

People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministry of Higher Education and Scientific Research



جامعة مصطفى اسطمبولي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

الدكتور: شعبي نور الدين

الدرجة العلمية: دكتوراه علوم

السند البيداغوجي الخاص بمقياس:

التربية الخاصة

موجه لطلبة السنة: الثانية ماستر علم النفس المدرسي

ميدان: علوم إجتماعية فرع: علم النفس

عدد صفحات السند (مع احتساب الواجهة وما تلاها): 131 صفحة

السنة الجامعية: 2025/2024

الصفحة	فهرس المحتويات
01	الهدف من تدريس المقياس
01	مقدمة
02	1- مفهوم التربية الخاصة
05	2- مصطلحات في التربية الخاصة
06	3- الفرق بين التربية العامة والتربية الخاصة
06	4- اتجاهات التربية الخاصة
07	5- أهداف التربية الخاصة
08	6- مراحل تطور التربية الخاصة
11	7- مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة
13	8- مراحل الاهتمام بالفئات الخاصة
15	9- التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة
19	10- الإعاقة العقلية
49	11- الإعاقة البصرية
61	12- الإعاقة السمعية
75	13- صعوبات التعلم
88	14- التوحد
99	15- الاضطرابات السلوكية والانفعالية
114	16- الموهبة والتفوق
126	قائمة المراجع

الهدف من تدريس المقياس:

يعد مقياس التربية الخاصة الموجه لطلبة سنة الثانية علم النفس المدرسي من بين المقاييس الأساسية التي توفر لهم إضافة علمية معرفية في الاختصاص.

والهدف الرئيسي من تدريس هذا المقياس هو تقديم المادة العلمية وتقريبها من الطالب نظريا وربطها بواقع التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لذلك ومن أجل تحيين البرامج المتعلقة بتقديم المادة العلمية بإستعمال كل المرافق البيداغوجية، جاء الهدف من خلالها تجسيد صورة التربية الخاصة نظريا وتطبيقيا.

وعملا على هذه المعطيات وحتى نتمكن من الولوج إلى إكتساب المعرفة في هذا المجال والذي يترجم الأهداف التي ذكرت في مقياس التربية الخاصة المذكور في عرض التكوين الموجه لطلبة السنة الثانية ماستر علم النفس المدرسي. فإننا كمشرفين ومؤطرين له، قمنا بوضع خطة لتدريس هذا المقياس بإستعمال المنهج الذي يستوفي الشروط العلمية من أجل تمكين الطالب من التعريف بمختلف المفاهيم المتعلقة بالتربية بشكل عام والتربية الخاصة. ومعرفة التفرقة بين التربية الخاصة والتربية العامة معرفة تاريخ وتطور التربية الخاصة. معرفة أهداف ومبادئ وإستراتيجيات التربية الخاصة. معرفة الحاجات التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة. معرفة المشكلات التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة.

من التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومرافقتهم بأسلوب مدروس يعتمد على طبيعة الحالة التي يعاني منها كل طفل على حدة معرفة المدارس الخاصة (صغار الصم- الصم البكم- المكفوفين..... إلخ)

وفي الختام نقول إن التربية الخاصة تهدف إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم، ضعاف البصر والمكفوفين، وذوي الإعاقات البسيطة والشديدة وحتى

متلازمة داون، بطيء التعلم، اضطراب طيف التوحد، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الموهبة والابداع

مفهوم التربية الخاصة:

تعتبر التربية الخاصة من المواضيع الحديثة، فقد ظهر موضوعها منفصلا في بداية النصف الثاني من القرن العشرين حيث بدأ الاهتمام بفئات التربية الخاصة، واعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة بهذه الفئة من الناس تخلف ثقافي وحضاري كما أنها مشكلة تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والبشرية. لذا فموضوعها ازدهر بشكل سريع جدا في نهاية القرن العشرين.

تمتد جذور موضوع التربية الخاصة إلى ميادين متعددة فيدخل في موضوعها الطب، لأن الكثير من الإعاقات تحتاج إلى طبيب لتشخيص الحالات، وكذلك القانون إذ إن هذه الفئة تطالب حسب القانون بالمساواة بين الناس وعلم النفس حيث يتعرض ذوو الاعاقات إلى الاضطرابات النفسية. وهذا بدوره يحتاج إلى أخصائي اجتماعي. وأساليب تعلم متخصصة فردية تتناسب مع هذه الفئات المتعددة. كل ذلك من أجل مساعدة هذه الفئة على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.

عرفت التربية الخاصة تعريفات متعددة يمكن اجمالها بما يلي:

هي كل البرامج التربوية المتخصصة التي تتناسب مع ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث يمكن تقديم هذه البرامج التربوية على فئات الأفراد غير العاديين وذلك من اجل مساعدتهم على تحقيق ذواتهم وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.

تعريف سميث (1975) هو ذلك المجال المهني الذي يهتم بتنظيم المتغيرات التعليمية التي تؤدي إلى الوقاية أو خفض وتجنب الظروف التي ينتج عنها قصور واضح في الأداء الوظيفي للأطفال في المجالات الأكاديمية والتواصلية والحركية والتوافقية.

ويعرفها القريوتي وآخرون (1995) بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج والوسائل أو طرق التعلم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية، وعليه فإن الخدمات التربوية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذيم يواجهون صعوبات تؤثر سلبياً على قدراتهم على التعلم. كما تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة، ويطلق اصطلاحاً على تلك الفئات مفهوم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة. (الفوزان والرقاص، 2012: 17)

وتعرف اليونسكو التربية الخاصة بأنها جميع أشكال التعليم العام والمهني للمعوقين جسمياً أو ذهنياً أو غير المتوافقين اجتماعياً والأشخاص المتخلفين أو المتأخرين الذين لا يمكنهم تحقيق حاجاتهم التربوية من خلال المناهج المعتادة أو الممارسات التعليمية العادية (الفوزان والرقاص، 2012: 18)

أما الأفراد غير العاديين Exceptional Individnals فهم الذين ينحرفون عن المتوسط بالاتجاه السلبي أو الاتجاه الإيجابي إنحرافاً ملحوظاً عن العاديين في نموهم العقلي أو الانفعالي أو الاجتماعي أو الحسي أو الحركي أو اللغوي، مما يتطلب بناء على ذلك الانحراف اهتماماً خاصاً من قبل المربين من أجل إعداد طرائق تشخيص لهم، ووضع برامج تربوية تتناسب مع هذه الاعاقات، كذلك اختيار طرق تدريس تتناسب معهم من أجل تحقيق امكانياتهم وتنميتها إلى أقصى مستوى يستطيع الفرد المعاق أن يصل إليه، وأن يدرك ما لديه من قدرات ويتقبلها، وأن يدرك حدود هذه القدرات وأن يمر بالخبرات والمواقف التي تعمل على تطوير قدراته وإمكاناته لأقصى درجة تسمح بها إمكاناته وقدراته. ويقصد بفئات الأطفال غير العاديين.

أما الفئات الخاصة فهم أكثر الفئات احتياجاً للرعاية والعناية، حيث إنهم يمثلون طاقة معطلة جزئياً ما يؤدي إلى مشكلات في المجتمع كما أنهم يشعرون بالتعاسة والدونية وعدم القدرة على التكيف والتأقلم مع العاديين، إضافة إلى ذلك فإننا لا نستطيع ان تغفل الاتجاهات الأسرية

والاجتماعية السلبية تجاه هذه الفئات، كما أن النظر هذه الفئة إلى عدم وجود تكافؤ فرص بينهم وبين الأطفال العاديين في حق التعليم.

ومصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة هو كل فرد يحتاج طوال حياته، أو خلال مدة من حياته إلى خدمات لكي ينمو، أو يتعلم، أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو السرية أو الوظيفية أو المهنية، وبذلك يمكن أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته بوصفه مواطناً، ومن ثم فإن هؤلاء هم ذوو الاحتياجات الخاصة، وينتمي الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى فئة أو أكثر من الفئات الخاصة ويعد يسيلدكي وأجوزين Ysseldyke et Algozzine فئات الخاصة كما يأتي:

فئات التربية الخاصة

الفئة	التعريف
الإعاقة العقلية	انخفاض ملحوظ في مستوى القدرات العقلية العامة (درجة ذكاءه تقل عن 70) وعجز في السلوك التكيفي (عدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة ممن هم العمر نفسه والمجموعة الثقافية)
صعوبات التعلم	اضطراب في العمليات النفسية الأساسية (الانتباه، التذكر، التفكير، الإدراك) اللازمة لاستخدام وللتعلم اللغة أو فهمها أو تعلم القراءة والكتابة والحساب.
الإعاقة السمعية	فقدان سمعي يؤثر بشكل ملحوظ على قدرة الطفل على استخدام حاسة السمع للتواصل مع الآخرين وللتعلم من خلال الأساليب التربوية العادية
الإعاقة البصرية	ضعف البصري شديد حتى بعد تصحيح الوضع جراحياً أو بالعدسات ما يحد من قدرة الطفل على التعلم عبر حاسة البصر بالأساليب التعليمية الاعتيادية
الإعاقة الجسمية	اضطرابات شديدة عصبية أو عضلية - عظيمة أو أمراض مزمنة تفرض قيوداً على إمكانية تعلم الطفل
الاضطرابات السلوكية	انحراف السلوك من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله عما يعد سلوكاً عادياً ما يجعل الطفل في حاجة إلى أساليب تربوية خاصة
اضطرابات الكلام واللغة	اضطرابات ملحوظة في النطق أو الصوت أو الطلاقة أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل في حاجة إلى برامج علاجية وتربوية خاصة.
التوحد	اضطراب عضوي في المخ يصاب به الطفل ربما ناتج عن حالة وراثية أو تأثير كيميائي أو بيولوجي ينتقل عن طريق الدم إلى المخ.
الموهوبون (المتفوقون)	الدلالة على مجموعة من الأفراد الذين يتميزون بذكاء مرتفع أو بتحصيل دراسي أو بقدرات خاصة بارعة.

على الرغم من اختلاف المفاهيم ومعبرة عن فئات متعددة من ذوي الاحتياجات الخاصة يمكننا تعريف التربية الخاصة بأنها مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة للأطفال غير العاديين (بمن فيهم الموهوبين). وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات معدات خاصة، فضلاً عن الخدمات المساندة الأخرى، وذلك لتوفير الظروف المناسبة لهم لكي ينمووا نمواً سليماً يؤدي إلى تحقيق ذواتهم.

2- مصطلحات في التربية الخاصة:

أ. الإصابة (الضعف) Impairment

وهو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعزى للعجز والحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري. وتحدث عندما يولد الطفل بنقص أو عيب خلقي، أو يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل فسيولوجي (جينى - وراثي) أو نفسي.

ب. العجز Disability

وهو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف. وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية. هي حالة من القصور في مستوى أداء الوظائف الجسدية أو النفسية مقارنة بالعاديين نتيجة للإصابة بخلل أو عيب في البناء الجسدي أو النفسي للفرد.

وهذا المعنى لا يمكن أن نعد الفرد الذي يعاني عجزاً ما من بين المعوقين ما لم يؤدي العجز إلى مشكلات تربوية، أو شخصية، أو اجتماعية، أو مهنية لدى الفرد. كما أن العجز لا يشمل الأطفال الموهوبين أيضاً.

ج. الإعاقة Handicap

يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي (ولذلك نقول: اضطراب لغوي أو اضطراب تعليمي)

هي عبارة عن حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المرتبط بعمره ونوعه (ذكر-أنثى) وخصائصه الاجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز عن أداء الوظائف الجسدية أو النفسية. والاعاقة أيضا ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة للعجز أو الإصابة الت تحد من قدرة الفرد على أداء دوره المنوط به. ويمكننا توضيح العلاقة بين المصطلحات السابقة، كما في الشكل الآتي:

3- الفرق بين التربية العامة والتربية الخاصة

- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم الخاصة منها بفئات الأفراد غير العاديين.
- تتبنى التربية العامة منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي في حين تتبنى الخاصة منهاجاً لكل فئة، تُشتق من الأهداف التربوية الفردية فيما بعد.
- تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جمعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال الغير عاديين في الغالب.
- تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين.
- ومهما يكن من فروق بين أهداف الخاصة والتربية العامة فإن كلاً منهما يهتم بالفرد ، ولكن كل بطريقته الخاصة مع ذلك فتتشارك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد ، أيا كان على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن والعمل على تحقيق أهدافه وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

4- اتجاهات التربية الخاصة:

تتجه برامج التربية الخاصة في اتجاهين رئيسيين هما:

1-الاتجاه الوقائي: حدد منظمة الصحة العالمية الاتجاه الوقائي 1976 على أنها تلك

الإجراءات المنظمة والمقصودة هدفها الأساس هو عدم حدوث أو التقليل من حدوث الخلل

أو القصور المؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السلوكية عند الفرد وهذا يمكن السيطرة عليه من خلال إحدى الوسائل التالية:

- 1- إزالة العوائق أو العوامل التي تسبب حدوث الإصابة بالخلل.
- 2- المساعدة من تقليل الآثار السلبية للإعاقة.
- 3- استخدام وسائل التشخيص الجيدة من أجل الكشف المبكر عن الإعاقة ويتم ذلك عن طريق قيام المستشفيات بدورها، وكذلك رياض الأطفال ووسائل الاعلام من أجل تحقيق السلامة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وكذلك الكشف المبكر للإعاقة لأن الكشف المبكر للإعاقة قد يساعد على عدم ظهورها أو التقليل من خطرها وشدتها، كذلك على المجتمع أن يتدخل للتخفيف من وطأة الإعاقة عن طريق تقبل هذه الفئة ودعمها نفسياً واجتماعياً وتوفير البرامج المخصصة لها لتطوير قدراتها وإمكاناتها.
- 2- **الاتجاه العلاجي:** يقوم الاتجاه العلاجي على إزالة القصور أو التخفيف من حدوث الإعاقة عن طريق التعويض. فعند الشخص المعاق سمعياً مثلاً يتم دعم الحاسة البصرية أو الحسية وذلك بتأهيل المعاق واستغلال امكانياته وطاقاته الكامنة إلى أقصى حد ممكن.

5- أهداف التربية الخاصة:

تهدف التربية الخاصة إلى ما يلي:

- 1- التعرف إلى فئة الأطفال غير العاديين ويتم ذلك بواسطة أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من هذه الإعاقات.
- 2- إعداد البرامج التعليمية التي تتناسب مع فئات التربية الخاصة.
- 3- بعد إعداد البرامج التعليمية يتم اختيار طرق التدريس لكل فئة من هذه الفئات ولكل حالة من الحالات وذلك عن طريق الخطة التربوية الفردية Individualized Educational Plan لإختلاف هذه الفئات عن العاديين، حيث يعتبر كل شخص معاق حالة منفردة. وكذلك كل فئة تعتبر وحدة قد تختلف عن غيرها.

4- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة حيث نجد أن كل فئة من هذه الفئات تحتاج إلى وسائل تختلف عن الفئة الأخرى. فالمكفوفون مثلاً يحتاجون إلى جهاز الأبتكون Optacon بينما لا تحتاج لهذا الجهاز الاعاقات الأخرى وهكذا.

5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بشكل عام والعمل قدر المستطاع على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق إعداد البرامج الخاصة بذلك.

6- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.

7- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم.

8- العناية بالمتخلفين دراسياً والعمل على تطوير امكاناتهم وقدراتهم ووضع برامج خاصة ومؤقتة وفق حاجاتهم.

9- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة.

10- احترام الحقوق العامة التي كفلها الإسلام وشرع في حمايتها حفاظاً على الأمن وتحقيقاً لاستقرار المجتمع المسلم في الدين والنفس والنسل والعرق والمال.

وهناك الغايات الكبرى للإهتمام بالفئات الخاصة يفترض أن يمثلها المدرج الهرمي الثلاثي الأهداف الذي يجسده الشكل الآتي:

مراحل تطور التربية الخاصة:

الشخص المعاق انسان له حقوق وعليه واجبات لا يجوز تجاهله وهذا أكدت عليه الديانات السماوية وأشارت إليه قوانين الوضعية في العديد من الدول، ولكن رغم ذلك فقد كان ينظر إلى هذه الفئة من البشر وخاصة في القرن السادس عشر وحتى نهاية القرن التاسع عشر نظرة غير إنسانية ولقد

انتبهت المجتمعات لهذه الفئة من الناس، ويعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من اهم عوامل التخلف وكذلك تهديد لسلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والمعنوية والبشرية

وخاصة المجتمعات التي هي في أمس الحاجة إلى هذه الطاقات لذلك اهتمت الدول الكبرى والعديد من المنظمات الإنسانية والعالمية مثل اليونسكو واليونسيف والمنظمة الدولية للصحة وكذلك المنظمة العربية للتربية والثقافية والعلوم في جامعة الدول العربية سارت بهذا الاتجاه نحو ضرورة رعاية الطفل بحسب قدراته وتعليمه بالقدر الذي يستطيع.

أما في أوروبا فلا نجد في الأدب التربوي أي إشارة إلى الاهتمام بهذه الفئة حتى ظهور حركة والثورة الفرنسية والثورة الصناعية، حيث أصبح الإنسان يعامل بغض النظر عن الإعاقة الموجودة لديه كإنسان له حقوق وعليه واجبات، وبناء على ذلك ظهر في أوروبا ما يسمى بحقوق الانسان.

ومن أوائل العلماء الذين اهتموا بالتربية الخاصة جين ايتارد Jean Itard وهو طبيب فرنسي يعتبر من أوائل المؤرخين للتربية الخاصة اهتم بتربية وتشخيص الصم وتدريبهم وقد قام هذا الطبيب الفرنسي بتدريب طفل وجد في غابات اقيرون في فرنسا 1798 حيث وجده عاريا يمشي على أربع، ثم جاء بعده سيجان Edwavcl Segan حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقليا وانشأ أول مدرسة لهم في جامعة بنسلفانيا 1896 تحت إدارة وتمر Wetmar. وظهر بعد ذلك جالتون Galton الذي اهتم بدراسة الوراثة (وراثة الصفات الانسانية) واهتم بدراسة الفروق الفردية وكذلك ابنج هاوس Ebeng House الذي اهتم بالاضطرابات العقلية واستخدام الأساليب العلمية لمعالجتها حيث كانت تعالج في الماضي عن طريق الشعوذة. أما الطبيب الفرنسي الذي كان له الأثر الأكبر في دراسة الاضطرابات العقلية فهو أبو الطب النفسي الحديث بنيل Banel حيث عمل على دراسة الاضطرابات العقلية ومعالجتها، وأمر بنزع القيود الحديدية من المرضى حيث أثبت أنها تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات وتعمل على تخريب بعض الأنسجة الدماغية وتسبب مرض الزهري وتصلب الشرايين وهذا ما تسببه بعض أنواع العقاقير، ويعتقد بنيل Banel أن قيام العضوية السليمة بعمل غير سوي يعود إلى الأسباب التالية:

1-نظر الشخص نظرة خاطئة إلى نفسه (تدني اعتبار الذات)

2-علاقته بمن حوله

3-كون عاداته الفكرية منحرفة

ثم جاء منتسوري Mavia Montessori سنة 1970 وهي سيدة إيطالية عملت في الطب وأسست مدارس تعرف باسمها للأفراد المعاقين ثم جاء هوي 1801 حيث تخرج من جامعة هارفورد وأسس مدرسة للمكفوفين في مدينة واترتون Waterton بوزية ماسوتتوس (The perkins school for the blind). وقد تعلم على يد هوي Howi هيلين كلر Helen Keller ولورابداغان leauva Bridgman ثم توماس جالندت Tomas H. Gallendet حيث واشنطن The Gallandet College

اما بعد الثورة النازية فقد ظهر كلا من مريا فروستج Mavianne Frostig 1938حيث كانت تعمل اختصاصية نفسية في النمسا وبولندا وقد اهتمت بالمعاقين عقليا وكان لها الفضل في دراسة صعوبات التعلم Learning Disabilites ثم جاء الفرد ستراوس Al-freed Strawss ومايكل بست Mykilbust وكان لهم دورا كبيرا في دراسة صعوبات التعلم وتحديد خصائص الفرد الذي يعاني من صعوبات التعلم ودراسات عديدة حول هذا الموضوع ثم جاء هوبس Hobbs 1960 Nicholas وقد ركز في دراساته على المضطربين انفعاليا، وظهر بعد ذلك جولد برج Goldberg الذي طالب بالاستفادة من النقد الكبير في التربية الخاصة الموجودة في الدول الاسكندنافية، كما ظهر أيضا بور Bower الذي اهتم بالاضطرابات السلوكية وكذلك ودي وهويت ومن خلال استعراض مراحل تطور التربية الخاصة عن طريق الأدب التربوي نلاحظ أن الاهتمام بفئات التربية الخاصة قد تطور بشكل ملفت للنظر وخاصة في نهاية السبعينات من القرن الماضي وحتى هذه الأيام ومما يدل على ذلك ما يلي:

1- ازدياد عدد الورشات التدريبية للعاملين في هذا الميدان.

2- انتشار الكليات المتوسطة وكذلك اهتمام الجامعات في دراسة هذا التخصص في الدول العربية مثل الأردن والسعودية.

3- الاهتمام المتزايد بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في كل المجتمعات العربية، حيث أنشئت لهم الجمعيات الخاصة وكذلك العديد من الوزارات في الدول العربية التي ترعى شؤونهم مثل قسم التربية الخاصة التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن وكذلك وزارة التربية والتعليم التي افرزت قسماً خاصاً لهذه الفئة.

4-2- مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

من هم الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؟

" ... هم الذين يختلفون عن الأشخاص العاديين اختلافاً ملحوظاً وبشكل مستمر ومتكرر، وهو الأمر الذي يحد من قدرتهم على النجاح في تأدية النشاطات الأساسية الاجتماعية والتربوية والشخصية. (سلامة، 2009: 13).

5- " هم جميع الأطفال الذين تتوافر فيهم حالات تعتبر انحرافاً واضحاً عن المتوسط الذي يحدده المجتمع في القدرات والإمكانيات العقلية أو العلمية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو الحسية أو الجسمية أو الصحية بحيث يترتب على هذا الانحراف نوع من التربية وطابع خاص من الخدمات حتى يتمكن هؤلاء الأفراد من تحقيق وإظهار أقصى ما عندهم من قدرات" (السويطي، 2016: 122)

يعتبر مفهوم ذوي الإحتياجات الخاصة من أحدث المفاهيم ذات البعد الإنساني والمستخدم في وصف الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة: صحية وتربوية وتعليمية واجتماعية، من المتوقع أن يقوم بها متخصصون مؤهلون علمياً وعملياً.

في هذا السياق سنتطرق للمفهوم، مع التركيز بصفة خاصة على فئة المعاقين ذهنياً، وذكر تصنيفاتها حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية للتخلف العقلي وتصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) والتصنيف التربوي.

قبل أن نعرف ذوي الإحتياجات الخاصة، نورد أولاً تعريفاً لمصطلح "الحاجة" والتي يقصد بها: "حالة من العوز والنقص والإفتقار والإحتياج، تقتزن بنوع من التوتر والضييق، لا يلبث أن يزول متى قضيت الحاجة وزال النقص". (حريزي موسى وآخر، 2006، ص: 07)

هذا يعني أن الحاجة تشير إلى حالة قد يعاني فيها الفرد من قصور أو نقص في قدراته أو إمكانياته، والتي قد تعيقه عن تحقيقه لذاته، وإندماجه في مجتمعه. هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن تجاوز تلك المعوقات إذا ما توفرت له الظروف والإمكانيات، وطرق التعلم والتعليم التي تتناسب إحتياجاته وخصوصيات القصور الذي يعاني منه.

لذا يعد ظهور مفهوم ذوي الإحتياجات الخاصة نتيجة لعملية دمج كلمتي "الحاجة" و"الخصوصية" في مفهوم واحد، للدلالة عن "عدم الكفاية في خاصية أو قدرة معينة تتأرجح بين الخصوصية الجسمية والمعرفية، وما يمكن أن ينجم عن القصور لما يتعلق الأمر بالأداء والإنجاز كمقومين أساسين للتعبير عن تجسد التعلم أو إحدى معانيه، بمعنى المدى الذي يستطيع فيه الفرد التعبير عن ذاته بشكل موضوعي". (زردومي أحمد وآخر، 2006، ص 107)

كما يشير "محمد مقداد" (2006) في نفس السياق، بأن مصطلح ذوي الإحتياجات الخاصة قد "لقي إستحساناً بين العاملين في مجال الإحتياجات الخاصة لأنه مصطلح محايد ولا يحمل بين طياته قيماً أو دلالات، قد تكون موجبة أو سالبة كما أنه شامل، أي يضم كل أو على الأقل معظم الذين يظلمهم المصطلح بمطلته". (محمد مقداد، 2006، ص 35)

فيعرف "كمال عبد الحميد زيتون" (2003) ذوي الإحتياجات الخاصة من هذا المنظور بأنهم "هم الذين لهم ظروف خاصة ومستوى خاص يختلف عن ظروف الأفراد العاديين ومستواهم، فيتفوقون عليهم أو يقصرون دونهم، وذلك من أجل مساعدتهم في نمو شخصيتهم نمو سليماً، متكاملًا، متوازياً يؤدي إلى تحقيق الذات ومساعدتهم في التكيف مع المجتمع الذي يعيشون فيه ومساعدتهم في التكيف مع المجتمع الذي يعيشون فيه. ويعد الطلاب من ذوي الإحتياجات الخاصة عندما:

- يقابلون محك تصنيفهم على أنهم فئة خاصة.

- يتطلبون تعديلا في الممارسات المدرسية أو الخدمات التربوية الخاصة للوصول بهم إلى أقصى سعة ممكنة". (كمال عبد الحميد زيتون، 2003، ص 5)

كما تعرفهم أيضا "ليلي كرم الدين" (2006) بأنهم "الأشخاص الذين يبعدون عن المتوسط بعدا واضحا سواء في قدراتهم العقلية أو التعليمية أو الاجتماعية أو الانفعالية أو الجسمية، بحيث يترتب على ذلك حاجتهم إلى نوع من الخدمات والعادية لتمكينهم من تحقيق أقصى ما تسمح به قدراتهم" (ليلي كرم الدين، 2006، ص 16)

8- مراحل الاهتمام بالفئات الخاصة:

حظيت دراسات ذوي الاحتياجات الخاص باهتمام واسع النطاق بغية الوصول إلى فهم لتلك المراحل نظراً لأهميتها وتطبيقاتها المتعددة:

مرحلة الرفض أو العزل:

تتسم هذه المرحلة بشيوع بعض المعتقدات الخاطئة حيال المعوقين التي أدت في كثير من الأحيان إلى رفضهم وعزلهم عن المجتمع، بل التخلص منهم وهو الاتجاه السائد أيام الرومان واليونان، حيث عدوهم أفراداً غير نافعين لخدمة المجتمع.

1-مرحلة المؤسسات والملاجئ (مراكز الرعاية)

تزامن الاهتمام بالفئات الخاصة مع ظهور الديانات السماوية فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هما الاتجاه السائد في تلك المرحلة، حيث أنشئت ملاجئ كثيرة مختلفة للعناية بالمعوقين، وكانت خدمات هذه الملاجئ تقتصر في الغالب على توفير المأوى والطعام والكساء فقط.

2-مرحلة التدريب والتأهيل:

بدأت تلك المرحلة في مطلع القرن التاسع عشر في فرنسا، ثم امتد ذلك إلى عدد من الدول الأوروبية ومن ثم إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت فئات الإعاقة البصرية والسمعية هي

أولى الفئات التي حظيت بالرعاية والاهتمام، ثم أعقبها الإعاقة العقلية والحركية، وتطور شكل الخدمات المقدمة للفئات الخاصة في هذه المرحلة، لتأخذ شكل تعليم المعوقين وتدريبهم على مهارات الحياة في مدارس أو مراكز خاصة بهم.

3-مرحلة الدمج:

يعد يُعتبر دمج الطلاب ذوي الإعاقة في المدارس العامة أحد أبرز الاتجاهات التربوية الحديثة، التي تسعى إلى توفير فرص تعليم متساوية لجميع الطلاب، بغض النظر عن قدراتهم أو إعاقاتهم. وهذا التوجه ليس مجرد فكرة تربوية، بل هو مفهوم اجتماعي وأخلاقي عميق الجذور، ينطلق من مبادئ حقوق الإنسان التي تنادي بالمساواة وعدم التمييز أو العزل والإقصاء.

لماذا يُعتبر الدمج مهماً؟

- **حقوق الإنسان:** الدمج هو حق أساسي من حقوق الإنسان، حيث يجب أن يتمتع جميع الأفراد بفرص متساوية في التعليم والاندماج الاجتماعي، بغض النظر عن أي اختلافات جسدية أو عقلية.
- **القصور في التربية الخاصة:** أظهرت التجارب أن تربية ذوي الاحتياجات الخاصة في مؤسسات ومدارس خاصة منفصلة قد لا تكون دائماً الخيار الأمثل، حيث قد تؤدي إلى عزلهم عن المجتمع وتأخر نموهم الاجتماعي والعاطفي.
- **التغلب على سلبيات العزل:** يهدف الدمج إلى التغلب على الآثار السلبية لعزل الطلاب ذوي الإعاقة في مدارس خاصة بهم، والتي قد تشمل الشعور بالوحدة والتمييز، وصعوبة التكيف مع المجتمع الأوسع.
- **تعديل اتجاهات المجتمع:** يسعى الدمج إلى تغيير وتعديل اتجاهات المجتمع السلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، وتعزيز قبولهم واندماجهم الكامل في المجتمع، مما يعود بالنفع على جميع أفراد المجتمع.

9- التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة:

مراكز الإقامة الكاملة: school Residential تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة التي كانت ومازالت تقدم الخدمات الإيوائية والصحية والاجتماعية والتربوية للأفراد المعاقين، وكان يسمح للأهالي بزيارة آبائهم في هذه المراكز.

لكن وجهت لهذه المراكز مجموعة من الانتقادات نتهم فيها هذه المراكز بعزل هؤلاء الأطفال عن المجتمع الخارجي وما يحتويه من حياة طبيعية، كما وصف أفراد هذه الفئات بأنهم منبوذون عن المجتمع.

مراكز التربية الخاصة النهارية: Special Day care school ظهرت هذه المراكز كرد فعل على ما تقدم من انتقادات لمراكز الإقامة الكاملة، والكثير من هذه المراكز يكون عملها إلى منتصف النهار تقريباً، وفي هذه الفترة يتلقى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة خدمات تربوية واجتماعية

وتعمل هذه المراكز على إيصال هؤلاء إلى منازلهم، وهي تحافظ على بقاء الفرد ذو الاحتياج الخاص في أسرته وفي الجو الطبيعي له. ووجهت لهذه المراكز أيضاً بعض الانتقادات أهمها: عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة.

الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية: **Special classes within Regular Schools**

ظهرت هذه الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المراكز النهارية التي تعني بالتربية الخاصة، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من السلبية إلى الإيجابية، وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية والتي لا يتجاوز عدد الطلبة فيها العشرة.

ويتلقى هؤلاء الطلبة برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، ولهم أيضاً برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين.

والهدف من هذا البرنامج زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين هؤلاء الأفراد (الطلبة) ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين.

وهذه الصفوف تعرضت أيضاً لمجموعة من الانتقادات أهمها صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى العادية، وكيفية تحديد المواد المشتركة بين ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين.

الدمج الأكاديمي: Mainstreaming ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة العاديين في الصف الدراسي.

ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل ذو الاحتياج الخاص في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك

شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه.

ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي:

- التجانس بين الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة.
- تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة
- تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين وجميع الكوادر العاملة. ويعتبر الدمج من أهم مراحل عملية تطوير برامج التربية الخاصة.

الدمج الاجتماعي: Normalization تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو ذوي الاحتياجات

الخاصة من أفراد المجتمع. ويتمثل هذا في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع.

كذلك دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم ومناسب لهم كأسرة مستقلة والتعامل معها على أساس حكم الجيرة وما تتطلبه من مستلزمات.



رواد في تاريخ التربية الخاصة:

الاسم	الجنسية	الاسهام الرئيسي
جين إيتارد (1775 - 1838)	فرنسي	إمكانية استخدام منهجية البحث ذات المنحى الفردي لتطوير طرائق التدريب الفعالة للمعاقين عقليا.
سامويل هوي (1801 - 1876)	أمريكي	المعوقون قادرون على التعلم ويجب تزويدهم ببرامج تربوية منظمة.
إدوارد سيجان (1812 - 1880)	فرنسي	إمكانية تعليم المعاقين عقليا باستخدام برامج تدريب حسي - حركي.
فرانسيس جالتون (1822 - 1911)	بريطاني.	موروثية الذكاء.
ألفرد بينيه (1857 - 1911)	فرنسي	امكانية قياس الذكاء وإمكانية تدريب وتطوير القدرات العقلية.
لويس برايل (1809 - 1852)	فرنسي	استخدام النقاط البارزة لتعليم المكفوفين.
توماس جالوديت (1787 - 1851)	أمريكي	إمكانية تعليم الصم مهارات التواصل باستخدام التهجئة بالأصابع.

إمكانية تعليم الكلام للصم وإمكانية استخدامهم للسمع المتبقي.	أمريكي	ألكساندر بل (1847 - 1922)
فاعلية التدخل العلاجي المبكر المتضمن خبرات ملموسة خاصة.	إيطالية	ماريا منتسوري (1870 - 1952)
استخدام اختبارات الذكاء للتعرف إلى طبيعة التفوق العقلي.	أمريكي	لويس تيرمان (1877 - 1956)
بعض الأطفال يظهرون أشكالاً محددة من صعوبات التعلم تعود للتلّف الدماغي، وهذه الصعوبات يمكن معالجتها بالتدريب الخاص.	ألماني	ألفرد ستراوس (1897 - 1957)



الإعاقة العقلية



1- الإعاقة العقلية: (التخلف العقلي Retard Mental)

انطلاقاً من أوائل القرن العشرين وبالضبط في سنة (1911) خرجت إلى الوجود الأداة الأولى لقياس الذكاء (مقياس بنيه سيمون Léchelle de binet-simon) وفي سنة (1912) ابتكر العالم سترن Stern الصياغة الرياضية التي أعطى لها اسم المعامل العقلي (Quotient mental) ثم استعمل اسم معامل الذكاء (Quotient intellectuel) وحسبه فإن معامل الذكاء يعرف بأنه العلاقة بين العمر العقلي (Age mental) والعمر الزمني (Age chronologique) لفرد ما والنتيجة تضرب في المئة (100).

وفي سنة 1921 ظهر أول دليل من طرف " الجمعية الأمريكية للقصور العقلي " حيث عرفت القصور العقلي بمعنى أن معامل الذكاء يساوي أقل من 70 (شويل، 2007: 10)

تعريف التخلف العقلي: ظهرت عدة تعاريف للتخلف الذهني نذكر منها:

التعريف الطبي: وجهة النظر الطبية ترى أن التخلف الذهني حالة ناجمة عن عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي المركزي.

عرفه (Jervis) (1952) على أنها " حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينية أو أثناء فترة التكوين.

عرفه (Dollavolta) على أنه عجز دائم للسياقات أو العمليات المعرفية يمنعه من القدرة على القيام بالمتطلبات الذاتية والاجتماعية (شويل، 2007: 10)

كما عرفته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (2002): " التخلف العقلي هو عجز يتسم بقصور دال في الوظائف العقلية والسلوك التكيفي والذي يظهر في المهارات المفاهيمية، الاجتماعية والعملية هذا العجز يظهر قبل سنة 18 سنة.

التعريف السيكومتري: انبثق التعريف السيكومتري نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، فالطبيب يصف الحالة، مظاهرها، وأسبابها، ولكنه لا يعطي وصفا دقيقا وبشكل كمي للقدرة الذهنية، ونظرا لأهمية الجوانب النفسية للتخلف الذهني ونتيجة لتطور حركة القياس على يد بينيه في عام (1905) وما بعدها وظهر مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية، اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء كمحك لتعريف التخلف الذهني واعتبر الأفراد الذين نقل نسبة الذكاء عن 75 درجة على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة الذهنية متخلفين عقليا (الروسان وآخرون، 2007: 150)

التعريف الاجتماعي: يركز هذا التعريف على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع قرنائهم من المجموعة العمرية نفسها، وعلى ذلك يعتبر الفرد متخلفا ذهنيا إذا فشل بالقيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة (رضوان، 2008: 19)

التعريف القانوني: يعتني الجانب القانوني بتحديد مسؤولية المتخلف ذهنيا من حيث القدرة على الاعتماد على النفس أو القدرة على اكتساب العيش، كما يعتني بتحديد مسؤولية المجتمع نحو التخلف ذهنيا وهي المسؤوليات المدنية والجنائية (سلمان، 2014: 37)

تعريف التخلف العقلي حسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM5) " هو اضطراب يبدأ خلال فترة التطور (النمو) مشتملا على العجز في الأداء الذهني والتكيفي في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية" يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

- أ- القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، حل المشكلات، التخطيط والتفكير التجريدي والمحاكمة، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كل من التقييم العيادي واختبار الذكاء المعياري الفردي (QI أقل من 70).
- ب- إن القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية، ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.
- ت- بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور (النمو)، أي قبل 18 سنة (DSMV,2013).

أنواع التخلف العقلي: يمكن تصنيف التخلف العقلي إلى مايلي:

- التخلف العقلي الخفيف (Léger): معامل الذكاء يتراوح ما بين (QI 50-55 de70)
- التخلف العقلي المتوسط (Moyen): معامل الذكاء يتراوح ما بين (QI 35-40a 50-55)
- (QI
- التخلف العقلي الحاد (Grave): يتراوح معامل الذكاء ما بين (QI40-35a 25-20)
- التخلف العقلي العميق (Profand): معامل الذكاء يكون أقل من (QI 20)

والجدول الموالي يوضح تصنيف التخلف العقلي والخصائص المميزة لكل نوع:

الفئة	نسبة الذكاء QI	الخصائص المميزة
-------	----------------	-----------------

التخلف العقلي البسيط	من 50-55 QI de70	لديهم القدرة على التعلم والتأقلم في المجتمع بشكل مستقل دون مراقبة أو توجيه
التخلف العقلي المتوسط	50-55 a 40 35 QI	لديهم القابلية للتدريب على مهارات العناية بالنفس وبعض المهارات الاجتماعية، كما لديهم القدرة على التأقلم لا يمكن الاستقلالية دون مراقبة
التخلف العقلي الحاد	20-25 a 40-35	لديهم القدرة على التعلم الحد الأدنى من مهارات العناية بالنفس والكلام، ويحتاجون إلى رعاية مكثفة
التخلف العقلي العميق	أقل 20 QI	يحتاجون إلى إشراف ورعاية دائمة، التحصيل اللغوي لديهم ضعيف، القدرة على الاعتناء بالنفس متدنية

(Mini DSM IV,1996 :51)

- أسباب التخلف العقلي:

الأسباب الوراثية والجينية: كزواج الأقارب وخاصة في الأسر التي سبق وأن وجد فيها تخلف عقلي، بالإضافة إلى وجود خلل في الجينات، أو وجود التهابات دماغية (كالنزيف الدماغي.....)

الأسباب قبل وأثناء الولادة: كإصابة الأم بالأمراض المعدية مثل: الزهري والحصبة، مما تؤدي إلى أعراض متفاوتة الخطورة مع تشوهات للجنين وتخلف عقلي.

- العامل الريزيسي (Rhésus) عندما يكون متوافق بين الأم والطفل كأن يكون سالب عند الأم وموجب عند ابنها، لذا يجب إجراء تحليل الدم للأم قبل الحمل.

- الأدوية التي تستهلكها الأم أثناء فترة الحمل أن تؤثر على الجنين.

- الولادة العسيرة كاستعمال الملاقط (Foreps) مما يسبب التهابات دماغية أو نزيف.

الأسباب بعد الولادة: عوامل بعد الولادة ترتبط بأمراض الطفولة المبكرة كالحمى أو إصابة الطفل بأمراض معدية.

الصددمات الدماغية التي يمكن أن يتعرض لها الطفل أثناء فترة الطفولة المبكرة.

- التخلف العقلي غير المرتبط بالأسباب العضوية:

نذكر منها العوامل النفسية كالحرمان العاطفي المبكر، هذا فقد لا حظ أوبري (Aubry) أن حاصل النمو ينخفض بقدر ما ازدادت مدة الحرمان النفسي العاطفي، كما أن النمو يضطرب ويمس تدهور الذكاء العام وتكوين المفاهيم والتجريد، وضعف الفهم والتركيز.

- المعطيات الابدويمولوجية:

يمس التأخر العقلي الخفيف ما بين (3%a0.5) لدى الأطفال في سن التمدرس، أي معامل الذكاء $QI \leq 50$ وبنسبة (3%a0.4) بعد سن التمدرس.

-التطور:

يظهر التأخر العقلي خلال فترة النمو، العمر الخصائص في بداية تعتمد على سبب المرض وشدة الخلل الوظيفي في الدماغ ويمكن تمييز أعراض التأخر الحركي، اللغة ويمكن التعرف على المعالم أو المراحل الاجتماعية في العامين الأولين من حياة الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية شديدة، في حين قد لا يمكن التعرف عليها عند المستويات المعتدلة حتى بلوغ سن الدراسة، حيث تظهر على صعوبات التعلم الأكاديمي بشكل واضح. كما يمكن أن ترافق التأخر الذهني أعراض جينية وراثية جسدية مثل (متلازم دوان)

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

يعتبر التشخيص عنصراً أساسياً في عملية الأطفال المعوقين ومن الصعب إهماله برغم تعدد أساليب التشخيص وادواته والتي لا يتفق عليها جميع العاملين في المجال، فلكل لفلسفته في أسلوب التشخيص وهذا لا ينفي أن الغالبية متفقة على أن عملية تشخيص المعاق تحتاج إلى تشخيص من النواحي التالية:

1. النفسية

2. الاجتماعية

3. الطبية

4. التربوية

لقد وضع ثورنديك وهاجان (Thorndike & Hagan) ثلاث خطوات أساسية لأي عملية قياس أو تشخيص وهي:

أ. وصف أو تحديد السلوك أو الخصائص التي ينبغي قياسها

ب. وضع الخصائص المراد قياسها في قالب يمكن ملاحظته

ت. تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته

وقد أضاف ديفز (Davis) نقطة رابعة إلى النقاط الثلاث أنفة ذكر وهي:

ث- التأكيد على أن أسلوب القياس المراد اتباعه يتناسب والواقع العلمي

مفهوم عملية التشخيص للأطفال المعاقين عقلياً:

يقترَب هذا المفهوم من مفهوم التقييم الكامل الحالة، لأن مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الأبعاد فهي مشكلة طبية، نفسية، اجتماعية، تربوية، ويتضح مفهوم عملية التشخيص من خلال الأركان الأساسية لعملية التشخيص

1- تحديد الهدف من التشخيص:

فالهدف من تشخيص الإعاقة العقلية هو التعرف على قدرات الطفل وتحديد نواحي القوة والضعف به ووضعها في المكان المناسب له حتى تقدم له الخدمات التربوية والنفسية الملائمة.

لقد حدد زوبن (Zubin) أهداف عملية التشخيص في النقاط التالية:

1. معرفة مواطن القوة والضعف في شخصية الفرد موضوع القياس

2. اختيار العلاج (البرنامج التربوي) المناسب

أي أن عملية التشخيص تفيدنا في تحديد:

أ. ما هو السلوك المطلوب تعديله عند الفرد

ب. ماهي طريقة أو الأسلوب الأكثر فاعلية في تعليم المعوق وتدريبه

2- التفكير بعملية التشخيص:

يجب أن يبدأ التشخيص مبكراً لأن هذا يساعد في تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب حتى تقدم له الخدمات التربوية والنفسية الملائمة، فالتكبير في التشخيص يساهم في تحسين حالات عديدة من التدهور مثل عامل (RH) المعروف طبياً، وفي حالات استقصاء الدماغ.

3- تكامل عملية التشخيص وشمولها:

ينبغي أن تتم ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين في النواحي الجسمية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية.

السلوك التكيفي وتشخيص الإعاقة العقلية:

يعتبر مفهوم السلوك التكيفي Adaptive Behavior من المصطلحات الحديثة نسبياً التي دخلت في الميدان التربوية الخاصة في أواسط الخمسينات من القرن الماضي، علماً أن هذا المفهوم قد ظهر في العلوم الاجتماعية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية، كما ظهر هذا المفهوم في العلوم النفسية للدلالة على قدرة الفرد على التكيف بالمعنى النفسي والصحة النفسية.

أما في الميدان التربوية الخاصة فقد اعتبر السلوك التكيفي متغيراً أساسياً في تعريف الإعاقة العقلية حيث اعتبر فشل الفرد في التكيف الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مظهراً من مظاهر الإعاقة العقلية والتي قد ترجع إلى قصور في القدرة العقلية للفرد.

وقد أدى ظهور هذا المفهوم إلى تحول تقييم الإعاقة العقلية الذي أصبح لا ينظر إلى القدرات العقلية التي يتمتع بها الفرد كمعيار ثابت، وإنما إلى قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة أدائه بأداء أقرانه من نفس الفئة العمرية. (العتيبي، 2012:

(40

ويتضمن مفهوم السلوك التكيفي عدد من المظاهر أهمها النضج الاجتماعي والتأزر البصري الحركي، والقدرة على التعلم المتمثلة في التعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية والنمائية، والمهارات الاجتماعية المتمثلة في تعلم مهارات الحياة اليومية، والمهارات اللغوية ومهارات معرفة الأرقام والوقت والتعامل بالنقود وتحمل المسؤولية والتنشئة الاجتماعية يتكون مفهوم السلوك التكيفي من مجموعة من المظاهر المترابطة، أهمها النضج الاجتماعي والتأزر البصري الحركي والقدرة على التفاعل الاجتماعي بنجاح، والقدرة على اكتساب المعرفة والمهارات الأكاديمية المناسبة للمرحلة العمرية، والمهارات الحياتية اليومية اللازمة للاستقلالية، والمهارات اللغوية والرقمية، بالإضافة إلى القدرة على تحمل المسؤولية والمشاركة الفعالة في المجتمع.

وتعتبر الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR من الجهات العلمية التي أدخلت هذا المفهوم في مجال الإعاقة العقلية. وجاء في تعريف لهبير على أن التخلف العقلي هو حالة تتميز بمستوى وظيفي دون المتوسط يبدأ أثناء فترة النمو ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد.

ويوضح المصطلحات المستخدمة في هذا التعريف على النحو التالي:

مستوى وظيفي عقلي عام: ويقاس هذا المستوى بواسطة اختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة) دون المتوسط، يعبر عن مستوى أداء يقل عن مست

تحليل مصطلحات تعريف هبير للتخلف العقلي

تميز تعريف هبير للتخلف العقلي بدقته وشموليته، حيث ركز على عدة جوانب أساسية:

- **مستوى الوظيفي العقلي العام:** يشير هذا المصطلح إلى القدرات الذهنية العامة للفرد، والتي تقاس عادة باختبارات الذكاء المعترف بها (المقننة).

- **دون المتوسط:** يعني أن أداء الفرد في هذه الاختبارات أقل بكثير من أداء الأشخاص العاديين من نفس العمر.
 - **انحرافين معياريين:** هو مقياس إحصائي يدل على مدى اختلاف أداء الفرد عن المتوسط. يعني وجود انحرافين معياريين أن أداء الفرد يقع في نطاق غير عادي مقارنة بأقرانه.
 - **فترة النمو:** حدد هيبير فترة المراهقة (16-18 سنة) كمرحلة أساسية لتقييم مستوى الذكاء، وذلك لأن التغيرات في الذكاء تكون أكثر وضوحًا خلال هذه الفترة.
 - **السلوك التكيفي:** يشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع متطلبات الحياة اليومية والاجتماعية، مثل العمل، والعلاقات الاجتماعية، وحل المشكلات.
- أما معايير السلوك التكيفي فهي:

- 1- **النضج:** ويعني معدل نمو المهارات في سن الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو والمشي والكلام والقدرة على التحكم في عملية الإخراج.....الخ ويمكن قياس في مظاهر النمو الحركي خلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل وعليه فإن التأخر في اكتساب مثل هذه المهارات يعتبر مؤشر على وجود حالة تخلف عقلي في سنوات ما قبل المدرسة.
- 2- **القدرة على التعلم:** وهي قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة التي يتعرض لها الطفل في حياته والصعوبات في التعلم تظهر بوضوح في المواقف الأكاديمية في المدرسة، ويعتبر القصور في القدرة على التعلم مؤشراً للاستدلال على حالات تخلف خلال سنوات المدرسة.
- 3- **التكيف الاجتماعي:** ويعني قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود المعايير الاجتماعية المرعية معتمداً بذلك على

نفسه وبدون مساعدة أحد، وبناء على هذه قدرة الاستدلالية على وجود حالات التخلف العقلي في المرحلة الرشد، بالإضافة إلى ذلك يمكن الاستدلال على وجود حالات التخلف العقلي من خلال المظاهر التالية:

أ- بالنسبة للأطفال في سنوات الطفولة المبكرة:

- 1- ظهور عادات وتصورات لا تتناسب مع عمر الطفل الزمني
- 2- تخلف في الانتباه وعدم وجود ميل للاستطلاع مع ميل للتلبذ
- 3- تأخر في المشي والكلام

ب- مرحلة الطفولة المتأخرة:

- 1- عدم القدرة على التجاوب مع التوجيهات التي تقدم للطفل
- 2- وضوح اتجاه الطفل لممارسة عادات وطباع من هم أصغر منه سناً ومصاحبتهم.

ج- بالنسبة للبالغين:

- 1- تخلف مستوى التحصيل العلمي لما دون المتوسط
- 2- عدم الشعور بالمسؤولية
- 3- عدم القدرة على التمييز بين المواقف

عملية التشخيص يقوم بها فريق من الاخصائيين

- 1- الطبيب: "يتولى الطبيب المسؤولية عن الجانب الطبي في عملية التشخيص، حيث يجري فحوصات طبية متخصصة لتحديد أي أسباب عضوية للتخلف العقلي، مثل الاضطرابات الوراثية أو التشوهات العصبية. كما يقوم بتقييم الحالة النفسية للمريض وتحديد أي أعراض نفسية مصاحبة، وذلك لتقديم العلاج الدوائي المناسب إذا لزم الأمر."

- 2- **الإخصائي الاجتماعي:** ويقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي يمر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها أو أصيبت الأم بها أثناء الحمل، مدى التكيف الشخصي مع الأسرة والجيران والمدرسة.
- 3- **الأخصائي النفسي:** يقدم تقريراً عن مستوى قدراته ومهاراته وحالته الانفعالية، وذلك بإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية وجمع معلومات عن التاريخ التطوري. وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات الشخصية، والمهارات الحركية والخبرات التفصيلية.
- 4- **الأخصائي التربوية الخاصة:** ويكون عمله في محاولة وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل وذلك حدود ما حصل ما حصل عليه من معلومات من الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي.
- 5- **الأخصائي في التأهيل المهني:** ويكون عمله في مراحل متقدمة وخاصة بعد أن يصبح الطفل في الرابعة عشرة من عمره وهي السن التي يتسنى فيه عملية التأهيل وعلى أخصائي التشخيص أن يقوم بتجميع المعلومات عن السلوك التكيفي للطالب عن طريق الاجتماع مع العديد من الأشخاص والتباحث معهم حيث أنه من غير المتحمل أن يعرف شخص واحد كيف يتصرف الطالب في جميع الحالات والمواقف.

الأبعاد الأساسية في تشخيص المعوقين عقلياً

إن عملية التشخيص الأفراد المعوقين عقلياً هي عملية تتطوي على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية التربوية، لذلك فإن أية عملية تشخيص صحيحة يجب أن تحتوي على التعرف هذه الأبعاد. وهذا ما أطلق عليه في أوساط التربية الخاصة بالاتجاه

التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية أذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص المختلفة المذكورة أعلاه ويمثل الشكل هذا الاتجاه:

الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية



الشكل يوضح الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية

كما يجب أيضا في تشخيص الإعاقة العقلية على مايلي:

- يجب التأكد من أن الطفل يعاني من الأعراض الموجودة في الدليل التشخيصي (DSM5)
- القيام بالفحص العيادي مع الطفل والأولياء
- تطبيق اختبارات ومقاييس الذكاء (مكعبات كوس، اختبار وكسلر للإطفال، رسم رجل.....)
- إجراء الفحص العصبي للطفل (Examen Neurologique) مثل: EEG،Scanner

التشخيص التكاملي للإعاقة العقلية:

إن موضوع قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تتطوي على عدة جوانب منها (طبية، سيكومترية، اجتماعية، تربوية) ففي بداية القرن التاسع عشر كانت تشخص من وجهة النظر الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة المؤدية إلى تلف خلايا الدماغ، ومع ظهور المقاييس السيكومترية تحول الاهتمام إلى قياس القدرات العقلية باستخدام الذكاء، إلا

أن هذا النهج أظهر قصوراً إذ أدرك الباحثون أ، الأداء في اختبارات الذكاء وحده لا يكفي لتشخيص الإعاقة العقلية، وفي أوسط الخمسينات ظهر الاتجاه الاجتماعي الذي يؤكد على أهمية تقييم قدرة الفرد على التكيف مع بيئته الاجتماعية، وظهر هذا الاتجاه نتيجة للانتقادات التي وجهت المقاييس السيكومترية، إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقياس الذكاء لا يعني بالضرورة أن الفرد معاق عقليا وخاصة إذا أظهر الفرد القدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية، ولذا ظهر البعد الاجتماعي في تشخيص حالات الإعاقة العقلية والذي يعبر عنه عادة ببعد السلوك التكيفي وظهرت مقاييس تقيس هذا البعد ومن أشهرها مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية.

كما ظهر في السبعينيات الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية الذي يهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقليا، ومن المقاييس التحصيلية مقاييس المهارات اللغوية، ومقاييس القراءة والكتابة، والمقياس التحصيلي العام والذي أعده ، والمقياس التحصيلي الفردي الذي أعده دن وزملائه، وفي الأخير ظهر الاتجاه التكاملي الذي يجمع بين الاتجاه الطبي، السيكومتري، الاجتماعي، التربوي حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك كل من طبيب الأطفال والاختصاصي في علم النفس، والأخصائي في التربية الخاصة، وتكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص ومن ثم لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد.

ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل والتشخيص التكاملي في تحديد الإعاقة العقلية من خلال عدة جوانب اختبارات الذكاء، النفسية، والأسرية، والاجتماعية، والتربوية والتعليمية وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر الإعاقة.

ويشمل التشخيص التكاملي الجوانب التالية:

1- التشخيص الطبي: ويتم بواسطة طبيب الأطفال والتعرف على الحالة الطبية والعضوية والفسولوجية.

ومن الاختبارات الطبية التي يجريها الطبيب لاكتشاف حالات التمثيل الغذائي ما يلي:

- اختبار حامض الفريك وذلك بخلط بعض النقاط منه مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فيعنى ذلك وجود حالة ال pku لدى الطفل.

- اختبار شريط حامض الفريك وذلك يوضع الشريط في بول الطفل ثم يقارن لونه مع الألوان التي تبين وجود حالة مع عدمها.

- اختبار غثري وذلك بأخذ عينة من الدم من كعب الطفل وتفحص فإذا ظهر مستوى الفينيلين في الدم هو 20 ملجرام لكل 100 ملم من الدم فإن ذلك يعني وجود حالة pku.

ومن القياسات التي يجريها الطبيب قياس محيط الرأس ومقارنته بمحيط رأس الطفل العادي المولود حديثاً والذي يتراوح 32-36 سم خاصة في حالات صغر حجم الدماغ، كبير حجم الدماغ، واستنساء الدماغ وحالات المنغولية.

كما يقارن الطبيب أيضا بين مظاهر النمو الحركي للطفل العادي وبين مظاهر النمو للطفل المحول إليه خاصة في مظاهر حركة الرأس والجذع والذراعين والساقين ومظاهر الاستلقاء على الظهر أو البطن والحبو والزحف والوقوف والمشي والجري.

ومن المظاهر الأخرى التي يهتم بها الطبيب في تشخيصه مظاهر النمو الجسمي العام كالتطول والوزن خاصة في حالات القماءة، وكذلك اضطرابات الغدد الدرقية والمظاهر الجسمية المصاحبة لها كجفاف الجلد والشعر واندلاع البطن.

2- **التشخيص السيكومتري:** ويتم بواسطة اخصائي القياس لقياس القدرة العقلية وذلك باستخدام المقاييس الخاصة مثل: مقياس وكسلر للأطفال أو مقياس ستنفورد- بنيه أو مقياس جودانف وغير من المقاييس.

3- **التشخيص الاجتماعي:** وذلك للتعرف على المعوقات الاجتماعية والتكيفية لدى المعاق عقلياً وذلك باستخدام مقاييس خاصة مثل مقياس السلوك التكيفي ومقياس النضج الاجتماعي، ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية.

4- **التشخيص التربوي:** ويهدف إلى تقييم أداء الأطفال المعوقين عقلياً، تربوياً وتحصيلياً حيث يستخدم مقياس المهارات اللغوية والتحصيلية: العددية، القراءة، الكتابة، للتعرف على القدرة على التعلم لدى المعاق عقلياً.

5- **التشخيص الفارقي:** قبل القيام باختبار التشخيص الإيجابي المناسب للحالة لا بد المختص النفسي القيام بتشخيص فارقي بين التخلف العقلي أو التفرقة بين الإعاقة العقلية والإعاقات الأخرى أو مجموعة من الاضطرابات التالية:

الذهان الطفولي - حالات الخبل - الإعاقة السمعية - الحرمان العاطفي - الصرع - الفصام - التوحد وغيرها

- **إرشادات في عملية التشخيص:**

- 1- أن يسبق التشخيص جمع معلومات
- 2- الاهتمام بتغطية جميع المجالات والجوانب المتعلقة بالطفل المعوق عقلياً وتحديد نقاط الضعف والقوة.
- 3- اختبار المكان المناسب للتشخيص.
- 4- اختيار الوقت المناسب للتشخيص، ويفضل في ساعات الصباح بعد الفطور.

- 5- أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختيارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية، وحتى لا ينفرد منها أو يملها، وتحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو مله منه وليس لعدم القدرة على الاستجابة.
- 6- يراعي عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة مع الاهتمام بعنصر الصبر عند التنفيذ.
- 7- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة للطفل واضحة ومباشرة، بحيث لا يتحمل السؤال أكثر من معنى واحد وتحتاج الإجابة عليه إصدار تعميمات أو وضع فرضيات.
- 8- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكانياته أو أن تبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة وثم تتدرج إلى الأصعب وهكذا.
- 9- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محددة بدقة.
- 10- يراعي عند رصد إجابات الطفل ألا نلجأ لتغيير معناها أو الإشارة إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل نسجل كما هي دون تأويل.

تصنيف الإعاقة العقلية:

تعتبر كل من درجة القصور في الأداء العقلي والسلوك التكيفي، هي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة العقلية عند الأفراد، فهما يشيران إلى الاختلاف الواسع في المهارات والقدرة ضمن فئات الإعاقة العقلية المختلفة. بحيث يمكن القول بان فئات الإعاقة العقلية المختلفة إنما هي فئات أو مجموعات غير متجانسة، وهذا التعميم يعتمد على آخر ما توصلت إليه البحوث الخاصة بالأفراد الذين يظهرون قصوراً في الوظائف العقلية والاجتماعية.

من خلال دراسات الحديثة للإعاقة العقلية تظهر أربعة مستويات رئيسية للإعاقة عقلية هي:

البسيطة، والمتوسطة، والشديدة، والعميقة أو الحادة وهذا اختلاف يظهر في درجة الأداء العقلي أو السلوك الاجتماعي بين الفئات الأربعة، إلا أنه يجب التأكيد على أن هناك فروقات واسعة بين أفراد الفئة الواحدة، كما هو حال بالنسبة للأفراد العاديين حيث يتوفر عدد كبير من المتغيرات التي تؤثر على الأفراد نفسياً وجسدياً، وذلك في مستوياتهم المختلفة وعبر مراحل حياتهم المختلفة.

ومن هذه المتغيرات وجود إعاقة أخرى حسية أو جسمية أو مشاكل مرتبطة بالصحة العامة، أو المؤثرات الأسرية، أو مدى توفر الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية ولكي تتضح طبيعة الفروقات بين فئات الإعاقة نعرض مجموعة من التصنيفات:

أولاً: التصنيف القائم على الأسباب للإعاقة:

وهنا نصنف حالات معوقين بحسب الأسباب التي أدت إلى الإعاقة، ويميل الأطباء إلى هذا الاتجاه في التصنيف حيث يهدف إلى معرفة السباب من أجل المعالجة، فقد ينقسم المعوقين إلى فئات معروفة الأسباب وفئات غير معروفة الأسباب أو قد يصنف المعوقون عقلياً إلى ثلاث فئات، المعوقون الذين تكزن أسباب إعاقتهم وراثية، وفئة الأسباب البيئية، وفئة الأسباب المختلطة أي الذين تكون إعاقتهم ناتجة عن تضافر عوامل بيئية وعوامل وراثية أن هذا التصنيف لا يعمل به كثيراً وله سلبيات كثيرة منها : أن كثير من الأسباب غير معروفة، ويصعب تحديدها كذلك هناك الكثير من الأسباب حيث تكون العوامل الوراثية والبيئية فيها

متداخلة، ولذلك يصعب تصنيفها، كما أن هذا التصنيف لا يفيد كثيراً في مجال تعليم المعوقين عقليا وتدريبهم وتأهيلهم، ولذلك لا يؤخذ به كثيراً في مجالات التربية الخاصة.

ومن بين التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلة (السبب) مايلي:

أ. تصنيف تريد جولد " Tredgold": صنف هذا العالم الإعاقة العقلية على أساس الأسباب

إلى فئات التالية:

1. إعاقة عقلية أولى: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.

2. إعاقة عقلية ثانية: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة التي تعود أسبابها إلى

عوامل البيئة، كالمرض والتشوهات التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة

3. إعاقة عقلية مختلطة: ((وراثي بيئي)): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك

فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئة معاً.

4. إعاقة عقلية غير محددو الأسباب: وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من الأفراد

المعاقين عقليا، وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة، وهي حالات يصعب فيها

تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى وجود هذه الإعاقة.

ب. تصنيف سترواس ((Strauss)) يقسم ستراوي ذوي الإعاقة العقلية إلى فئتين هما:

1. النمط الداخلي (Endogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة

العقلية الوراثية ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كليهما أو أحد الإخوة أو

بعضهم، ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني.

2. النمط الخارجي (Exogenous Typology) وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية

الناجمة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، فقد تكون الإعاقة

ناجمة عن إصابة أحدثت تلفاً في الدماغ قبل أو أثناء الولادة، وتتصف هذه الحالات

باضطراب التفكير وعدم الاتزان الانفعالي، كما قد يصاحبها ظهور العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للمصاب.

ثانياً: التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية:

يمكن اعتبار هذا التصنيف نوعاً آخر من أنواع التصنيف المعتمدة على مصدر العلة، إلا أن ما يميز هذه الفئات أو الأنماط هو ما تتصف به من تجانس، في مظهرها الجسدي الخارجي من خصائص يطلق عليها الأنماط الإكلينيكية، ويعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسولوجية المميزة لكل فئة بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي.

ويصعب حصر هذه الأنماط جميعها، ولعل أهمها واكبرها شيوعاً مايلي:

نركز هذه الطريقة في تصنيف المعاقين على الخصائص الجسمية والمظهر الخارجي وبحسب هذا الأسلوب في التصنيف يمكننا تقسيم المعوقين عقلياً إلى:

أ. فئة المنغوليين

ب. فئة كبار الجمجمة

ت. فئة المصابين بحالات PKU

إن التصنيف بحسب هذه الطريقة لا يفيد كثيراً في مجال التربية الخاصة والتأهيل ولذلك لا يؤخذ به كثيراً في البرامج التربوية الحديثة.

ثالثاً: التصنيف على أساس الذكاء أو التصنيف التربوي:

ينظر علماء النفس القدرة العقلية "الذكاء" على أنها قدرة تتوزع بين الناس توزيعاً سوياً، يمثلها منحني التوزيع السوي للصفات البشرية والمعروف بمنحني جوش (GOSS) وعلى هذا الساس يقسم علماء النفس الذكاء إلى فئات، على أساس الانحراف المعياري عن المتوسط لنسبة أفراد المجتمع.

ويتفق معظم علماء النفس ومن بينهم وكسلر على أن الإعاقة العقلية تبدأ عند نسبة ذكاء (70) درجة والتي تقل عن المتوسط بدرجتين معياريتين.

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسبة الذكاء المقسمة باستخدام مقاييس القدرة العقلية الذكاء " كمقياس ستانفورد - بينيه أو مقياس وكسلر للذكاء وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات التالية:

1. الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة (Mild Retardation):

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم (Educable Mentally Retarded) ويرمز له (EMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية حركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث من التعليم الساسي أو يزيد، وهذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

2. الإعاقة العقلية المتوسطة

تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 40-55 كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب (Trainable Mentally Retarded) ويرمز له (TMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي، ولكن يصاحبها أحيانا مشكلا في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

3. الإعاقة العقلية الشديدة: Severe Retardation

وتتراوح نسبة الذكاء لهذه ما بين 25-40 درجة، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة (Severely Mentally Retarded) ويرمز له (SMR)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة، مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما تتميز هذه الفئة باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

4. الإعاقة العقلية العميقة Profoundly Mentally Retarded

وتقل نسبة الذكاء في هذه الفئة عن 25 درجة ويرمز له (PMR)، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدراتهم الحسية والحركية، وغالبا ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو المؤسسة الخاصة برعايتهم.

رابعا: تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من أكثر التصنيفات قبولا بين المختصين في هذا المجال، نظراً لأن المسميات التي يتضمنها لا تحمل درجة عالية من السلبية كما في التصنيفات السابقة، خاصة التصنيفات القديمة التي تستخدم مسميات كالغبي والأبله والمعتوه.

يتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الفئات التالية: التخلف العقلي البسيط، والمتوسط والشديد والشديد جداً، ويمثل الجدول التالي هذه الفئات ودرجات الذكاء المقابلة لها وفق آخر تعديل أجرته عام 1983:

جدول فئات التخلف العقلي ومعاملات الذكاء المقابلة لكل فئة وفق تصنيف الجمعية
الأمريكية للتخلف العقلي

الفئة	معامل الذكاء وفق تعديل 1983	معاملات الذكاء المعتمدة قبل التعديل
التخلف العقلي البسيط	من 50-55 إلى حدود 70	70-55
التخلف العقلي المتوسط	من 35-40 إلى حدود -50 55	54-40
التخلف العقلي الشديد	من 20-25 إلى حدود -35 40	39-25
التخلف العقلي الشديد جداً	دون 20	دون 25

يلاحظ من الجدول أن الحدود الفاصلة بين كل فئة وأخرى ليست معامل ذكاء واحدة بل فئة مداها (5) درجات. وقد يتساءل القارئ كيف لنا مثلاً أن نصنف من يحصل على درجة ذكاء (52) إذ يمكن أن يقع في كلي الفئتين البسيط والمتوسط، ويمكن الجواب في تصنيف المعوق في فئة ما لا يأخذ بالاعتبار درجة ذكائه فقط بل أيضاً درجة سلوكه التكيفي. كما ان الفاحص يجب أن يأخذ بالاعتبار أيضاً سلوك المفحوص في الموقف الاختبار وغير ذلك من ملاحظات يرى الفاحص من الأهمية اعتبارها.
(القمش، 2011: 40)

-خصائص المتخلفين ذهنيا القابلين للتعليم:

أ- الخصائص الأكاديمية: قد يظهر على الطفل المتخلف الذهني شكل تأخر دراسي في مهارات القراءة والتعبير والكتابة وكذلك الاستعداد الحسابي، وقد أشارت الدراسات إلى أن هناك علاقة بين فئة المعوقين عقليا وبين درجة التخلف الأكاديمي، ويؤكد نادر فهيمي من خلال الاطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المتخلفين عقليا على أن:

- الأطفال المخلفين ذهنيا يتطورون ببطء في النمو اللغوي.
- الأطفال (المعوقين) يتأخرون في اللغة مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين.
- لديهم ضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في مدى الذاكرة
- وهذا ما يفسر عدم قدرة المتخلف ذهنيا على عملية الاتصال والتعامل مع الآخرين كما هو حاصل بنفس القدرة مع العاديين.
- **الخصائص الجسمية والحركية:** يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمتخلفين ذهنيا بشكل عام وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة التخلف الذهني، فالمتخلفون أصغر من حجمهم وقاماتهم من أقرانهم غير المتخلفين وفي معظم حالات التخلف الذهني المتوسط والشديد، يبدو ذلك واضحا على مظهرهم الخارجي، وتصاحب درجات التخلف الذهني في غالب الأحيان تشوهات جسمية في الرأس والوجه وكذلك في الأطراف العليا والسفلى.
- فيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني ببطئا في النمو تبعا لدرجة التخلف الذهني ونجد في الغالب أن المتخلفين ذهنيا يتأخرون في اتقان مهارة

المشي ويواجهون صعوبات في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة، كعضلات اليد والأصابع والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة، وتبقى المشكلات الحركية تواجه المتخلفين ذهنيا رغم تجاوزهم مرحلة الطفولة (القريطي، 2005: 60)

-**الخصائص الانفعالية والاجتماعية:** تعد الإعاقة العقلية في كثير من الأحيان مشكلة اجتماعية فالطفل المتخلف الذهني يعاني من صعوبة القدرة على التكيف الاجتماعي، ويتسم سلوكهم بالجمود، ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية كما يعاني المتخلفين ذهنيا من قصور في المهارات الاجتماعية مما يجعلوهم يميلون إلى الانسحاب وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين. وفيما يتصل بالجانب الانفعالي يعاني المتخلفون ذهنيا ببعض الصفات كالعدوان، الانسحاب، السلوك التكراري، التردد، النشاط الزائد، عدم القدرة على ضبط الانفعالات وعلى انشاء علاقة اجتماعية مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سنا في نشاطهم (بن أحمد الفوزان وآخرون، 2009: 77).

-**الخصائص العقلية:** من المعروف أن الطفل المتخلف ذهنيا لا يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى المستوى المتدني الذي يصل اليه الكفل العادي وكذلك فإن النمو العقلي لديه أقل في معدل نموه من الطفل العادي حيث أن مستوى ذكائه قد لا يصل إلى 75%، كما المتخلفين ذهنيا يتصفون بعدم قدرتهم

على التفكير على المحسوسات وكذلك ضعف قدرتهم على التذكر والانتباه، وتأخر النمو اللغوي عندهم (كمال والعزالي، 2014: 334).

التكفل بالمتخلفين عقليا (ذهنيا)

التكفل الطبي: تقديم العلاج الطبي حسب الحالة، والرعاية الصحية العامة وخاصة عندما يكون التخلف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية وعلاج أي خلل في أعضاء الحس، استخدام الأدوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

(Canouni, 1994: 59, p&al)

التكفل النفسي:

يتم هذا العلاج من أجل التوافق النفسي وإكساب الطفل المتخلف الاستقلالية، فحسب الظروف التي يعيش فيها المتخلف، يجب التكفل بهؤلاء الأطفال عن طريق علاج نفسي على شكل (العلاج الاسنادي) يتمثل في إقامة أفواج للتعبير عن طريق اللعب والرسم ولعب الأدوار.

بالإضافة إلى التكفل بالمحيط العائلي (الاسرة) للطفل المتخلف ذهنيا والتي تنعكس بدورها على الطفل مما يساعد على تخفيض القلق والتوتر، وتنمية إحساس إيجابي نحو الذات ومساعدته على تقبل ذاته.

إعادة التربية النفسية الحركية وهي عبارة عن نشاطات حركية تساعد الطفل على التكيف مع النشاطات اليومية كالنشاط البدني المكيف والتمارين الخاصة بالتوجيه في المكان والزمان وتكور الدانبية مما يساعده على التعلم بعض الأنشطة التربوية كالكتابة والقراءة (Canouni,

1994: 59, p&al)

استعمال نشاطات وتقنيات متنوعة لمساعدة الطفل على التعبير، والتكيف وتطوير قدراته النفسية والعقلية (كالمسرح، الرسم، البسيكودرام) (ميموني، 2005: 217)

مشكلات قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

هناك العديد من المشكلات التي تواجه عملية قياس وتشخيص الإعاقة العقلية يمكن تلخيصها بالنقاط الآتية:

1. إن معظم المقاييس المستخدمة لقياس الإعاقة العقلية لم تبين أصلاً لهم وإنما هي مستعارة للإستخدام للمعوقين عقلياً.
2. هنالك بعض الشكوك بمدى صدق وثبات المقاييس المستخدمة في عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية.
3. عدم الشمولية في التشخيص، فمعظمها مقاييس للذكاء ولا تشخص جوانب الشخصية الأخرى عند المعاق.
4. الاختبارات المستعملة تعطي نتيجة واحدة أي تفيدنا بأن المفحوص متخلف عقلياً بدرجة ما، ولكنها لا تحدد مواطن الضعف والقوة عند الطفل، ولا تعطينا فكرة عما يعرفه الطفل أو يتقنه وماذا لا يعرف الطفل أو لا يتقن من مهارات.
5. حركة قياس وتشخيص المعوقين مازالت حركة حديثة مازالت تحتاج إلى مزيد من الاختبارات التي يجب أن تطور في هذا الجانب وكذلك مازلنا بحاجة إلى دراسات وبحوث في هذا المجال أيضاً.

6. اللغة تعتمد الاختبارات المستعملة في كثير من الأحيان على اللغة ولما كان البعض من المعوقين عقليا لا يمكنه التعبير عن طريق اللغة فإن قياسه وتشخيصه تصبح عملية صعبة.

7. الهدف من التشخيص: حيث إنه إذا لم نحدد بعد ما هو الهدف من التشخيص أي هل نريد أن نعطي الصفة ونقول هذا متخلف عقليا أم نريد أن نعرف قدراته ومستوياته حتى نرسم له البرنامج المناسب.

8. بالنسبة لعملية تشخيص المعوقين عقليا فنحن نحتاج إلى بناء مقاييس واختبارات أو أدوات تشخيص محلية أيضا ولا نكتفي فقط بترجمة وتقنين اختبارات أجنبية صحيح أن تقنين الاختبارات تفيدنا في هذا الظرف لإننا نريد أدوات مستعجلة ولكن أيضا مع هذه الحركة يجب أن نقوم ببناء وتطوير أدوات التشخيص المناسبة لبيئتنا.

9. تفسير النتائج: إن عملية التشخيص تكون ممكنة أحيانا ولكن المهم أيضا هو كيف نفهمها ونفسرها، فليس من السهل على أي فرد أن يقوم بذلك.

10. تقديم المعلومات للأهل بصدق وموضوعية حيث يجب أن تقدم النتائج إلى الأهل بصدق وموضوعية دائما ولكن بالأسلوب المناسب وأن نتذكر دائما بأننا نتعامل مع أهل الطفل وهم بشوق لسماع النتائج الإيجابية عن طفلهم، ولكن المهم ألا يكون الأسلوب على حساب الموضوعية والصدق.

11.تواجهنا حالات متعددة الإعاقة وجسميا مثلا عقليا وسمعيًا لذا، فإن الاختبارات يجب أن تعدل وقبل أن تطبق على الطفل حتى نحصل على نتائج صادقة وثابتة.

12.الدافعية في كثير من الأحيان قد تنخفض درجة نداء المعوق على اختبار نتيجة لعدم وجود دافعية لديه للقيام بالمطلوب على الاختبار لذلك، يجب أن نراعي الدافعية.

13.التشتت والانتباه: من المعروف أن المعوق سهل التشتت وقدراته على التركيز والانتباه ضعيفة لذا يجب مراعاة ذلك.

14.صعوبة الفهم لا يفهم المعوق المطلوب منه إذا لم يوضح بصيغة بسيطة ومناسبة لفهمه واستيعابه. (القمش، 2011: 49)

الإعاقة البصرية



الإعاقة البصرية:

تعتبر أهمية حاسة البصر في عمليات التعليم والتعلم من أن 80% من الأعمال والأنشطة المدرسية التي يؤديها الطفل تقوم على نشاط البصري الدقيق والمنتظم والمتكرر، ومهارات التنسيق الحركي (بين العين واليد خاصة) ومتابعة تعبيرات المعلم وحركاته وسلوكه ونشاطه داخل الفصل، وما يعرضه من مواد ووسائل تعليمية... إلخ، ومن ثم يتطلب فقدان البصر استخدام وسائل وتقنيات ومواد تعليمية بديلة: لأن الصورة التصويرية معدومة ولذلك يجب استخدام وسائل تعتمد على حاسة اللمس والسمع.

تعريف الإعاقة البصرية:

- المعوقون بصريا هم الذين يعانون من درجات متفاوتة من فقدان البصري وتتراوح بين العمي الكلي Totally Blind حيث لا يرون شيئا على إطلاق، ولا يشعرون بالضوء، والإبصار الجزئي Partially sighted تتفاوت قدرة أصحاب هذه الحالة على التمييز البصري ويتميزون بقدرتهم على التوجه والحركة وعمليات التعلم المدرسي باستخدام المعينات البصرية.

وقد تعددت تعريفات الإعاقة البصرية إلى مايلي:

أولا: التعريف الطبي:

المعاق بصريا هو ذلك الفرد الذي لديه مشكلات في حدة الإبصار، أي في قدرة على التمييز بين الأشكال على ابعاد معينة مقل قراءة الأحرف والأرقام والرموز بحيث لا تستطيع العين على عكس الضوء لأنه يرتكز على الشبكية.

وحدة الإبصار عند الناس الأسوياء هي 20/20 أو 6/6، والكفيف طبيا هو ذلك الفرد الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه 200/20 قدم في العين الفضل من الأخرى

باستعمال النظارة الطبية أو هو من لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة في أفضل العينين (سعيد حسني، 2002: 94)

ثانياً: تعريف القانوني:

يشير التعريف القانوني من وجهة نظر الأطباء والذي تأخذ به معظم السلطات التشريعية إلى أن الشخص المعاق بصرياً هو الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 20/20 قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة 200 قدم يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر معاقاً حسب هذا التعريف.

ثالثاً: تعريف التربوي:

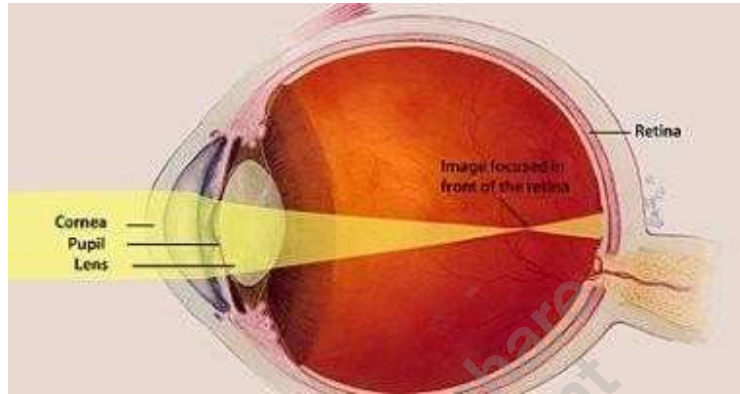
المعاق بصرياً هو من فقد قدرته البصرية بشكل كلي، أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط، ويكون بحاجة للاعتماد على حواسه الأخرى من أجل عملية تعلمه. (سعيد حسني، 2002: 94)

ومن خلال التعريف الإعاقة يجب أن يشمل على مايلي:

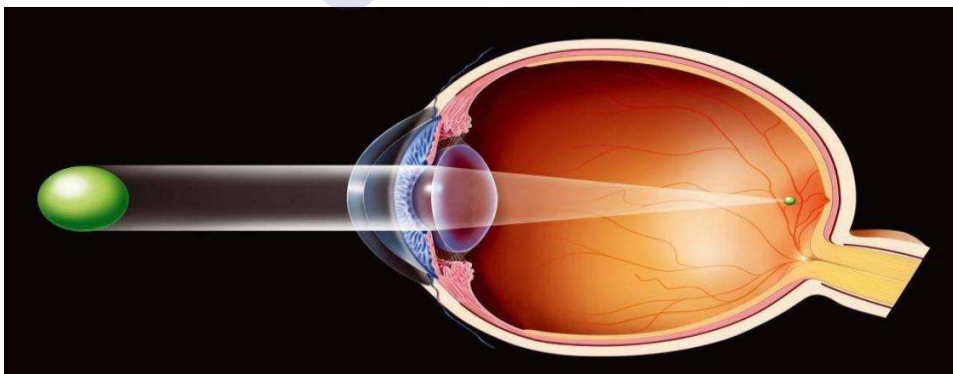
- قصور او عجز في مجال الإدراك البصري 200/20
- اعتماد الفرد على الحواس الأخرى كاللمس والسمع
- الحاجة إلى وسائل معينة كالنظارة
- غير قادر على كسب قوته بسبب اعاقته
- الحاجة إلى برامج تربوية وطرق تعلم تختلف عن العاديين.

مظاهر الإعاقة البصرية: أن مظاهر الإعاقة البصرية قد تتأثر بشكر كبير بالأسباب التي أدت إلى وجود هذه المظاهر ومن هذه المظاهر:

1- **قصر النظر Myopia** وتتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية الشخص للجسام البعيدة لا القريبة لأن صور الجسام تقع امام الشبكية وذلك لأن طول العين أطول من طولها الطبيعي ويستخدم الشخص في هذه الحالة عدسات مقعرة **Concav Lenses** لتصحيح مجال الرؤية لديه لكي يسقط ضوء الأشياء على الشبكية نفسها.



2- **طول النظر Hyporpai** تمثل هذه الحالة عند الفرد في صعوبة رؤية الأشياء القريبة وليس البعيدة لأن صور الجسام المرئية تقع خلف الشبكية، وذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي ويحتاج هذا الشخص إلى عدسات محدبة **Convex Lenses** لتصحيح مجال رؤيته.



3- حالة صعوبة تركيز النظر Astigmatism وتمثل هذه الحالة في عدم قدرة الفرد على رؤية الأجسام بشكل مركز ويعود السبب إلى الوضع غير الطبيعي لقرنية العين ويحتاج صاحب هذه الحالة إلى عدسات اسطوانية لتجميع الأشعة الساقطة وتجميعها.

تصنيفات الإعاقة البصرية:

قد يولد الأفراد المعوقين مصابين بالإعاقة البصرية بشكل كلي أو جزئي في مراحل حياتهم وأن الأطفال الذين يفقدون أبصاره قبل سن الخامسة لا يحتفظون بصورة بصرية مفيدة. والأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلية اثناء السنوات المبكرة كلياً أو جزئياً بعد سن الخامسة قد يحتفظون بإطار بصري جيد ويستطيعون تكوين فكرة بصرية عن هذا الشيء خاصة بالاعتماد على خبراتهم البصرية السابقة على الرغم من أن ملاحظتهم البصرية محدودة ويعتمد على ما تبقى لديهم من ابصار، ويمكن القول بأن الإعاقة البصرية يمكن أن تصنف إلى مايلي:

- فقد بصر تام ولادي أو مكتسب قبل سن الخامسة
- فقد بصر تام، مكتسب بعد سن الخامسة
- فقد بصر جزئي مكتسب
- ضعف بصر ولادي
- ضعف بصر مكتسب

ويمكن تصنيف المعاقين بصريا في مجموعتين كما يلي:

أ- المكفوفون الذين ينطبق عليهم التعريف الطبي 200/20 في حدة ابصار في أحسن العينين باستعمال النظارة الطبية

ب- المبصرون جزئياً: المعاقون بصريا اعافة جزئية وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو بأي وسيلة تكبير

وتراوح حدة الابصار لدى أفراد هذه المجموعة ما بين 70/20 إلى 200/20 قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية.

حاجات المعاقين بصريا:

أ- حاجات أكاديمية واتصالية:

- الحاجة إلى التعلم القراءة والكتابة بطريقة تختلف عن تعلم المبصرين
- الحاجة إلى وسائل تعليمية تتناسب مع طبيعة الإعاقة البصرية.

ب- حاجات وجدانية واجتماعية:

يحتاج الشخص المعاق بصريا إلى تهيئة نفسية للتقبل إعاقته والرضا عن ذاته وإلى الرعاية الصحية والاجتماعية وإلى التأكيد على قيم الدينية وتقوية الارادة والشعور بقيمة الحياة وكذلك الإحساس بالقوة وتعزير الذات وذلك عن طريق مشاركته للأطفال المبصرين في الأنشطة والأعمال المختلفة.

أ- حاجات حسية:

المعاق بصريا بحاجة إلى التدريب على استخدام الفعال للحواس السليمة وذلك من أجل تعويض الحرمان البصري والتعرف على البيئة المحيطة به والتعامل مع مكوناتها.

خ- حاجات تتعلق بالتوجه والحركة:

تعد قدرة المعاق بصريا على التنقل في البيئة المحيطة به بشكل فعال ومفيد من اهم الاعتبارات التي تعزز استقلاليته واعتماد على نفسه من جهة وتكيفه في المجتمع واندماجه في الأنشطة المختلفة من جهة أخرى.

أساليب التدريس لأطفال المعاقين بصريا:

1- الوسائل التعليمية:

أن نجاح فكرة الدمج هو إنجاز العملية التعليمية للتلاميذ المعاقين بصريا والمعاقين حسيًا المدمجين، حيث أكدت المادة رقم 7 من القرار على تجهيز القسام الخاصة وهذا نصها:

يضع قطاع التربية الوطنية تحت تصرف قطاع التضامن الوطني للاستقبال الأقسام الخاصة قاعات بيداغوجية ملائمة تتوفر على الوسائل والتجهيزات الضرورية على غرار الأقسام العادية.

وهنا تبين على أهمية توفير الوسائل التعليمية الخاصة وغيابها او نقصها قد يصعب العملية التعليمية وقد يثقل كاهل الأستاذ ونذكر بعض الوسائل التعليمية الخاصة التي يحتاجها التلاميذ المعاقين بصريا المدمجين:

تتوفر أدوات ومعدات خاصة عديدة يستطيع الأطفال المعاقين بصريا استخدامها للقراءة والكتابة والتنقل والتواصل ومن اهم هذا الأدوات والمعدات ما يلي:

- **نظام برايل:** نظام برايل هو نظام للقراءة للمسية يستخدم خلية من ست نقاط، ويمكن الكتابة أو باستخدام منقب يدوي لوحة خاصة.
- **الآلات الكاتبة:** يمكن استخدام الآلة الكاتبة العادية من التلاميذ الذين يعانون ضعف بصري، ولا يستطيعون الكتابة يدويا بشكل مقروء وواضح، ويمكن تدريب الأطفال المعاقين بصريا على استخدامها للكتابة.
- **الكتب الناطقة:** هناك أجهزة خاصة لإعداد نسخ مسجلة من الكتب او المجالات المختلفة التي يحتاج التلاميذ المعاقين بصريا إلى قراءتها.
- **مسجلات الأشرطة:** وتستخدم لتدوين الملاحظات في غرفة الصف او الإجابة شفويا عن الأسئلة الامتحان أو الاستماع للكتب الناطقة المسجلة وهناك مسجلا خاصة تستخدم الكلام المضغوط وهو الكلام يتم تسجيله في فترة أقصر من الفترة العادية ولذلك فهي تتطلب فترة استماع قصيرة.
- **أوبتاكون:** أداة تكنولوجية معقدة للقراءة تحول المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الكفيف لمسها بإصبعه

- أدوات التكبير: وهي تشمل تكبير الكلام المكتوب او استخدام أدوات بصرية للتكبير تحمل باليد.
- جهاز كرزويل للقراءة: جهاز يحول المادة المكتوبة إلى مادة مسموعة وهو يستخدم عادة للقراءة
- جهاز الأبكس: هو جهاز فجراء العمليات الحسابية أي العداد الحسابي وهو عبارة عن لوحة خشبية داخلها عيدان متوسطة المساحة عليها خزازات يستطيع الكفيف لمسها وعدها واستعمالها في العمليات الحسابية.

2- البرامج التعليمية:

تستخدم البرامج العادية ويجتهد الأستاذ المشرف على التلاميذ المدمجين على تكيفها وفق طبيعة إعاقتهم واحتياجاتهم وهذا ما ذكرته المادة رقم 9 من القرار وهذا نصها:

يطبق برامج التعليم الرسمية لوزارة التربية الوطنية على مستوى القسم الخاصة التي تستقبل التلاميذ المعوقين سمعيا وبصريا وفقا للطرق والوسائل والتقنيات المكيفة حسب طبيعة كل إعاقة تطبق برامج التربية والتعليم المتخصصين لقطاع التضامن الوطني على مستوى القسان الخاصة التي تستقبل الأطفال ذوي إعاقات ذهنية خفيفة.

وقد يجد الأساتذة صعوبة في تكيف البرامج التعليمية وفق حاجات التلاميذ المعاقين بصريا المدمجين في القسم العادية وذلك للأسباب التالية:

- خاصة إذا كان الأساتذة لا يتخذون التلميذ محورا للعملية التعليمية بل ينظرون للفصل كله انه الوحدة التعليمية وهنا نتحدث عم الدمج في القسم العادية
- كذلك صعوبة اللجوء إلى التعليم الفردي مع التلاميذ المعاقين بصريا المدمجين لكثرة التلاميذ العاديين في القسم العادي.

- قد يصعب على الأساتذة إعطاء الأمثلة الواقعية للتلاميذ المدمجين

وهنا تظهر أهمية موضوع تكيف البرامج من حيث المحتوى وطرق التدريس وكذا التقييم والتي لم يذكرها التشريع للدمج المدرسي وقد يجتهد حسب خبرته:

- تكيف المحتوى:

يقصد بالمحتوى الموضوعات التي تدرس في نقطة معينة من الزمن وفق مستوى المتعلم واستعدادات نضجه وعملية التدريس تبدأ بالتلميذ نفسه ثم تتجه لتشمل التجريد فالهدف الساسي يجب ان يتمركز حول زيادة استيعاب المفاهيم وليس فقط حفظ الكلمات، فاختيار المحتوى التعليمي للتلميذ المعاق بصريا يتطلب مراعاة الشمولية والتعديل والتبديل والحذف للمحتويات الغير المناسبة ويلجأ إلى هذه الخيارات الأربعة عندما يتأكد من أن الموضوعات هي عليه لا تلبى حاجات التلاميذ المعاقين بصريا، لهذا يجب البحث عن وسائل أخرى، قد تكون بديلة لتغذية المحتوى الساسي بالمعلومات أكثر وضوحا، ولكن الرؤية ليست القناة الأساسية للتعلم عند هذه الفئة من التلاميذ، بل توظف القنوات الحسية المتبقية بشكل شمولي لمساعدة التلاميذ على التعلم واكتساب الخبرات بشكل مترابط، وان درجات النجاح تختلف من تلميذ إلى آخر بسبب الفروق الفردية بين المعاقين بصريا كما هو حال بالنسبة للتلاميذ المبصرين، فالإعاقة البصرية مسؤولة عن نجاح او فشل التلميذ اكااديمياً، ولكن هناك عوامل أخرى منا بينها مدى ملائمة المحتوى. (ماجدة السيد، 2000: 312)

- تكيف طرق التدريس:

تتوقف طريق التدريس على طبيعة المتعلم ومحتوى التعلم ويحكمها مبادئ معينة وقد اقترح

لوينفليد خمسة مبادئ لتدريس التلاميذ المعاقين بصريا وهي كالتالي:

أ- التفرد: يختلف التلاميذ المعاقين بصريا فيما بينهم بنفس الدرجة التي يختلفون بها عن العاديين عن لم يكن أكثر، فهم يختلفون في درجة الإعاقة البصرية والذكاء

والخلفية السرية والمشكلات التي يواجهونها ومن ثم يتطلب المر برنامج منفرد يتصل بحاجته الخاصة.

ب- المادية: يكتسب التلميذ المعاق بصريا معلوماته من خلال السمع واللمس، ولكن اللمس الذي يتيح له فهم العالم من حوله ومن ثم تبدو الحاجة إلى وجود المادة والنماذج المادية التي تتيح له ان يتعلم الشكل والحجم والوزن والصلابة ويستطيع الطفل ان يتعرف من خلال نموذج للمنول على أبعاده وأجزائه.

ت- وحدة معرفة: تتجه الخبرة البصرية إلى وحدة المعرفة والتلميذ المعاق بصريا لا تستطيع وحده إدراكها دون مساعدة الأستاذ الذي يستحضر خبرات متنوعة ينقلها إلى التلاميذ المعاقين بصريا ليعايشوها من خلال نماذج مادية ومع الشرح والمناقشة يمكن الوصول للكليات.

ث- حيز إضافي: يعيش التلاميذ المعاقين بصريا في بيئة مقيدة مما يستلزم توسيع مداركهم وتطوير خيالهم وتحقيق توافقهم مع البيئة ويتطلب ذلك إعداد الفصل، المدرسة وغيرها بما يسمح بحرية الحركة.

ج- النشاط الذاتي: عندما يجذب اهتمامك شيء ما فإنك تنشط نحوه ولكن التلميذ المعاق بصريا لا يجذب اهتمامه إلى شيء ولا ينشط نحو شيء اللهم إذا شم أو لمس ومن ثم يتطلب الأمر توفير خبرات تعتمد على إثارة ما تبقر له من حواس وتفتح أمامه باب التعلم والخبرة والنشاط

تكييف التقييم:

تعتبر التعديلات المطلوبة في الاختبارات العادية لكي تناسب المعاقين بصريا أقل نسبيا من تلك التي تلزم في حالة الصم ومن الطبيعي أن الاختبارات التي يلجأ إلى القراءة بطريقة البرايل يدخل في تقديرها حساب الوقت لسبب بطء القراءة بهذه الطريقة مقارنة بسرعة القراءة العادية إذ يكون الوقت اللازمة ثلاثة او أربعة أضعاف الوقت العادي (مجدي، 2008: 623)

الاختبارات بأنواعها المختلفة مثل:

أ- الاختبارات الشفوية: ويفضل التلاميذ المعاقين بصريا هذا النوع من الاختبارات نظرا لما يتمتعون به من قدرة على التعبير ولما تسبب لهم الاختبارات التحريرية من إرهاق عند استعمال آلة البرايل عند الإجابة على الأسئلة.

ب- الاختبارات التحريرية:

1- اختبارات المقال: وتكون الصعوبة في الإجابة عنها بالنسبة للتلاميذ المعاقين بصريا نظراً لطول الوقت الذي تستغرقه في الإجابة عنها، وكذلك الجهد المبذول عند الطباعة وطريقة البرايل، ولذا لا يفضل التلاميذ بصريا هذه الاختبارات.

2- الاختبارات الموضوعية: (الصواب والخطأ- التكملة - الاختيار من متعدد- المزوجة - إعادة الترتيب) يفضل التلاميذ المعاقين بصريا هذه النوعية من الأسئلة لسهولة الإجابة عنها وإنها لا تستغرق وقتا طويلا في الإجابة ويجب أن يلاحظ في الاختبارات الصواب والخطأ ان يكتب في أعلى السؤال: ضع كلمة (صح) أو كلمة (خطأ) بدلا من وضع علامات لأنه لا يمكن طبعا بطريقة البرايل.

3- ملاحظة: تعتبر الملاحظة وسيلة من الوسائل التقويم وذلك لإن المعلم يقضي معظم اليوم الدراسي مع التلاميذ ويلاحظهم في أثناء الحصص وفي مختلف الأنشطة التي يزاولونها داخل الفصل وخارجه فيتعرف على مظاهر النمو المختلفة لجوانب شخصيتهم وينبغي ان تكون الملاحظة مستمرة ومتصلة ومتنوعة في مختلف المواقف التي تفاعل معها التلاميذ المعاقين بصريا (البيومي، 2004: 162)



الإعاقة السمعية



الإعاقة السمعية:

تعد حاسة من الوظائف المعقدة والمهمة لدى الكائن الحي، بما فيها الانسان وهذه الوظيفة تقوم فيها الأذن التي تعد قناة اتصال بين الفرد والعالم الخارجي وعلي سبيل مثال قوله تعالى " ﴿ وَجَعَلْنَا لَكُمْ السَّمْعَ وَالْأَبْصَرَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴾ (النحل 78) ويعتمد الطفل اعتماداً كبير على حواسه حيث تأتيه من خلالها المثيرات المتباينة التي تكون خبراته وتجدد معلوماته وتنمي معارفه لذا فإذا تعرض على حادث أو مرض قد يفقد على إثره إحدى هذه الحواس مما يؤثر سلباً عليه من ناحية التعلم والتواصل، في هذه الحالة يعد الطفل معاقاً، من بين الإعاقات الحسية نجد الإعاقة السمعية، فغياب الوظيفة السمعية له آثار سلبية تعيق النمو المعرفي السليم للطفل المعاق سمعياً.

- مفهوم الإعاقة السمعية:

تعرفها Dumont على أنها عبارة عن حرمان أو ضعف أو فقدان كلي للسمع فهو إتلاف أو نقص أو فقدان جزئي أو كلي أو ضياع للوظيفة السمعية.

ويعرفه Defontaine يرى أن الإعاقة السمعية يكون بنقص جزئي أو كلي في حدة السمع وتكون هذه الإعاقة مختلفة حسب درجات متفاوتة مما يؤدي إلى القيام بتصنيفها لها.

التعريف الوظيفي للإعاقة السمعية:

يركز هذا التعريف على مدى العجز السمعي في فهم اللغة المنطوقة، ولذلك فهو يعتبر أن هذه الإعاقة انحرافاً في السمع يحد من قدرة على التواصل السمعي اللفظي.

- تعني فقدان قدرة الفرد على السمع، لذلك فهو غير قادر على اكتساب اللغة وفهمها وكذلك عدم القدرة على الكلام تبعاً لذلك.

- تعني فقدان جزء من قدرات الفرد على السمع بعد أن تكونت له مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة والاحتفاظ بقدرته على الكلام ويحتاج إلى وسائل سمعية معينة.

- تعريف لويد Liloyd

الإعاقة السمعية هي نتيجة لشدة الضعف السمعي وتفاعله مع العمر عند فقدانه والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث ذلك الفقدان ونوع الاضطراب المؤدي إليه ومدى تحسنه بالوسائل السمعية المعينة.

التعريف التربوي:

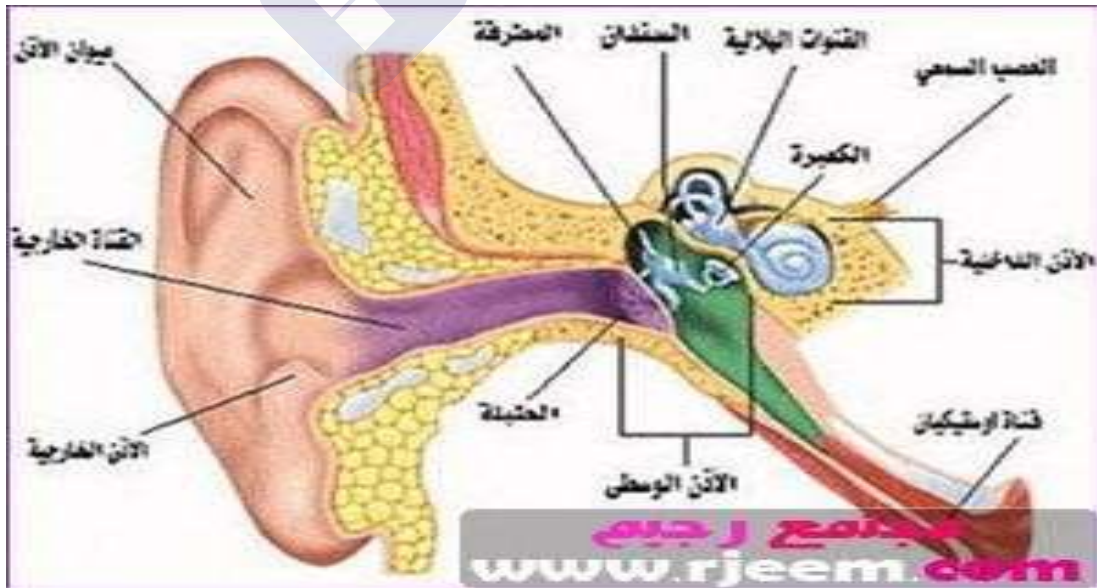
الإعاقة السمعية تلك الإعاقة على أداء الفرد التربوي

التعريف التربوي:

ويري هذا التعريف بأنها تلك الإعاقة على أداء الفرد المهني

التعريف الطبي:

هي تلك الإعاقة التي تعتمد على شدة الفقدان السمعي عن الفرد مقاسه بالديسبل .Disible.



- الفرق بين ضعف السمع والأصم:

يكنم الاختلاف في الدرجة، فالأصم لا يمكن له أحداث استجابة اتجاه الكلام المنطوق والمسموع أما ضعف السمع باستخدام حاسة السمع الضعيفة ووسائل مساعدة يمكن له القدرة على فهم اكلام المنطوق.

تصنيفات الإعاقة السمعية:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية حسب مايلي:

- العمر عند الإصابة - موضع الإصابة - شدة ودرجة الإصابة

أولاً: من حيث العمر عند الإصابة وتقسم إلى ما يلي:

- إعاقة سمعية ولادية **Congenital** أي أن الفرد ولد وهو ضعيف السمع منذ لحظة ولادته.

- إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة **Prelingual**: أي أن الإعاقة السمعية كانت قد حدثت

لدى الطفل قبل تعلم اللغة واكتسابها، أي ما قبل سن الثالثة مع العمر ويتميز أطفال هذه

الفئة بعدم القدرة على الكلام لأنهم لم يتمكنوا من سماع اللغة.

- إعاقة سمعية بعد اللغة: وتشمل هذه الإعاقة الأطفال بعد ان كانوا قد تعلموا اللغة وتمكنوا

من تطوير الكلام واللغة.

- **إعاقة سمعية مكتسبة:** وتشمل هذه الإعاقة الأطفال الذين فقدوا حاسة السمع بعد الولادة وفقدوا قدرتهم اللغوية التي كانت قد تطورت لديهم في غياب عدم تقديم خدمات تأهيلية خاصة بهم.

ثانياً: من حيث موقع الإصابة وتقسم إلى ما يلي:

- **إعاقة سمعية توصيلية**
 - **إعاقة سمعية حسية عصبية**
 - **إعاقة سمعية مركزية**
 - **الإعاقة السمعية التوصيلية:**

تكمّن مشكلة السمع في هذه الحالة في عملية توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية بسبب مشكلات في الأذن الخارجية، أو الأذن الوسطى، ومن هذه المشكلات وجود الصملاخ أو الالتهابات المسببة عن الفيروسات، والجراثيم والأورام والفطريات وعادو ما يشكو المريض من حكة في الأذن أو وخز ويحتاج الفرد إلى تخطيط سمع لتحديد درجة الإعاقة السمعية لديه.

- **الإعاقة السمعية الحسية العصبية:**

تكون المشكلة في هذه الحالة في الأذن الداخلية والعصب السمعي، واخفاق الأذن في استقبال الأصوات، أو في نقل السوائل العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ، وتسبب هذه الإعاقة تشويه في الصوت لذلك يدرك المريض أصواتاً مشوشة، وهذا الخلل

غير قابل للتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية، ولا فائدة من تضخيم الصوت عن طريق سماعة الأذن.

- الإعاقة السمعي المختلط:

ويجمع هذا النوع بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية الحس عصبية، فمن الأهمية بمكان تحديد نوع الإعاقة السمعية وطبيعتها لما لذلك من انعكاسات على العملية التربوية.

- الإعاقة السمعية المركزية:

تكمن المشكلة في هذه الحالة في التفسير الخاطئ لما يسمعه الانسان بالرغم من أن حاسة سمعه قد تكون طبيعية والمشكلة تكون في توصيل السوائل العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ وذلك نتيجة وجود أورام أو تلف دماغي والمعينات السمعية في هذا النوع من الإعاقة تكون ذات فائدة محدودة.

ثالثاً: من حيث شدة الإعاقة وتقسّم إلى ما يلي:

- الإعاقة السمعية البسيطة جداً

يترواح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (26-40) ديسبل وأهم ما يميز هذه الإعاقة صعوبة سماع الكلام الخافت أو عن بعد أو تمييز بعض الأصوات ولا يواجه الفرد صعوبات تذكر في المدرسة وقد يستفيد من المعينات السمعية والبرامج التربوية والعلاجية

- الإعاقة السمعية البسيطة:

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (41-55) ديسبل ويفهم صاحب هذه الإعاقة كلام المحادثة من بعد (3-5) أمتار وجها لوجه ويخسر 50% من المناقشة الصفية خاصة إذا كانت الأصوات خافتة أو بعيدة ويكون ذلك مصحوباً بانحرافات في اللفظ أو الكلام ويحتاج إلى خدمات التربية الخاصة واللاحق بصف خاص وقد يستفيد من المعينات السمعية.

- الإعاقة السمعية المتوسطة:

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين 56-70 ديسبل وصاحب هذه الإعاقة لا يفهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عالٍ، ويواجه الطالب صعوبة في المناقشات الجماعية ويكون ذلك مصحوباً باضطرابات في اللغة، ويكون قاموسه اللفظي محدوداً، ويحتاج إلى اللحاق بصف خاص واستعمال المعينات السمعية.

- الإعاقة السمعية الشديدة:

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (71 - 90) ديسبل، وصاحب هذه الإعاقة لا يستطيع سماع حتى الأصوات العالية، ويعاني من اضطرابات في الكلام، واللغة ويحتاج الطفل إلى مدرسة خاصة بالمعوقين سمعياً ليتدرب على السمع وقراءة الشفاه ويكون بحاجة إلى سماع طبية.

-الإعاقة السمعية الشديدة جداً (حادة)

يزيد فقدان السمع في هذه الحالة عن 90 ديسبل ويعتمد الفرد على حاسة البصر للتعويض عن حاسة السمع ويكون لديه ضعف واضح في الكلام ويحتاج إلى مدرسة للصم لتعليمه التواصل اليدوي والتدريب السمعي.

جدول يوضح تصنيف درجات الإعاقة

مستوى السمع	الوصف	التأثير على التواصل
0-25 ديسبل	عادي	لا يوجد تأثير سلبي على التواصل
26-40 ديسبل	فقدان سمعي بسيط	صعوبة في سماع الأصوات البعيدة أو الخافتة
41-55 ديسبل	فقدان سمعي متوسط	فهم الكلام في الحوار من مسافة قريبة الاعتماد أحيانا على الاتصال البصري لفهم الكلام احتمال وجود مشكلات في الكلام والمحصول اللفظي
56-70 ديسبل	واضح	صعوبة في فهم المحادثة بصوت مرتفع إظهار قصور في الكلام، لغة إستقبالية وتعبيرية خاطئة
71-90 ديسبل	شديد	يمكن سماع الأصوات المرتفعة القريبة (على بعد قدم واحد) تختلف في نمو الكلام واللغة
أكثر من 90 ديسبل	حاد	عدم القدرة على فهم الكلام من خلال مكبرات الصوت الاعتماد في السماع الصوت المرتفعة على الذبذبات أكثر من الاعتماد على أنماط النغمات

الخصائص السلوكية والتعليمية للمعوقين سمعياً:

-**الخصائص اللغوية:** من اهم خصائص المعاقين سمعيا هي اعاقه النمو اللغوي. حيث ان النمو اللغوي يرتبط ارتباط وثيق بالقدرة السمعية وان النمو اللغوي يعد هو مؤشر هام واساسي للنمو العقلي. وانه مؤشر لمدى القدرة على اقامه العلاقات الاجتماعية عن طريق استخدام الكلام والحديث في احداث التفاعل الاجتماعي. ويرتبط الصم غالبا بالبحم ولهذا تتأثر قدره الفرد على اكتساب اللغة ونموها بمدى قدرته على السمع. وقد اكدت هذه الخاصية اختبارات الذكاء حيث اظهرت انخفاض أداء المعاقين سمعيا على هذه الاختبارات.

- لا يستطيع ضعيف السمع أن يواصل مراحل النمو اللفظي لأسباب منها (لا يستطيعون سماع النماذج الكلامية واللغوية الصحيحة من الكبار ومن ثم لا يستطيعون تقليدها بسبب الاعاقه عدم تلقي اي تغذية راجعة او ردود أفعال بشأن ما يصدرونه من أصوات خاصه من الاخرين).

-**الخصائص المعرفية:**

ان مستوى ذكاء الاطفال المعاقين سمعيا كمجموعة لا يختلف عن ذكاء الاعتياديين أقرانهم. وبالرغم من تدني اداء المعاقين سمعيا على اختبارات الذكاء بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية فإن ذلك لا يعني انهم اقل ذكاء من الاعتياديين.

- الخصائص النفسية والانفعالية:

ان المعاقين سمعياً يميلون بشكل عام الى العزلة وتجنب الآخرين نتيجة احساسهم بالعجز عن التواصل وعدم قدرتهم على المشاركة او الانتماء الى الافراد الآخرين كما انهم يفضلون الانشطة الفردية كاللتنس والجمباز وغير ذلك كما انهم يتصفون بالاعتماد على الآخرين والتقدير المنخفض لذاتهم وقد يرجع ذلك الى تعرضهم الى مواقف تتسم بالإهمال وعدم القبول والسخرية من قبل الآخرين.

مفهوم المعين السمعي:

- تعريف روندا (1982): الجهاز السمعي هو جهاز يخص بتعويض الضياع السمعي للمصاب وذلك بتكبير الموجات الصوتية في مستوى يجعلها أكثر وضوحاً وهذا بعد أدني حد من التشوه.

وتكمن أهمية تجهيز الطفل الأصم لأن لديه مشكل يتمثل في عدم القدرة في الاتصال وغدراك العالم الخارجي وتنظيمه وهذا التنظيم يحدث من خلال مجموعة من الادراكات وليس بواسطة السمع فقط، لذا يجب تشخيص مبكر واستعمال الجهاز السمعي، فالأصم يجب عليه حمل الجهاز مبكراً ويومياً فكلما كان الصمم عميقاً كلما كان تدخل الجهاز ضرورياً ومبكراً.

شروط التجهيز:

أن التجهيز لا يتم بصفة عفوية بل يجب توفر عدة شروط أهمها:

- وجود صمم مهما كان سن الطفل، ولا يمكن التجهيز إلا بعد القيام بتشخيص مدقق يخص نوع ودرجة الصمم لأنه على إثر معرفة هاذين الآخرين يتحدد ما إذا كان التجهيز ضروري أم لا وكذلك معرفة نوعية التجهيز
- استحالة علاجه طبياً عن طريق الدوية أو الجراحة، أما إذا كان هناك إمكانية للعلاج فيجرب هذا الأخير قبل التجهيز حتى ولو كان التحسن جزئي (فيكون التجهيز مكمل لهذا التحسن)
- استقرار الصمم كقاعدة عامة لا يجهز الطفل إلا إذا كان مصاب بصمم نهائي وثابت (فتحي، 2000: 141)
- أن التجهيز يسمح للطفل من استغلال بقايا السمع على مستوى بعض التواترات حسب درجة الصمم وهذا ما يمكنه من تطوير لغته الشفهية.
- يسمح بإدخال الطفل في البرنامج التكيف مع إعاقته
- تعويض الطفل للغة المنطوقة في المنزل والمدرسة (سعيد حسني، 2001: 73)

مكونات التجهيز:

- هناك أنواع كثير من التجهيزات تختلف من حيث الصمم، فتوجد فردية وأخرى جماعية لكنها تحوي على نفس العناصر والمتمثلة في:
- الميكروفون Microphone: يقوم بتحويل الموجات الصوتية إلى طاقة كهربائية.

- المضخم Amplificateur: يتكون من ثلاث طبقات حسب نوع ودرجة الصمم والتي تقوم بتضخيم الصوت الضعيف والطاقة الضعيفة المرسله من الميكروفون وهو ما يسمى بالربح الآلي.

- السماعه Ecouteur: تحويل الطاقة المضخمة إلى اهتزازات مضخمة.

- القاطع Interrupteur: هي عبارة عن الريتم بواسطته تشغيل وإيقاف الجهاز .

- البطارية Pile: تسمح بتزويد الجهاز بالطاقة الكهربائية. (خديجة حمري، 2007: 35)

أنواع التجهيز:

هناك مجموعة من المعينات التي يفضل استخدامها من قبل الصمم وضعاف السمع ويطلق عليها سماعات وتتوفر بأنواع كثيرة من أشهرها ما يلي:

1- **سماعات الجيب:** تعد هذه النوعية من الأجهزة الأكثر ضخامة نسبيا في حالة مقارنتها

مع باقي أنواع الأجهزة السمعية الأخرى، تتميز على تكبير الصوت وتوصيله بواسطة

أسلاك خاصة، وتعتبر من أكثر السماعات توفيراً. (حياة يوسف، 2014: 47)

2- **سماعات خلف الأذن:** تعتبر هذه السماعات الأكثر انتشاراً من غيرها والأكثر تنوعاً

في أحجامها وأشكالها، كما أنها تصلح للكبار والصغار وتناسب حالات فقدان السمع

من البسيط إلى العميق، ولا يمكن تقسيمها إلى سماعات رقمية تقليدية وهو عبارة عن

علبة صغيرة حلزونية الشكل ولها عدة أشكال منها السماعات صغيرة الحجم والمتوسطة والكبيرة (محمود علي محمد، 2013: 86)

3- سماعات داخل الأذن: لها مميزات لا توجد في الأنواع الأخرى السابقة وتمتاز بما يلي:

- تتميز بعدم تعرضها للسقوط أو الضياع أو التلف الناتج عن الإحتكاك.
- لا يسمح باستخدامها للأطفال الصغار السن لأن هناك مشكلة رئيسية تواجه هذا الجهاز وهو صغر الحجم مما يصعب التحكم فيه وضبطه (سليمان عبد الرحمن، 2003: 67)
- 4- الزرع القوقعي: تعتبر تكنولوجيا زراعة القوقعة من احداث ما توصل إليه العلم، لأولئك الذين يعانون فقدان السمع التام أو شبه التام، وكذلك قام الباحثين باكتشاف وسيلة بديلة وهي حث العصب السمعي عن طريق زرع بدائل الأذن الداخلية في هذه الحالة يتم استقبال الصوت ليتم معالجته تكنولوجياً بهدف تبسيطه بحيث يسهل على الأذن إدراكه. (لينا عمر بن صديق، 2006: 8)

الإعاقة السمعية:

هناك العديد من المستويات حسب منظمة الصحة العالمية والتي تأتي للوقاية من الإعاقة السمعية للأطفال وتنقسم إلى ثلاث مستويات وهي:

1- المستوى الأول: يبدأ بإزالة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة عن طريق:

- التطعيم ضد الحصبة الألمانية، والتي تكون سبباً في الحصول الإعاقة السمعية فمن الضروري أن تحصل المرأة على تلك الطعوم قبل الحمل.
- يجب استشارة الطبيب فيما يخص تناول الأم الأدوية، وأيضاً يجب الحد من زواج الأقارب، والرعاية السليمة والصحية للأم الحامل.
- 2- المستوى الثاني: يتضمن التدخل المبكر لمنع أية مضاعفات قد تحصل، وتتضمن الكشف المبكر، وتقديم المعينات السمعية اللازمة والمناسبة.
- 3- المستوى الثالث: الذي يكون لمنع حدوث مضاعفات محتملة، وتشمل توفير خدمات التربية الخاصة، وتوفير فرص العمل، ومساعدة الصم عن طريق إعفاء الأجهزة الخاصة بهم من الرسوم الجمركية، وتوفير دورات مجانية لتعليم أسر ذوي الإعاقة السمعية لغة الإشارة، وتوفير الأنشطة التي يكون من حق ذوي الإعاقة السمعية الاشتراك فيها، وأيضاً توفير المتخصصين، وذوي الخبرة لتقديم الخدمات لذوي الإعاقات المختلفة، والعمل على مساعدة ذوي الإعاقة السمعية على متابعة كافة التطورات والأخبار في المجتمع.

صعوبات التعلم



مقدمة:

توجهت أنظار العديد من الباحثين في التسعينات إلى النمو المعرفي فاهتموا بدراسة التغيرات التي تطرأ على النشاط العقلي الذي يقوم به الفرد لمعرفة الأحداث التي تقع حوله، واشتمل هذا المنحى على نظرية معالجة المعلومات التي لعبت دوراً هاماً في تفسير صعوبات التعلم، وذلك من خلال تحديد العمليات المعرفية التي تكمن خلف الأداء لفهم دور هذه العمليات في آلية التعلم ومن ثم توضيح سبب الصعوبة، وهذا ما تحدث عنه أيضاً هاميل (hamill, 1993)، وتتمثل هذه العمليات في الانتباه، الإدراك والتذكر، وتعتبر من أهم العمليات التي تدخل في إطار صعوبات التعلم وقد يكون لها دور أساسي في تلك الصعوبات، وعندما تكون مثل هذه العمليات المعرفية من الصعوبات التي يتعرض لها الطفل فإنها تدخل في الواقع في إطار ما أطلق عليه الصعوبات المعرفية (1). كما شهد القرن التاسع عشر تطورات مهمة في ميدان صعوبات التعلم ويرجع ذلك إلى الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال الطب وعلى الأخص علم الأعصاب على أيدي الطبيب الألماني (فرانسيس جال، 1802) الذي أوضح أن هناك مناطق محدودة من المخ تتحكم في أنماط معينة من الأنشطة العقلية (2).

تعريف صعوبات التعلم:

يعود الفضل إلى صموئيل كيرك (kirk) في اشتقاق مصطلح صعوبات التعلم (learning difficulties) لمفهوم تربوي جديد، حيث طرحه أثناء المؤتمر القومي الذي انعقد في مدينة شيكاغو أبريل عام 1963 بالولايات المتحدة الأمريكية. ويعرف صموئيل كيرك (1962) صعوبات التعلم على أنها "مفهوم يشير إلى التأخر والاضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات الخاصة بالكلام، اللغة، القراءة، الكتابة، الحساب، أو أي مواد دراسية أخرى، وذلك نتيجة إمكانية وجود خلل وظيفي مخي أو اضطرابات انفعالية أو سلوكية، ولا يرجع هذا التأخر الأكاديمي إلى التخلف العقلي أو الحرمان الحسي أو إلى العوامل الثقافية أو التعليمية" (3).

تعريف صعوبات التعلم الأكاديمية:

تشير صعوبات التعلم الأكاديمية إلى المشكلات التي تظهر من قبل أطفال المدرسة وتتعلق بالموضوعات الدراسية الأساسية، وتشمل على أنواع فرعية مثل صعوبات القراءة والكتابة والحساب والتهجى (العريشي، 2013: 33).

تعريف صعوبات التعلم النمائية:

تشير صعوبات التعلم النمائية إلى تلك الصعوبات التي تتعلق بالوظائف الدماغية والعمليات العقلية المعرفية،

وهذه الصعوبات ترجع إلى اضطرابات وظيفيو في الجهاز العصبي المركزي وتشتمل على صعوبات تعلم النمائية أولية تتعلق بعمليات الانتباه والإدراك والذاكرة وصعوبات تعلم نمائية ثانوية مثل التفكير والكلام والفهم (5).

محكات صعوبات التعلم:

إن محكات التشابه بين مفهوم صعوبات التعلم والمفاهيم الأخرى يقودنا إلى طرح السؤال الآتي كيف يمكن التعرف على ذوي صعوبات التعلم وتميزهم عن غيرهم من الأطفال؟ من الممكن تحديد خمس محكات التي على أساسها يتم تمييز هذه الفئة وذلك على النحو التالي: (6)، (7)

1- محك التباعد:

ويقصد به تباعد المستوى التحصيلي للطالب في مادة عن المستوى المتوقع منه حسب حالته وله مظهران:

أ/ التفاوت بين القدرات العقلية للطالب والمستوى التحصيلي.

ب/ تفاوت مظاهر النمو التحصيلي للطالب في المقررات أو المواد الدراسية.

فقد يكون متفوقا في الرياضيات، عاديا في اللغات، ويعاني صعوبات تعلم في العلوم أو

الدراسات الاجتماعية، وقد يكون التفاوت في التحصيل بين أجزاء مقرر دراسي واحد ففي اللغة

العربية مثلا قد يكون طلق اللسان في القراءة، جيدا في التعبير، ولكنه يعاني صعوبات في استيعاب دروس النحو أو حفظ النصوص الأدبية.

2 - محك الاستبعاد:

حيث يستبعد عند التشخيص وتحديد فئة صعوبات التعلم الحالات الآتية: التخلف العقلي . الإعاقات الحسية . المكفوفين . ضعاف البصر . الصم . ضعاف السمع . ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة مثل الاندفاعية والنشاط الزائد . حالات نقص فرص التعلم أو الحرمان الثقافي .
محك التربية الخاصة:

ويرتبط بالمحك السابق ومفاده أن ذوي صعوبات التعلم لا تصلح لهم طرق التدريس المتبعة مع التلاميذ العاديين فضلا عن عدم صلاحية الطرق المتبعة مع المعاقين ، و إنما يتعين توفير لون من التربية الخاصة من حيث (التشخيص والتصنيف والتعليم) يختلف عن الفئات السابقة .
5- محك المشكلات المرتبطة بالنضوج:

حيث نجد معدلات النمو تختلف من طفل لآخر مما يؤدي إلى صعوبة تهيئته لعمليات التعلم فما هو معروف أن الأطفال الذكور يتقدم نموهم بمعدل أبطأ من الإناث مما يجعلهم في حوالي الخامسة أو السادسة غير مستعدين أو مهيين من الناحية الإدراكية لتعلم التمييز بين الحروف الهجائية قراءة وكتابة مما يعوق تعلمهم اللغة ومن ثم يتعين برامج تربوية تصحح قصور النمو الذي يعوق عمليات التعلم سواء كان هذا القصور يرجع لعوامل وراثية أو تكوينية أو بيئية ومن ثم يعكس هذا المحك الفروق الفردية في القدرة على التحصيل.

محك العلامات الفيورولوجية:

حيث يمكن الاستدلال على صعوبات التعلم من خلال التلف العضوي البسيط في المخ الذي يمكن فحصه من خلال رسام المخ الكهربائي وينعكس الاضطراب البسيط في وظائف المخ (Minimal Dysfunction) في الاضطرابات الإدراكية (البصري والسمعي والمكاني، النشاط الزائد والاضطرابات العقلية، صعوبة الأداء الوظيفي) . ومن الجدير بالذكر أن الاضطرابات في

وظائف المخ ينعكس سلبيا على العمليات العقلية مما يعوق اكتساب الخبرات التربوية وتطبيقها والاستفادة منها بل يؤدي إلى قصور في النمو الانفعالي والاجتماعي ونمو الشخصية العامة.

أسباب صعوبات التعلم:

يذكر كيرك وكالفانت (ترجمة عربية 1988) أنه منذ ظهور مفهوم صعوبات التعلم والعلماء يحاولون بالبحث والتشخيص لمعرفة أسبابها الرئيسية التي تقف خلفها، حتى يتسنى لهم تركيز اهتمامهم العلاجي عليها. ونتج عن عملية البحث والتشخيص هذه؛ التعرف على معظم هذه والتي تتمثل أساسا في العوامل الوراثية، إصابات الدماغ قبل وأثناء أو بعد الولادة، العوامل الكيميائية الحيوية، الحرمان البيئي، سوء التغذية الشديد، العوامل الوجدانية والدافعية التي لا يرجع السبب فيها إلى أحد العوامل السابقة (8).

علاقة العمليات المعرفية بصعوبات التعلم النمائية والأكاديمية:

الانتباه وصعوبات التعلم:

يعد الانتباه من أهم العمليات المعرفية التي يقوم بها الفرد حيث يأتي في مقدمتها ويؤثر بالقطع على العمليات المعرفية الأخرى التي تليه وتترتب عليه، فيعتبر أساسا لها (9)، ومن هنا فالانتباه "هو القدرة على التركيز على المثير الجوهري في موقف التعلم لفترة مناسبة من الوقت، فبدون الانتباه والتركيز على المثير لا يمكن المرء أن يكون صورة مميزة عنه" (10)، ويقصد به أيضا "القدرة على اختيار المنبه المناسب" ويوصف الطفل بأنه قابل للتشتت عندما لا يستطيع فرز المنبهات (11).

ولاحظ تورجسن (torgesen, 1982) أن اضطرابات الانتباه تؤدي إلى اضطرابات في تجهيز ومعالجة المعلومات، سواء في الفشل في اختيار وتطبيق الاستراتيجيات الفعالة، وضبط أو تطويع هذه العمليات في التجهيز والمعالجة، أو الافتقار إلى تنظيم الأنشطة المعرفية وتوظيفها في التجهيز أو المعالجة الملائمة لمهمة معينة، وعلى هذا فالانتباه من العمليات المعرفية التي تقف خلف عمليات التجهيز المعرفي الأكاديمي للمعلومات (القمش، 2011: 182) ويعد العجز على

الانتباه نحو المثيرات الخارجية من أبرز الصفات التي يتميز بها التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم، إذ يملون من متابعة الانتباه لذات المثير لمدة مناسبة، ويميلون بشكل تلقائي لتوجيه إنتباههم نحو مثيرات خارجية (13).

ويذكر تورجسن ومورجان (Torgesen&Morgan,1990) أن مشكلات الانتباه ترتبط بذوي صعوبات التعلم حيث أن صعوبات أو قصور الانتباه كخصائص مميزة لذوي صعوبات التعلم النمائية تنعكس على كافة العمليات المعرفية والأنشطة الأكاديمية الأخرى المستخدمة في التعلم (14). ويهتم التراث السيكولوجي بخاصيتين للانتباه هما: "الانتقائية selectivity" و"الاستمرارية vigilance". وتشير الدراسات والبحوث إلى أن العجز عن الانتقائية والاحتفاظ بموضوع الإنتباه لفترات ملائمة تشكلان أهم مصدر لل صعوبات النمائية والأكاديمية وأكثرها شيوعا لدى ذوي صعوبات الإنتباه (15). حيث يعرف الانتباه الإرادي أو الانتقائي على أنه القدرة على الإحتفاظ أو الإستمرار في الانتباه إلى موضوع الانتباه في ظل وجود العديد من المشتتات، ويعتبر الإنتباه الانتقائي أحد المشكلات الأساسية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، حيث أنهم يفقدون القدرة على الإحتفاظ والاستمرار في الانتباه على مهام الانتباه الإنتقائي مقارنة بالتلاميذ العاديين وهذا ما توصل له براين وبرين (Brayn&Brayn) سنة 1986 في دراسة لهما (16) كما توصل كل من هالهان و راف (Hallihan&Reev) سنة 1980 أن هؤلاء التلاميذ يجدون صعوبة أيضا في التمييز بين المثيرات المركزية والمثيرات العارضة، وتوصل (تارنويسكي) سنة 1986 أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أظهروا عجزا في الأداء على مهام الانتباه الإنتقائي عند مقارنةهم بالعاديين، أما بلفيور (Belfiore,1996) فذكر أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم والتلاميذ ذوي اضطراب الانتباه مع فرط النشاط الزائد يفشلون في الحصول على انتباه لمهام مطولة، ويبدون إنهيار في الأداء بمرور الوقت يؤدي إلى فقدان حادثة المهمة (17) ، أما الانتباه الإستمراري أو طويل المدى فهو الانتباه الذي يستمر لفترة من الزمن للظاهرة

موضوع الانتباه، وأوضحت دراسات كل من تارنويسكي (tarnowski,1986) وريشارد (Richards ,1990) أن للأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط مع قصور الانتباه الكثير من الأخطاء على مهام مقياس الانتباه طويل المدى، فكانت استجاباتهم للمثيرات المصاحبة التي تقطع أمد الانتباه أو استمراريته أكبر، وتقتض الأبحاث أن صعوبات التعلم هي نتيجة لقصور أو اضطراب في واحدة أو أكثر من مكونات الانتباه التي تشمل: اليقظة العقلية، أو الانتقاء، أو المدى، أو الديمومة، أو السعة(18). ويشير هالاهاان وكوفمان(2003) إلى أن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه عادة ما يتسمون بخصائص معينة مثل الإنذفاعية والتشتت والنشاط المفرط، وغالبا ما يصفهم معلموهم وآباءهم بأنهم غير قادرين على أن ينصتوا لما يقوله الآخرون، وأنهم غير قادرين على التخطيط لأنشطتهم سواء داخل المدرسة أو خارجها(19)، ومن ناحية أخرى يرى (كوتكين و آخرون،2001) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم غالبا ما يعانون من مشكلات في الانتباه، وأن مثل هذه المشكلات تكون ذات مستوى شديد مما يسفر عن تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرطADHD وهو ما يعني من جانب آخر أنهم يعانون من مشكلات شديدة تتعلق بقصور الانتباه، والاندفاعية والنشاط المفرط وهذا ما ورد في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الطبعة الرابعة(1994)(20) ، وبالنسبة للنظريات التي تناولت الانتباه لدى ذوي الصعوبات التعليمية فتركز نظرية إليس نورمان (Ellis Norman) على القصور الواضح في الذاكرة قصيرة المدى، حيث يعانون من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر، و قد يرجع ذلك إلى عدم قدرة الطفل على الانتباه لأوجه الشبه والإختلاف بين الموقف السابق والجديد. ويؤكد كل من فيشر وزومان (Fisher&zeaman) على أن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة

في الإحتفاظ بالمعلومات وهو الأمر الذي يؤثر على غيره من العمليات العقلية (21)، فالقصور في الانتباه يؤدي إلى ضعف الإدراك، وقصور في التعرف على المثيرات والتمييز بينها فلا يستطيعون إدراكها سواء سمعياً أو بصرياً، مما يترتب على ذلك نسيان الطفل لخبراته السابقة، وهذا ما يعرضه لقصور آخر في الذاكرة، فلا يتمكن من الإستفادة من تلك المثيرات، أو من تطبيق ما يكون قد تعلمه في مواقف أخرى مشابهة (22).

الإدراك وصعوبات التعلم:

يعرف الإدراك بأنه عملية نفسية تسهم في الوصول إلى المعنى من خلال الحواس، حيث تعتبر حواس الإنسان أدوات الإدراك، ويرتبط الإدراك بالحاسة المستخدمة في إدراك المثير فهناك الإدراك البصري لأنه يقترن بالمثيرات البصرية القادمة من العين (23) ، والإدراك البصري يشتمل على الإدراك المكاني أي تحديد مكان جسم ما في الفراغ وإدراك موقع الأشياء بالنسبة له وبالنسبة للأشياء الأخرى (24) ، كما يضم التمييز البصري والذي يقصد به القدرة على التمييز بين الأشياء التي يبصرها الشخص من حيث شكلها، حجمها ولونها... الخ وتمييز أوجه الشبه والاختلاف، بالإضافة إلى الإستيعاب ويكون إما حرفياً أو تفسيريًا أو نقدياً (25) ، وهناك أيضاً الإدراك السمعي الذي يقترن بالمثيرات السمعية القادمة من الأذن (26) ، وفي هذا المجال يعاني ذوي صعوبات التعلم من مشكلات في فهم ما يسمعون وفي استيعابه وبالتالي قد تتأخر استجاباتهم، وقد تحدث بطريقة لا تتناسب مع الموضوع، وقد يخلط بين الكلمات مثل (جبل-جمل)، كما قد يجد صعوبة في التعرف على الأضداد، فضلاً عن ذلك فهو قد لا يعرف الكلمة إذا سمع جزءاً منها، ويعاني من مشكلات في التذكر السمعي، وإعادة سلسلة من الكلمات أو الأصوات في تتابعها كما قد يجد صعوبة في تعلم أيام الأسبوع والشهور وأرقام الهواتف (27) ، فصعوبة الإدراك السمعي تضم صعوبة تحديد مصدر الصوت، وصعوبة التمييز السمعي، بالإضافة إلى قصور الذاكرة السمعية (28) أما الإدراك الحركي فهو يرتبط بالتوافق ما بين المدخلات الحسية

ومخرجات الأنشطة الحركية (29) ، فنجد طفل ذو صعوبة الإدراك يرتطم بالأشياء ، ويتعثر بالسجادة، وقد يبدو مختل التوازن، ويعاني من صعوبات في المشي، أو ركوب الدراجة، أو لعب الكرة، أو عند استخدام المقص، كما أنه لا يميز بين (اليمن واليسار، فوق وتحت، أمام وخلف) (30). وتحتل الصعوبات الإدراكية موقعا مركزيا بين صعوبات التعلم النمائية بصفة عامة واضطرابات العمليات المعرفية بصفة خاصة، وترتبط اضطرابات الإدراك إرتباطا وثيقا بالصعوبات النمائية من ناحية، وصعوبات التعلم الأكاديمية من ناحية أخرى، حيث يحتل الإدراك المرتبة الثانية التي تتعاقب وربما تتزامن من خلال عمليات تجهيز ومعالجة المعلومات، حيث يعكس الإدراك قدرة الطالب على تمييز المعلومات ودلالاتها وخصائصها الرمزية (31). وتتسأ صعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب عمليات الإدراك نتيجة عجزهم عن تفسير و تأويل المثيرات البيئية، والوصول إلى مدلولاتها والمعاني الملائمة لها، وحيث أن النمو المعرفي يعتمد على سلامة الوظائف فإن الكشف عن اضطراباتها يعد أساسا لتشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية وبالتالي علاجها (32) ، ويرتبط الإدراك بباقي العمليات المعرفية، فمثلا الانتباه والإدراك عمليتان متلازمتان في العادة، فإذا كان الإنتباه هو تركيز الشعور في شيء ، فالإدراك هو معرفة هذا الشيء، إذن الانتباه يسبق الإدراك ويمهد له أي أنه يهيئ الفرد للإدراك، غير أن الانتباه قد لا يعقبه إدراك أحيانا فقد ننظر ولكن نعجز عن الرؤية، ويختلف الانتباه عن الإدراك، فقد ينتبه جمع من الناس إلى موقف واحد كمشاهدة مسرحية ما، لكن يختلف إدراك كل منهم عن الآخر باختلاف خبراتهم السابقة وذكائهم (33) ، أيضا فيما يخص ارتباط الادراك بعمليتي الانتباه والذاكرة نذكر أنه إذا عجز الطفل عن استقبال المعلومات المتعلقة بمثير معين أو الانتباه لها فإنه لن يقدر بالطبع على تفسير تلك المعلومات التي يتلقاها في ضوء خبرته السابقة، أي أنه لن يكون قادرا على إدراكها بصورة صحيحة، وعلى ذلك فإنه من هذا المنطلق لن يكون قادرا على الاحتفاظ بتلك المعلومات وتخزينها، أو تذكرها

عندما تدعو إليها الحاجة (34) ، وهذا ما يؤدي بدوره إلى اضطراب في المهارات الأكاديمية فينتج عن ذلك صعوبات التعلم الأكاديمية. وفي هذا السياق تحدث فتحي الزيات عن دراسات أجريت على صعوبات الإدراك البصري تشير إلى اتساق ارتباطها بصعوبات القراءة، فقد وجد أن التلاميذ ذوي صعوبات القراءة بصفة خاصة وذوي صعوبات التعلم بصفة عامة يعانون من صعوبات في التمييز بين الشكل والأرضية، وضعف الإغلاق البصري (35).

وعند البحث عن النظريات المفسرة لعملية الإدراك نجد النظرية الإدراكية (perception theory) التي صنفت صعوبات الإدراك إلى فئات رئيسية منها "تداخل أنظمة الإدراك، الإدراك الكلي أو الجزئي، الإدراك البصري، الإدراك اللمسي، الإدراك السمعي" (36) ، أما نظرية كيفارت (kephart) للإدراك الحركي فركزت على دراسة ثبات النمو الإدراكي-الحركي للطفل، ويرى كيفارت أن عالم الخبرات الإدراكية-الحركية عند الأطفال ذوو صعوبات التعلم يكون غير ثابت وبالتالي لا يوجد أساس ثابت للحقائق المتعلقة بالعالم من حولهم، وهم بذلك غير منظمين "حركيا وإدراكيا ومعرفيا" فيعيشون عالمين منفصلين عالم الإدراك وعالم الحركة (37) ، كما تكلمت نظرية جتمان (البصرية الحركية) عن مظاهر النمو البصري الحركي وعلاقته بالتعلم، وقد أوضح جتمان قدرة الطفل على اكتساب المهارات الحركية الإدراكية في مراحل متتابعة إذ تمهد المرحلة السابقة للمرحلة اللاحقة (38) ، وتكلم الباحث عصام جدوع في كتابه "صعوبات التعلم" عن النظريات التي تفسر الإدراك الحركي والتي تقسم إلى مجموعتين الأولى ترى بأنه يجب تصحيح صعوبات الإدراك الحركي قبل تعليم وتدريب الفرد على المهارات الأكاديمية للتوصل إلى تحصيل أكاديمي جيد، أما المجموعة الثانية فتري أن جميع الصعوبات المتعلقة بالقراءة والحساب والتهجئة لا تعود إلى أسس إدراكية، وأن الإدراك الحركي لا يعتبر أمرا أساسيا للنمو

المعرفي، وضبط ما استنتجه الباحث من دراسات كل من (آرثر و جنكنز، 1977)، (لارسن و هامل، 1975) و (فليوثين، 1979) (39) .

الذاكرة وصعوبات التعلم:

يمكن تعريف الذاكرة "بأنها نشاط عقلي معرفي يعكس القدرة على ترميز وتخزين وتجهيز أو معالجة المعلومات المستدخلة واسترجاعها" (40) ، وتعتبر الذاكرة من أهم العمليات العقلية العليا في حياة الإنسان، حيث أجرى تورجسن و ديس (torgesen&Dice, 1980) مسحا للمجلات والدوريات العلمية المتخصصة في صعوبات التعلم خلال الفترة ما بين (1976-1979) وانتهى الباحثان إلى تقرير أن 18% من الدراسات التي أجريت في تلك الفترة تعلقت باضطراب عمليات الذاكرة لدى ذوي صعوبات التعلم (41) ، وتعتمد الذاكرة على عمليتي الانتباه والإدراك، فعملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية تتمثل في استقبال المعلومات أي استخلاص المعنى من تلك المعلومات، ثم عملية الانتباه وتأتي بعد استخلاص المعنى من تلك المعلومات التي يتلقاها الطفل، ثم المرحلة الثانية وهي تخزين المعلومات فإنها تعتمد بدرجة كبيرة على الإدراك حيث يقوم الطفل بتكوين صورة عقلية معينة للشيء المدرك (42) ، ثم في الأخير تذكر تلك المعلومات واسترجاعها، وتحدث عادل عبد الله محمد في كتابه "قصور المهارات قبل الأكاديمية لأطفال الروضة وصعوبات التعلم" عن نتائج الدراسات المبكرة التي تم إجراؤها في هذا الميدان قد أسفرت عن أن العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور حقيقي في الذاكرة وهو الأمر الذي يصدق على الأطفال المعرضين لخطر صعوبات التعلم أي ممن يعانون من قصور في مهاراتهم قبل الأكاديمية، ومن الجدير بالذكر أن الأطفال ذوو صعوبات التعلم يعانون كما يرى سوانسون و ساكسي-لي (swanson & sachse-lee, 2001) من مشكلات تؤثر على الأقل على نمطين من أنماط الذاكرة هما الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة (43).

يتفق أغلب الباحثين على أن هناك ثلاث أنواع للذاكرة (قصيرة المدى، طويلة المدى، والذاكرة العاملة)، حيث تتفاعل تلك الأجزاء مع بعضها البعض لتخزين واستخراج المعلومات والمثيرات الخارجية عند الحاجة إليها، والأطفال الذين يعانون من صعوبات تعليمية عادة يفقدون القدرة على توظيف تلك الأقسام أو بعضها بالشكل المطلوب، وبالتالي يفقدون الكثير من المعلومات، مما يدفع المعلم إلى تكرار التعليمات والعمل على تنويع طرق عرضها (44).

يختلف الأطفال ذوي صعوبات التعلم عن أقرانهم العاديين في عمليات التذكر، حيث توصلت دراسة ألبرت (Elbert, 1989) إلى أن ذوي صعوبات التعلم يحتاجون إلى زمن أطول في الاستجابة، وقد دعمت هذه النتيجة دراسة مانيس (Manis, 1985) عن الفروق في التعرف على الكلمة بين أفراد المجموعتين، وقدمت دراسة لهمان وبرادي (Lehman & brady, 1982) دليلاً آخر على وجود فروق بين ذوي صعوبات التعلم وبين العاديين عند مرحلة الترميز في القدرة على ترميز الكلمة لصالح العاديين (45). ويظهر اضطراب الذاكرة الحسية لدى الأطفال ذوو صعوبات التعلم في ضعف قدرتهم على التعرف إلى الحروف والكلمات المقدمة إليهم خلال الفترة الزمنية التي تحتفظ فيها الذاكرة الحسية قبل أن تخبو لديهم، عكس الأطفال العاديين الذين يتمكنون من معالجة المعلومات وإعطائها دلالاتها قبل أن تمر الذاكرة الحسية بمرحلة الخبو (46)، أما بالنسبة للذاكرة قصيرة المدى فقد توصلت البحوث إلى وجود فروق بين أطفال صعوبات التعلم وأقرانهم العاديين في استراتيجيات التجهيز والمعالجة ومدى إتقان اشتقاق هذه الاستراتيجيات وتوظيفها إضافة إلى وجود فروق في مدى الاحتفاظ بالمعلومات لصالح العاديين، كما يفشل ذوي صعوبات التعلم في عمليات الضبط والتحكم في الذاكرة قصيرة المدى عند اختيار أنماط المعلومات المراد مسحها أو ترديدها أو تسميعها (47). كما أشارت الدراسات إلى ضعف قدرتهم على تجهيز ومعالجة المعلومات، من حيث سرعة التجهيز أو كفاءته، مما يضعف كفاءة التمثيل

المعرفي للمعلومات، ومن تم استيعابها والاحتفاظ بها واسترجاعها وتوظيفها (48). وباعتبار أن الذاكرة العاملة مكون تحضيري يتوسط كل من الذاكرتين القصيرة والطويلة المدى فقد أجريت عليها العديد من الدراسات التي توصلت إلى وجود فروق في الأنشطة العقلية المعرفية "كالفهم القرائي، مهام التصور البصري المكاني، التكامل بين المعلومات الجديدة والمعلومات السابق تخزينها" التي تنهض بها الذاكرة العاملة لصالح العاديين، وتوصلت دراسة سوانسون وآخرون (Swanson&et al,1989) إلى أن ضعف فاعلية الذاكرة العاملة مرتبط بالذاكرة طويلة المدى، حيث ينعكس سلبا على كفاءة الذاكرة طويلة المدى وخاصة من حيث خصائصها الكمية والكيفية، أي المحتوى المعرفي الذي تشملته (49).

كما تشير الدراسات التي أجريت على الذاكرة طويلة المدى لدى ذوي صعوبات التعلم إلى عدم كفاءة الاستراتيجيات المستخدمة في استرجاع المعلومات من الذاكرة طويلة المدى، بالإضافة إلى افتقارهم إلى مهارات الضبط والمراجعة الذاتية لتقويم فاعلية استراتيجياتهم في استرجاع المعلومات من الذاكرة طويلة المدى، والفشل في إحداث التكامل بين الذاكرة اللفظية والبصرية للمثيرات البصرية عند تخزينها أو استرجاعها. كما نلاحظ لدى أطفال هذه الفئة قلة البناء المعرفي الناتج عن صعوبة الاحتفاظ لديهم الذي يؤدي إلى اضطراب الذاكرة طويلة المدى، وأيضا إفتقار ذاكرة هؤلاء إلى الترابط والتمايز والتنظيم والتكامل مما يؤدي إلى ضعفهم في الأداء على المهام التي تتطلب التكامل بين المعاني (50). مما سبق لصعوبات نلاحظ أن التعلم النمائية والأكاديمية مفاهيم أساسية من الضروري أن يكون المختصين وحتى المعلمين والأولياء على اضطلاع بها حتى يتمكنوا من تشخيصها والتعرف عليها فور ظهورها لدى الطفل ومن تم التمكن من ضبطها والتحكم فيها.

التوحّد



التوحد:

يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه أطفال هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل، وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كذلك الآثار السلبية التي تمس عدة مستويات نمو الطفل، الاتصال اللفظي وغير اللفظي والتواصل الاجتماعي والسلوك النمطي، مما يستدعي أساليب كفالة خاصة وبرامج تربوية مكثفة.

1- تعريف التوحد:

انصب اهتمام الطبيب الفرنسي (Henry Maudsley) (1867) على الأطفال الصغار الذين كانوا يعانون من اضطرابات عقلية شديدة تتصف بانحراف وتأخر وتشوه في سياقات النمو. بعدما كانت هذه الاضطرابات تنسب للذهان، وتحدث عنه لأول مرة في الطب الفرنسي العالم بلولر (Bleuler)(1911)

على أنه شكل من أشكال الفصام، وهذا لوصف العرضية المرضية الفصامية عند الشخص البالغين الذين يعانون من عزلو الاجتماعية من انطواء على الذات (أحسن جاب الله، 2010: 212)

قام (Léo kanner) سنة 1943 باقتراح مصطلح «autisme infantile» في مقال عنوانه "Perturbation autisme du contact affectif" قدم فيه بوضوح وصف كامل لتناذر مبكر يعني منه الطفل المصاب بالتوحد، وأعطاه اسم: التوحد الطفولي المبكر " autisme infantile précoce" (أحسن جاب الله، 2010: 212)

التوحد autisme:

كلمة يونانية تعني نفسه، أو ذاته (le soi même) ، فالتوحد هو اضطراب مستقل للطفولة ويتجلى بالعجز عن إقامة علاقات طبيعية مع المحيط واللامبالاة وبتكرار السلوك وكلام غريب ومبهم ويظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من الطفل (بن عربية وشوال، 2016: 161) تعريف ليو كانر وصف Léo kanner سنة 1943 التوحد خلال الدراسة التي قام بها حول تناذر التوحد عند 11 الطفل البالغين من العمر مابين عامين ونصف إلى ثمانية سنوات، وتوصل إلى أن هؤلاء الأطفال عاجزين على تكوين علاقات عادية مع الأشخاص والتصرف بطريقة عادية الجديدة منذ بداية حياتهم (ميموني، 2005: 71)

2- أعراض التوحد:

هناك عدة أعراض يعاني منها الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، حيث نجدها محددة في الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية (DSM IV-TR) كالتالي:

توافر ستة (6) أو أكثر من الموصفات المدرجة في (1) و(2) و(3) على أن تشمل على اثنين على الأقل من المجموعة (1) وواحدة على الأقل من كل المجموعة (2) و(3).

1- خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل، كما يظهر في اثنين على الأقل مما يلي:
- نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي مثل: التحديق إلى الآخر أثناء المحادثة، والتعبير الوجهي، والأوضاع الجسدية، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

- العجز عن إقامة علاقات بالأقران مناسبة لمستوى نموه.
- لا يسعى تلقائياً إلى مشاركة الآخرين في الترفيه أو الاهتمام أو الإنجازات، كأن لا يظهر أو يشير إلى الأشياء التي تحظى باهتمامه.

- الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية (DSM IV,2000)
- 2 خلل نوعي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:
 - تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة، وغير مصحوب بمحاولة تعويضية من خلال طرق بديلة للتواصل كالإيماء أو المحاكاة الحركية.
 - بالنسبة للأفراد القادرين على الكلام لديهم نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع شخص آخر أو مواصلتها.
 - التردد أو التكرار الآلي للكلام، أو استخدام لغة شخصية شاذة.
 - نقص اللعب الخيالي التلقائي بمخترق أشكاله أو لعب أدوار الكبار، بما يلائم مستوى نموه الخيالي (DSM IV TR).
- 3 التكرار الآلي لأنماط محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة كما يظهر في واحد على الأقل مما يلي:
 - الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المكررة والمحدودة والشاذة في درجتها أو موضوعها.
 - التمسك المتصلب بروتينات وطقوس معينة ليست لها ضرورة.
 - حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي (DSM IV TR)
 - نمطية أو ثني اليد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم.
 - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء
 - تأخر وشذوذ الأداء في واحد على الأقل من المجالات التالية، حيث يبدأ قبل سن الثالثة:
 - التفاعل الاجتماعي المتبادل
 - اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي
 - اللعب الرمزي والخيالي (DSM IV TR)

3-أنواع التوحد:

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (1994) أن هناك أنواع التوحد لكنها تتدرج تحت العنوان الرئيسي للاضطرابات المجتاحة للنمو (Les trouble envahissant de développement) أو الاضطراب النمائي الشامل، والذي يضم أربعة أنواع من الاضطرابات نعرضها فيما يلي:

3-1- اضطراب التوحد (Trouble Autisme): أو كما يسميه البعض توحد كانر Autisme de Kanner يتميز هذا الاضطراب بثلاثة أعراض رئيسية متمثلة في:

- ضعف في العلاقات الاجتماعية
 - ضعف من ناحية التواصل اللفظي وغير اللفظي
 - الاهتمامات والنشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي.
- كما تظهر لديه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد أو قلة التركيز أو نوبات غضب شديدة، وسلوك عدواني اتجاه نفسه أو غيره، كما قد يصاحبه في بعض الحالات انخفاض في نسبة الذكاء ويشترط أن تظهر الأعراض الأساسية للاضطراب قبل سن الثالثة.

3-2- تناذر الأسبرجر (Syndrome d'asperger) يتميز هذا الاضطراب بـ :

- تشوه ملحوظ في التفاعلات الاجتماعية
 - سلوكيات متكررة ومقولة.
 - بينما لا يلاحظ فيه أي تأخر نمو لغوي كما تبقى سوية سلوك التكيف والقدرات العقلية المعرفية.
- (بن عربية وشوال، 2016: 165-167).

- الفرق بين توحد كانر والأسبرجر:

- يظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل بينما لا يكتشف الأسبرجر إلا بعد السنة السادسة وما فوق من عمر الطفل.

- يتميز التوحد بقصور واضح في اللغة وفي تكوين حصيلة لغوية بينما يتمتع الأسبرجر بحصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير.

- الطفل التوحدي منغلق على نفسه تماما بينما طفل الأسبرجر يحس بمن حوله ويتعرف عليهم ولكنه يعجز عن تكوين علاقات.

3-3- تناذر ريت (Syndrome de Rett): ما يميز هذا الاضطراب هو أنه يظهر عند الإناث فقط.

حيث يبدأ القصور النوعي (Déficiency Spécifique) بعد مرحلة نمو عادية تبلغ على الأقل ستة أشهر، يبدأ بحركات الأيدي المقولبة واغتراب الحركات المقصودة وتدهور التنسيق الحركي وانخفاض الاتصالات الاجتماعية ونقصان في استعمال اللغة. (أحسن جاب الله، 2010: 210-211).

4-4- اضطراب الطفولة التفككي (Trouble Désintégratif de l'enfance) يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث ويتم تشخيصه إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر، وبعدها بفقد المهارات التي اكتسبها ومن بينها:

- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي.
- ضعف في التواصل الاجتماعي
- ضعف في المهارات الحركية
- سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات.

- عدم التحكم في التبول

وتظهر هذه الأعراض بعد نمو سليم وطبيعي خلال العامين الأوليين أو قبل سن العاشرة.

4- المعطيات الابداعية:

- الانتشار: يبدو أن التوحد يصيب حالتين إلى خمس حالات من ضمن 10000 طفل لا

يبلغ عمرهم 12 سنة (أحسن جاب الله، 2010: 210-211).

- سن ظهور الاضطراب: يظهر الاضطراب قبل سن الثالثة من العمر، لكن كثير من

الأولياء لا يتقنون دوماً لأعراضه وسماته ويرتبط اكتشاف الاضطراب مبكراً بقدرة

الملاحظة التي يمتلكها الأولياء من جهة، وبشدة مظاهر الاضطراب من جهة آخر (أحسن

جاب الله، 2010: 211).

- التوزيع حسب الجنس: يظهر اضطراب التوحد عند الذكور بضعف 3-5 مرات من عند

الإناث، غير أن البنات التي يصبن عندهن اضطراب شديد في أغلبية الحالات.

5- تشخيص التوحد:

يعد التشخيص العملية الأساسية لمعرفة ما إذا كان الطفل مصاباً باضطراب التوحد أم لا،

لهذا فغالباً ما يصعب تشخيص التوحد في السنة الأولى والثانية من عمر الطفل، ويكون

الاضطراب إلى حد ما قابل للتشخيص في سن الثالثة.

حسب كل من (Baird et al) 2003 يمكن تشخيص التوحد مبكراً من خلال الأعراض

التالية:

- غياب المناغاة، والدلالات والرموز الاجتماعية في نهاية السنة الأولى.

- غياب الكلمة في نهاية السنة ونصف.

- غياب الربط بين الكلمات ومعانيها أو التقليد الفوري للغة في نهاية السنتين

- غياب اللغة والمهارات الاجتماعية مهما يكون عمره.

كما تجدر الإشارة إلى انه لا يمكن تشخيص اضطراب التوحد إلا من خلال مجموعة من الأطباء المتخصصين في التخصصات التالية: طبيب عقلي للأطفال (Pédopsychiatre) طبيب أطفال (Pédiatre)، طبيب أعصاب (Neurologue) أخصائي نفسي (psychologue)، أخصائي أرتفوني (Orthophoniste) (بن عربية وشوال، 2016: 168).

6- أدوات تشخيص التوحد:

وللتوصل إلى التشخيص النفسي المناسب للحالة يجب على المختص النفسي القيام بتطبيق وسائل وأدوات في الفحص النفسي نذكر منها مايلي:

-تاريخ الحالة (L'anamnèse): كالعودة إلى الملف الطبي، الملف الدراسي استفسارات العائلة،

- الدليل التشخيصي والاحصائي للإضطرابات النفسية (DSM) الصادر من طرف الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA)

-المقابلة العيادية: هذه المقابلة تكون مع أولياء الطفل المتوحد وهي مقابلة تشخيصية تتكون أسئلتها من 97 سؤالاً وتعرف بالمقابلة التشخيصية للتوحد تتضمن الأسئلة المظاهر النمائية للطفل اللغوية، الحركية، والانفعالية من الميلاد إلى 3-6 سنوات.

-قائمة شطب سلوك التوحدين (CHAT):(Chekliste For Autism in Toddlers): وهو عبارة عن سلم تنقيطي للكشف المبكر "Dépistage précoce" للأعراض ابتداء من 18 شهر، وضع من طرف Baron Cohen في لندن ويتكون السلم من: تسعة 09 بنود موجهة للأولياء (الإجابات تكون بنعم أو لا) وبنود أخرى موجهة للمختصين تخص:

- اللعب التخيلي

- لفت الانتباه عن طريق الإشارة بالأصبع إلى الأشياء

- الاتصال البصري

- الإنجذاب والاهتمام بالضوء (بن عربية وشوال، 2016: 169-170)

- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS): يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة وضعه إريك شوبلر (E Schopler) يستلزمه تطبيقه ما بين (30-40) دقيقة ويعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر له 15 درجة، ويقوم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

التقليد - الإدراك - حركة العضلات الدقيقة - حركة العضلات الكبيرة - تأزر اليد والعين - الأداء المعرفي العملي - الأداء، كما يضم سلم للسلوك يحتوي 43 بندا يقيس أربع مجالات سلوكية وهي: الارتباط الوجداني - اللعب - الاستجابات الحسية - اللغة (بن عربية وشوال، 2016: 169-170)

-التشخيص الفارقي للتوحد:

يعتبر اضطراب التوحد من بين اضطرابات النمائية التي تمس الطفل، والتي يصعب على العيادي التمييز بينها وبين اضطرابات مشابهة في بعض الحالات، لهذا فالقيام بالتشخيص الفارقي مهم جداً، لأنه يساعد المختص في فك التداخل الموجود الاضطرابات من حيث الأعراض والتشابه في بعض السلوكيات ، وفي كثير من الأحيان نجد اضطرابات أو إعاقات قد تختلط بأعراض التوحد فتعقد التشخيص لهذا يجب على المختص النفسي التأكد من أن الطفل أو المراهق لا يعاني في الواقع من إحدى المشكلات التالية : التخلف العقلي - بطء تأخر النمو - الاضطرابات السمعية - الاضطرابات اللغوية من النوع المزدوج - الأفازيا المكتسبة المصاحبة بالصرع- اللزمات - الذهان الطفولي (أحسن جاب الله، 2010: 225).

- طرق التكفل بالأطفال التوحديين وأهم البرامج العلاجية:

نعني بالتكفل النفسي تلك التقنيات العلمية ذات المقاربات النفسية العلاجية التي توضع في شكل برنامج متكامل ومتنوع الأشكال والأساليب لتطبق من طرف الأخصائيين: الأطفوني والبيداغوجي، وكذا إدماج الأسرة وكل من له علاقة بالطفل التوحدي وكذا إدماجه في محيطه.

- برنامج (TEACCH): Treatment and Education of Autistic and

related Communication Handicapped Children حيث تم تصميم هذا البرنامج من طرف إريك شويلر في الولايات المتحدة الأمريكية وعرف رسمياً 1972 وهو برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل، وتقديم المساعدة لأسرهم وتدريب العاملين والباحثين في ثلاثة (03) مجالات:

- التربية والتعليم للأباء والأمهات مع الطفل في المنزل.

- مساندة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحي المساند لأسر وأطفال التوحد.

- كما يوفر أدوات التشخيص وإعداد برنامج التعليم الفردي للطفل التوحدي وبرنامج تنمية القدرات الاجتماعية، كما يأخذ هذا البرنامج بعين الاعتبار اضطرابات الإدراك الحسي، اضطرابات إدماج المعلومات والتوظيف الفكري أي اضطراب الوظائف الفكرية (بن عربية وشوال، 2016: 169-170)

- برنامج التواصل بتبادل الصور بكس (P. E.C. S):

(P .E .C.S) هو اختصار ل وهو ما يعني باللغة العربية " نظام التواصل بتبادل الصور " وقد تم تطوير هذا النظام كبرنامج بديل يتيح لأطفال التوحد أن يبدأ عملية التواصل، وقد لقي هذا البرنامج نجاحاً وتقديراً عالمياً بسبب تركيزه على عنصر المبادرة في التواصل، وقد استخدمت هذه الاستراتيجية في أنظمة علاجية متعددة على يد Lori Frost et Andrew

Bondy 1994 حيث طوراً نظام التواصل بتبادل الصور لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل بشكل سريع، يناسب هذا النظام بشكل كبير الأطفال الذين يعانون من صعوبات النطق ومحدودية التواصل وعدم المبادرة بالتواصل، وقام هذا البرنامج على الملاحظة بأن (80%) من أطفال التوحيديين لا يطورون ولا يوظفون اللغة في المواقف الاجتماعية المختلفة بشكل صحيح، إن هذا النظام العلاجي يجمع بين مبادئ تحليل السلوك التطبيقي والفهم الحالي لمراحل النمو النموذجي للطفل بمعنى أنه يتضمن استخدام إجراءات سلوكية مثل: التحفيز المميز والتعزيز وإستراتيجية تصحيح الخطأ والتلاشي (أبو دلهوم جمال، 2005)

-علاج الحياة اليومية طور هذه الطريقة الدكتور (كيو هيجاشي) ويعتمد على تدريب الطفل المتوحد ضمن مجموعة من الأطفال التوحيديين أو الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى، تركز هذه الطريقة على الأنشطة الجماعية بين الأطفال التوحيديين فيما بينهم، وكذلك مع أسرهم، مع الاهتمام بالموسيقى والرياضة والدراما (الزريقات إبراهيم، 2005: 145)

- برامج علاج المشكلات الحسية: يعاني الأطفال التوحيديين من مشاكل في الاستجابات الحسية حيث تظهر لديهم حساسية عالية من الأحداث، أو العكس تماماً حيث تظهر لديهم استجابات حسية شاذة للألم، ويتم الآن استخدام عدة برامج لعلاج هذه المشكلات مثل طريقة التدريب بالدمج السمعي، تنمية الإثارة البصرية والعلاج بالدمج الحسي والذي يعتبر من أكثر البرامج الحسية استخداماً (الزريقات إبراهيم، 2005: 145)

الاضطرابات السلوكية

والإنفعالية



مقدمة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية من المواضيع الهامة التي تشغل العلماء والمهتمين بالصحة النفسية حيث أن الأطفال المضطربين سلوكياً يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً، وبطرق غير مناسبة وتظهر هذه الاضطرابات في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتستمر إلى مرحلة البلوغ لذا ينبغي تعليمهم سلوكيات اجتماعية وشخصية مقبولة

مفهوم الاضطرابات السلوكية: لا يوجد تعريف عام وشامل للاضطرابات السلوكية حيث هناك تعريفات وتسميات مختلفة تطلق على الاضطرابات السلوكية منها: سوء التكيف الاجتماعي، الاضطرابات الانفعالية، الإعاقة الانفعالية..... وغيرها وترجع الصعوبة في تحديد تعريف موحد ومنتق عليه من طرف الباحثين النفسانيين وذلك للأسباب التالية:

- **التنوع الفردي:** يختلف كل فرد عن الآخر في طريقة تعبيره عن العواطف وتفاعله مع البيئة، مما يجعل من الصعب وضع معايير ثابتة لتشخيص الاضطرابات السلوكية.
- **صعوبة القياس:** لا توجد أدوات قياس دقيقة وموضوعية لجميع أنواع السلوك، مما يجعل من الصعب تحديد شدة الاضطراب وتأثيره على حياة الفرد.
- **التنوع الثقافي:** تختلف المعايير الثقافية للسلوك السوي من مجتمع لآخر، مما يجعل من الصعب تحديد ما هو طبيعي وما هو شاذ.
- **التغير الزمني:** قد تتغير أنماط السلوك لدى الفرد بمرور الوقت، مما يجعل التشخيص والتقييم عملية ديناميكية.

وفيما يلي نذكر بعض تعريفات للاضطرابات السلوكية

يعرف رينرت Reinert الطفل الذي يعاني اضطرابات سلوكية بأنه يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً، بحيث يؤثر على تحصيله التعليمي، أو على تحصيل أقرانه من الأطفال بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين (الفوزان، الرقاص، 2012: 215)

كما عرف هويت Hewett 1968 حدد فيه الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا على أساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعيا وغير المتوافق في سلوكه وفقا لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه إلى جانب جنسه وعمره. ()

أما وودي woody 1968 فقد عرف الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بأنهم غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناءا عليه سيأثر تحصيله الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي، ووفقا لذلك لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم والتفاعل مع الأقران والمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية مقبولة.

في حين عرّف الزغول (2006) الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأنها "عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول، والذي ينعكس سلبا على قدرة الفرد في تكوين العلاقات الاجتماعية والاستمرار فيها، وفي قدرة الفرد على النجاح في المهارات الاكاديمية (الزغول، 2006: 22)

أما كوفمان فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم من يظهرون سلوكات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة.

ومن التعريفات الأكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والانفعالية هو الذي طوره بوير Bower 1981 الذي يشير إلى أن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية وبدون خاصية أو أكثر وذلك إلى حد معلوم ولفترة من الوقت من الخصائص التالية:

- عدم القدرة على التعلم، التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية والحسية أو العصبية أو الجوانب الصحية العامة
- عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو الاحتفاظ بها.
- ظهور السلوكيات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادية.
- مزاج عام أو شعور بعدم السعادة أو الإكتئاب
- النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية، والآلام، والمخاوف، والمشكلات المدرسية.
- وعلى الرغم من الاختلافات بين التعريفات إلا أنها تتفق على الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى:
- الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع
- المشكلة مزمنة وليس مؤقتة
- السلوك يعتبر مضطرباً وغير مقبول وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية.
- تصنيف الاضطرابات السلوكية: يقوم تصنيف الاضطرابات السلوكية على وضع مجموعة من الأبعاد لكل بعد خصائص مميزة ومشاركة نذكر منها:
- 1- تصنيف كوفمان 1987 Kauffman: صنف كوفمان الاضطرابات السلوكية إلى أربعة أقسام كبرى وهي:
 - الحركة الزائد، التخزين، الاندفاعية
 - العدوان
 - الانسحاب وعدم النضج، والشخصية غير المناسبة
 - الاضطرابات المتعلقة بالنمو الخلقى والانحراف (القمش والمعايطة، 2008: 17)
- 2- التصنيف كوي 1975 Quay:

لقد وضع كوي نظام تصنيفي متعدد الأبعاد يعتمد على تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد وهي:

1. اضطرابات التصرف Conduct disorders (عدم الثقة بالآخرين)
2. اضطرابات الشخصية personality disorders (الانسحاب، القلق، الإحباط).

3. عدم النضج Immaturity (قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الاحلام)
4. الانحراف الاجتماعي Socialized delinquency (السرقة، الإهمال، انتهاك القانون والمجموعات المنحرفة، و التغيب المتكرر عن المدرسة)

3- التصنيف الطبي والتصنيف النفسي والتربوي: يُعنى هذا التصنيف بالاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث في البيئة المدرسية، وتنعكس آثارها في عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي، وتؤثر على التحصيل الأكاديمي للطالب، ويظهر الجدول التالي للمقارنة بينهما:

التصنيفات التربوية	التصنيفات الطبية النفسية
1- اضطرابات الاتصال	1- اضطراب تطور اللغة
2- إعاقة انفعالية شديدة	2- اضطراب فصامية
3- اضطراب سلوك	3- اضطراب الاكتئاب بعد حادث معين
4- اضطراب القدرة على التعلم	4- اضطراب تطور القراءة

وتتصف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية، حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الآخرين، مثل: العدوان، والشتيم، والسرقه والنشاط الزائد. بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة اجتماعية إنسحابية مثل فقدان الشهية أو الشره المرضي، والإكتئاب، والانسحاب، والمخاوف المرضية، والصمت الانتقائي.

تؤثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية على حياة الفرد بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء والرفاق والتحصيلي الأكاديمي، وبدون تدخل مؤكد، فإنه سيعيش في ألم انفعالي وعزلة، ويندمج في سلوكيات ضد المجتمع، وقد أثبتت الدراسات أن تدخل المدرسة من خلال تقديم الخدمات المناسبة يساعد الأفراد في تحسين مستواهم الأكاديمي، وتقوية علاقاتهم، والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين.

5- تصنيف الاضطرابات السلوكية بناء على الشدة:

- الاضطرابات السلوكية البسيطة: وهي أكثر المشكلات شيوعاً ولا تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي كبير من قبيل سوء التوافق الدراسي.
- الاضطرابات السلوكية المتوسطة : وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي تربوي ، مثل السلوكيات الموجهة نحو الخارج : كالعدوان والتخريب والفوضى ، والسلوكيات الموجهة نحو الداخل : كالقلق والانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي.
- الاضطرابات السلوكية الشديدة: حيث توجد مشكلات عديدة، تسبب إيذاءً شديداً للآخرين، مثل الإصابات الجسمية الخطيرة للضحايا، أو الانتهاكات الشديدة للقوانين، أو السرقات الكبرى، والغياب الطويل عن البيت. (الفوزان والرقاص، 2012: 217).

5- تصنيف جروبر الذي اعتمد على الجانب التربوي:

- **المستوى العادي** : الذي يتوافق مع المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار و الاستمرارية ، وقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعليمية جديد.
- **مستوى المشكلة** : في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية ، حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ.
- **مستوى الإحالة** : حيث تكون المشكلة السلوكية من حيث الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمعلم أن يتعامل معها ، مما يتطلّب تحويل الطفل إلى أخصائي للاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه الحالة) المحادين، 2009 : 32

6- تصنيف حسب DSM 5:

- وهذا من خلال تحديد الشدة الحالية:
 - **خفيف** : مشاكل قليلة في السلوك إذا وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص ، واضطراب المسلك يسبب ضرراً طفيفاً نسبياً لآخرين (على سبيل المثال الكذب ، التغيب عن المدرسة، والبقاء خارجاً بعد حلول الظلام دون إذن ، وغيرها من كسر للقواعد).
 - **المتوسط** : عدد المشاكل السلوكية والتأثير على الآخرين تتوسط تلك المحددة في " خفيف" وتلك الموجودة في "الشديد" (على سبيل المثال سرقة دون مواجهة الضحية، التخريب).
 - **شديد** : الكثير من المشاكل السلوكية تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص ، أو مشاكل في السلوك تسبب ضرراً كبيراً للآخرين (على سبيل المثال الجنس بالإكراه ، والقسوة الجسدية ، استخدام سلاح ، والسرقة بينما يواجه الضحية ، والكسر والدخول (حمادي ، 2013 :
- (167)

- محكات تحديد اضطراب السلوكي والانفعالي:

لقد ذكر العلماء العديد من المحكات للحكم على الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ولعل المحكات التي ذكرها كل من (يوسف)، هي الأكثر شيوعاً وتتمثل في:

1- شدة وتكرار السلوك: حيث أن سلوك الفرد يعتبر منحرفاً عن المعايير المقبولة إذ بلغ فراطاً، حد التطرف أو الافراط إلى جانب استمرار السلوك المضطرب الذي يعاني منه الفرد فترة زمنية طويلة لا يقل عن ستة أشهر بمعنى لا يكون سلوكاً موقفياً أو عابراً.

2- **انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً وثقافياً:** حيث يفترض أن الطفل الذي ينشأ ويتربى في مجتمع معين أو ثقافة ما، يشب وهو متمثل لقيم هذا المجتمع وتقاليد، وأنماط السلوك السائدة فيه، غير أن بعض الأطفال والمراهقين لا يفعل ذلك. فالشخص السوي هو المتوافق مع قيم المجتمع ومعايير، وقوانينه وأهدافه، مع ملاحظة أن بعض أنواع السلوك قد تعتبر شاذة في مجتمع أو ثقافة معينة بينما تعتبر عادية في ثقافة أخرى والعكس صحيح، كذلك هناك أنواع من الاضطرابات قد توجد في ثقافة معينة وتتعدى في أخرى؛ لذا نضع في اعتبارنا أن المعايير الاجتماعية نسبية وتختلف من مجتمع لآخر. فمثلاً دخول البنت في مشاجرة أو اثنتين يختلف عن دخول الولد في مثل تلك المشاجرات وذلك في ضوء التوقعات الثقافية والاجتماعية للمجتمع الذي نعيش فيه

3- **علاقة الاضطراب بعدد من المتغيرات الديموغرافية:** لا يعد السلوك مضطرباً إلا إذا تم النظر إليه في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية كالنوع، والعمر، والموقف الذي ومستوى التعليم، وذلك لنرى مدى ملاءمته لها. فبعض السلوكيات تعتبر اضطراباً في عمر معين بينما لا تعد كذلك بعد هذا العمر، كذلك قيام الذكور بأدوار هي من خصائص الإناث أو العكس فهذا يعد اضطراباً خاصة بعد حدوث واستقرار التمييز الجنسي وتمايز الأدوار. وكثيراً ما يتم تقييم السلوك في الموقف الذي يحدث

فيه، لذلك لابد من أخذ هذه المتغيرات في عين الاعتبار عند الحكم على السلوك المضطرب.

فعلى سبيل المثال تبلغ نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية بين المراهقين العاديين ما بين، ولوحظ أن الاضطراب السلوكي بين البنين يتضاعف من ثلاث إلى أربع مرات قياسا بالبنات، إضافة إلى أن ظهور الاضطرابات السلوكية تكون أكثر احتمالا في مرحلة الطفولة بالنسبة للبنين، وفي مرحلة المراهقة بالنسبة للبنات.

4- علاقة الاضطراب بالفروق الفردية: إن مبدأ الفروق الفردية يحكم الكثير من الخصائص والصفات والقدرات، لذا لابد من أخذ هذا المبدأ بعين الاعتبار عند دراسة الاضطراب السلوكي والانفعالي، فهناك بعض الأطفال الذين يختلفون عن أقرانهم ممن هم في مثل سنهم سواء كانوا أقل ذكاء منهم أو لا تكون لديهم القدرة على الحركة أو النمو اللغوي ي تكون لدى أقرانهم، ومن هنا يكون الطفل مضطربا سلوكيا إذا أبدى سلوكا إيجابيا (أقل) أو سلبيا (أعلى) بدرجة جوهرية عن أقرانه.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

المجال الجسمي البيولوجي:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية وكذلك البيوكيميائية، أو بتلك العوامل مجتمعة، أن هناك الكثير من الدلائل التي نتجت عن دراسة التوائم المتماثلة والتي أثبتت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة لدى الأطفال المراهقين حيث تبين عند دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر لتجنب تأثير التنشئة الأسرية، أنه لو حدث وأصيب أحد التوائم بمرض الفصام فإن الآخر سوف يصاب في وقت ما بنسبة 35% ويذكر الزغول (2006) أنه بفعل العوامل الوراثية تتحدد الاستعدادات لدى البعض من الأفراد للإصابة ببعض الأمراض النفسية أو تطوير

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ومثل هذه الاستعدادات تظل كامنة ما لم تتوفر لها الظروف البيئية المناسبة لظهورها مثل: الأزمات الاجتماعية والعاطفية، الحرمان، الأحداث المزعجة والصدمات، والخبرات المؤلمة والقسوة والتهديد الخ. كما أن بعض الاضطرابات يكون سببها خلل في الجوانب الفيزيولوجية الوظيفية للجهاز العصبي نتيجة حدوث تلف أو خلل بسيط في الخلايا العصبية أو وجود نشاط فوق العادي لهذه الخلايا كما هو الحال في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد الاضطراب في افرازات الغدد يلعب دورا بارزا في نشوء الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

ويورد محمد (2011) أن كل الأطفال يولدون ولديهم أسلوب سلوكي معين يتحدد بيولوجيا ويعرف بالطبع والمزاج، وعلى الرغم أن الحالات المزاجية للأطفال تتغير تأثراً بأسلوب التنشئة الأسرية، إلا أن البعض يعتقد أن الأطفال ذوي الحالات المزاجية الصعبة يكون لديهم في الواقع الاستعداد لتطوير اضطرابات انفعالية، ولكن مع ذلك لا توجد علاقة تطابق بين الحالة المزاجية والاضطراب.

مما سبق نجد أن فهمنا لمثل هذه العوامل السببية البيولوجية يظل ضعيفا، حيث لا نعرف على وجه الدقة كيف يمكن لهذه العوامل الجينية أو البيوكيميائية أن تسهم بالتحديد في حدوث مثل هذه الاضطرابات، ورغم وجود بعض الدلائل العلمية لعلاقة العوامل الجينية في تطور حدوث بعض الاضطرابات السلوكية، إلا أن الحاجة لا تزال ملحة لإجراء المزيد من البحوث العلمية التي تكشف حقيقة الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية في حدوث مثل هذه الاضطرابات.

مجال العائلة أو الأسرة:

حيث يعزوا أخصائيو الصحة النفسية أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة لها تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، ولذلك

فإن أساليب التنشئة الاجتماعية غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، فالمعاملة القاسية كضرب الطفل، وإلحاق الأذى به وإهماله، وانخفاض التفاعلات الإيجابية بين الآباء والأبناء، ووجود العلاقات المفككة، والشعور بفقدان الأهل بير في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية (القمش والمعايطة، 2007، القبالي، 2008).

وفي هذا الصدد يذكر محمد (2011) أن الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا يمكن أن يكون لهم تأثيرهم على والديهم بما يوازي تأثير والديهم عليهم، ومن ثم فإن تلك الآثار التي يمكن أن يتركها الوالدان والأطفال على بعضهما البعض تعد تبادلية، حيث أن النتائج المترتبة على ذلك النظام الوالدي لا تعتمد على أساليب معينة يستخدمها الوالدان فحسب، بل تعتمد أيضا على الخصائص المميزة للطفل.

مجال المدرسة:

قد يساهم المعلمون في بعض الأحيان من خلال تفاعلهم مع الطلاب في حدوث السلوكيات المضطربة أو زيادة حدوثها عند البعض منهم، فعندما لا يراعي المعلم الفروق الفردية بين الطلاب فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وقد يلجأ بعض الطلاب إلى القيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية اضطرابات أخرى مثل صعوبات التعلم، كما توجد عوامل مدرسية أخرى تساهم في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها : استخدام الشدة مع التلاميذ، وأساليب النقد والتهكم والسخرية، الرتابة والروتين اليومي الممل، عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطئ. كما أن المنهج غير المدروس ربما يتسبب في إيجاد اضطرابات سلوكية؛ لكونه لا يلبي حاجات الطلاب بجميع مستوياتهم العقلية.

ويشير كوفمان Kauffman إلى خمسة أساليب على المدارس أن تتعامل مع الأطفال للوقاية من تطور الاضطرابات السلوكية لديهم:

- مراعاة مبدأ الفروق الفردية على مستوى الاهتمامات والقدرات.
- تبنى توقعات واقعية عن سلوك الأطفال وتحصيلهم الأكاديمي.
- التعامل مع المشكلات السلوكية التـم يظهرها الطـفل بثبات ، فالمرونة المفرطة والحزم المبالغ فيه يزيدان الاضطرابات السلوكية.
- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك الغير المرغوب فيه.
- مراعاة حاجات الطـفل التعليمية وذلك من خلال جعل مجالات الدراسة مثيرة لاهتمامات الطـفل قدر المستطاع

مجال المجتمع:

قد يسبب المجتمع أو يساعد في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فالفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال، وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة، والشعور بفقدان الأهل... الخ كلها عوامل قد تؤدي لظهور هذه الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين (القمش والمعايطة، 2007: 223)

كما يتأثر الأطفال والمراهقون بالعوامل الثقافية التي تؤثر على السلوك بما في ذلك القيم والمعايير الثقافية السائدة في المجتمع الذي يعيشه الطـفل أو المراهق، والذي بدوره يسهم في توليد مجموعة من الضغوطات النفسية لديه؛ خاصة مع وجود تناقضات بين هذه المعايير والقيم داخل المجتمع الواحد. فالصراعات بين الثقافات المختلفة لها أثر سلبي على سلوك الفرد، وليس هذا فحسب بل أن الرسائل المختلطة التي تصدر من نفس الثقافة يمكن أن يكون لها نفس الأثر، لذا فإن الثقافات أحيانا تشجع وتعاقب أنواعا معينة من السلوك في نفس الوقت. ولعل من أهم العوامل الثقافية التي تؤثر على السلوك: الإعلام، مجموعة الرفاق، الحي، الطبقة الاجتماعية، الحرمان الاقتصادي... الخ فهذه جميعها قد تساهم جميعها في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد.

صفات الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا:

من أكثر الصفات شيوعا من الناحية الاجتماعية والانفعالية: العدوانية والإنسحاب.

السلوك العدواني: يعتبر السلوك العدواني أيا كان شكله أو نوعه من أهم الخصائص الاجتماعية المميزة

للأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا سواء ضد الذات أو الآخرين مثل: الضرب، الصراخ والقتال ورفض الأوامر.

هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكيا وانفعاليا ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وإيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام.

ويعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن له نشاط زائد أو إصابة بالدماغ وبعضهم يطلق عليهم سيكوباتيين لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمداً دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ ولا نستطيع مقاومته بطرق السلوكيات المزعجة العادية.

ومثل هؤلاء الأشخاص غالبا ما يصرخ عليهم ويعاقبون لذلك يجب أن نرى التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل.

الخصائص العقلية والتحصيلية (الأكاديمية):

الذكاء: أظهرت نتائج الدراسات إن نسبة ذكاء الطفل المضطرب سلوكيا وانفعاليا تقع المتوسط أو دون المتوسط، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

التحصيل: إن الأطفال المضطربين سلوكيا لديهم جوانب ضعف أكاديمية، فهم يعانون من اضطرابات تعليمية مختلفة وتدنى في التحصيل العلمي، وعادة ما يحصلون على

درجات أقل مما هو متوقع من أقرانهم في نفس العمر العقلي وقليل جدا منهم من يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا:

فيما يلي نعرض بعض الخصائص العامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا حسب وجهة الباحثين مع مراعاة أنه ليس بالضرورة وجود جميع هذه الخصائص لدى الطفل المضطرب سلوكيا، وإنما تختلف من فرد إلى آخر بناء على خصائص الفرد ودرجة الاضطراب لديه والمتغيرات البيئية من حوله:

الفهم والاستيعاب: يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات لتكوين جملة قصيرة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، يستطيعون حل المسائل الحسابية البسيطة، وهم غير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والاتجاهات.

الذاكرة: بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع صفوفهم في المدرسة وممتلكاتهم الخاصة.

السلوك الهادف الى جذب الانتباه: وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي عادة ما يقوم به هؤلاء الأطفال لجذب انتباه الآخرين إليهم، من خلال القيام بأنماط سلوكية معينة تتمثل في الصراخ أو المرح الصاخب أو القيام بحركات جسدية باليدين والرجلين.

السلوك الفوضوي: وهو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد والجماعة ويتمثل في غرفة الصف بالكلام غير الملائم والضحك والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وغيره من السلوكيات المزعجة.

العدوان اللفظي والجسدي: وهذا السلوك موجه إلى الذات أو إلى الآخرين مثل الضرب، والعض، والشتم.

عدم الاستقرار: يتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور ومن الهدوء إلى الحركة.
تشتت الانتباه: هو عدم القدرة على التركيز على مثير معين لوقت كاف، وهذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المعلم، ويظهر أنه مشغول البال.

النشاط الزائد: هو فرط النشاط الحركي، ويوصف هؤلاء الأفراد بأن لديهم نشاطا زائدا من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية، وفي الانتباه، والاستجابات الاندفاعية.
الاندفاع: هو الاستجابة الفورية لأي مثير، فتظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، والتخطيط، وتكون الاستجابة سريعة ومتكررة وغير ملاءمة وغالبا ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة.

الموهبة والتفوق



الموهبة والتفوق:

تبدأ الموهبة مع بداية الحياة كاستعداد كامن أو أمكانية محتملة تنمو وتتضح مع نمو وتطور الفرد في مراحل حياته الأولى، هذا ان وجدت البيئة الصالحة التي ترعى نموها وتتعد بروزها إلى أن تصل إلى مرحلة تحقق الإنتاج والعمل.

مفهوم الموهبة لغة اصطلاحاً:

التعريف اللغوي Giftedness كلمة الموهبة مأخوذة من الفعل وهب أي أعطى شيئاً مجاناً فالموهبة إذا هي العطية الشيء بلا مقابل.

وكلمة موهوب في اللغة أي الإنسان الذي يعطي أو يمنح شيئاً بلا عوض، ويطلق لفظ الموهوب على القسم العالي جداً من مجموعة المتفوقين الذين وهبوا الذكاء الممتاز.

جاء في لسان العرب (ابن منظور، دس، ص 4229) أنه "في أسماء الله تعالى الوهاب، الهبة، العطية الخالية من الاعواض (جمع عوض) والأغراض فإذا كثرت سمي صاحبها وهباً، وهو من أبنية المبالغة، والوهاب من صفات الله المنعم على العباد والله تعالى الوهاب الوهاب، نقول وهب لك الشيء يهبه وهباً + بالتحريك وهبة والاسم الموهب والموهبة بكسر الهاء فيها والوهوب يعني الرجل الكثير الهبات ويقال وهب لك الشيء يهب وهبا ووهبا بالتحريك ووهبت له هبة وموهبة وهبا أي أعطيته، والموهبة هنا تعني الهبة بكسر الهاء وجمعها مواهب"

التعريف الاصطلاحي للموهبة: هي سمات معقدة تؤهل الفرد للإنجاز المرتفع في بعض المهارات والوظائف والموهوب هو الفرد الذي يملك استعداداً فطرياً وتصلقه البيئة الملائمة لذا تظهر الموهبة في الغالب في مجال محدد مثل الشعر أو الرسم و..... غيرها (فتحي جوران، 1999: 156)

ويعرف معجم الطفولة الموهبة: على أنها " منحة أو عطية الهبة للفرد ويتميز بها عن نظائره في مستويات الإدراك والذكاء وسرعة ودقة انجاز نشاط مميز، والموهبة تعني قدرة على الابتكار في تحصيل الفرد في مجال أو أكثر (معوض، 2013: 148)

وعرفها القريطي بأنها حيازة المرء أو امتلاكه لميزة ما ونقصد به استعدادا طبيعيا أو طاقة فطرية كامنة غير عادية في مجال أو أكثر من مجالات الاستعداد الإنساني التي تحضي بالتقدير الاجتماعي في مكان وزمان معين والتي يمكن أن تؤهل الفرد مستقبلا لتحقيق مستويات أدائية متميزة في أحد ميادين النشاط المرتبطة بهذا الاستعداد إذا ما توفرت لديه العوامل الشخصية والدافعية اللازمة وتهيأت الظروف البيئية المناسبة. (القريطي، 2001: 145)

أما لانج واكيوم فيريا بأن المواهب قدرات خاصة ذات أصل تكويني لا ترتبط بالذكاء بل إن بعضها قد يوجد بين ذو الحاجات الخاصة (معوض، 2013: 258)

وعلى ذلك قد يكون الموهوب ذا قدرات معرفية متواضعة وقدرات أخرى فائقة.

يعرف كاتر جول (1973) الموهبة بأنها القدرة في حقل معين أو المقدرة الطبيعية ذات الفعالية الكبرى شبيهة التدريب مثل الرسم والموسيقى ولا تشمل بالضرورة درجة كبيرة من الذكاء العام (عجيلات، 2017: 45)

ويقول إبراهيم عيد (1999) إن القدرة والامكانية والموهبة ما هي تنويعات على معنى واحد وهو الإبداع ويعرف المكتب الأمريكي لتعليم الموهبة بأنها المقدرة أو القدرة في أي من المجالات الآتية القدرة العقلية، الكفاءة الأكاديمية، الإبداع، القيادة، فنون الأداء في مجالات المختلفة (القمش والإمام، 2006: 125)

كما تعرف الموهبة على أنها: تلك القدرة الرائعة التي تجعل الطفل عند القيام بنشاط ما، يظهر أداة بتميز في هذا المجال وتجعله متفرداً وممتلكاً لخصائص وسمات يحتمل الا يمتلكها الآخرون (الشيخلي، 2005: 96)

وتشير باربارا كلارك في تعريف الموهبة على أنها: قدرة فطرية أو استعداد موروث في مجال واحد من مجالات الاستعدادات العقلية والابداعية والاجتماعية والانفعالية والفنية، وهي أشبه بمادة خام تحتاج إلى اكتشاف وصقل حتى يتمكن أن تبلغ أقصى مدى لها (المعوض، 2013: 5)

كما تشير كلارك إلى أن الموهوبين هم أولئك الذين يعطون دليلاً على اقتدارهم على الأداء الرفيع في المجالات العقلية والإبداعية والفنية والقيادية والأكاديمية الخاصة ويحتاجون خدمات وأنشطة لا تقدمها المدرسة عادة وذلك من أجل التطوير الكامل لمثل هذه الاستعدادات أو القابليات (فتحي جروان، 1999: 59)

ويذكر فتحي السيد عبد السلام أن مصطلح موهوب يستخدم للإشارة إلى الشخص الذي يمتلك قدراً عالياً في تنوع واسع من القدرات ويستخدم آخرون ليعني أي شخص يملك قدراً عالياً من القدرة في مجال واحد (خالد الخليل، 2005: 32) مما يعني أن هذه القدرات الفائقة حسب نارامورا Naramora تمكن الموهوب من التعامل مع الحقائق والأفكار والعلاقات بكفاءة عالية، وبفضل الانضمام إلى الجماعات الاجتماعية التي تكبره من الناحية العمرية وذلك لاعتقادها أنها تشاركه اهتماماته العقلية العليا (صالح الداھري، 2005: 36)

كما يعرف تاننبوم الموهوب بأنه ذاك الطفل الذي يتوافر لديه الاستعداد أو الإمكانية ليصبح منتجاً للأفكار (في مجالات الأنشطة كافة) التي من شأنها هدم تدعيم الحياة البشرية أخلاقياً وعقلياً وعاطفياً واجتماعياً ومادياً وجمالياً (فتحي جروان، 1999: 63)

ويشير رنزولي إلى الموهبة عن طريق تعريفه للطفل الموهوب على أنه الفرد يظهر قدرة عقلية عالية على الإبداع وبقدرة من الالتزام بأداء المهمات المطلوبة منه (ماجدة عبيد، 2000: 64)

ويرى بورج Burge أن الموهبة قد تظهر بين التلاميذ من كلا الجنسين على حد سواء فضلا عن أنها قد تظهر بين الأطفال من مختلف الجماعات الثقافية أو العرقية أو الطبقات الاجتماعية (دانيال وهوفمان، 2008: 88)

التعريف الكمية للموهبة: تعتمد التعريفات الكمية أو معامل الذكاء كما يصف ذلك منحني التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية

إذن ما هو تعريف الموهوب استنادا إلى المنحني الطبيعي؟

هو كل فرد تجاوز ذكاهه أو قدراته العقلية انحرافين معياريين موجبين على المنحني الطبيعي أي 130 فما فوق (عجيلات، 2017: 185)

من أشهر التعريفات التربوية تعريف مارلاند Marland 1972 الموهوب هو من لديه أحد الجوانب التالية مجتمعة أو منفردة، قدرة عقلية عامة كيف تقاس؟ استعداد أكاديمي خاص كيف يقاس؟ تفكير إبداعي أو منتج كيف يقاس؟ قدرة قيادية كيف تقاس؟ (منسي، 2003: 122)

عن طريق اختبارات الذكاء مثل ستنافورد بينيه أو وكسلر، مصفوفات، استعداد أكاديمي خاص عن طريق اختبار الاستعداد الأكاديمي مثل اختبار الاستعداد الشكلي واللفظي، قدرة التفوق في اللغة الإنجليزية، اختبارات القبول بشكل عام، تفكير إبداعي أو منتج، اختبارات الإبداع مثل اختبار تورنس المدرسي الأمريكي والقدرة الإبداعية عن طريق الملاحظة وفنون بصرية أو أدائية عن طريق الملاحظة قدرة نفس حركية عن طريق الملاحظة.

تطور مفهوم الموهبة: استخدام مصطلح الموهبة في بداية القرن الماضي وفي الستينيات ليبدل على مستوى أداء مرتفع يصل إليه الفرد في مجال من المجالات التي لا ترتبط بالذكاء أو المجالات الأكاديمية ويذكر سيثور أنها وراثية وكذا فليجر وبيش لكن هذا المفهوم تغير نتيجة جهود علماء النفس مثل فريهل Freehil وهيلدرث Hildreth الذين كانا أول من أكد على ضرورة وجود قدر مناسب من الذكاء إلى جانب الموهبة وإن الموهوبين هم المتفوقون سواء كانت الموهبة في مجال أكاديمي أو غير أكاديمي، ويوفقهما في ذلك ديهمان وهافريست حيث أكد على أن المتفوقون هم من تفوقوا في أدائهم في أحد المجالات التي تقدرها الجماعة والذين يملكون موهبة في هذه المجالات يمكن تنميتها (الشريبي ويسرية، 2002: 20)

علاقة الموهبة بمفهوم التميز:

تعريف مفهوم التميز لغة واصطلاحاً:

يذكر المعجم الوسيط (امتاز الشيء) تعني بدأ فضله على مثله، وكذلك الميز تعني الرفعة.

وفي القاموس المحيط (استماز الشيء) تعني فضل بعضه على البعض.

ورد على لسان العرب كلمة التميز تعني التبريز وبمعنى بروز، الامتياز، السمو، الرفعة،

العلياء، العلا، المعالي (عجيلات، 2017: 95)

أما في مجال التربية فقد عرف العالم التربوي رنزولي التميز بأنه تمتع الفرد بقدرات فوق

المعدل العادي، وتمتع بالقدرات الإبداعية وقدرات العمل والانجاز (فتحي جروان، 2002:

65).

وعرف مكتب التربية الأمريكي (1972) الأفراد المتميزون بأنهم الأفراد المؤهلون بدرجة

عالية والذين يتميزون بدرجات عالية من الأداء. وفي تعريف آخر عرف الفرد المتميز بأنه

صاحب الأداء العالي مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها في قدرة أو أكثر من المجالات الأتية: قدرة عقلية عالية، واستعداد أكاديمي خاص، والقدرة على التفكير الإبداعي أو المنتج والقدرة القيادية والقدرة في الفنون البصرية (القمش والإمام، 2006: 148) مفهوم التميز يتداخل مع معظم المفاهيم التي تتداخل مع مفهوم الموهبة لا بل يشترك مع كل تلك المفاهيم، وكثيرا ما يرد في كتابات الباحثين والمتخصصين وكأنه يعبر عن تلك المفاهيم (الخفاجي وعسكر، 2005: 75).

وفي تعريف ثلاثي الحلقات يرى رينزولي Renzulli أن الموهبة تتطلب التفاعل بين ثلاثة مكونات أساسية للمسات الإنسانية هي:

- قدرة عقلية فوق المتوسط
- مستوى عال من الابداع
- مستوى عال من الالتزام والمثابرة

جدول يبين الحلقات الثلاث للموهبة

القدرات	المكونات النوعية
قدرة عقلية فوق المتوسط	القدرات العامة: التفكير المجرد، القدرة العددية، المكاتبية....الخ القدرات النوعية: تتمثل في تطبيق القدرات العامة على مجال أو أكثر من المجالات المعرفية كالتصوير، الموسيقى، القيادة، حل المشكلات
مستوى عال من الابداع	الأصالة، والطلاقة، المرونة، التفاصيل، الحساسية للمشكلات
مستوى عال من المثابرة	القدرة على التحمل، قوة الإدارة، الثقة بالنفس، العمل الشاق، الحماس، بلوغ الكمال في العمل التفوق في العمل، بلوغ تقدير الآخرين

ويقترح ستنبريريق وزانج Stenberg & Zhang خمسة محكات يمكن خلالها الحكم بأن الفرد موهوب أم لا وهذه المحكات تتضمن الأتي:

العدد	المحكات	الوصف
1	التمييز	يعني أن الفرد يجب أن يكون متفوقاً على أقرانه في بعد أدائي واحد محدد أو مجموعة من الأبعاد
2	الندرة	وتعني أن أفراداً قليلين للغاية في مجموعة الأقران هم الذين يبدون سمة معينة أو مجموعة سمات خاصة
3	إمكانية التحقق	قدرة الفرد على الإتيان بقدرته المتميزة عن طريق نمط معين من القياس الصادق
4	الإنتاجية	أن يؤدي إلى إنتاج شيء معين بأمانة القيام بذلك
5	القيمة	تعني أن يكون أداء الفرد ذا تقدير وقيمة من قبل المجتمع

بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم الموهبة:

تعددت المصطلحات في هذا المجال من خلال الابداع creativity والتفوق Talent والذكاء Inteligence ما جعل الباحثين يرون أنها تعبيرات متباينة ومختلفة، ويرى آخرون أنها تعبر عن معنى واحد لا سبيل إلى الاختلاف، أي هل الابداع هو الموهبة؟ وما علاقتهما بالتفوق؟ وهل توجد علاقة بين الموهبة والذكاء؟ لدى يجب عرض المفاهيم المتداخلة على النحو الآتي:

1- الموهبة والذكاء :

الذكاء هو القدرة العقلية العامة التي تتدخل في جميع الأنشطة العقلية والذهنية والفكرية والمعرفية بدرجات مختلفة، ومن المعروف أن الموهوبين والمتفوقين يتميزون بارتفاع نسبة ذكائهم بقدر ملحوظ مقارنة بأقرانهم العاديين وتعد الموهبة مظهراً من مظاهر الذكاء ويميز القريطي (1989) بين الموهبة والذكاء في ضوء جانبيين هما:

أ- إن الذكاء هو أحد العناصر والمكونات الأساسية اللازمة للتفوق في مختلف وجوه النشاط العقلي للفرد وإن نوع الذكاء يختلف من مجال إلى آخر فنجد الذكاء البصري مهما في الفنون التشكيلية والذكاء الميكانيكي مهم أيضا في الأعمال الميكانيكية.

ب- إن قدرات الفرد ومواهبه ليست خاضعة لعوامل الوراثة فقط. وإنما هي الأقل تخضع في نموها لتفاعل تلك العوامل مع غيرها من العوامل البيئية والخبرات السابقة حيث تأخذ هذه القدرات في النمو إذا ما توفرت لها البيئة المناسبة وفرص التنمية والتدريب اللازمين.

2-الموهبة التفوق:

يشير مركز الخدمات التربوية بأستراليا (1999) إلى أن الموهوبين يظهرون استعدادا عاما في مجال أو أكثر، بينما المتفوقون هم ممتازون في أحد توابع مجال أو أكثر وهو تعريف يفصل بين القدرة والأداء، فالموهوبون مصطلح يشير إلى قدرة الموهوب في مجال أو أكثر مثل (معرفي، إبداعي، أو حركي) بينما المتفوق يشير إلى أداء واضح وبارز في واحد أو أكثر من المجالات الآتية (الرياضيات، العلوم، التكنولوجيا، الفلك، الرياضة، اللغات) بمعنى آخر أن التفوق نتاج طبيعي لوجود الموهبة بوصفها تابعا لخبرات تعلم الطالب

بينما يرى جنييه وجود فرق بين الموهبة والتفوق في النقاط التالية:

- التفوق ينطوي على وجود موهبة وليس العكس، فالمتفوق لا بد أن يكون موهوباً وليس كل موهوب متفوقاً
- المكون الرئيس للموهبة وراثي بينما المكون الرئيس للتفوق بيئي.
- الموهبة طاقة كامنة أو نشاط أو عملية، والتفوق نتاج لهذا النشاط أو تحقيق لتلك الطاقة.
- الموهبة تقاس باختبارات مقننة بينما يشاهد التفوق على ارض الواقع.

- الموهبة تقابل القدرة من مستوى فوق المتوسط بينما يقابل التفوق الأداء من مستوى فوق المتوسط

وفي الأخير نستخلص أن كلا من الموهبة والتفوق يستخدمان بمعنى واحد تقريبا وذلك للدلالة على المستوى المرتفع من أداء الفرد في مجال ما أو أكثر من المجالات الأكاديمية أو غير الأكاديمية التي تحظى بالقبول والاستحسان الاجتماعي

استراتيجيات تعليم الموهوبين ورعايتهم:

يزخر علم النفس الموهبة بإستراتيجيات تعنى برعاية الموهوبون وتعليمهم، وغالبية تلك الإستراتيجيات تتمحور في برامج التسريع، وبرامج الإثراء، وأساليب التجميع وهي كالاتي:

1-برامج التسريع Acceleration

التسريع يعني إمكانية تخطي الطالب الموهوب صفوفاً معينة والقفز إلى الصفوف متقدمة، وتتعلق برامج التسريع من مبدأ أساسي قوامه أن الطالب الموهوب المراد تسريعه لديه الجدارة والنضج العقلي المبكر في بعض المجالات، ومن سرعة الاستيعاب والفهم والتعلم ما يمكنه من إنهاء البرنامج الدراسي في زمن أقل.

ويشير التربويون ألى أن هناك أسباب منطقية ونفسية لاستخدام أسلوب التسريع وهي أن درجة التقدم في البرامج التعليمية يجب أن تكون حسب سرعة استجابة المتعلم لها وملبية للفروق الفردية بين الطلبة في مجال القدرات المعرفية. ومن أهم البدائل التنفيذية للإسراع ما يأتي:

1-القبول المبكر برياض الأطفال أو الصف الإبتدائي

2-تخطي بعض الصفوف الدراسية

3-تركيز المقررات أو الصفوف

4-تسريع محتوى المقررات

5-القبول المبكر في المرحلة المتوسطة أو الثانوية

6-التخطي بواسطة الاختبارات

7-دراسة المقررات الجامعية أثناء المرحلة الثانوية

8-دراسة مقررات عن بعد أو بالمراسلة

9-القبول المبكر في الكلية أو الجامعية

2-برامج الإثراء (الإغناء) Enrichment Programs

يشير مفهوم الإثراء إلى جهد منظم تقوم به مؤسسة تربوية بهدف العمل على اتساع وتعميق خبرات الطالب التطبيقية والنظرية، وقدراته في مجال أكاديمي بعينه، والغاية منه ترسيخ انتقال ما يكتسبه الطالب إلى ممارسته في حياته اليومية؟ ويمكننا تصنيف برامج الإثراء إلى مستويين أساسيين وهما:

أ- الإثراء الأفقي Breadth Enrichment: يعني إضافة وحدات دراسية وخبرات جديدة لوحدات المنهاج الأصلي في عدد من المقررات أو المواد الدراسية، بحيث يتم تزويد الموهوبين بخبرات تعليمية غنية في موضوعات متنوعة أي توسيع دائرة معرفة الطالب بمواد أخرى لها علاقة بموضوعات المنهاج.

ب- الإثراء العمودي Depth Enrichment: يعني تعميق محتوى وحدات دراسية معينة في مقرر أو مادة دراسية بحيث يتم تزويد الموهوبين بخبرات غنية في موضوع واحد فقط من الموضوعات أي زيادة المعرفة بالمادة المتصلة جوهرياً بالمنهاج.

3- أساليب تجميع الموهوبين Grouping

تجميع نظام متبع في برامج الموهوبين يسمح فيه بتعليم الموهوبين ذوي الاستعدادات المتكافئة والميول المتقاربة، والاهتمامات الخاصة المتشابهة أو المشاركة في المجموعات متجانسة أو غير متجانسة، لتحقيق أكبر قدر ممكن من التقدم الأكاديمي في دراستهم والنمو لمواهبهم. وتتبنى هذه الاستراتيجية على أساس أن وجود الطالب الموهوب في بيئة تعليمية مع نظراء له أو أنداد يماثلونه في الاستعدادات العقلية العالية، ويشاركونه الاهتمامات والميول بغض النظر عن عامل العمر الزمني يولد لديهم مزيداً من الاستثارة والدافعية والتنافس ويتنوع أسلوب التجميع في صور متعددة وهي على النحو الآتي:

- أ- المدارس الجاذبة
- ب-المدارس الخاصة للموهوبين
- ت-المدارس الأهلية
- ث-مدرسة ضمن مدرسة
- ج-الصفوف الخاصة
- ح-المجموعات غير المتجانسة الدائمة
- خ-المجموعات المؤقتة ويضم هذا التنظيم ما يأتي:
 - 1-برامج السحب
 - 2-برامج غرف مصادر التعلم
 - 3-الفصول المؤقتة
 - 4-مجموعات الميول الخاصة (الجمعيات) والنوادي

قائمة المراجع:

- أحسن جاب الله حورية. (2010). النمو والاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، الجزائر.
- أمل عبد شنبور، 2013: الدمج الشامل ومفهوم التعليم للطلاب المعوقين في فصول الدمج، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع.
- بن عربية راضية وشوال نصيرة (2016). مدخل إلى الأرففونيا (علم الاضطرابات اللغة والتواصل). ط1. قسنطينة. الجزائر. الفا للوثائق للنشر والتوزيع
- الجريدة الرسمية، العدد44، المؤرخ في 27 يوليو 2014: 4
- حياة يوسف، (2014). تقييم القدرات السمعية والنطقية عند الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي أو التجهيز الكلاسيكي عن طريق التقنية A. P.C.E.I، رسالة الماجستير، جامعة الجزائر.
- خديجة حمري، (2007). نشاط الحلقة الفنولوجية عند الأطفال مصابين بالصمم المتوسط والأطفال المصابين بالصمم الحاد. رسالة ماجستير جامعة الجزائر.
- خولة أحمد يحي، (2020). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. ط8، دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان
- الغرة سعيد حسني، (2001). سيكولوجية العدوانية وتروضها، دار الغريب للنشر والتوزيع مصر.
- سوسن شاكر مجيد، (2008)، اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الصفاء
- طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف محمد، (2007)، الإعاقة البصرية، القاهرة، مؤسسة طيبة.

- ديان برادلي واخرون، (2000)، الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة مفهومه وخلفيته النظرية، ترجمة: زيدان أحمد السرطاوي وآخرون، العين، دار الكتاب الجامعي.
- عبد الناصر السيوطي، (2016)، اتجاهات وآراء المدرسين والدارسين في التعليم العام نحو ادماج الأطفال غير العاديين في المدارس الابتدائية العادية في منطقة الخليل، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية الإنسانية جامعة بابل، 25، 132-114.
- عبد الحافظ محمد سالم، (2009)، تكنولوجيا التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة. دار وائل للنشر والتوزيع.
- عبد الحميد بيومي، (2004)، المعاقون بصريا، مصر، دار الكلمة
- عبد العزيز الشخص، (1987)، دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين في التعليم والمجتمع العربي، رسالة الخليج العربي، العدد (21)
- عبد الرحمان سليمان (2001) سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة زرقاء الشرق.
- سلمان سارة (2014). واقع التكفل بالمتخلفين ذهنيا في المراكز النفسية البيداغوجية - دراسة مقارنة للتكفل بهذه الفئة بين الجزائر وفرنسا - مذكرة ماجستير في التربية الخاصة جامعة الجزائر 02 بوزريعة
- سمية منصور، رجاء عواد، (2012)، تصور مقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة رياض الأطفال في سوريا في ضوء خبرة بعض الدول (دراسة مقارنة)، مجلة جامعة دمشق، المجلد (28)، العدد (1)
- سهير محمد سلامة شاش 2009، استراتيجيات التدخل المبكر والدمج، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- سهير محمد سلامة شاش، 2016، إستراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، ط1، مكتبة زهراء الشرق.

- رضوان فوقية حسن (2008). التشخيص التكاملي الفارقي للإعاقة العقلية. ط1. القاهرة. دار الكتاب للنشر والتوزيع.
 - روجي مروح عبدات، (2010)، المشكلات التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية في دولة الإمارات العربية المتحدة، سلسلة دراسات واقع في دولة الإمارات، العدد (1)
 - لينا عمر بن صديق، (2006). برنامج التدخل المبكر لتطوير اللغة لدى ضعاف السمع والسم. كلية الدراسات التربوية، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
 - ماجدة السيدة عبيد، (2000)، المبصرون بأذنانهم الإعاقة البصرية، عمان، دار الصفاء
 - مجدي عزيز إبراهيم، (2008)، تنمية التفكير التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، عالم الكتب.
 - محمد فتحي عبد الحي عبد الواحد، (2000). الإعاقة السمعية وبرامج إعادة التأهيل، ط1، دار الكتاب الجامعي، الإمارات المتحدة العربية.
 - مصطفى نوري القمش، (2011)، اضطرابات التوحد الأسباب- التشخيص- العلاج- دراسات عملية، عمان: دار الكتاب الحديث.
 - محمد بن احمد الفوزان، خالد بن ناهس الرقاص، (2012)، أسس التربية الخاصة- الفئات- التشخيص- البرامج التربوية، ط2، الرياض، مكتبة العبيكان
 - معتصم ميموني بدر. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- المراجع باللغة الأجنبية:**
- Dumont, A (1988). L'Orthophoniste et l'enfant sourd.Masson.

– Defontaine,J(1980).manuel de rééducation

psychomotrice.Malaine.Paris.

– Brin–Henri, F (2011). Dictionnaire d’orthophonie.3eme édition.

Orthoédition.

–Perier, O (1987). L’enfant à audition déficiente : Aspects médicaux,
éducatifs, sociologiques et psychologiques.acta medica belgica.

Lepot–Froment, C–Clerebot, N (1996). L’enfant sourd : communication
et langage de Boeck université.–

–DSM–IV–TR Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
Masson.