود ثقب في طبلة الأذن نتيجة التهابات الأذن الوسطى أو حادثة أو صفعة على الأذن، أو وجود التهابات في الأذن الوسطى (نخور صدید من الأذن)، أو وجود التهابات في اللوزتين واللحمية خلف الأذن وانتشارها إلى الأذن (أو سد قنة استاكيوس)، أو تصلب عظمة الركاب وهو مرض وراثي يصيب الإناث ويسمى الاوتوسكلروزز (Otosclerosis).

٢- فقدان السمع الحسي العصبي (Sensorineural Hearing Loss)

وهو ناتج عن خلل يصيب الأذن الداخلية، وعلى الرغم من سلامه الأجزاء الأخرى من الأذن فإن المشكلة تكمن في تحليل الصوت وليس في توصيله، غالباً ما تكون الخسارة السمعية أكثر من ٦٠ db، ومن أسبابه الأسباب الوراثية منها عدم اكتمال تكوين الأذن الداخلية في الجنين أو ضعف الخلايا السمعية أو ضمور العصب السمعي، كذلك الأسباب المكتسبة - الأمراض - منها التهاب السحايا والتهاب الدماغ وكسر الجمجمة، أمراض السرطان، والأمراض الفيروسية مثل الحصبة، كذلك نقص الأكسجين أثناء الولادة أو تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب، أو الضجيج العالى وثقب الطبلة أو إصابة الأم بمرض الزهرى.

٣- فقدان السمع المختلط (Mixed Hearing Loss)

هو عبارة عن فقدان سمع توصيلي وفقدان حسي عصبي، ويكون هذا النوع نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث أو في جزئية معا، وأسبابه وأعراضه جميع أعراض التوصيلي والعصبي.

٤- الإعاقة السمعية المركزية (Central Hearing Loss)

تشمل الخلل الواقع بين منطقة المخ والقشرة الدماغية وقد تحدث نتيجة لحدوث مرض السرطان أو التهاب السحايا.

٥- الإعاقة السمعية غير العضوية أو النفسية (Non Organice Impairment)

تحدث هذه الإعاقة نتيجة لظروف نفسية بيئية مختلفة وليس نتيجة لأسباب عضوية مثل الظروف البيئية كالرسوب المدرسي المتكرر خاصية في سن المراهقة وظهور كأسلوب دفاعي، أو كمنفذ للهروب من موقف معين مثل الخدمة العسكرية أو النهاي إلى المعركة.

نسبة الإعاقة السمعية:

يتمتع حوالي ٩٩٪ من الأفراد بالقدرة على السمع بشكل عادي ولكن نسبة من الأفراد تتراوح ما بين ٠,٥٪ لا يحظون بالقدرة على السمع لأسباب علة، وهو ما يطلق عليه مصطلح الإعاقة السمعية.

قياس وتشخيص الأطفال المعاينين سمعياً:

أهمية قياس السمع:

إن معرفة حلة السمع في سن الطفولة المبكرة لها أهمية خاصة، لأن هذه السن هي سن تكوين اللغة وتطورها ومعرفة الكلام، واي ضعف في السمع سيتغلل من غير شك في غم اللغة عند الأطفال وعلى الثروة اللفظية والكلام والنطق.

خطوات التعرف على المعوق سمعياً:

١- على فريق التقييم متعدد التخصصات أن يجري تقويمًا تربويًا شاملًا لتقييم

القدرة العقلية العامة والتحصيل الأكاديمي الحالي والسلوك الاجتماعي والاتجاهات نحو فقدان السمع ومفهوم الذات، ويعتبر التقويم الكامل للنطق واللغة عنصرا هاما وضروريا في التقويم التربوي حيث يجب أن يتم تحديد مهارة الطالب في اللغة الاستقبالية والتكاملية والتعبيرية ومهارات النطق القرائي وتطور اللغة وخصائص الكلام المنطوق.

- ٢- التأكد من أن جميع الاختبارات قد أجريت بطريقة التواصل الرئيسية لدى الطالب.
- ٣- الحصول على التاريخ التطوري والنمائي للطالب من الأهل أو أولياء الأمور، فمن المهم تحديد العمر الذي وقعت فيه الاصابة، كذلك يجب تحديد أو التعرف على تقبل المشكلات المحتملة والاتجاهات نحو المدرسة.
- ٤- الحصول على نتائج الفحوص والوصيات من الطبيب المختص في مجال السمع.
- ٥- الحصول على نتائج الفحوص السمعية الكاملة والوصيات من أخصائي السمع المؤهل، ويجب أن يشتمل التقرير على طبيعة الإعاقة والفقدان السمعي.
- ٦- مراجعة التعريفات والإجراءات الخاصة بالتقدير التربوي للمعوقين سعياً والتأكد من تطبيقاتها.
- ٧- مراجعة جميع البيانات التي يجب استخدامها في تحديد ما إذا كان الطالب معوقاً أم لا.

طرق قياس وتشخيص القدرة السمعية :

- يمكن قياس وتشخيص القدرة السمعية وفق عد من الطرق، حيث تقسم الطرق إلى مجموعتين:
- ١- تمثل الطرق التقليدية في القياس للقدرة السمعية ومنها مناداة الطفل باسمه، وطريقة سعاع دقات الساعة.
 - ٢- تمثل الطرق العلمية الحديثة في قياس القدرة السمعية، غالباً ما يقوم بإجراء هذه الطرق أخصائي في قياس القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (Audiologist) وهي:

أ- طريقة القياس السمعي الدقيق (Pur Tone Audiometry) : وفي هذه الطريقة يحدّد أخصائي السمع درجة عتبة القدرة السمعية بوحدات تسمى هيرتز (Hertz) والتي تمثل علد الذبذبات الصوتية في كل وحنة زمنية، ويوحدات أخرى تعبّر عن شدة الصوت تسمى ديسبل (Decible, db) حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد بوضع ساعات الأذن على أذني المفحوص، ولكل أذن على حلة، ويعرض على المفحوص أصواتا ذات ذبذبات تتراوح ما بين ١٢٥-٨٠٠٠ وحنة هيرتز، وذات شدة تتراوح ما بين صفر إلى ١١٠ وحنة ديسبل، وعلى ضوء ذلك يقرر الفاحص مدى التقاط سمع المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة، ويمثل الجدول التالي درجات القدرة السمعية مقاسة بوحدات الديسبل:

وحدة ديسبل	درجة القدرة السمعية
٢٠ - ٠	السمع العالي
٤٠ - ٢٠	الإعاقة السمعية البسيطة
٧٠ - ٤٠	الإعاقة السمعية المتوسطة
٩٠ - ٧٠	الإعاقة السمعية الشديدة
أكثر من ٩٢	الإعاقة السمعية الشديدة جدا

ب- أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية الحديثة التي يستخلصها أخصائي التشخيص فهي الطريقة المسماة باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry) ، وفي هذه الطريقة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصواتا ذات شدة متدرجة ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه.

ج- أما الطريقة الثالثة فهي طريقة الاختبارات التربوية المقنتة وفي هذه الطريقة يستخدم الأخصائي اختبارات التمييز السمعي المقنتة، ومنها مقياس وبيمان للتمييز السمعي، ومقياس جوللمان فرستو ودكوك للتمييز السمعي، ومقياس لنداخود السمعي وتعتمد أساليب قياس المعايير سمعياً على اختبارات أدائية.

د- ومن الطرق النقيمة الأخرى الطرق الكهروفيزيولوجية، عندما يكون عمر الطفل من ستين إلى ثلاث سنوات، إن كان لا يعاني من اضطرابات عصبية ونفسية مرافقه فإن مقياس السمع لا بد وان يعطي منحنيات صحيحة دون الحاجة إلى الطرق الكهروفيزيولوجية، كما يمكن استعمال طرق رد الفعل أو ما يسمى طرق رد فعل التوجيه المقيدة (Reflexd Orientation Conditionne) ولكن كما في حالة الأطفال الأقل عمرًا من الضروري في بعض الأحيان الاستعانة بالطرق الكهروفيزيولوجية لتحديد مستوى ما.

هـ- عندما يتراوح عمر الطفل بين ثلاث وست سنوات تكون الفحوصات تقريرًا مشابهة لفحوصات الكبار ولكن بمساعدة (Conditionnment) بواسطة جهاز (Peepshow) أي ظهور صورة صغيرة على شاشة عندما يخرج الصوت المستعمل في الفحص، ويشير الطفل إلى الصور عندما يطلب منه ذلك بشدة صوتية محددة، لكن لا يمكن استعمال هذه الطريقة إلا إذا كان الطفل يملك الكلمات التي تمكنه من تعين الأشياء الممثلة في الصورة المعروضة.

المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية:

- ١- تظهر على المصاب عيوب في الكلام مع أصوات غير واضحة وغريبة، والالتزام ببنية واحدة عند التحدث، أو بمحنة بعض الحروف، وقد يتوقف الطفل عن إصدار الأصوات منذ الأشهر الأولى وهذا يرتبط بدرجة الإصابة لديه.
- ٢- يلاحظ أن الطفل المصاب بقصور في سمعه أن حالته الدراسية ردئه بوجه عام وعلى الأخص في الاختبارات الشفوية.
- ٣- عدم الانتباه والاهتمام بالأنشطة التي تطلب الاستماع ونشاطات شفهية، وهذا يتمثل بعدم الرغبة عند المصاب بالاتصال بالأخرين فيحب العزلة والانطواء.
- ٤- الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع، وعدم الارتياب لوجود أصوات غريبة في الأذنين أو رنين مستمر.
- ٥- الخرصن على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.

- ٦- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حين يتكلم بصوت طبيعي.
- ٧- يقوم بلف رأسه ويبيل جانباً نحو المتكلم ليسمع أكثر.
- ٨- أعراض البرد المتكررة وإفرازات الأذن وصعوبة في التنفس نتيجة الالتهابات الحادة في الأذن الوسطى أو في مجرى التنفس.

خصائص المعاينين سمعياً:

لقد عملت أبحاث للتعرف على خصائص الطفل المعاين سمعياً، ونتيجة لإصابته بالإعاقة السمعية يترتب عليها آثار في خصائص هؤلاء الأشخاص، ومن تلك الآثار تأخر في النمو اللغوي، وتتأخر في النمو العقلي والمعرفي، وتتأخر في النمو اللغطي، وتتأخر في النمو الانفعالي واضطرابات في التفاعل مع الأحداث واضطرابات في النمو الاجتماعي، والمحارفات خلقية، وفقدان المرونة في التفكير، واضطرابات في ثغر الشخصية والمقدرة على التكيف.

وتأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل منها: نوع الإعاقة السمعية، وعمر الشخص عند حدوث الإعاقة، شدة الإعاقة، سرعة حدوث الإعاقة، القدرات السمعية المتبقية وكيفية استثمارها، الوضع السمعي عند الوالدين، سبب الإعاقة، الفئة الاجتماعية والاقتصادية وغير ذلك، ومهما يكن من أمر فمن المتوقع أن تؤثر الإعاقة السمعية على الخصائص النهائية المختلفة ذلك لأن مظاهر النمو متربطة ومتداخلة.

١- الخصائص اللغوية:

نظراً لاعتماد النمو اللغوي على السمع وتأثيره به فمن المهم أن ندرس الآثار اللغوية الناجمة عن القصور السمعي، إذ يعتبر ضعف الأطفال بقصور سمعي حاد أو شديد من المهارات اللغوية من أبرز المشاكل التي يعانون منها نتيجة لقصورهم، وعلى وجه التحديد فإن ضعف هؤلاء الأطفال وعجزهم عن فهم اللغة السائدة في بيئتهم أو التحدث بها من أخطر المشاكل التي يواجهونها، ولا يقلل من خطورة هذه المشكلة براعة الصم وخبرتهم في فهم واستخدام لغة الإشارة اليدوية المتداولة بينهم كمجموعة ذات خصائص واحدة، إذ أن خبرتهم هذه تعينهم على فهم اللغة السائدة في مجتمعهم أو التحدث بها، وهذا هو الفارق الأساسي بين الصم ومجتمع العدليين في سمعهم.

وقد قام لينبرج بايراد حجج يثبت من خلالها ما اسمه "بالمرحلة الحرجة"، والتي اقترحها كمرحلة لتعلم اللغة، وهذا الافتراض يوصي بأن الكلام أو التحدث هو وظيفة ناجمة عن تغيرات في الجهاز العصبي المركزي بحيث تحدث في مراحل حرجة وخطيرة في ثغر الطفل، فإذا لم يتم اكتساب اللغة خلال مدة الفترة الحرجة التي يكون الطفل فيها مبرجاً من الناحية البيولوجية لاكتسابها فإنه سيواجه صعوبات جمة في هذه العملية، إذ يستطيع الطفل الوليد العادي في سمعه خلال هذه الفترة اكتساب بعض القدرات والمهارات بفعالية أكبر وفي وقت أقصر ويجهد أقل منه في غيرها من الفترات. كذلك مما يدلل على أن الإعاقة السمعية على النمو اللغوي الخفاض أداء المعوقين سعياً على اختبارات الذكاء اللغوية، مقارنة مع أدائهم على اختبارات الذكاء الأدائية، كما يذكر هلهان ١٩٦١م ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي، خاصة لدى الأفراد الذين يولدون صمّه وهي:

- ١- لا يتلق الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين، عندما يصدر أي صوت من الأصوات.
- ٢- لا يتلق الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين، عندما يصدر أي صوت من الأصوات.
- ٣- لا يمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها.
إن ذلك يعني أن الطفل المعلق سعياً محروم من معرفة نتائج أو ردود فعل الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها، وقد يكون ذلك هو السبب في وقف الطفل للأصوات التي يقوم بها في مرحلة المناولة.

قام براونون ١٩٦٦-١٩٦٦م بدراسات لتحليل الاستجابات اللغوية للمعاقين سعياً فوصل لنتيجة أن المعاقين سعياً استخلصوا عند أقل من ظروف الزمان والمكان والأحوال في استجاباتهم، كذلك الضمائر والأفعال المساعدة وبصورة أقل مما استخلصه الأطفال العاديين في استجاباتهم.

أما بالنسبة للتركيب الثنائي للغة المكتوبة فقد أظهرت الدراسات أن كتابات الصم أقل تركيباً وتعقيناً من كتابات العاديين، كما كانت أكثر صلابة وجفاناً وأكثر امتلاءً بالأخطاء في القواعد وال نحو من كتابات أقرانهم من الأطفال العاديين.

٤- الخصائص الجسمية والحركية :

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المعاقين سعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، لكن البعض يعتقد أن هناك ارتباط بين البناء الجسمي والتوازن مثل النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياب والشعور بالقلن، النمط الجسمي المعروف باسم العظمي يرتبط بـالعدوانية والصرامة، وعلى أية حال، الافتراض هو أن مشكلات التواصل التي يعانيها المعاقون سعياً تضع حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها، وإذا لم يزود المدحوع سعياً باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الجسمي.

لذا فالأشخاص المعاقين سعياً لا يمتهنون باللياقة البدنية مقارنة مع الأشخاص العاديين، ويعاني المعاقين سعياً من اضطراب في التأثير الحركي وتبلغ نسبة الأطفال المصابين بضعف التأثير الحركي نحو ٣٠٪ من مجموعة أطفال هذه الفئة. ونعني باضطراب التأثير الحركي: يعتبر على العكس من اتساق التأثير الحركي أو يمكن وصفه بأنه سلوك يتم وفقاً لحركات منتظمة وخططة، كما يمكن وصف التأثير الحركي لدى شخص ما بقدرته على السيطرة على أطرافه والتنسيق بينها بسرعة ويسر، وعلى توجيه حركات وحفظها وتكرار إحداثها دون صعوبة، والقفز وثنبي الجذع إلى أعلى أو أسفل أو المشي، وكذلك الوظائف الحركية الدقيقة كالقدرة على الإمساك بالقلم والتقطيل الأشياء الصغيرة بأطراف الأصابع وتحريك الفكين مع حركات النطق والكلام.

هذا ومن الصعوبة بالنسبة للأطفال المعاقين سعياً ذوي الذكاء العادي والذين يعانون من اضطرابات في تأثيرهم الحركي أن يتعلموا الكلام أو قراءة الشفه أو استخدام البقايا السمعية استخداماً فعالاً ومشمراً.

٣- الخصائص العقلية :

لقد أوضح عالم كبير من الدراسات التي اهتمت ببحث مستوى الأداء النهبي والعقلاني في الصم أن ذكاء الأطفال الصم يشبه في توزيعه وانتشاره ذكاء الأطفال العاديين، كذلك أوضحت هذه الدراسات أن متوسط الذكاء بين مجتمع المعاقين سعياً

يعتبر مساوياً أو مشابهاً لنظيره بين أفراد المجتمع العاديين، ولكن ذلك لا يعني القول أن أتماط النمو النهني والفكري في الأطفال المعاقين سعياً لطابقة لنظرائهم في الصغار والفتىان العاديين المتمتعين بحاسة السمع، إذ أن الحقيقة هي أن عجز هؤلاء الأطفال وقصورهم اللغوي يفوق بل يمنع احتمال تطابق هذه الأتماط بحيث تجعل من الضروري القيام ببناء وتطوير برامج تربوية خاصة تيسّر غواهم الفكري.

ويشير كثير من علماء النفس التربوي إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، ويعني ذلك أداء المعاقين سعياً من الناحية اللغوية، وذلك بلاحظة تدني أداء المعاقين سعياً على اختبارات الذكاء، وذلك بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللغافية، ويشير فيرث وأخرون ١٩٧٣م إلى تشابه عمليات التفكير بين الأطفال العاديين والصم، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الصم في التعبير عن بعض المفاهيم وخاصة المفاهيم المجردة، كما يشير فيرث أن الفروق في الأداء بين المعاقين سعياً، والعاديين تعود إلى النقص الواضح في تقديم تعليمات اختبارات الذكاء وخاصة اللغافية لدى الصم، لا إلى قدرات الصم العقلية، لذا يصعب اعتبار الصم معاقين عقلياً على اختبارات الذكاء بسبب النقص الواضح في قدراتهم إلا إذا صممت اختبارات عقلية خاصة للصم.

٤- التحصيل الأكاديمي:

على الرغم مما ذكرناه من تشابه المعاقين سعياً مع الأطفال العاديين في ذكائهم العام وعملياتهم النهنية إلا أن دراسات كثيرة قد أظهرت بوضوح تخلف المعاقين سعياً من الناحية التحصيلية التعليمية بالمقارنة مع تحصيل أقرانهم العاديين، وبلغ هذا التأخير النراسي في المتوسط العام من ثلاثة إلى خمسة أعوام، علمًا بأن مقدار هذا التأخير يتضاعف مع تقدم عمر المعاقين سعياً، وتعتبر مقدرة التلميذ على القراءة أكثر جوانب التحصيل الأكاديمي أهمية لذا نلاحظ التأخير في التحصيل الأكاديمي خاصة في التحصيل القرائي، وذلك لاعتمادها الشديد على المهارات اللغوية.

وقد وجد فورث ١٩٧١م أن المتوسط العام لمستوى القراءة بالنسبة للتلاميذ المعاقين سعياً لا يتعلن الصيف الثالث الابتدائي، كما وجد جينتايل وهي فرانسيسكا

أن المعوقين سعياً الذين بلغوا عمر السادسة عشرة لم يتجاوزوا في مهاراتهم القرائية أكثر من مستوى الصف الخامس الابتدائي، كما كانت حصيلتهم من المفردات اللغوية شبيهة بمحضلة تلميذ عادي في الصف الثالث الابتدائي، وذكر فورث أن ١٠٪ فقط من المعاقين سعياً يستطيعون القراءة بمستوى أعلى من مستوى طالب عادي في الصف العاشر، كذلك زعم فورث أن نسبة صغيرة فقط من المعاقين سعياً يجيئون فهم اللغة إلى حد كاف يمكنهم من قراءة كتاب مقرر على المستوى الجامعي، ويختلف مقدار التأخير الدراسي في الصم باختلاف الموضوعات الدراسية التي يدرسونها، فهم أقل تأثراً في الموضوعات التي تعتمد على المهارات الميكانيكية كالحساب وتهجئة الكلمات (الإملاء) على حين يزداد تأثراً في الحالات التي تعتمد بصفة كبيرة على التفكير وأعمال الذهن مثل تناسق المعاني وتلازمهما وترتيبها عند كتابة أو قراءة فقرة من الفقرات، كذلك فهم معاني الكلمات واختلافها من إطار لغوي إلى آخر وفهم العمليات الحسابية، وهذا يعني أن مهاراتهم المتصلة باللغة وعمليات التواصل أقل تقدماً وانطلاقاً من المهارات الحركية والحسابية.

إن استخدام الطرق التدريسية المتطرفة في تعليم الأطفال الصم بالإضافة إلى تضاعف عدد الأطفال الذين يكتسبون المهارات اللغوية في المنزل أو في رياض الأطفال أو المدارس التمهيدية قبل التحاقهم بالمدارس بصفة رسمية قد يسهم في التخفيف من تأثراًهم الدراسي.

إذن الاستنتاج العام هو أن المشكلات والصعوبات الأكاديمية تزداد بازدياد شدة الإعاقة السمعية، هذا مع العلم أن التحصيل الأكاديمي يتأثر بمتغيرات أخرى غير شدة الإعاقة السمعية مثل القدرات العقلية، والشخصية، والدعم الذي يلقمه الوالدان، والعمر عند حدوث الإعاقة السمعية، والوضع السمعي للوالدين، والوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

٥- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

إن افتقار الشخص المعوق سعياً إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين وكذلك أمثل التنشئة الأسرية قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي

والاعتمدية، وقد استخلصت علة دراسات مقاييس مختلفة للنضج الاجتماعي مثل مقاييس فانيلاند وتبين أن أداء الأشخاص المعوقين سعياً منخفض مقارنة بأداء الأشخاص العاديين.

ويعتمد التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين سعياً اعتماداً كبيراً على قدراتهم ومهاراتهم في التخاطب والتواصل الفعل، وطبقاً لتعريف التفاعل الاجتماعي للمعاقين سعياً اعتماداً كبيراً على قدراتهم ومهاراتهم في التخاطب والتواصل الفعل، وطبقاً لتعريف التفاعل الاجتماعي واعتباره في الدرجة الأولى تبادلاً للأفكار بين اثنين أو أكثر من الناس فإن اللغة تعتبر حتى الآن أكثر وسائل التواصل شيوعاً على الإطلاق في نقل المعلومات وتبادل الأفكار بين مجتمع السامعين، ونظراً لهذه المنزلة الفريدة التي تتمتع بها اللغة بين وسائل التواصل واعتماد التفاعل الاجتماعي اعتماداً شديداً عليها فليس من العجيب إذن أن يرى كثير من الباحثين والمتخصصين اختلاف سمات المعاقين سعياً وخصائصهم النفسية والاجتماعية عن سمات وخصائص العاديين، ففي دراسة أجريت على أطفال معاقين سعياً تراوح أعمارهم ما بين ١٠-٩ سنوات، وجد مايكل بست ١٩٧٠ إلى أن حوالي ١٠٪ منهم أقل دجأاً من الناحية الاجتماعية مقارنة مع العاديين، وأشارت مينو ١٩٨٠ إلى أن المعوقين سعياً كثيراً ما يتتجاهلون مشاعر الآخرين ويسيئونفهم تصرفاتهم ويفظرون درجة عالية من التمرز حول الذات.

من ناحية أخرى يرى الباحثين أن الدراسات التي أجريت حول السمات الشخصية والاجتماعية للمعوقين سعياً قد أظهرت أن المعوقين سعياً يعانون من عدم الثبات أو الاتزان الانفعالي بالإضافة إلى العصاب وسوء التوافق الاجتماعي وذلك بدرجة أعلى ما يعتبر عادياً بالنسبة لمن يتمتعون بخاصة السمع، أما دراسة بنتر فبيت أن المعلق سعياً أميل للأنطواء وأقل جاً للسيطرة، كذلك أبحاث سبرينغر أيدت أن المعلق سعياً عصبي، وأبحاث برادوي أثبتت أن النضج الاجتماعي للطفل المعلق سعياً يقل عن العادي بنسبة ٢٠٪ ومع نمو الطفل وتطوره فإن توقعات الوالدين قد لا يتم فهمها بسهولة ويسراً، مما قد يؤدي إلى خبرات من الإحباط المتباين بينه وبين والديه، وفي بعض الحالات قد يؤدي إلى قلق الوالدين بسبب الإحباط المتباين

بنيه وبين والديه، غالباً ما يؤدي هذا إلى عدم التكيف في ظل انعدام مهارات فهم اللغة والتعبير عنها.

ويرى ميدو أن الأطفال المعاقين سعياً يعانون بصفة مطردة من مشكلات توافقية وبصورة أكبر من الأطفال العاديين، إذ يملون إلى الصلابة والجفاف في تعاملهم كما يميلون إلى التمركز حول الذات والتهور والاندفاعة كذلك فئة من المعاقين سعياً يميل أفرادها إلى إظهار ميل شديد إلى الحد من مستويات طموحهم رغبة في تفادي الإخفاق والفشل مفضلين ذلك على النضال والكفاح للوصول إلى مستويات عليا من الإنجاز والتقدير.

إذ يعاني المعاقين سعياً من مشكلات تكيفية في ثوهم الاجتماعي والمهني وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم لآخرين سواءً أكان ذلك في مجال الأسرة أو العمل أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، ولذا يبدو الفرد المعاق سعياً كأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثريية التي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصوات، ولذا السبب يميل المعاق سعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات أهمية خاصة بالنسبة لهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط التي ترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والمعاقين سعياً، ولذا السبب نلاحظ ميل الأفراد الصم إلى المهن التي لا تتطلب الكثير من الاتصال الاجتماعي كالرسم والخياطة والتجارة والخداد ... الخ.

أما عن الحياة الاجتماعية للكثير من الصم فإنها تتشابه كثيراً مع نظيرتها في مجتمع الساعدين، فالفرد الأصم متوسط الحال يملك منزلة كما أن له عملاً يؤديه وبخني منه رزقه، كذلك يتزوج وينجب أطفال يرعاهم ويربيهم، كما يمكن المشاركة في الحياة والأنشطة الاجتماعية.

وأشار سيلفر وسيمون إلى أن استخدام الطفل المعاق سعياً الذي يعاني من احتباس الكلام (أفيزيانا) للفنون الجميلة كوسائل للاتصال والتعبير تمكنه من

الذكر، والتخيل، وقدرات التحصيل والتعلم، كما يمكنه الرسم من الاكتشاف، وهذا يؤدي إلى إشباع حاجاته الانفعالية، وينحه الفرصة للنمو العقلي، وتفجر طاقاته الابتكارية خاصة في المناخ الخالي من القلق والتدخل من قبل الآخرين.

البرامج التربوية للمعاقين سمعياً:

وهي طرق تنظيم وتعليم وتربيه المعوقين سمعياً، ويكون أن تميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

- ١- مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين سمعياً.
- ٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين سمعياً.
- ٣- دمج المعاقين سمعياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
- ٤- دمج المعوقين سمعياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وهنالك ثلاثة أنواع للتعليم المدرسي للأصم وضعيف السمع في الاتجاهات الحديثة:

١- المدارس العامة:

يستطيع المصاب بضعف بسيط في السمع الالتحاق بالمدارس العامة للأطفال الأصحاء، وقد يحتاج فقط إلى وضعه في الصف الأول ليكون قريباً من المدرس، وبإمكانه الاستمرار في التعليم ومناقسة أقرانه والمشاركة في كل النشاطات المدرسية والصفية والاجتماعية، ومن الضروري مراقبة تقدمه وعرضه للفحص الطبي لمعرفة إذا كان في حاجة إلى المعين السمعي.

٢- المدارس الخاصة بالصم:

يقبل في هذه المدارس الطلبة المصابين بالصمم بدرجة كبيرة في السنة السابعة من العمر، وهي مجهزة بكل الوسائل السمعية المتقدمة ومكبرات الصوت والمربيين الأخصائيين في تعليم الصم.

٣- وحدة لضعف السمع في المدارس العامة:

لقد دلت التجارب التربوية الحديثة في كثير من البلاد فوائد هذه الوحدات

التي تضم عدداً قليلاً من الطلبة المصابين بضعف متوسط في السمع والذين يحتاجون إلى المعين السمعي وإلى أجهزة مكبرات الصوت خاصة في التعليم الذي يعتمد على إتقان اللغة، ولكن بوجودهم في المدارس العامة يشتركون مع الأصحاء في النشاط المدرسي وقد يستطيع بعضهم عندما يتحسن مستواهم التعليمي الاشتراك مع الطلبة الأصحاء في كثير من الدروس خاصة العملية منها.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة في مراكز التربية الخاصة للمعوقين سعيها من أقدم البرامج التربوية للمعوقين سعياً وتأتي الاتجاه التربوية الحديث إلى درج المعوقين سعيأ في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية، ولكل شكل مبرراته، ومهما كان طريقة التنظيم فهي تتضمن بعض الطرق والبرامج الخاصة به، وذلك لتقديم المساعدة الضرورية للأطفال المعوقين سعيأ للتغلب على مشكلاتهم السمعية والتعليمية، ربما كانت أهم واجبات الأخصائي هي:

- ١- تدريب الأطفال المعوقين سعيأ على الاستخدام الصحيح للمعینات السمعية.
- ٢- تدريب الأطفال على السمع.
- ٣- تعليم الأطفال قراءة الشفاه.
- ٤- تصحيح عيوب النطق والكلام عند هؤلاء الأطفال.

الاستراتيجيات التعليمية للمعاقين سعيأ :

الأطفال المعاقين سعيأ يشكلون في الوقت الحاضر مشكلة تحد للمختصين والدارسين في تعليم وتربيه المعوقين في التعليم الخاص، ومصدر هذه العقبة يعود إلى فهم اللغة اللفظية وصناعة اللغة وإنشاء اللغة اللفظية، إن هاتين المشكلتين يمتهن الصعوبة فاللغة هي وسيلة المعلم والمتعلم، والمعاق سعيأ إذا لم يسمع من الولادة أو بعد الولادة بفترة كافية فإنه لن يستطيع المقدرة على تكوين اللغة، إذن المعاق سعيأ لا يدرك حديث الآخرين، وإن كان بقدر من التدريب يمكن للشخص الأصم من خلال حركة الشفه التعرف على ما يدور أمامه من نقاش، ويصرف النظر عن قدرته على السمع أو قدرته على إدراك كنه الأحاديث التي ينطق بها الآخرون ومع افتراض عجزه عن السمع أو تميز الأصوات فإن المعاق سعيأ قد منع

قلة بصرية تمكنه من أن تعيش عن فقد السمع، وأول ما ينبغي توجيهه من خلصة نحو المدى سعياً هو تعليم الكلام من خلال المعاهد المعلنة لذلك، ولكي يتكلم الفرد فإنه يستعين بأعضاء وأنشطة مختلفة من جسمه، ولكل منها وظيفة غير الكلام منها الأسنان واللسان والشفتان والرئتان وعضلات الصدر والحجاب الحاجز ... الخ، وعندهما يعرف أن عملية الكلام تحتاج إلى كل هذه الأعضاء فليس من المستغرب أن يجد أن الاضطراب في الكلام من أكثر حالات انتشاراً بين الأطفال، كما يجب أن تتح لهم الفرصة للمساهمة في الحياة بالقدر الذي تسمع به قدراتهم واستعداداتهم تعيشياً لمبدأ تكافؤ الفرص وتنفيذها لأتجاه الديمقراطية في مجال التربية والتعليم.

وتحتفل استراتيجيات البرامج التعليمية الالازمة للأطفال الصم اختلافاً واضحأً عن الاستراتيجيات المستخلمة مع الأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ناتجة عن ضعف السمع، الأطفال ضعاف السمع لديهم القدرة على اكتساب مهارات الكلام والتقطال الأصوات المستخلمة في اللغة من خلال حاسة السمع حتى وإن كانت هذه الحاسة ضعيفة، المشكلة الرئيسية في تعلم هذا النوع من الأطفال تتمثل في محاولة تكينهم من التعلم من خلال أساليب التعلم المستخلمة مع الأطفال العاديين، يمكن تحقيق هذا الامر في كثير من الأحيان باستخدام المعينات السمعية (Hearing Aids) وزيادة التركيز على تدريب هؤلاء الأطفال على القراءة الجهرية، الغالية العظمى من هؤلاء الأطفال يستطيعون فهم واستيعاب المناهج التعليمية التي تصمم أصلاً لفصول الأطفال العاديين في السمع.

أولاً: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال ضعاف السمع.

يتطلب وضع استراتيجية تعليمية ملائمة للأطفال ضعاف السمع تحقيق ثلاثة مطالب أساسية هي:

- ١- التعرف على حالات ضعاف السمع.
- ٢- الفحص الكامل للأطفال ضعاف السمع والتأكد من حصولهم على العناية الطبية الكاملة.
- ٣- وضع وتنظيم البرامج التعليمية التي تتناسب مع الأطفال ضعاف السمع.

كما ذكرنا سابقاً هناك واجبات توكل إلى أخصائي التربية الخاصة في مجال الإعاقة السمعية وهي:

١- التدريب على استخدام المعينات السمعية:

تتطلب عملية استخدام الطفل الصغير للسماعة قلراً كبيراً من العناية والاهتمام، فالطفل يجب الا يستخدم السمعة طوال اليوم، وأفضل الأوقات أن يبدأ الطفل باستخدام السمعة داخل الفصل أثناء الدراسة على أن يكون ذلك تحت إشراف الأخصائي السمعي (Audiologist) بعد ذلك يمكن استخدام السمعة لفترة قصيرة من الوقت في ظل تعليمات محددة.

٢- التدريب السمعي (Auditory Training):

يقصد بالتدريب السمعي تدريب الطفل على الاستماع إلى بعض الأصوات التي يمكن للطفل التقاطها، والتدريب على التمييز بين الأصوات المختلفة، أو الكلمات، أو الحروف الم Mayer، وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت الإعاقة السمعية، ومهمة مدرس التدريب السمعي تنمية المهارة باستخدام الطرائق والدلائل المناسبة، خاصة الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعده على إلتحاح منه الطريقة، ويدرك كارهارت ١٩٦٠ وساندرز ١٩٧١ أهداف التدريب السمعي وهي:

١- تنمية وعي الطفل المعقّل سعياً للأصوات.

٢- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصية بين الأصوات العامة غير الدقيقة.

٣- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصية بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

ويمكن لمدرس الصم أو أخصائي التدريب السمعي أو الآباء أن ينموا مهارة التدريب السمعي للطفل المعقّل سعياً من خلال عد من التدريبات الصوتية والتي تؤدي إلى الأهداف المشار إليها، ويدرك سلفرمان ١٩٧١، عدداً من التوجيهات المهمة في تطبيق أساليب التدريب السمعي، وهي:

١- تنمية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال الذين لديهم بقابلاً قدرة سمعية،

يعني ذلك أن لدى هؤلاء قدرة سمعية متباعدة، ويمكن تعميمها من خلال برامج التدريب السمعي.

٢- تزداد فعالية التدريب السمعي لدى هؤلاء الأطفال المعاقين سعياً كلما زادت فرص تعزيز الأطفال المعاقين سعياً على التمييز بين الأصوات.

٣- تزداد فعالية التدريب السمعي كلما بدأ تدريب الأطفال المعاقين سعياً في عمر مبكر.

٤- تزداد فعالية التدريب السمعي لدى الأطفال المعاقين سعياً كلما وظفت مهارة التدريب السمعي في مهارات تعليمية ذات معنى بالنسبة للطفل الأصم نفسه.

٤- قراءة الشفاه (Lip Reading) :

يقصد بقراءة الشفاه تعلم الأطفال المعاقين سعياً لاستعمال الحاسة البصرية لفهم ما يقل له، فهم الكلام بواسطة ملاحظة أكثر من مصدر كتعابير الوجه، وبعض الحركات والآيات الأخرى التي يمكن أن تضيف شيئاً من المعنى للكلام الصادر من هذا الشخص، وتستخدم قراءة الشفاه مع الأطفال المعوقين سعياً بهدف تنشيط فهمهم لما يقوله لهم الآخرون.

ويشير ساندرز ١٩٧١م إلى طريقتين من طرق قراءة الشفاه لدى الأفراد المعاقين سعياً هما:

أ- الطريقة التحليلية (Analytic Method) وفيها يركز المعلم سعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود

ب- الطريقة التركيبية (Synthetic Method) وفيها يركز المعلم سعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام، ومهما تكون الطريقة التي تتمى بها مهارة قراءة الشفاه، فإن نجاح الطريقة، أيًّا كانت يعتمد اعتماداً أساسياً على مدى فهم المعلم سعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام، والتي تمثل تلك المثيرات البصرية أو الدلائل النابعة من بيئة الفرد كتعابيرات الوجه، حركة اليدين، مدى سرعة المتحدث، مدى الموضوع للحديث، ومدى مواجهة المتحدث للمعلم سعياً، والقدرة العقلية للمعلم سعياً.

٤- علاج عيوب النطق والكلام (Speech Correction) :

عند كبير من الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع قد لا يستطيعون سماع بعض الأصوات بدقة مما يترتب عليه وجود كثير من عيوب النطق والكلام لدى هؤلاء الأطفال يضاف إلى ذلك عدم قدرة مثل هؤلاء الأطفال على تكيف نغمة الصوت لديهم مع بقية الأصوات الأخرى، وقد لمجد هؤلاء يلتجأون إلى التحدث بصوت مرتفع للغاية نظراً لأنهم لا يسمعون أصواتهم، والطريقة المستخدمة في تصحيح بعض عيوب الكلام تتضمن ملاحظة أخطاء الطفل في بعض الكلمات، ثم القيام بجدولة هذه الكلمات ويقوم الطفل بقراءة الكلمات فيحد الأخصائي مصادر الخطأ هل هي في بداية الكلمة أو في وسطها، أو نهايتها، ويقوم الأخصائي بتصحيح أخطاء الطفل عدداً من المرات حتى يقلع الطفل عن النطق الخاطئ.

ثانياً: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصغار.

من أساليب التواصل التي يمكن استخدامها في تعليم المعاقين سمعياً ما يلي:

١- التواصل المفتوح (Oral Communication) :

هذه الاستراتيجية التعليمية (الطريقة المفتوحة) تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخد من الكلام وقراءة الشفه المسالك الأساسية لعملية التواصل، تلقى هذه المسالك تأييداً ومساندة من خلال تنمية مهارة القراءة والكتابة، وتنمية الجزء المتبقى من السمع من خلال المعينات السمعية والتدريب السمعي.

الكثير من النظم التعليمية في الدول المختلفة يبدأ بتعليم الطفل الأصم بشكل تقليدي في فصول تعتمد على أساليب التواصل المفتوح، وبعدئذ يسمع للطفل باستخدام الأساليب اليدوية.

يرى بعض المربين أن قراءة الشفه هي في أفضل الأحوال نوع من التخمين نظراً لأن عدد كبير من الكلمات في اللغة تشبه بعضها بعضاً عند النطق بها، وإن النجاح في قراءة الشفه يفترض مقدماً وجود أساس لغوي مناسب، ومعرفة بقواعد اللغة، وثروة لفظية واسعة.

ونظراً للمشكلات والصعوبات لاستخدام قراءة الشفه بدأ في السنوات الأخيرة باستخدام مدخل جديد يتضمن تجميناً من الإشارات اليدوية وقراءة الشفه وأطلق عليه (Cued Speech)، أثبتت هذه الطريقة فعاليتها إلى حد كبير في تحسين القدرة على إصدار الألفاظ عند الأطفال الصم.

وقد وجد تحسن مهارات هؤلاء الأطفال الأكاديمية وبصفة خاصة في القراءة، كما تحسن تحصيلهم الدراسي بوجه عام، ونمط قدراتهم على المشاركة في أنشطة الفصل الدراسي والمناقشات التي تدور فيه.

٤- التواصل اليدوي (Manual Communication) :

ال التواصل اليدوي هو نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لا يصل المعلومات للأخرين وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات، ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام:

أ- لغة الإشارة : Sign Language

هي نظام من الرموز اليدوية الخاصة تمثل بعض الكلمات أو المفاهيم أو الأفكار المعينة، تعتبر لغة الإشارة وسيلة للتواصل تعتمد اعتماداً كبيراً على الإبصار، وتعتبر لغة الإشارة ملائمة بصفة خاصة للأطفال الصغار السن حيث يكون من السهل عليهم رؤيتها، كما أنها لا تتطلب تنسيقاً عضلياً دقيقاً لتنفيذها ويستطيع الأطفال صغار السن التقاط الإشارات بسهولة، كما أنها يستخلصونها في التعبير عن أنفسهم.

وتغطي لغة الإشارة عدداً كبيراً من الموضوعات التي يمكن التعبير عنها بلغة الإشارة مثل العلاقات العائلية، والضمائر، الوقت، العمليات العقلية، والمشاعر الانفعالية، المهن، التفرد، الحركات الجسمية، المتضادات، الأماكن والاتجاهات، والأفعال، والجموعة، والجوانب التربوية، والأثاث، الأقطار، المدن، الحيوانات، الأعداد ... الخ. وما هو جدير بالذكر فإنه يوجد أكثر من ٢٠٠٠ إشارة رسمية في دليل الإشارة للأطفال الصم، لا توجد واحدة مثل الأخرى.

وتقسم الإشارات إلى قسمين:

١- الإشارات الوصفية: هي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة، مثل رفع اليد للتعبير عن الطول، أو فتح النراugin للتعبير عن الكثرة، أو تضييق المسافة بين الإبهام والسبابة للدلالة على الصغر.

٢- الإشارات الغير وصفية: هي إشارات غير وصفية ولكنها إشارات خاصة لما دلالاتها الخاصة، وتكون بمثابة لغة خاصة متداولة بين الصم، مثل الإشارة إلى أعلى للدلالة على شيء حسن.

أما الأسس التي تبني عليها الإشارات فهي:

١- زمن الإشارة.

٢- تشكيل الإشارة.

٣- حركة اليدين.

٤- اتجاه حركة اليد أو اليدين.

٥- مكان التقاء اليد أو اليدين بأجزاء الجسم.

٦- مدى سرعة الإشارة وتحريكها وثباتها وقوتها وضعفها.

٧- تعبيرات الوجه وحركة الجسم.

ب- لغة الأصابع أو الأبجدية الاصبعية (Finger Spelling) :

هي إشارات حسية مرئية، يدوية للحروف المجائية بطريقة متفق عليها، ومن السهل تعلم لغة الأصابع، حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة بلغة الأصابع، فالقدر من هجاء الأصابع الذي يستخدم في عملية التواصل مسألة فردية وتتوقف على الشخص نفسه.

وهي بما تتميز به اللغة عادة من حيث هي منطقية ومرسومة، فإذا جعلت أصابع الإنسان في حركات وأوضاع تأذنها معبرة عن الأبجدية اللغة، فهي لا تختلف الفروق في مهارات هجاء الأصابع عن الفروق التي نلاحظها في الكتابة اليدوية بين الأفراد المختلفين، فبعض أشكال الكتابة اليدوية تسهل قراءته، في حين أن البعض الآخر يقرأ بصعوبة.

لغة الإشارة

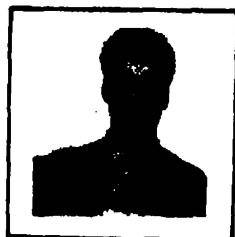
١ بابا:

فرد اليد اليمنى ووضعها أسفل الذقن
ويكون ظاهر اليد للأمام.



٢ ماما:

قبض اليد اليمنى عدا السبابة ووضعها
على الفم مرتين ويكون ظاهر اليد
للأمام.



٣ جدي:

ضم أصابع اليد اليمنى ووضعها تحت
الذقن والتعبير بالوجه على كبير السن
مع ضم اليسرى وكأنها بها عكازه.



٤ بنت:

رفع السبابة والأوسط لليد اليسرى مع
وضع اصبع السبابة لليد اليمنى فوق
أصابع اليسرى وتحريكه عدة مرات.

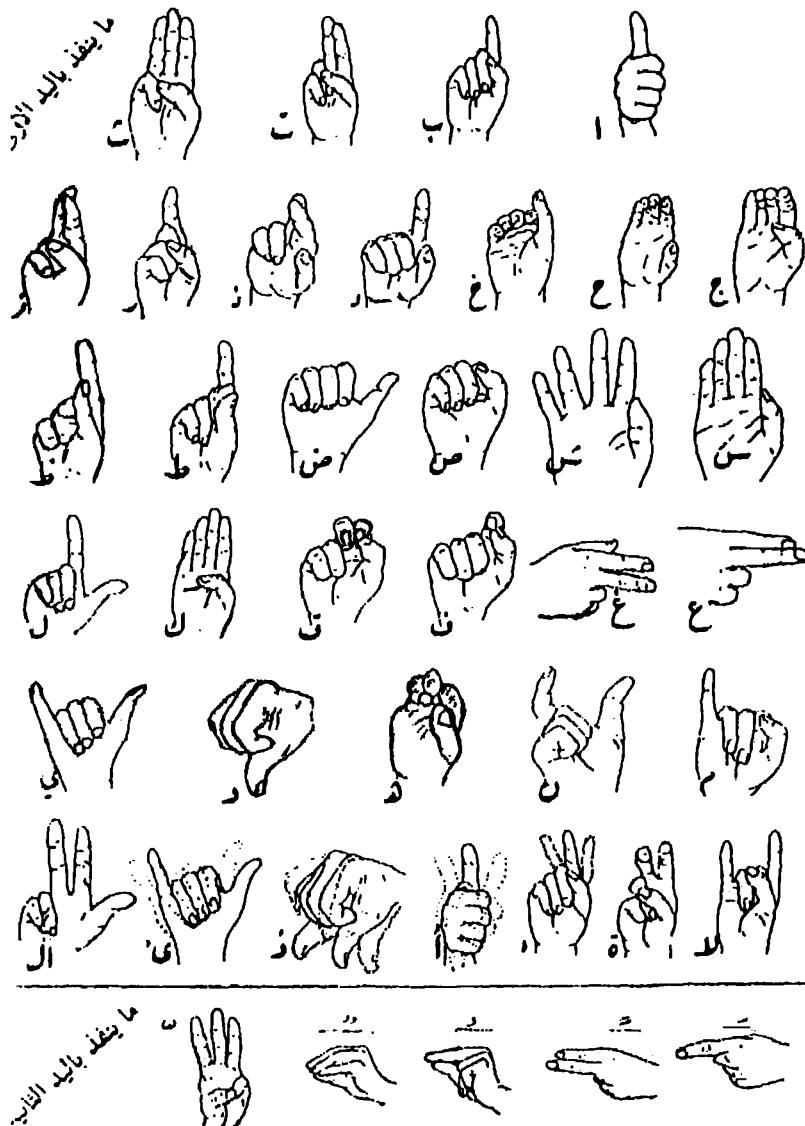


٥ ولد:

قبض اليد اليمنى ووضعها على
الشاربين.



«أبجدية الأصابع» العربية
كما تبدو للناظر



٤- أساليب التواصل الكلي (Total communication) :

يقصد بالتواصل الكلي حق كل طفل أصم في أن يتعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع، مثل هذا العمل يتضمن إدخال نظام ثابت للرموز المستقبلة التعبيرية في سنوات ما قبل المدرسة فيما بين سن سنة وخمس سنوات.

يشتمل أسلوب التواصل الكلي على الصورة الكاملة للأنمط اللغوية، الحركات التعبيرية التي يقوم بها الطفل نفسه، ولغة الإشارة، والكلام، وقراءة الشفاه، وهجاء الأصوات، والقراءة والكتابة، كذلك فإنه في ظل أسلوب التواصل الكلي تكون أمام كل طفل أصم الفرصة لتطوير أي جزء متبقى لديه من السمع من خلال المعينات السمعية بمختلف أنواعها.

إن الاستخدام المبكر والمستمر لنظام التواصل الكلي يساعد على النمو العقلي بما يترتب على ذلك من تحصيل أكاديمي.

وقد ظهرت هذه الطريقة في الاتصال بين الصم أو معهم نتيجة لانتقادات التي وجهت لكل من طريقة قراءة الشفاه وطريقة التدريب السمعي، وملخص تلك الانتقادات هي :

١- صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة لغة الشفاه، إما بسبب سرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حوله حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.

٢- صعوبة فهم الأصم للمتكلم باستخدام طريقة التدريب السمعي، وذلك بسبب مدى القدرة السمعية المتبقية لدى الأصم، ومدى فاعلية الوسائل السمعية لدى الأصم.

٣- صعوبة نشر لغة الإشارة أو أبجدية الأصوات بين كل الناس ويعني ذلك اعتماد فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو

أبجدية الأصابع، ويسبب مثل تلك الانتقلادات مجتمعة، ظهرت الطريقة الجديدة حيث يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وسرعة عادية لحركة الشفتين، وفي الوقت نفسه، يعبر عما يتكلم عنه بلغة الإشارة والأصابع معاً.

توصيات ونصائح إلى الأمه:

- ١- تقبلي بسرور كلام طفلك وشجعيه على النطق مهما كانت درجة إعاقته.
- ٢- تحدثي في أذنه بهمسات حنونة أطول مدة ممكنة في كل يوم.
- ٣- كوني صابرة على اختلاف صوته بالارتفاع المفاجئ أو الانخفاض المفاجئ.
- ٤- كلما وعى طفلك الكلام الذي يوجه إليه، أصبح راغباً في الاستجابة للحديث.
- ٥- اجهدي كي تفتحي وعي طفلك كي يستمتع ويحصل بمباهج الحياة التي أوجدها يد الله في الطبيعة الخلوة.
- ٦- حاذري الصوت المرتفع فهو ليس بالطريقة الجدية ومن يظن أن ارتفاع الصوت يفيد ضعاف السمع فهو واهم.
- ٧- حاولي أن تتحدثي بجمل قصيرة وقللي من استعمال كلمات لا داعي لها.
- ٨- لا تنسى الاستفادة من الأنغام وذلك لا من أجل الطرب ولكن من أجل أن تتنمي عنده مشاعره بالتغييرات في درجات الصوت ونغماته.
- ٩- العبي معه ودعيه يشاهد وجهك وأنت تتحدثين.
- ١٠- العبي معه أمام المرأة ودعيه يشاهد حركات التقليد وتعابير الوجه التي تقومين بها.
- ١١- امنحيه الفرصة كي يعتمد على نفسه ويتحمل بعض المسؤوليات.
- ١٢- اقرأي له وأريه الصور والرسومات.
- ١٣- تحدثي معه واطلبي من الآخرين أن يحنوا حذوك، امنحيه الفرصة لتطوير قدراته واهتماماته الخاصة وتنميتها.
- ١٤- تحدثي معه بصوت طبيعي وجعل مفيلة.

- ١٥- توعي منه عمل الاشياء التي تتماشى مع عمره ومستواه العقلي.
- ١٦- شجعيه على القيام بالأشياء التي يقدر عليها فذلك سيعزز ثقته بنفسه.
- ١٧- اوضحي له مدى أهمية الإطاعة والامتثال.
- ١٨- تحديه إليه اكثر فأكثر لا أقل فأقل.
- ١٩- استغلني التبقي من سمعه مهما كان قليلاً.
- ٢٠- تعاوني مع الطبيب والأشخاصين الصحيين، والمدرسين مدير المدرسة...
- ٢١- دعى الطفل يشعر أنك تتقين به وتعترين به.
- ٢٢- دعوه يحس ويلمس أن جميع أفراد الأسرة يحبونه ويحتاجون إليه.
- ٢٣- ابني معه الوقت والجهد وكوني صبوره.

الفصل السادس

صعوبات التعلم

مفهوم صعوبات التعلم.

خصائص الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.

أسباب صعوبات التعلم.

نسبة صعوبات التعلم.

قياس وتشخيص ذوي صعوبات التعلم.

أساليب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.



الفصل السادس

صعوبات التعلم

Learning Disabilities (L.D)

مقدمة:

كل من يتعلم يواجه صعوبة أو مشكلة أو توقفاً في سيره وحركته عن طريق التعلم، عند اكتساب مهارة حركية جديدة، عند اكتساب معلومات جديدة، عند محاولة حل مشكلة معقدة، عند محاولة فهم مسألة صعبة، عند محاولة التصرف أو التوافق مع مواقف جديدة، في هذه الحالات جميعاً يواجه المتعلم صعوبة أو عقبة أو توقفاً، والتعلم الكبير الراسد والمتعلم الصغير المبتلى في هذا سواء.

يواجه الراسد صعوبات في التعلم كما يواجهها الصغير، فما دامت تواجه الإنسان، وهو محمل على تيار أيام حياته، متطلبات ومتضيقات جديدة فإنها تختتم تعلمه باستمرار بصرف النظر عن مرحلة عمره وعمر أيام سنواته على الأرض، لأن صعوبات التعلم جزء من التعلم، وكأن لمجلحتنا في التعلم مرهون بتجالحتنا في معلحته صعوبات التعلم، فإذا استطعنا أن نتغلب على صعوبات التعلم تمكننا من أن نحقق أهداف التعلم ونصل إلى مراريه بشكل سليم.

مفهوم صعوبات التعلم:

«تعتبر معرفة الصعوبات الخاصة بالتعلم كنقط من نقاط الإعاقات حديثة العهد نسبياً، فقد اكتسب هذا المصطلح شيئاً في عام ١٩٦٣ بعد أن كان يعرف من قبل المختصين قبل عام ١٩٦٠ بعد من المصطلحات من مثل «الخلل الوظيفي المخي البسيط»، «والإصابة المخيية» و «الاضطرابات العصبية والنفسية»، و «صعوبة القراءة» و «قصور في الإدراك»، وفي الاجتماع السنوي مجلس الأطفال غير العاديين عام ١٩٦٠ كان هناك سؤال واحد مطروح على المجلس وهو (هل تلك الحالة التي تنتشر بين الأطفال الذين يوصفون بأنهم لا يتعلمون هي صعوبة في التعلم أم عجز

في التعلم؟» وفي عام ١٩٦٥ قام نفس المجلس في اجتماعه السنوي بتقديم علة بحوث أكدت على عدم ارتباط العجز عن التعلم بالتخلف العقلي، وهذا فقد تم استبعاد وجود علاقة بين صعوبات التعلم والتخلف العقلي، وفي عام ١٩٦٦م نالى بتمان بضرورة إيجاد اصطلاح جديد يميز العد العائد من الأطفال الذين يسجلون معدلات منخفضة في التحصيل الدراسي مع أن مستوى ذكائهم يقع ضمن معدل الذكاء العادي أو فوق العادي، وفي نفس الوقت جنب هذا الطفل اهتمام العديد من الأطباء والأخصائيين النفسيين، ورجل التربية الخاصة وغيرهم، وفي عام ١٩٦٣م قامت مجموعة من أولياء الأمور والمربيين المهتمين بهذا الموضوع بالاجتماع في مدينة شيكاغو للاتفاق على مصطلح يشمل هؤلاء الأطفال من كان تحصيلهم الدراسي منخفضاً بالرغم من المستوى العادي أو فوق العادي لذكائهم. وعقد اجتماع آخر في نفس العام في مدينة نيويورك واقتراح كيرك في هذا الاجتماع مصطلح صعوبات الخاصة بالتعلم (Specific Learning Disabilities) ولaci هذا المصطلح استحساناً من الحضور جميعهم، وفي عام ١٩٦١م وضع اللجنة الاستشارية الوطنية للمعوقين في المكتب الأمريكي للتربية تعريفاً لصعوبات التعلم أصبح بعد تنقيحه في القانون العام رقم ١٤٢-٩٤ عام ١٩٧٥م الذي دعا إلى تربية جميع الأطفال المعوقين وينص التعريف (تعريف الحكومة الاتحادية الأمريكية لقانون ١٤٢-٩٤) على أن "مصطلح" الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة بالتعلم يعني أولئك الأطفال الذين يعانون من قصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم أو استخدام اللغة المنطقية، أو المكتوبة، ويظهر هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة أو التهجة أو في أداء العمليات الحسابية، قد يرجع هذا القصور إلى إعاقة في الإدراك أو إلى إصابة في المخ، أو إلى الخلل الوظيفي المخي البسيط، أو إلى عسر القراءة (dyslexia) والتي ترجع إلى صعوبات ثنائية أو إصابات الدماغ، وفقدان القدرة على الكلام (Aphasia) ويستشنى من ذلك الإعاقات الحسية التقليدية.

التعريف الجديد لصعوبات التعلم:

في عام ١٩٨١م اجتمعت ستة من المنظمات العاملة في مجال المعوقين بالولايات

المتحلة الأمريكية وكانت فيما بينها ما يعرف باسم "اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم" وذلك لإقرار تعريف جديد لصعوبات التعلم، وقد جاء في التعريف الجديد المقدم ما يلي:

ـ «إن صعوبات التعلم ميدان شامل يرجع إلى مجموعة متباعدة من الاضطرابات التي تمثل في صعوبات واضحة في اكتساب أو استخدام القدرة على الاستماع، أو الكلام أو القراءة أو الكتابة، أو العمليات الحسابية، تعتبر هذه الاضطرابات أساسية في الفرد ويفترض أن تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، إذا حدث وان ظهرت صعوبات التعلم متلازمة مع حالات إعاقة أخرى "مثل قصور في الحواس أو التخلف العقلي أو اضطراب انفعالي أو اجتماعي"، أو متلازمة مع مؤثرات بيئية "مثل الاختلافات الثقافية أو طرق التدريس غير المناسبة، أو عوامل نفسية"، فإن صعوبات التعلم لا تكون ناتجة مباشرة عن تأثير هذه الإعاقات.

تشير ليرنر ١٩٧١م إلى عدد من التعريفات الخاصة بصعوبات التعلم والتي ترتكز على أبعاده المختلفة وهي:

ـ ١- **التعريف الطبيعي** : يركز هذا التعريف على الأسباب العضوية لمظاهر صعوبات التعلم كما أشار إليها كروك شانك ١٩٦٧، ومايكل باست ١٩٦٧، والتي تمثلت في الخلل العصبي أو تلف الدماغ.

ـ ٢- **التعريف التربوي** : يركز هذا التعريف على نمو القدرات العقلية بطريقة غير منتظمة، كما يركز على مظاهر العجز الأكاديمي للطفل، كما يشير إليها كيرك ١٩٦٢م، والتي تمثل في العجز عن تعلم اللغة والقراءة والكتابة والتهجئة والتي لا تعود لأسباب عقلية أو حسية، وأخيراً يركز التعريف على التباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية للفرد

صعوبات التعلم والتاخر الدراسي:

نظراً لحداثة موضوع صعوبات التعلم ولأن السمة الغالبة على الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم هي المشاكل الدراسية والمخاوف مستوى

التحصيل الدراسي لذا فلقد ارتبط هذا الموضوع في ذهن الكثير من التربويين في عالمنا العربي بموضوع التأخر الدراسي أو بطء التعلم، لأن المظهر الخارجي لكل من صعوبات التعلم والتأخر الدراسي واحد وهو المشاكل الدراسية والمخاضن مستوى التحصيل الدراسي، ورغم اتفاق الجميع على ذلك إلا أن الحقيقة غير ذلك تماماً، فكما ذكرنا في التعريفات فإن تعريف صعوبات التعلم يشير إلى الطفل في الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط والذي يعني من المخاضن في مستوى تحصيله الدراسي، وهذا المخاضن غير مرتبط بالإعاقة العقلية أو الجسمية أو السمعية أو البصرية، في حين أن ميدان التأخر الدراسي هو ميدان قديم يسبق ميدان صعوبات التعلم بعشرين السنين، كما أن التأخر الدراسي يرتبط بقصور أو المخاضن نسبة الذكاء فللتاخرون دراسياً تقع نسبة ذكائهم بين ٧٠-٩٠ درجة وهو ما يسمى بالفئة الحدية كما أن خصائصهم الجسمية والعقلية والانفعالية تختلف عن ذوي صعوبات التعلم، وفيما يلي خصائص المتأخرن دراسياً:

١- الخصائص الجسمية للأطفال المتأخرن دراسياً:

يعتبر معدل النمو الجسمي لدى الأطفال المتأخرن دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة لمتوسط نمو الأطفال العاديين، كما انهم قد يكونون أقل طولاً أو أقل وزناً أو أقل تنسقاً من الأطفال العاديين، ولكن ليس بالدرجة التي تستدعي اهتماماً زائداً أو تتطلب علاجاً خاصاً، كما أن هناك قابلية لانتشار ضعف السمع وعيوب الكلام وسوء التغذية وعيوب الإبصار بصورة أكبر بين أفراد هذه الفئة، كما أنهم يقللوا عن العاديين من حيث النشاط والحيوية الجسمية، ورغم ذلك فإنهم لا يختلفون عن العاديين من حيث الحاجات والانفعالات والدوافع والرغبات، بالإضافة إلى ذلك فإنهم قد يبدون في بعض الأحيان أطول قامة وأضخم بنية من أقرانهم في نفس الصف الدراسي، وقد يكون هذا راجع إلى أنهم يكبرون بعام أو عامين نتيجة لتأخرهم الدراسي.

٢- الخصائص العقلية للأطفال المتأخرن دراسياً:

إن أفراد هذه الفئة تقع نسبة ذكائهم بين ٧٠-٩٠ درجة وهي بذلك منخفضة

عن المتوسط حيث يؤدي ذلك إلى التأثير على العمليات العقلية المختلفة لهذا فهم يعانون من قصور في الإدراك السمعي والبصري، وفي التمييز والتخيل، كما يعانون من قصور في التفكير الاستراتيجي، وضعف في القدرة على حل المشكلات، وقصور في الذاكرة.

- الخصائص الانفعالية للأطفال المتأخرین دراسياً:

يتميز هؤلاء الأطفال بعدم الثقة بالنفس، والاعتماد على الغير، والتقدير الزائد للغير، كما أنهم يتميزون بالإحباط نتيجة تكرار خبرات الفشل مما يؤدي إلى العدوانية والانطواطية.

من هذا العرض السريع للخصائص المميزة للأطفال المتأخرین دراسياً يتضح الاختلاف الواسع بين هذا الميدان وميدان صعوبات التعلم والذي يؤكده ما سبق عرضه من تعريفات لصعوبات التعلم وما سوف نعرضه من خصائص يتميز بها الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم.

خصائص الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم:

أجريت العديد من الدراسات حول موضوع خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ولقد قامت ريتشارد ١٩٦٦ بمراجعة الدراسات التي أجريت في مجال خصائص ذوي صعوبات التعلم، ثم وضعت على أساس ذلك ثلاثة جمادات من الخصائص، وفيما يلي عرض للدراسة ريتشاردسون بالإضافة إلى مجموعة من الدراسات التي أجريت حول موضوع خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

أولاً: دراسة ريتشاردسون حول خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

- المجموعة الأولى: الخصائص التي انفق عليها المدرسون:

- ١- ضعف في التمييز البصري وتذكر الكلمات.
- ٢- ضعف في الذاكرة السمعية فيما يتعلق بالكلمات وبأصوات الكلام.
- ٣- عند القراءة أو الكتابة أو الكلام فإنهم يقومون بعكس الكلمات أو المقاطع أو الحروف أو الأعداد باستمرار.

- ٤- قصور في استدعاء الأشكال الهندسية البسيطة.
 - ٥- ضعف في تذكر التسلسل السمعي أو البصري.
 - ٦- قصور في الاعتماد على يد واحدة.
 - ٧- قصور في التحكم باليد أي اضطراب السلوك الحركي والسلوك الزائد.
 - ٨- قصور في التعبير اللغطي.
 - ٩- حركة زائدة وقابلية لشروع الذهن.
- المجموعة الثانية : الخصائص التي اتفق عليها الاختصائيون النفسيون وأختصائيون الأعصاب وأختصائيون الأطفال :**
- ١- ارتعاش بسيط خاصة عند القيام بجهود حركي، بالإضافة إلى تشنجات أو اضطراب بسيط في الحركات.
 - ٢- ردود فعل زائدة عن الحد المطلوب أو النشاط الزائد.
 - ٣- فقدان البراعة والرشاقة في أداء المهارات الحركية والقابلية للتشتت.
 - ٤- الاعتماد على عين واحدة في الرؤية، أو قصور بسيط في تأثر حركة العينين.
 - ٥- قصور في التصور الجسدي، يتمثل في:
 - أ- الخلط ما بين اتجاه اليمين والتجاهل اليسار، وغياب أو ضعف الاعتماد على جانب معين من جوانب الجسم.
 - ب- حركة الإصبع غير الإرادية، أو القصور في القدرة على وضع الإصبع على شيء.
 - ج- قصور في المفاهيم المكانية.
 - ٦- قصور في إدراك الأشكال.
 - ٧- قصور في النطق أو التعبير اللغطي.
 - ٨- حركة زائدة مع قابلية الشروع التمهي، وقصر مدة الانتباه وسرعة الغضب والانفعال.

- المجموعة الثالثة: الخصائص التي أجمع عليها معظم المختصين في شؤون صعوبات التعلم:

- ١- ضعف في الذاكرة السمعية.
- ٢- ضعف التمييز السمعي.
- ٣- ضعف في الربط بين الأصوات.
- ٤- ضعف في الذاكرة البصرية.
- ٥- ضعف التمييز البصري.
- ٦- قصور في القدرة على المتابعة والتسلسل البصري والبصري الحركي.
- ٧- عجز أو ضعف في السيطرة أو الميمنة المخية.
- ٨- الخلط بين اتجاه اليمين واتجاه اليسار، ومشاكل في الاعتماد على جانب واحد من جوانب الجسم، وفي تحديد الاتجاه.
- ٩- عدم التناست في الحركة الدقيقة.
- ١٠- عدم البراعة في الأداء.
- ١١- قصور في تأثير حركة العينين.
- ١٢- قصور في الانتباه ونشاط حركي زائد.

إذن تتعدد خصائص أو مظاهر صعوبات التعلم، فقد تبدو في الخصائص السلوكية أو البيولوجية أو اللغوية، ويعتبر الفرد عاجزاً عن التعلم إذا بذلت عليه واحدة أو أكثر من الخصائص الرئيسية التالية:

- المظاهر السلوكية:

- ١- صعوبة الإدراك والتمييز بين الأشياء.
- ٢- الاستمرار في النشاط دون توقف.
- ٣- اضطراب المفاهيم.
- ٤- اضطراب السلوك الحركي والسلوك الزائد.

- المظاهر العصبية (البيولوجية) :

- 1- الإشارات العصبية الخفيفة ويفيد ذلك في ظهور بعض الإشارات العصبية التي قد تشير إلى حالة من حالات صعوبات التعلم، وتبدو هذه الإشارات العصبية في مظاهر المهارات الحركية الدقيقة.
- 2- الأضطرابات العصبية المزمنة والتي تعود إلى إصابة الدماغ وتحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.
- 3- خلو عائلة الفرد من الإعاقة العقلية، ويعني ذلك أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم من الأطفال العاديين غير المعوين عقلياً كما أن تاريخهم الأسري لا يشير إلى ظهور حالات الإعاقة العقلية لديهم أو لدى أسرهم.

- المظاهر اللغوية :

قد تعتبر الأضطرابات اللغوية أكثر المظاهر وضوحاً واهتمامًا من قبل الباحثين في ميدان صعوبات التعلم، فقد صنف (Lee, 1974) مظاهر الأضطرابات اللغوية التي تقع ضمن ميدان العجز عن التعلم، وأهمها الديسلكسيا (Dyslexia) أو صعوبة القراءة والكتابة، وتعتبر الديسلكسيا من الموضوعات البارزة والمميزة لمظاهر الأضطرابات اللغوية لدى ذوي صعوبات التعلم وتسمى الديسلكسيا أحياناً بضعف القدرة على القراءة، وهي من الموضوعات التي نالت الكثير من الاهتمام والبحث منذ عام ١٨٩٦ على يد مورجان وحتى عام ١٩٦٧ على يد جون مايكل بست، وأجعنت الدراسات على نوع من السلوك النمطي لدى الأطفال الذين يواجهون صعوبة في القراءة أو الكتابة لكنهم اختلفوا حول الأساليب وراء أعراض الديسلكسيه، أما أعراض الديسلكسيا فهي:

- 1- صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب تمثل في ضعف قدرة الطفل على تكوين التابع للمهارات القرائية.
- 2- صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب طيبة تمثل في الخلل الوظيفي للدماغ.

٣- صعوبة في القدرة على الكتابة والتي تسمى باسم ديسكرايا (Dysgraphia) والتي تعود إلى أسباب تتعلق بالقدرة الحركية الدقيقة، ونقل الملة المنظورة إلى ملة حركية مكتوبة، أو إلى عجز في التأثر البصري الحركي أو إلى عجز القدرة على إدراك الرموز.

٤- تأخر ظهور الكلام، يقصد بذلك تأخر وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل الذي يتصف بصعوبات التعلم حتى سن الثالثة، مع العلم أن وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل هي السنة الأولى، ويجب الملاحظة أن تأخر الكلمة الأولى قد يكون عرضاً لحالات أخرى من الإعاقة العقلية أو السمعية.

٥- سوء تنظيم وتركيب الكلام.

٦- فقدان القدرة المكتسبة على الكلام ويقصد بذلك فقدان القدرة على الكلام بعد تعلم اللغة وذلك بسبب إصابة الدماغ الوظيفية.

أما جيرهارت ١٩٦٥ فيصف لنا سمات الطالب الذي يعاني من صعوبات في التعلم كما يلي :

١- نلاحظ وجود تباين كبير ما بين التحصيل الدراسي للطالب ودرجة ذكائه في واحدة أو أكثر من مجالات التعلم كالقراءة أو الكتابة أو التعبير أو الحساب، وهذه ظاهرة عامة موجودة عند أي طالب يعاني من صعوبات في التعلم.

٢- تأخر أو بطء في ثوء اللغوي والذى يظهر من خلال حصيلته اللغوية الفرعية أو قلة حصيلته من المفردات والمصطلحات، أو أخطائه القواعدية المتكررة والواضحة أو أفكاره غيراً لسلسلة منطقية.

٣- صعوبة في التعرف على الاتجاهات المكانية، فمن السهل جداً أن يفقد الاتجاهات والأماكن بالرغم من سهولة معرفتها لمن هم في سنه.

٤- صعوبة في إدراك الوقت، فمن الصعب عليه أن يقدر الوقت المستغرق أو اللازم لمهمة واضحة ومعروفة.

٥- صعوبة في فهم العلاقات مثل علاقات التشابه أو الاختلاف أو غيرها.

٦- ضعف في التناقض الحركي ويتبين من خلال ضعف التوازن لديه في الحركة

والمشي، كما ويلاحظ أن كثيراً ما يتغير في حركته ويقع على الأرض خلال ركضه ومشيه بشكل متكرر.

٧- صعوبة في معالجة الأمور الميكانيكية البسيطة، فقد يجد صعوبة في وضع المفتاح في ثقب الباب مثلاً أو في عملية تشغيل لعبة معينة تحتاج إلى قليل من الحركات الميكانيكية.

٨- تأثر في النصيحة الاجتماعي، فقد لوحظ بأنه لا يمكن من فهم الحركات أو التعبيرات التي يظهرها زملاؤه أو معلموه على وجوههم أحياناً كدلالة لقبوله أو كدلالة لرفضه، فليس لديه قدرة على تمييز ذلك جيداً.

٩- لا يمكن من الانتبه والتركيز لفترة زمنية كافية لشخص يحدثه أو لشخص يقوم بعمل يثير للانتبه.

١٠- يظهر نشاطاً حركياً زائداً وقد يسبب له التعب والإرهاق وبالرغم من ذلك لا يتوقف عن الحركة من تلقاء نفسه.

١١- لا يصفى جيداً للتعليمات والأوامر حتى ولو كانت بسيطة وسهلة.

١٢- لا يشارك علة في النقاش الصفي لأنه لا يتمكن من الإصغاء ومحاولة فهم الأفكار المطروحة من زملائه.

١٣- مشاكل ادراكية في السمع والبصر ولكنها لا تعود لأسباب أو خلل عضوي وإنما لصعوبة في عملية الإدراك ذاتها.

١٤- صعوبة في القدرة على التذكر ، ويشمل تذكر المفردات والأعداد وتذكر الأشياء المرئية والصورة إذا أزيلت من مجاله البصري.

أساليب صعوبات التعليم:

تشير الدراسات كلمنت وكجلان ١٩٧٧م إلى أن أهم الأسباب المؤدية إلى حدوث صعوبة في التعلم لدى التلميذ الإعاقية في القدرة على الإدراك الصحيح، حيث يكون الفرد على وعي بالبيئة من خلال تنظيم وتفسير ما يتم الحصول عليه من الموارد.

أما الأسباب فننظرأً لحداثة البحث في موضوع صعوبات التعلم وللتداخل بين صعوبات التعلم والتخلف العقلي من جهة، وبين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية والانفعالية من جهة أخرى، فإن مسببات صعوبات التعلم لا زالت غير واضحة تماماً وتحتاج إلى مزيد من الدراسة والتأكيد ومع ذلك فقد أجمع العديد من الدراسات والبحوث في هذا الميدان على ارتباط صعوبات التعلم بإصابة المخ البسيطة أو الخلل الوظيفي المخي البسيط، وأن هذه الإصابة أو هذا الخلل يرتبط بواحلة أو أكثر من العوامل الأربع الآتية:

- ١- إصابة المخ المكتسبة.
- ٢- العوامل الوراثية أو الجينية.
- ٣- العوامل الكيميائية الحيوية المتمثلة بقصور التوازن الكيميائي وذلك ترسيب حامض البروفيك (PKU).
- ٤- الحرمان البيئي والتغذية أو إجبار الطفل على الكتابة بيد معينة.
- ٥- المؤثرات الجسمية مثل وجود إعاقة بصرية.
- ٦- مؤثرات نفسية.

نسبة صعوبات التعلم:

اختللت الدراسات في تقديرها لنسبة طلبة المدارس الابتدائية الذين يعانون من صعوبات التعلم، إذ يعود ذلك إلى نوع التعريف المستخدم لصعوبات التعلم ففي دراسة أجرتها مايكيل بست وبوشر ١٩٦٩ في ولاية الينوي بالولايات المتحدة الأمريكية حول نسبة الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصف الثالث والرابع من صفوف المرحلة الابتدائية معتمدين على تعريف صعوبات التعلم بالتبالين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية العامة، تبين أن ٧-٨% من أطفال المدارس الابتدائية هم من الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

أما الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة فقد قدرت نسبة الأطفال ذوي صعوبات التعلم من هم في المدرسة الابتدائية بحوالي ١٣-١٤%.

قياس وتشخيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

يظهر الطفل ذو الصعوبات في التعلم تباعداً وتتنوعاً واسعين في الخصائص العامة لهذا فعند تقييم هذا الطفل لا بد لأنصائي التشخيص والتقييم أن لا يعتمد على اختبار واحد بل عليه أن يختار مجموعة من الاختبارات أو الأساليب التي تعتمد على المدخلات البصرية والسمعية بحيث تسمح للطفل ذي الصعوبات في التعلم بالاستجابة بطرق متعددة مثل الكلام، والإشارة، والكتابة، ووضع المخطوط، وغيرها من الاستجابات.

إن الإخفاق في اختيار مجموعة الاختبارات التي تشتمل على المدخلات المتعلقة سوف يعيق استجابة الطفل بشكل ملائم، وعادة فإن الذي يقوم بعملية التشخيص والتقييم هو فريق عمل متعدد التخصصات حيث يقرر ما إذا كان الطفل يعاني من صعوبات في التعلم أم لا، وذلك وفق الخطوات التالية:

- ١- إجراء تقييم تربوي شامل لتحديد مجالات القصور في موضوعات الدراسة.
 - ٢- تقرير ما إذا كان الطفل يعاني من أي الإعاقات الحركية أو البصرية أو السمعية أو العقلية أو الاضطرابات الانفعالية الشديدة، كذلك تقرير ما إذا كان يعاني من مشاكل اقتصادية أو ثقافية أو بيئية، ففي حالة وجود مثل هذه الإعاقات أو المشاكل وتقرر أنها السبب الأساسي لصعوبات التعلم فإن الطفل يستثنى من اعتباره يعاني من صعوبات في التعلم.
 - ٣- تقرير ما إذا كان الطفل في حاجة إلى علاج طبي.
 - ٤- تقرير ما إذا كانت الخبرات التعليمية التي يتعرض لها الطفل مناسبة لعمره وقدراته أم لا.
 - ٥- تقرير ما إذا كان تحصيل الطفل متناسب مع عمره وقدراته.
 - ٦- تقرير ما إذا كان الأداء الدراسي قد تأثر عكسياً وذلك بتحديد مدى التباعد بين التحصيل الحالي والقدرة الفعلية المقاومة في واحدة أو أكثر من المجالات الدراسية.
- إذن هناك طريقتان للنظر إلى الصعوبات التعليمية:

- ١- منظور التلميذ الفرد اي تحديد الصعوبات من منظور الخصائص المميزة للتلמיד
استناداً إلى الأفكار التالية:
- أ- يمكن تمييز مجموعة من التلاميذ بأنها حالات خاصة.
 - ب- هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تعلم خاص تجاهواً مع صعوباتهم.
 - ج- من الأفضل أن يجري تعليم الأطفال ذوي الصعوبات المتشابهة معاً.
 - د- الأطفال الآخرون سويون ويستفیدون من التعليم القائم.
- ٢- منظور النهج الدراسي، اي تحديد الموضوعات من منظور المهام، والأنشطة وظروف حجرة الدراسة، استناداً إلى الأفكار التالية:
- أ- أي طفل يمكن أن يعاني من صعوبات في المدرسة.
 - ب- هذه الصعوبات يمكن أن تكون مؤشراً إلى السبل التي تتيح تحسين التدريس.
 - ج- هذه التحسينات تؤدي إلى ظروف تعليم أفضل لجميع التلاميذ.
 - د- ينبغي إتاحة المساندة لمحاولات المدرسين تطوير ممارساتهم.
- وأخيراً يمكن تلخيص الطرق المتبعة في التعرف على التلميذ بطريق التعلم بما يلي:
- ١- فحص سجل الأعمار الخاص بالصف في المدرسة.
 - ٢- فحص السجل الخاص بالتحصيل والتعرف على الذين يتأخرن أكثر من عام في دخول المدرسة ثم تأخروا أكثر من عام في التحصيل.
 - ٣- فحص سجل التحصيل المدرسي السابق لهؤلاء التلاميذ ثم أخذ متوسط تحصيلهم.
 - ٤- تطبيق اختبارين من الاختبارات الجمعية للذكاء أو صورتين متبدلتين لاختبار واحد على جميع التلاميذ أن أمكن أو يطبق على الأقل على الذين وضعوا في القائمة نتيجة الخطوة ٣،٢،١
 - ٥- إعطاء اختبارات فردية لكل تلميذ أو لهؤلاء الذين أظهرت الحقائق السابقة أنها متناقضة أو مضللة أو غير دقيقة.
- وجميع الخطوات السابقة لن تؤدي إلى نتيجة إلا بعد أن تتأكد من أسباب

بطء التعلم الوظيفية السابقة والمسيرات المختلفة التي تتعلق بالתלמיד خارج المدرسة. وعلاوة ما يتم جمع المعلومات التشخيصية عن حالة الطفل عن طريق إجراء مجموعة من الاختبارات المعروفة في ميدان صعوبات التعلم، وأهم هذه الاختبارات:

١- اختبارات التحصيل المقتنة.

٢- اختبارات العمليات النفسية.

٣- الاختبارات ذات الحكبات المرجعية.

٤- استبيانات القراءة الغير رسمية.

وفيما يلي توضيح لبعض الاختبارات:

أولاً: اختبارات التحصيل المقتنة ذات المعايير المرجعية.

ومن أكثر هذه الاختبارات استعمالاً في قياس مدى تحصيل القراءة:

١- اختبار جراري للقراءة الشفهية.

٢- اختبار مومنو لتشخيص القراءة.

٣- اختبار سباش لتشخيص القراءة.

كما أن هناك بعض الاختبارات التي تستعمل باستمرار لقياس مدى تحصيل الرياضيات من مثل:

١- اختبار مفتاح الحساب لتشخيص الرياضيات لكانولي وآخرون.

٢- اختبار ستانفورد لتشخيص الرياضيات لبيني وآخرون.

ثانياً: اختبار العمليات النفسية.

هناك نموذجان من اختبارات العمليات النفسية هما:

١- اختبار البياني للقدرات النفسية اللغوية.

٢- اختبار مارييان فروستيج لتطوير الإدراك البصري.

ثالثاً: الاختبارات ذات الحكبات المرجعية.

تمتاز الاختبارات ذات الحكبات المرجعية عن الاختبارات المقتنة في أنها من

تصميم المدرس نفسه وغير مقتنة على عد كثير من الأطفال، فالمعلم هو الذي يضع لها معياراً ليصل إليه الطفل، فيمكن من خلال استخدام هذا النوع من الاختبارات مقارنة أداء المفحوص بمستوى معين من الإتقان أو التحصيل، ويعتبر هذا النوع من الاختبارات مناسباً للمفحوص الذي يتعلم مهارات متضمنة في الاختبار، ويستفاد من هذا النوع من الاختبارات من تصميم البرامج التعليمية، حيث يمكن من خلالها الوصول إلى أهداف محددة وكذلك أهداف قصيرة المدى.

رابعاً: استبيانات القراءة غير الرسمية.

يستخلصها المدرسون في تحديد قدرة الطفل على القراءة، إذن هدف استبيانات القراءة هو الكشف عن المستويات التالية:

- 1- المستوى الاستقلالي: وهو المستوى الذي يستطيع فيه الطالب أن يقرأ دون اعتماد على المدرس، وتكون نسبة النجاح في هذا المستوى ٩٩% وأكثر.
- 2- المستوى التعليمي: وهو المستوى الذي يستطيع فيه الطالب أن يقرأ بمساعدة بسيطة من المدرس وغالباً ما تكون النسبة التي يحصل عليها الطالب في هذا المستوى ٩٥% فأكثر.
- 3- مستوى الأخفق في القراءة: وهو المستوى الذي لا يستطيع أن يقرأ فيه الطالب بشكل جيد ويحتاج إلى مساعدة متكررة من المدرس، وغالباً ما تكون النسبة التي يحصل عليها أقل من ٩٠%.

كذلك هناك بعض الأدوات التي تستخدم لتشخيص ذوي صعوبات التعلم:

- 1- طريقة دراسة الحالة: هذه الطريقة تزود الأخصائي بمعلومات جليلة عن نمو الطفل، وخاصة فيما يتعلق بمراحل العمر والميلاد والوقت الذي ظهرت فيه مظاهر النمو الرئيسية الحركية كالجلوس والوقوف والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والأمراض التي أصابت الطفل، وتصنف الأسئلة المتعلقة بدراسة الحالة كما تشير إليها ليرز ١٩٧٦ كما يلي:
 - 1- الأسئلة المتعلقة بخلفية الطفل العامة وحالته الصحية.
 - 2- الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل الجسمي.

- ٣- الأسئلة المتعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.
- ٤- الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.
- ٥- الأسئلة المتعلقة بالنمو الاجتماعي والشخصي.
- ٦- **الملاحظة الأكلينيكية**؛ تفيد في جمع المعلومات عن مظاهر صعوبات التعلم لدى الطفل والتي يتم تأكيدها فيما بعد بالاختبارات المقننة و تستعمل الملاحظة للتعرف على المشكلات اللغوية، والمشكلات المتعلقة بالمهارات السمعية البصرية، وتعتبر المظاهر الآتية من المظاهر الرئيسية لحالات التعلم والتي يتم التعرف إليها باللاحظات الأكلينيكية أو التقديرات المدرجة (Rating Scales) وهي:
- ١- مظاهر الإدراك السمعي والتي تتضمن القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والقدرة على استيعاب النقاش الصفي، والقدرة على التذكر السمعي والقدرة على فهم المعنى الكلمي.
- ٢- مظاهر اللغة المنطقية، والتي تتضمن القدرة على التعبير اللفظي الصحيح والقدرة على النطق والقدرة على تذكر الكلمات، والقدرة على ربط الخبرات بعضها والقدرة على تكوين الأفكار.
- ٣- مظاهر التعرف إلى ما يحيط بالطفل، والتي تتضمن مدى قدرة الطفل على الاستفادة من الظروف البيئية، ومعرفة ما يحيط به، والقدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء والقدرة على اتباع التعليمات.
- ٤- مظاهر الخصائص السلوكية وتتضمن مدى قدرة الطفل على التعاون، والانتباه والإدراك والتمييز والتعامل مع المواقف الجدلية، والتوافق الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وإنجاز المهمات الموكلة إليه.
- ٥- مظاهر النمو الحركي، وتتضمن مدى قدرة الطفل على التأزر الحركي العام والتوازن الحركي العام، والقدرة على التعامل مع الأشياء الخفيفة بالفرد حركياً.
- ٦- **الاختبارات السمعية السريعة**؛ تسمى كذلك لأنها تهدف إلى التعرف السريع إلى مشكلات الطفل المتعلقة بصعوبات التعلم، وهذه الاختبارات هي:

- ١- اختبار القراءة المسيحي يتم التعرف إلى مهارات القراءة ومستوياتها وأنواع الأخطاء القرائية وطرق مواجهة الطفل لها.
- ٢- اختبار التمييز القرائي وتبين فيه قدرة الطفل على التمييز بين بعض المفردات المنتقلة من كتب الصف الثالث والرابع الابتدائي.
- ٣- اختبار القدرة العدلية يتم التعرف إلى مدى قدرة الطفل في التعامل مع الأرقام وخلصة العمليات الأساسية الأربع الجمع والطرح والضرب والقسمة.
- ٤- الاختبارات المفتوحة: تقدم تقييماً لمستوى الأداء الحالي لظاهر وصعوبات التعلم كما تحدد البرنامج العلاجي المناسب لجوانب الضعف التي تم تقييمها وهي:
- ١- اختبارات القدرة العقلية، يتم تحديد القدرة العقلية حيث يعتبر تحديد القدرة العقلية للطفل المعيار الأول في تشخيص ذوي صعوبات التعلم، فإذا ثبتت اختبارات الذكاء أن القدرة العقلية للطفل تقع ضمن حدود الاعتدال، أي ما نسبة الذكاء ما بين ٨٥-١١٥، وأظهر الطفل في الوقت نفسه قصوراً واضحاً في التحصيل الأكاديمي، فإن ذلك يكون مؤشراً أولياً على وجود حالة من حالات صعوبات التعلم.
- ٢- اختبارات التكيف الاجتماعي: تعرف منه على مظاهر النمو والتكيف الاجتماعي للطفل وذلك للكشف عن المظاهر السلبية في تكيفه الاجتماعي، ومن الاختبارات المستخدمة اختبار فيلاند للنضج الاجتماعي، واختبار الجمعية الاميريكية للتخلص العقلي والخاص بالسلوك التكيفي.
- ٣- اختبار اليوني للقدرات السيكولغوية: صمم هذا الاختبار من قبل كيرك ١٩٦٨ ويصلح للفئات العمرية من ٢-١٠ سنوات أما الوقت اللازم لتطبيق المقياس فهو ساعة ونصف وأما المدة الالزامية لتصحيحه فهي من ٣٠-٤٠ دقيقة.
- ٤- اختبار مايكيل بست للتعرف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم : أعد مايكيل بست ١٩٦٩م اختبار يسمى اختبار تقييم الطالب للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم، ويتكون هذا الاختبار من ٢٤ فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:
- ١- الاستيعاب.

٢- اللغة.

٣- المعرفة العامة.

٤- التناسق الحركي.

٥- السلوك الشخصي والاجتماعي.

أساليب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

لقد وضعت العديد من الأساليب التربوية التي تهدف إلى علاج صعوبات التعلم عند الأطفال، ولقد قامت بعض هذه الأساليب على أساس العمل على علاج جوانب القصور التي تؤدي إلى المشاكل الدراسية، والسلوكية مثل علاج القصور العصبي والحركي واللغة وذلك بهدف المساعدة على الوصول إلى تحسين الأداء الأكاديمي والسلوكي مباشرة دون الخوض في المسبيبات.

ويبعد أن الاتجاه الحالي أميل إلى التحرك نحو تكيف البرامج المستخدمة في المواقف التعليمية لمواجهة الحاجات الفردية والخاصة للطفل، أكثر من محاولة تكيف (أي تدريب) الطفل حتى يتناسب مع البرامج التعليمية القائمة.

إذن المعلم يكون من واجبه القيام بتكييف طريقة في التدريس لتناسب مع التقدم الذي يحرزه الطفل.

مبادئ التعلم العامة:

يقوم التعلم الأساسي على مبادئ عامة:

١- أنه موحد لعامة الناس للذكر والأنثى.

٢- يستطيع أي إنسان الوصول إلى أي مرحلة.

٣- يجمع بين الدراسات النظرية والتطبيقية.

مبادئ التعلم لذوي صعوبات التعلم:

١- يجب مراعاة الخصائص النمائية لكل طفل وقدراته وسرعته في التفكير.

٢- يجب وضوح الأهداف في ذهن المعلم حتى يستطيع إعطائها للمتعلم.

- ٣- يجب أن تكون الخبرات مناسبة للطفل وتكون ضمن احتياجاته اليومية.
- ٤- يجب أن تكون الخبرات متناسقة ومكملة لبعضها البعض بحيث تؤهل ذوي صعوبة التعلم لوظيفة معينة مناسبة لقدراته.
- ٥- يجب تنويع الخبرات فلا تقتصر على جانب واحد.
- ٦- يجب أن يكون المنهج مرنًا شاملاً حتى يفسح المجال لمرااعة الفروق الفردية، على الرغم من أن المجموعة لن تصل إلى مستوى واحد.
- ٧- يجب أن تكون الخبرة هدفة ذات معنى تلبي احتياجاته وتبعدًا من المحسوس إلى المجرد ومن السهل إلى الصعب.
- ٨- يجب إثارة الدافعية باستخدام التعزيز ويجب أن يكون لدى التلميذ استعداد وعلى قدر من النضج.
- ٩- يجب مرااعة الفروق الفردية وذلك بتنويع الأسلوب لدى المعلم لتحقيق المدف.
- ١٠- مرااعة الفروق الفردية في عملية التقويم.

عند استعراض الأساليب التعليمية المختلفة التي تستخدم مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات خاصة في التعلم، تجد أن طرق التدريب على العمليات التعليمية، وطرق تحليل الواجب التعليمي، والطرق التي تلجأ إلى دمج أسلوبين التدريب على العمليات وتحليل الواجب التعليمي، من بين أكثر الاستراتيجيات شيوعاً في الاستخدام في الوقت الحاضر.

١- طريقة التدريب على العمليات:

في ظل هذه الطريقة يتم تصميم خطة التدريب بهدف علاج وظائف العمليات التي تعاني من ضعف أو قصور عند الطفل، على سبيل المثال: إذا كان طفل ما يعاني من مشكلة في القراءة نتيجة لضعف مهارات التمييز السمعي، في هذه الحالة يمكن إعطاء الطفل تدريباً على التمييز بين أحد الأصوات وصوت آخر، الأمل هنا هو أن تستمر هذه المهارة في النمو والتطور ومن ثم تسهل التقديم في المهارات الكلية للاستماع والقراءة فيما بعد، فيمكن تعليم الطفل المهارات في

المجالات الإدراكية كالرسم والابتعاد عن الأدوات الحادة خاصة في دور الحضانة ورياضن الأطفال على أمل أن مهارات القراءة ومهارات التعلم المدرسي سوف تتحسن تلقائياً في المستقبل.

٢- أسلوب تحليل الواجب التعليمي (تحليل المهام):

يتطلب أسلوب تحليل المهام التعليمي كطريقة علاجية تحديداً دقيقاً وفهمها واضحاً لكل الخطوات الجزئية المطلوبة لتعلم أي واجب من الواجبات ، يعتبر بوش ١٩٧٦ من أشد المتحسين لهذه الطريقة، يقول بوش أن هذا الأسلوب يسمح للمعلم أو القائم بالتشخيص أن يحدد تحديداً دقيقاً الخطوة التي تصلح لأن يبدأ منها تعلم الطفل، يمكن الحصول على مثل هذه المعلومات من خلال القياس أو الملاحظة التي تتم بعناية فائقة.

ويقصد بتحليل المهمة التدريب المباشر على مهارات محددة ضرورية لأداء مهمة معينة، أن أحد الاستراتيجيات الأساسية التي دائمًا ما يستخدمها المدرس مع الأطفال من يعانون من صعوبة في تعلم القراءة أو الكتابة أو الحساب في المدرسة وتمثل في:

- ١- تحديد الأهداف.
- ٢- تجزئة المهمة التعليمية إلى وحدات صغيرة أو عناصر المهمة الفرعية المكونة لها.
- ٣- تحديد المهارات الفرعية التي يتمكن الطفل من أدائها وتلك التي يعجز عن القيام بها.
- ٤- يبدأ التدريس بالمهارة الفرعية التي لم يتقنها الطفل ضمن مجموعة المهارات الفرعية المتسلسلة للمهارة التعليمية.

ويطلق على هذا الأسلوب تحليل المهام الذي يسمح للطفل بأن يتقن عناصر المهمة ومن ثم يقوم بتركيب هذه العناصر أو المكونات بما يساعد على تعلم وإتقان المهمة التعليمية بأكملها وفق تسلسل منظم، وقد تم دعم وجهة النظر من قبل محللي السلوك التطبيقي حينما أشاروا إلى أهمية هذا الأسلوب التدريسي من حيث:

- ١- الكشف عما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع في مهارة معينة.
- ٢- تحديد ما إذا كان الطفل يمتلك السلوكيات الضرورية للنجاح في أداء المهمة أم لا.
- ٣- تحديد الأهداف بعبارات إجرائية قابلة للملاحظة.
- ٤- تنظيم برنامج علاجي منظم يستخدم أساليب التعزيز.

ولا يفسر محللو السلوك التطبيقي العمليات والقدرات التي تشكل أساس الصعوبات ولكنهم يعتمدون فقط على التاريخ التفاعلي للطفل، وعلى السلوك الحالى والظروف البيئية، فهم يؤمنون بأن أسلوبهم - وهو أسلوب المهمة الموجهة والقابلة للملاحظة - هو أكثر الأساليب فعالية ويرؤمن البعض الآخر بأنه الأسلوب الوحيد الذي يحتاج إليه في أي نظر من صعوبات التعلم.

٣- الجمع بين أسلوبي التدريب على العمليات وتحليل الواجبات:

تستفيد الغالبية العظمى من الأطفال من الاستراتيجيات التعليمية التي تجمع مميزات كل من الأسلوبين السابقين، الأسلوب الناتج يضم مزايا التدريب على العمليات ومزايا تحليل الواجب التعليمي في برنامج علاجي واحد، هذا يعني أن الطفل يتعلم استخدام عملية محددة للقيام بالواجب المرغوب فيه، في إطار هذا الأسلوب، فإن طفلاً ما قد يظهر صعوبة في تمييز الأشكال الهندسية، وقد يترتب على هذه المشكلة الإدراكية أن يجد الطفل صعوبة في تمييز أشكال الحروف المجائية، وفي هذه الحالة يجب أن تهدف الجهود العلاجية إلى تعليم الطفل أشكال الحروف أكثر من اهتمامها بتعليمها الأشكال الهندسية في حد ذاتها، ما دام تمييز الحروف هو المدف المباشر والنهائي.

البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

الفرق بين هدف التربية الخالصة والتربية العامة: هو نفس الملف، لكن الاختلاف بينهم يكمن في:

- ١- الأغراض.
- ٢- أنواع الخدمات المقلمة.
- ٣- طريقة تقديمها.

المؤشرات التي تحدد أهلية الطفل لتلقي خدمات التربية الخاصة:

بعد انتهاء عملية التقويم ودراسة حالة الطفل الفردية يتعرف الفريق المتعدد التخصصات فيما إذا كان الطفل يعاني من صعوبة في التعلم ويكون مؤهلاً للاستفادة من برامج التربية الخاصة والخدمات المساندة وهناك خمسة أهداف رئيسية لاجتماع الفريق المتعدد التخصصات للحكم على أهلية الطفل لتلقي الخدمات:

١- العمل على فهم مشكلة الطفل .

٢- تقرير حاجات الطفل التربوية المميزة.

٣- تقرير أهلية الطفل للبرامج التربوية الخاصة والخدمات المساندة.

٤- تقرير ما إذا كانت حاجات الطفل يمكن تلبيتها من خلال برامج المدرسة العادية أو برامج التربية الخاصة.

٥- إذا تم التتحقق من أهلية الطفل لتلقي خدمات التربية الخاصة خلال فترة بسيطة من الاجتماع عندئذ يتم توجيه الوقت المتبقى في كتابة البرنامج التربوي الفردي.

ويجب أن يتتنوع الأفراد الذين يشكلون الفريق المتعدد التخصصات من حالة إلى أخرى وذلك بالاعتماد على طبيعة وحدة المشكلة وكمية المعلومات الازمة لتقدير الأهلية وكتابة البرنامج التربوي الفردي، وفي جميع الحالات يجب أن يعطي الأهل الفرصة في حضور الاجتماع الخاص بتقرير أهلية الطفل لبرامج التربية الخاصة.

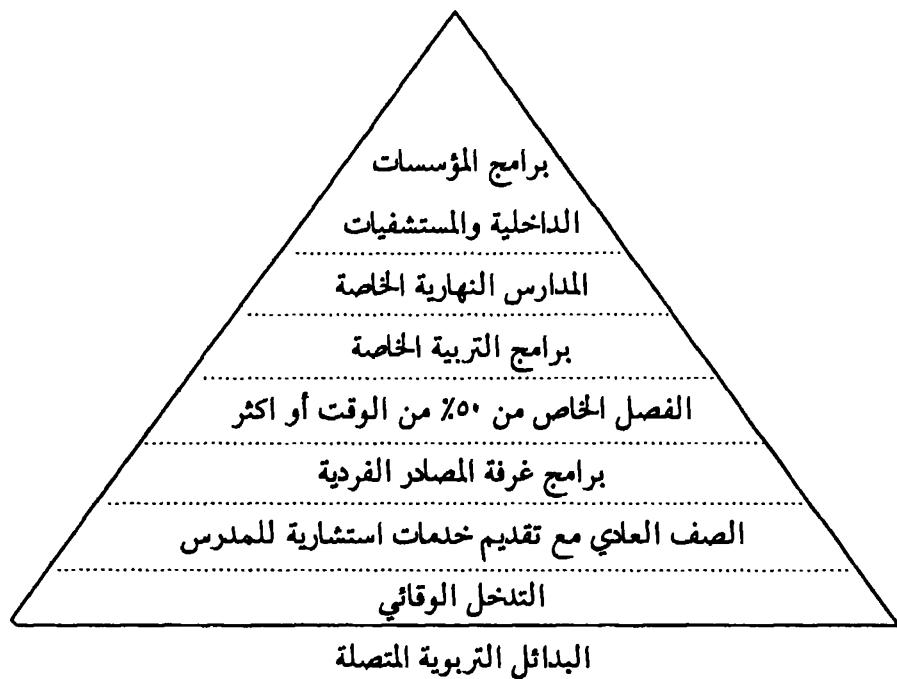
البرامج التربوية البديلة :

إن القرارات المتعلقة بتحديد المكان التربوية للطالب يجب أن تعتمد على نتائج التقويم الشامل واجتماع الفريق متعدد التخصصات، وتتوقف الخدمات التي يتم التوصية بها على حاجات الفرد ويسبب وجود أنواع مختلفة من صعوبات التعلم التي تراوح بين البسيط والشديد من المهم أن يتم تقديم ملئ من الخدمات والبدائل المكانية المختلفة ويعرض النموذج الموضع المستويات المختلفة.

يبدأ النموذج بالتدخل الوقائي ويمثل كل مستوى من المستويات زيادة في كمية خدمات التربية الخاصة، وعلى عكس ذلك كلما أصبحت الخدمات أكثر تخصصاً فإن

عدد الطلاب الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة يتناقصون، فالتناقص التدريجي في تصميم البرنامج يشير إلى أن عدداً قليلاً من الطلاب بحاجة إلى برامج المؤسسات الداخلية، أكثر من الطلاب الذين يتم وضعهم ضمن الصف العادي الذي تقدم فيه خدمات المدرس الاستشارية.

إن مفهوم وضع الطفل في برامج حلقاتهم يقصد به الابتعاد بأقل درجة ممكنة عن الصف العادي وهو ما يسمى بالبديل الأقل تقيداً، وإن أحد أهداف التربية الخاصة يتمثل في نقل الطالب من مستوى إلى آخر بالتجهيز مستوى الصف العادي.



كذلك هناك تصنيف آخر للبرامج التربوية لذوي صعوبات التعلم، (أي طرائق تنظيم برامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم) ما يلي:

- ١- مراكز التربية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.
- ٢- الصفوف الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم في المدرسة العادية.
- ٣- دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للأطفال ذوي صعوبات التعلم، فإن إعداد البرامج التربوية الفردية، هي الأساس الأول في تلك البرامج، وخاصة إذا ما بنيت تلك البرامج على أساس ما يسمى بالتدريس العلاجي.

يستخدم مصطلح التدريس العلاجي للدلالة على نوعية البرامج التربوية لحالات صعوبات التعلم، وقد تكون واحدة من المهام الرئيسية لدرس الأطفال ذوي صعوبات التعلم قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها لديهم بهدف إعداد الخطة التربوية الفردية (IEP) وتشير ليرنر ١٩٧٦م إلى خمس خطوات رئيسية في البرنامج التربوي للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

١- قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها.

٢- تحضير البرنامج التربوية (صياغة الأهداف وطرائق تنفيذها).

٣- تطبيق البرنامج التربوي.

٤- تقييم البرنامج التربوي.

٥- تعديل البرنامج التربوي على ضوء نتائج عملية التقييم.

العوامل التي تساعد المعلم في إنجاح البرنامج التربوي:

١- التحكم في الوضع الفيزيقي للغرفة الدراسية.

٢- الوقت الذي يستغرق البرنامج التعليمي.

٣- تحديد المهام المطلوبة من الطفل وتحديد صعوبة تلك المهمة.

٤- تحديد طرائق الاتصال بين المدرس والطفل.

٥- تحديد العلاقة الشخصية الالزمة بين المعلم والتلميذ.

أما فيما يتعلق بأسلوب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم فتقترن ليرنر ١٩٧٦م استخدام أسلوب تحليل المهمة التعليمية إلى عدد من الخطوات الفرعية وهي:

١- تحديد طرق الاتصال الإدراكية لاستقبال المهمة التعليمية والتعبير عنها، فهل هذه الطرائق سمعية أم بصرية أم حسية؟

- ٢- تحديد النظام الحسي الإدراكي اللازم للتعبير عن المهمة التعليمية، فهل تحتاج هذه المهمة إلى حاسة واحدة أو أكثر للتعبير عن تلك المهمة؟
- ٣- تحديد طبيعة المهمة التعليمية فهل هي لفظية أم غير لفظية.
- ٤- تحديد طبيعة المهمة التعليمية الاجتماعية.
- ٥- تحديد طبيعة العمليات العقلية الالزنة للتعبير عن المهمة التعليمية.
- ويقترح هلهان وولسن ١٩٧٨م أربعة من البرامج التربوية في التدريس العلاجي لذوي صعوبات التعلم وهي:
- ١- برنامج تدريبي على العمليات الأساسية وهي القراءة والكتابة ويعتمد هذا البرنامج على تعليم المهارات البصرية والحركية والمهارات الحسية المركبة.
 - ٢- برنامج التدريب لعند من الحواس وربطها معاً.
 - ٣- برنامج تدريب الأطفال ذوي النشاط الزائد وهذا النشاط يعتمد على تحفيض عدد المثيرات الخارجية التي تؤدي إلى نشاط زائد.
 - ٤- برنامج التدريب المعرفي ويعتمد على تقديم نماذج تعليمية حسية للطفل الذي يعاني من مظاهر أو أكثر في صعوبات التعلم، وتشير معظم الدراسات والأبحاث إلى أهمية استخدام التعليم الحسي المعرفي، أي توظيف أكثر من حاسة في عملية التعلم.

اعتبارات أساسية لتدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم في غرفة المدارس:

إن التدريس في غرفة المدارس يقوم على افتراض أساسى وهو أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم يمكنهم أن يستفيدوا من مناهج الفصل العالى ولكن مع بعض المساعدة ومع تقديم بعض الخدمات الخاصة، ولهذا فلا يجب بائي حل من الأحوال، إهمال جوانب القوة أو الموهبة التي لدى هؤلاء الأطفال، فلا يجب أن تحرمهم من فرصة تعلم مناهج الفصل العالى، لأنهم يعانون من قصور في بعض المهارات الأساسية مثل القراءة، الحساب، الكتابة، وغيرها، فوضع هؤلاء الأطفال معاً في فصل خارج نطاق الفصل العالى وتعليمهم وفق مناهج بديلة سوف

لا يخدم الكثير منهم، ولهذا فإن هناك فرصة كبيرة لهم لأن يستفيدوا من المناهج العادلة إذا ما قدمت لهم ولمرسيهم المساعدة الملائمة من غرفة المصادر، إن وضع الطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم في غرفة المصادر لجزء من اليوم الدراسي سوف يساعد عليه على التفاعل مع الأفراد العاديين في المجتمع أو في موقع العمل، فعن طريق التنقل بين الفصل العادي وغرفة المصادر يتمكن الطفل من اكتساب الكثير من المهارات الالزمة للتفاعل الاجتماعي، في حين أن اقصار تعليم الطفل في الصعوبات في التعلم على الفصول الخاصة سوف لا يساعد عليه على اكتساب هذه المهارة، ولهذا فمن خلال غرفة المصادر يمكن لدرس غرفة المصادر أن يعمل مع مدرس الفصل العادي من أجل تدعيم دور مدرس الفصل العادي في التفاعل مع الأطفال ذوي الصعوبات في التعلم داخل غرفة الفصل.

· ارشادات مدرسية للأطفال الذي يعانون من صعوبات في التعلم:

هذه مجموعة من الإرشادات مقدمة لمدرسي الأطفال من ذوي صعوبات التعلم سواء كان هذا المدرس في غرفة المصادر أو في الفصل العادي، أو في الفصول الخاصة، بإمكان المدرس أن يتبع منها ما يتناسب مع طبيعة كل طفل ومع طبيعة المادة التعليمية التي يدرسها أو ما يتلاءم مع إمكانيات الفصل الذي يعمل فيه، وذلك بما يعود على المتعلم بالفائدة والمنفعة:

- ١- احرص على أن تعمل وفق نظام متناسق (طرق وأساليب التدريس، الوسائل المساعدة، الجداول، القواعد واللوائح)، مع تغيير تدريجي بسيط يتلاءم مع طبيعة كل متعلم.
- ٢- خصص وقتاً محدداً لأداء واجب معين.
- ٣- ابدأ أولاً بالواجبات التي تحتاج إلى وقت قصير ثم بالتدريج انتقل إلى الواجبات التي تحتاج إلى وقت أطول.
- ٤- عليك أن تكون موضوعياً وأن تبتعد عن الذاتية خلال فترة عملك كما أن عليك أن تكون متحمساً لهذا العمل.
- ٥- كن ثابتاً وصلباً وفي نفس الوقت عليك أن تتحفظ بالمدوء وإن تكون لطيفاً حنوناً.

- ٦- تكلم ببطء وبثبات وبوضوح وبصوت مقبول.
- ٧- يجب أن تكون واثقاً بأن الطفل يستطيع أن يؤدي ما قد طلبه منه.
- ٨- يجب أن يكون لديك ثقة بنفسك، واجعل صوتك يعبر عن هذه الثقة.
- ٩- يجب الإصرار على أن يتبع الطفل التعليمات التي توجهها له وأن يكمل الواجب المطلوب منه.
- ١٠- بقدر الإمكان اجعل الواجب ينتهي بلاحظات إيجابية.
- ١١- لا تجعل الطفل يتحكم باللوقف يجب أن تكون بيتك مثاليد الأمور وذلك فيما يختص بتوزيع الواجبات وإصدار التعليمات.
- ١٢- استمر في توجيه التلاميذ خلال أداء الواجبات.
- ١٣- يجب أن تكون توجيهاتك ولاحظاتك قصيرة وبسيطة ومتعلقة بالواجب.
- ١٤- امنح الطفل الوقت الكافي للاستجابة للتوجيهات إذا كان هذا ضرورياً.
- ١٥- اصلح التوجيهات بأسلوب العبارة وليس بأسلوب السؤال الذي يتيح للطفل فرصة الاختيار.
- ١٦- لا تستخدم أسلوب التهديد والوعيد بل اتبع أسلوب تكرار القواعد وتباعع الأحداث.
- ١٧- يجب أن تكون لديك معرفة وخبرة بأساليب تعديل السلوك
- ١٨- اتبع أسلوب المقابلة مع الطفل إذا احتجت إلى ذلك.
- ١٩- وفر البيئة التعليمية المناسبة كي يظهر الطفل استعداداته الكامنة، وذلك عن طريق النماذج والتعيينات الدراسية أو حرية اكتشاف الأشياء بنفسه.
- ٢٠- تخلص بالتدريج من الأساليب المؤقتة التي استخدمنتها لمعالجة بعض جوانب القصور لدى الطفل مثل أساليب تعديل السلوك، والأوقات الحرة، والدواء وغيرها.
- ٢١- كل طفل يجب أن يعامل بطريقة فردية إلا أن هناك بعض الأساليب التي يمكن أن تستخدم مع جميع الأطفال.

٢٢- كن جاهزاً بذلك بأن يكون لديك خطط يومية حتى تضمن استمرارية حركة الطفل في الاتجاه الصحيح.

٢٣- خذ بعين الاعتبار أن جميع الأطفال ليست حاجاتهم متشابهة.

٢٤- لا تهمل الفروق الفردية ليس فقط فيما يختص بالقدرات بل أيضاً في الزمن المتوقع للانتهاء من أداء الواجب.

٢٥- لا تكلف الطفل بعمل يتطلب وقتاً طويلاً لأنه لن يتعلم، بل حاول أن تختار العمل والزمن اللذين يتناسبان مع كل طفل.

٢٦- إذا كان الواجب صعباً فقسمه إلى أجهزة بسيطة أو استبدلها بواجب أسهل.

٢٧- لا تستخدم المواد التعليمية فقط لأنها متوافرة لديك.

٢٨- نظم استجابات الطفل في المواقف التعليمية.

٢٩- يجب أن يصمم البرنامج الخاص بالطفل بناء على حاجاته وقدراته والوسائل التعليمية المتاحة.

٣٠- اتبع أساليب التشخيص المناسب، وتابع على تقييم ذاتك وتقييم الطفل والبرنامج التعليمي.

٣١- استخدم المواد التعليمية بتابع منظم.

٣٢- أثناء اشغالك بالعمل مع أحد الأطفال احرص على أن تشغل الأطفال الآخرين بأعمال مناسبة وخصوصاً مكافأة للعمل الأفضل.

وأخيراً على المدرس أن يستخدم النتائج السارة المعززات لمساعدة الطالب على التعلم، والمعزز شيء محبه، وبما أن معظمنا يحب العديد من الأشياء فإنه يوجد عدد ضخم من المكافآت التي تجعلنا نعلم ونتعلم، على أية حل، بما أننا فرائد من نوعنا كأفراد فللمكافآت التي يستجذبها شخص ليست دائمًا نفس المكافآت التي يستجذبها شخص آخر بنفس الاستجابة، معظم الأطفال يحبون الحلويات ومعظم الكبار يحبون النقود هاتان المكافآتان الشائعة للعديد من الناس، على أية حل بعض الأطفال يحب الرياضيات والبعض الآخر لا يحبها، بعض الكبار أو البالغين

يمجون البستنة بينما الآخرون يفضلون شيئاً آخر، لذا مكافآت كل شخص فرييلة من نوعها، إذن:

- ١- يساعد التعزيز في جعل التعليم فعالاً ومتيناً بالنسبة للطالب والمعلم على السواء
- ٢- المكافآت العرضية الخارجية، تعطى من قبل شخص آخر، وهذه يمكن أن تكون مكافآت اجتماعية مثل مدح أو تصفيق بالأيدي، أو عنق، أو طعام أو شراب أو موسيقى أو لعبة ما أو أشياء أخرى كثيرة.
- ٣- المكافآت الجوهرية (الحقيقية) لا تعطى من قبل شخص وإنما تعزى للمنتهى التي يشعر به الطالب أثناء قيامه بنشاط معين.
- ٤- الأشخاص على اختلافهم يعتبرون أشياء مختلفة كمكافأة، لذلك علينا أن نعرف الشيء الذي يمثل مكافأة بالنسبة للشخص الذي نعمل معه وهذا ما يسمى بـ تقييم المكافأة.
- ٥- إن تقييم المكافأة يقوم على أساس معرفتنا بالشخص، واعطاء فرصة اختيار المكافأة أو عرض المكافأة بطريقة متسلسلة (اختيار العينات المتابعة).
- ٦- يجب أن تعطى المكافآت العرضية الخارجية فوراً بعد استجابة الطالب كما يجب أن تعطى بحماس وبشكل ثابت.
- ٧- يمكن أن تكون المكافآت العرضية الخارجية صعبة أو سهلة الاستعمال، المكافآت الاجتماعية سهلة لأنها تعطى فوراً ولا تدوم وقتاً طويلاً، يمكن أن تكون المكافآت صعبة لنا لأننا لا نستطيع إعطائها فوراً مثل (زيارة إلى مقهى)، أو لأننا لا نستطيع إيقافها بسهولة مثل (يمكن أن يستمر الطفل فيمضغ قطعة الحلوى لفترة طويلة)، أحياناً علينا أن نستعمل مكافآت صلبة عندما تكون هي الشيء الوحيد الذي يستجيب له الطالب.
- ٨- يمكننا تحويل ما لا نعتبره مكافأة أو يعتبر مكافأة بسيطة إلى مكافأة أقوى وذلك بأقرانه مع مكافأة قوية لعمل ذلك، نعرض المكافأة المعروضة بعد الشيء الذي نود جعله مكافأة.

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية

أو الاضطرابات الانفعالية

تعريف الاضطرابات الانفعالية.

تصنيف الاضطرابات الانفعالية.

خصائص المضطربين انفعالية.

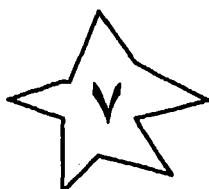
أسباب الاضطرابات الانفعالية.

قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية.

نسبة الاضطرابات الانفعالية.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين انفعالية.

البرامج التربوية للأفراد المضطربين انفعالية.



الفصل السابع

الاضطرابات السلوكيّة أو الاضطرابات الانفعالية

Behavioral Disorders or Emotional Disturbance

يعتبر مصطلح الاضطراب الانفعالي، من المصطلحات العامة و تستخدمنه ليتضمن عديداً من الحالات غير المحددة تحديداً دقيقاً كالمرض العقلي والذهان والأعصاب وانفصام الشخصية، والمخاوف المرضية، والوسوس، والسلوك القهري، وغير ذلك، وكل من هذه الأنواع من الاضطرابات خصائصه التي تميّزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى.

إذن تعدد المصطلحات التي تدل على موضوع الإعاقة الانفعالية كالاضطرابات الانفعالية والإعاقة الانفعالية والاضطرابات السلوكيّة Emotional Impairment، ومهما كانت المصطلحات التي تدل على موضوع الإعاقة الانفعالية فإن الإعاقة الانفعالية تمثل أشكالاً من السلوك الانفعالي غير العادي، والتي تستدعي المراجعة إلى التربية الخاصة.

وبالنسبة لميدان الاضطرابات الانفعالية فلا زلنا نواجه صعوبات خاصة بالتعريف فخلال العشرين عاماً الأخيرة ظهرت العديد من التعريفات على يد تربويين وأخصائيين نفسيين وذلك في محاولة منهم لتسهيل عملية وصف، وتحديد، وتشخيص الاضطرابات الانفعالية بين التلاميذ، ومعظم التعريفات اعتمدت على المعلم الذي يركز على أن الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكيّة يظهرون أنماطاً متكررة من السلوك غير الملائم ومتناقضة عما هو متعارف عليه في المجتمع، كما يظهرون شعوراً شخصياً بعدم الرضى والفشل الاجتماعي، ولأن هذه الأنماط السلوكية غير ملائمة بالنسبة لعمرهم الزمني عبر مراحل العمر المختلفة، فإن تعريف هذه الفتة يعتمد إلى حد كبير على حدة (Intensity) وملة (Duration) السلوك وهي الأبعد التي تفرق بين السلوك السوي والسلوك اللاسوسي، يضاف إلى

ذلك أن سلوك الطفل ليس هو التغير الوحيد في تقرير الأضطرابات الانفعالية.

إن الارتباك وعدم الوضوح الذي حدث في تعريف الأضطرابات الانفعالية والذي أدى إلى عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام يعود إلى علة أسباب أوردها كل من هيوارد واورلنسكي (١٩٨٠) وتمثل في النقاط التالية:

١- وجود مشاكل في قياس الأضطرابات الانفعالية.

٢- لا يوجد اتفاق واضح حول مفهوم الصحة النفسية السليمة.

٣- إن كل نظرية من نظريات الأضطرابات الانفعالية قد اتبعت منهجاً وتعريفاً خاصاً.

٤- اختلاف درجة ونوع التأثير الثقافي على الأطفال.

٥- اختلاف المعايير الاجتماعية للسلوك المناسب من مجتمع إلى مجتمع آخر، فالسلوك المقبول في مجتمع ما قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

٦- قد ترتبط الأضطرابات الانفعالية بإعاقة أخرى خاصة في حالة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم مما يجعل من الصعب تحديد السبب الرئيسي في الأضطرابات الانفعالية.

وطبقاً لما ذهب إليه رينيرt Reinert ١٩٧٧ فإنه وحتى منتصف السبعينيات من هذا القرن فقد تم استخدام علة مصطلحات من قبل العديد من الكتاب لتدل على الأضطرابات الانفعالية، وإن أكثر التسميات المستخدمة على نطاق واسع والمعارف عليها ما يلي:

- سوء التكيف الاجتماعي.

- سوء التكيف.

- المرض العقلي.

- الأضطراب الانفعالي الشديد.

- الجنوح.

- الإعاقة التربوية.

- صراعات الأطفال.

- الإعاقة الانفعالية.

- الأضطرابات السلوكية.

والكثير من المصطلحات قد ورد ذكرها في التعريفات الخاصة بالأضطرابات الانفعالية، إلا أن أكثرها شيوعاً واستخداماً بعد مصطلح الأضطرابات السلوكية هو

مصطلح الاضطرابات الانفعالية والتي يعتبره كثير من المختصين مصطلحاً مرادفاً لـ مصطلح الاضطرابات السلوكية.

تعريف الاضطرابات الانفعالية (الاضطرابات السلوكية) :

هناك علة تعريفات وكل منها اعتمد على منحني خاص، وقد قسمت إلى مجموعات هي:

أولاً: مجموعة التعريفات ذات المنحني الاجتماعي:

وتشتمل على علة تعريفات ونذكر منها تعريف كوفمان Kuffman 1977 إن الأطفال المضطربون انفعالياً هم الذين يستجيبون ليبيتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً، وغير مرضية شخصياً، وذلك بشكل واضح ومتكرر، ولكن يمكن تعليمهم سلوكياً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومفيدة).

ويمكن تلخيص ما تشير إليه التعريفات الاجتماعية للأضطرابات السلوكية:

١- السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعياً

٢- السلوك المضطرب متكرر الحدوث وواضح.

٣- إن الكبار في المجتمع الذي يتتمى إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك

٤- إمكانية تغيير السلوك غير المقبول واكتساب سلوكيات مقبولة.

٥- أهمية اعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك

٦- إن الأضطرابات السلوكية تعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته.

ثانياً: مجموعة التعريفات ذات المنحني النفسي- الاجتماعي:

وهناك علة تعريفات ذكر منها:

١- تعريف جروبرد Graubard 1973:

الاضطرابات السلوكية هي تشكيلة من السلوكيات المنحرفة والمتطรفة بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار (مزمنة)، وتختلف توقعات الملاحظ، وتمثل في الاندفاع، والعدوان والاكثاب والانسحاب.

الاضطراب الانفعالي هو الاختلاف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود اضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤمن فيه نفسه أو الآخرين، في هذه الحالة تقول هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي.

ونلخص ما تشير إليه التعريفات النفس - اجتماعية للاضطرابات السلوكية:

١- الاعتماد على اتجاهات الملاحظ الذي يقوم بلاحظة سلوك الفرد في تفسير

طبيعة ونوعية السلوك.

٢- الاندفاع، والعدوان، والاكثار، والانسحاب، والخروج عن القواعد والعرف

الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكياً.

٣- ارتباط الشعور بعدم السعادة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

٤- ارتباط الفشل المتكرر بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

ثالثاً: التعريفات ذات المنهج التربوي.

وهناك علة تعريفات نذكر منها:

١-تعريف هويت وفوريس : ١٩٧٤ Heweet and forness

الطفل المضطرب انفعالياً هو طفل غير متبعه في الفصل ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع للدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدرس والمدرسة.

بـ-تعريف لامبرت وباور : ١٩٦١ Lambert and Bower

الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتراوح معدل المخاضن سلوكه بين المتوسط والحادي وإن هذا الاختلاف في السلوك يعمل بدوره على تخفيف قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية، كذلك في تفاعلاته مع الآخرين، مما يؤثر على خبراته الاجتماعية والتربوية، ويجعله عرضة لواحدة أو أكثر من النماذج السلوكية الخمسة التالية بشكل واضح:

١- عدم القدرة على التعلم التي لا ترتبط بالعوامل العقلية أو الحسية أو

العصبية أو الصحة العامة، وإنما ترتبط بالمشاكل السلوكية.

٢- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الأقران، والمربيين، والاحتفاظ بهذه العلاقات.

٣- أنماط غير ملائمة أو غير ناجحة من السلوك والمشاعر في الظروف العادية.

٤- ميل لظهور أعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام، والآلام في الجسم، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية أو مدرسية

٥- مزاج عام من الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.

ونلخص ما تشير إليه التعريفات ذات المنحني التربوي.

١- التركيز على السلوك والأداء المدرسي.

٢- تأثير الخبرات الاجتماعية والتربوية بالأضطرابات الانفعالية.

رابعاً: التعريف ذاتي المنحني القانوني:

تعريف كفارسيوس وميلر Kvaceus and Miller (١٩٥٩) :

استخدم كل من كفارسيوس وميلر مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الأضطرابات الانفعالية لأن الأحداث الجلجلين يظهرون كثيراً من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فقد عرف جنوح الأحداث من الوجهة القانونية بأنه (عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فرداً أو جماعة).

- ما يشير إليه التعريف القانوني:

اقترح كل من كفارسيوس وميلر تطبيق أربعة تغيرات عند وصف المحدث بالجنوح وهي:

١- خطورة الانتهاك أو المخالففة.

٢- شكل أو نمط المخالففة.

٣- تكرار المخالففة.

٤- سلوك الفرد السابق وشخصيته.

مراجعة مجموعة التعريفات السابقة تجد أن منها من اجتمع على الإشارة إلى بعض المحکات، وأن البعض الآخر قد انفرد بمحکات أخرى وذلك في تعريف الأضطرابات الانفعالية، لتصبح الصورة أكثر وضوحاً فيما يلي عرض لثلاث من المحکات التي اعتبرت أساساً للتعريفات الواردة في ميدان الأضطرابات الانفعالية :

- ١- المخالف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً.
- ٢- درجة وملة تكرار السلوك
- ٣- اختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات.

تصنيف الأضطرابات الانفعالية :

إن المهد من عملية تصنيف الأضطرابات الانفعالية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تسهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطرابات في السلوك

لقد مررت عملية تصنيف السلوك إلى فئات بمراحل متعددة عبر التاريخ ولم تظهر بشكل منتظم إلا في هذا القرن تركزت الجهود حول هذا الموضوع. وقد كان للأطباء النفسيين السبق في عملية التصنيف فقد وضعوا الكثير من التصنيفات وطوروها، كما شارك التربويون أيضاً بجهود كبيرة في هذا الموضوع وذلك استجابة للحاجة الملحة لتفسير وتصنيف السلوك في المدرسة، ومن أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال الأضطرابات الانفعالية ما يلي:

أولاً: تصنیف الجمعیة الامیرکیة للطب النفی (١٩٦٨-١٩٨٠) :

أ- تصنیف الجمعیة الامیرکیة للطب النفی عام ١٩٦٨ للاضطرابات السلوكیة كما أورده ریتش (١٩٨٢) ويشمل على عشر فئات من الأضطرابات السلوكیة هي:

- ١- التخلف العقلي.
- ٢- الأعراض العضویة في المخ.

- ٣- الذهان.
- ٤- العصاب.
- ٥- اضطرابات في الشخصية.
- ٦- الاضطرابات النفس جسمية.
- ٧- الاعراض الخلصية.
- ٨- اضطرابات ناتجة عن بعض المواقف المؤقتة
- ٩- الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة والمراقة:
 - وتشتمل هذه الفتة على ستة أنواع مختلفة من الاضطرابات هي:
 - أ- الحركات الزائدة.
 - ب- الانسحاب.
 - ج- القلق الزائد.
 - د- المروب.
 - ه- العدوان غير الاجتماعي.
 - و- جنوح الجماعة.
- ١٠- حالات أخرى غير مختلفة وتشتمل هذه الفتة من الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عدليين والذين لم يعانون من مشاكل حادة تطلب إجراء فحوصات نفسية عليهم.
- ب- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للعام ١٩٨٠ كما أورده استر وكونولي (١٩٨٤) ويشتمل على خمس فئات من الاضطرابات هي:
 - ١- الفتة العقلية ويشتمل على التخلف العقلي بدرجاته المختلفة (البسيط، المتوسط، الشديد).
 - ٢- الفتة السلوكية، وتضم الفتة السلوكية تصنيفين أساسين هما:
 - قصور الانتباه الذي يصلحه نشاط حركي زائد أو قصور الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي زائد
 - اضطرابات في التصرف، وتشتمل على الأنواع التالية:
 - أ- سوء تصرف غير اجتماعي عدواني .
 - ب- سوء تصرف غير اجتماعي وغير عدواني.

ج- سوء تصرف اجتماعي عدوانى

د- سوء تصرف اجتماعي غير عدواني.

٢- الشذوذ

٢- الفتة الانفعالية: وتشتمل على ثلاث تصنيفات رئيسية هي:
أولاً: اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ومن أنواعها:
أ- قلق الانفصل.

ب- التجنب أو الإحجام (الصراع بين واقعين كلاما غير مرغوب فيه، كما يتمثل باللحجة إلى السلوك غير المقبول).

جـ- القلق الزائد

ثانياً: بعض الاضطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة، والمراحلة التي منها ما يأتي:

أ- التعلم، التفاعل، بحث حلقة الطفولة.

٦- اضطراب هستيري في الطفولة والمهقة.

جـ- اليم الاختياري أو رفض الكلام.

د- اضطراب الهوية (انعدام الشخصية الذي يظهر من خلال الارتباط بالآخرين)

٤- الفئة الجسمية: تضم هذه الفئة ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي:
اضطراب الأكل، اضطراب الحركة، بعض الاضطرابات التي يصاحبها
مظاهر جسمية.

أولاً: اضطرابات الأكل، وتشتمل على:

أ- فقدان الشهية العصبي.

بـ- الشره (الجوع المتواصل).

جـ- الرغبة العارمة في تناول أطعمة غير مغذية.

د- اضطراب في اجتذار الطعام.

ثانياً: اضطراب الحركة، وتشتمل على:

أ- الحركات الشلقة أو غير السوية.

بـ- التشنجات أو اللزمات المؤقتة

جـ- الحركات التشنجية المزمنة.

ثالثاً: بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية، وتشتمل على:

أ- التأتمه
ب- سلس البول الوظيفي

ج- عدم التحكم الوظيفي في التبرز. د- المشي أثناء النوم.

هـ- الرعب أثناء النوم.

٥- الفتة النماذجية: تنقسم هذه الفتة إلى قسمين أساسين من الأضطرابات هما:

أولاً: اضطرابات نهائية منتشرة، وتشتمل على:

١- الانشغل الطفولي بالذات.

بـ- الشذوذ النمائي المنتشر (العام).

جـ- اضطرابات الطفولة النمائية.

ثانياً: اضطرابات غائية محلية، وتشتمل على:

أ- اضطرابات القراءة النمائية.

ب- اضطرابات الحساب النمائية.

جـ- اضطرابات اللغة النمائية.

د- اضطرابات التعبير النمائية.

٦- اضطرابات نهائية مختلفة محلدة.

و- اضطرابات غائية شاذة مخلدة.

ثانياً: تصنیف چماعة تعوییر العطی النفسی.

يشابه تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي إلى حد كبير مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المخك النفسي لتصنيف

الاضطرابات الانفعالية، وكذلك من حيث أنواع الاضطرابات، ويتألف نظام تصنیف جماعة تطوير الطب النفسي من عشرة تصنیفات للأضطرابات الانفعالية ثم ترتیبها بحيث تبدأ من الحالات البسيطة وتنتهي بالحالات الشديدة. ونذكرها كما أوردها نوف knopf (١٩٧٩):

- ١- الاستجابات الصحية.
- ٢- اضطرابات ردود الأفعال.
- ٣- اضطرابات النمائية.
- ٤- اضطرابات العصبية النفسية.
- ٥- اضطرابات الذهانية.
- ٦- اضطرابات الشخصية.
- ٧- اضطرابات النفس جسمية.
- ٨- الأعراض المتصلة بالمخ.
- ٩- التخلف العقلي.
- ١٠- اضطرابات أخرى.

ثالثاً: التصنیف الطبی.

اعتمدت معظم التصنیفات القدیمة للأضطرابات الانفعالية على الأسلوب الطبی، ومن أبرز هذه التصنیفات تصنیف كانفر وسالسو kanfer and saslow (١٩٦٧)، حيث صنفوا الأضطرابات الانفعالية إلى ثلاثة فئات هي:

- ١- التصنیف على أساس الأمراض.
- ٢- التصنیف على أساس الاستجابة للعلاج.
- ٣- التصنیف على أساس الأعراض.

رابعاً: التصنیف حسب شدة الأضطراب.

قام كل من هلهان وكوفمان Hallahan and kauffman بتقسیم الأضطرابات الانفعالية إلى فئتين رئیسیتين وذلك حسب شدة الأضطراب، وهما:

١- فئتاً الأضطرابات البسيطة والمتوسطة:

تمثل هذه الفئتاً مجموعة الأضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة والتي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العلی أو المدرسة أو البيت عن طريق أو أولیاء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائين في بعض الحالات.

وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها بعض الأطفال والتي تتطلب علاجاً شاملاً وطويلاً المنى، وتشمل هذه الفئة حالات الاجترارية والانفصام والذهان، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برامج خاصة في الفصول الخاصة، أو المراكز العلاجية.

يسمح التصنيف القائم على شلة الاضطرابات بتقديم الخدمات التربوية الفعالة والمناسبة للأطفال المضطربين سلوكياً، ولكن يجب أن يسبق ذلك وضع المعايير والضوابط الموضوعية التي تفرق وتميز بين الأطفال الذين يحتاجون لعلاج شامل وطويل المنى، وبين أولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة لفترة زمنية محددة من قبل المدرسين أو أولياء الأمور أو الأخصائيين.

خامساً: التصنيف النفسي - تربوي.

قام مورس وأخرون (Mores and al ١٩٦٤) بتصنيف التلاميذ المضطربين انفعالياً تفصياً نفسياً تربوياً إلى خمس فئات رئيسية هي:

- ١- العصاب.
- ٢- أمراض الدماغ ويتبع عن أمراض الدماغ ثلاثة أنواع من الاضطرابات الانفعالية، الأولى اضطراب المركبة، والثانية اضطراب في اللغة، والثالث التشنجات.
 - تمثل اضطرابات الحركة في الانسقىق وعدم الاستقرار الانفعالي، والبالغة في الاستجابة للمثيرات، والاستمرارية وغيرها.
 - تتمثل اضطرابات اللغة في عسر القراءة ومشاكل متعلقة بالتعلم، وقصور في التوجة وصعوبات في استخدام رموز اللغة وغيرها.
 - الاضطرابات المصحوبة بتشنجات.
- ٣- الفصام: وهو نوعين الأول غير متصل بالوظيفة العقلية، والثاني متصل بالإعاقة العقلية.
 - يتمثل النوع الأول من الفصام غير المتصل بالوظيفة العقلية في اضطرابات

التواصل اللغطي، واضطرابات في تكوين علاقات مع الآخرين.

- النوع الثاني المتصل بالإعاقات العقلية فيتمثل بالبكم الاراهي، والانسحاب، والاجترارية، وعدم التأثر.

٤- السذاجة- الإهمال.

٥- الشخصية غير المؤثرة.

سادساً: التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة.

قام جروير وآخرون (١٩٧٦) بتطوير أسلوب التصنيف السلوك الذي يسبب مشكلة في المدرسة وذلك كي يتمكن المدرسون من التعامل بفاعلية مع الأطفال المضطربين انفعالياً في المدرسة. ولقد قام جروير وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات هي:

١- المستوى العادي: يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشلة والتكرار والاستمرارية، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعلمية جديدة، أو مواقف جديدة يتعرض لها الطفل ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة، وعادة لا تكون لهذه المشكلة أثار تلميرية أو تخريبية.

٢- مستوى المشكلة: في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشلة والتكرار والاستمرارية، حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ ويستمر لفترة طويلة وها أثار تلميرية أو تخريبية على الآخرين ولكنها ليست من التعقيد أو الشلة بحيث يستلزم الأمر تحويل الطفل إلى أخصائي بل يكتفي بأن يقوم المدرس بالتعامل مع هذه الحالات ومعالجتها.

٣- مستوى الإحالة: في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية من الشلة والتعقيد بحيث لا يمكن للمدرس أن يتعامل معها مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي والأضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة.

قام كوي بتجمیع مجموعة واسعة من المعلومات عن فئات الأطفال المضطربين انفعالياً وذلك عن طريق المدرسين وأولياء الأمور والسجلات التي تحتوي على تواریخ حیة هؤلاء الأطفال، ومن استجابات الأطفال أنفسهم على استبيانات أعدت خصيصاً لهذا الغرض، وبالتحليل الإحصائي لهذه المعلومات وجد أن الانفعالیة للأطفال تظهر على شكل جمومعات، فالأطفال الذين يظهرون بعض السلوكات في إحدى الجمومعات من المرجح وبشكل كبير أن يظهروا أيضاً السمات والسلوكات الأخرى التي تظهر في تلك الجمومعة.

وبالرغم من أن نظام كوي يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا أنه يعاب عليه أنه لا يقدم معلومات علاجية مما يحد من فائدته، هذا وقد وجد كوي أربعة فئات أساسية للأضطرابات الانفعالية وهي:

١- اضطرابات التصرف.

٢- اضطرابات الشخصية.

٣- عدم النضج.

٤- المجنوح الاجتماعي.

لقد قام كل من ابتر وكونولي (١٩٨٤) بتجمیع المظاهر السلوكية التي يشتمل عليها تصنیف كوي في فئاته الأربع وذلك على النحو التالي:

١- اضطرابات التصرف:

- عدم التعاون/ عدم الارتباط.

- المشاجرة/ الضرب.

- نوبات من المزاج الحاد

- التحلبي وعدم الطاعة.

- توعيد الضعفاء.

- تخريب الممتلكات.

- السلبية/ الأنانية/ القلة اللوم على الآخرين.

- سهولة الاستشارة.

- التململ/ شرود الذهن/ عدم الاغبطة.

- الجحالة

- عدم الثقة بالنفس/ عدم تحمل المسؤولية.

- استخدام ألفاظ نابية.

٢- اضطرابات الشخصية:

- الانسحاب/ الانعزال/ الجبن/ الصمت.
- القلق/ الخوف/ التوتر.
- شعور بالدونية وعدم القيمة.
- الاكتئاب/وشلة الحساسية.
- البكاء باستمرار.
- سهولة التهيج.

٣- عدم النضج:

- ضعف التناسق.
- قصر مدة الانتباه.
- ضعف التركيز.
- الاستسلام/ سهولة الانقياد
- انشغل البال/ التحديق في الفضاء/ أحلام اليقظة. - الإتساخ/ الفوضى.
- الكسل/ النعاس/ عدم الاهتمام.
- الإنفاق في الانتهاء من عمل الأشياء.

٤- الجنوح الاجتماعي:

- السرقة مع الآخرين.
- الولاء بجماعة سيئة.
- التهرب من أداء الواجبات.
- العنصرية في عصابة.
- الهروب من المدرسة.
- البقاء خارج البيت إلى وقت متأخر من الليل.

خصائص المضطربين سلوكياً:

إنه من الصعب تحديد مفهوم من المشاكل الانفعالية تصف به جميع الأطفال المضطربين انفعالية، فمشاكلهم متعددة ومتعددة، وإن كل فرد يعتبر له خصائصه المتميزة أو الفريدة. هل تؤثر اضطرابات الانفعالية أو الإعاقة الانفعالية على شخصية الفرد، الاضطراب الانفعالي يؤثر بطريقة مباشرة على خصائص الشخصية، كخصائص الأكاديمية والاجتماعية والعقلية.

لقد قام بعض المختصين في دراسة اضطرابات الانفعالية بإعداد قوائم تشمل على أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال المضطربين انفعالية، فمعظم هؤلاء

الأطفال لديهم واحدة أو أكثر من هذه الخصائص، ولكن لا يوجد طفل واحد لديه جميع هذه الخصائص، وفيما يلي عرض لأهم الخصائص السلوكية للأطفال المضطربين انفعالياً:

١- **الذكاء**: أشار كوفمان (١٩٨١) إلى أن الأطفال المضطربين انفعالياً يميلون إلى أن يكونوا أطفالاً ذكاءً وهذا يعتبر خرافة، لأن البحوث أشارت إلى أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب انفعالياً بدرجة بسيطة أو متوسطة حوالي ٩٠ درجة وأن هناك عدداً قليلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً من حصلوا على درجات مرتفعة في الذكاء أي قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط الأطفال العاديين.

٢- **التحصيل الدراسي**: ذكر ميلر وديفرز (١٩٨٢) أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين انفعالياً يعتبر منخفضاً إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين، ولاحظ عدداً من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية، فالكثير من الأطفال الذين لديهم اضطرابات انفعالية لديهم أيضاً مشاكل دراسية في نفس الوقت.

ووضع كوفمان (١٩٧٧) المسؤلية كاملة على عاتق كل من المدرس والمدرسة في الخفاض التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين انفعالياً وذلك بعدم مراعاتهم للجوانب الآتية في تعاملهم مع الأطفال المضطربين انفعالياً:

١- عدم مراعاة المدرسين للفرق الفردية بين الأطفال، والفرق داخل الطفل نفسه.
٢- توقعات المدرسين نحو الأطفال المضطربين انفعالياً تكون في كثير من الأحيان غير مناسبة.

٣- عدم متابعة المدرس وعدم علاجه لجوانب القصور التي يعاني منها الطفل.

٤- اقتصار التعليم على مهارات غير وظيفية.

٥- استخدام طرق غير مناسبة للتعزيز.

ويذكر هلهان (١٩٧٧) وهيرورد (١٩٨٠) إلى أن تدني أداء الأفراد المضطربين انفعالياً من الناحية التحصيلية وأن الدراسة التي اجرتها جلافن وزميله (١٩٧٦)

على ١٣٠ طفلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً أشارت إلى أن ١٨% من تلك الجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، وأن ٧٧% منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات، ويفضي هلهان إلى ذلك، مشكلات أخرى ترتبط بخصائص الأطفال المضطربين انفعالياً، مثل مشكلات القيام بمهارات الحياة اليومية الإنسانية، كالنظافة، وارتداء الملابس، والاستحمام.

ولا أحد ينكر العلاقة الإيجابية بين القدرة العقلية والمستوى التحصيلي للفرد كما يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين انفعالياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب الانفعالي على انتبه وتركيز الأطفال المضطربين انفعالياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب انفعالياً يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدوانية أو الإنسحابي، ويصعب أن يركز انتباهه للمدرس، ويمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي لارتباطها بظواهر أخرى بصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد سبباً في تشتت انتبه الفرد وتركيزه.

٤- العدوانية:

يعتبر السلوك العدوانى واحداً من الخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين انفعالياً ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً مهاناً ومزعجاً في كثير من الأحيان، ففي المدارس مثلاً نجد أن العدوانية غير المرغوبة تظهر على أشكال مختلفة منها الإسلعة اللفظية والجسدية للآخرين، وتخريب ممتلكات المدرسة، وعدم إطاعة القواعد والتعليمات حيث يواجه المدرس صعوبة في إدارة الصدف وتوجيهه.

وأشار ميلر وديفر (١٩٧٢) إلى أن هناك خمسة مركبات أساسية يستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحليلها، وهي:

- نمط السلوك
- شدة السلوك
- درجة الألم أو التلف الم hasil.
- خصائص المعتلي.
- نوايا المعتلي.

وأظهرت الدراسات أن العدوانية ناتجة عن دافع داخلية لا شعورية، وأن العدوانية تعتبر سلوكاً متعلماً فالأطفال يتعلمون كثيراً من السلوكيات العدوانية عن طريق ملاحظتهم لآبائهم وأخوانهم ورفاقهم في اللعب.

لذا فقد ناحي البعض بأن من الأفضل السماح للأطفال بتفريغ عدوانهم بحرية في مراحلها الأولى قبل أن تكتبت وتنظر على شكل سلوك عدوانى ملمر في المستقبل.

٤- النشاط الحركي الزائد/ تشتت الانتباه/ الاندفاع:

ترتبط هذه الخصائص ببعضها البعض ارتباطاً أساسياً، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد أو إمكانية تواجد الخصائص الأخرى، كالاندفاع والتهور والخشوعية في إصدار الأفعال، وهو الاستجابة لأول فكرة تطرأ على بلد الفرد أما تشتت الانتباه فهو عدم القدرة على المتابعة والتركيز الانتباه على المهام المدرسية، أما النشاط الحركي الزائد فيعتبر العامل الرئيسي في هذه الخصائص الثلاث وهو في كثير من الأحيان سبب رئيسي لكل من الاندفاع وتشتت الانتباه، فالنشاط الحركي الزائد هو زيادة النشاط عن الحد المطلوب بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة مع عمره الزمني، فالأطفال في سن الثانية تكون حركتهم نشطة جداً بالجهة استكشاف البيئة، لذا فهي تعتبر مناسبة لعمرهم الزمني، إلا أن نشاطاً مساوياً لهذا من قبل الطفل عمره ١٠ سنوات خلال المناقشة الصحفية يعتبر نشاطاً غير مناسب.

وأكيد برودين وأخرون Broden and al (١٩٧٠) على أن النشاط الحركي الزائد يشتت الانتباه، والاندفاع، يعتبر من المشاكل المصاحبة للاضطرابات الانفعالية، ولا يقتصر النشاط الحركي الزائد على المضطربين انفعاليةً فقط بل أن هناك نسبة كبيرة من أطفال المدارس من لا يعانون من اضطرابات انفعالية يوصفون بأنهم لديهم نشاط حركي زائد وهذه النسبة تتراوح ما بين ١٥-٣٠٪ من إجمالي تلاميذ الولايات المتحدة الأمريكية.

ولقد أثبتت معظم الدراسات أن بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم مشاكل تعليمية، وأن تحصيلهم الدراسي ضعيف وأن كل من المعلجین والتربويین قد

لاحظوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلفين في أدائهم التعليمي عن الأطفال العاديين، فحياناً يكون أداؤهم ممتازاً وأحياناً أخرى يكون منخفضاً جداً، وناقشت مارجليس (١٩٧٧) ثالث احتمالات يمكن أن تكون سبباً في المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد

١- إن الحركات الزائدة غير الأساسية خاصة حركات الرأس والعينين تؤدي إلى مشاكل في التعلم، كما أن مضاعفة النشاط الحركي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في التعلم نتيجة لعدم دخول المعلومات خاصة تلك المعلومات

التي تأتي من خلال القنوات البصرية.

٢- قد يكون لدى الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد مداخل مختلفة للمشاكل فهم يميلون إلى الاندفاع في اتخاذ القرارات مما يتربّط على ذلك صعوبة لديهم في حل المشاكل لأنهم يستجيبون لأول بادرة تلوح أمامهم ولا يستطيعون تقديم استجابة أخرى بديلة.

٣- قد يكون النشاط الحركي الزائد أحد أعراض التلف العصبي.

٤- القلق:

أكّدت البحوث التي أجريت على القلق ومنها لاهي وسيمنزو Lahey and cimienro ١٩٨٠ أن حوالي ٣٢٪ من الأطفال يظهرون اضطرابات في القلق والانسحاب، وأشار ميشيل Mischel (١٩٧١) إلى أن الطفل القلق يظهر انفعالات ومشاعر تمثل في عدم الراحة الجسمية وعدم التنظيم في المهارات الإدراكية، وحل المشاكل، وعند الامتحان يصبح متوتر الأعصاب سريع الغضب.

وأشار ميلر وآخرون al Milleret (١٩٧٢) إلى أن الكثير من حالات القلق يمكن علاجها بنجاح - كما أن اضطرابات القلق في الطفولة من النادر أن تؤدي إلى مشاكل خطيرة تؤدي بدورها إلى عدم التكيف في مرحلة الرشد.

٥- الانسحاب/ الانطواء:

الطفل المنسحب أو المنطوري يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الحبيطين به، فهو لا يشير الضوضاء ولا المشاكل في الفصل أو المنزل. لهذا لا يعتبر في

عدد الأطفال الذين يسبّبون مشاكل حادة للمدرس، وبهذا يتم نسيانه في المدرسة، كما أنّ كثيراً من المدرسین يصفونه بأنه غير قادر على التواصّل، وإنّه خجول، وعادة ما يفشل في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات مع الآخرين.

٧- سوء التكيف الاجتماعي:

يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها والقيام بالأخطاء التي لا يرضيها المجتمع، والاعتداء على التعليمات المدرسية، فالفرد غير التكيف اجتماعياً في نزاع دائم مع القيم التي يحب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة.

٨- الاجتازية (التوحد):

تعتبر كلمة "الاجترارية" تقريباً لمصطلح "الاوتوسيم Autism" كذلك فقد عربها البعض بـ "التوحد" وهي تعتبر واحدة من الخصائص السلوكية الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين انتفعالياً خاصةً من يعانون من اضطرابات سلوكيّة حادة، وتتمثل الاجترارية بالتمرّكز حول الذات، وبانشغال الطفل بذاته بصورة أكثر من انشغاله بالعالم الخارجي، وقد أورد هوارد واورلنسكي (١٩٨٠) ست خصائص تواجد لدى الأطفال المتوحدون، وهي:

١- العجز الجسمى الظاهري:

فقد تتحرّك أمّاً الطفّل بـشكلٍ مباشّرٍ وتبّسم له، وتتكلّم معه. ومع ذلك فإنّه يتصرّف كما لو أنه لا يشاهدنا أو يسمعنا، وغالباً ما تشكّ الأمّ بأنّ طفّلها أصمّ أو كفيف.

٢- البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص الأخرى التي نلاحظها بشكل متكرر هي عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناد وإظهار مشاعر العطف، وينهض الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

٣- الإشارة الذاتية:

من أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال هو تكرار الأفعال أو القيام

بأعمال نحطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويع بالذراعين، والمهمة وترديد ثلاث أو أربعة كلمات أو جمل معينة طويلاً من الوقت).

٤- سلوك إيداء الذات ونوبات الغضب:

مع أن الطفل قد لا يكون منشغلاً باشياء يمكن أن تؤديه وذلك عندما تقابله لأول مرة إلا أن الأهل غالباً ما يذكرون بأن الطفل يغض نفسه في بعض الأحيان بشدة للدرجة ينزعز معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده أو قد يضرب رأسه بالحائط، أو بقطع أنثى حادة حتى تدور رأسه ويصبح لونها أسود أو أزرق، وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عداوته نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عرض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصواتاً، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة ويسبك الماء على الأرض - وغالباً ما يكون الأهل عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

٥- الكلام النمطي:

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكاء، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقون أصواتاً بسيطة، وقد يكون كلامهم إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا وجهنا سؤالاً للطفل ما أسلك؟ من المرجح أن تكون إجابته ما أسلك؟ وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكرار النمطي مباشراً ولكن قد يأتي متاخرأ، فقد يعيد الطفل بعض العبارات التي سمعها في الصباح أو في اليوم السابق، أو قد يقوم بإعادة الإعلانات التي يسمعها من التلفزيون وغير ذلك.

٦- قصور السلوك:

من أنماط السلوك الملفتة للنظر والتي يتصف بها الطفل الاجتاري أو المتوحد هو التأخر في نمو السلوك أو قصور السلوك، فالطفل التوحدي الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع سلوك الطفل العادي ذو

السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات، فهو لا يمتلك منها إلا القليل ويحتاج إلى من يقوم باطعامه وإلى من يساعدته على ارتداء ملابسه، وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه يضعها في فمه تماماً مثل الطفل الرضيع، وقد يضرب على الألعاب باصباغه بشكل مستمر، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر.

٧- يظهرون العديد من المشكلات مثل:

- مشكلة النوم فالنوم عندهم قلق ومتقطع وعلى فترات مختلفة ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة.
- مشكلة الشراب والأكل، فقد يشربون ويسألكون بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع، ويميلون إلى تفضيل بعض الأطعمة وتكرار أكلها مثل حبهم للبطاطس ولا يرغبون في التنويع بها ويلجأون إلى استخدام نفس الكأس لشرب الماء والشاي والعصائر.
- مشكلة السلامة، فهم لا يعرفون معنى الخوف من بعض الأمور الخطيرة كالعبور أثناء سير السيارات دون انتظار.
- مشكلة التغيرات التي تحدث في بيته وخصوصاً التغيرات الدقيقة أو البسيطة أو الكبيرة فلا يعبأ بها.
- مشاكل ادراكية، فهم يعانون من خلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليل.
- نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.
- مشكلة التعميم فلا يستطيعون نقل وتعيم ما تعلم من بيته إلى أخرى.
- نقص المثابرة أو الدافعية.

ويجب الإشارة إلى وجود فروق بين الأطفال المتوحدون في الأعراض التي يظرونهها، فقد تظهر بعض الأعراض لدى الطفل ولا تظهر لدى آخر أو قد تظهر كلها، بالإضافة إلى الفرق في الدرجة أو الشدة التي تظهر بها تلك الأعراض من طفل إلى آخر، ولذلك يمكن أن تفرق بين توحد بسيط، متوسط وشديده، فمثلاً نجد السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى أحد الأطفال المتوحدين وبشكل شديد للدرجة

إيناء النفس مثل عض اليدين للدرجة التزيف بينما لا تجد مثل هذا السلوك لدى طفل آخر، وقد تجده ولكن ليس بنفس الدرجة.

أسباب الاضطرابات الانفعالية:

أجمعـت كثـيرـ من الـدـرـاسـاتـ التـرـبـوـيـةـ فيـ جـمـلـ الـاضـطـرـابـاتـ الانـفعـالـيـةـ عـلـىـ أـنـ مـسـيـبـاتـ الـاضـطـرـابـاتـ تـنـحـصـرـ فيـ عـاـمـلـيـنـ أـسـاسـيـنـ هـمـاـ العـوـاـمـلـ الـبـيـثـيـةـ وـالـعـوـاـمـلـ الـبـيـوـلـوـجـيـةـ،ـ وـرـغـمـ تـعـدـ الـدـرـاسـاتـ حـوـلـ هـذـاـ الـمـوـضـوعـ وـرـغـمـ حـاـوـلـةـ الفـصـلـ بـيـنـ الـعـوـاـمـلـ الـبـيـثـيـةـ وـالـعـوـاـمـلـ الـبـيـوـلـوـجـيـةـ إـلـاـ أـنـ كـثـيرـاـ مـنـ التـدـاـخـلـ يـحـدـثـ بـيـنـ الـعـاـمـلـيـنـ بـحـيـثـ يـصـعـبـ الفـصـلـ بـيـنـهـمـاـ أـوـ تـحـدـيدـ مـلـىـ مـسـاـهـمـةـ كـلـ مـنـهـمـاـ فـيـ إـحـدـاـتـ الـاضـطـرـابـاتـ الانـفعـالـيـةـ لـدـىـ بـعـضـ الـأـفـرـادـ وـفـيـمـاـ يـلـيـ تـعـرـيـفـ بـهـنـهـ الـعـوـاـمـلـ:

أولاً: العوامل البيئية.

يـنـدـرـجـ تـحـتـ مـفـهـومـ الـعـوـاـمـلـ الـبـيـئـيـةـ ثـلـاثـ بـيـثـاـنـيـةـ لـاـ تـأـثـيرـ مـبـاـشـرـ عـلـىـ الـسـلـوكـ الـإـنـسـانـيـ،ـ أـوـلـاـ الـبـيـثـةـ الـاجـتـمـاعـيـةـ بـاـ فـيـهـاـ مـنـ عـادـاتـ وـتـقـالـيدـ وـلـوـائـحـ وـنـظـمـ وـإـمـكـانـيـاتـ اـقـتصـادـيـةـ وـ ثـقـافـيـةـ وـعـلـاقـاتـ بـيـنـ الـطـبـقـاتـ مـنـ الـأـجـنـاسـ الـمـخـتـلـفـةـ دـاـخـلـ الـجـمـعـ،ـ وـثـانـيـهاـ الـبـيـثـةـ الـأـسـرـيـةـ الـمـتـمـثـلـةـ بـالـأـبـ وـالـأـمـ وـالـأـخـوـةـ وـطـبـيـعـةـ الـعـلـاقـةـ الـقـائـمـةـ بـيـنـهـمـ وـتـأـثـيرـهـاـ عـلـىـ النـمـوـ الـشـخـصـيـ لـلـطـفـلـ،ـ أـمـاـ الـبـيـثـةـ الـمـثـالـيـةـ فـيـ الـبـيـثـةـ الـمـرـسـيـةـ الـمـتـمـثـلـةـ بـالـعـلـاقـةـ الـقـائـمـةـ بـيـنـ الـطـفـلـ مـنـ نـاحـيـةـ وـبـيـنـ زـمـلـائـهـ وـمـلـرـسـيـهـ،ـ وـبـالـنـاهـجـ وـالـأـنـشـطـةـ وـالـلـوـائـحـ الـمـرـسـيـةـ مـنـ نـاحـيـةـ أـخـرـيـ.

وـفـيـمـاـ يـلـيـ تـفـصـيلـ هـنـهـ الـعـوـاـمـلـ الـبـيـئـيـةـ الـثـلـاثـ:

1- الـبـيـثـةـ الـاجـتـمـاعـيـةـ:

أـشـارـ كـلـ مـنـ هـيـوـارـدـ وـأـورـلـنـسـكـيـ (ـ1ـ9ـ7ـ0ـ)ـ وـكـيـرـكـ وـجـوـبـلـرـ (ـ1ـ9ـ8ـ3ـ)ـ إـلـىـ ثـلـاثـ عـوـاـمـلـ رـئـيـسـيـةـ تـؤـثـرـ عـلـىـ الـبـيـثـةـ الـاجـتـمـاعـيـةـ وـعـنـ طـرـيقـهـمـ عـلـىـ سـلـوكـ الـأـفـرـادـ وـهـيـ:ـ الـفـقـرـ،ـ وـالـتـفـرـقـةـ الـعـنـصـرـيـةـ،ـ وـوـجـودـ الـأـقـلـيـاتـ،ـ بـحـيـثـ يـؤـهـيـ تـوـاجـدـهـاـ فـيـ بـيـثـةـ مـعـيـنـةـ إـلـىـ اـحـتـمـلـ ظـهـورـ اـضـطـرـابـاتـ انـفعـالـيـةـ بـيـنـ الـأـفـرـادـ بـشـكـلـ كـبـيرـ،ـ وـقـدـ وـصـفـ سـيـمـانـ Seeman (ـ1ـ9ـ7ـ7ـ)ـ عـنـاصـرـ الـإـغـرـابـ الـتـيـ تـتـصـفـ بـهـاـ شـخـصـيـةـ أـفـرـادـ الـأـقـلـيـاتـ بـاـ يـلـيـ:

١- انعدام القوة. ٢- اللامعنى.

٣- غياب المعيار. ٤- انزعال القيم.

٢- البيئة الأسرية:

يشير هل瀚 وكوفمان إلى عدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الأضطرابات الانفعالية البسيطة أو المتوسطة، مثل:

١- غلط العلاقة بين الطفل والأم.

٢- غلط العلاقة بين الطفل والأب.

٣- غلط التربية الأسرية وخاصة أنمط التربية الأسرية المشلحة والصارمة أو الفوضوية.

٤- التدليل الزائد والحمامة الزائلة.

٥- الإهمال الزائد.

٦- الاحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهها الأسرة.

٣- البيئة المدرسية:

تعتبر المدرسة من مصادر اضطرابات الطفل الانفعالية بما توفره من خبرات قد لا تكون سارة للطفل، فالطفل يقضى وقتاً طويلاً في المدرسة، ويتأثر تأثيراً مباشراً بالنظام المدرسي بما فيه من مكونات إيجابية وسلبية يمكن أن تؤدي إلى تطوير مشاكل سلوكية قوية إذا توفرت الظروف كما في الحالات الآتية:

- عدم تلبية المنهج والأنشطة المدرسية للفرق الفردية الواسعة بين الأطفال في الاهتمامات والقدرات والميول.

- عدم اتباع نظام ضبط متناسب يراوح بين الشدة واللين، والاعتماد على نظام واحد يعتمد على اللين المفرط، أو الشدة المفرطة من قبل المدرس أو الإدارة المدرسية.

- عدم قيام المدرسة بـمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معلبة الأضطرابات الانفعالية عند التلاميذ.

ثانياً: العوامل البيولوجية.

أشار كيرك وجوجلر (١٩٨٣) إلى أنه في خلال العقود الماضية كان هناك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي راجعة إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيئانه والجوانب الثقافية الموجدة في المجتمع، وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكانتها كعوامل مسببة للأضطرابات الانفعالية بالرغم من الصعوبة في البرهنة على ذلك، ويمكن توضيح أثر العوامل البيولوجية في الأضطرابات الانفعالية بالنقطة التالية:

- ١- الحساسية الوراثية الشديدة.
 - ٢- سوء الإدراك الوظيفي للمخ أو التلف المخي.
 - ٣- الولادة المبكرة.
 - ٤- أورد كيرك وجوجلر (١٩٨٣) عن شوارز Scharz (١٩٧٩) أن هناك شواهد ثابتة تشير إلى أن للوراثة دوراً واضحاً في تشكيل الفرد.
 - ٥- الاختلافات الجنسية.
- يظهر الاكتئاب والخوف لدى الإناث أكثر من الذكور بحوالي ٣-٢ مرات، كما أن الاجترارية والنشاط الحركي الزائد يظهران في الذكور أكثر من الإناث بحوالي ٨ مرات، ومدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية عند الأطفال.

ويعتبر البعض بأن العوامل الجينية يتحمل أن تكون أسباباً في حالات الشизوفرينيا. ويعتبر البعض البناء التكيني للجسم سبباً في بعض الأضطرابات.

قياس وتشخيص الأطفال المضطربين انفعالية:

يصعب في كثير من الأحيان التعرف على الطفل المضطرب انفعالياً الذي لا يزعج ولا يقلق الآخرين، ولكن يسهل التعرف على أولئك المضطربين الذين تجلب سلوكيهم انتباه الآخرين، ولهذا فمن النادر أن تكون هناك مشكلة حقيقة في معرفتهم وتحديدهم كذلك فإن الأطفال الذين لديهم اضطرابات في الشخصية يسهل

معرفتهم من قبل العاملين في المدرسة.

عند الشك بوجود اضطرابات انفعالية لدى بعض التلاميذ فإنه يتم عرضه على المختصين في المدرسة لتقرير حالته وجمع المعلومات عنها حتى يتم تقييم المشكلة تقييماً سليماً ويتم تقييم المشكلة من ثلاثة أبعاد

- **البعد الأكاديمي** : ويتم معرفته عن طريق اختبارات التحصيل المناسبة.

- **البعد العقلي** : يتم معرفته عن طريق اختبارات الذكاء المقتنة. - **البعد السلوكي** : يتم التعرف عليه عن طريق الملاحظة والمقابلات والمعلومات التي يتم جمعها من المدرسين، وأولياء الأمور، بالإضافة إلى الاختبارات والأدوات المخصصة لهذا الغرض.

إذن تمثل عملية قياس وتشخيص الإعاقة الانفعالية في مرحلتين هما:

١- مرحلة التعرف السريع على الأطفال المضطربين انفعالياً.

٢- مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين انفعالياً.

يقصد بالمرحلة الأولى، تلك المرحلة التي يلاحظ فيها الآباء والأمهات أو المعلمين أو المعلمات أو ذوي العلاقة بعض المظاهر السلوكية غير العادية لدى أطفالهم، وخاصة تلك المظاهر السلوكية والتي لا تتناسب والمرحلة العمرية التي يمرون بها، أو تكرار تلك المظاهر وشديتها، ومن تلك المظاهر مثلاً، تكرار السلوك شد شعر الآخرين، أو العناد أو إيذاء الذات، أو الانطواء.

أما المرحلة الثانية فيقصد بها تلك المرحلة التي تهدف إلى التأكيد من وجود مظاهر اضطرابات الانفعالية المشكوك بهم، وذلك من خلال تطبيق المقاييس التي تكشف عن تلك اضطرابات الانفعالية، ومنها:

١- مقياس بيركس لتقدير السلوك

٢- مقياس الشخصية لأيزنث.

٣- مقياس السلوك التكيفي، للجمعية الأمريكية للتخلص العقلي.

٤- المقاييس الإسقاطية مثل مقياس بقع الخبر لروشان، ومقاييس رسم الرجل بجود إنف، ومقاييس تفهم الموضوع للكبار، ومقاييس تفهم الموضوع للصغار.

ويعتبر مقياس بيركس لتقدير السلوك من المقاييس البارزة في ميدان تشخيص الأضطرابات الانفعالية، فقد صمم بيركس (١٩٧٥) هذا المقياس بهدف التعرف على مظاهر الأضطرابات الانفعالية للأفراد منذ عمر السادسة فأكثر.

نسبة الأضطرابات الانفعالية :

في الحقيقة أنه ليست هناك نسبة نهائية أو أرقام محددة لتحديد مدى الأضطرابات الانفعالية، ولا تزال هناك حاجة ماسة لدراسة عميقة على عينات مختلفة من المجتمع وأن الحصول على عينة مماثلة للمجتمع الأصلي قد تكون أمراً ممكناً باستخدام الأساليب الإحصائية الحديثة، ولكن المشكلة ستمثل في التعريف الذي ستأخذ به عند تحديد العينة.

إذن يصعب وضع تسمية محددة لظاهرة الأضطرابات الانفعالية، وقد يكون السبب في ذلك صعوبة وضع تعريف محدد للأضطرابات الانفعالية من جهة، ويسبب اختلاف معايير السلوك السوي، والسلوك المضطرب انفعالياً من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى من جهة أخرى.

ويشير تقرير أوردته "هيئة الصحة النفسية للأطفال" بالولايات المتحدة الأمريكية في مؤتمرها عام ١٩٧٠ إلى أن شكلاً من أشكال الرعاية النفسية مطلوب نسبة تصل بين (١٠-١٢٪) من أي مجتمع طفولة أو شباب، ومنهم نسبة (٢٪) على الأقل محتاجون لرعاية متخصصة من أخصائيين ومعالجين نفسيين، بينما باتي ٨ إلى ١٠٪ يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي في المدرسة أو بمعرفة مدرس متخصص للمعوقين.

أما مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية (١٩٧٥) يقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي ٢٪، أما بوار (١٩٦٩) فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً حوالي ١٠٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين انفعالياً :

على مدى عديد من السنوات من البحث العلمي المنظم والممارسة العملية للأساليب التعليمية والعلاجية مع فئات الأطفال المضطربين انفعالياً واجتماعياً

تبليورت في الوقت الراهن مجموعة من الإستراتيجيات المتميزة.

يستخدمن العديد من الأساليب التربوية والنفسية للتعامل مع الأضطرابات الانفعالية ولكنه من الصعب تحديد أيها أفضل من الآخر، ولقد تفاقمت مشكلة تحديد أفضل الأساليب بعد أن ارتفع عدد مدرسي التلاميذ المضطربين انفعالية، وهذا فقد أجريت عدة دراسات حول هذا الموضوع لتحديد أكثر الأساليب انتشاراً في التعامل مع الأضطرابات الانفعالية، ومن أساليب التدريس :

أولاً: الأسلوب السلوكي (تعديل السلوك) :

خلال السنتين من هذا القرن قدم هويت ١٩٦٨ لوفاز ١٩٦٧ وغيرهم أسلوباً للتعامل مع الأطفال المضطربين انفعالياً اعتماداً على مبادئ التعلم التي وضعها واطسون وثورنديك وسكتر والتي تركز على الاستجابة الشرطية والاشراط الإجرائي، فالسلوكيون يؤمنون أن السلوك متعلم، وأن السلوك غير السوي أو المضطرب يمثلان تعلمًا غير مناسب.

يركز الأسلوب السلوكي بشكل كبير على تغيير السلوك غير السوي أو غير المتفاوت مع معايير ومتطلبات الفصل، وكما سبق وأن ذكرنا فإن هذا الأسلوب قد انتشر انتشاراً واسعاً بين المدرسين الذين يعملون مع الأطفال المضطربين انفعالياً خاصة في الآونة الأخيرة بحيث تفوق على الأساليب الأخرى الخاصة بالتعامل مع الأضطرابات الانفعالية ولقد أوضح أسباب هذا الانتشار كل من كلازيو ويلتون (١٩٦٧) وابت (١٩٨٢) بال نقاط التالية :

- ١- أن الأسلوب السلوكي يعتبر أسلوباً عملياً إلى حد كبير لأنه يتعامل مع مسائل قضايا ملموسة وملحوظة.
- ٢- ثبتت سرعة فعالية بعض أساليب بعض أساليب تعديل السلوك مع الكثير من الأفراد ذوي المشاكل السلوكية.
- ٣- إن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة، وسهلة الفهم والتعلم.
- ٤- تركيز الأسلوب السلوكي على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعيًّا بنوعية مشاكل التلاميذ وقدراتهم الخاصة.

٥- التركيز على المعززات الإيجابية (المدح والمكافآت) لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.

٦- إن المدرسين غير مدربين للكشف عن أسباب السلوك كما أن أخصائيي الصحة النفسية أنفسهم غالباً ما يجدوا ذلك غامضاً وصعباً ولهذا فمن السهل على المدرسين أن يتعاملوا مع السلوك الملاحظ بطريقة مباشرة دون خوض في المسبيبات.

٧- إن المدرسين نادراً ما يكونوا في وضع يمكنهم من معالجة الأسباب بصورة مباشرة إلا أنهم قادرون على تعديل أثارها في نطق الفصل.

تستخدم آلات التدريس ومواد التعلم المبرمج مدخل الأشرطة الإجرائي، تعتمد مثل هذه البرامج على التدريم الإيجابي خلال التعرف المباشر على نتائج التعلم، ثم مساعدة الأطفال على النجاح في كل خطوة من خطوات البرنامج بواسطة التحقق من صحة الاستجابة، المسؤولية الرئيسية التي تقع على عاتق المعلم كمعلم لسلوك الأطفال تلخص في الواجبات الآتية:

١- أن يحدد تحديداً دقيقاً شكل السلوك أو أشكال السلوك التي تعتبر من سلوك سوء التوافق.

٢- أن يقوم بتحديد المواقف أو الأحداث البيئية التي تدعم وتبثت هذه الأشكال من سلوك التوافق السيء.

٣- أن يعيد بناء وتنظيم التغيرات البيئية الخفية بالطفل بقصد تعديل أو تغيير السلوك سوء التوافق.

هذا ويمكن تلخيص أهم الاعتبارات النظرية والتطبيقية لاستراتيجية تعديل السلوك كإحدى الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك في النقاط التالية:

١- يعتقد المدافعون عن هذا المدخل أن الغالبية العظمى من أشكال السلوك متعلمة.

٢- ينصب في هذه الاستراتيجية على شكل محدد من أشكال السلوك

٣- يمكن تمييز نمطين من ملائج الأشرطة:

أ- الأشرطة الاستجابي، وقد تكون الاستجابات والأفعال المعاكسة التي تعتبر جزءاً من المخزون الاستجابي للكائن الحي تستثار بواسطة مثيرات مختلفة تستثار في البيئة.

ب- الأشرطة الإجرائي، الاستجابات التي تختلف أو يتم تجاهلها من جانب الكائن الحي تتبع بأثار ونتائج تؤدي إلى زيادة أو نقصان احتمالات حدوث هذه الاستجابات مرة أخرى.

٤- يستخدم الأشرطة الإجرائي بصورة متزايدة داخل الفصول الدراسية بقصد ضبط اضطرابات السلوك.

أ- أهداف تعديل السلوك تختلف بوضوح.

ب- تتم برمجة الواجب المطلوب من الطفل وينظم هذا الواجب في خطوات صغيرة تبني كل خطوة منها على الخطوات السابقة لها ومن ثم يواجه الطفل نوعاً من النجاح في كل محاولة.

ج- عندما يتم الطفل أحد الواجبات بنجاح يحصل على التدعيم سواء كان تدعيمياً اجتماعياً أو تدعيمياً ملمسياً.

٥- دور المعلم هو تركيب وتنظيم، أي هندسة البيئة التعليمية.

٦- يستخدم الأشرطة الإجرائي في الفصول الدراسية مع الأطفال الذين لديهم اضطرابات في السلوك بشكل شائع.

ثانياً، الأسلوب السيكودينامي (القوى النفسية) أو التحصيل النفسي ودينامية النفس البشرية، يقوم الأسلوب السيكودينامي على مبدأ التحليل النفسي الذي أرسى دعائمه (سيجموند فرويد)، فمدرسة التحليل النفسي تنظر إلى السلوك غير الملائم على أنه ناتج عن الصراع بين مكونات النفس البشرية وهي:

- المرو (Id) الذي يمثل الطاقة الغريزية التي تظهر مع الميلاد وتسخر لخلعة مبدأ الللة والسرور، والحصول على الرضا وتجنب الألم.

- الانا العليا (Super Ego) وتمثل القيم الاجتماعية والضمير، وهي في صراع دائم مع المهو.

- الانا (Ego) وتعمل كنظام وسط يوفق ما بين (ال فهو) و(الانا العليا) وذلك باستخدام المنطق والعقل.

يهم الأسلوب العلاجي في ظل هذه الاستراتيجية على العلاج النفسي مع النظر إلى التغيرات التعليمية والتربوية، في هذه الحالة تصبح عملية تقبل الطفل وتكون علاقه وثيقة بين الطفل والمعالج من الأمور بالغة الأهمية.

ويمكن تلخيص المبادئ الأساسية التي تقوم عليها استراتيجية ديناميات السلوك على النحو التالي:

١- تقوم هذه الاستراتيجية على نظرية التحليل النفسي لفرويد.

٢- يعتقد بأن الاختهار هو نتيجة للصراعات النفسية الداخلية.

٣- يهدف العمل العلاجي إلى إزالة السبب في المحراف السلوك.

٤- يعتقد بأن المشكلات تنتج عن إجراءات وقعت في فترة الطفولة المبكرة.

٥- أساسيات العمل العلاجي هي استيصال المريض وال العلاقة التحويلية الإيجابية مع المعالج.

٦- يتضمن هذا المدخل بعض جوانب القصور من بينها:

أ- النجاح موضع تساؤل وشك.

ب- العلاج يحتاج إلى فترة طويلة من الوقت.

ج- العملية العلاجية بامضة التكاليف.

د- يوجد نقص واضح في الإخلاصين المدربين على العمل بهذه الاستراتيجية.

ثالثاً: الاستراتيجية التمايزية.

يعتبر هوبيت (Hewitt) من أكبر المدافعين عن الاستراتيجية التمايزية في تعليم الأطفال المضطربين افعاعياً.

قام هويت ١٩٦١ ببناء برنامج تعليمي يعتبر بصفة أساسية أسلوبًا من أساليب تعديل السلوك، مع إتاحة تسلسل ثانوي يتكون من سبعة أهداف تعليمية هي: الانتبه، والاستجابة، والترتيب والنظام، والهدف الاستكشافي، والهدف الاجتماعي، والإتقان أو السيطرة والإلتحاق، يرى هويت أن الاستراتيجية النمائية تفترض أنه لكي يتحقق الأسلوب الناجح في الحياة فلا بد من أن يتبعه وأن يستجيب وأن يتبع التعليمات وأن يستكشف البيئة من حوله بحرية ودقة، وأن يؤدي وظائفه بطريقة ملائمة في علاقاته بالآخرين، كذلك فإن هذه الاستراتيجية تفترض أن تعلم هذه الأشكال من السلوك تحدث أثناء العملية النمائية العادية من فترة الرضاعة المبكرة إلى سن المدرسة، وأن الفشل في تعلم أي من هذه العمليات أو الإخفاق في تعلمها جيئًا يعوق الطفل من أن يكون مهيئًا للتعلم المدرسي، بالنسبة لمثل هذا الطفل فإن هذه الأهداف تصبح هي الأشياء التي يجب عليه تعلمها من خلال العملية التي تهيئه للنهاية إلى المدرسة في الوقت الذي يكون فيه الطفل موجودًا في المدرسة بالفعل.

بقصد مساعدة المعلم على أن ينتقل بالطفل خلال تدرج هرمي قام هويت، بتنظيم ما يعتبره العناصر الأساسية الثلاثة للتعلم المؤثر والفعل وهي:-

١- انتقاله الواجب التعليمي المناسب.

٢- اختيار إثابة ذات معنى تتبع تحقيق الطفل لهذا الواجب.

٣- الحافظة على درجة من التنظيم (البناء) تحت ضبط المعلم.

يمكن تلخيص الاستراتيجية التي وضعها (هويت) للأساليب التعليمية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك في النقاط الآتية:

١- يستخدم مدخل تعديل السلوك مع توفر أهداف تعليمية سبعة في تتابع ثانوي هي: الانتبه، الاستجابة، الترتيب، الاستكشاف، المواقف الاجتماعية، الإتقان، والإلتحاق.

٢- أساسيات التعلم المؤثر والفعل تتضمن ثلاثة أركان أو معاور هي: اختيار الواجب التعليمي، والإثابة على إتمام الواجب، والضبط التنظيمي من جانب المعلم.

٣- هندسة الفصل الدراسي تتضمن، محور الإتقان والسيطرة، محور الترتيب، المحور الاستكشافي.

٤- يسند الطفل إلى محور من المحاور السابقة ويعطى له الواجب وينال إثابة على سلوكه كتلميذ.

رابعاً: الاستراتيجية النفسية- تربية.

يعتبر الأسلوب النفسي تربوي فرعاً من نظرية التحليل النفسي، فقد جاء هذا الأسلوب عندما بدأ البحث عن صيغة توازن ما بين الجوانب النفسية والجوانب التربوية، فقد أكد مورس وآخرون (١٩٦٤) على أن مشاكل الطفل تنتج عن تشابك ما بين الطاقات البيولوجية الفطرية والمخبرات الاجتماعية المبكرة، ولهذا فقد حاول واضعوا هذا الأسلوب إيجاد توازن بين أهداف العلاج النفسي، والأهداف الأكاديمية والسلوكية، ولهذا فإن الأسلوب النفسي تربوي يؤكد على سلوك الطفل وأسبابه بالإضافة إلى علاج الأضطرابات السلوكية والانفعالية وإحلال السلوك المناسب بدلاً من السلوك غير المناسب، ودراسة تأثير مجموعة الأقران، والظروف البيئية على سلوك الطفل.

لقد صمم الأسلوب النفسي تربوي لعلاج الظروف النفسية السلبية للأطفال المضطربين (مثل المشاعر والانفعالات ومفهوم الذات) وتوفير الظروف الملائمة للتمتع بالصحة النفسية، وذلك من خلال توفير الظروف الملائمة لنمو السلوك الاجتماعي المناسب، والتحصيل الأكاديمي، هذا وتعتبر الجوانب الأكاديمية على الأقل في البداية ليست أهدافاً عاجلة حيث يمكن تأجيلها حتى يصبح الطفل المضطرب من الناحية السلوكية مستعداً لتعلمها.

لقد وضع لونج وآخرون (١٩٧١) بعض الاقتراحات التي يمكن الاسترشاد بها عند التعامل مع الأسلوب النفسي تربوي وهي:

١- يجب تطوير البيئة التربوية بشكل يسمح بمراقبة المؤشرات النفسية التي يمكن أن تؤثر على التلميذ وذلك كمراقبة التفاعل بين التلميذ وكل من المدرس والعاملين والأقران والمنهج، كذلك مراقبة كل من التنظيم الاجتماعي للفصل،

والقيم التي يتبنّاها المدرس، والتعليمات السلوكية، وغيرها من العوامل التي يمكن أن تؤثّر على المخابط النفسي للّتلميذ كما يجب على المدرس أن يكون على وعي بهذه المؤثّرات وأن يعمل على تعديل بيئته الفصل كي يسهل على التّلميذ فرص التكييف النفسي والشخصي.

٢- التركيز على علاقّة المدرس بالّتلميذ وعلى خصائص المدرس مثل العطف والإحساس والتسامح، وغيرها من الخصائص التي تعتبر هامة ومطلوبة للتعامل مع التلاميذ المضطربين افعاليّاً، فالّتلميذ المضطرب افعاليّاً يجب أن يشعر أن المدرس مهم بتكييفه الشخصي.

٣- يجب أن يمتنّج التعلم بالشاعر الإيجابيّة، إذ أن التركيز على التعليم فقط بما فيه من عمليات حسابيّة، وحقائق وقراءة كتب مقرّوة قد يؤثّي بالّتلميذ إلى الإحباط والغضب، لهذا يجب التركيز على الأنشطة المرتبطة باهتمامات التّلميذ بالإضافة إلى التعليم.

٤- مساعدة التّلميذ على التعامل مع الضغوط والصراعات النفسيّة الناتجة عن الخبرات السلبية التي تعرّض لها وذلك من خلال التركيز على جوانب مختلفة من الصراعات أو الأزمات التي يعاني منها التّلميذ ومساعدته على تبصر المشكلة وتطوير بدائل إيجابيّة للتعامل مع الواقع الذي تسبّب هذه الصراعات أو الأزمات.

٥- على المدرس أن يكون لديه استعدادات للتعاون مع العاملين في المدرسة والمجتمع لمساعدة التلاميذ المضطرب افعاليّاً فتربيّة التلاميذ المضطربين افعاليّاً يجب أن لا تكون مسؤوليّة المدرس بمفرده بل على المدرس أن يكون قدرًا على تنظيم دعوة الأفراد ذوي التّخصصات المختلفة (الطّبيب، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، معلّم النطق والكلام، أولياء الأمور، وغيرهم) وذلك من أجل بناء وتطوير برنامج علاجي للّتلميذ.

خامساً: الاستراتيجية البيئية.

هذه الاستراتيجية يفترض أنصارها أن المشكلات الإنسانية تنتّج عن

العمليات المضطربة التي تقع بين المثير وهو الطفل والمستجيب وهي البيئة (الأسرة والرفاق والمعلمون...الخ)، إن اضطراب السلوك هو فقط من عدم التنااسب بين الطفل والبيئة التي تحيط به، أما السلوك المعتاد للمجتمع فإنه يزعج الأفراد الآخرين إذ أن الفرد يشعر بالضيق عندما يدرك أنه خالف السلوك السائد وفي هذه الحالة تكون البيئة هي التي أثرت أو ساعدت على تصعيد حالة الفرد وقيامه بهذا السلوك غير المتفاوت.

قام هوبز وزملاؤه (١٩٦٩) بتنفيذ هذه الاستراتيجية في برامج الأطفال المضطربين انفعالياً وأطلقوا على ذلك المشروع إعلادة تعليم الأطفال المضطربين انفعالياً، ويرى أنصار البرنامج أن الطفل جزء لا يقبل العزل من نظام اجتماعي صغير، هو جزء من وحدة بishiية تكون من الطفل وأسرته ومدرسته ومجتمعه المحلي، يتبع البرنامج العام لإعلادة التعلم (Re- Ed) عدداً من المبادئ قام بها هوبز يصفها على النحو التالي:

- ١- وجوب أن يعيش الطفل كل لحظة من حياته.
- ٢- الوقت حليف في جانب الطفل.
- ٣- الثقة أمر ضروري.
- ٤- تحقيق النجاح أمر ضروري.
- ٥- الأعراض يمكن بل ويجب التحكم فيها وضبطها.
- ٦- الضبط المعرفي أمر يمكن تعليمه.
- ٧- المشاعر لا بد من تطبيقها.
- ٨- الجماعات باللغة الأهمية بالنسبة للأطفال.
- ٩- الفرص الترفيهية توفر مجالاً للنظام والاستقرار والثقة.
- ١٠- الجسم هو الدرع الواقي للذات.
- ١١- التعرف على المظاهر الاجتماعية في الحياة باللغ الأهمية.
- ١٢- يجب أن يجد المرح طريقه إلى الطفل.

لقد أشار ابتر (١٩٨٢) إلى أن الملاجة تصبح ماسة للعلاج وذلك عند تدهور العلاقة بين الطفل وبيئته، كما يمكن أن تتم العلاج بالأسلوب البيئي وذلك وفقاً لواحدة أو أكثر من الأساليب الآتية:

- العمل مع الطفل:

- ٢- تغيير في الأولويات.
- ٤- إيجاد بيئات أكثر ملائمة.
- ١- بناء قدرات جديدة.
- ٣- توفير المصادر الضرورية.

- العمل مع الكبار:

- ٢- إزالة أو خفض التوقعات.
- ٤- إعادة بناء الأنشطة.
- ١- تغيير المدركات.
- ٣- زيادة الفهم والمعرفة.

- العمل مع المجتمع:

- ١- توفير مصادر أكثر للمدرسة.

٢- السماح بالدخول في المجتمع بصورة أوسع.

٣- تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع.

- تطوير إدارة جديدة

- ١- مدرس المصادر.

٢- شخص يعمل كحلقة اتصال بين المدرسة والمجتمع.

- تطوير ملائج جديدة للعلاج:

٢- المدارس العامة البديلة.

١- التربية المفتوحة.

٤- تدريس الصحة النفسية.

٣- التركيز على الوقاية.

سادساً: استراتيجية مسؤوليات التعلم.

المؤيدون للاستراتيجية التي تركز على علاج الصعوبات الخاصة في التعلم يؤمنون بأن وجود صعوبة في التعلم يتولد عن تباعد بين قدرة الفرد على السلوك وبين متطلبات البيئة المدرسية، أو تباعد بين قدرة الطفل في أحد المجالات وبين ما

يتوقعه هو أو يتوقعه الآخرون منه بالنظر إلى قدرته في المجالات الأخرى، مثل هذا الموقف يؤدي إلى شعور الفرد بالإحباط وإلى مشكلات في السلوك والشخصية، وقد يؤدي في بعض الأحيان إلى المروب من المدرسة والجتوح، قد يحتاج الطفل لأن يعرب عن اعتراضه على الموقف بأن يصبح عنيفاً وعدوانياً أو بأن يميل إلى الانسحاب.

استراتيجية الصعوبات الخاصة في التعلم توجه جهودها بشكل مباشر إلى علاج هذه الصعوبة الخاصة سواء كانت صعوبات في اللغة أو القراءة، أو الكتابة، أو المجلأ أو الإدراك أو التفكير... يميل العلاج الفعل إلى تخفيض مشكلات السلوك والشخصية من خلال مساعدة الطفل على تخفيض التباعد بين قدرته على الأداء وبين متطلبات البيئة.

يمكن تلخيص هذه الاستراتيجية في النقاط التالية:

- 1- يكون التباعد بين قدرة الطفل على السلوك وبين متطلبات البيئة راجعاً إلى صعوبة خاصة من صعوبات التعلم في كثير من الأحيان.
- 2- يهدف العمل العلاجي إلى مواجهة الصعوبة الخاصة في التعلم.
- 3- الاستراتيجية الخاصة والمواد التعليمية يتم تصميمها بقصد علاج صعوبة التعلم.

البرامج التربوية للأفراد المضطربين انفعالياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمضطربين انفعالياً طرائق تنظيم برامج تربية المضطربين انفعالياً ويمكن أن نميز في هذا المجال أكثر من طرائق من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

- 1- مراكز الإقامة الكاملة لذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة وخاصمة حالات فصام الطفولة (Autism) إذ يلحق هؤلاء بقصام خاصة في مراكز التربية الخاصة، أو المستشفيات وتلتقيون البرامج العلاجية الصحية أو التربوية المناسبة لهم، كما تعتبر مراكز الأحداث، أو الإصلاح والتأهيل، مثلاً آخر على مراكز الإقامة الكاملة، إذ يتلقى الأحداث في مثل هذه المراكز البرامج التربوية والنفسية والمهنية المناسبة لهم طيلة مدة إقامتهم في مثل هذه المراكز.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمضطربين انفعالية، ويلحق الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية المتوسطة في هذه المراكز، حيث يتلقون البرامج التربوية المناسبة لهم.

٣- دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصنوف الخاصة، الملحوظة بالمدرسة العامة، بحيث يتلق هؤلاء البرامج التربوية المناسبة لهم في الصنوف الخاصة مع الاستعانتة ما أمكن بالوسائل المتوفرة في غرفة المصادر، وبالجو المدرسي العادي في المدرسة العادية.

٤- دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصنف العادي، في المدرسة العادية، بحيث يتلق هؤلاء الطلبة نفس البرامج والمناهج المقدمة للطلبة العاديين في الصنوف العادية، مع الأخذ بعين الاعتبار متطلبات مثل هؤلاء الطلبة في الصنف العادي.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمضطربين انفعالية، ومبراته، وأهدافه، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمضطربين انفعاليةً عدداً من الاعتبارات أهمها: توفر خصائص مميزة في مرحلة الأطفال المضطربين انفعاليةً، وتهيئة الجو التعليمي المناسب لـ هؤلاء الأطفال المضطربين انفعاليةً، والاستعانتة بعدد من الأخصائين، مثل أخصائي الطب النفسي، وأخصائي الإرشاد النفسي والتربوي من أجل مساعدة معلمي الأطفال المضطربين انفعاليةً في أداء مهامهم التربوية. وعلى ذلك فيمكن تلخيص الأسس الرئيسية في تدريس المضطربين انفعاليةً كما يلي:

١- توفر خصائص معينة في معلمي الأطفال المضطربين انفعاليةً، أهمها الرغبة في العمل مع هؤلاء الأطفال، وتقبلهم، والتحلي بالصبر، والمشاركة على العمل معهم.

٢- التعليم الفردي: ويقصد بذلك تعليم بعض هؤلاء الأطفال بطريقة فردية، بحيث يصمم مثل هذه الحالات برامج تربية خاصة، تتضمن أهدافاً محددة وتدرس وفق مبدأ تحليل المهارات الفرعية.

٣- تحويل بعض حالات الاضطرابات الانفعالية إلى غرفة المصادر، بحيث يتلق

هؤلاء المساعدة اللازمة من قبل معلم غرفة المصادر، ومن ثم العمل على إعادتهم مرة أخرى إلى الصنوف العادية.

٤- تنظيم الأنشطة المحددة من قبل مدرسي الأطفال المضطربين انفعاليةً، والتي تعمل على تفريغ النشاط الانفعالي وتوظيفه في الاتجاه التربوي الإيجابي المألف.

٥- توظيف أساليب تعديل السلوك في تدريس الأطفال المضطربين انفعاليةً وبالطريقة المناسبة وذلك بعد تحديد السلوك غير المرغوب فيه إجرائيًّا، ثم تحديد السلوك المرغوب فيه إجرائيًّا ومن ثم تحديد طرق تعديل السلوك الأكثر مناسبة مثل التعزيز الإيجابي، السلبي، العقاب...

٦- تحديد الأهداف التربوية المتوقعة من الأطفال المضطربين انفعاليةً، والعمل على تحقيقها، بحيث تعمل طرق التدريس ما أمكن على تقليل فرص الإحباط لهؤلاء الطلبة في المواقف الأكادémية والاجتماعية.

٧- العمل على دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة، ما أمكن، في الصنوف العادية، وبحيث يتلق هؤلاء البرامج التربوية التي تقدم للأطفال العاديين والتقليل ما أمكن من عزل هؤلاء في الصنوف الخاصة أو مراكز التربية الخاصة النهارية، إلا في بعض الحالات الشديدة.

٨- العمل على تدريس مهارات الحياة الأساسية، لحالات الاضطرابات الانفعالية الشديدة وذلك بسبب أهمية هذه المهارات للأطفال المضطربين انفعاليةً.

الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية

مفهوم الاضطرابات اللغوية.

ظواهر الاضطرابات اللغوية.

أسباب الاضطرابات اللغوية.

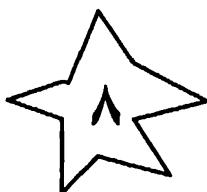
قياس وتشخيص المضطربين لغويًا.

نسبة الإضطرابات اللغوية.

الخصائص السلوكية والعلمية للمضطربين لغويًا.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين لغويًا.

البرامج التربوية للأطفال المضطربين لغويًا.



الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية

Language and Speech Disorders

مقدمة:

يصدر الإنسان الأصوات المختلفة من خلال النطق، كما أن الإنسان يستخدم اللغة كوسيلة للتعبير اللفظي، هاتان العمليتان تدخلان في إطار مفهوم أوسع وأشمل هو مفهوم (التواصل)، ومن ثم فإن النطق واللغة بما يمكن أن تعرفيهما من عيوب وأخطاء يمثلان مجالاً واسعاً من مجالات العجز أو القصور يضم أعلى نسبة من الأطفال غير العاديين.

وتعتبر اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وبخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعنوي والانفعالي، وتعرف اللغة على أنها نظام من الرموز يمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة.

ويرى علماء اللغة كذلك أن اللغة عبارة عن مجموعة من الرموز المتطرفة، تستخدم كوسائل للتعبير، أو للاتصال مع الغير، وهي قد تشمل على لغة الكتابة أو لغة الحركات المعتبرة، (الأيماءات، والتكتيريات)، وقد اعتمد علماء اللغة والنحو في معرض حديثهم عن مواضيع اللغة والكلام أن يميزوا بين مفهوم اللغة ومفهوم الكلام (Speech)، ومفهوم (اللسان) Languge، وبعض النحو العربي يستخلصون عبارة اللغة العربية ويقصدون بذلك (اللسان العربي)، ويرى مؤلء أن النطق عبارة عن ظاهرة اجتماعية وهي أداة التفاهم والاتصال بين أفراد الأمة الواحدة، أما الكلام فهو سلوك فردي يتجلى عن طريق كل ما يصدر عن الفرد من أقوال ملفوظة، أو مكتوبة، وبالختصار يمكن القول بأن اللغة تشير إلى الجانب الاجتماعي بينما الكلام يشير إلى الجانب الفردي، ويعرف بعض النحو العرب الكلام بأنه (كل ما يصدر عن الفرد من أقوال سواء أفلت أم لم تفید) أما تعريف

الكلام فهو القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات في اللغة اللغظية، وإما النطق فيقصد به الحركات التي تقوم بها المحبـل الصوتـية أو جهاز النطق أثناء إصدار الأصوات.

إذن تقسم اللغة من حيث طبيعتها إلى مظاهرتين رئيسيـن، الأول يسمـى اللغة غير اللغـظـية، ويعـبر عنـها بمـصـطلـح اللغة الاستـقبـالية (Receptive Language)، والثـاني يـسمـى اللغة اللغـظـية، ويعـثلـ اللغة المـنـطـوـفةـ والمـكـتـوـبةـ، ويعـبر عنـها بمـصـطلـح اللغة التـعـبـيرـيةـ (Expressive Language)، ويرـتـبـطـ بمـفـهـومـ اللغةـ مـصـطلـحـاتـ أـخـرـىـ مثلـ مـصـطلـحـ الكلـامـ، وـمـصـطلـحـ النـطـقـ، إذـ تـرـتـبـ هـذـهـ مـصـطلـحـاتـ بـبعـضـهاـ الـبعـضـ.

مراحل النمو اللغوي والعوامل المؤثرة فيه :

يشير ماكندلس (1973) وفترز جيرالد (1973) إلى أن اللغة أصولاً بيولوجية تمثل في الاستعداد الفيزيولوجي والعقلي، وأنها تسير وفق أربع مراحل هي:

١- مرحلة الصراخ أو البكاء (Crying Stage) : وفي هذه المرحلة يعبر الطفل عن حاجاته وانفعالاته بالصراخ، وتمتد هذه المرحلة منذ الميلاد وحتى الشهر التاسع من العمر، وترى عالمة الطفولة اليزابيث هيرلوك أن صرخة الطفل تعتبر أول بلدة يعبر الطفل من خلالها عن قدرته على التصوّت، ويقول العالم أوستولد Ostwald وهو من علماء النفس أن الصراخ الحاد الانفجاري هو أكثر أهمية بالنسبة للطفل لأنـهـ يـفـيدـ فيـ نـوـ اللغةـ.

٢- مرحلة المـناـحةـ أوـ الشـرـثـةـ (Babbling Stage) : وفي هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو المقاطع ويكررها، وتمتد هذه المرحلة من الشهر الرابع والخامس تقريباً وحتى الشهر الثامن أو التاسع، وقد أشار آرون Irwin إلى أن الطفل في فترة المـناـحةـ يـكـثـرـ منـ أـحـرـ الـعـلـةـ وـذـكـرـ بـالـقـارـنـةـ بـالـأـحـرـفـ السـاـكـنـةـ، كذلك أشار مورجان Morgan و Coleil في كتابهما عن (علم نفس الطفولة والمرأة) إلى أن المـناـحةـ يمكنـهاـ فيـ بـعـضـ الـحـالـاتـ أـنـ تـشـيرـ إـلـىـ أـشـكـلـ الـخـبـرـاتـ الـتـيـ عـاـشـهـاـ الطـفـلـ.

٣- مرحلة التـقـليـدـ (Imitation Stage) : في هذه المرحلة يـقـلـدـ الطـفـلـ الأـصـوـاتـ أوـ

الكلمات التي يسمعها تقليداً خاطئاً، فقد يغير أو يبدل أو يختلف موقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، وقد يرجع ذلك إلى عوامل كثيرة أهمها ملئ نسج جهاز النطق، وضعف الادراك السمعي، وقلة التدريب، ولكن مع استمرار عوامل النضج والتعلم والتدريب تصبح قدرة الطفل على التقليد أكثر دقة، وتحت هذه المرحلة منذ نهاية السنة الأولى من العمر وحتى عمر الرابعة أو الخامسة تقريباً.

وقد أشار بندورا Bandura عام (١٩٦٠) إلى أن الأطفال يظهرون ميلاً متزايداً لتقليد الألفاظ شخص وذلك بعد حدوث تفاعل سار معه مثل الأم التي تحدث إلى طفلها بكلمات وهي ترruise، كما أن عملية تشجيع الأسرة لتقليد الطفل للأصوات يبني الميل لتقليد بعض الألفاظ لدى الطفل.

٤- مرحلة المعاني (Semantic Stage): في هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللغوية ومعناها، وتحت هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عمر الخامسة وما بعدها.

أما عن تطور الحصول اللغوي لدى الطفل فقد كانت الأمريكية مادورا سميث (١٩٣٦) بدراسة كان الملف منها معرفة عدد المفردات التي يتلفظ بها الطفل ويكون لها دلالتها، وذلك في مختلف أعمار الطفل، وكان من نتائج دراسة سميث ونمو اللغة لدى الطفل أنها

أ- رأت ضرورة التمييز بين الحصول اللغوي العلمي لدى الطفل والذي قد يزيد على مئات الكلمات وبين اللغة الصحيحة، والفصحي.

ب- وجدت سميث أن الحصول اللغوي للطفل في نهاية السنة الأولى وبداية السنة الثانية للميلاد يكون بطيناً في السنوات القريبة من عمر المدرسة، وبينت نتائج دراستها أن الطفل في عمر سنة يكون عند المفردات ٣ تقريراً ويزداد حتى تصل إلى ٣٠٠٠-٢٥٦٢ مفرد في عمر ست سنوات.

ومن الدراسات التي اهتمت أيضاً بنمو اللغة لدى الطفل دراسة مكارثي (١٩٥٤)، ودراسة ديل (١٩٧١)، ودراسة بري (١٩٧٩) وقد انتهت هذه الدراسات إلى شرح بعض الخصائص اللغوية الناجمة عن تطور عمر الطفل، والمبيبة في الجدول التالي:

خصائص نمو اللغة	عمر الطفل	
ما يميز الكلام صرخ غير متمايز، ثم صرخ متمايز، ثم أصوات عشوائية.	من الميلاد حتى ثلاثة أشهر	١
أصوات شبيه بالكلام يغلب عليها التصويت واستخدام الأحرف الصوتية، المناغة.	من (٤-٦) أشهر	٢
استخدام الأصوات للتعامل مع الآخرين.	من (٦-٩) أشهر	٣
مرحلة تقليد الأصوات، والمصاداة.	من (٩-١٢) شهر	٤
نطق الكلمة الأولى.	حوالي السنة	٥
نطق جمل تتكون من كلمة واحدة أو كلمتين، الكلمة الجملة.	سنة ونصف	٦
زيادة الدقة في استخدام الأصوات والكلمات.	ستين	٧
نطق واضح، مع اختراعه في النطق، وتشكيل الأحرف الساكنة.	ثلاث سنوات	٨
زيادة الحصول اللغوي، واستخدام بعض الضمائر، والصفات.	(٤-٥) سنة	٩
يصل الطفل إلى مستوى الكبار في النطق، ويتميز الكلام بالطلاقه والوضوح.	(٦-٨) سنة	١٠

العوامل المؤثرة في النمو اللغوي:

- وأوضح فتزجيرلد (١٩٧٧) أن النمو اللغوي يتأثر بعدد من العوامل أهمها:
- ١- **النضج والعمر الزمني:** يتهيأ الكلام عندما تكون أعضاؤه الكلامية ومراكيذه العصبية قد بلغت درجة كافية من النضج، كما يزداد الحصول اللغوي للطفل كلما تقدم في السن، ويكون فهمه دقيقاً، وتحل محل معانٍ الكلمات في ذهنه، ويعود الارتباط بين العمر والنضج لدى الطفل إلى نضج الجهاز الكلامي.
 - ٢- **الجنس:** إذ يلاحظ أن الإناث أسرع في ثورهم اللغوي من الذكور.

- ٣- **العوامل الأسرية**: يقصد بذلك ترتيب الطفل في الأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة، فالطفل الوحيد في الأسرة أكثر ثراء في مصوّله اللغوي مقارنة مع الأطفال العاديين، كما أنّ أطفال المؤسسات واللاملاجي أقل مصوّلاً من الناحية اللغوية مقارنة مع الأطفال الذين يتربون في أسرهم بسبب قلة خبراتهم واتصالهم مع الآخرين واهتمامهم أحياناً
- ٤- **الوضع الصحي والحسي للفرد**: يقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمانية والحسية للفرد وعلاقتها بالنمو اللغوي، إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية والسمعية والبصرية والنطقية للفرد
- ٥- **وسائل الإعلام**: يقصد بذلك أهمية دور وسائل الإعلام كالإذاعة والصحافة والتلفزيون في زيادة الحصول اللغوي للطفل.
- ٦- **عملية التعلم**: ويقصد بذلك أن عملية التعلم وما تتضمنه من قوانين التعزيز والاستعمل والاهتمام تلعب دوراً مهماً في تعلم اللغة.
- ٧- **القدرة العقلية**: يقصد بذلك أهمية القدرة العقلية (الذكاء) في النمو اللغوي للطفل، فالطفل الذي يتميز بذكاء عالٍ يفوق الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً في مصوّله اللغوي، كما يتميز باكتسابه للغة في عمر زمني مبكر مقارنة مع الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، كما تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل العادي في نهاية السنة الأولى من العمر، في حين تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل المعوق عقلياً في نهاية السنة الثانية تقريباً، وهذا ما تؤكده الدراسات حول أهمية القدرة العقلية في النمو اللغوي.
- ٨- **ثقافة الوالدين**: يعتمد التقدم اللغوي بعد نضج مراكز النطق وبخاصة المراكز العصبية على نوع الحياة الاجتماعية والثقافية التي تحيط بالفرد فالثقافة قد تكسب الوالدين الطريقة الصحيحة في تربية الأطفال ولا سيما الإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم ومشاركتهم الحديث باستمرار، وتساعد هذه العوامل على زيادة الحصول اللغوي للأطفال.
- ٩- **تعدد اللغات**: تؤثر اللغات التي يتعلمها الطفل وبخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة في ثبو لغته، فحينما يتكلم الطفل لغتين نتيجة لاختلاف لغة البيت

عن لغة الأطفال، وأطفال جيرانه الذين يلعب معهم أو عن لغة المدرسة التي يتعلم بها، حينها يضطر إلى تعلم لغة أجنبية في الوقت الذي لا يزال يتعلم لغته الأم، وذلك يربك مهاراته اللغوية ويؤخرها في كلتا اللغتين.

١٠- عقد الأطفال في الأسرة وترتيب ميلاد الطفل.

الاضطرابات اللغوية: المستقبلة والتعبيرية:

يمكن أن تشمل الصعوبات اللغوية اللغوية التي تعتمد على السمع المهارات المستقبلة عند الطفل (أي الاستيعاب)، أو المهارات التعبيرية (أي الإنتاج)، أو قد تتضمن كلا من النوعين من المهارات في نفس الوقت. يمكن القول أن الاضطرابات في اللغة المستقبلة يكون مصحوباً بعيوب تعبيرية نظراً لأن التعبير مبني على الاستيعاب، لكن الاضطراب في اللغة التعبيرية قد لا يكون مصحوباً بالضرورة بعيوب في اللغة المستقبلة، لعل من أوضح الاضطرابات في اللغة الأنواع التالية:

١- عيوب دلالات الألفاظ:

ال الطفل المعوق في اللغة يمكن أن يظهر عيوباً في الشروء اللغوية المستقبلة أو التعبيرية، كذلك قد تبدو على الطفل بعض أشكال القصور أو الضعف في فهم العلاقات بين الألفاظ، أو في استخدام هذه الألفاظ في فهم المتضادات، والترادفات وثبات المفاهيم (كالأغذية أو الملابس أو الألوان)، أو قصور في استخدام الكلمات ذاتها، تعتبر المشكلات من هذا النوع عيوباً في نظام دلالات الألفاظ، أي المشكلات التي ترتبط بالمعنى.

٢- عيوب التركيبية (البنائية):

تضمن أشكال القصور في النظم التركيبية اللغوية مشكلات في ترتيب الكلمات أو في فهم واستخدام الأنماط المختلفة من الجمل، مثلاً استخدام جمل قصيرة غير تامة من جانب طفل يبلغ الرابعة من العمر أو يزيد، أو وضع الكلمة في الترتيب غير الصحيح لها في بناء الجملة.

٣- عيوب النظام المورفولوجي (الصرف):

تشمل عيوب النظام المورفولوجي مشكلات فهم أو استخدام العلامات

المختلفة للتشكيل (أو الصرف) في الأسماء والأفعال والصفات وما إلى ذلك، في مثل هذه الحالة قد يفشل الطفل في استخدام العلامات المطلوبة، أو قد يستخدم علامات خاطئة في بناء الجمل.

٤- عيوب النظام الصوتي:

يبدو أن عيوب النظام الصوتي أقل شيوعاً من الأنواع الأخرى لاضطرابات اللغة، تتضمن عيوب النظام الصوتي عادة النمو القاصر في نظام الصوت مما يجعل مخزون الطفل من الأصوات محدوداً.

٥- عيوب في الاستخدام وفيه المستوى للغة:

قد تعكس اضطرابات اللغة عند الأطفال في أشكال من الضعف أو القصور في استخدام اللغة في العمليات العقلية العليا وحل المشكلات، وعلى سبيل المثل، يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في وصف الأشياء أو تقسيمها إلى فئات، أو في شرح أوجه الشبه والاختلاف، أو علاقات السبب والنتيجة، أو في استخلاص الآثار والتالي، وتظهر هذه العيوب في الأنشطة التي تتضمن سرد القصص.

مظاهر اضطرابات اللغة:

تتعدد مظاهر اضطرابات اللغوية، وذلك تبعاً لعدد الأسباب المؤدية إليها، فهناك بعض اضطرابات اللغوية المرتبطة بالقدرة على إصدار الأصوات وتشكيلها، ومع ذلك فيمكن ذكر المظاهر التالية للأضطرابات اللغوية بشكل عام كما يذكرها ملهاي (١٩٨١) وليرنر (١٩٧٦) وهيوارد (١٩٨٠) ويكيرك (١٩٧٢):

١- اضطرابات النطق (Articulation Disorders) وتشمل المظاهر التالية:

أ- الإبدال (Substitution): ويقصد بذلك أن يبدل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة (ستينه بدلأ من سكينة، وخشن بدلأ من شحن) وتعتبر ظاهرة إبدال الحروف في الكلمة أمراً طبيعياً، ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر، فالفرد الذي يكثر من مظاهر الإبدال للكلمات المنطقية يعني من مظاهر اضطرابات اللغوية.

ب- الحنف (Omission): ويقصد بذلك أن يمحف الفرد حرفاً أو أكثر من

الكلمة (خوف بدلًا من كلمة حروف)، وتعتبر ظاهرة المخفف أمرًا طبيعياً ومقبولًا حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد. ج- الإضافة (Additions)؛ وهي أن يضيف الفرد حرفًا جديداً إلى الكلمة المنطقية (العبارات بدلًا من الكلمة لعبه)، وتعتبر ظاهرة إضافة الحروف لكلمات أمرًا طبيعياً ومقبولًا حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر.

د- التشويه (Distortions)؛ وهي أن ينطق الفرد الكلمات بالطريقة الغير مألوفة في مجتمع ما، وتعتبر ظاهرة التشويه في نطق الكلمات أمرًا مقبولًا حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد، ويدو أن عيوب تحرير النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.

٢- اضطرابات الكلام (Speech Disorders) :

هذه الاضطرابات تتعلق بمحاجي الكلام أو الحديث، ومحتواه، ومدلوله أو معناه، وشكله، وسياقه وترتبطه مع الأفكار والأهداف، وملئ فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، وسرعة الكلام ...، إذن اضطرابات الكلام تدور حول محاجي الكلام ومفراه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم، ومن هذه الاضطرابات ما يدخل تحت اسم الطلق في النطق (Fluency disorders)، كما في حالة اللجلجة في الكلام...

واضطرابات الكلام متعددة ويمكن أن نوجزها بما يلي:

- ١- ضعف الحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة .Delayed or Inhibited speech (٥-٢)
- ٢- التردد في النطق أو الرتهة في الكلام التهتهة (التأته) .Stuttering
- ٣- اعتقل اللسان كما تسمى اللجلجة أو التهتهة .Stammering
- ٤- الأفنيزيا Aphasia أو احتباس الكلام
- ٥- الكلام الانفجاري الحاد Explosive Speech

- ٦- ترديد الألفاظ والكلمات دون مبرر أو قصد Echolalia أو تكرار عبارات لا داعي لها .**Verbigeration**
- ٧- السرعة الزائدة في الكلام .**Cluttering**
- ٨- البطء الزائد في الحديث أو الكلام
- ٩- بعثرة الحديث .**Scattering**
- ١٠- كلام السكير .**Scanning Speech**
- ١١- تدفق الكلام .**Logorrhea**
- ١٢- تطابير الأفكار أثناء الكلام .**Flight of Ideas**
- ١٣- المبالغة في التورية في الكلام .**Punning**
- ١٤- الوقوف أثناء الكلام (Blocking): في هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام، بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية، مما يشعر السامع بأنه انتهى من كلامه، مع أنه ليس كذلك، وتؤدي اضطرابات الكلام أيا كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

٤- اضطرابات اللغة (Language Disorders) :

يقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأثيرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها، وعلى ذلك تشمل اضطرابات اللغة المظاهر التالية:

أ- تأخر ظهور اللغة (Language Delay): في هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها، وهو السنة الأولى من عمر الطفل، بل قد يتأنّر ظهور الكلمة الأولى إلى عمر الثانية أو أكثر، ويتربّ على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي الحصول اللغوي للطفل، وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

ب- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها (Aphasia): في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطقية، كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظياً بطريقة مفهومة، ويمكن أن تُميز بين نوعين من حالة الأفيبية الأولى هي فقدان

القدرة على فهم اللغة، أو إصدارها المكتسبة (Acquired Aphasia) والتي تحدث للفرد بعد عملية اكتساب اللغة، والثانية هي الحالة التي تحدث للفرد قبل اكتسابه اللغة، وترتبط على اصابة الفرد بهذه الحالة مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي التعبير عن الذات، وفي الحصول اللغوي للفرد فيما بعد، ويصاحب مثل هذه المشكلات أثار اجتماعية سلبية على الفرد نفسه.

ج- صعوبة الكتابة (Dysgraphia): وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح اللغة المطلوب كتابتها، المتوقع كتابتها من هم في عمره الزمني، فهو يكتب في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه.

د- صعوبة التذكر والتعبير (Dysnomia and Apraxia): وهي صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثم التعبير عنها، وفي هذه الحالة يلتجأ الفرد إلى وضع أية الكلمة مفردة بدلاً من تلك الكلمة.

ه- صعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Echolalia/ agnosia): وهي صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسماة وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها.

و- صعوبة القراءة (Dyslexia): في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح اللغة المكتوبة المتوقع قراءتها من هم في عمره الزمني، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه.

ز- صعوبة تركيب الجملة (Language Deficit): وهي صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد النص ومعناها، لتعطي المعنى الصحيح، وفي هذه الحالة يعني الطفل من صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب.

٤- اضطرابات الصوت (Voice Disorders): يقصد بذلك اضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجة الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه، أو المخاض، أو نوعيته، وتظهر أثار مثل هذه اضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وتعتبر اضطرابات الصوت أقل شيوعاً من عيوب النطق.

- ١- اضطرابات الطبقة أو الارتفاع الصوتي بالنسبة للسلم الموسيقي ويلخل ضمن هذه اضطرابات.
- أ- ارتفاع الصوت.
- ب- الفواصل في الطبقة الصوتية.
- ج- الصوت المرتعش أو المهتز.
- د- الصوت الرتيب.
- ٢- الصوت الخشن أو الغليظ.
- ٣- بحة الصوت.
- ٤- الصوت الهامس.
- ٥- المختنقة في الصوت (رنين الصوت).
- ٦- الصوت الطفلي.
- ٧- انعدام الصوت.

أسباب اضطرابات اللغوية :

يؤثر عدد من العوامل الجسمية والنفسية، والاجتماعية، والبيئية على نمو اللغة عند الأطفال، لذلك ترتبط اضطرابات اللغة ارتباطاً وثيقاً بالأشكال الأخرى من العجز أو القصور، وحالات الإعاقة المتعلقة.

وتشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب اضطرابات تختلف حسب الحالات، والأعمار والبيئات، ومعظم الدراسات ترجع بشكل عام إما إلى أسباب عضوية مثل إصابة أحد أجزاء اللغة التنفس والجهاز العصبي وإما أن تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي ترجع إلى الأسرة والتربية وعوامل التنشئة الاجتماعية، أو ترجع إلى عوامل نفسية وجدانية عميقة مثل الانفعالات الحادة والمخاوف والصلمات النفسية، وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل وجميع هذه الأسباب متداخلة ومتفاعلة مع بعض.

ويمكن تقسيم أسباب اضطرابات اللغوية إلى ما يلي:

١- الأسباب العصبية وهي الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، وما يصيب ذلك الجهاز من تلف ما أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة، فالجهاز

العصبي المركزي هو المسؤول عن الكثير من السلوك ومنها النطق واللغة، لذا ففي خلل في هذا الجهاز يؤدي إلى مشكلات في النطق واللغة، فمثلاً حالات الشلل الدماغي تظهر أثارها واضحة على الطفل واضطرابات النطق لديه.

ومن الآثار والمشكلات المرتبطة على هذا الخلل، الأفيزية والتي تعود إلى أسباب مرتبطة بتلف ما أو إصابة ما للدماغ، حالات صعوبة القراءة (ديسلكسيا) والكتابة (ديسكترايبا)، وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل، وصعوبة ترتيب الجمل من حيث قواعد اللغة.

٢- الأسباب الوظيفية أو النفسية: وهي الأسباب المرتبطة بأساليب التنشئة الأسرية والمدرسية، منها العقاب الجسدي، يؤثر على الطفل فيؤدي إلى التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام والتلعثم، كذلك فإن الطفل الذي يتسرع أهله في نقله إلى صف دراسي أعلى، دون الأخذ بالاعتبار إمكانياته الطبيعية، سرعان ما يتحول إلى السلوك السلبي في تصرفاته، أو أنه قد يمتنع عن الكلام، وتظهر عليه علامات الارتباك والتعثر لما يشعر به من توتر اففعالي.

٣- الأسباب العضوية: تعتبر سلامة الأجهزة العضوية المسؤولة عن إصدار الأصوات ونطقها مثل الحنجرة ومزمار الحلق والفكين، والأنف والشفتين واللسان... شرطاً رئيسياً من شروط سلامة الفرد من الاضطرابات اللغوية، خاصة إذا لم يعاني الفرد من إعاقات مرفاقه، فسلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق واللغة يؤدي إلى النطق السليم، ومن العيوب التي لها أثر في قدرة الطفل على النطق واللغة الحنجرة، الحلق وتشوهاته مثل سقف الحلق المشقوق والشفة الشرمل، وعدم تناسق الأسنان يؤدي إلى مشكلات في الحروف التالية: ز، س، ي، ف، ذ.

٤- الأسباب المرتبطة بإعاقات أخرى: الطفل الذي يعاني من إعاقة في السمع - بدرجة متوسطة أو حادة- من المتوقع أن يعاني من مشكلات في اللغة إذا لم يتم التعرف على الإعاقة السمعية في وقت مبكر، وإذا لم يصحح القصور السمعي سواء من خلال الأساليب الجراحية أو باستخدام الأدوات المعينة على السمع.

كذلك ظاهرة التوقف أثناء الكلام أو الكلام بصوت غير مسموع، وقلة المحسول اللغوي، وسوء ترتيب الجملة من المظاهر المميزة لحالات الإعاقة العقلية وخاصة حالات الإعاقة العقلية الشديدة، في حين تمثل مظاهر صعوبة فهم اللغة وتذكرها وظاهرة التأتأة والسرعة الزائدة في الكلام والإضافة، والإبدال، والخلف والتشويه للغة، وتعبيرات الوجه والجسم غير العادية أثناء الكلام، وقلة المحسول اللغوي والأكاديمي مظاهر مميزة لحالات الإعاقة الانفعالية خاصة حالات الإعاقة الانفعالية الشديدة، وصعوبة القراءة والكتابة وسوء ترتيب الجملة مظاهر لحالات صعوبات التعلم.

قياس وتشخيص الأطفال المضطربين لغويًا

عندما يوجد شك في أن طفلاً ما يعاني من اضطرابات في اللغة، فإن التقييم الشخيصي للحالة يتضمن استخدام اختبارات موضوعية وأخرى ذاتية لتقييم مهارات الطفل في استيعاب الألفاظ واستخدامها والتركيبات اللغوية، وقواعد التشكيل والصرف، بالإضافة إلى الاستخدام الكلي للغة في مواقف التواصل الشخصي ومواقف حل المشكلات، لما كان لا يوجد اختبار واحد يمكن أن يوفر جميع البيانات المطلوبة، يصبح من الضروري في هذه الحالة استخدام بطاريات من الاختبارات التي تضم عدداً من الاختبارات المتنوعة لتقدير جميع مظاهر الأداء الوظيفي اللغوي عند الطفل.

لأساليب قياس المهارات اللغوية بالطرق الذاتية أهميتها أيضاً في تحديد قدرات الطفل ومهاراته اللغوية، ونواحي القصور والضعف في هذه المهارات بصفة خاصة، يقول لي Lee (١٩٧٤) أن تحليل عينة من اللغة التي تصدر تلقائياً من الطفل يمكن أن يزودنا ببعض المعلومات المفيدة في تحضير البرنامج العلاجي.

وتتلخص عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية في مراحل أساسية متكاملة وهي:

المراحل الأولى: مرحلة التعرف المبكر على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية.

يلاحظ الآباء والأمهات والمعلمون والمعلمات مظاهر النمو اللغوي، وخاصة

للى استقبل الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والظاهر غير العادلة للنمو اللغوى مثل التأتأة، والسرعة الزائدة في الكلام، أو قلة الحصول اللغوى...الخ، وفي هذه المرحلة يحول الأباء والأمهات أو المعلمين والمعلمات الطفل الذى يعاني من مشكلات لغوية إلى الاخصائين في قياس وتشخيص اضطرابات اللغوية.

المرحلة الثانية : مرحلة الاختبار الطبى الفسيولوجى للأطفال ذوى المشكلات اللغوية.

في هذه المرحلة، وبعد تحويل الأطفال ذوى المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية إلى الأطباء ذوى الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة، وذلك من أجل الفحص الطبى الفسيولوجى لمعرفة مدى سلامه الأجهزة الجسمية ذات العلاقة بالنطق واللغة، كالاذن والأنف، الحبل الصوتية، اللسان.....

المرحلة الثالثة : مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة بالأطفال ذوى المشكلات اللغوية.

بعد التأكد من خلو الأطفال ذوى المشكلات اللغوية من اضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوى الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، وذلك للتأكد من سلامته أوإصابة الطفل بيلحدى الإعاقات التي ذكرت، وذلك بسبب العلاقة بين اضطرابات اللغوية وتلك الإعاقات.

في هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر اضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها.

المرحلة الرابعة : مرحلة تشخيص مظاهر اضطرابات اللغوية.

على ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الاخصائى في قياس وتشخيص اضطرابات اللغوية مظاهر اضطرابات التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال:

- 1- اختبار الينوى للقدرات السينكولوجية.
- 2- اختبار مايكيل بست لصعوبات التعلم.
- 3- مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ويتألف هذا المقياس من 8 فقرات

موزعة على خمسة أبعاد هي:

- أ- الاستعداد اللغوي المبكر.
- ب- التقليد اللغوي المبكر.
- ج- المفاهيم اللغوية الأولية.
- د- اللغة الاستقبالية.
- و- اللغة التعبيرية.

نسبة اضطرابات اللغوية:

تختلف اضطرابات النطق والكلام حسب الجنس، العمر، البيئة، فهناك اضطرابات مثل التهتهة، والتلعثم يتعرض لها الذكور أكثر من الإناث، والراهقين أكثر من الأطفال، وقد لوحظ أن بعض اضطرابات مثل اللجلجة في الكلام تزداد نسبتها مع تقدم العمر، وأن حالات الأفيزيا غالباً ما تظهر لدى الكبار، وعلى العكس فإن عيوب النطق الابدالية، والحنف والإضافة غالباً ما تظهر لدى الأطفال، ولدى الإناث أكثر منه لدى الذكور، وقد أشار بوم Boome ورتشاردسون Richardsom بأن نسبة اللجلجة تختلف من بلد لآخر، وقد وجد أن نسبة الإصابة في اللجلجة لدى تلاميذ المدارس في أميركا تصل لحوالي (١٪) وفي إنجلترا حوالي (١٪) وفي بلجيكا (٢٪)، كما وجد أن اللجلجة لم تعرف لدى جماعات الهنود الحمر، كما توجد اضطرابات النطق لدى نسبة حوالي (٢٥-٢٠٪) بين حالات التخلف العقلي، كما لوحظ أن حالات التهتهة توجد بنسبة (٥٪) لدى المترددين إلى العيادة النفسية.

وآخرون بينوا أن عيوب النطق والكلام بوجه عام تقدر بحوالي ٥٪ وأكثر من ١٠٪ من الأطفال في سن المدرسة.

أما كيرك ١٩٧٢ فيشير إلى أن ما نسبته (٥٪) من الهيئة التي أجري عليها الدراسة تعاني من مظاهر اضطرابات النطق واللغة، وأن أعلى نسبة اضطرابات اللغوية هي نسبة ذوي المشكلات النطقية، إذ بلغت تلك النسبة (٣٪)، ومن الدراسات التي يذكرها هيوارد وزميله ١٩٨٠ تلك الدراسة التي تشير إلى أن (٥٪) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية تعاني من اضطرابات لغوية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المضطربين لغويًا:

١- الخصائص العقلية:

ونعني بها أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة، مثل مقياس ستانفورد بينيه أو وكسيلر، ويشير هلهان وكوفمان (١٩٨١) إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقياس القدرة العقلية، مقارنة مع العاديين المتراوين في العمر الزمني، وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل ذلك الاستنتاج، إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بظواهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي، يجعل ذلك الاستنتاج صحيحاً إلى حد ما، وعلى ذلك فليس من المستغرب أيضاً أن نلاحظ تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على اختبارات التحصيل الأكاديمي، مقارنة مع العاديين، خاصة إذا أضفنا أن العوامل النفسية والاجتماعية في تدني التحصيل الأكاديمي لديهم.

٢- الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

وهي تلك الخصائص المرتبطة بوقف ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم، ومن موقف الآخرين منهم، ويساهم ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات اللغوية بظواهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي فليست من المستغرب أن نلاحظ تمايز تلك الخصائص مع خصائص الأطفال الذين يثنون تلك الإعاقات، ومن الخصائص الانفعالية لدى الأفراد المضطربين لغويًا الشعور بالرفض من الآخرين، الانطواء، الانسحاب من المواقف الاجتماعية، الإحباط، الشعور بالفشل، الشعور بالنقص، أو الذنب أو العدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين، العمل على حماية أنفسهم بطريقة مبالغ فيها وهي الحماية الزائدة.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين لغويًا:

على الرغم من أن أسلوب التقليد يستخدم في بعض الأنشطة العلاجية الموجهة توجيهها لغويًا، فإن بعض الأساليب الأخرى مثل أسلوب التوسيع وأسلوب النمنجة تستخدم أيضاً في تعليم الأطفال القواعد اللغوية المتزايدة في الصعوبة.

في إطار التوسيع يأخذ الطفل بزمام المبادأة، ويقوم المعلج بتكرار الجمل الناقصة التي يتلفظ بها الطفل ويضيف إليها الكلمات الناقصة والتشكيلات الخاطئة بهدف توسيع ما يتلفظ به الطفل إلى الحد الذي يكون فيه جملة مفيدة.

أما في أسلوب النمذجة فيأخذ الطفل أيضاً بزمام المبادأة، إلا أنه في هذه الطريقة يقوم المعلج بالتعليق على ما قاله الطفل ومن ثم ينتج تحسناً في دلالات الألفاظ أكثر منه تحسناً في البناء اللغوي.

البرامج التربوية المقدمة للأطفال المضطربين لغويًا:

وضعت برامج متعددة لتعليم اللغة على أساس اختبار الينوي للقدرات النفسية-اللغوية، تم تطوير هذا البرنامج بهدف تحسين استخدام اللغة والمهارات المتصلة بها وخاصة تلك المهارات التي يقيسها الاختبار.

البرنامج الذي وضعه (لي) Lee وآخرون ١٩٧٥ يقوم على تعليم الثروة اللغوية وقواعد اللغة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة من خلال سرد القصص والأنشطة الجماعية.

كذلك تتضمن برامج التدريب على اللغة التي صممت في الأصل للأطفال المتخلفين عقلياً والتي وضعت للأطفال المهملين اجتماعياً كثيراً من عناصر الاستشارة للنمو اللغوي تصلح للأطفال الذين لا تطبق عليهم تعريف التخلف العقلي أو الإهمال الاجتماعي.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من أقدم تلك البرامج، حيث تقدم لهؤلاء الأطفال الذين يمثلون في الغالب الإعاقة العقلية أو السمعية ، أو الانفعالية، أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم، برامج صحية واجتماعية وتربيوية في نفس المراكز، يلي ذلك مراكز التربية الخاصة النهارية، ثم الصنوف الخاصة الملحوظة بالمدرسة العادية، ثم دمج الطلبة ذوي المشكلات اللغوية في الصنوف العادية، ومهما كان شكل تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية فلا بد أن تتضمن تلك البرامج المهارات الأساسية التالية في تعليمهم وهي:

١- مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من قبل أخصائي في تعليم

اللغة وأضطراباتها، ويطلق على هذا الأخصائي (Speech Therapist) وتبدو مهمة هذا الأخصائي في قياس وتشخيص مظاهر اضطرابات النطق واللغة ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منهم.

٢- مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مباحث تعديل السلوك وأساليبه، ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساساً على أساليب تعديل السلوك منها أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي، التقليد.

٣- مهارة اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها، وتبدو مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية العمل ومع الطلبة أنفسهم على اختيار الموضوعات المحببة أو المشوقة للأطفال، إذ يعمل ذلك على تشجيع الأطفال على الحديث عن تلك الموضوعات، كما يعمل على تخفيف التوتر الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية.

٤- مهارة استماع معلم الأطفال ذوي المشكلات اللغوية لحديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبول هؤلاء الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، خاصة الأطفال الذين لديهم مشكلة التأثرة أو السرعة الزائدة في الكلام.

٥- مهارة تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، خاصة مشكلات التأثرة أو السرعة الزائدة في الكلام، على الحديث أمام الآخرين.

٦- مهارة تقليل نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة، وتعني بذلك تقليل الآخرين ذوي النطق الصحيح.

٧- مراعاة مهارات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والسمعية، والانفعالية والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، والذين يظهرون اضطرابات لغوية خاصة فيما يتعلق باستخدام الإيماءات أو الإشارات، أو النماذج الكلامية.

٨- استخدام الألعاب التربوية لتنمية اللغة منها العاب موتسيوري والألعاب المعرفية والألعاب الجماعية.

ارشادات ونصائح للأسرة والمدرسة:

١- يجب رعاية النمو اللغوي لدى الطفل الصغير وتدريبه على الكلام، وإتاحة

الفرصة لمخاطبته، وفهمه مما يؤدي إلى النمو اللغوي لدى الطفل، كما يجب إحاطة الطفل بالرعاية والعطف والحنان وخاصة من قبل الأم، وتوفير الرعاية الصحية والنفسية بشكل صحيح.

- ٢ إذا لاحظ الآباء وجود قصور لغوي واضح لدى طفليهم بالمقارنة مع الأطفال الآخرين ينبغي مراجعة الأخصائيين من الأطباء وعلماء الطب النفسي، حتى يتم مواجهة المشكلة إن وجدت بشكل مبكر وبالاعتماد على مبادئ علمية سليمة.
- ٣ يجب الانتباه إلى اللغة العالمية، واللغة الفصحى عند تعليم الطفل الكلام، كذلك تعويد الطفل على عدم استخدام الألفاظ الشائنة، والبذيئة، ويفضل عدم تصحيح الأخطاء النحوية، لأن هذا يعتبر أمر طبيعى يجب المرور عليه.
- ٤ إذا كان للطفل أخوة صغار يجب عدم مقارنة لغة الطفل أو نطقه مع أخوته الذين يتكلمون أفضل منه، لأن ذلك يترك أثراً سيناً لدى الطفل ويزيد من مشكلته.
- ٥ أن وضع الطفل في عمر الستين في دور الحضانة مثل عمل الأم، أو غير ذلك مقبول، ولكن يفضل لو يكون الطفل مع أسرته وبين أخوته الذين يكبرونه سنًا.
- ٦ تشجيع الطفل على الكلام، والتحدث والتعبير بطلاقه، والاستماع الصحيح، القراءة وسماع القصص والحكايات الشيقه، والاهتمام بالصور، والرسومات والصحف ...
- ٧ على الأم التي تعمل خارج المنزل إيماد الفرصة المناسبة لتعويض الطفل عما ينقصه من رعاية وعطف، وحوار لغوي.
- ٨ ضرورة الانتباه إلى خطورة ازدواجية اللغة، حيث يعيش الطفل خلال فترة نشوء اللغوي داخل وسط يتدرب فيه أو يستمع إلى لغتين مختلفتين تماماً، وهذا ما يعيق نمو اللغة ويحدث اضطرابات في شخصية الطفل.
- ٩ أما بالنسبة للطفل الأعسر فيجب اعتبار أن هذه الحالة عدية غير مرضية ويفضل عدم الإلحاد أو الضغط على الطفل لكتابته بيده اليمين، لأن ذلك قد يترتب عليه فشل دراسي، وأضطراب شخصي، وتهته في الكلام وغير ذلك.

- ١٠- إن الطفل قد يكتسب اضطرابات النطق والكلام من أبويه وإخوته والمحرسون إليه إذا تضمن كلامهم أخطاء في النطق والكلام، فالطفل سرعان ما يكتسب أو يقلد أو يتبع على نطق الكلمات، أو الأحرف أو الجمل بشكل خاطئ.
- ١١- على المدرس أن يكون واعياً بالفاظ ونطق تلاميذه الصحيحة، والخاطئة، والفرق الفردية اللغوية بين تلاميذه، والاستفادة من تدريبات القراءة الجهرية.
- ١٢- من الضروري على المؤسسات التربوية اجراء فحوص وامتحانات دورية تتناول مستوى السمع، الابصار ، والقدرة العقلية العامة، والقدرة اللغوية، والسلوك العام لدى الأطفال والتلاميذ.
- ١٣- العمل على وقاية الطفل من الأمراض والاضطرابات ومتابعة مراحل نموه اللغوي بشكل صحيح.

الفصل التاسع

الإعاقة الحركية

مفهوم الإعاقة الحركية.

مظاهر الإعاقة الحركية.

نسبة الإعاقة الحركية.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للإعاقة الحركية.

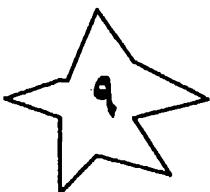
- الخصائص السلوكية للمصابين بالشلل الدماغي.

- الخصائص السلوكية للمصابين بالصرع.

- الخصائص السلوكية للمصابين بالحمى الروماتزية.

- الخصائص السلوكية التعليمية للمعاقين حركيا.

البرامج التربوية للمعاقين حركيا.



الإعاقة الحركية

Motor Impairment

عند ميلاد الطفل يتم البحث عن أشكال معينة من السلوك الحركي لدى هذا الطفل تصلح في جموعها كدلائل على أنه يتمتع بقدر معقول من الصحة، فقدرة الطفل على امتصاص الغذاء، وقدرته على البلع وتناول الأشياء وإغماض العين استجابة للضوء، وأشكال أخرى من السلوك الانعكاسي تعتبر علامات تشير إلى وجود نعوظ عالي من السلوك الحركي عند هذا الطفل حديث الولادة وكلما تقدم الطفل نحو أقسام السنة الأولى من عمره يتحقق تقدماً مائلاً في أدائه الحركي، بعض الأشكال المعينة من السلوك الانعكاسي تصبح أقل وضوحاً، كما يحاول الطفل الوصول إلى الأشياء، ويتحرك من جنب إلى آخر، ويظهر قدرته على ضبط الرأس والجزء الأعلى من الجسم، وتنمو لديه القدرة على التنسيق الدقيق بين الإبهام والأصابع الأخرى، وتصبح مظاهر المهارات الحركية واضحة تماماً في سلوك الطفل.

السنوات الثانية والثالثة والرابعة من عمر الطفل تتضمن علامات واضحة على النمو الحركي إذ يكتسب الطفل خلالها قدرة متزايدة على الضبط والتحكم في أجزاء الجسم، ويصبح على قدر أكبر مما كان عليه في سنته الأولى من المهارة في القيام بالأشكال المعقدة من السلوك الحركي.

كلما تقدم الأطفال في السن تبدأ الغالبية العظمى منهم في اكتساب خصائص حركية تشبه خصائص الراشدين في المهارات الحركية، فالأطفال بوجه عام يصبحون قادرين على الجري والقفز وتسلق المدرج وما شابه ذلك بسهولة، وتعتبر السنوات السادسة والسابعة فترات يظهر الطفل خلالها أنماطاً ناضجة نسبياً من المهارات الحركية الدقيقة كتلك التي تتضمنها عملية التشابه، وفي ملئي واسع من الأنشطة الحركية التي تحتوي على درجة عالية من التعقيد.

إذن يعتبر التطور الحركي أساسياً من التطور العام للطفل في كل النواحي ولا يمكن النظر لهذا التطور بمعزل عن التطور العام له.

خلال الفترة التي تلlo السنوات الثلاث الأولى من العمر تكون التغيرات تدريجية فيبدو أن التغير يسير بتواءٍ أبطأ، لكننا نلاحظ أن الطفل يتحرك بحيطة بمهارة أكبر وعلينا أن نتيح للطفل تعلم الحركة وليس فقط أداء الحركة.

ومن ناحية الطفل فإن فترة ما قبل المدرسة تمثل له فترة تعرف على قدراته الحركية وعلى حدود قدراته فهو يعرف أن باستطاعته المشي لكنه يبدأ باستكشاف كم يستطيع أن يمشي وهو قادر على الجري لكنه يريد أن يقارن سرعته بسرعة الآخرين وهو يرغب في أن يتعرف على مناطق ضعفه ومناطق قوته فعندما يفشل في إزاحة وتحريك جسم ما بيديه يحاول استعمال قوة دفع قدميه.

إذن يعتبر النمو الحركي عاملًا أساسياً ومهمًا من عوامل النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي، إذ يساهم النمو الحركي للفرد في أنشطته العقلية والاجتماعية والانفعالية.

تُقسم مظاهر النمو الحركي إلى قسمين رئيسيين: يمثل القسم الأول منها، المهارات الحركية العامة في حين يمثل القسم الثاني منها المهارات الحركية الدقيقة، كما يتأثر النمو الحركي للفرد بعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية وسلامة الجهاز العصبي، والأطراف، والعمود الفقري، والتغذية، والتمارين الرياضية، والعوامل الجغرافية، ويسير النمو الحركي للفرد بطريقة طبيعية وسوية، إلا أن هناك عوامل تؤدي إلى خلل ما في مظاهر النمو الحركي للفرد

مفهوم الإعاقة الحركية:

العاق حركي: هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كليهما معاً في الأطراف السفلية والعليا أحيانًا أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربيوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

مظاهر الإعاقة الحركية والجسمية والصحية :

الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية،

أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر ثوهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة، ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الأضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة، ومنها حالات الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري، ووهن أو ضمور العضلات، والتصلب المتعدد، الصرع،...الخ، وفيما يلي وصف موجز لكل منها:

- الشلل الدماغي (Cerebral palsy)

الشلل الدماغي هو الاصطلاح الذي يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى إصابة دماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال ثوهوه أو تلف في خلايا المناطق المسئولة عن الحركة ومعرفة القوام والتوازن، وذلك أثناء فترة ثوهوه الطبيعي (بعد تكونه جنيناً وفي اكتمال الثانية من العمر).

أما تعريف الشلل الدماغي فهو اضطراب ثماجي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالباً اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية.

أو تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجدة داخل الجمجمة.

أما المظاهر المشتركة في أنواع الشلل الدماغي فتبدو في:

- ١- الشلل الحركي.
- ٢- الضعف الحركي.
- ٣- ضعف التأزر الحركي.

٤- الاضطراب الحركي كالمحركات غير الإرادية.

ويصنف الشلل الدماغي إلى أنواع وذلك حسب المظهر المخارجي لحالة الشلل الدماغي وهذه الأنواع هي :

١- الشلل النصفي الطولي وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.

٢- الشلل النصفي العرضي وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.

٣- شلل الأطراف وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعية للجسم.

٤- الشلل النصفي السفلي وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من الجسم.

٥- شلل طرف واحد وتمثل هذه الحالة شلل طرف واحد من أطراف الجسم.

٦- شلل ثلاثة أطراف وتمثل هذه الحالة شلل ثلاثة أطراف من أطراف الجسم.

٧- الشلل الكلي وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معًا.

أنواع الشلل الدماغي:

توجد حالة الشلل الدماغي عند الأطفال بأنواع مختلفة، ويصاحب كل نوع منها مجموعة من الأعراض المميزة، هذه الأنواع هي:

١- **الشلل الدماغي التشنجي (Spastic):** في هذا النوع تكون العضلات في الأطراف الأربعية ذات طبيعة مقاومة مع وجود اختلاف في التقلص الاستوائي للأطراف العليا في مقابل الأطراف السفلية، تصبح هذه الحالة جانباً واحداً في الجسم، عادة يمثل هذا النوع التشنجي ما بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من الحالات.

٢- **الشلل الدماغي الكثعاني (Athetosis):** يترتب على هذا النوع من الشلل الدماغي درجة من العجز أكبر مما يحتوي عليه النوع التشنجي، تبدو مظاهر الشلل الدماغي الكثعاني واضحة من بعض الأعراض منها الاهتزاز المستمر، والحركة غير المعتدلة، وسيلان اللعاب، والتتواء الوجه، وعدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين والتقلصات اللاإرادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العقلي الحركي.

٣- **الشلل الدماغي التخلجي (اللاتقطامي) (Ataxia):** ينتج عن اصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن، وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويداه متتدنان إلى الأمام ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكاري.

٤- **الشلل الدماغي التيبسي (Rigidity)**؛ يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظرًا لعدم توفر المرونة الالزامية في العضلات، يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية، وقد يصحبها صغر الرأس أو تخلف عقلي شديد.

٥- **الشلل الدماغي الارتعاشي (Tremor)**؛ تظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش، هذا الارتعاش قد يكون شديداً أو خفيفاً، كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً، إلا أن الارتعاش يكون عادة قاصراً على جموعات معينة من العضلات، ويبدو على وترية واحدة ويكون لا إرادياً تماماً.

٦- **الشلل الدماغي الاسترخائي (الخانق) (Atonic)**؛ يشير هذا النوع من الشلل الدماغي إلى الأداء الوظيفي المترهل للعضلات، ومن ثم يصبح التنسيق الحركي من الأمور المستحيلة.

وتعتبر الإصابة بتلف الدماغ سبباً رئيسياً لحالات الشلل الدماغي، وقد تحدث الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو وراثي، ومنها ما هو قبل أو أثناء الولادة أو بعد الولادة حيث تمثل أسباب ما قبل الولادة تلك الأسباب الجينية، وإصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية وخاصة الزهري، والخصبة الألمانية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وسوء التغذية، والصلعات الجسمية، والعقاقير والأدوية، وتسمم الحمل إما أسباب أثناء الولادة فتبدو في نقص الأكسجين أثناء الولادة، وصعوبة عملية الولادة، في حين تمثل أسباب ما بعد الولادة في ارتفاع درجة الحرارة والالتهابات والصلعات الجسمية.....الخ، وبالرغم من صعوبة حصر الأسباب المؤدية إلى حالة تلف الدماغ، فإن مثل هذه الحالات تكثر في البيئات المتوسطة والفقيرة، إذ تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي حالات من الإعاقة العقلية أو غيرها.

- **وهن أو ضمور العضلات (Muscular Dystrophy)**؛ تمثل حالات وهن أو ضمور العضلات شكلاً من أشكال الإعاقة الحركية، وذلك لما يتصل بهذه الحالات من خلل واضح في القدرة الحركية للفرد ويعتقد بوهن العضلات، ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القلمين ويستمر تدريجياً نحو منطقة الرأس أو العكس، وتبدي مظاهر هذه الحالة في ضعف

العضلات وأضمحلالها التدريجي، والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة، وغالباً ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان لآخر، وقد تصاحب مثل هذه الحالات بحالة من الإعاقة العقلية، وتعتبر حالات ومن العضلات من الحالات الوراثية، والتي يصعب علاجها، ومن مظاهر ومن العضلات صعوبة الوقوف، كثرة الوقوع على الأرض عند المشي، وفي إلخانه الأكتاف، أو في صعوبة الوقوف على رؤوس أصابع القدمين..... الخ، أما الأعراض التي تدل على حالة ومن العضلات فتبدو في ضعف عضلات الوجه والكتفين والذراعين والساقين والتي تتمثل الحالة المسمى Scapulo- Humeral Muscular Dystrophy كما يبدو في حالات ضعف القدمين ثم الذراعين، والتي تمثل الحالة المسمى متلازمة دوشن Duchene Muscular Dystrophy.

- التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) :

تمثل حالات التصلب المتعدد شكلاً من أشكال الإعاقة الحركية وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات وتشنجها وصعوبة المشي والكلام، ومشكلات حسية اتفعالية أخرى، ويصيب مثل هذه الحالات الأفراد في عمر المراهقة وما بعدها، وتعتبر هذه الحالة من الحالات المزمنة والتي يصعب علاجها، أما أسباب هذه الحالة فهي غير معروفة تماماً، والتي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي.

- هرمن العظام الهشة (Brittle Bones) :

في هذا المرض يولد الطفل بأطراف عجينة أو ملوية أو بعظام مكسورة (أو أنه قد يبدو سليماً عند الولادة ثم تأخذ العظام بالتكسر فيما بعد)، وقد يبدأ الطفل بالشيء في ما يقارب السن الطبيعية، ولكن التشوهدات المتزايدة نتيجة تكسر العظام ربما عجلت في جعل المشي مستحيلاً، ونظراً لكثره العظام المكسورة والمنحنية يبقى هؤلاء الأطفال قصار جداً وأحياناً لا يلاحظ الأهل عندما يكسر طفلهم عظمة ما. ليس مرض هشاشة العظام من الأمراض الشائعة، وقد يكون موروثاً أحياناً ويكون شخص آخر في العائلة مصاباً بالمشكلة نفسها.

لا يوجد علاج طبي لهذا المرض، وعلى العموم فإنه يمكن أحياناً إجراء جراحة لترقييم وتقوية عظام الساقين بوضع قضيب معدني، وهذا يمكن أن يساعد الطفل

على المشي لفترة أطول ولكنه قد يحتاج إلى كرسي متحرك للتنقل، وتزايد مشكلات الظهر بمرور الزمن وكبر السن، وقد يحتاج الأمر إلى مشد للجسم، وكثيراً ما يكون الأطفال المصابون بمرض هشاشة العظام ذكيمه وينجحون في المدارس، لكن تزايد الصمم قد يصبح مشكلة وعليك أن تساعد هؤلاء الأطفال على تطوير عقولهم وتعلم مهارات لا تتطلب قوة جسدية ويجب أن يتعلم الطفل حماية جسمه من الكسور، والنوم على فراش ثابت يساعد في ذلك.

- شلل الأطفال (Polimeyitis) :

يعتبر شلل الأطفال من الأمراض التي تشكل خطرًا جسيماً على حياة المجتمعات، فهو يصيب الإنسان وخاصة تلك الفتاة التي لا حول لها ولا قوة وهي الأطفال، وهم أمانة في عنق أبيائهم وأمهاتهم.

أما أسباب شلل الأطفال فهو العدوى وشلل الأطفال مرض معد يصيب الأطفال ذكوراً وإناثاً، وتسبيه كائنات دقيقة جداً لا ترى إلا بال المجهر الإلكتروني، وتسمى فيروسات شلل الأطفال (Poliovirus) وهي تنجذب بصفة خاصة للخلايا العصبية الحركية في الجزء الأمامي من النخاع الشوكي، كما أنها تصيب المادة السنجدية في جذع الدماغ أو المخاغ ولكن بنسبة أقل.

ووظيفة هذه الخلايا العصبية أنها تعتبر القناة التي تنقل خلاها كل الإشارات التي تصل إلى العضلات، فهي الرابط بين الجهاز العصبي والعضلات، ولذلك فإن إصابتها تؤثر في الألياف العضلية ووظيفتها، وأي إصابة في هذه الخلايا تؤثر في وظيفة العضلات التي تصيبها، حيث أن لكل مجموعة ألياف عضلية خلايا عصبية خاصة بها، وعند الإصابة يحدث شلل ارثماجي بدرجات مختلفة، وخاصة في الأطراف، حيث يمكن أن يصاب أحد الأطراف، ولكن إصابات الطرف السفلي أكثر حدوثاً.

ومع الوقت تبني العضلات المصاببة ضموراً عضلياً وارتباشاً ذهنياً يحمل محمل السرير الضام، وهذا يؤدي إلى تشوهات الأطراف في بعض الإصابات، وإذا ماتت الخلايا تسبب ذلك في حدوث شلل دائم في الألياف العصبية التي تعصبها هذه الحالة، وإذا كانت الإصابة بسيطة فيمكن أن يتماثل المريض للشفاء.

- شلل (إرب)، شلل النزاع بسبب إصابة عند الولادة:

شلل إرب عبارة عن شلل يصيب عضلات فراغ الطفل الصغير، وهو ينجم

عن إصابة أعصاب الكتف عند الولادة.

ويستلقي الرضيع على جانب واحد وإحنى فراعييه ويديه ملوبه إلى الخلف ولا يحرك النزاع بقدر ما يحرك النزاع الأخرى، وإذا لم يتم الحفاظ على مجال الحركة بكامله من خلال التمارين المتتظمة فإن التقلصات تظهر و يمكنها أن تمنع رفع النزاع إلى أعلى من الكتف أو إدارة كف اليد نحو الأعلى.

- ألام المفاصل أو التهاب المفاصل (Rheumatoid Artuiritis) :

هناك أسباب كثيرة لآلام المفاصل عند الأطفال، ويحتاج الطفل إلى معالجات مختلفة باختلاف الأسباب، لذا يحتاج الأمر لمعرفة سبب الألم المزمن في الطفل إلى فحوصات مخبرية للتأكد.

تحتاج أنواع معينة من آلام المفاصل إلى معالجة مختلفة، خصوصاً تلك الناجمة عن مرض، لكن بعض المبادئ الأساسية للغاية والمعالجة ينطبق على معظم آلام المفاصل بغض النظر عن السبب، ومن هذه الآلام:

التهاب مفاصل الأحداث (أرثريتيس)

التهاب المفاصل المزمن عند الأطفال، كيفية التعرف عليه:

- أ- كثيراً ما يبدأ التهاب المفاصل (آلام المفاصل) بين الستين الخامسة والعشرة من العمر، ولكنه قد يبدأ أيضاً عند الأطفال الصغار جداً والراهقين.
- ب- يزداد في العادة سوءاً على مدى عدة سنوات.
- ج- هناك أوقات يخف فيها الألم وتتحسن العلامات الأخرى، وأوقات أخرى يشتد بها الألم وتسوء فيها العلامات.
- د- يؤثر المرض على الأطفال المختلفين بطرق مختلفة، وقد يكون خفيفاً أو معيقاً جداً.

- الورك المخلوع:

يكون الورك مخلوعاً عندما يكون عظم الفخذ في الورك خارج تجويفه ويولد بعض الأطفال بورك مخلوع أو اثنين، وأحياناً لا يعاني هؤلاء الأطفال مشكلات أخرى، وعندما يمكن للعلاج المبكر تصحيح هذه المشكلة بسهولة فلا يصبح الطفل معوقاً ولا يعاني العرج.

لهذا، فإن من المهم فحص كل الأطفال وهم في اليوم العاشر من العمر لرؤية ما إذا كان لديهم ورك مخلوع أو أكثر.

- تقوس العمود الفقري وتشوهات الظهر:

ال العمود الفقري عبارة عن سلسلة من العظام المسماة (فقرات) والتي تصل الرأس بعظام الورك وتفصل بين كل فقرة وأخرى وسلة صغيرة تسمى "قرصاً" ديسك، ويعمل العمود الفقري على الإبقاء على الجسم والرأس متتصبين، كذلك فإن العمود الفقري يغلف في قناته المركزية الفارغة (المجلب الشوكي) أو خط الإتصال الرئيسي للأعصاب التي تربط الدماغ بكل أجزاء الجسم، أما أشكال التقوس فهي:

أ- التقوس الجانجي: (سكوليوسيس- تقوس بشكل S): قد ينجم عن شلل غير متوازن في عضلات الظهر أو عن ميل الورك بسبب ساق أقصر، وأحياناً يكون السبب غير معروف.

ب- الظهر المخدودب (كيفوسيس): قد ينجم عن ضعف عضلات الظهر، وعن وضعية ساقية (وضعية المخنثة حاد عند الوقوف أو الجلوس).

ج- المخاء الظهر (يوردوسيس): قد ينجم عن ضعف عضلات المعلة أو عن تقلصات الورك أو عن الطريقة التي يishi الطفل بها تعويضاً عن ساق ضعيفة أو ورك ضعيف.

د- الانثناء الحاد أو نتوء العمود الفقري (سل العمود الفقري) ينجم عن تلمير فقرة أو أكثر نتيجة مرض السل:

اضطرابات العمود الفقري استسقاء الحبل الشوكي سببها بيفيدا (Spina Bifida)؛ هو المسمى الفتى السحائي Meningocele أو فتق النخاع الشوكي وسحاياه (Myelomeningocele) عبارة عن خلل ينبع عن مشكلة في مرحلة النمو المبكر جداً للجنين، وهو يحصل عندما لا تنغلق بعض فقرات الظهر (العمود الفقري) على أنبوب الأعصاب المركزي (الحبل الشوكي)، ونتيجة لذلك تبقى هنالك منطقة طرية غير محماً قد تنتفخ وتبز عبر الجلد ككيتس داكن اللون، ويكون كيس الأعصاب مغطى بطبقة رقيقة جداً (غشاء) قد يرشح من خلاله سائل من الحبل الشوكي والمعانغ.

إذن يقصد باضطراب العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب التمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود الفقري، وتبدو مظاهر ذلك كما يذكرها بليك ١٩٧٥ في ما يلي :

١- تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها.

٢- بروز نتوء من العمود الفقري الملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية وتعرف باسم سبينا بيفيليا (Spina Bifida with meningocele).

٣- بروز نتوء من العمود الفقري الملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية وتعرف الحالة باسم (Spina Bifida with Meningomyelocele).

وقد ترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري بحالات أخرى مثل حالة استسقاء المخ والذى تمثل شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية، كما قد ترتبط بحالات التهابات المخ أو العمود الفقري، وتعتبر أسباب اضطرابات العمود الفقري غير معروفة.

- إصابة الجبل الشوكي: تنجم إصابات الجبل الشوكي عادة عن حادث يقطع الجبل العصبي المركزي أو يصيبه إصابة حادة في العنق أو في الظهر، كثيرة هي الحوادث التي بسبب مثل هذه الإصابة، كالسقوط عن الأشجار، وحوادث السيارات، والغطس وجراح الأسلحة النارية، وما شابه وإصابة الجبل الشوكي أكثر انتشاراً بين البالغين والأطفال الكبار، وتكون إصابات الرجل ضعف إصابات النساء المائة في العديد من البلدان.

والجبل الشوكي هو خط، أو سلك الأعصاب، الذي يخرج من المخاغ وينزل داخل العمود الفقري، ومن الجبل الشوكي تفرع الأعصاب متوجهة إلى كل أنحاء الجسم، ويتم التحكم بالإحساس والحركة من خلال رسائل تنتقل جيئة وذهاباً عبر الجبل الشوكي، وعندما يصاب الجبل بذلك فإن الإحساس والحركة يتقلمان أو يتراجعان في ذلك الجزء من الجسم الواقع تحت مستوى الإصابة.

- التهاب العظام (التهاب نخاع العظم) (أوستيوميليتيس : Osteomyelitis) :

التهاب العظام المزمن من الأمور الشائعة نسبياً في القرى التي يعيش سكانها حفة وحيث يمكن للإصابات والأمراض أن تجعل من التهاب العظام مرضًا كثيراً الظهور، ويمكن لأنواع التهاب المختلفة أن تنجم عن الفطريات، أو عن أنواع

كثيرة مختلفة من البكتيريا، وغالباً ما تستمر حالات التهاب هذه لسنوات مسيبة دمار العظام وإعاقة حادة.

وحالات التهاب العظام عبارة عن مضاعفات شائعة جداً للإصابات والحرق وتقraphات الضغوط (قرح الفراش) لدى الأشخاص الذين فقدوا الإحساس في أيديهم وأقدامهم، وهذا يشمل الأشخاص المصابين باستسقاء الحبل الشوكي سبباً بيضيًداً، وإصابة الحبل الشوكي والخدم، ونظراً لأن الشخص لا يشعر بالألم فإنه غالباً ما لا يريح المنطقة المصابة ولا ينظفها ولا يحميها، ونتيجة لذلك فإنها تصاب بالالتهابات، وتدرجياً تزداد الإصابة عمقاً حتى تصل إلى العظم.

- العذام (مرض هانسن) :

ما هو العذام؟ إنه مرض ينتقل ويتطور ببطء شديد ويعود سببه إلى جراثيم (عصيات) تصيب أكثر ما تصيب الجلد والأعصاب، ويعكّنها أن تصيب مشكلات جلدية متنوعة، وقدّاناً للإحساس، وشللاً في اليدين والقدمين.

كيف يصاب الناس بالعذام؟ لا يمكن لهذا المرض أن ينتشر إلا انتلاقاً من أشخاص مصابين به ولم يعالجوه، منتقلًا فقط إلى أشخاص آخرين لديهم (مقاومة ضعيفة) للمرض، ويحتمل أن المرض يتشرّد من خلال العطس والسعال أو عبر اللمس الجلدي، ولكن ل معظم الأشخاص الذين هم على اتصال مباشر مع المصابين بالعذام قدرة طبيعية على مقاومته، فإما أنهم لا يصابون على الإطلاق أو أنهم يصابون بعده ضئيلاً لا تلحظ ثم تزول تلقائياً، ولا يظهر المرض - عموماً - إلا بعد مرور ٣ أو ٤ سنوات على أول إصابة بعده جرثومية، وبعد مرور كل هذا الوقت تبدأ العلامات أو الأعراض الأولى بالظهور.

والعذام ليس ورائياً، ولا يولد أطفال لأمهات المصابات به حاملين المرض، وعلى العموم فإن الأطفال الذين يعيشون على اتصال قريب بصاب العذام ولم يعالج منه يواجهون احتمالاً أكثر للإصابة به.

- نوبات الصرع ايبيليبسي (Epilepsy) :

نوبات الصرع تحدث نتيجة لعدم الاتزان الذي يحدث بشكل منقطع في النشاط الكهربائي لخلايا المخاغ، مثل هذه الحالة من عدم انتظام النشاط الكهربائي

يمكن أن تظهر في شكل تشنج عقلي، وفقدان الوعي لفترات تتراوح بين عدد قليل من الثوان إلى عدة دقائق، وتنيبات من الضحك، وأشكال أخرى من السلوك ينظر بها عادة على أنها سلوك شاذ ناتج عن فقدان الوعي بصفة مؤقتة، صعوبة ضبط البول، خروج الزبد من الفم، صعوبة التنفس الارتاعي، إذن هذه التنيبات تكون مفاجئة وقصيرة الأمد في أغلب الأحيان، وهي عبارة عن فترات من غياب الوعي أو التغيرات التي تطرأ على الحالة العقلية، وكثيراً ما تصاحبها حركات متشنجية غريبة تنتقص انتقاماً.

ويصاب طفل من كل ١٠ أو ٢٠ طفلاً بنوبة صرع واحدة قبل سن ١٥ سنة ولكن واحد من خمس فقط من هؤلاء الأطفال يصل إلى حالة التنيبات المزمنة (التنبيات المتكررة لفترة طويلة)، وعندما تسمى هذه التنيبات الصرع، وتقسم أعراض الصرع إلى نوعين رئيسين هما حالات الصرع الكبري، وحالات الصرع الصغرى، وقد تستمر حالات الصرع الكبري ليلة تتراوح من دقيقةتين إلى خمس دقائق، في حين تستمر حالات الصرع الصغرى ليلة أقل من ذلك بكثير.

تظهر حالات الصرع لدى الفرد عندما تزيد الطاقة الكهربائية في الدماغ، وذلك بسبب إصابة الدماغ أو تلفه، وقد تحدث حالات إصابة الدماغ لأكثر من سبب مثل نقص الأكسجين أو التسمم، أو صدمات الولادة أو الالتهابات.

- كسر الأطفال ريكتس (Rickets) :

عبارة عن ضعف وتشوه في العظام ناجم عن نقص فيتامين (د) ويوجد الفيتامين (د) في الحليب الكامل الدسم وفي الزيتة وصفار البيض والدهون الحيوانية والكبد وخصوصاً في زيت السمك، كذلك فإن الجسم يقوم بصنع فيتامين (د) الخاص به عندما تسطع أشعة الشمس على الجلد وتظهر مؤشرات بكسر الأطفال تدريجياً عند الأطفال الذين يتناولون ما يكفي من الأطعمة الختامية على الفيتامين (د) ولا يتعرضون بما يكفي لأشعة الشمس ويكون كسر الأطفال شائعاً في بعض البلدان، وخصوصاً في المناطق الجبلية الباردة من آسيا وأميركا اللاتينية حيث يترك الأطفال الصغار في داخل البيوت، كذلك فإن كسر الأطفال أخذ في التزايد في المدن المزدحمة حيث نادرًا ما يرى الأطفال أشعة الشمس.

المعلجة الخاصة بكسر الأطفال تتلخص باعطاء الطفل زيت سمك الحوت

وجعله يقضي بعضاً من الوقت في أشعة الشمس. وأفضل سبل الوقاية هي التأكد من وصول أشعة الشمس إلى جلد الطفل، وكذلك فإن الأطعمة المحتوية على الفيتامين (د) يمكن أن تساعد.

-اضطراب العجذار الفلدي - مرض السكر (Diabetes) :

السكري هو حالة مزمنة من ارتفاع مستوى السكر في الدم والبول، على الرغم من أن هذا المرض يعتبر من الناحية العلمية اضطراباً جينياً أكثر منه اضطراباً غذائياً، إلا أن الحالة تتضمن عملية الأيض الكبيرة بويهودات ، تفرز غدة البنكرياس في الحالات الطبيعية هرموناً خاصاً يعرف باسم الأنسولين، وهو هرمونون الذي يستخدم لتسهيل احتراق الجلوكوز (السكر) الذي يعتبر مصدر الطاقة للأنسجة المختلفة في جسم الإنسان، إذن بسبب نقص هرمون الأنسولين والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر في الدم، ويترتب على ذلك صعوبة امتصاص السكر في خلايا الجسم، ومنها شبكة العين، مما يؤدي إلى فقدان البصر التدريجي كما قد يؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى أعراض مثل الميل إلى التراخي والكسل.

- الربو (Asthma) :

هو مرض مزمن يbedo في صعوبة التنفس لدى الفرد وقد يحدث ذلك نتيجة لعد من الأسباب النفسية والفيسيولوجية.

- البتل لعضو (Amputation) :

ويكون خلقياً أو مكتسباً وينتج عنه العائق الحركي ويطلب اعداد الأجهزة الملائمة للتعريف والتدريب.

- الفالج الشقي (Hemipogie) :

يتمثل في إصابة النراخ والساقي في نفس الجهة يكون مصدره جرحي أو من اضطراب في جريان الدم مع إمكانية اضطراب في اللفظ والكلام وعند الشباب يتسبب في هذا النوع من الإعاقة حوادث الدراجات النارية.

نسبة الإعاقة الحركية:

تحتفل نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة

والحروب والكوارث... الخ، وفي الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية بحوالي (٥٠,٥٪)، حيث تشكل نسبة الأطفال المعاقين بالشلل الدماغي أعلى نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية:

أشارت بجي Bigge (١٩٨٢) إلى ضرورة تقييم الجوانب التالية لدى المعوق حركياً:

١- المهارات الأكادémية الأساسية.

٢- التحصيل الأكادémي.

٣- المهارات الإدراكية.

٤- التطور المعرفي.

٥- التطور اللغوي ومهارات الاتصال.

٦- المهارات الشخصية والاجتماعية.

٧- السلوك التكيفي الجسلي.

٨- الاهتمامات والقدرات.

٩- المهارات الوظيفية.

وقد أوضحت (بجي) أيضاً بأنه يجب الحذر واليقظة عند تفسير الاختبارات التي طبّقت على هذه الفئات من المعوقين، فالمشكلات الحركية المحددة قد قللّت من خبرات هؤلاء الأطفال ولذلك فإنه من السهولة التقليل من قدراتهم، ويذكر بليك (١٩٨١) الفاحصين بأن هؤلاء الأطفال قد يعانون من التوتر والإحباط مما يمنعهم من إظهار مهاراتهم على أحسن وجه.

ويتم التعرف إلى الأطفال المعاقين حركياً من قبل فريق من الأطباء المختصين بالأطفال، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية خلال الفحوصات الطبية الالازمة، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئية، ومظاهر التمثيل الحركي، ومن ثم تقديم العلاج المناسب، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المعاقين حركياً:

قد يعاني الطلاب المصنفون ضمن هذه الفئات من مستويات متدنية في

الطاقة، ويرجع ذلك إلى مشكلات متعلقة بحيث تكون قدرتهم على الحركة والتوازن محدودة بدرجة شديدة وقد يكونوا غير قادرين على الاتصال بوضوح مع غيرهم بواسطة الكلام وبدلًا من ذلك يعتمدون على كلمات محدودة مثل (نعم، لا) أو لغة الإشارة أو لغة الاتصال، وبالرغم من كون بعض هؤلاء الأطفال غير متخلفين عقليًا إلا أنهم يبدون كذلك وقد تؤدي قدرتهم الحركية وخبراتهم المحدودة إلى نقص التطور اللغوي والمهارات الاجتماعية، وقد يفقد الطفل الخبرات التعليمية أثناء تلقيه العلاج الطبي، ويشكل عام فإن هناك حاجة زائدة للتدريب على المهارات الذاتية بدلاً من المهارات الأكادémية.

وقد تكون نشاطات بعض الأطفال محدودة وذلك بسبب الإصابة أو الحالة المرضية الشديدة التي يعني منها الطفل مثل مرض عدم تجلط الدم (الميموفيليا). وقد يكون الطفل في معانة دائمة من الآلام بشكل يجعله يعتمد على غيره، هنا وتحول الخبرات والأنشطة المحدودة لدى المعوقين حركيًّا دون تطوير المهارات الاجتماعية الكافية وكذلك قد تحول قدراتهم المحدودة استخدام التمارينات كوسيلة للإسترخاء، إذن تعدد مظاهر الإعاقة الحركية، كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكُون ذلك التعدد في النوع والدرجة مبررًا كائناً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركيًّا إذن تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى.

الخصائص السلوكية للمصابين بالشلل الدماغي:

الإصابة بهذا النوع من الإعاقة تنتج عنها إعاقات إضافية مرتبطة بالشلل الدماغي مثل الإعاقات البصرية والإعاقات السمعية، كذلك عيوب النطق والكلام واللغة بالإضافة إلى الأضطرابات الإدراكية، وينشأ عن ذلك عند الطفل مثلاً صعوبات وعدم انتظام الكتابة والقراءة كذلك تظهر حالات التغلب في الحالة المزاجية وقصر فترة تركيز الانتباه والنشاط بالإضافة إلى أن شعور المصاب بالتجاهز الرفض من قبل الآخرين المحيطين به يترتب عليه سلوك الخجل وميل المصاب إلى الامتناع عن الاتصال بالآخرين.

ومن الأمور الهامة أن يتفهم الأباء والمعلمون بواقعية ظروف الطفل المصاب.

- الخصائص السلوكية للمصابين بالصرع :

بالإضافة إلى المظاهر الجسمية لنوبات الصرع والتي تظهر على المصاب هناك أيضاً نوبات سيكولوجية واجتماعية وانفعالية يواجهها أيضاً مما تجعله في موقف عدم التوافق ومسايرة بعض معايير المجتمع بسبب طبيعة نوبات الصرع هذا من جهة ومن جهة أخرى تجد أن الأشخاص الذين يعانون نوبات الصرع تجدهم شديدي الاعتماد على الأشخاص الذين يقلدون لهم العلاج والعون والمساعدة وهذا يولد لديهم قلقاً ناتجاً عن الشعور بالحاجة الإضافية إلى عدم الطمأنينة في الشك في ضبط النوبة، كذلك تجد أن أولئك المصابين لديهم شعور بالشك ناتج عن الشك تجاه قدراتهم الذاتية نتيجة ل تعرضهم لكثير من مواقف الإحباط مما يولد لديهم حب العزلة والامتناع عن خالطة الآخرين ...

- الخصائص السلوكية للمصابين بالحمى الروماتيزمية :

عندما تتطلب الحالة المرضية عند الطفل علاجاً لفترات طويلة، يجد الطفل مساعدة في تفهم الأسباب وراء القيود المفروضة على حركته ونشاطه، من المهم هنا مساعدة الطفل على التتحقق من أن المدرسة والوالدان لا يحاولون فرض قيود زائدة على الطفل، أو أن هذه القيود تحمل معنى العقاب للطفل.

ويبدو الأثر الواضح لفرض القيود على حركة الطفل في تقوية الميل العدوانية، ومشاعر القلق، والخفافيش تقدير الذات واحترامها، وعدم الاحساس بالأمن والطمأنينة، الأطفال الذين يستج gioون بطريقة سلبية لهذا الموقف يتقبلون القيود المفروضة عليهم وينصاعون إليها، إلا أن أطفالاً آخرين يتميزون بمقاومة هذه القيود ويرفضون الرضوخ لها.

ويشكل عام يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد اتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتتوفر الفرص التربوية المناسبة.

أما الخصائص الشخصية للمعوقين حركياً، فتحتليف تبعاً لاختلاف مظاهر

الإعاقة الحركية ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض والعدوانية، والأنطوانية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بعوائق الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

الخصائص التعليمية للأطفال المعوقين حركياً:

قد تفرض الإعاقة الحركية قيوداً على مشاركة الطفل في النشاطات الدراسية، وبدون تكيف الوسائل والأدوات التعليمية وتعديل البيئة المدرسية والصفية قد تحول الحاجز المادي والنفسية المرتبطة بها دون فرص التعلم المناسب لهؤلاء الأطفال مما يعكس سلباً على أدائهم.

علاوة على ذلك فإن عدداً كبيراً من الأطفال المعوقين حركياً يتناولون عقاقير طبية لمعالجة مشكلاتهم وهذه العقاقير ليست بدون تأثير على سلوك الشخص وبالتالي تعلمه، فبعض العقاقير لها نتائج جانبية سلبية مثل النشاط الزائد المفاجئ مستوى الانتباه، الارتباك، الاكتئاب وما إلى ذلك وقد يتأثر الأداء الأكاديمي للأطفال المعوقين حركياً أيضاً بفعل المشكلات النفسية والسلوكية التي تنتج عن الإعاقة الحركية أحياناً، فبعض الإعاقات الحركية (كالصرع مثلاً) ترتبط باضطرابات نفسية كالاكتئاب، والقلق، والعدوانية، وتغير المزاج، كذلك فإن ردود فعل الأسرة والأشخاص الآخرين المهمين في حياة الطفل المعوق قد تقويه إلى الإعتمادية وقد تؤثر بشكل كبير على مفهوم الذات لديه.

الفروق الفردية التي يجب مراعاتها عند تصميم البرامج التربوية الخاصة بالمعوقين حركياً:

تنتج عن تعدد أنواع الإعاقات الحركية والصحية وتشعبها أن تعدد الفروق بين المعوقين حركياً وصحياً، وفيما يلي عرض لأهم هذه الفروق:

١- تظهر إعاقة بعض الأفراد الذين يعانون من إعاقات جسمية أو صحية بشكل واضح للعيان، كما في حالات البتر أو فقدان الأطراف، أو حالات الشلل الارتعاشي في حين أن منهم من لا يمكن التعرف على إعاقته عن طريق الملاحظة العابرة مثل المصابين ببعض الأمراض الجسمية كالبول السكري والنزف أو نوبة الصرع الخفيفة، أو النوبة النفس حركية.

٢- من المعاقين حركياً من لا تجدي معه الأجهزة التعويضية المساعدة على المشي والحركة والاعتماد على النفس في التنقل مثل حالات الضمور العضلي أو حالات الشلل الإرتعاشي....

٣- من الأفراد الذين يعانون من شلل (Paralysis) من يكون شللهم جزئياً بحيث يتمكنون من القيام بـأداء بعض المهام بأنفسهم، ومنهم من يعانون من شلل كامل بحيث يفقدون القدرة على الحركة تماماً.

٤- بعض الذين يعانون من الشلل الدماغي يعانون من عدم التناسق الحركي المصاحب بـقصور في الحواس، ومنهم من يصاحب قصوره الحركي اضطرابات في الكلام، ومنهم من يكون قصوره الحركي مصلحاً بـتختلف عقلي وقد وجد أن ٥٠% من حالات الشلل الدماغي يظهر عليها تخلف عقلي بنسبة ذكاء أقل من ٧٠ درجة.

٥- بعض الذين يعانون من إعاقات حركية يمكنهم استخدام أيديهم في الكتابة والإشارة والقبض على الأشياء، والبعض الآخر لا يستطيع استخدام يديه لهذا الغرض وهذا فقد يستخدم رأسه أو فمه عوضاً عن يديه.

٦- من الإعاقات الحركية ما يمكن تصحيحتها جراحياً كما في حالة القدم الخفاء (المشوه) ولادية، كما أن منها من لا تصلح معه الأجهزة التعويضية كـبعض حالات الشلل، ومنها من لا تصلح الجراحة ولا حتى الأجهزة التعويضية.

البرامج التربوية للمعوقين حركياً:

بالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين حركياً حسب نوع الإعاقة ودرجتها، فيمكن أن نميز البرامج التربوية التالية للمعوقين حركياً:

١- **مراكز الإقامة الكاملة:** وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، وومن العضلات والتصلب المتردد وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، بحيث تقدم لهم الرعاية الطبية والتربية المناسبة.

٢- **مراكز التربية الخاصة التهارية:** وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة الحالات المصلحة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال

في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل التماعي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

٤- برامج الدمج الأكاديمي: تتناسب هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو السل، أو الريبو، وقد تأخذ برامج التمدد شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو التمدد الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستعملون الكراسي المتحركة وتتضمن تلك التعديلات المرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية.

على أية حال، فإن معظم الأطفال المعاقين حركياً يتعلمون في المدارس العادية، أما إذا كان مستوى الإعاقة شديداً، فقد يكون هناك حاجة إلى وضع الطفل في صفين خاصين أو مدرسة للتربية الخاصة، فالتجفيف المتكرر والطويل عن المدرسة وحاجة الطفل إلى الرعاية الطبية المستمرة، والقيود الشديدة التي تفرضها بعض الإعاقات على نشاطات الطفل وتفاعلاته مع البيئة، كل ذلك قد يكون له عواقب على النمو وعلى التحصيل أيضاً وأكده هيل على أن الأطفال المعاقين حركياً في إنجلترا وويلز غالباً ما يتاحرون في الدراسة عن زملائهم مدة تتراوح بين سنة ونصف وستين.

وقد يكون من المناسب عند الحديث عن البرامج العلاجية والتربوية للمعوقين حركياً الإشارة إلى برامج التأهيل وأهميتها لدى المعوقين حركياً، سواء أكانت تلك البرامج في مراكز التربية الخاصة أو الأقسام الملحقة بالمستشفيات أو مراكز التدريب، ويقصد ببرامج التأهيل، تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج التالية:

١- التأهيل العطبي (Medical Rehabilitation) : ويقصد بذلك تأهيل المعوق حركياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويد المعوق حركياً بالأطراف الصناعية المناسبة، إذ استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) والتي يعني استخدام المساج والتدليك، والعلاج بالملاء لبعض حالات الإعاقة الحركية.

٤- التأهيل المهني (Vocational Rehabilitation) : ويقصد بذلك تأهيل المعاك حركياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

٥- التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation) : يقصد بذلك تأهيل المعاك حركياً من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما وبال التالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي.

حيث يوجد للمعوقين جزئياً أنواع مختلفة من مراكز التدريب والتأهيل المهني والإعداد للموظائف والتكيف الاجتماعي فهناك مثلاً مدارس فنية ومهنية متخصصة وتعلم حرف في المصانع والمؤسسات الإنتاجية الخفية، أي التي تتوافق فيها الشروط المناسبة للمعوقين حركياً.

مناهج المعوقين حركياً وجسمياً وصحياً واستراتيجياتها :

تبالين درجة الإعاقة الحركية والجسدية والصحية من البسيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة، وقد تدرس مناهج المدرسة العادية للأطفال المعوقين حركياً وجسمياً وصحياً إذا كانت قدرتهم العقلية تمكنهم من ذلك، وإن فقد تكيف أو تعلم أو تبسط المناهج العادية للأطفال المعوقين حركياً وجسمياً وصحياً كل حسب درجته وعلى ذلك فقد يكون من المناسب لعلم الأطفال المعاقين حركياً معرفة كيفية بناء وتطبيق مناهج هذه الفئة، وخاصة منهاج المهارات الحركية الذي يعتبر الأساس في بناء الفرد من النواحي العقلية والانفعالية والاجتماعية.

وتتشكل المهارات الحركية والرياضية للأفراد العاديين، وغير العاديين، وخاصة للمعوقين عقلياً، أساساً جيداً لبناء العديد من مهارات الحياة اليومية والاجتماعية، والأكاديمية والمهنية، ومن هنا جاءت أهمية التعرف إلى المهارات الحركية والرياضية وقياسها وتدريسها.

تنقسم المهارات الحركية والرياضية إلى قسمين رئيسيين، الأول ويسمى بالمهارات الحركية العامة، أما الثاني فيسمى بالمهارات الحركية الدقيقة أو الخاصة

وتشكل المهارات الحركية والرياضية أحد الأبعاد الرئيسية في مناهج الأطفال غير العاديين، والتي تتضمن الأبعاد التالية: المهارات الاستقلالية، والمهارات الحركية، والمهارات اللغوية، والمهارات الأكاديمية، ومهارات التهيئة والمهارات المهنية، والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة.

محتوى مناهج المهارات الحركية للمعوقين حركياً وتدرسيها وتقويمها :

يتضمن منهج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين أربعة عشر بعضاً فرعياً، تشكل في مجموعها منهج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين، وهذه الأبعاد الأربعة عشرة هي :

- ١- البعد الأول : مهارات التحكم بحركة الرأس، وقد غطى هذا البعد ثمان أهداف تعليمية.
- ٢- البعد الثاني : مهارات الاستلقاء/الاستدارة/تغيير وضع الجسم، وقد غطى هذا البعد بأربعة أهداف تعليمية.
- ٣- البعد الثالث : مهارات الدرجنة/الزحف/الجب، وقد غطى هذا البعد بثلاثة أهداف تعليمية.
- ٤- البعد الرابع : مهارات الجلوس، وقد غطى هذا البعد بخمسة أهداف تعليمية.
- ٥- البعد الخامس : مهارات الوقوف، وقد غطى هذا البعد بأحد عشر هدفاً تعليمياً.
- ٦- البعد السادس : مهارات المشي، وقد غطى هذا البعد بسبعة أهداف تعليمية.
- ٧- البعد السابع : مهارات المرولة/الركض/الجري، وقد غطى هذا البعد بسبعة أهداف تعليمية.
- ٨- البعد الثامن : مهارات الوثب، وقد غطى هذا البعد بستة أهداف تعليمية.
- ٩- البعد التاسع : مهارات الحجل، وقد غطى هذا البعد بثلاثة أهداف تعليمية.
- ١٠- البعد العاشر : التقطال الكرة، وقد غطى هذا البعد بسبعة أهداف تعليمية.
- ١١- البعد الحادي عشر : رمي الكرة، وقد غطى هذا البعد بأحد عشر هدفاً تعليمياً.
- ١٢- البعد الثاني عشر : مهارات ركل الكرة، وقد غطى هذا البعد بثمانية أهداف تعليمية.
- ١٣- البعد الثالث عشر : استخدام مضرب التنس، وقد غطى هذا البعد بأربعة أهداف تعليمية.

١٤- بعد الرابع عشر : مهارات السباحة، وقد غطي هذا بعد بسبعة عشر هدفاً تعليمياً.

تعديل المدرسة :

إن الترتيبات والتعديلات المساعدة تساهم بشكل فعال في تسهيل ونجاح العملية التربوية للمعوقين حركياً بحيث تساهم بالتغلب على بعض الصعوبات سواء من ناحية المهارات الكتابية أو القراءة وكذلك لا يغيب عن بالنا الحاجز التي قد تحول دون توفير الفرص المعاذية لغير المعوقين، لهذا لا بد لنا من تدبر العوامل الفيزيائية سواء في المدرسة أو الصف لتضمن نجاح العمل التربوي مع المعوقين حركياً.

عند ترتيب غرفة الصف لا بد من الأخذ بعين الاعتبار عدداً من الاعتبارات منها:

- ١- ما هو نوع الغرفة الموجود لديك؟ هل هي كبيرة أم صغيرة أم مستطيلة....
- ٢- ما هو نوع الأثاث الموجود لديك في الغرفة؟
- ٣- ما هو نوع الطلاب الموجودين في الصف؟

وبندا يجب مراعاة وجود مسلحات مقبولة في الغرفة لإمكانية مرونة الحركة للتجهيزات لذا لا بد من مراعاة الاعتبارات التالية عند تصميم غرفة تكون مرتبة بالشكل التالي:

- ١- بحيث تسمح للغالبية باستخدام الفراغات المتوفرة بالغرفة.
- ٢- بحيث تعمل على زيادة الخبرات المتنوعة من الطلاب.
- ٣- بحيث تسمح للطلاب بالانتقال من نشاط إلى الذي يليه بحرية.

ـ تكييف غرفة الصف :

يمكن مراعاة الأمور التالية عند اعتماد المقاعد الملائمة للمعوقين حركياً:

- ١- يجب أن تكون هناك مسافة بين سطوح المقاعد وركبة الطالب تقل عن ٣ سم أو ٤ سم.
- ٢- تكيف ارتفاع المعد بما يناسب الطلاب الذين يستعملون الكراسي المتحركة.
- ٣- يمكن أن تكون سطوح المقاعد بحيث تمنع الإنزالق لمساعدة الطلاب الذين يظهرون اختلافاً وصعوبة في التأثر الحركي البصري الدقيق وسيطرة محدودة على التراugin

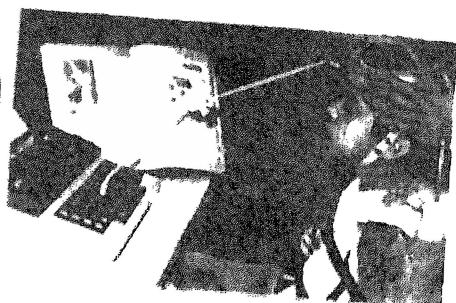
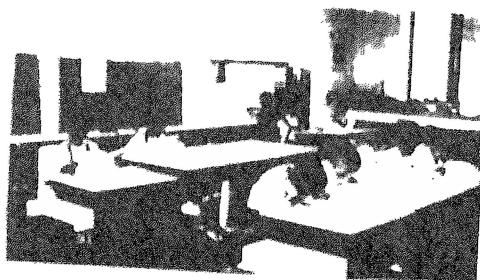
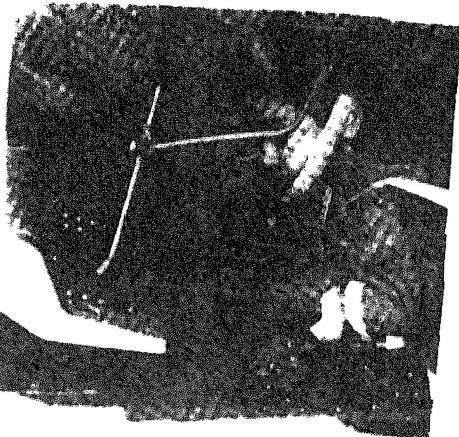
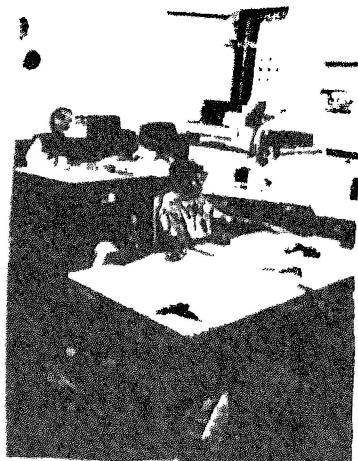


ويمكن أن يكون هناك بدائل للمقاعد والطاولات بحيث تصمم هذه البدائل بشكل يناسب الطلبة الذين لا يستطيعون الجلوس وكذلك من البدائل ما يمكنها أن تساعد الطالب بالعمل وهو بوضع الجلوس أو الوقوف المدعوم.

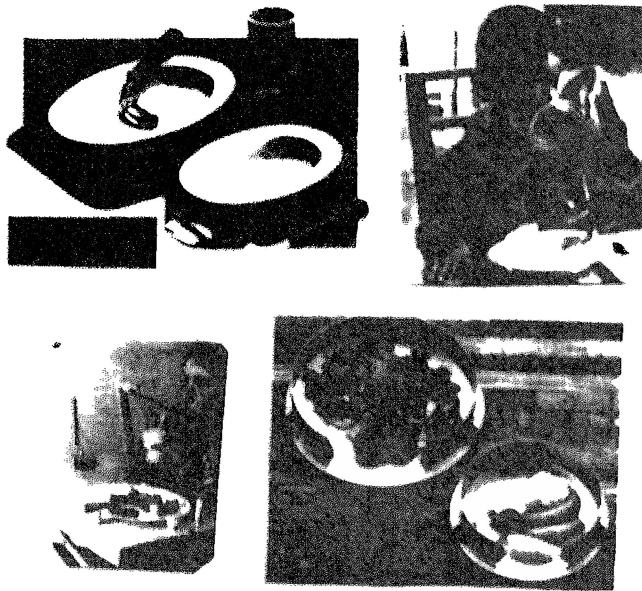
كيفية تعامل معلمة رياض الأطفال مع الطفل المعاكِرِيًّا:

يتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وتنمية الموهوب مثل الموسيقى والرسم...الخ، وتصحيح مفهوم الذات وفكرة الطفل المعمق عن نفسه واتجاهاته نحو عهاته، والتوافق معها حتى لا تزداد حالته سوءاً وتجعل العائق مضاعفاً والعلاج بالنشاط لتنفيس الانفعال، وتشجيع الطفل المعمق على الاستقلال، والاكتفاء الذاتي حتى لا يشعر المعمق باعتماده الكامل على الآخرين، والقلق والتهديد عندما يتركونه، مع تحجيم المواقف الخاطئة بقدر الإمكان ولكن بدون الحماية الزائدة، واسعár الطفل المعمق بأهمية الجماعة حتى يرى أنه ليس عبئاً ثقيلاً، وحتى ينسو لديه اتجاه سليم نحو نفسه و نحو الآخرين، وتوفير الجو الانفعالي المتقبل للطفل المعمق.

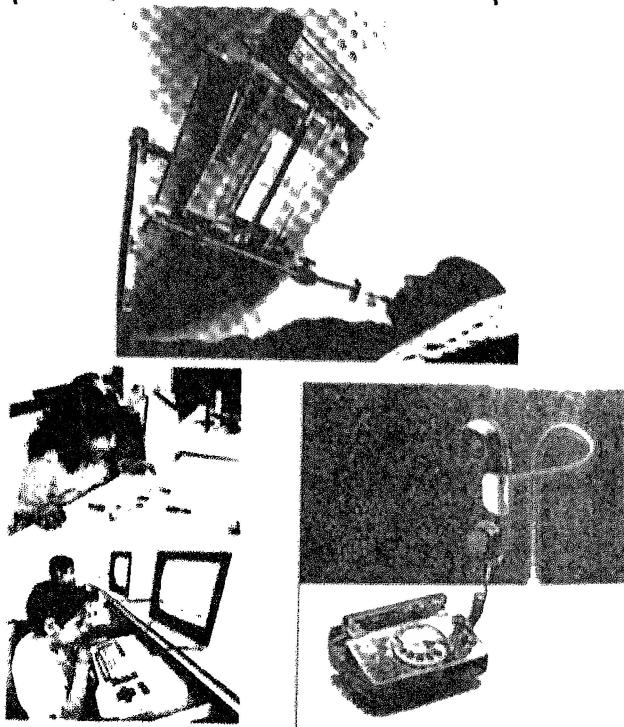
ويجب أن نلاحظ أن تقبل الطفل المعمق + الإحالة للمختصين + العلاج المناسب - النجاح.



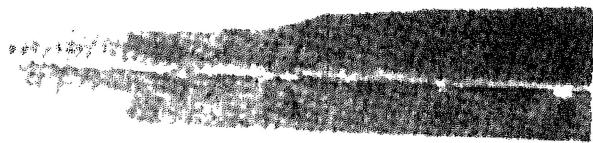
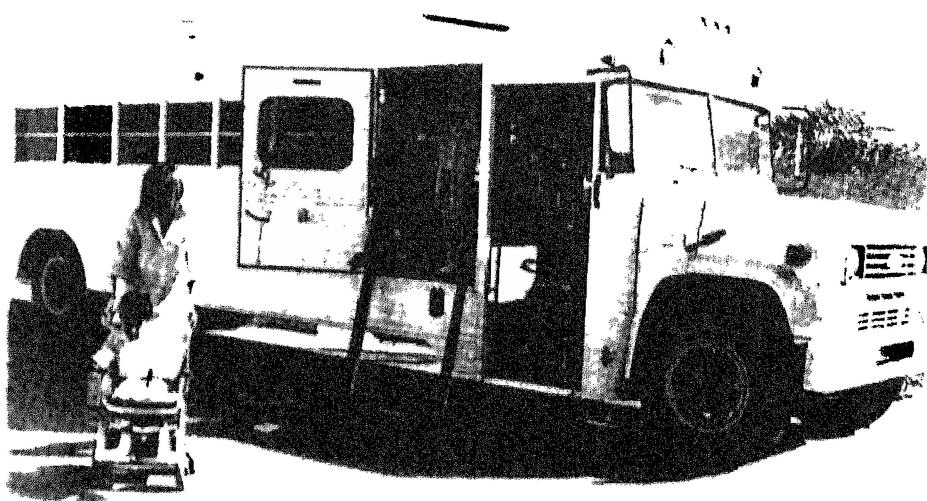
تكييف البيئة الصحفية والمقاعده وإضافة بعض الأدوات للمساعدة في الكتابة
والاعتماد على الذات



تكيف أدوات الطعام لتأدية مهارات المعاية بالذات (تناول الطعام والشراب)



أدوات الصف

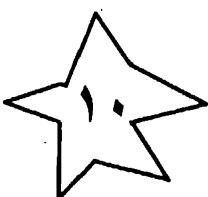


تكيف المواصلات لتناسب مع حركة المعوقين حركياً

الفصل العاشر

اتجاهات معاصرة في التربية الخاصة

- التقييم والتشخيص.
- الاتجاهات.
- التدخل المبكر.
- التأهيل الشامل.
- المدارس الشاملة والمجتمع.
- التشريعات والقوانين.
- إدارة مؤسسات وصفوف التربية الخاصة.
- الارشاد والتدريب الأسري.



الفصل العاشر

اتجاهات معاصرة في التربية الخاصة

١- التقييم والتشخيص :

إن نعوت الطفل بالإعاقة يؤثر بدرجة شديدة عليه وكذلك على والديه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه، وفي الواقع فإن الحكم على الطالب فيما إذا كان معوقاً أم لا يعتبر عملاً خطيراً، وتعتبر مسؤولية إعطاء هذا الحكم أمراً مرعباً أيضاً، ويمكن الحكم على إعاقة الطالب فقط بعد الدراسة الدقيقة للمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقويم التربوي الشامل له، وقد صمم التقويم التربوي لكي يسمح للأخصائيين :

١- الحكم فيما إذا كان الطالب معوقاً أم لا، وإذا كان الحال كذلك فإن التقويم يسمح.

٢- بتحديد طبيعة البرجعية التربوية الخاصة ومدى مناسبتها للطالب.

يعتبر موضوع القياس والتشخيص في التربية وعلم النفس بشكل عام، وفي التربية الخاصة، بشكل خاص، حجر الزاوية الأساسي في التعرف على فئات الأطفال غير العاديين، وتشخيصها، وبدون توافر أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة، فإنه يصعب على واضع البرامج التربوية أن يحول تلك الفئات إلى المكان المناسب لها، وإن يصمم البرامج التربوية المناسبة له ومن ثم تقييمها لتعرف على مدى فعاليتها.

ويستخدم الأخصائي في القياس والتشخيص مصطلحات شائعة في هذا المجال مثل مصطلح القياس Assesmend and Measurement ومصطلح أداة القياس أو الاختبار Test، ومصطلح التقويم Scale، Checklist، Evaluation أو تشخيص Diagnosis كما يستخدم أخصائي التربية الخاصة مثل تلك المصطلحات بفهمها التائق في تعامله مع الأطفال غير العاديين بشكل خاص ووصف مظاهر سلوكهم.

مفهوم القياس :

ظهرت تعريفات وتفسيرات متعددة لمفهوم القياس، أو عملية القياس ولكنها تجمع في الغالب على تمثيل الصفة أو موضوع القياس بطريقة كمية أو رقمية، وعلى ذلك يعرف مهرنر ١٩٧٥ عملية القياس على أنها تلك العملية التي تمكن الإلخصائي من الحصول على معلومات كمية عن ظاهرة ما، ويؤكد ذلك كل من جل福德 ١٩٥٤ وكيرلنجر ١٩٧٣ وهوبكنتز وستانلي ١٩٦١، وفي التربية الخاصة أمثلة كثيرة تعبّر عن مفهوم عملية القياس وتمثيلها للصفات أو الظواهر موضوع القياس بعلومات كمية أو رقمية، فمثلاً يعبّر عن القدرة العقلية بنسبة ذكاء ٩٠ أو ١١٠، كما يعبّر عن القدرة البصرية بنسبة مثل القدرة البصرية مثل ٢٠٠/٢٠ أو ٧٧، كما يعبّر عن القدرة السمعية بوحدات تسمى ديسبل مثل ٢٠ وحدة ديسبل أو ٧٠ وحدة ديسبل، كما يعبّر عن حالات صعوبات التعلم بدرجات مئوية تزيد أو تقل عن ٣٦ درجة مئوية، كما يعبّر عن الأضطرابات الانفعالية بدرجة فرعية أو كمية تمثل درجة الأضطراب الانفعالي لدى الفرد، وهكذا يتم وصف مظاهر السلوك لفئات التربية الخاصة، رقمياً أو كمياً وهذا هو المقصود بمفهوم القياس في التربية الخاصة.

مفهوم التقويم والتشخيص :

ظهرت تعريفات وتفسيرات متعددة لمفهوم التقويم أو التشخيص ولكنها تجمع على تفسيرات إجرائية تتمثل في إصدار حكم على ظاهرة ما (بعد قياسها)، أو على موضوع ما، وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة، كما تتضمن تلك التعريفات توضيحاً لجوانب القوة والضعف في تلك الظاهرة، فعلى سبيل المثل يعرف مهرنر ١٩٧٥ التقويم أو التشخيص على أنه تلك العملية التي تحكم فيها على مظاهر السلوك ومن قرها أو بعدها من المعايير الخاصة بها، كما يعتبر هاول وزملاء ١٩٦٩ التشخيص على أنه شكل من أشكال التقويم، وهو مصطلح مستعار من العلوم الطبيعية، ويستخدم بشكل خاص في ميدان التربية الخاصة، لأغراض الحكم على السلوك، وفي التربية الخاصة أمثلة متعددة على عملية التقويم أو التشخيص، فمثلاً يصنف الأفراد إلى سهوليين أو عدليين أو معوقين عقلياً بناءً على نسب ذكائهم، كما يصنف الأفراد إلى عدليين أو معوقين سعياً بناءً على عدد وحدات الديسبل المقاسة

لديهم، كما يصنف الأفراد إلى عاديين أو معوقين بصرياً بناءً على قدراتهم البصرية المقاسة سواءً بواسطة الأخصائي في البصريات أو وفق لوحدة سنن المعروفة، كما يصنف الأفراد إلى عاديين أو ذوي صعوبات التعلم بناءً على أدائهم على المقاييس الخاصة بصعوبات التعلم، في حين يصنف الأفراد إلى عاديين أو ذوي اضطرابات انتفعالية بناءً على أدائهم على مقاييس اضطرابات الانفعالية، وهذا يتم تقييم أداء الفرد أو تشخيصه بناءً على المعلومات التي يحصل عليها الإخصائي نتيجة لعملية القياس ومقارنتها بالمعايير الخاصة بكل مظاهر السلوك التي يقيسها ذلك القياس.

العلاقة بين أداة القياس، وعمليتي القياس والتقويم :

تعتبر العلاقة بين أداة القياس وعمليتي القياس والتقويم ثرية ومتراقبة ومكملة لبعضها البعض، إذ يصعب إجراء عملية القياس والتقويم دون وجود الأداة المناسبة، كما يصعب إجراء عملية التقويم بدون عملية القياس، وعلى ذلك:

أ- تتعبر أداة القياس التي تتوفر فيها دلالات الصلة والثبات المقبولة، شرطاً أساسياً من شروط عملية القياس والتقويم.

ب- تعتبر عملية القياس، بنتائجها الكمية، لظاهره موضوع القياس، شرطاً أساسياً من شروط عملية التقويم وسابقه لها.

ج- تعتبر عملية التقويم (التشخيص) عملية تتخذ فيها القرارات المناسبة وتتوقف دقة القرار و المناسبة بناءً على المعلومات التي تقدمها عملية القياس.

أهداف القياس والتقويم :

تتلخص أهداف عملية القياس في اتخاذ قرارات تتعلق بتصنيف الطلبة أو نقلهم أو إحالتهم إلى المكان المناسب أو إعداد خططهم التربوية، وفي التربية الخاصة تبدو أهداف عمليات القياس والتقويم (التشخيص) في النقاط التالية:

- ١- تصنيف الطلبة غير العاديين إلى فئات أو مجموعات متجانسة.
- ٢- تحديد موقع الطلبة غير العاديين على منحنى التوزيع الطبيعي من حيث قدراتهم العقلية.

- ٣- تحويل / إحالة الطلبة غير العاديين إلى البيئات التربوية المناسبة لهم.
- ٤- إعداد الخطط التربوية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.
- ٥- إعداد الخطط التعليمية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.
- ٦- إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.

شروط أدوات القياس :

أهمها الصلق والثبات :

- ١- صدق المحتوى.
- ٢- صدق الاختبار.
- ٤- الصلق التنبؤي.
- ٦- ثبات الاختبار.
- ٣- الصلق التلازمي.
- ٥- صدق البناء للاختبار.

٢- الاتجاهات :

الاتجاه : يعرف البرت الاتجاه بأنه حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي يتنظم من خلال خبرة الشخص ويكون ذا تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواضف التي تثير هذه الاستجابة.

ـ اتجاهات الأسرة :

كلنا يعلم بأن جميع أفراد والأسرة وخصوصاً الأم والأب عندما يتظرون بمولوداً جديداً، يتأملون أن يكون هذا الطفل القلام جيلاً وذكياً وسليناً من جميع الجوانب، ولكن تكون الصلة الكبرى عندما يخبرهم الطبيب بأن طفلهم الجديد معاً عقلياً أو قد يتوقع أن يكون معاً، ويكون حكم الطبيب علة على بعض السمات الجسمية الظاهرة خصوصاً في حالة المنغوليزم، وقد لا تكتشف إعاقة الطفل الذهنية عند كثير من الأطفال إلا في سنوات مرحلة الروضة أو المرحلة الدراسية المبكرة (الصفوف الابتدائية الأولى) وقد يلاحظ أفراد الأسرة وخصوصاً الأم أن النمو العقلي لطفلهم لا يتوافق مع عمره الزمني، ولا يتناسب مع النمو العقلي لأقرانه من الأطفال، ولكن في كثير من الأحيان لا تبلي الأسرة الاهتمام الكافى لمثل ذلك، وتبقى إعاقة الطفل غير مكتشفة أو مؤكدة حتى ذهابه إلى مرحلة الروضة أو

المدرسة الابتدائية، فتبدأ الفجوة تزداد ما بين قدراته وقدرات زملائه من الفئة العمرية ذاتها وخصوصاً في الجوانب الأكademية الأساسية (الحساب القراءة، الكتابة ... وغير ذلك)، وعندما يحصل ذلك فإن الطفل عادة ما يجري عرضه على المتخصصين يحول إلى المختصين لإجراء التشخيص والفحوصات الالزمة، وإذا ما تبين أن الطفل لديه إعاقة عقلية من درجة أو مستوى معين، تكون الصدمة النفسية كبيرة بالنسبة للأسرة وخصوصاً الوالدين، علمًا أن الصدمة تكون في هذه الحالة أقل تأثيراً مقارنة مع معرفتهم بوجود الإعاقة المؤكدة لحظة الولادة ولكن بالرغم من هذه الفروق فإن الصدمة التي تتلقاها الأسرة وخصوصاً الوالدين عند معرفتهم بأن طفلهم معاق عقلياً تبقى ذات تأثير كبير على مستقبل أفراد الأسرة جميعهم، وكما يقل أحياناً بأن الأسرة التي يوجد بها طفل معاق هي أسرة معاقة والمقصود هنا بالإعاقة للأسرة ليست الذهنية وإنما تعلق الأسرة عن القيام بدورها وتفاعلها مع المجتمع كما هو متوقع منها، حيث أن وجود الطفل المعاق في الأسرة يؤدي إلى انشغال معظم أفراد الأسرة للعناية به، كذلك تضيي الأمهات والأباء الوقت الطويل في التفكير حول مستقبل طفلهم المعاق وما سيعملون معه ومن سيرعله بعدهم إلى غير ذلك من الاستفسارات التي تشغلهن تفكيرهم، كذلك يضيي أولياء أمور الأطفال المعاينين الوقت الطويل في البحث عن مصادر قد تشيي أبنائهم أو يبذلون الجهد الكبير في إيجاد الأماكن التي يعتقدون أنها أكثر ملائمة لحالة أبنائهم، وبناء على الوضع النفسي والجسدي المرهق الذي تعيشه الأسرة يمكن لنا أن نتصور الاتجاهات التي تتكون عند هذه الأسر، ويمكن أن نلخص ردود فعل الأسرة أو اتجاهاتها نحو الطفل المعاق إلى ما يلي :

- ١- الاتجاه السلبي أو الاتجاه الرافض : حيث نلاحظ أن بعض الأسر لم تكن تتوقع أن يكون لها طفل معاق ولذلك فهي لا تتقبل هذا الوضع المؤلم وتتهرب منه وترفضه بأشكال شتى، كأن يتبدل الزوجان التهم حول السبب في وجود الطفل المعاق ، وقد يستمر ذلك طويلاً وتحول البيئة الأسرية إلى جحيم لا يطاق يسبب مزيداً من الألم والتعاسة للزوجين وللأبناء الآخرين وقد يطلب الزوجان أو أحدهما الطلاق، وقد أشارت الدراسات في هذا الجانب أن نسبة الطلاق بين الأسر التي يوجد بها المعاين أعلى نسبة الأسر التي لا يوجد بها معاين، ومثل

هذه الحالات تحتاج إلى الإرشاد الأسري المكثف من قبل المتخصصين في مجالات التربية الخاصة وعلم النفس.

٢- عدم الاكتئاب والإهمال : حيث لوحظ أن بعض الأسر أو بعضًا من أفرادها يتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو طفلهم المعلق، فلا يتقبلونه إطلاقاً وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمالهم له بدرجة كبيرة، فلا يكتنون لظفه وملابسه وطعامه ولا يوفرون له العناية الصحية الكافية، ويساولون إخفائه عن حياتهم اليومية، كوضعه في مؤسسة داخلية للمعاقين أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصاً الاجتماعية منها، ما يؤدي إلى زيادة درجة إعاقة الطفل العامة، وخصوصاً في القرى والأماكن النائية، لذا كان لابد من وجود البرامج الإعلامية والتثقيفية المستمرة لأهالي المعاقين.

٣- الاهتمام الزائد بالطفل المعلق : يتكون لدى بعض الأسر اتجاهات مغایرة للاتجاهات الواردة في البندين السابقين، حيث أن أحد الوالدين أو كلاهما يبني اهتماماً زائداً في الرعاية والعناية بطفله المعلق مما يعيق برامجه التعليمية والتدريبية وتنشأه السليمة، ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى الشعور بالإثم أو الذنب، حيث يعتقد أحد الوالدين أو كلاهما بأنه السبب في وجود الإعاقة عند الطفل، وبصورة خاصة عندما تشجب الأم طفلها معلقاً وهي في سن الأربعين أو أكثر، أو لاعتقادها بأنها تناولت دواء في مرحلة الحمل، أو كانت تකثرون من المشروبات أو التدخين أو أنها تعرضت لأشعة أكسن خلال الحمل إلى غير ذلك من الاعتقادات التي تسيطر على الأم، وإذا سيطرت مثل هذه الاتجاهات على الوالدين أو كلاهما فإنه يصبح بالضرورة أن يتدخل الإرشاد الأسري المتخصص في مجال التربية الخاصة لمساعدة مثل هذه الأسرة.

ويمكن القول أن اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعلق قد تبدلت كثيراً من الاتجاهات السلبية والإهمال إلى الاتجاهات نحو تفهم الطفل المعلق وتقبله والعمل على إيجاد البرامج العلمية والتأهيلية الملائمة له من أجل أن يصبح أكثر اعتماداً على نفسه أكثر من اعتماده على أسرته ومجتمعه وبطبيعة الحال فإن هذا التحول في الاتجاهات يعود إلى أسباب موضوعية هامة تتعلق بالمجتمع، فقد زاد تفهم وتقبل

المجتمع وعلى أعلى المستويات للمعاقين والمطالبة بتوافر الخدمات والرعاية والحقوق الخاصة بهم، ولم يقتصر هذا داخل قطر واحد وإنما أصبح اتجاهًا عالميًّا، وكما يعرف الجميع هناك حقوق للمعاقين بشكل عام، كما بادرت كثير من الدول العربية إلى وضع حقوق خاصة بالمعاقين، كما ويعود التغير في الاتجاهات إلى عوامل ذاتية أيضًا تتعلق بوعي المواطن وثقافته الذاتية، ففي حين كانت الأسرة تشعر بالخجل والإحراج لوجود طفل معاق، لم يعد ذلك بنفس الدرجة من الخرج في أيامنا هذه حيث أن أسباب الإعاقة ليست وراثية فقط وإنما هناك أسباب بيئية كثيرة، وهذا يعني أن أية أسرة يمكن أن تنجذب طفلًا معاقًا ما دامت هناك أسباب بيئية، ففي الماضي كانت عائلات كثيرة تحاول إخفاء طفلها المعاق، ولكن لم يعد ذلك ممكنًا هذه الأيام حيث أن معظم العائلات تبحث عن المؤسسات الملائمة والبرامج المناسبة لأطفالهم المعاقين، وخير مثال على ذلك أن معظم مؤسسات التربية الخاصة لديها أسماء أطفال معاقين على قوائم الانتظار تفوق عدد الأطفال المخدومين في المؤسسات حاليًّا، وهذا بطبيعة الحال يشير إلى الاتجاهات الحديثة عند معظم العائلات التي بدأت تفهم وتقبل أبناءها المعاقين وتعمل على مساعدتهم بشتى الوسائل الممكنة.

اتجاهات وردود أفعال الوالدين ذوي الأطفال المعوقين في أوقات مختلفة :

- ١- الصلة.
 - ٢- النكران.
 - ٣- الغضب والشعور بالذنب.
 - ٤- الأماني غير الواقعية.
 - ٥- الشعور بالكآبة.
 - ٦- الرفض أو النبذ.
 - ٧- تفهم وتقبل الطفل المعوق.
- اتجاهات المحيط المدرسي :**

تشير الدراسات بأن أقل المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المعاق هي في المدرسة، حيث تبين تلك الدراسات بأن معظم زملاء المعاق في المدرسة يبليون تحفه التقبل والتفهم والتعاون، كذلك فإن المعلمين أيضًا في معظم الأحيان يظهرون التقبل والتعاون مع الطفل المعاق ويحاولون المساعدة بقدر المستطاع، وإذا تواترت الإدارية المدرسية الجيدة والمتفهمة لمشكلات المعاق وحلجاته فإنها بالتالي تعمل على

توفير البيئة المدرسية الملائمة للطالب المعلق، وبالرغم من كل ما ذكر فإن الطالب المعلق يواجه الإحباطات في المدرسة بسبب عدم قدرته على التحصيل الأكاديمي والسير مع زملائه في البرامج التربوية، وهذا يسبب للمعلم وأسرته كثيرا من الإحباط.

- اتجاهات المجتمع والتجاهات أصحاب العمل :

بالإضافة إلى الإحباطات المتكررة التي يواجهها المعلق في الأسرة والمدرسة، كما ذكرنا سابقا، فإنه يواجه الإحباط في حياته اليومية في الشارع وفي الأماكن العامة وخلال استخدامه للمرافق العامة وخلال استخدامه وسائل المواصلات وغير ذلك من جوانب الحياة اليومية، والسبب أن المعلق يحتاج إلى تفهم الآخرين لكيفية التعامل معه، ولكن من الصعب أن تجد لدى كافة أفراد المجتمع الفهم الجيد والإيجابي للمعلم والقدرة على تقبيله، لذلك فهو معرض للإحباط في مواقف كثيرة من حياته اليومية، كذلك نلاحظ أن غالبية أصحاب العمل والمصانع والشركات يرددون في توظيف المعلم، علما بأن الكثير من الوظائف والمهام يمكن أن يقوم بها المعلق وبدرجة متدنية من الأداء إذا توافر له التدريب والتأهيل المهني الملائم، وحديثاً، بدأت كثير من دول العالم تنص في قوانينها على ضرورة تشغيل المعلمين في مؤسساتها، وكذلك تعمل على توفير الحوافز المختلفة لتشجيع أصحاب العمل في القطاع الخاص على توظيف المعلمين.

٣- التدخل المبكر - التعرف المبكر Early Identification :

يقصد بالتعرف التعرف المبكر تلك المحاولات التي تبذل بقصد تحديد بعض التغيرات في الفرد أو في البيئة مما يساعد على التنبؤ بالوضع النمائي للفرد في المراحل التالية، ويشير التعرف المبكر أيضا إلى أساليب التدخل التي يمكن أن تتخذ في المراحل المبكرة من النمو بما يدعم جوانب القوة في الفرد و بما يقلل من تأثير الإصابات ومظاهر الضعف، لعل النظرة السطحية توحى بأن مفاهيم التعرف المبكر وما تنتهي عليه من أساليب التدخل المبكر مفاهيم بسيطة و مباشرة، إلا أن النظرة العميقية تبين أن عملية التعرف المبكر نادراً ما تكون على هذه المؤشرات دورها من

خلال أشكال معقلة من التفاعل، ويتربّ على ذلك أن جهود التعرّف المبكر تتطلّب من معظم الأحيان غلّاج وأساليب متعدّدة الأبعاد تمكن من القيام بأفعال وإجراءات بعيدة المدى خلال العملية النهائية.

إن عدم الكشف عن الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وعدم تزوّيله بالخدمات المناسبة في الوقت المناسب قد ينجم عنّهما تدهور مضطرب في حالة الطفل، ولذلك ينبغي التعرّف إلى الأطفال الذين قد يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات مساندة بأسرع وقت ممكّن ليتم إحالتهم إلى الجهات المتخصصة بغية تحديد مدى حاجاتهم إلى التشخيص المكثّف وإلى البرامج العلاجية في وقت مبكر.

ويمكّن تعريف الإحالات (Referral) بأنّها التوجّه الرئيسي بطلب إلى أخصائي أو أكثر لتقييم حاجات الطفل وذلك بناءً على ظهور علامات ومؤشرات على أنّ الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن، وتبداً عملية الإحالات تتكون انتطاعات داخل المدرسة أو في البيت بأنّ لدى الطفل مشكلات تستدعي الانتباه والدراسة، وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، أو الصحي، أو السمعي، أو البصري، أو العقلي، أو السلوكي والاجتماعي، وبعد ذلك، يتم بذلك جهود كافية للتحقّق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقة لدى الطفل، فإذا كان القرار هو أنّ لدى الطفل ما يبرر الاعتقاد بأنه طفل مختلف، يجب التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقة للبلوغ بتقييم شامل، والهدف من هذا التقييم تحديد طبيعة الخدمات الخالصة التي يحتاج إليها، وبعد ذلك يجب اطلاع ولي الأمر على نتائج التقييم، فإذا كان الطفل بحاجة إلى تربية خاصة، يجب مناقشة الوضع مع ولي الأمر وتعريفه بالخدمات المقدّمة وتحقّق الطفل وأسرته.

الفئات المستهدفة من قبل برامج التدخل المبكر :

- ١- الأطفال الذين يتوقّع لهم أن يعانون من التأخّر النهائّي لأسباب بيئية منهم على سبيل المثل : معاناة أحد الوالدين أو كليهما من حالة إعاقة أو غير ذلك، صغر عمر الأم عند الإنجاب، الفقر، الظروف الاجتماعية الثقافية الصعبة.
- ٢- الأطفال ذوي القابلية للتأخّر النهائّي أو الإعاقة، وهم الأطفال الذين ولدوا

وزنهم أقل من المعدل الطبيعي، أو تعرض منهم لإصابات دماغية أو اختناق، وغير ذلك.

٣- الأطفال الذين لديهم تأخير واضح أو إعاقة مثبتة، وهم الأطفال الذين يختلف ثورهم اختلافاً جوهرياً عن ثور أقرانهم الأمر الذي يجعلهم بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة.

مبررات التدخل المبكر :

١- لعل أهم مبررات التدخل المبكر تلك التي تهدف إلى الوقاية من تطور الإعاقة أن وجدت في حالة عجز البرنامج من الوقاية من الإعاقة بشكل كامل، وكون التأخير في النمو في مرحلة ما قبل المدرسة يعتبر مؤشراً خطيراً بالنسبة للنمو المستقبلي، فلن برامج التدخل المبكر تأتي لدعم تطوير النمو عند الأطفال من كافة النواحي التعليمية والجسمية والاجتماعية، وتزيد من مستوى استقلالية الطفل وتغيير سلوكه.

٢- إن طبيعة النمو الإنساني في المرحلة المبكرة من العمر (سن ما قبل المدرسة) يعتبر من أهم المراحل والتي يكون التعليم فيها أسرع من أي مرحلة عمرية لاحقة.

٣- إن لبرامج التدخل المبكر جدوى اقتصادية حيث أنها تقلل من الحاجة إلى مؤسسات الإقامة الدائمة، كما أنها تقلل الحاجة أو الاعتماد على المعينات أو الأجهزة المساعدة (في حالة الإعاقة الحركية أو الشلل الدماغي).

والوقاية من الإعاقة هي مسؤولية مشتركة بين الجهات الرسمية في الدولة والأسرة والفرد ذاته، ولا يمكن أن تنجح برامج الوقاية وتحقق أهدافها إلا إذا تضافرت جهود الجهات الرسمية والحكومية ذات العلاقة مثل وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم، وزارة الثقافة والإعلام وبجميع الأجهزة الإعلامية التابعة لها من محطات تلفزيون وصحف ومجلات ونشرات مختلفة وإذاعات، وغيرها من أجهزة رسمية ذات علاقة، كذلك لن تنجح برامج الوقاية في تحقيق أهدافها إلا بتعاون أفراد المجتمع، وفي ما يلي نستعرض المجالات التي يجب التركيز عليها في عملية الوقاية.

أ- الوقاية في المجالات الصحية للطفل أو للأم الحامل :

- ١- ضرورة توفير الوقاية للأم الحامل بعدم التعرض للإصابة بالحصبة.
- ٢- الوقاية من الأمراض التنسالية مثل مرض الزهري والسيان وهي أمراض تسبب التشوهات الخلقية والإعاقة عند الجنين.
- ٣- الوقاية من الحمى الصفراء وهي الأمراض المعدية، إذا أصبت بها الأم الحامل فإنها تسبب الإعاقة للطفل.
- ٤- الوقاية من الإصابة بالسل، فإذا أصبت الأم الحامل بالسل فإن الجنين قد يتاثر بذلك وتسبب له الإعاقة.
- ٥- الوقاية من الحمى والأمراض المعدية مثل النكاف والحمبة وجدرى الماء فإنها في كثير من الأحيان تسبب الإعاقة عند الجنين.
- ٦- الوقاية من اضطرابات الغدد واضطرابات التسمم الغذائي وارتفاع ضغط الدم والتسمم الحمل.
- ٧- فقر الدم عند الأم الحامل.
- ٨- عدم استخدام أية عقاقير طبية أثناء الحمل إلا بعد استشارة الطبيب.
- ٩- محاولة الاجهاض غير القانونية.
- ١٠- عدم التوازن الغذائي أو سوء التغذية للأم الحامل.
- ١١- الإدمان على الكحول والمشروبات الروحية المختلفة.
- ١٢- إجراء الفحوصات الطبية الالزمة عند المقبولين على الزواج.

ب- الوقاية في المجالات الصحية مثل :

- ١- الزواج المبكر والذي يؤدي إلى الإنجاب المبكر.
- ٢- الإنجاب المتأخر.
- ٣- الولادة المتكررة وضرورة تباعد الحمل.
- ٤- الاجهاض المتكرر.
- ٥- زواج الأقارب.

٤- التأهيل الشامل :

التأهيل الشامل هو مساعدة الأفراد التي لديها إعاقة للوصول إلى أعلى مستوى من الوظائف الجسدية التي يستطيع العلاج الطبي تقديمها، ومساعدته في النواحي النفسية والاجتماعية والمهنية مع التربية بحيث يصبح قادراً على تحقيق الشعور بالذات والأمن مع الرضا في حياة الأسرة والجامعة والمجتمع الذي يتسمى إليه، كذلك التأهيل الشامل هو مساعدة الشخص المعوق على استعادة قدراته أو جزء منها خلال عملية التأهيل.

أهداف ومبادئ التأهيل الشامل :

- ١- المساواة بين أبناء المجتمع جميعاً، وهذا يحتم على جميع القطاعات العامة والخاصة تقديم خدمات متخصصة المصايبين بالإعاقة الحركية.
- ٢- إن التأهيل عملية فردية يقوم البرنامج العلاجي منها على أساس معرفة حلقات الفرد ومشاكله الخاصة والسعى لحلها بالطرق المناسبة.
- ٣- إن نواحي التشخيص الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والتربية تتكمel تحت مفهوم التأهيل الشامل لتحقيق أعلى قدر ممكن من الاستقلالية للفرد دون أن تتضارب خدماتها.
- ٤- تبدأ عملية التأهيل الشامل منذ التحقق من أن لدى المصاب إعاقة دائمة أو تحتاج لوقت طويل للشفاء في بعض الأحيان.
- ٥- التعديل الوظيفي حيث يستطيع المصاب حركة العناية بنفسه وتجنب ما يتبع عن الإعاقة الحركية من مشاكل طيبة مثل التقرحات الجلدية والتكتلبات وغيرها واستعمال الوسائل المناسبة للحركة.
- ٦- العمل على دمج هذه الفئة بالمجتمع بأكبر قدر ممكن.
- ٧- يجب أن يصبح التأهيل أحد مصادر المجتمع في نشر الثقافة الصحية والإجراءات الوقائية وذلك بعمل نشرات تتعلق بذلك.

ويعمل على تطبيق برامج التأهيل الشامل متخصصون في مجالات التأهيل المختلفة معتمدين الطريقة العلاجية المثلثى وهي العمل كفريق متكامل، وأهم

المختصين بهذا الفريق هم :

- ١- الطبيب المختص بالطب الطبيعي والتأهيل.
- ٢- المعالج الحكيم أو الطبيعي.
- ٣- أخصائي العلاج بالتشغيل.
- ٤- أخصائي الخدمة الاجتماعية.
- ٥- أخصائي علم النفس التأهيلي.
- ٦- مرشد التأهيل المهني.
- ٧- أخصائي النطق والسمع.
- ٨- أخصائي التقييم والتشخيص.
- ٩- معلم التربية الخاصة.

١٠- كذلك فإن آباء وأمهات الأطفال المعوقين يعتبرون أعضاء هم أهميتهم في الفريق.

تتضمن عمل الفريق متعدد التخصصات بعملية تقييم جوانب الطفل، وتتضمن عملية التقييم التي يقوم بها الفريق تقديرًا للخصائص التعليمية والسيكولوجية، بالإضافة إلى ما هو ضروري من الخصائص الطبية، والنطق واللغة، والعلاج الطبي، والقياس السمعي البصري الخ.

مثل هذه التقديرات تهدف إلى تحديد جوانب القوة وجوانب الضعف عند الطفل بحيث يمكن تحضير الخدمات التعليمية وغيرها من الخدمات بطريقة تؤدي إلى التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل المعوق، نوضح في الشكل التالي المظاهر الأربع الرئيسية التي يشملها العمل بمدخل الفريق وهي :

- ١- التقدير الشامل للخصائص المختلفة للطفل.
- ٢- انطباعات الأخصائيين المستعملة من التقديرات السابقة.
- ٣- تحضير البرنامج المبدئي لخدمات التربية الخاصة.
- ٤- المتابعة من خلال إعادة تقييم خصائص الطفل على فترات دورية وإدخال التعديلات الالزمة على البرنامج كلما كان ذلك ضروريًا.

المظهر الأول :

المعلومات الأولية

والتقدير الشامل

لخصائص الطفل

التاريخ الطبي
والتقديرات الحالية

التاريخ النامي والتقديرات الحالية
للحصائص التعليمية السيكلولوجية

التاريخ الأسري
(النماذج الاجتماعي
والانفعالي)

الأعضاء :
مناقشة لأهم المظاهر الطيبة والنامية
والتعليمية والنفسية والمساوية
للطفل، والبيانات المتعلقة بالأسرة

المظهر الثاني :
انطباعات فريق
الأشخاص وتصنيفاته

المظهر الثالث :

البرنامج المبدئي
(برنامج تعليمي فردي)

البرنامـج
المدرسة
لـلـطـفـل

إعادة تقييم
الموقف الطبي

إعادة التقدير النامي (تعليمي
وسيكلولوجي)

إعادة تقدير الوضع الأسري

تعديل البرنامج
التعليمي بوجه عام

تخطيط توضيحي لطريقة عمل الفريق متعدد التخصصات

العلوم الأساسية والخصائص اللازمين لتقديره خصائص الطفل المختلفة

أعضاء الفريق المتخصص :

الخصائص الاجتماعي ←
الخصائص النفسي ←
المسؤول التعليمي ←

بيانات تتعلق بالأسرة :

- ١- تقدير الأوضاع الأسرية
- ٢- بناء الميكل الأسري.
- ٣- ديناميات الحياة الأسرية.
- ٤- المصادر ونواحي القوة.
- ٥- الضغوط الأسرية على الطفل.
- ٦- المركز المالي للأسرة.
- ٧- مصادر الأسرة الإضافية
- ٨- توقعات الوالدين من المؤسسة.
- ٩- درجة تفهم الوالدين لمشكلات الطفل.
- ١٠- درجة تقبل الوالدين للإعاقة.

بيانات تتعلق بنمو الطفل وتقديرها :

الخصائص الأعصاب أو الطبيب ←
الخصائص نحو الأطفال ←
الخصائص النفسي في الطفولة ←
المسؤول الطبي المدرسي ←
الخصائص عيوب النطق ←
الخصائص نفسي ←
المسؤول المدرسي ←
مدرس، مرشد نفسي، مسؤول إداري ←
الخصائص نفسي، خصائص قياس ←

١- الوضع النمائي المحدد

٢- الحالة النفسية
٣- المركز التعليمي

بيانات طبية وتقديراتها :

طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة ←
الخصائص الأبعاض ←
الخصائص السمع والأذن ←
الطبيب أو خصائص الأعصاب ←
الخصائص أمراض القلب ←

١- الرعاية الصحية العامة

٢- المشكلات البصرية

٣- المشكلات السمعية

٤- التوبيخ المرضية

٥- العجز أو القصور الجسمى
(القلب وغيرها)

يتبع عملية التقدير والتقييم الشامل لخصائص الطفل قيام الفريق بوضع خطط البحث يبنيها على المعلومات القياسية والتقييمية التي حصل عليها، ويضع بعين الاعتبار بعض الأمور وهي :

١- تحديد أساليب التدريس الخاصة المطلوبة لطفل معين .

٢- توضيح مدى تأثر الأهداف أو الفرص المهنية فيما بعد الإعاقة .

٣- بيان إمكانية الحياة المستقلة فيما بعد في ظل الإعاقة .

٤- توضيح مدى تأثر العلاقات الاجتماعية وفرص الترويج بالإعاقة .

إذن الأهداف الرئيسي لنظام تعدد التخصصات هو التأكيد من حصول كل طفل من الأطفال المعوقين على الخدمات التعليمية والنفسية التي تؤدي إلى أن يحقق النمو بأقصى ما تمكنه به طاقاته .

٥- المدارس الشاملة ودمج المعوقين :

تعتبر قضية دمج المعاقين في المدارس العادية من أهم القضايا المعاصرة في مجال التربية الخاصة، حيث تشير الدراسات إلى أن تعليم المعوقين ضمن البرامج الدراسية العادية وهو ما يعرف بالدمج يؤدي إلى نتائج أفضل من حيث التحصيل العلمي للمعوقين ومن حيث النمو الاجتماعي والانفعالي والتكييفي والشخصي، وكذلك من حيث التكلفة المادية فهو أقل من تكلفة مدارس التربية الخاصة، ولكن في كثير من الدول فإن المؤسسات التربوية والتعليمية تحاول التخلص من مثل تلك المسؤولية مدعية بأنها غير قادرة على تعليم هذه الفئات من المعوقين ضمن برامجها المدرسية، وهنا يأتي دور المتخصصين والأهل ومشاركتهم ودعمهم للمتخصصين في محاولة إقناع الجهات المختصة أو المؤسسات الرسمية وغير الرسمية القائمة على شؤون التربية والتعليم بقبول المعوقين ضمن برامجهم المدرسية أو على الأقل إنشاء البرامج الخاصة لهم ولكن ضمن النظام المدرسي المعهول به، وكذلك يأتي دور المتخصصين والأهل لإقناع المشروع وذلك من أجل سن القوانين الضاغطة على الجهاز التعليمي لقبول برامج دمج المعوقين .

يعني الدمج بالنسبة للمعوقين أشياء كثيرة : انعدام العزل، التقبل من قبل المجتمع، إمكانية المعاملة كآخرين، التمتع بحق العمل والذهاب إلى السينما ومارسة

الرياضات، كما يعني حظهم في أن تكون لهم عائلة، وأن يكون لهم أصدقاء وحياة عاطفية، وأن يقلموا بصفة محسوسة شيئاً ما للمجموعة وأن يتمتعوا، كليًّا شخص آخر، بحرية الاشتراك والتحرك وأن يفعلوا ما يريدون، كلّ الخروج في عطل كما يفعل الآن، وأن يزاولوا الدراسة مع الرفق غير المعوقين حتى مستوى الجامعة، وأن يسافروا في وسائل النقل العمومي دون مضيافه أي شخص. ويقصد بالدمج هو تمكين الأطفال المعوقين من تربية تستجيب لاحتياجاتهم الخاصة في مدارس عادية بدلاً من المؤسسات الخاصة، وفق صيغ متعددة، كما يعني أيضاً بذلك أقصى ما يمكن من الجهد لتسهيل مشاركة الطفل المعوق في كامل الأنشطة التربوية والجماعية للمدرسة.

مستويات الدمج :

حينما نلاحظ تجارب الدمج التي تم القيام بها في قطرات مختلفة، ندرك أن الدمج الفردي في الفصل العادي لم تكن له نفس الصورة في كل الأماكن، ويمكن للتبسيط، التمييز، كما فعل (مارتن سودر) (الادماج الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقلياً ١٩٧٦) بين ثلاثة أنماط للممارسة :

أ- الادماج الملحي الصرف : يلحق الطفل بمدرسة عادية ولكنه قلماً يشارك في أنشطة الفصل وقلماً يتواصل مع التلاميذ الآخرين.

ب- الادماج الوظيفي أو البيداغوجي الذي يتحقق عندما تكون نشاطات الطفل هي نفسها نشاطات رفاته أو تكون مرتبطة بها بصفة دالة، ويمكن أن يقتصر هذا الادماج على بعض النشاطات (التربية البدنية، التربية الموسيقية، الأشغال اليدوية) أو أن يشمل ، على العكس من ذلك جزءاً كبيراً من أنشطة الفصل العادي.

ج- يتحقق الادماج الاجتماعي عندما يلعب المعوق، بصفة فعلية دوراً في المجموعة التي يشكلها الفصل وعندما يقوم بتبادلات ذات دلالة مع رفاته ومحظى بتنضالن فعلي وبالتالي التواصل مع أعضاء المجموعة الآخرين ويحس بشعور الانتهاء إلى المجموعة.

ويمكن أن نعتبر مختلف هذه الممارسات سلسلة متصلة، فالادماج العادي أدنى من الادماج البيداغوجي الذي هو بدوره أدنى من الادماج الاجتماعي.

ومن البديهي أن الملف المنشود هو الادماج الاجتماعي، وأن الادماج الذي قد لا يكون اهلاً بيداغوجياً، أو مادياً لغير، يطرح مشكل ميزان أن الحسان والمساوي، ولا يمكن أن نقول أنه مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه على ضوء هذا الميزان.

تغيرات الجهاز المدرسي التي يتطلبها الادماج

- التغيرات المادية :

إنها تلك التي يستحضرها الفكر بأكثر تلقائية والتي يسمح تحقيقها في النهاية بتبسيط التعديلات في سير العمل، وهي تتصل في أغلب الأحيان بالمندسة العمارية المدرسية التي عليها أن تجد حلولاً للمشاكل الآتية :

أ- إمكانية الدخول إلى المبنى.

ب- الرفاهية الحسية.

ج- السلامة.

د- الأناث والتهيئة الداخلية.

هـ- المعينات التقنية.

ولبرامج دمج المعوقين أنماط مختلفة نذكر منها :

١- دمج الحالات الخفيفة من المعوقين في المدارس العامة، ويكتفي بتعليم وتدريب الإعاقات الشديدة في مراكز خاصة.

٢- دمج بعض الإعاقات في المدارس العامة كالإعاقات الجسدية والمكتوفين وصعوبات التعلم وغيرها من أنواع الإعاقات التي لا يوجد أي مبرر تعليمهم في مراكز خاصة.

٣- الدمج اليومي الكامل في جميع برامج المدرسة.

٤- الدمج الجزئي في بعض البرامج التي يمكن للمعوقين القيام بها من دون مساعدة خاصة أو بقليل من المساعدة الخاصة، وأما بقية البرامج تكون في برنامج خاص وهو ما يُعرف بغرفة المصادر (الممساعدة) (Resources Room) أو غرفة التربية الخاصة، حيث يتم تعليم المعوقين وتدريبهم بشكل فردي في مثل هذه الحالة ولكن ضمن البرامج والبناء المدرسي العام وبالرغم من أن المعلم ليس لمناقشة

وسائل لنجاح برامج دمج المعوقين إلا أنه يجب أن نذكر أن برامج التمكّن يكتب لها النجاح إذا توافرت لها العناصر الرئيسية التالية :

- ١- معلم التربية الخاصة، أي توافر معلم تربوية خاصة واحد على الأقل في كل مدرسة يطبق فيها برامج التمكّن.
- ٢- تقبل الإدارة المدرسية والهيئة التدريسية والطلبة في المدرسة لبرنامج التمكّن وقناعتهم به، وهذا لن يتم إلا بعد توضيح أهمية التمكّن لكل من الإدارة المدرسية والمعلمين والطلبة وأولياء أمور الطلبة أيضاً.
- ٣- المشاركة والتعاون من قبل أهالي الطلبة المعوقين في البرنامج المدرسي.
- ٤- الإعداد المسبق للبرنامج وتوفير متطلبات إنجاح البرنامج كإنشاء غرفة خاصة مزودة باللوازم التعليمية والوسائل الخاصة بالمعوقين ، وكذلك إجراء التعديلات الفردية على البرنامج كالوصلات مثلاً أو إجراء تعديلات خفيفة في البناء المدرسي كلييّد الممرات الخاصة بذوي الإعاقة الجسمية الذين يستخليون الكراسي المتحركة وإزالة العقبات مثل العقبات أو الحواجز عند الدخول أو توسيع بعض أبواب المرافق الصحية في المبنى إلى غير ذلك من تعديلات ضرورية.

وتقنّايز أشكال الدمج على النحو التالي، تبعاً لصنف الإعاقة :

- بالنسبة للمعوقين بدنياً، يؤكّد على اقصاد العرقيّل المادية وعلى إعداد غرفة قابل للسحب على تنظيم الخدمات المصاحبة في عدد كبير من المدارس.
- بالنسبة للمعاقين بضعف السمع، يؤكّد على تربية خاصة إضافية يضطلع بها مدربون أعدوا لعلاج المشاكل النفسية التي قد يتعرّض لها تلميذ أصم الحق بوسط تعليمي على، ولتقديم التعليم الإضافي الضروري لهذا التلميذ، علماً تقتضي الحاجة، كما يؤكّد أيضاً على ضرورة وجود مترجمين بالفعل.
- بالنسبة للمعاقين بصريّاً، يؤكّد قبل كل شيء على الخدمات الإضافية التي يحتاج إليها التلاميذ والمعلّمون، وكذلك على التدريب على الحركة والتوجّه في المعهد المدرسي وفي الجماعة ، كما تشتّرط خدمات أخصائي (البرابيل) وإنتاج واستخدام (كتب ناطقة) ومطبوعة بالحروف الكبيرة، كما يضمن، حالياً تدريب

على القراءة باستعمال الاوتيكون تسهيلاً للوصول إلى النصوص المطبوعة واستعمالها.

- المصابون بـ**تخلف عقلي خفيف ومتوسط**، يلجأون في ادماج خفيفي ومتوسطي الإعاقة العقلية، إلى نظام البرامج المستقلة المدججة مع تكوين فريق من المدرسین المختصین في تعليم المعاقین عقلیاً، كما يتم إعداد جملة من الدروس التکیفیة في نطق هذه البرامج، وخاصة في مجال التدريس المهني الذي تتعهد به فرق من المربیین العادیین والمختصین، ويتابع هذه الدروس تلامیذ الفصول العادیة والخاصّة على حد سواء.

- المصابون بـ**تخلف عقلي شدید وعمیق**، يتوجهون في ادماج بالنسبة لهذا الصنف أساساً نحو الأنشطة غير الفكرية والأنشطة الخارجیة عن منهاج المدرسة العادیة، علمًا بأنّ المدف الأساسي من الادماج هو إعداد هؤلاء الشباب إعداداً أفضل للحياة الجماعیة والمهنية والعلیاً.

- **الأطفال الذين يواجهون صعوبات التعلم** : إن أهم أنماط البرامج في هذا المضمار تتمثل في (برنامـج المورد Resource Program) وفي البرنامج المستقل المدجـج.

- **المخاطرـين انفعالیاً** : يمـتنـظـ بالـتـلـامـيـذـ المـضـطـرـيـنـ انـفعـالـیـاًـ بـدرـجـةـ خـفـيفـةـ وـمـتـوـسـطـةـ فـيـ المسـالـكـ العـلـادـیـةـ بـفـصـلـ الـخـلـمـاتـ الـمـصـاحـبـةـ (ـإـرـشـلـادـاتـ)ـ مـسـاعـدـةـ نـفـسـیـةـ وـاجـتمـاعـیـةـ،ـ أـمـاـ الـذـيـنـ لـاـ يـمـكـنـونـ مـنـ الـاـهـتمـامـ بـبرـنـامـجـ الـمـرـحلـةـ الثـانـیـةـ العـالـیـةـ فـلـهـمـ الـاـخـتـیـارـ مـنـ بـینـ عـلـةـ صـیـغـ :ـ أـمـاـ مـاتـبـعـةـ درـوـسـ مـسـائـیـةـ وـالـحـصـولـ عـلـیـ عـلـمـ فـلـهـمـ الـوقـتـ أـوـ التـسـجـيلـ فـيـ بـرـنـامـجـ خـاصـ مـعـدـ لـلـشـبـانـ غـيرـ التـکـیـفـیـنـ،ـ أـوـ مـوـاـصـلـةـ درـاستـهـمـ فـیـ مـعـهـدـ ثـانـوـيـ خـتـلـفـ،ـ أـمـاـ التـلـامـيـذـ المـصـابـوـنـ بـاضـطـرـابـاتـ أـكـثـرـ حـلـةـ فـلـهـمـ يـلـجـوـنـ خـاصـةـ عـنـ طـرـیـقـ بـرـنـامـجـ مـسـتـقـلـ مـلـمـجـ،ـ تمـیـزـ فـیـ صـلـبـهـ المـوـادـ الـتـیـ يـمـکـنـ أـنـ تـتـنـتـرـرـ مـنـهـ نـتـائـجـ إـيجـابـیـةـ لـتـحـقـیـقـ الـادـماـجـ،ـ وـيـتـحـقـقـ الـادـماـجـ،ـ بـالـنـسـبـةـ هـذـاـ الصـنـفـ مـنـ الـعـوـقـيـنـ،ـ عـلـیـ مـسـتـوـیـ الـاـنـشـطـةـ غـيرـ الـفـکـرـیـةـ وـالـاـنـشـطـةـ خـارـجـیـةـ عـنـ طـرـیـقـ الـنـهـاـجـ فـیـ مـعـظـمـ الـحـالـاتـ.

وبالرغم من إيجابيات الدمج، إلا أنه ينبغي الإشارة إلى بعض السلبيات التي

تواجه برامج الدمج والتي يمكننا تلخيصها في النقاط التالية :

- ١- قد يكون للدمج أثر سلبي في زيادة الملوء بين الأطفال المعوقين وغير المعوقين فبدلاً من تقليله هذه الملوء قد تزيد اتساعاً إذا ما اعتبرنا أن التحصيل الأكاديمي وهو المقياس الوحيد لنجلح فكرة الدمج.
- ٢- إن دمج الأطفال في المدارس العامة قد يحرمهم من الاهتمام الفردي والوسائل التعليمية الفردية التي يمكن أن تتوافر في المدرسة الخاصة.
- ٣- قد يساهم برنامج الدمج في زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي وبخاصة في حالات فتح صفوف خاصة أو وحدات صفية خاصة إذا لم يراعي في البرنامج ضرورة إيجاد برامج مشتركة بين الأطفال خارج نطاق الصدف أو المنهج الدراسي.
- ٤- قد يساهم برنامج الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الطفل وبالتالي تقليل الدافعية وتدعيم المفهوم السلبي للذات بينما وجوده في مدرسة خاصة وسط أطفال من الفئة نفسها قد لا يؤدي إلى هذا الشعور بل قد يزيد من شعور الطفل بالأمن والاستقرار، وقد يكون الشعور بالفشل ناتج عن متطلبات المدرسة التي تفوق قدرات الطفل وأمكаниاته.
- ٥- من أهم الإيجابيات التي ينبغي أن تتوافر في المدارس الخاصة وجود معلمين متخصصين في مجال العمل مما يضفي على طبيعة عملهم الطبيعية التخصصية التي ليس من اليسير توافرها في المدارس العامة، وإذا ما أردنا توفيرها لحتاج إلى برامج تدريبية وقد تحتاج إلى إجراءات كثيرة يمكن أن تتعارض مع طبيعة العمل وظروف المدارس العامة.

بقي أن نشير إلى أن الكثير من دول العالم بدأت الآن تأخذ برامج دمج الإعاقات الخفيفة في البرامج التربوية للأطفال العدليين كذلك فإن الكثير من الدول تركز ليس فقط على الدمج التربوي وإنما على الدمج الاجتماعي والمهني، أيضاً، مما يساعد المعاق على أن يعيش حياة أقرب ما تكون إلى الحياة الاعتيادية والطبيعية.

التشريع :

أصدر كونغرس الولايات المتحدة، في السبعينيات، قانونين كانت لهما فيما بعد انعكاسات عميقة الأثر على تربية وعافية كل الأشخاص المعوقين، ومن ذلك الحين، خضعت تربية المعوقين للقانون.

عندما بدأت المجتمعات في تقديم الخدمات للمعوقين كانت الفلسفة وراء ذلك تنطلق من جانب الرعاية، ثم بدأت تتطور المفاهيم كنتيجة لمطالب المعوقين أنفسهم، إضافة إلى الضغوط التي يضعها الأهل والمجتمع على صانعي القرارات بحيث أصبحت مطالب المعاقين في توفير الخدمات ليس كرعاية وشفقة وإنما من قبيل الحق المشروع لهم، منها هو حق الإنسان غير المعوق على المجتمع أن يوفر له العناية الملائمة والخدمات الأساسية، وأصبح المعاق أيضا يطالب بالحقوق ذاتها، وفي السنوات الأخيرة أخذت الدول المختلفة تسن القوانين والتشريعات الخاصة بالمعاقين وأصبحت هذه القوانين تبثق من دساتير الدول وليس من قبل المنة تقللها المؤسسات أو الجمعيات الخيرية أو الأفراد والسؤال الذي يطرحه المعاق وذويه ومؤيديه هو لماذا يكفل الدستور الحق للإنسان غير المعاق في التعليم والتدريس والعمل والعيش الملائم ولا يكفله للإنسان المعاق؟ وبطبيعة الحال فإن المعاق هو إنسان قبل أن يكون معاقاً، لذلك، فقد بدأت تنص التشريعات على حق المعاق في التعليم والتدريب والتأهيل والعلاج المجاني، ولكن وجهات نظر المعاقين والعاملين في مجالات التربية الخاصة وذوي العلاقة تباهت في ما يتعلق بهذه التشريعات حيث يرى البعض أنه من الأفضل عدم وجود قوانين خاصة بالمعاقين وإنما تكون هناك تشريعات في القوانين العامة تتعلق بالمعاقين، وتتوفر لهم الخدمة وتلبي احتياجاتهم ومطالبهم من دون أن ينص على ذلك قانون خاص لأن القانون الخاص بالمعاقين، بحسب رأي المعاقين أنفسهم، يساهم في زيادة العزلة ويقلل من فرص وإمكانيات دمجهم في المجتمع، ويطرح أصحاب هذا الإتجاه السؤال التالي : كيف نضع لهم قوانين خاصة ونحن نطالب بدمجهم في المجتمع وفي مجالات الحياة العادية، أما وجهة النظر الأخرى فتطالب بأن يكون لهم قوانين خاصة بهم، حيث أنها بمثابة إلى مثل هذه

القوانين لأن لهم قوانين خاصة حلقات خاصة ، ومطالب خاصة تتعلق بإعاقتهم ويرون أنه من الأفضل وضع قوانين خاصة بهم لأنها تكون أكثر خلعة لهم وتسهل عليهم الحصول على الخدمات بشكل أكثر إيجابية من لو كانت مجرد تشريعات خاصة في القوانين العامة، وهذه من القضايا التي ما زالت تحمل وجهات النظر المختلفة.

هنا نستعرض مجموعة من القوانين والتشريعات الخامسة باللغاين والتي وضعتها هيئة الأمم المتحدة في عام ١٩٧١ صدر عن الأمم المتحدة إعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً والذي جاء بناء على القرار ٢٨٥٦ الدورة (٢٦) حيث نص على أن الجمعية العامة إذ تذكر العهد الذي قطعه أعضاء الأمم المتحدة على أنفسهم، بوجب الميثاق، بالعمل، جماعة وفراد، وبالتعاون مع المنظمة، على تشجيع رفع مستويات المعيشة وتحقيق العدالة الكلية وتهيئة ظروف التقدم والنمو في الميدان الاقتصادي والاجتماعي.

وإذ تؤكد من جديد الإيمان بحقوق الإنسان والحربيات الأساسية، وينبئ الحلم، وكرامة الإنسان وقيمة، والعدالة الاجتماعية المعلنة في الميثاق.

وإذ تؤكد على أن إعلان التقدم والإنهاء في الميدان الاجتماعي قد أعلن ضرورة حماية حقوق ذوي العاهات البدنية والعقلية وتأمين رفاههم وتأهيلهم. وإذ لا يغرب عن بالما ضرورة مساعدة الأشخاص عقلياً على إتمام مقدراتهم في مختلف ميادين النشاط وضرورة التشجيع على اهتمامهم إلى أقصى حد ممكن في الحياة العادلة.

تصدر هذا الإعلان بشأن حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً، وتدعوا إلى عمل الصعيدين القومي والدولي، كما يصبح هذا الإعلان أساساً مشتركاً لحماية هذه الحقوق ومرجعاً موحداً، لذلك :

- ١- يتمتع الشخص المتخلف عقلياً إلى أقصى حد ممكن عملياً بنفس الحقوق التي يتمتع بها سائر البشر.
- ٢- للمتelligent عقلياً حق الحصول على الرعاية الطبية والعلاج والمناسبيين وعلى القسط الوافر من التعليم والتدريب والتأهيل والتوجيه الذي يمكنه من إتمام

قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن.

٣- للمعوق حق أصيل في أن تاحترم كرامة الإنسانية، وله، أيًا كان منشأً وطبيعة وخطورة أوجه التعوق والقصور التي يعاني منها، نفس الحقوق الأساسية التي تكون لمواطنه الذين هم في سنه، الأمر الذي يعني أولاً وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لائقة، تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع.

٤- للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التي يتمتع بها سواه من البشر وتنطبق ملادة ٧ من الإعلان المتعلق بحقوق المتخلفين عقلياً على أي تقيد أو إلغاء للحقوق المذكورة يمكن أن يمس المعوقين عقلياً.

٥- للمعوق حق في التدابير التي تستهدف تكينه من بلوغ أكبر قدر ممكن من الاستقلال الذاتي.

٦- للمعوق الحق في العلاج الطبي والنفساني والوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعلم، وفي التدريب والتأهيل المهنيين وفي المساعدة والمساعدة، وفي خدمات التوظيف، وغيرها من الخدمات التي تكمن في إتاحة قدراته ومهاراته إلى أقصى الحدود وتعجل عملية إصلاحه أو إعادة إصلاحه في المجتمع.

٧- للمعوق الحق في الأمان الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوى معيشة لائقة، وله الحق، بحسب قدراته، في الحصول على عمل والاحتفاظ به، أو في مزاولة مهنة مفيدة ومرجحة ومجذبة، وفي الالتماء إلى نقابات العمل.

٨- للمعوق الحق في أن تؤخذ حجاجاته الخاصة بعين الاعتبار في كافة مراحل التخطيط الاقتصادي والاجتماعي.

٩- للمعوق الحق في الإقامة مع أسرته أو مع أبيرة أخرى تحتضنه، وفي المشاركة في جميع الأنشطة الاجتماعية أو الإبداعية أو الترفيهية، ولا يجوز إخضاع أي معوق، في ما يتعلق بالإقامة، لمعاملة مميزة أو غير تلك التي تقتضيها حالته أو يقتضيها تحسن مرجو من هذه المعاملة، وإذا حتمت الضرورة أن يبقى المعوق في مؤسسة متخصصة، وجب أن يكون الوسط في هذه المؤسسة وظروف الحياة وفيها أقرب ما يستطيع من وسط وظروف الحياة العادلة للأشخاص الذين هم

في سنه.

١٠- يجب أن يحمي المعوق من أي استغلال أو أية أنظمة أو معاملة ذات طبيعة تمييزية أو مسيئة أو مهنية.

١١- يجب أن يتمكن المعوق من الاستعانة بمساعدة قانونية كفؤة حين يتبيّن أن مثل هذه المساعدة لا غنى عنها لحماية شخصه أو ماله، ويجب، إذا أقيمت ضد المعوق دعوى قضائية، أن تراعي في الإجراءات القانونية المطبقة حالته البدنية أو العقلية مراعاة تامة.

١٢- من المفید استشارة منظمات المعوقين في كل الأمور المتعلقة بحقوقهم.

١٣- يتوجب إعلام المعوق وأسرته ومجتمعه، بكل الوسائل المناسبة، إعلاماً كاملاً بالحقوق التي يتضمنها هذا الإعلان.

أما في البلاد العربية فنجد أن معظم الدول قد سنت قوانين خاصة بالمعاقين.

التشريع الفيدرالي :

تمثل أول نص تشريعي هام في القسم (٤٠٥) علماً بأن تطبيقه ينبع من الأحكام القانون العام ١١٢، ٩٣، تقييمات القانون المتعلقة بإعلان التأمين المعيدي لعام ١٩٧٣، ويشير هذا النص إلى ما يلي :

"في الولايات المتحدة، لا يمكن لأي فرد معوق، إذا كان يمتلك القدرات المطلوبة، أن يمنع - بخلاف أنه معاق - من المشاركة في برنامج أو نشاط، أو أن يحرم من فوائد ناجحة عن برنامج أو نشاط، أو أن يكون موضوع تمييز في إطار برنامج أو نشاط، أيا كانت طبيعته، يتمتع بمساعدة فيدرالية".

أما النص الثاني للتشريع الفيدرالي فهو يتمثل في القانون العام (١٤٢/٩٤) المتعلق بال التربية لكل المعوقين لسنة ١٩٧٥، ولهذا القانون أربعة أهداف :

١- ضمان الانتفاع بال التربية الخاصة للأطفال والراهقين الذي هم في حاجة إليها.

٢- الحرص على أن تبقى القرارات المتعلقة بال التربية الخاصة الواجب ضمانها للأطفال والراهقين المعوقين عادلة ومكيفة.

٣- وضع مجموعة محددة بوضوح من القواعد وإجراءات التصرف وتحقيق الحسابات تكون قابلة للتطبيق على التربية الخاصة في كل مستويات الإدارة.

٤- تقديم دعم مادي من الإدارة الفيدرالية إلى إدارات الولايات والإدارة المحلية.

وينسحب القانون العمومي (١٤٢/٩٤) على كل المعوقين الذين تتراوح سنهم

١٢-٣ سنة والذين هم في حاجة إلى تربية خاصة وخدمات مترتبة بها، أم القسم

(٥٤) فينسحب على جميع المعوقين، مهما كانت سنهم، وهو - لذلك - يتعلق

أيضاً بالتربية العمومية لكل الصغار من ١٢-٣ سنة، سواء تعلق الأمر بضمان

تعليمهم أو بترجمة التربية العادية والخاصة وسهولة الوصول إلى المبني.

ويقتضي القانون العمومي (١٤٢-٩٤) أن يتلقى الأطفال المعوقين تربية

عمومية مجانية وملائمة في وسط تربوي أقل تحديداً ممكناً، ولكن هذا لا يعني أنه

ينبغي على الأطفال المعوقين أن ينجحوا كلهم ويلحقوا بمدارس عادية، كما أنه لا

يعني التخلص عن التعليم في مدرسة داخلية متخصصة، ولكن ما يصرح به القانون،

هو أن الهدف الأساسي يجب أن يكون مدرسة المعوقين (في المحدود التي تسمح بها

الظروف)، كما يوضح أيضاً أن البرنامج التعليمي الفردي Individual

Education Program (IEP) هو الذي يستخدم لتحقيق هذا الهدف في المحيط

المدرسي الأقل تحديداً ممكناً، والذي يستخدم، نتيجة لذلك، لإشاع الحلبات النوعية

لكل طفل، فبالرتكاز على هذا البرنامج، سنعرف بوضوح هل ومتى ينبغي على

طفل ما أن ينتقل من البيئة الأقل تقيداً إلى بيئه تكون أكثر تقيداً، وبعبارة أخرى،

فإن القانون يقتضي، كلما أمكن ذلك، أن يدرس الأطفال المعوقون مع الأطفال غير

المعوقين وألا يفكر في اللجوء إلى فصول خاصة أو إلى أي شكل من أشكال اقصاء

الأطفال المعوقين عن المسالك المدرسية العادية إلا إذا بلغت طبيعة الإعاقة وحدتها

درجة يصبح معها تقديم تربية سليمة للطفل في فصل عالي أمراً مستحيلاً، ولو كان

ذلك بعون أو خدمات إضافية.

٤- إدارة مؤسسات وصفوف التربية الخاصة :

لا يختلف اثنان على أهمية الإدارة في تخطيط وتنفيذ برامج التربية الخاصة فالإدارة أحد العوامل الرئيسية التي يتحدد على ضوئها مدى فاعلية البرامج التربوية المقدمة للطلاب ذوي الحاجات الخاصة، وقد أوضحت الدراسات إلى أن الإدارة الفعالة تميز بخصائص وأنماط سلوكية محددة منها: روح المبادرة، بعد النظر، الالتزام بتطوير المدرسة، متابعة أداء الطلاب والمعلمين، التوقعات الواقعية من الطلاب، القيادة التعليمية، توظيف المصادر المتاحة واستثمارها وسعة الإطلاع.

مفهوم الإدارة : إن المهمة الأساسية الموكلة للإدارة هي مهمة تنظيم الإمكانيات المتاحة وتوظيفها لتحقيق الأهداف المرجوة، فالإدارة تشمل توفير البيئة والظروف الملائمة وتتضمن القيادة أيضاً لكي يصبح العمل متاماً وشوليًّا، والإدارة على وفن، فهي علم حيث أن جل اهتمامها ينصب على تحليل الظواهر الأدائية وقياسها باستخدام المنهج العلمي، وهي فن لأنها تتضمن تطبيق جملة من المباع استناداً إلى توظيف الأبعد المعرفية والاستفادة منها.

وعلى وجه التحديد فالإدارة عملية تشمل على التخطيط والتنظيم والقيادة والتقييم، فالإداريون يستقبلون المدخلات ويجعلونها إلى مخرجات عبر عمليات التخطيط فهو يتضمن التحديد المسبق للأهداف المترتبة ووسائل إنجازه أنه يتعلق بتقرير ما يجب عمله وتحديده بوضوح ومن الذي سيعمله وكيف سيعمله.

أما التنظيم: فيتضمن تأسيس علاقات بين نشاطات النظام التي ستتم معاشرتها، والكوادر التي ستقوم بها، والتسهيلات الالزامية لذلك، وأما القيادة فهي تتضمن التأثير على الآخرين لتحقيق أهداف محددة، أنها توجيه العاملين والإشراف عليهم، كذلك فهي تشمل استثارة الدافعية والإشراف والتواصل المثمر والبناء، أخيراً، فالتقدير من الوظائف الرئيسية التي تقوم بها الإدارة أيضاً، ويشمل التقييم مراجعة الأداء ومتابعته للتحقق من أنه يتم وفقاً لمعايير محددة.

إدارة صنوف التربية الخاصة :

تمثل إدارة وتنظيم الصنف حجر الأساس في التعليم الصفي الفعل، وتصبح

إدارة الصف أكثر أهمية عندما يكون المعلم مسؤولاً عن صفات التربية الخاصة، ففي مثل هذه الحالات يجب على المعلم تكيف الأبعاد البيئية والفنية والعلمية لغرفة الصف من أجل تلبية الحاجات التعليمية الفردية للأطفال.

ونتيجة للاهتمام المتزايد حول تدريب وإعداد الكوادر العاملة مع المعوقين فقد أجريت الدراسات العدالة لمعرفة الخصائص الإيجابية الواجب توافرها لدى المعلم الناجح في مجال العمل مع المعوقين، حيث تشير معظم الدراسات إلى الخصائص التالية :

- ١- الخصائص الشخصية والإعداد المهني أي التأهيل في مجال تعليم المعوقين.
- ٢- الأنشطة الصفية بمعنى القدرة على تطوير مواد تعليمية ومناهج خاصة لصفة.
- ٣- استخدام الأسلوب الفردي وكذلك الجموعات الصغيرة في التعليم اليومي.
- ٤- ضبط وإدارة الصف بحيث يستخدم أساليب التعزيز مثل : الابتسام، المديح، الربت على الكتف، والألعاب، والأنشطة المختلفة.
- ٥- استخدام العقاب (غير الجسلي) من نوع كلمات اللوم، حرمان من الوقت الحر، حرمان من أنشطة محببة، والتجاهل والإهمال للسلوك غير المرغوب فيه.
- ٦- التقويم، أي استخدام الاختبارات المقترنة في بداية العام الدراسي ونهايته وكذلك استخدام اختبارات غير مقترنة، واستخدام سجلات حول تقدم وتحسين مهارات التدريب.
- ٧- التفاعل المهني، أي التفاعل مع المعلمين الآخرين في مدرسته ومع الإدارة، كما ويحافظ على إطلاع الإدارة حول تقدم سير الطفل.

ومن مراجعة مجموعة الدراسات في مجال تحديد كفایات معلم التربية الخاصة التي ينبغي توافرها في أي برنامج لإعداد وتدريب الكوادر الفاعلة مع المعوقين، لمجد أن دراسة الجمعية الوطنية للمعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية وضعت عام ١٩٧٧ أربعة نتائج أساسية اعتبرتها كأساس أو كحد أدنى يجب أن يتوافر في برنامج إعداد الكوادر العاملة مع المعوقين وهي تشمل تزويد المتدرب بما يلي :

- ١- المعلومات الأساسية عن موضوع الإعاقة.

- ٢- التكتيكات والأساليب المناسبة لتعليم وتدريب المعوقين.
- ٣- طرائق استخدام المناهج المناسبة للمعوقين.
- ٤- التدريب العملي المناسب مع المعوقين.

٨- الإرشاد والتدريب الأسري :

لقد أصبح من المعروف للمتخصصين والعاملين في مجال تعليم وتدريب المعوقين بأن مشاركة أهالي المعوقين في برامج تدريب وتأهيل المعوقين بات أمراً حتمياً وذلك لما له من مردودات إيجابية وفعالة على تطوير وتحسين تلك البرامج، هذا وبالرغم من مجالات المشاركة التي يقوم بها بعض الأهالي في البرامج التربوية والتأهيلية لأطفالهم المعوقين إلا أنه ما زال هناك المزيد من المشاركة التي يجب أن يعمل المتخصصون والمهتمون على تشجيع الأهل وكذلك على إتاحة المجال أمامهم لتحقيق تلك المشاركة الفعالة لإنجاح البرامج، كذلك ما زال هناك الكثير من الصعوبات والمعيقات أمام الأهالي للانخراط في المزيد من التعاون والمشاركة ومن بين هذه المعيقات اتجاهات المعلمين نحو قدرات الأهل حيث يشعر معظم المعلمين بأنهم هم الخبراء في هذا المجال وبالتالي فإنهم يتوقعون أن يصفي الأهالي دائماً إلى نصائحهم وإرشاداتهم وبالتالي يتلاشى دور الأهل في عملية التعليم ويصبح سلبياً ويتبين هذا في لقاءات المعلمين والأهالي الفردية أو في اجتماعات الأهالي التدريسية حيث أن المدف الأصلي لتلك الاجتماعات هو التفاعل والمشاركة ما بين المعلمين والأهالي وليس الإصغاء من جانب واحد فقط.

ذلك فإن عدم القدرة عند البعض من المعلمين على إقامة العلاقات الإيجابية مع الأهالي والمحافظة على استمراريتها حيث يحتاج المعلم إلى التدريب على الإصغاء لمشاكل أهالي المعوقين وتفحصها وكذلك تقبل الأهالي كما هم وليس كما يريد ومن ثم التعاون معهم في محاولة إيجاد المقترنات لحل مشكلاتهم وإعطائهم الدور الأساسي في عملية المشاركة والتفاعل في عملية بناء أو تطوير أي برنامج تدريسي أو تعليمي للمعوقين. ويمكن أن نضيف إلى ما سبق أيضاً أن جهل الوالدين بأهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه الأسرة في إنشاء وتطوير برامج أبناءهم المعوقين، كما

وأن الإحباطات المتراكمة التي يتعرض لها أولياء الأمور إن كان في البيت أو في المدرسة أو في المجتمع بسبب إعاقة طفلهم تؤدي إلى بعض الأحيان إلى الاستسلام للأمر الواقع وعدم الاعتراف بدورهم في تعليم وتدريب الطفل المعوق أو في الإهمال تجاه المشاركة في عملية تطوير برامج التربية الخاصة، وهنا يأتي الدور الأساسي للإدارة المدرسية أو إدارة مركز التربية الخاصة في توعية الأهل حول أهمية مشاركتهم في تعليم وتدريب الطفل بشكل خاص وفي إنشاء وتطوير البرامج الخاصة بالمعوقين، ولا ينحصر دور الإدارة في توعية الأهل وإنما أيضاً في إتاحة المجال لهم وتدريبهم على كيفية التفاعل والمشاركة مع أعضاء الهيئة التدريسية في داخل المركز ومع الجهات ذات العلاقة في المجتمع بشكل عام.

ويكفي أن نلخص الأسباب التي تجعل من العمل مع آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم ضرورة من الضرورات الملحة أسباب كثيرة ومتعددة، فيما يلي نقدم خلاصة لبعض هذه الأسباب :

- ١- ساد افتئان لدى عدد كبير من الأخصائيين المهنيين لفترة طويلة من الزمن بأن أحد العوامل الأساسية في اضطرابات الأطفال يرجع إلى الآباء والأمهات.
- ٢- رغم توافر أساليب وبرامج تعليمية للأطفال المعوقين في معظم المجتمعات - بغض النظر عن الإعاقات التي أصيب بها هؤلاء الأطفال - فإن عدد كبيراً من الأطفال إما أنهم لا يحصلون على أي نوع من التعليم وإما أنهم يحصلون على تعليم غير ملائم.
- ٣- تشير كثير من الدراسات واللاحظات إلى أن أعداداً من الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات خاصة قد لا يحصلون عليها بسبب قلة الأخصائيين المربين على تقديم هذه الخدمات، ومن خلال تقديم خدمات للوالدين وتدريبهم يتزايد بالضرورة عدد الأشخاص القادرين على تربية الأطفال المعوقين.
- ٤- إن تقديم خدمات تعليمية جيدة للأطفال المعوقين لا يحل مشكلة تعلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات حادة في التعلم أو في السلوك، يرجع ذلك إلى الفرق الشاسع بين ما يجري في المواقف المدرسية (الأساليب الخاصة) وبين ما يتم في المواقف الأخرى (في المنزل أو في الأماكن العامة).

٥- إن قدرة الآباء والأمهات على مساعدة أطفالهم لا تقف عند حد تعميم المكاسب التعليمية واستمرار هذه المكاسب، بل أن الآباء والأمهات الذي يعملون مع أطفالهم المعوقين في الخيط الأسري يستطيعون بالفعل زيادة معدل التعلم لدى هؤلاء الأطفال.

٦- إن من حق الآباء والأمهات التزود بالمعلومات المتوافرة عن أنساب الطرق التي تمكّنهم من مساعدة أنفسهم ومساعدة أبنائهم المعوقين.

٧- هناك حاجة إلى زيادة عدد الأفراد الذي يتلّكون المهارة في التخطيط لخدمات الأطفال المعوقين وتقدير المعوقين وتقدير هذه الخدمات، وفي هذا المجال يستطيع الآباء والأمهات الإسهام الإيجابي في التخطيط لهذه الخدمات أو في أساليب تنفيذها.

٨- توجد في الوقت الحاضر علاقة متضاربة بين المدرسة وبين الذي الطفل الذي يحتاج إلى خدمات خاصة، نتيجة لنقص الخدمات في الماضي ومع التوسيع في توفير الخدمات، فإن توقعات الآباء والأمهات ترتفع، وهذا ما يبرر ما

المهام الأساسية التي يمكن للأهل القيام بها :

١- العمل على إنشاء المراكز الجديدة أو التوسيع في البرامج الحالية.

٢- تأسيس جمعيات خاصة لرعاية المعوقين.

٣- التعاون مع الجمعيات ومراكز التربية الخاصة القائمة حالياً.

أهمية مشاركة الأهالي كما جاء في كتاب ارشادات في التربية الخاصة رقم (٢) الصادر عن اليونسكو عام ١٩٨٦ وهي :

١- لا يمكن فهم نمو الأطفال وتعلمهم إلا في علاقتهما ب مختلف البيئات التي يعيش فيها الطفل، وهذه تشمل الأسرة والزمالة والمدرسة والمجتمع المحلي والمجتمع الأوسع، وتتطلب دراسة تطوير الطفل تحليلاً لأليات تفاعل الطفل مع هذه البيئات وتأثيره بها وتعلمها منها، فلا يمكننا أن نبحث حالة الطفل وتعلمها وهو منعزل.

٢- يشارك الوالدان والمهنيين المعينين بتطور الأطفال المعوقين في عدد من الأهداف

الأساسية مثل تعليم الطفل العناية بنفسه والاستقلال الاجتماعي بما في ذلك الأكل وارتداء الملابس وتدريب الإخراج، إن كلا الطرفين معنيان بمساعدة الطفل على تعلم الاتصال بالآخرين وفهمهم أي في نهاية الأمر على تكيف الطفل مع ما يتوقعه المجتمع المحلي منه.

٣- ويشكل الوالدان والأسر والممتلة عادة مجموعة الكبار الأكثر قرباً إلى الطفل أي أنهم أقرب الناس الذين يتابع لهم مساعدة الطفل المعمق، لهذا فالخبرة المهنية، وهي أكثر تكلفة وأقل توافراً في بلدان عدية، تزداد فاعليتها إذا ما استخلصت لمساعدة أكبر عدد ممكن من الأسر على مساعدة أطفالهم، ومن ثم يمكن لبعض الآباء والأمهات بعد ذلك أن يشركوا آخرين في مهاراتهم المكتسبة.

٤- يتمتع كل من الوالدين والمهنيين بمعلومات أساسية ينبغي إشراك جميع المعنيين بتنمية الطفل فيها، الآباء والأمهات أفضل من يفهم أطفالهم كما أنهم يعرفون أكثر من غيرهم البيئات التي ينمو فيها ولاء الأطفال.

٥- إن المعرفة والخبرة المستخلصتان من تربية الأطفال غير المعوقين وكذلك الحدس «الأبوي العادي»، صفات لا يجوز الشك في أهميتها إلا أنها ليست كافية بالضرورة لمساعدة طفل معوق على النمو، كذلك لا يكفي إعداد الوالدين لمواجهة صعوبات نوعية معينة قد يقابلانها في تربية أطفال معوقين لا يسير تطورهم على نحو طبيعي.

٦- لا يشكل عمر الطفل دائماً مرشداً كافياً للأباء والأمهات، فقد تبطئ همة الوالدين نتيجة لما يبذلو لهما افتقاراً عاماً لأي تقدم، كما أنهما قد يصابان بالارتباك نتيجة تطور طفلهما غير السوي من حيث يبذلو بطيئاً جداً من بعض النواحي.

٧- أصبح اليوم حق الوالدين في مناقشة القرارات الخاصة بأطفالهما المعوقين والأخذ مثل هذه القرارات، حقاً منصوصاً عليه في قانون عند من البلدان، ويتضمن هذا الحق الحصول على المعلومات وسهولة الإطلاع على السجلات والملفات، والمشاركة في تقويم الخطط المرسومة لتلبية احتياجات الطفل وتطوير هذه الخطط وكذلك حق المتابعة المنتظمة للتقدم المحرز.

المراجع العربية

- ١- أحمد السهو- ورقة بعنوان برامج المعوقين حركياً مقدمة في التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية عمان-٢-٥ نيسان-١٩٨٤.
- ٢- أحمد الغرير- التربية الخاصة في الأردن-١٩٩٥.
- ٣- أحمد يونس ومصري حنوره - رعاية الطفل المعوق- ١٩٩١.
- ٤- أحدث م. ستيفن- الزاكا ستديك- ترجمة فوزية بدران- الطفل العاجز- ١٩٧١.
- ٥- أديب الخالدي- سيكولوجية المعوق عقلياً- ١٩٨١.
- ٦- أكرم العنبرى وأخرون- أمراض العين- ١٩٨٦.
- ٧- أنس حسني سبع- الفحص السريري للجملة العصبية- ط٢-١٩٨٦.
- ٨- أيوجين مندل وماكلي فيرنون ترجمة عادل الأشول - أنهم ينمون في صمت- ١٩٧٦.
- ٩- اتش آف. هاربر- ترجمة عادل مقدادي - طب العيون- ١٩٨١.
- ١٠- باربرا بروك- ترجمة أفسر الخيدري- مرشد المعلم في تعليم المتخلفين عقلياً- ١٩٨٧.
- ١١- جمل الخطيب' - مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية - ١٩٩١.
- ١٢- جمل الخطيب- تربية وتأهيل الأشخاص المعوقين سعياً- ١٩٩٣.
- ١٣- جمل الخطيب ومني الخيدلي- مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة- ١٩٩٤.
- ١٤- جوديث مكيرن وآخرون - ترجمة سير دعمق وريما قنواتي- كتاب المتدرب- ط٢-١٩٩٢.
- ١٥- جيمس وجبلر- ترجمة سعاد نصر فريد- الطفل الوهوب في المدرسة الابتدائية- ١٩٦٣.
- ١٦- حسن علي حسن- العين أمراضها ووقايتها- ١٩٨٦.

- ٣٦ عبد الغفار المماطي - ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل -
الرياض - ١٤٠٧.
- ٣٧ عبد الفتاح أبو معل - تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال - ١٩٨٨.
- ٣٨ عبد المجيد عبد الرحيم ولطفي أحمد - تربية الطفل المعوق - ١٩٧٩.
- ٣٩ عبدالله التركي - ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل - الرياض -
١٤٠٧.
- ٤٠ عثمان لبيب فراج - بحث بعنوان التخلف العقلي - أعراض داون أو الطفل
المنغولي - مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق - العدد ١٤ - ١٩٨٨.
- ٤١ عثمان لبيب فراج - بحث بعنوان العوامل المسببة للتخلُّف العقلي - مجلة
الحياة الطبيعية حق للمعوق. العدد ١٧ - مارس ١٩٨٩.
- ٤٢ عدنان السبيعي - سيكولوجية المرضى والمعاقين - ١٩٨٢.
- ٤٣ عزه الدعدع وسمير أبو مغلي - تعلم الطفل بطبع التعلم - ١٩٩٢.
- ٤٤ علا عبد الباتي إبراهيم - سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات
الطفولة - الكتب الأول - ١٩٩٣.
- ٤٥ علا عبد الباتي إبراهيم - سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات
الطفولة - الكتب الثاني - ١٩٩٣.
- ٤٦ فاروق الروسان - أساليب القياس والتشخيص - ١٩٩٦.
- ٤٧ فاروق الروسان - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - ١٩٦٩.
- ٤٨ فاروق الروسان وآخرون - رعاية ذوي الحالات الخاصة - ١٩٩٤.
- ٤٩ فتحي السيد عبد الرحيم - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - ج ٢ - ١٩٨٢.
- ٥٠ فتحي السيد عبد الرحيم وحليم بشلي - سيكولوجية الأطفال غير العاديين -
ج ١ ١٩٨٢.
- ٥١ فتحي عبد الرحيم - قضايا ومشكلات في النظرية والتطبيق - ط ١ - ١٩٨٣.
- ٥٢ فضيلة الرواوي وأمل حماد - التوحد الإعاقة الغامضة - ١٩٩٩.

- ٥٣- فيصل الزراد- التخلف الدراسي وصعوبات التعلم - ١٩٨٨.
- ٥٤- فيصل الزراد- اللغة واضطرابات النطق والكلام - ١٩٩٠.
- ٥٥- كمال أبو ساحة وأخرون- تربية الموهوبين والتطوير التربوي - ١٩٩٢.
- ٥٦- كمال بشر- علم الأصوات - ١٩٨٦.
- ٥٧- كمال سيسالم- الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين - ١٩٨٨.
- ٥٨- كمال سيسالم- المعاقون بصرياً - ١٩٨٨.
- ٥٩- كمال سيسالم وفاروق صلائق - الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين - ١٩٨٨.
- ٦٠- كمال مرسي- الطفل غير العادي من الناحية الذهنية - ١٩٧١.
- ٦١- كيرك وكالفانت- ترجمة زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي- صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية - ١٩٨٤.
- ٦٢- ل.ج. غرونولد وج. شروودر - بحث بعنوان ادماج متosطي وشديلي الإعاقة في المدارس العمومية - تربية المراهقين المعوقين - ١٩٨٨.
- ٦٣- لا برجار - بحث بعنوان تغيرات النظام التربوي المساعدة على الادماج - تربية المراهقين المعوقين - ١٩٨٨.
- ٦٤- لبيه صلاح- مجلة رسالة المعلم - الأذكياء الموهوبين كيف نعتني بهم - العدد الخامس - ١٩٦٩.
- ٦٥- لطفي بركات أحمد- الرعاية التربوية للمكفوفين - ١٩٨٢.
- ٦٦- لطفي بركات أحمد- تربية المعوقين في الوطن العربي - ١٩٧١.
- ٦٧- لطفي بركات- الفكر التربوي في رعاية الطفل الأصم - ١٩٧٨.
- ٦٨- لندا هارجروف وجيمس بوتيت- ترجمة عبد العزيز السرطاوي وزيدان السرطاوي - التقييم في التربية الخاصة - ١٩٨٨.
- ٦٩- لينا صالح- مجلة التربية الجdaleة - العدد ٥٤ - ١٩٩٤.
- ٧٠- مجلة السيد عبيد - الإعاقة المركبة - ١٩٩٩.

- ٧٦- مجلة السيد عبيد- الإعاقة السمعية- ١٩٩٢.
- ٧٧- مجلة السيد عبيد- القاموس الإشاري للصم - ١٩٩٢.
- ٧٨- ماريان شغيل- الطفل الموهوب في الفصل الدراسي - ١٩٦٥.
- ٧٩- مجلة الإعاقة والتأهيل- المركز المشترك لبحوث الأطراف الاصطناعية- العدد الأول- ١٤١٣هـ.
- ٨٠- مجلة التربية الجدلية- عد خاص ٢٤- ١٩٨١.
- ٨١- محمد الطريقي وأخرون- عواقب شلل الأطفال - ١٩٩١.
- ٨٢- محمد خالد الطحان- تربية المعوقين عقلياً في البلاد العربية - ١٩٨٢.
- ٨٣- محمد رفعت- أمراض العيون- ١٩٨٧.
- ٨٤- محمد رفقي محمد- سيكولوجية اللغة- ١٩٨٧.
- ٨٥- محمد زعور- الأمم المتحلة- القواعد الموجلة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين - ١٩٩٤.
- ٨٦- محمد زعور- الصحة النفسية للطفل والراهق- ١٩٩٣.
- ٨٧- محمد عبد المؤمن حسين- سيكولوجية غير العاديين - ١٩٨٦.
- ٨٨- محمود حسن- الأطفال المعوقون - ١٩٨٩.
- ٨٩- مختار حمزة- سيكولوجية المرضى وذوي العاهمات - ١٩٦٤.
- ٩٠- مصطفى فهمي- أمراض الكلام - ١٩٧٥.
- ٩١- مصطفى فهمي و محمد السيد- الطفل البطئ التعلم (خصائصه وعلاجه)- ١٩٦٣.
- ٩٢- منى بو حيد- المعوقون - ١٩٨٣.
- ٩٣- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم- قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين - ١٩٨٢.
- ٩٤- منى الحديدي - الإعاقة البصرية - ١٩٩١.
- ٩٥- منى الحديدي - رعاية وتأهيل المكتوفين - ١٩٩٣.

- ٩١- ميخائيل أسعد - علم الأضطرابات السلوكية - ١٩٨٦ .
- ٩٢- ميشيل بورغان - ترجمة أمين مسعود ونرجس الناصر - الطفل الأصم - ١٩٨٧ .
- ٩٣- نادر فهمي الزيود - تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً - ١٩٩٠ .
- ٩٤- نبيه الغبره - المشكلات السلوكية عند الأطفال - ١٩٧٩ .
- ٩٥- هالة باتا - صندوق الملكة عليه - التقرير النهائي عن الفترة الواقعة بين ٢-٥ نيسان - ١٩٨٤ .
- ٩٦- يوسف الزعمر - التأهيل المهني - ١٩٩٣ .
- ٩٧- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار - سيكولوجية الطفل غير العادي - ١٩٦٦ .
- ٩٨- اليونيسف - الطفل في العام الثالث والرابع من العمر (طرق المعرفة) - سلسلة اليونيسف للطفولة المبكرة - ٣ - ١٩٩٩ .

المراجع الاجنبية

1. ALBERT : H. Fink. M. Angle Thomas (CEC) Stafedltr. International perspectives on future special Education. 1978.
2. Andrea G. Zethin and Ashraf Hosseini- Six postschool case studies of Mildly learning Handicapped young Adults- Exceptional children- vol 55, No. 5. 1989.
3. Anne lesley corn and Iris Martinez, When you have a visually handicapped child in your class room: _____
4. Bamford and saunders Hearing impairment Auditory perception and language Disability, 1994.
5. Barbara Sirvis, students with special Health Care Needs, Teaching Exceptional Children, Summer, 1988.
6. Benda, c. E. et al, personality factors in Mild Mental Retardation, Amer,j. Met Def, 1963.
7. Berthold lownfeld, The visually handicapped child in school, The John pay company, Newyork, 1973.
8. Beverly G. Esposito and MarkA. Koorland . play Behavior of Hearing Impaired children: Integrated and segregated settings- Exceptional children, vol. 55 No. 5- 1989.
9. Cathy Mack, celebrate cultural Diversity, Teaching Exceptional children, Fall, 1988.
10. Christine A. Espin and paul T. sindelar- Auditory Feed back and writing- learning Disabled and Nondisabled students, Exceptional children, vol. 55, No1, - 1988.

11. Douglas carnine, Teaching complex content to learning Disabled student: The Role of Technology, *Exceptional children*, v. 55, no6, 1989.
12. *Exceptional children*, vo 55 No. I- 1988.
13. Frazier, j.R., and frazier. D.M. *Exceptional children, Biological and psychological perspectives*, Mss information corporation New york, 1974.
14. Hallahan and kaufman, D.P. and kanffman, J.M. *Exceptional children*. N.J., 1978.
15. Hallahan, D.p. and kauffman, *Exceptional children: introduction to special education*, prentice- Hall. Inc. Englewood cliffs, New jersey, 1978.
16. Harlan lane-Is there a “ psychology of the Deaf”? *Exceptional Children*, vo. 55, No. 1 - 1988.
17. Heart to heart, parents of blind and partially sighted children Talk about their Feelings- blind childrens center- california.
18. Heber, R.A. *Manual of Terminology and classification in Mental Retar dation*, Amer. J. Met. Def. 1959
19. Hollis, f. fait, *special physical Education*, london, 1978.
- 20 Irwin, R. B. *oral language for slow learning children American journal Mental Deficiency*, 1959, 64(1).
21. James J. Gallagher- *National Agenda for Educating Gifted students: statement of priorities- Exceptional children*, v. 55- No. 2- 1988.
2. James J. Gallagher, *National Agenda for Educating Gifted*

students: statement of priorities, Exceptional children, v. 55
No2, 1988.

23. Jerry L. Northen, Marion P. Downs, Hearing in children, 1991.
24. Joanne Rand, Gifted children at Risk for learning Difficulties, Teaching Exceptional children, summer, 1988.
25. John, M. shields and Timothy E.Hero, Teaching organaizations skill to students with learning Disabilities, Theaching Exceptional children winter, 1989.
26. Katherine Geren, complete special education hand book, 1979.
27. Kaye products Inc- Adaptive Equipment Mobility aids- 1993.
28. Kick, s. A. and chalfandt, J.c, Academic and Developmental learning Disabitities: Love publishing company, 1984.
29. Kirk, j.A and lord, f. E. Exceptional children, Educational Resources and prespectives, university of Anisona, 1974.
30. kirk, s. A, and Gallagher, j.j., Educating Exceptional children Hought on Mifflin, co: Boston. 1983.
31. Levit, p. M, Burger D.A, literature for students who are Gifted Teaching exceptional children, spring, 1989.
32. Mccay vernon and Jean f. And rews. Psycholgy of Deafness- 1989.
33. Nallahan, D.p. Kauffman, J.M, Exceptional, introduction to special education, (2nd ed) 1982.
34. polatin.p.A.A Gide To Treatment in psychiatry: Lippinott, philadel phia, 1966.

35. Power, D.J. and Quigley, s.p, Deaf childrens acquisition of the passive voice, J. speech and hearing Research, 1973
36. Preston-Equipment for health care and Rehabilitation 1980-1981
37. preston- Abissell health care company. 1993- 1994.
38. Preston- Equipment for Rehabilitation and special Education. Winter- 1987.
39. Preston, Equipment for Rehabilitation and special Education, winter, 1988.
40. Robert H. woody, Behavioral problem children in the school prentic Hall in cenglewood cliffs new , Jersey, 1969.
41. Royal National Institute for the Blind, 1984.
42. Sira J. m. zak zouk, Epidemiological study of hearing impairment and Aetiologal Diagnosis of childhood Deafness among saudi children in Riyadh,_____.
- 43 Sue Buckley, what Effect Does caring for a child with Downs syndrome have on the family? Newsltter, v. I, No4. 1991.
44. Susan Stain and williamstain back, Educating students with severe Disabilities, Teaching Exceptional children, Fall, 1988.
45. The More we Do Together- Adapting for Envioroment for children with Disabilities. N0.31- 1985.
46. Thomas M. shea, Teaching children and youth with Behavioral Disorders. 1978.
47. Thomas. N. kluwin and Donald f. Moores. Mathematics Achievement of Hearing Impaired Adolescents in Different

placements-Exceptional children, v. 55- no 4- 1989.

48. Under standing Braille- American foundation for the Blind._____
49. Victoria Brown, Drama and sign language, Teaching Exceptional children, Fall, 1988.
50. Webster, T. G. problems of Emotional Development in young Retard children, Amer, j. psychiat, 1963.
51. Slince Dock and Guilford. 1979. .